



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

SHEILA SANTA BARBARA CERQUEIRA

**HERÓIS OU VILÕES? ESTIGMA DA COVID-19 DIRECIONADO A
TRABALHADORES DA SAÚDE**

FEIRA DE SANTANA

2024

SHEILA SANTA BARBARA CERQUEIRA

**HERÓIS OU VILÕES? ESTIGMA DA COVID-19 DIRECIONADO A
TRABALHADORES DA SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito do processo de doutoramento em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Evanilda Souza de Santana Carvalho

FEIRA DE SANTANA

2024

SHEILA SANTA BARBARA CERQUEIRA

HERÓIS OU VILÕES? ESTIGMA DA COVID-19 DIRECIONADO A
TRABALHADORES DA SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para obtenção do grau de doutora em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, Bahia _____ de _____ 2024.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Prof^{fa}. Dr^a. Evanilda Souza de Santana Carvalho
Universidade Estadual de Feira de Santana

Membro titular: Prof^{fa}. Dr^a. Cleuma Sueli Santos Suto
Universidade do Estado da Bahia

Membro titular: Prof^o Dr. Anderson Reis de Sousa
Universidade Federal da Bahia

Membro titular: Prof^{fa}. Dr^a. Silvia da Silva Santos Passos
Universidade Estadual de Feira de Santana

Membro titular: Prof^{fa}. Dr^a. Aline Silva Gomes
Universidade Estadual de Feira de Santana

Membro suplente: Prof^{fa}. Dr^a. Ohana Cunha do Nascimento
Universidade do Estado da Bahia

À Deus, minha força espiritual maior, que nos momentos de fraquezas e em meio as lágrimas, quando já pensava em desistir, me fortaleceu para continuar seguindo em frente em meio a tantas adversidades impostas em meu caminho. Obrigada, Senhor! Toda honra e toda glória a Ti, pois infinito sei que és o teu amor por mim. Aos profissionais e trabalhadores da saúde, em especial, aos trabalhadores da enfermagem tornaram-se fonte de inspiração na minha sede de buscar novos conhecimentos.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora e companheira de estrada **Prof^a. Dr^a. Evanilda Souza de Santana Carvalho**, grande exemplo de profissional competente, comprometida e ser humano de coração humilde.

Minha eterna gratidão pela paciência e por compartilhar seus conhecimentos durante todos esses anos. Sua confiança e incentivo constante tornaram possível a execução desse trabalho.

Obrigada por acreditar em mim e me mostrar que eu era capaz em momentos que eu não acreditava.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me dar forças todos os dias e me ajudar a vencer batalhas e superar as adversidades.

Aos meus familiares por compreender a minha ausência em diversos momentos em virtude dos meus estudos.

Às amizades construídas durante esses anos de doutorado. Cada um na sua singularidade foram importante nessa caminhada, pelos conselhos e palavras de incentivo quando necessário. Sem vocês, sem dúvida essa travessia seria mais pesada.

Aos demais colegas pelas conversas, momentos de descontração, risadas, trocas de aprendizado, desconstrução e construção de novos conhecimentos.

Aos profissionais e trabalhadores da saúde que confiaram e compartilharam suas histórias de vida, seus sentimentos, seus sofrimentos, suas dores, suas conquistas e ideais futuros comigo em um momento tão difícil para todo o mundo. Sem vocês os frutos desse trabalho não seriam colhidos. Minha eterna gratidão a todos, todas e todes!

Aos parceiros pesquisadores do Núcleo de Pesquisas sobre Corpo, Gênero, Representações e Práticas de Cuidado (COGITARE) pelo apoio e momentos de aprendizagem.

À Universidade Estadual de Feira de Santana e ao Programa de Pós-Graduação por me permitir vivenciar experiências ímpares que, indiscutivelmente, serão os pilares da minha trajetória como pessoa, profissional e pesquisadora.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa, condição que possibilitou maior dedicação aos meus estudos e aprimoramento do meu objeto de investigação.

Aos funcionários administrativos Jorge e Goreth por serem o coração pulsante do Programa de Pós-Graduação e tornarem esse espaço a nossa segunda casa.

Aos demais funcionários do Programa de Pós-Graduação por acolherem os discentes e vibrarem com as suas conquistas.

Aos docentes membros da banca examinadora por terem aceitado meu convite, disponibilizado seu tempo e conhecimento para analisar este trabalho.

E a todos aqueles que de forma direta ou indireta fizeram parte desse ciclo, que agora se encerra para que um novo seja iniciado. Meu muito obrigada!

“Pois Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas. A Ele seja a glória para sempre! Amém.” (Romanos 11:36)

Possibilitar um momento de escuta aos trabalhadores da saúde durante a pandemia foi como romper o eco de indivíduos silenciados, dando voz e identidade a seus rostos por trás das máscaras.

(Nota do diário de campo da pesquisadora)

RESUMO

Cerqueira, Sheila Santa Barbara. **Heróis ou vilões? Estigma da COVID-19 direcionado a trabalhadores da saúde.** 2024. 164 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2024.

Introdução: O estigma associado à COVID-19 e direcionados aos trabalhadores da saúde tornou-se um problema significativo durante a pandemia, exacerbando o já elevado estresse enfrentado por esse grupo laboral e contribuindo para o desenvolvimento de processos sociais e psicoemocionais. Diante a esse cenário foram traçados como **objetivos:** Analisar o estigma direcionado aos trabalhadores da saúde que atuaram nos serviços de saúde no contexto da pandemia da COVID-19; Apreender as condutas sociais estigmatizantes dirigidas aos trabalhadores da saúde que atuaram em serviços de saúde no contexto da COVID-19, bem como as estratégias de enfrentamento utilizadas por esses trabalhadores; e, Compreender como trabalhadores da saúde experienciaram o estigma após disponibilização da vacina para toda população durante a pandemia da COVID-19. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, com enfoque metodológico na Teoria do Estigma de Erving Goffman, desenvolvida com trabalhadores da saúde de nível médio e superior nos serviços de saúde de média e alta complexidade nas cidades de Feira de Santana e Salvador, no Estado da Bahia. A coleta ocorreu em dois momentos, no primeiro, entre agosto e setembro de 2021, e no segundo após a pandemia, entre os meses novembro e dezembro de 2023 através da entrevista semiestruturada, guiada por um instrumento previamente elaborado pelas pesquisadoras e submetido a teste piloto. Participaram da pesquisa um total de 42 trabalhadores da saúde, sendo 25 no primeiro momento e 17 no segundo. A análise dos dados ocorreu através do emprego do *software* Iramuteq que gerou a Classificação Hierárquica Descendente, associado a uma segunda análise com *corpus* oriundo das entrevistas mediante aplicação do método de Análise Temática de Conteúdo. Para fins éticos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob parecer nº 4.684.850. **Resultados:** O estigma direcionados aos trabalhadores da saúde durante a pandemia da COVID-19 manifestou-se através do afastamento sempre justificado pelo medo do contágio, e a rotulação adotada em espaços públicos, no ambiente do trabalho por colegas de outros setores, e até mesmo no contexto privado envolvendo amigos e familiares. Esse processo de estigmatização acentuou desordens psicoemocionais expressas através do estresse, ansiedade, tristeza, choro fácil, alterações do sono, bem como outras repercussões, como baixa estima, desânimo e perda do contentamento com o trabalho, considerado por eles, como um sofrimento inimaginável, que foi experienciado durante a pandemia de maneira solitária por serem considerados indivíduos perigosos associados a potenciais vetores da doença. As estratégias de enfrentamento consistiram na ocultação da informação de ser trabalhador da saúde, desviar de caminhos e vigiar as imediações para não ser visto ingressando ou saindo do hospital e negação de trabalhar em proximidade com os adoecidos, infectados pelo coronavírus. O desenvolvimento da vacina desencadeou um processo de tranquilidade social e menor temerosidade em relação aos trabalhadores da saúde pela implementação obrigatória inicialmente da vacinação para essa categoria laboral, e posteriormente ampliação para toda população. Contudo, os impactos do estigma na saúde psicoemocional dos trabalhadores da saúde permaneceu mesmo no momento pós-COVID-19, que não receberam apoio das instituições durante e após a pandemia. **Considerações finais:** O estigma sofrido e os impactos causados na saúde e bem estar dos trabalhadores da saúde não findaram mesmo após o fim da pandemia. Apesar de um processo de desconstrução do estigma em torno da doença e diminuição em

relação aos trabalhadores após a instituição da vacina para toda população, as sequelas deixadas no psicoemocional emergem a necessidade de discussões interdisciplinares para adoção de estratégias de estruturação da rede de cuidado, bem como acompanhamento na rede dos trabalhadores em processo de adoecimento decorrentes de sequelas do estigma sofrido durante a pandemia.

DESCRITORES: Trabalhadores da Saúde. Estigma Social. Discriminação Social. COVID-19. Coronavírus.

ABSTRACT

Cerqueira, Sheila Santa Barbara. **Heroes or villains? COVID-19 stigma directed at health workers.** 2024. 164 f. Thesis (Doctorate in Public Health) – Postgraduate Program in Public Health, State University of Feira de Santana, Feira de Santana, 2024.

Introduction: The stigma associated with COVID-19 and directed at health workers has become a significant problem during the pandemic, exacerbating the already high stress faced by this work group and contributing to the development of social and psycho-emotional processes. Given this scenario, the following **objectives** were outlined: To analyze the stigma directed at health workers who worked in health services in the context of the COVID-19 pandemic; To understand the stigmatizing social behaviors directed at health workers who worked in health services in the context of COVID-19, as well as the coping strategies used by these workers; and, To understand how health workers experienced stigma after the vaccine was made available to the entire population during the COVID-19 pandemic. **Methodology:** This is a descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, with a methodological focus on Erving Goffman's Stigma Theory, developed with mid- and high-level health workers in medium and high-complexity health services in the cities of Feira de Santana and Salvador, in the State of Bahia. The collection took place in two moments, the first, between August and September 2021, and the second after the pandemic, between November and December 2023 through semi-structured interviews, guided by an instrument previously developed by the researchers and submitted to pilot testing. A total of 42 health workers participated in the research, 25 in the first moment and 17 in the second. Data analysis was carried out using the Iramuteq software that generated the Descending Hierarchical Classification, associated with a second analysis with a corpus originating from the interviews through the application of the Thematic Content Analysis method. For ethical purposes, the research project was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Feira de Santana, under opinion No. 4,684,850. **Results:** The stigma directed at health workers during the COVID-19 pandemic manifested itself through distancing themselves from work, always justified by fear of contagion, and labeling adopted in public spaces, in the workplace by colleagues from other sectors, and even in private settings involving friends and family. This process of stigmatization accentuated psychoemotional disorders expressed through stress, anxiety, sadness, easy crying, sleep disorders, as well as other repercussions, such as low self-esteem, discouragement, and loss of satisfaction with work, considered by them as unimaginable suffering, which was experienced alone during the pandemic because they were considered dangerous individuals associated with potential vectors of the disease. Coping strategies consisted of hiding the information that they were healthcare workers, avoiding paths and monitoring the surroundings so as not to be seen entering or leaving the hospital, and refusing to work in close proximity to those infected with the coronavirus. The development of the vaccine triggered a process of social tranquility and less fear towards healthcare workers due to the mandatory implementation of vaccination initially for this labor category, and later expanded to the entire population. However, the impacts of stigma on the psycho-emotional health of healthcare workers remained even after COVID-19, who did not receive support from institutions during and after the pandemic. **Final considerations:** The stigma suffered and the impacts caused on the health and well-being of healthcare workers did not end even after the end of the pandemic. Despite a process of deconstructing the stigma surrounding the disease and reducing it in relation to workers after the introduction of the vaccine for the entire population, the psycho-emotional after-effects emerge, which call for interdisciplinary discussions to adopt strategies for structuring the care network, as well as monitoring the

network of workers in the process of becoming ill due to the after-effects of the stigma suffered during the pandemic.

DESCRIPTORS: Health Workers. Social Stigma. Social Discrimination. COVID-19. Coronavirus.

LISTA DE FIGURAS E ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente representativa do processo de estigmatização direcionado a trabalhadores da saúde. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2023.

Figura 2 –Estigmatização de trabalhadores da saúde e estratégias de enfrentamento. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2023.

Figura 3: Modelo Explicativo do Processo de Estigmatização dos trabalhadores da saúde no contexto da pandemia da COVID-19, baseado na Teoria do Estigma de Goffman (1975), com as complementações de Link e Phelan (2001).

Figura 4: Experiências de estigma de trabalhadores da saúde após a vacinação da COVID-19. Feira de Santana, 2024.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COGITARE	Núcleo de Pesquisas sobre Corpo, Gênero, Representações e Práticas de Cuidado
COVID-19	Doença causada pelo SARS-CoV
COVID-19	Doença por Coronavírus 2019
HGCA	Hospital Geral Clériston Andrade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	Medical Subject Headings
OMS	Organização Mundial da Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, <i>queers</i> , intersexo e assexuais demais orientações sexuais e identidades de gênero
ASS	<i>Affiliate Stigma Scale</i>
CASS	<i>Clinician Associative Stigma Scale</i>
CCSS	<i>Chinese Courtesy Stigma Scales</i>
PISMI	<i>Parents Internalized Stigma of Mental Illness</i>
LGB-ASM	<i>Lesbian, Gay, Bisexual Affiliate Stigma Measure</i>
ASS-M	<i>Affiliate Stigma Scale-Malay</i>
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
COPING	<i>Structured COVID perception Interview Guide</i>
COVID-PSS	<i>COVID-19 Public Stigma Scale</i>
CSI-N-3	<i>Stigma Instrument-Nurse -Version 3</i>
CEDISC	COVID-19 Experienced DISCrmination scale
COINS	COVID-19 internalized Stigma scale
TEN	<i>Essential network</i>

IRaMuTeQ *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

CAAE Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	25
2.1 OBJETIVO GERAL	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	26
3.1 ESTIGMA SOCIAL: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	26
3.2 ESTIGMA EM PROCESSOS DE ADOECIMENTO.....	36
3.3 QUADRO PANDÊMICO DA COVID-19.....	42
3.4 ESTIGMA DE CORTESIA E ESTIGMATIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19.....	49
4 PERCURSO METODOLÓGICO	57
4.1 PASSOS DA PESQUISA DE CAMPO	57
4.1.1 Tipo de estudo	57
4.1.2 Local do estudo	58
4.1.3 Participantes do estudo.....	58
4.1.4 Instrumentos de produção de dados	60
4.1.5 Análise dos dados.....	61
4.1.6 Aspectos éticos.....	65
5 RESULTADOS	67
5.1 ARTIGO 1 – A VOZ DOS SILENCIADOS: ESTIGMATIZAÇÃO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE TRABALHADORES DA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA COVID-19	67
5.2 ARTIGO 2: (DES) ESTIGMATIZAÇÃO E COVID-19: EXPERIÊNCIAS DE TRABALHADORES DA SAÚDE APÓS VACINAÇÃO.....	102
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
REFERÊNCIAS	133

APÊNDICE A - Roteiro para a entrevista em profundidade (primeiro momento)	156
APÊNDICE B - Roteiro para a entrevista em profundidade (segundo momento)	157
APÊNDICE C – Dinâmica quebra gelo	158
APÊNDICE D – Registro de Consentimento Livre e Esclarecido	159
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UEFS.....	162

1 INTRODUÇÃO

Em condições de grandes epidemias e pandemias, principalmente as causadas por patógenos ainda desconhecidos pela sociedade, que ameaçam a saúde das populações pode ser desencadeado um ambiente de medo e comoção social devido às incertezas, percepção de ameaça e alterações no modo de vida cotidiano, como ocorreu no quadro pandêmico da COVID-19. O medo da população em relação a doença foi identificado como preditor de mudanças comportamentais de proteção à saúde, mas também apresentou desfechos deletérios ao bem-estar das pessoas, como sintomas de ansiedade, estresse, depressão e ideação suicida com os processos de isolamento, afastamento e segregação de espaços entre os indivíduos (Modena et al., 2022).

A forma de contágio da doença, a rápida disseminação entre a população, a elevada letalidade da doença, a superlotação dos serviços de saúde, a falta de vagas nas unidades de terapia intensiva, a ausência de vacina no primeiro momento da pandemia, e mesmo quando introduzida, o medo das reações adversas gerou um cenário de incertezas e preocupações com qualquer situação que pudesse suscitar ao adoecimento pela COVID-19 (Nascimento; Leão, 2019). O medo constante de ser infectado e contaminar outras pessoas do convívio fez emergir na população a adoção de condutas, em muitos momentos, discriminatórias, preconceituosas e aversivas em relação a determinados grupos sociais, como a dos trabalhadores da saúde (Peuker; Modesto, 2020).

Durante a pandemia da COVID-19 os trabalhadores da saúde foram considerados os principais protagonistas no enfrentamento da doença por desempenharem importante papel no cuidado assistencial, na gestão e pesquisas relacionadas ao coronavírus. No entanto, a categoria dos trabalhadores da saúde esteve mais vulnerável à contaminação pelo coronavírus quando comparada a outras categorias profissionais, principalmente as categorias com maior proximidade a indivíduos contaminados ou potencialmente contaminados, como enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos (Horta et al., (2022).

Os trabalhadores da saúde exerceram papel fundamental no controle da disseminação do vírus causador da COVID-19, principalmente nos períodos de maior incidência da doença, contudo, estes também estiveram mais vulneráveis ao adoecimento pela COVID-19 (Spruijt et al., 2023). A Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou que até setembro de 2020, primeiro momento da pandemia, cerca de 570 mil trabalhadores da saúde haviam sido infectados e 2,5 mil morreram por COVID-19 nas Américas. Entre janeiro de 2020 e maio de 2021 a OMS estimou uma mortalidade no mundo entre os trabalhadores de 80.000 e 180.000

mil, respectivamente. A mesma afirmou ainda que nenhum grupo de outros trabalhadores e nem outra população esteve tão vulnerável a contaminação pelo vírus da COVID-19 quanto os trabalhadores da saúde (OPAS, 2020), com destaque para as mulheres, do grupo de técnicas de enfermagem e enfermeiras, que são a maioria que compõem a força de trabalho na saúde (Bitencourt; Andrade, 2021).

O Boletim Epidemiológico Especial, do Ministério da Saúde, mostrou que profissões mais acometidas até o início da segunda onda da doença na 14ª Semana Epidemiológica de 2021 foram os auxiliares e técnicos de enfermagem (62.633, 34,8%), enfermeiros (26.555, 14,7%), médicos (19.858, 11,02%), agentes comunitários de saúde - ACS (8.362, 4,6%) e recepcionistas das unidades de saúde (7.856, 4,3%), sendo o óbito mais prevalentes nas categorias de auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos. Apesar desse boletim trazer dados dos casos de óbitos, o mesmo não reflete o número de casos reais nessa população específica (Brasil, 2021).

Outro hiato refere-se à ausência de dados referentes ao quantitativo de trabalhadores da saúde com sequelas secundária a COVID-19, bem como o número exato daqueles que se encontram afastados por incapacidades, sejam elas físicas ou psicoemocionais (Aguiar; Sarquis; Miranda, 2021). Identificou-se na literatura sequelas no pós COVID-19 com alterações respiratórias, distúrbios vasculares, gastrointestinais, cutâneos, cefaleia, tontura, náusea, confusão mental, mialgia, hemorragia intracerebral aguda, trombose de seio venoso cerebral, encefalopatia, síndrome de Guillain-Barré (Colantes et al., 2021), alopecia, perda de olfato e do paladar (Aguiar; Sarquis; Miranda, 2021), ansiedade e depressão (Szcześniak et al., 2021).

A natureza laboral colocou os trabalhadores de saúde em risco aumentado de serem contaminados pelo vírus da COVID-19, uma vez que esses na sua atividade laboral desenvolvem muitas atividades próximas aos pacientes, administrando medicamentos, coletando exames diversos, aspirando vias aéreas superiores, dentre outras (Adams, Walls, 2020; Peuker, Modesto, 2020; Silva et al., 2021).

Além disso, diante do quadro da situação pandêmica, os trabalhadores da saúde estiveram diretamente envolvidos na triagem, diagnóstico, tratamento e atendimento de pacientes com COVID-19 e foram alvo de atitudes discriminatórias, o que pode ter repercutido no desenvolvimento de suas atividades laborais e favorecido ao surgimento de distúrbios psicoemocionais (Paiano et al., 2020; Carvalho et al., 2021), devido ao estresse de trabalhar durante um surto de rápida evolução espacial, principalmente, quando a doença causa ansiedade e provoca mobilização da população de forma geral (Pavani et al., 2021).

Em outros momentos de epidemia, como a ocorrida em 2002 pelo SARS-CoV causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave, trabalhadores da saúde relataram ter sofrido estigma por atuarem em cenários de indivíduos adoecidos, mesmo não apresentando a doença, mas por associação com aqueles que prestavam cuidados (Peuker; Modesto, 2020).

O estigma é um fenômeno social interacional, que dificulta a aceitação plena do sujeito na sociedade. A palavra é de origem grega e possui significado pejorativo, depreciativo e excludente, resultado de experiências e adoção de julgamentos adverso no meio social acerca de um indivíduo, grupo de indivíduos ou condições de saúde, podendo ocorrer de maneira explícita ou velada (Goffman, 1975; Scambler, 2009). Maldonado, Martins e Ronzani (2023) afirmam que o estigma se relaciona com a formação de estereótipos, comportamentos discriminatórios e atitudes preconceituosas, apoiadas por uma estrutura social que tende a colocar determinados grupos populacionais numa posição de domínio e superioridade em detrimento de outros grupos com *status* de subordinados. Essa segregação pode ter efeitos deletérios para os estigmatizados, dificultando o acesso a serviços essenciais básicos, como direito a habitação, educação, emprego e saúde.

Na pandemia da COVID-19 os trabalhadores da saúde experienciaram situações no contexto internacional que podem ser consideradas estigma (Guzman et al., 2022; Jeleff et al., 2022; Moyo, Ndou-Mammbona, Mavhandu-Mudzusi, 2022), mas de forma velada, como por exemplo quando o trabalhador tentou marcar uma consulta ou agendar um horário e ao revelar a identidade de trabalhador da saúde não conseguiu agendar, por ter sido atribuída a esse sujeito uma marca que dificulta sua aceitação, pois passa a ser visto não como trabalhador da saúde, que ajuda outras pessoas, mas como perigoso, que pode contaminar outros e deve ser excluído e rejeitado (Goffman, 1975).

No contexto da saúde, o estigma caracteriza-se pela associação negativa de uma pessoa ou grupo de pessoas que compartilham determinadas características de uma doença específica, enquanto, a estigmatização consiste numa ação prática em relação às características do estigma (Goffman, 1975; Yozgat et al., 2021). Em casos de surtos, epidemias ou pandemias, as pessoas adoecidas são rotuladas, estereotipadas, discriminadas, isoladas e tratadas de forma diferente pelas pessoas não adoecidas, perdendo seu *status* social, ou seja, lugar simbólico que ocupa no âmbito social, por apresentar características da doença (Goffman, 1975; Link, Phelan, 2001; World Health Organization, 2020). Mesmo aqueles que não possuem a doença, mas por estarem próximas dos indivíduos que sofrem com o estigma, também podem passar a ser estigmatizados, pelo fenômeno do estigma de cortesia, que consiste no direcionamento do estigma atribuído ao indivíduo que possui uma marca depreciada socialmente aos sujeitos que

não têm, mas mantém relação próxima ao mesmo (Moreira et al., 2014). Desta forma, no estigma de cortesia tanto os indivíduos com os atributos considerados desviantes, quanto os sujeitos próximos são fundidos ao olhar social e estigmatizados da mesma maneira (Goffman, 1975).

Na perspectiva do estigma de cortesia, o quadro pandêmico da COVID-19 provocou comportamentos discriminatórios e situações de estigmatização das pessoas que tiveram diagnóstico positivo para o SARS-CoV-2, bem para aqueles que mesmo sem diagnóstico positivo estiveram em contato próximo com pessoas contaminadas, como familiares, parceiros afetivos e os trabalhadores da saúde (World Health Organization, 2020; Aydogdu, 2020; Robazzi et al., 2020; Rodríguez-Bolaños et al., 2020; Carvalho et al., 2021).

Estudos em diferentes partes do mundo versaram acerca de situações experienciadas que podem ser caracterizadas como estigma direcionado aos trabalhadores da saúde durante a pandemia da COVID-19, e começaram a cogitar possíveis efeitos deletérios no físico e socioemocional desse grupo populacional específico (Spruijt et al., 2023). Nas Filipinas trabalhadores da saúde foram hostilizados por pessoas próximas e desconhecidas e receberam ataques ofensivos nas redes sociais (Guzman et al., 2022). No Zimbabué, trabalhadores da saúde foram evitados e rejeitados pelos seus colegas após retornarem ao trabalho por afastamento devido a COVID-19 e também foram convidados a desocupar suas casas depois que vizinhos e proprietários descobriram que estavam adoecidos por COVID-19 (Moyo, Ndou-Mammbona, Mavhandu-Mudzusi, 2022).

Outros trabalhadores da saúde em Viena passaram a ser evitados por colegas de trabalho após se recuperarem da COVID-19 ou mesmo pela suspeita dos colegas de que o trabalhador teve COVID-19 em momentos que os mesmos se afastaram por outra condição sem relação com a doença. Esses mesmos trabalhadores relataram ainda que membros da sua família foram rótulos com apelidos pejorativos, como “senhora Corona” e “crianças Corona” (Jeleff et al., 2022).

Denota-se que o estigma em torno da COVID-19 se manifesta numa série de experiências e práticas que podem gerar impactos individuais e sociais para o grupo estigmatizado. Ressalta-se que no processo de estigmatização, os estereótipos construídos em torno da COVID-19 desencadeiam processos discriminatórios e preconceituosos. A construção dos estereótipos consiste numa imagem simbólica refletida, trazida por Goffman como uma imagem virtual. Esse imaginário é irreal e não condiz com a realidade, assim, por exemplo, ao atribuir a cor branca à categoria dos trabalhadores da saúde, faz com que qualquer indivíduo

que seja visto no meio social usando branco seja confundido com trabalhador da saúde, e consequentemente, também seja estigmatizado (Goffman, 1975; Link, Phelan, 2001).

O preconceito, a partir da Psicologia Social, consiste na adoção de atitudes hostis direcionada a uma pessoa ou grupo de pessoas pela simples percepção de que ela pertence a determinado grupo, e, portanto, também apresenta as mesmas características depreciativas atribuídas ao grupo (Allport, 1954). Com relação a discriminação, pode ser delineada como uma ação ou resposta comportamental de tratar de forma diferente pessoas ou grupos sociais considerados socialmente inferiores devido ao estigma e preconceito (Parker; Aggleton, 2013). Dessa forma, o estigma e o preconceito são processos semelhantes que envolvem categorização, rotulagem, construção de estereótipos e exclusão social, que podem levar à discriminação. Nesse sentido, o preconceito e o estigma envolvem visões sociais de como estes fenômenos se manifestam, enquanto que a discriminação remete a ações práticas concretas (Iriart; Castellanos, 2023).

Ao discutir a construção do estigma relacionado a COVID-19 durante a pandemia, não existe um consenso na literatura dos fatores que emergem a origem e desenvolvimento do mesmo em torno da doença, mas evidencia-se que o momento histórico de elevada taxa de mortalidade da doença associado ao modo de transmissão e rápida disseminação da doença provocou um desconforto e sensação de insegurança na população, com mudança no funcionamento da rotina de vida diária para redução do número de casos, que alterou as relações coletivas e interpessoais na sociedade (Faro et al., 2020; OPAS, 2020; Escobar, Rodriguez, Montero, 2021). É importante salientar que apesar das mudanças no modo de funcionamento do coletivo social, com alteração da modalidade de trabalho da maioria da população para *home office*¹, os trabalhadores da saúde mantiveram sua rotina por serem considerados serviços essenciais, necessitando sair diariamente de casa.

Assim, diversos fatores podem ter culminando para a construção do estigma em torno da COVID-19, como a utilização de terminologias inadequadas para se referir a setores e serviços especializados, como era utilizado anteriormente o termo “leprosários” para segregar pessoas com hanseníase (Singer; Campos; Oliveira, 1988). A coronofobia, fenômeno global desencadeado pelo medo exacerbado de locais ou pessoas com qualquer relação com a doença (Peuker; Modesto, 2020), e as *fakes news* através da divulgação de notícias inverídicas e sem comprovação científica (Leonel, 2021).

¹ Trabalho em casa. Modalidade de trabalho que permite o indivíduo realizar atividades na sua casa, foram de um ambiente de trabalho.

Estudos versam que as consequências do estigma são diversas para a vida do indivíduo em sociedade, pois acarreta perda da identidade pessoal, dificulta a procura e adesão aos tratamentos disponibilizados, diminui a autoestima do sujeito, causa baixa eficácia, baixa satisfação nas atividades de vida diária, baixo desempenho laboral, improdutividade, isolamento social, podendo desencadear desordens psicoemocionais, depressão e até ideação suicida (Corrigan, Watson, 2002; Cerqueira et al., 2018; Borges et al., 2021). No contexto da COVID-19, estigma direcionado aos trabalhadores da saúde podem torná-los retraídos, estressados, temerosos, com dificuldade nas relações interpessoais, reduzir a produtividade e favorecer ao absenteísmo laboral (Aydogdu, 2020), deixando-os expostos a vulnerabilidade social e de saúde psíquica (Monteiro; Villela, 2013).

A saúde mental e o sofrimento psíquico são consequência de um conjunto de fatores. No contexto da pandemia, os fatores extra-hospitalares, como situações no meio social em que os trabalhadores foram tratados como possível vetor da doença, acarreta um estresse. Associados a isso, mudanças nas rotinas de vida, desgaste relativo ao trabalho, uso de mais equipamentos de proteção individual, mudanças de normas e rotinas de trabalho constantemente, cobranças da gestão, trabalho com grupos restritos, e questões individuais, dificultaram a capacidade do indivíduo em enfrentar situações negativas e aumentaram a sua vulnerabilidade (Hidalgo-Martinola et al., 2021). Além disso, ameaças e agressões por parte de indivíduos da comunidade geral também contribuíram para o aumento do sofrimento mental (Khoo; Lantos, 2020).

É importante ressaltar que as relações sociais funcionam como fator de proteção para a saúde psíquica e emocional (Soares et al., 2021), em contrapartida, a exclusão e a evitação dos sujeitos categorizados como perigosos coloca os indivíduos em condição de vulnerabilidade para negação de direitos sociais básicos, bem como maior probabilidade de desenvolver sofrimento psicoemocional, uma vez que o estigma motiva a perda de *status*, limita e restringe o indivíduo da participação social plena (Monteiro Villella, 2013; Leão, Lussi, 2021).

Para sociologia clássica o *status* consiste em um atributo categorial, de valoração social, no qual grupos dominantes utilizam estes para legitimar sua superioridade em relação a outros categorizados como inferiores através da criação de mecanismos de sustentação das desigualdades nas sociedades para manutenção de lugares de privilégio e domínio (Weber, 1978). Ao discutir o *status* do trabalhador da saúde antes da pandemia, denota-se que era de lugar de privilégio, atuar em serviços de saúde, principalmente no meio intra-hospitalar era valorizado por familiares, amigos e comunidades em geral. Além disso, a concepção social do

grupo da saúde ter maior conhecimento científico em relação aos demais indivíduos da população sustenta o *status* de superioridade de tal grupo (Ribeiro; Ferla, 2016).

No Brasil e no âmbito global durante a pandemia da COVID-19 vários estudos foram desenvolvidos, principalmente pesquisas com desenhos epidemiológicos, com foco nas manifestações clínicas da doença e suas sequelas a curto, médio e longo prazo e aos efeitos adversos com a introdução das vacinas em diferentes grupos populacionais (Duprat, Melo, 2020; Galindo, Silva, Pedreira Júnior, 2022; Silva et al., 2021). Outras pesquisas no cenário da saúde do trabalhador buscaram analisar as condições laborais dos trabalhadores e profissionais da saúde no contexto pandêmico, sendo poucos os estudos desenvolvidos pelas ciências sociais que versavam acerca da vulnerabilidade e impactos da pandemia na vida e saúde dos trabalhadores da saúde (Mesquita et al., 2020; Lobo, Rieth, 2021; Vedovato et al., 2021; Machado et al., 2022).

Ressalta-se que mesmo o estigma não sendo objeto central, tanto dos estudos de natureza quantitativa quanto qualitativa, a perda do *status* e construção do estigma associado a esses indivíduos já se mostrava presente através de atitudes sociais reproduzidas com evitação, hostilização, agressões verbais, dentre outras (Dias et al., 2021).

Apesar do número elevado de publicações acerca do fenômeno da COVID-19, na qual busca na base da PubMed em julho de 2023 nos revela mais de 386.000 artigos científicos já publicados nos três primeiros anos da pandemia, ao cruzar os *MeSH* na língua inglesa “*Social Stigma*” e “*COVID-19*” foram identificados apenas 175 artigos abordando a existência do estigma durante a pandemia da COVID-19 para públicos diversos. Ao analisar as publicações voltadas para o estigma direcionado aos trabalhadores da saúde fora observado poucas publicações com adoção do termo estigma, porém, a existência de várias situações de discriminação, preconceito e violência verbal e não verbal apontam um foco no estigma.

As poucas publicações com trabalhadores da saúde acerca de experiências caracterizadas como estigma fora notado no contexto mundial internacional quando comparado buscas realizadas em bases latino-americanas, como SCIELO e LILACS, no mesmo período anterior (julho de 2023), o que possibilitou afirmar limitações de investigações, principalmente no contexto brasileiro voltadas para o estigma de cortesia direcionado aos trabalhadores da saúde, o que incide a necessidade de estudos sobre o fenômeno.

A fundamentação conceitual aqui sustentada concebe o estigma como um fenômeno social interacional análogo ao preconceito expresso através de atitudes discriminatórias, construído a partir de uma perspectiva sociocultural e histórica, fundamentada na Teoria do

Estigma Social de Goffman (1975), com as complementações de Link e Phelan (2001), que retrata as repercussões do estigma a luz de aspectos psicossociais.

A motivação para realização deste estudo surgiu a partir da minha inserção durante os primeiros meses da pandemia em setor hospitalar específico para tratamento de pacientes com COVID-19, no qual pude observar que ao relatar de minha atuação em tal setor as pessoas do meio social começavam a sentir-se desconfortáveis e afastavam-se de mim por medo da contaminação. Além disso, em determinados contextos senti a necessidade de ocultar minha condição de profissional da saúde que atuava em setor específico para tratamento de pessoas com COVID-19, por temer a reação das pessoas ao ter observado antes comentários hostis direcionado aos trabalhadores da saúde.

Somado a experiência supracitada, dentro do meu próprio contexto familiar precisei ocultar minha atuação no setor de pediatria COVID-19 devido aos comentários e comportamentos aversivos dos meus familiares ao se referirem aos trabalhadores da saúde que atuavam em setores específicos para os adoecidos. Na minha comunidade também oculte a informação, somente entre os colegas de profissão que tinham conhecimento falava abertamente sobre os medos e ansios de atuar naquele ambiente, uma vez que durante o primeiro momento de maior incidência de casos e óbitos da doença, nomeado de primeira onda, atuar naqueles setores representava um risco para a saúde do trabalhador, além do medo constante de se contaminar e contaminar amigos, familiares e pessoas próximas.

Minha atuação na linha de frente durou apenas seis meses, pois após a perda de um familiar associado a sobrecarga psíquica do trabalho, questões psicológicas foram intensificadas, desencadeando um processo de adoecimento psicoemocional e emergindo a necessidade de afastamento das atividades laborais. Assim, após os primeiro seis meses da pandemia decidi me afastar do ambiente hospitalar, contudo, colegas que continuaram atuando relatavam experiências constantes de atitudes discriminatórias, preconceituosas e estigmatizantes por atuarem em setor COVID-19. Esses relatos me sensibilizaram e me provocaram reflexões sobre as circunstâncias do trabalho em saúde no contexto da pandemia que indicava a construção de um estigma específico deste momento histórico. Além disso, minha experiência como pesquisadora do fenômeno estigma adquirida durante o mestrado me inquietou a continuar pesquisando tal fenômeno, mas voltado para os trabalhadores que estavam atuando na linha de frente durante o quadro pandêmico da COVID-19.

Assim, compreendendo a relação indissociável entre o estigma, meio social e momento histórico que ele se apresenta, buscamos apreender o estigma direcionado aos trabalhadores da saúde que atuaram nos serviços hospitalares de saúde no contexto da pandemia da COVID-19

para melhor compreensão do fenômeno, bem como as formas de manifestação, consequências e estratégias de enfrentamento utilizadas por esse grupo populacional específico.

Partimos do **pressuposto** que o estigma construído em torno da COVID-19 e associado aos trabalhadores da saúde tem sua base de sustentação em momento histórico e valores socioculturais legitimados socialmente, que justificam exclusões, delimitam espaços de transição e impactaram na modificação do *status* social dos trabalhadores, emergindo demandas sociais e psicoemocionais, que fazem os trabalhadores adotarem diferentes estratégias de enfrentamento, e requer ações intersetoriais de gestores, bem como das políticas públicas de saúde.

Diante do exposto surgiram alguns questionamentos: Trabalhadores da saúde que atenderam pessoas adoecidas pela COVID-19 ou com suspeita de infecção pelo vírus perceberam e experienciaram o estigma? Como se caracteriza o estigma direcionado aos trabalhadores da saúde em razão da pandemia da COVID-19? Como os trabalhadores da saúde elaboraram estratégias para enfrentamento do estigma? Quais as consequências do estigma para os trabalhadores da saúde atuantes durante a pandemia? Houve mudança no estigma dirigido aos trabalhadores da saúde durante o curso da pandemia com a introdução da vacina para toda população?

Para responder a tais questionamentos atento para a relação indissociável entre a construção dos estigmas, momento histórico e interações sociais, na qual as concepções construídas no meio social regularam maneiras específicas de apreender e dar significado ao fenômeno da COVID-19, bem como da adoção de posturas como estratégias de prevenção, uma vez que o medo da doença, associado ao pouco conhecimento desencadeou duas situações contrárias: algumas pessoas passaram a ser cuidar mais para evitar a infecção e outras adotaram posturas aversivas e desrespeitosa com a concepção que o outro é o problema (trabalhadores da saúde).

Este estudo poderá contribuir para evidenciar o estigma experienciado por trabalhadores da saúde durante a pandemia da COVID-19, uma vez que várias situações demonstraram a existência de um estigma direcionado a esse público que foi desconsiderado, velado, silenciado, invisibilizado e escondido em meio aos altos indicadores de morbimortalidade da doença. Compreendo que abordar o fenômeno estigma sob a perspectiva dos trabalhadores da saúde durante o quadro pandêmico da COVID-19, suscite discussões entre trabalhadores, profissionais, gestores, acadêmicos, pesquisadores e agências governamentais acerca de proposições de estratégias de enfrentamento do estigma existente acerca da doença e direcionada aos trabalhadores da saúde, bem como seu defrontamento em outras condições

pandêmicas que possam emergir. Além disso, é necessário reflexões das consequências individuais e coletivas deixadas pelo estigma, como as socioemocionais, principalmente, as que modulam as desigualdades e desencadeiam demandas psicológicas.

Complemento que minha intenção na construção desse trabalho também é de contribuir para o campo da saúde coletiva e saúde do trabalhador ao empreender uma análise das experiências dos trabalhadores da saúde, atores sociais protagonistas durante a pandemia da COVID-19 e a problemática do estigma numa perspectiva individual e coletiva, que expressa minha preocupação com questões relacionadas ao conhecimento formal e leigo, repercussões do estigma para o indivíduo e grupos, estratégias de enfrentamento dos estigmas, cuidado a saúde física e mental dos trabalhadores da saúde, estigma e *status* social, que costumam-se numa teia que sustenta a sobreposição de um grupo em detrimento de outros.

Ressalto ainda que a compreensão das repercussões do estigma e das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores da saúde poderão contribuir para o desenvolvimento de ações educativas de desconstrução do estigma da COVID-19 direcionado aos trabalhadores, bem como estabelecimento de estratégias de cuidados para os indivíduos que se encontram em processos de adoecimento em decorrência do estigma sofrido durante a pandemia.

Ademais, saliento que a pesquisa consolida conhecimentos produzidos pelo grupo de pesquisa “Núcleo de Pesquisas sobre Corpo, Gênero, Representações e Práticas de Cuidado (COGITARE) vinculado à Universidade Estadual de Feira de Santana”, com ênfase a vulnerabilidade de grupos sociais diversos. Assim, um resumo com resultados parciais do estudo foi apresentado no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva em 2022, outro resumo na X Mostra Integrada de Pesquisa do HGCA em 2023 e dois manuscritos foram desenvolvidos e submetidos a periódicos indexados, conforme planejamento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o estigma direcionado aos trabalhadores da saúde que atuaram nos serviços de saúde no contexto da pandemia da COVID-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apreender as condutas sociais estigmatizantes dirigidas aos trabalhadores da saúde que atuaram em serviços de saúde no contexto da COVID-19, bem como as estratégias de enfrentamento utilizadas por esses trabalhadores;
- Compreender como trabalhadores da saúde experienciaram o estigma após disponibilização da vacina para toda população durante a pandemia da COVID-19.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica possibilita ao pesquisador acessar resultados de estudos com metodologias diversas e discussões de outros autores sobre uma temática, que tem como objetivo fundamentar e ampliar discussões com criticidade acerca do fenômeno de investigação a partir da contribuição das teorias de outros autores (Prodanov; Freitas, 2013).

Desta forma, a presente revisão de literatura preocupou-se em discutir o estigma e sua construção social, o estigma em processos de adoecimento diversos, o quadro pandêmico da COVID-19 e o processo de estigmatização dos trabalhadores da saúde que atuaram em serviços de saúde durante a pandemia da COVID-19.

3.1 ESTIGMA SOCIAL: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A palavra estigma é de origem grega, e referia-se a sinais corporais utilizados como forma de identificação de determinados indivíduos sobre algo extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem o apresentava. Geralmente essas marcas eram utilizadas para diferenciar escravos, traidores, criminosos e indivíduos que deveriam ser reconhecidos no meio social. Esse reconhecimento imposto ao indivíduo ocasionava uma segregação no espaço social (Goffman, 1975; Neuberg, Smith, Asher, 2003).

Passagens no Velho Testamento da Bíblia Sagrada trazem que as pessoas com doenças de pele causadas por infecções diversas eram consideradas impuras, imundas e deveriam ficar afastadas do convívio social, em locais fora da cidade, chamadas de “leprosários”. Nesses locais ficavam pessoas também em processo de adoecimento mental e quadros hemorrágicos. As mulheres em período menstrual, apesar de não precisarem ficar isoladas nos leprosários, não podiam ficar no meio social, nem tocar em qualquer pessoa, pois todos em que ela tocasse se tornariam impuras. Ninguém poderia sentar no mesmo local que a mulher sentou e nem comer nada feito por ela, pois tudo era considerado impuro (Bíblia, 2023).

A passagem acima mostra como as mulheres e grupos vulneráveis, como a de pessoas em processo de algum tipo de adoecimento crônico eram estigmatizadas. Assim, percebe-se que o estigma acompanha os grupos sociais desde de períodos primórdios. Contudo, ao longo dos anos, a utilização do termo estigma foi se reformulando, e com o desenvolvimento de novos estudos observou-se sua utilização, principalmente no campo da saúde como sinônimo de

degradação, inferioridade e depreciação de determinados grupos na sociedade (Fernandes; Li, 2006).

Os primeiros estudos abordando o estigma no contexto da saúde foram iniciados no âmbito da saúde mental em decorrência dos sujeitos com transtornos psíquicos serem considerados violentos, perigosos, imprevisíveis e sem participação social em momentos de decisão. Esses estereótipos negativos desencadearam processos de rejeição, discriminação e exclusão dos indivíduos e seus familiares, criando uma multidão de pessoas invisíveis perante ao social, com dificuldade de adesão ao tratamento, bem como impedimento de ressocialização. Essas consequências negativas chamaram atenção de estudiosos do campo da saúde, que começaram a preocupar-se com o estigma relacionado à saúde dos indivíduos (Monteiro, Vilella, 2013; Nascimento, Leão, 2019).

No Brasil as discussões iniciais acerca do estigma relacionado à saúde foram iniciadas a partir da dissertação de mestrado de Oracy Nogueira “*Vozes de Campos de Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo*”, publicada em 1950 e reeditada em 2009. O pesquisador relata em seu estudo as experiências cotidianas de pessoas com diagnóstico de tuberculose pulmonar e no desenvolvimento da pesquisa percebe a formação de uma nova identidade dos adoecidos a partir de suas interações com outras pessoas com tuberculose, com os profissionais de saúde e com a população de forma geral não adoecida (Monteiro; Vilella, 2013).

O estudo de Nogueira revela que o processo de adoecimento por tuberculose atrelado às representações sociais que as demais pessoas da sociedade têm sobre a doença leva a reconfiguração do território com demarcações de espaços sociais para os sujeitos “adoecidos por tuberculose ou anormais” e para os “não adoecidos por tuberculose ou normais”, emergindo processos de depreciação, segregação e discriminação, que passa a nortear a organização da vida cotidiana na cidade, com delimitações de espaços para os adoecidos e não adoecidos (Monteiro; Vilella, 2013).

Posteriormente, Gordon Allport 1954, introduziu em seus estudos de Psicologia Social a definição de preconceito como uma atitude hostil e evitável em relação a uma pessoa ou grupo de pessoas simplesmente por acreditar que ela pertence a um determinado grupo e, portanto, também assume a mesma conotação pejorativa daquela característica de grupo (Allport, 1954). Com relação ao processo de discriminação, Monteiro e Vilella (2013) descrevem a discriminação como resultado das respostas sociais negativas direcionada a grupos específicos, sendo o estigma e o preconceito teorias que contextualizam como os mesmos ocorrem e a discriminação e suas manifestações práticas. Percebe-se que a concepção acerca da definição

do preconceito diverge entre os teóricos, sendo a mais adotada nos estudos da atualidade a trazida por Monteiro e Villela.

A formação prévia de uma concepção negativa do sujeito ou grupo a partir de seus traços apresentados é uma característica do estigma discutida por Erving Goffman, escritor, sociólogo e antropólogo canadense, que lançou em 1963 o livro “*Estigmas: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*”, no qual o autor afirma que a sociedade estabelece meios de categorizar as pessoas de acordo com seus atributos. Esses atributos consistem em características pessoais e/ou individuais apresentadas por um indivíduo ou grupo de indivíduos, que durante a interação com outros do meio social ocorre a formação de concepções prévias não fundamentadas, mas que enquadram os sujeitos em categorias dicotômicas de “normais” e “anormais” (Goffman, 1975).

Ressalta-se que apesar das produções de Nogueira (2009) e de Allport (1954) antecederem a de Goffman e esses estudiosos abordarem questões relacionadas a discriminação e ao preconceito direcionadas a indivíduos em condições de adoecimento crônico, além de outras questões como a racial (Monteiro; Villela, 2013), o estudo de Goffman (1975), ganha notoriedade pela introdução do termo específico de estigma nas suas discussões.

Goffman afirma que ao ter contato com uma pessoa, no primeiro momento idealizamos no campo virtual (pensamentos) o que a pessoa deveria ter ou ser a partir de nossas concepções individuais e sociais, e assim categorizamos o indivíduo de acordo com as nossas expectativas pessoais. No entanto, ao perceber de forma consciente (campo real) que essa pessoa não corresponde aquilo que idealizamos, inicialmente, e apresenta uma ou mais características desvalorizadas ou não aceitas no âmbito social, tendemos a recategorizá-la de acordo com esse atributo, reduzindo-a a uma pessoa estragada, defeituosa, diminuída e inferior aos demais. Tal característica é identificada como estigma (Goffman, 1975).

O conceito de estigma introduzido por Goffman (1975), apesar de ser um dos mais usados pela comunidade científica para tratar da temática recebeu algumas críticas por abordar o estigma apenas sob a ótica sociológica, como um processo inerente apenas de interações sociais com categorias de rotulação, status social, desviante e normal (Silveira, et al., 2011).

Buscando complementar o conceito de estigma, outros estudiosos trouxeram complementações ao conceito de estigma com base nas ideias iniciais de Goffman. Em 1986 Ainlay, Coleman e Becker apresentaram um ensaio intitulado *Stigma Reconsidered* no qual discutiram o estigma como resultado de uma construção social, em que a desvalorização dos atributos é influenciada pela cultura, período histórico, econômico e político de cada sociedade. Assim, o processo de estigmatização dos sujeitos só acontece nas interações sociais mediadas

pela cultura e contexto histórico. Nesse sentido, alguns atributos podem ser estigmatizados em um período e findar-se em outros, ou até mesmo, modificar-se e passar a ser valorizados em outra época (Ainlay; Coleman; Becker, 1986).

Mesmo tendo como primazia a conceituação do estigma de Goffman, a complementação a teoria consiste na introdução da lógica cultural, no qual os estigmas modificam-se ao longo do tempo, e mesmo em igual período variam de cultura para cultura (Ainlay; Coleman; Becker, 1986).

Para complementar o conceito de estigma de Goffman, no artigo “*Conceptualizing Stigma*”, Link e Phelan (2001) retomam o conceito de Goffman, dando enfoque nas suas discussões à relação existente entre os atributos e estereótipos na construção dos estigmas. Ao buscarem ampliar a conceituação de Goffman introduzem perspectivas psicológicas para tratar do tema, com ênfase nos processos psicossociais. Esses estudiosos buscam compreender como ocorre o processamento de informações sociais e o comportamento assumido pela sociedade diante de tal processamento, assim o comportamento dos indivíduos na sociedade passam a ser objeto de investigação com ênfase nas categorias de crenças, estereótipos, preconceito e discriminação.

A crença pode ser compreendida como um conjunto de significados que surgem a partir de nossas interpretações das experiências vividas. É como se ao experienciar e interpretar tais experiências, estivéssemos desenvolvendo uma teoria sobre o que a vida é ou deveria ser. Nesse sentido, à luz da sociologia, as crenças estão relacionadas às representações sociais, que envolvem os significados adquiridos através do encontro do sujeito com outros sujeitos, situações e ambientes distintos. Nessas interações, os indivíduos estabelecem relacionamentos e constroem estruturas de significados a partir desses relacionamentos, que formam as crenças (Pátaro, 2007).

Com relação aos estereótipos podem ser apreendidas como atributos negativos dirigidos a uma pessoa ou a grupos de pessoas, atribuindo-lhes julgamentos pejorativos de inferioridade, que dificulta a socialização, limitam a vida dos indivíduos estereotipados, coloca-os em situação de vulnerabilidade social (Languardia, 2006). Por conseguinte, os atributos consistem no conjunto de características exclusivas de uma pessoa ou grupo, que podem facilitar ou dificultar sua sociabilidade a partir das normas sociais pré-estabelecidas (Goffman, 1975).

Assim, ao trazer complementações ao conceito de estigma com a introdução da vertente psicossocial, que se preocupa em compreender não somente o estigma como a categorização por atributos na perspectiva social, mas também o porquê da existência de tantas circunstâncias que levam ao processo de estigmatização na sociedade, e o porquê os processos de

estigmatização podem afetar diversas dimensões da vida das pessoas que são alvo do estigma. Esses autores ainda destacam que a estigmatização influencia na distribuição das chances de vida, nas atividades laborais, na habitação, no envolvimento criminal e na saúde de indivíduos e/ou grupos estigmatizados e de seus pares associados (Link, Phelan, 2001; Dovidio, Major, Crocker, 2003).

Nesse sentido, o estigma consiste na desvalorização do indivíduo ou grupo por apresentarem características reprovadas no meio social, enquanto que a estigmatização é a manifestação de uma ação prática de rotular, discriminar, condenar moralmente, censurar, repreender, criticar, desaprovar e inferiorizar a partir das características (atributos) dos sujeitos (Goffman, 1975; Link, Phelan, 2001). Assim, o processo de estigmatização por atributos é fundamentado por concepções históricas, sociais e culturais, que ao identificar ou reconhecer alguma diferença, utiliza a mesma como instrumento de desvalorização do indivíduo ou de determinados grupos na sociedade (Dovidio; Major; Crocker, 2003).

De acordo com Morin (2002) a cultura é fruto de processos interacionais desenvolvida por grupos em diferentes momentos históricos, sendo um aspecto da própria natureza humana e da vida coletiva, que imprime aos sujeitos uma consignação de como deve se organizar, conceber, lidar com o mundo ao seu redor e com os demais seres humanos.

O estigma sempre esteve presente na sociedade durante seu percurso evolutivo. Houve períodos históricos onde as pessoas com feridas crônicas eram afastadas do seu meio social, como medida de proteção para outras pessoas ao seu redor. Em passagens bíblicas diversas enfermidades eram interpretadas como castigo divino frutos do pecado da carne, e as pessoas que as possuíam eram isoladas e privadas do convívio social (Carvalho, 2021).

Quanto ao processo de estigmatização este pode variar de acordo com a evidência e a exposição das características do indivíduo. Nesse sentido, os indivíduos podem ser classificados em dois grupos de indivíduos de acordo com a expressão do seu estereótipo: o desacreditado e o desacreditável (Goffman, 1975; Moreira, Melo, 2008).

No grupo desacreditado a pessoa possui marcas distintas em relação aos categorizados de normais, sendo estas conhecidas e perceptíveis aos olhos estranhos. Já no grupo desacreditável a pessoa apresenta marcas da condição diferente das demais pessoas, mas estas marcas nem sempre são conhecidas e percebidas por elas, estando assim, oculta ao olhar do outro. Desta forma, no grupo desacreditável os indivíduos que apresentam a marca depreciativa têm a possibilidade de negociar a informação a respeito da sua condição, optando por expor ou ocultá-la. Essas duas perspectivas podem caminhar juntas na relação estigmatizados e normais (Goffman, 1975).

Para Goffman (1975), o estigma pode ser atribuído a três condições na sociedade. O primeiro refere-se às abominações do corpo, como as deformidades físicas. O segundo, aos de caráter individual como os distúrbios mentais, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. E por fim, o terceiro relaciona-se aos estigmas tribais de raça, nação e religião.

No processo de construção dos estigmas, os indivíduos categorizados como “normais” constroem uma ideologia para explicar a inferioridade das pessoas com a marca de uma condição diferenciada, acreditando que as pessoas com essas marcas são verdadeiramente inferiores (Goffman, 1975). Nas suas discussões Link e Phelan (2001) afirmam que essa construção ideológica de grupos “normais” (superiores) e grupos “anormais” (inferiores) são modulados pelas relações de poder existentes no meio social. Richard Parker e Peter Aggleton, em seu livro “*Estigma, discriminação e AIDS*”, utilizando o conceito de Goffman, propõem repensar o estigma, a discriminação e o preconceito como processos sociais estruturados nas relações culturais de poder e dominação, que desencadeiam a reprodução das desigualdades, opressão e exclusão de grupos (Parker; Aggleton, 2021).

Em síntese, Goffman (1975) afirma que o estigma ocorre no meio social por processos interacionais a partir da existência de características de um grupo (atributos) reconhecidos como diferentes por outro grupo. Link e Phelan (2001) discorrem que o estigma e a estigmatização ocorrem pelas características individuais ou grupais serem selecionadas e consideradas superiores e/ou inferiores a partir das relações de poder que permitem que os elementos de rotulação, estereotipagem, segregação, perda de status e discriminação ocorram simultaneamente.

Já para Ainsley, Coleman e Becker (1986) o estigma ocorre influenciado pela cultura e interação social. E, Parker e Aggleton (2021) tendo como base o conceito Goffmaniano e criticando-o ao mesmo tempo, ampliam a discussão acerca do estigma, propondo a indissociação dos elementos culturais, de poder e dominação no estabelecimento dos estigmas, que desencadeiam processos de violência estrutural e restringem as oportunidades de vida e saúde dos indivíduos.

Além disso, Parker e Aggleton (2021) utiliza-se dos pensamentos relacionados ao poder de Michel Foucault, para discutirem o estigma e a estigmatização como processos auxiliares da criação, manutenção e controle da ordem social através do reforço as diferenças sociais e centralização do poder nas mãos de determinados grupos. Parker e Aggleton ainda incluem nas suas discussões noções da violência simbólica do sociólogo Pierre Bourdieu e a hegemonia cultural do filósofo Antônio Gramsci.

Outros estudiosos, como Corrigan e Watson (2002) discorrem acerca da existência de dois diferentes tipos de estigma: o estigma público e o autoestigma ou internalizado. No estigma público, a percepção da marca depreciativa de uma pessoa é feita por grupos sociais, que ao percebê-la desvaloriza e categoriza o indivíduo como inferior aos demais. Já Goffman (1975) aborda o acerca do estigma público ou percebido como sendo aquele que é revelado através de respostas aversivas da sociedade às pessoas que apresentam determinado atributo com estereótipo negativo (Goffman, 1975).

O autoestigma ou estigma internalizado é um fenômeno processual que depende das experiências do estigma sofrido ao longo da vida, e o sujeito acometido ao tornar-se consciente do seu atributo desvalorizado, concorda e passa a aplicar sobre si antes o que era aplicado por outros. O estigma institucional que ocorre quando as instituições sociais endossam o estigma público (Pryor et al., 2012; Liu et al., 2023). Porém a internalização do estigma ocorre somente após o processo de estigmatização no meio social, uma vez que o indivíduo se reconhece diferente após outras pessoas lhe impuserem uma marca de diferenciação, expressas com tratamento diferenciado, rotulação, afastamento, isolamento, dentre outros, que faz o indivíduo perceber o estigma e passar também a reproduzir contra si e seus pares (Corrigan; Watson, 2002).

Outros estudiosos discorrem acerca de novas formas de apresentação, como o estigma estrutural definido como o conjunto de condições a nível social, normas culturais e políticas institucionais que regulam e restringem oportunidades, recursos e minimizam o bem-estar de grupos minoritários estigmatizados, em decorrência de doença mental, orientações sexuais e grupos étnicos raciais. Esse tipo de estigma tem sua origem na estruturação social do racismo (Link; Phelan, 2001; Hatzenbuehler, 2016).

O estigma ocupacional que consiste na estigmatização de trabalhadores e profissionais da saúde que prestam cuidados a grupos estigmatizados (Pryor et al., 2012; Liu et al., 2023). E o estigma de cortesia, que consiste em direcionar o estigma de indivíduos que possuem características de desvalor socialmente, para aqueles que não possuem essa marca/ atributo, mas mantêm um relacionamento próximo com indivíduos que apresentam (Goffman, 1975).

O estigma de cortesia também é tratado por alguns autores como estigma de afiliação e/ou associação, que consiste na desacreditação dos sujeitos associado ao indivíduo estigmatizado (Pryor et al., 2012). É importante salientar que o estigma ocupacional, por afiliação e associação são considerados estigma de cortesia, pois nestes nenhum dos autores sociais que sofrem a estigmatização apresentam os atributos depreciados, mas mantem contato

próximo ao indivíduo possuidor, independentemente de ser familiar ou profissional da saúde (Pryor et al., 2012; Liu et al., 2023).

O estigma também pode ser discutido a partir da interseccionalidade, pois alguns indivíduos são pertencentes a múltiplos grupos sociais estigmatizados. A somatização de atributos desvalorizados também reflete nas repercussões negativas do estigma ao acarretar uma acumulação de desvantagens com as variações de identidades estigmatizadas, pois à medida que os estereótipos se acumulam, os indivíduos são percebidos cada vez mais fora da norma padrão da maioria e, como resultado, experimenta desvantagem crescente pela somatização dos estereótipos dos grupos que transita. Assim, um indivíduo poderia ter mais dificuldade em ser contratado em uma entrevista de emprego por ser negro, com doença mental e homossexual (Oexle; Corrigan, 2018).

As consequências do estigma são irreparáveis para a vida do indivíduo em sociedade, pois acarreta perda da identidade pessoal, dificulta a procura e acesso aos serviços de saúde e diminui a autoestima do sujeito, podendo desencadear desordens psicoemocionais (Corrigan; Watson, 2002; Corrigan; Wassel, 2008). Tanto o estigma público como o internalizado estão diretamente interligados, exercendo uma influência sobre o outro, e ambos trazem consequências negativas e efeitos deletérios na vida dos indivíduos atingidos em todas as dimensões, seja pessoal, social, laboral e psíquica (Goffman, 1975; Corrigan, Watson, 2002). Salienta-se ainda, que os demais tipos de estigma todos têm suas bases na teoria de Goffman e nas complementações de Link e Phelan.

Indivíduos que sofrem o estigma ao longo da vida, expresso através do preconceito, discriminação, violência física, verbal, psicológica e exclusão estão mais vulneráveis ao sofrimento psíquico, abuso de álcool e drogas ilícitas, bem como tendência suicida. Assim, estratégias de suporte psicológico e ações de formação para os profissionais da saúde e educadores são importantes para promoção de ambientes seguros e redução de condições de adoecimento evitáveis (Costa et al., 2020).

O estigma ainda pode ser classificado como sentido ou antecipado a partir de experiências negativas vivenciadas por conta da condição diferenciada ou por medo que ele venha a ocorrer. Assim, o estigma sentido é fruto de experiências de discriminação e não aceitação no contexto social do indivíduo devido a uma condição depreciada pelas pessoas. Já o estigma antecipado refere-se a não ocorrência de nenhuma situação experienciada estigmatizante, mas por reconhecer seu atributo como potencial desencadeador de tais situações e medo da concretização da mesma, a pessoa adota condutas de comportamentos semelhantes ao das pessoas que experienciaram o estigma de forma concreta. Reconhece-se como

pertencente ao grupo estigmatizado mesmo sem nunca ter passado por nenhuma situação estigmatizante e passa a adotar comportamentos iguais aos que passaram por tais situações (Goffman, 2012; Scambler, 1998).

Ao ser vítima do estigma social e internalizar os estereótipos atribuídos a sua condição, reações emocionais negativas desencadeadas repercutem na vida dos estigmatizados, entre elas a baixa autoestima e baixo senso de autoeficácia, o que conseqüentemente influencia nas oportunidades de vida. A auto-discriminação tem efeitos deletérios para o indivíduo, pois diminui a utilização dos serviços de saúde prejudicando no processo de prevenção, recuperação e agravando determinados problemas de saúde (Corrigan, Rao, 2012; Corrigan, Watson, 2002; Luoma, Rye, Kohlenberg, 2010).

Ao discutir o estigma, Schilling e Miyashiro (2008) instigam a reflexões com base em análises foucaultianas acerca do “normal” e do “anormal”, corroborando também com outros estudiosos que o processo de inclusão e exclusão são permeadas pelas relações de poder no âmbito social, que demarca e restringe os espaços a serem ocupado por cada grupo de indivíduos, ou seja, os “normais” e os “anormais” (Parker; Aggleton, 2003).

Para Goffman (1975, p. 117) “o normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos, em virtude de normas não cumpridas que provavelmente atuem sobre o encontro”. Nesse sentido, compreende-se que a natureza do estigma não consiste apenas em mostrar uma diferença existente em determinado grupo social, mas usar essa diferença para sustentação de processos de desqualificação do sujeito ou grupos, demarcações de espaços de privilégios e sustentação de condições de poder (Link; Phelan, 2001).

De acordo com Veiga-Neto (2001) o conceito de anormal ou desviante refere-se a todos aqueles que se desviam da norma social pré-estabelecida. Assim, se o indivíduo atende aos preceitos estabelecidos é considerado normal, mas todos aqueles que não se encaixarem dentro dos padrões estabelecidos é considerado anormal, gerando surpresa, inquietação, repulsa, incômodo, desconforto, dentre outros, sendo enquadrados os indivíduos que moram em locais diferentes, comem de maneira diferente, possui hábitos e costumes diferentes, apresentam determinadas condições patológicas ou se comportam de maneira diferente. Inclui-se nesse grupo os sujeitos que mesmo não apresentando características consideradas desviantes mantém relações próximas com aqueles considerados fora da norma, passando a sofrer as mesmas mazelas do grupo estigmatizado.

Ainda nas discussões acerca do estigma, Monteiro e Villela (2013) afirmam que o estigma, o preconceito e a discriminação estão interrelacionados e podem também ser

analisados de acordo com o Modelo de Estresse de Minoria proposto por Ilan Meyer. O estresse de minoria pode ser descrito com resultante de conflitos entre o indivíduo e sua experiência em sociedade, pois ao pertencer a um grupo considerado como minoria (raciais, gênero, doenças psíquicas, dentre outras), que é discriminado e estigmatizado, emerge um conflito entre o grupo minoritário e a cultura dominante, que resulta em estresse excessivo e desencadeiam processos de adoecimento, principalmente psíquico (Meyer, 1995; Meyer, 2003).

É importante ressaltar que o termo minoria não está relacionado a dados quantitativos numéricos, mas, a um contexto estrutural político, que estabelece disparidades entre grupos, pois, por exemplo, as mulheres podem ser a maioria em número censitário em relação aos homens, mas sofrem preconceito e são inferiorizadas nas relações de poder dentro da sociedade patriarcal. Grupos considerados como pertencentes a minoria precisa enfrentar constantemente o estigma dos grupos sociais que se consideram superiores e privilegiados. Essa relação coloca os membros das minorias em condições de vulnerabilidade, uma vez que a estigmatização faz com que as necessidades individuais e coletivas desses grupos não sejam atendidas, sejam elas de saúde, educacionais, laborais, familiares e sociais (Meyer, 1995; Meyer, 2003).

Desta forma, grupos minoritários nos seus itinerários de vida sofrem diversos prejuízos devido ao estigma que lhe são atribuídos em decorrência dos estereótipos construídos, e perda de status no meio social. Na sociedade brasileira são considerados grupos minoritários os negros, homossexuais, bissexuais, pessoas com HIV/AIDS, moradores de bairros periféricos e favelas, mulheres, índios, dentre outros. Nesses grupos as pessoas são reconhecidas pelo status social de minoria. As atitudes dirigidas a esses grupos muitas vezes são sutis, com afastamento, evitação, utilização de termos pejorativos, estereótipos de generalização e invisibilização de suas necessidades (Paveltchuk et al. 2020; Chinazzo et al., 2021).

O Modelo de Estresse de Minoria foi desenvolvido para compreensão do processo de estigmatização como agente estressor nos percursos de vida das pessoas homossexuais e bissexuais, uma vez que o estigma está relacionado a desfechos negativos, principalmente na saúde mental do grupo. O modelo propõe três agentes estressores principais, que constem em: 1º Estigma imposto (*enacted stigma*), marcado por um conjunto de experiências sociais negativas de preconceito, rejeição, exclusão, perseguição, agressão física, verbal e discriminação, que decorrem da não aceitação social da orientação sexual do indivíduo; 2º Homonegatividade internalizada (*internalized homonegativity*), que consiste na internalização das atitudes sociais negativas, onde o indivíduo assimila, reproduz e aplica sobre si através de discursos negativos de si, comportamentos autodestrutivos e negação da identidade pessoal, assumindo a identidade que lhe é atribuída pelos sujeitos sociais e; 3º Encobrimento da

identidade sexual (*concealment of sexual identity*), que refere-se a ocultação da identidade sexual, por reconhecer que ao revelar sua identidade sexual perderá seu status e passará a pertencer ao grupo minoritário estigmatizado. Além disso, temem vivenciar as experiências negativas do estigma social (Meyer, 1995; Meyer, 2003; Paveltchuk et al. 2020).

Diante do exposto, percebe-se que Goffman foi o pioneiro na introdução do conceito de estigma social ao afirmar que todo processo de estigmatização ocorre através da interação social entre os grupos, e mesmo com as complementações do conceito por outros teóricos, ao introduzir aspectos culturais, psicossociais e as relações de poder, constata-se que todas as conceituações posteriores tem como base a teoria do sociólogo Erving Goffman não sendo identificada nenhuma teoria conceitual acerca do estigma que não tivesse em sua estrutura as características da teoria do estigma de Goffman, pois como proposto pelo teórico, todo processo de construção dos estigmas e a estigmatização dos grupos ocorre no meio social a partir de processos interacionais.

3.2 ESTIGMA EM PROCESSOS DE ADOECIMENTO

O conceito de saúde e doença, assim como a implementação de políticas públicas de saúde têm evoluído ao longo dos anos, melhorando consideravelmente as condições de vida e saúde das populações. Contudo, mesmo diante dos avanços científicos, tecnológicos e difusão de informações, diversas condições de saúde-doença ainda são estigmatizadas socialmente, como a AIDS (Garrido et al., 2007), a doença mental (Moreira; Melo, 2008), a tuberculose (Touso et al., 2014), a hanseníase (Neiva; Grisotti, 2019), dentre outras. Ao reconhecer que o estigma acarreta diversos problemas em níveis pessoais e de saúde pública, a OMS vem criando grupos de pesquisas para investigar como o estigma se manifesta e quais as consequências para quem é estigmatizado (Moreira; Melo, 2008).

O estigma relacionado a saúde pode ser compreendido como a co-ocorrência de componentes-rotulagem, estereótipos, perda de status, discriminação, desvalorização, julgamento ou desqualificação social de indivíduos ou grupos tomando como base uma condição relacionada à saúde. Pode afetar diversas dimensões da vida dos indivíduos estigmatizados, como fisiológica, psicológica e o bem-estar social (Link, Phelan, 2001; Jenerette et al., 2012).

Embora se saiba que as doenças mentais e contagiosas, particularmente HIV/AIDS, sejam estigmatizadas em todo o mundo, é pouco compreendido como os significados e os

processos culturais produzem as configurações particulares do estigma através das sociedades e das diferentes doenças. Sabe-se que o estigma traz problemas para quem o vivencia, tais como a exclusão do sujeito nas suas relações sociais, a percepção depreciativa de si, dificuldade de sua inserção no mercado de trabalho, depressão e outras desordens psicoemocionais. Em face dessas questões, faz-se necessário compreender o modo como o estigma é vivenciado, significado e re-significado pelo sujeito (Moreira; Melo, 2008).

Segundo Fernandes e Li (2006), em determinadas condições de adoecimento, o preconceito, a discriminação e o estigma causam mais sofrimento para o indivíduo rotulado como diferente do que a própria doença, a exemplo das doenças mentais. Esses autores afirmam que o estigma construído pela sociedade é resultado do desconhecimento ou conhecimentos inadequados sobre algo ou alguém que interfere de forma negativa na sociabilidade e construção da identidade dos indivíduos estigmatizados.

Ao discutir sobre os diferentes tipos de estigmas existentes na sociedade, Goffman (1975) afirma que existem aqueles que são visíveis e aqueles que precisam ser revelados aos outros. Neste último, os indivíduos que apresentam a condição passível de estigma têm o poder de manipular a informação e decidir se revela ou não aos outros tal informação, o que ao teórico chama de ocultação.

Segundo Irigaray e Freitas (2013), os negros, as mulheres, os deficientes físicos e os indivíduos com doenças mentais são estigmatizados por apresentarem a características da sua condição visível aos olhares e possível julgamento do outro. Por conta de sua identidade social visível, estes indivíduos estão mais vulneráveis a sofrerem estigma, pois não têm a alternativa de escolher ocultar ou expor a informação da característica estigmatizada. Além destes, pessoas próximas, como familiares, cuidadores, amigos, professores e profissionais da saúde também recebem os atributos simbólicos dos indivíduos estigmatizados e passam a integrar o grupo dos excluídos, rejeitados e discriminados no meio social, sendo muitas vezes impedidos de transitar em determinados espaços e negados da participação plena em setores da sociedade (Maldonado; Martins; Rozani, 2023).

Contudo, outras condições como o HIV/AIDS, conforme afirmam Zambenedetti e Both (2013), os indivíduos têm a possibilidade de manipular e tornar pública ou não a informação. Desta forma, por depender de uma revelação, as pessoas com HIV/AIDS têm o poder de gerenciar as informações para controlar o estigma ao qual estão vulneráveis, trocando muitas vezes seus atributos por outros atributos menos estigmatizados. Assim, uma pessoa com HIV pode justificar o uso do preservativo alegando ter hepatite ou trocar as embalagens das medicações por de outras doenças controladas que são menos estigmatizadas no meio social.

Tais fatos podem ser justificados pelo fato do HIV/AIDS gerar reações de culpabilização e irresponsabilidade do indivíduo por ser interpretado como algo que poderia ter sido evitado (Zambenedetti; Both, 2013), diferentemente de doenças como o câncer que causam estigmas de comoção e compaixão por independer do controle do indivíduo (Silva et al., 2013).

Estudos realizados com pessoas com histórico de hanseníase mostraram que o estigma está presente na vida dos adoecidos desde o momento do seu diagnóstico, seja por conta das manifestações clínicas, seja pela origem histórica dos estereótipos construídos em relação a hanseníase, principalmente ligadas a questões mágico-religiosas, onde as pessoas adoecidas eram vistas como pecaminosas e impuras (Mellagi, Monteiro, 2009; Barreto et al., 2013; Leite, Sampaio, Caldeira, 2015).

A hanseníase acarreta inúmeras modificações nas vidas dos adoecidos e de seus familiares. A presença da doença, principalmente, nas formas multibacilares, que apresentam manifestações clínicas com diversas lesões de pele e extremidades percebidas aos olhares alheios desencadeiam processos de afastamento, isolamento e discriminação dos sujeitos, bem como de seus familiares (Oliveira et al., 2016). Após o diagnóstico da doença, a pessoa passa a ser percebida pelos outros como uma ameaça e carrega consigo o peso de colocar em risco o bem-estar das demais pessoas, devendo ser excluída e privada do convívio social (Borenstein et al., 2008; Barreto et al., 2013; Martins, Iriart, 2014; Leite, Sampaio, Caldeira, 2015).

O estigma da hanseníase relaciona-se a sentimentos de horror, medo, repugnância menos-valia e desesperança. As pessoas adoecidas têm dificuldade de socialização e construção de uma identidade social. Por apresentar marcas da doença no corpo, as pessoas com hanseníase são estigmatizadas em diversos espaços sociais, sendo esse estigma também direcionado a seus familiares e cuidadores próximos. Buscando minimizar seu sofrimento e das pessoas ao seu redor para evitar a discriminação, estes indivíduos começam a adotar a ocultação do próprio corpo como estratégia de defesa ao não falar sobre a doença, evitar lugares com muitas pessoas, abandonar o trabalho, evitar sair de casa, usar roupas que cubram regiões do corpo afetadas pela doença e por fim, o isolamento social (Borenstein et al., 2008; Barreto et al., 2013; Batista, Vieira, Paula, 2014; Martins, Iriart, 2014; Leite, Sampaio, Caldeira, 2015; Maldonado; Martins; Ronzani, 2023).

O estigma que cerceia as pessoas com hanseníase é influenciado por questões místicas ligadas ao pecado da carne, castigo divino e impureza da alma. Esse estigma está tão enraizado na sociedade, que os indivíduos afirmam que mesmo após a cura da doença, não conseguiram voltar às suas atividades anteriores à doença, pois as pessoas sempre os veem como “leproso” que colocam em risco os outros ao seu redor. Além disso, os estudos mostraram que as pessoas

com hanseníase têm maior probabilidade de desenvolver distúrbios psicoemocionais e quadros depressivos (Borenstein et al., 2008; Barreto et al., 2013; Batista, Vieira, Paula, 2014; Martins, Iriart, 2014; Leite, Sampaio, Caldeira, 2015).

Em outras condições, como a doença mental, o estigma também está presente e transita sobre aqueles que estão próximos aos indivíduos adoecidos, principalmente seus cuidadores familiares (Wong et al., 2018). Ao discorrer acerca do estigma no adoecimento mental Xavier e colaboradores (2013), destacam que o estigma presente nas condições de adoecimento mental é um forte marcador de depreciação social desses indivíduos bem como de seus familiares, pois gera muito sofrimento sendo representado como um obstáculo para concretização de projetos de vida e desempenho dos papéis sociais. Além disso, o estigma na doença mental compromete o acesso aos serviços de saúde tanto para cuidados psiquiátricos quanto para outros tipos de assistência, o que coloca esse grupo em situação de vulnerabilidade de saúde. Esses mesmos autores afirmam ainda que os recursos destinados para os setores da saúde de doença mental são inferiores quando comparados aos destinados para outras patologias.

Em processos de adoecimento no qual não é possível ocultar a expressão da doença no corpo o estigma também se revela presente. Estudo realizado por Cordeiro e Andrade (2013), com objetivo de desvelar a percepção do familiar da pessoa com lúpus eritematoso sistêmico (LES), mostrou que apesar de ser uma doença autoimune, por apresentar manifestações cutâneas visíveis aos olhares alheios e ser pouco conhecida pela população, os familiares perceberam o preconceito e o estigma de outras pessoas no meio social em relação ao familiar com LES. Esses familiares relataram ser alvo de brincadeiras de cunho pejorativo, rotulação e afastamento de algumas pessoas que acreditam que a LES é uma doença infectocontagiosa. Destacaram ainda sentimentos de tristeza e sofrimento ao ver o familiar ser estigmatizado e perceberem que ele sofre com isso, precipitando muitas vezes o afastamento do convívio social e quadros de ansiedade e depressão.

Investigações acerca do estigma, preconceito, adesão o tratamento e representações sociais de pessoas com tuberculose mostrou que as pessoas adoecidas ou histórico da doença convivem com a marca de ser um perigo para a sociedade, principalmente por ser uma doença infectocontagiosa e mesmo quando estão em tratamento, os familiares, amigos e demais indivíduos tendem a excluir os adoecidos. Quando desaparecem os sinais clínicos da tuberculose pulmonar, as pessoas em tratamento preferem não revelar para os outros a doença com medo do preconceito, rejeição e exclusão. Quando a identidade dos indivíduos é revelada, mesmo após o tratamento e cura, estes continuam a carregar os rótulos da doença e continuam

sendo tratados de forma diferente. Destaca-se que o estigma em torno da doença dificulta no diagnóstico, adesão ao tratamento e prognóstico da doença (Braga et al., 2020).

Uma das principais causas do estigma na tuberculose é o desconhecimento da doença, seja pelo adoecido, familiares quanto pela população geral. Tal situação dificulta no diagnóstico da doença, na procura pelo serviço de saúde e início do tratamento, o que repercute no prognóstico, prevalência e mortalidade da doença na população. Os autores afirmam que a depender do contexto, determinados grupos sociais estão mais propensos aos estigmas da doença do que outros, a exemplos das mulheres (Popolin et al., 2015).

Segundo Touse (2014), o estigma na tuberculose relaciona-se com o nível de conhecimento da população em relação à doença, e está mais presente na vida de indivíduos com baixa escolaridade, baixo poder econômico, com pouco acesso aos serviços de saúde e a informações, estando estes mais vulneráveis socialmente. Esses mesmos estudiosos mostraram que não somente o doente busca estratégias para esconder a doença e minimizar o estigma, mas os familiares também adotam posturas e comportamentos associados ao estigma na tuberculose como esconder dos amigos, vizinhos e outros familiares o status do familiar adoecido, evitar falar sobre a doença na presença de outras pessoas e utilizar outras expressões para substituir a palavra “tuberculose” durante conversas. Os familiares do estudo relataram sentir vergonha do familiar com tuberculose, por isso evitam sair com o mesmo para não serem vistos juntos e passar a serem rotulados também como um indivíduo com tuberculose.

No estudo de Dhingra e Khan (2010) com pessoas recém-diagnosticadas com tuberculose em Delhi, na Índia, observou-se que as pessoas adoecidas eram estigmatizadas tanto na sociedade quanto por amigos e vizinhos. O estigma foi mais observado entre a classe média e média alta quando comparado às classes inferiores. Notou-se ainda que a depender da cultura, alguns indivíduos estão mais vulneráveis a sofrerem estigma do que outros, como as mulheres. Nesse estudo algumas mulheres chegaram a negligenciar o próprio tratamento por medo de não alcançarem o matrimônio, a maternidade e outros projetos de vida, já que outras mulheres da sua cultura foram consideradas inaptas ao casamento e afastadas do convívio social após o diagnóstico da tuberculose.

Ao realizarem estudo com mulheres com câncer de mama, Caetano, Gradim e Santos (2009), mostraram que o câncer é uma doença cheia de preconceitos e estigmas sociais. As pessoas com doença experimentam sentimentos de medo, angústia, desesperança e ainda têm que lidar com o julgamento do outro, o que por vezes pode gerar desordens psicoemocionais nessas pessoas, principalmente nas mulheres com câncer de mama pelas modificações corporais causadas pela quimioterapia e mastectomia.

O estigma em torno do câncer ainda é fruto do ideário popular de ser uma doença contagiosa, que causa mutilação e deformação do corpo, incurável e que todos com a doença estão predestinados à morte. Na mulher com câncer de mama, a vulnerabilidade ao estigma torna-se acentuado pelo fato da mama na sociedade ser símbolo de feminilidade e atributo para a maternidade. Assim, ao atingir as mamas, o câncer afeta não apenas o biológico e físico da mulher, mas o centro da sua identidade enquanto mulher na sociedade (Guerreiro, 2005).

Silva e cols. (2021) ao realizar estudo com pessoas com diversos tipos de câncer, constataram que após o diagnóstico da doença, as pessoas apresentam alterações em diversas esferas da sua vida, pois o câncer limita a vida cotidiana e interfere nas relações familiares, afetivas, sexuais, laborais, de lazer e sociais. Por ser uma doença que causa comoção e penúria, o câncer desperta nos adoecidos sentimentos de raiva, negação, auto piedade, tristeza, vergonha, frustração, medo, angústia e incertezas quanto ao futuro.

Além das condições explanadas, na sociedade diversas outras condições de saúde da população conduzem os indivíduos a uma carreira de estigmatizados, uma vez que esses são avaliados e enquadrados como fora da “norma social” (Goffman, 1975). Além destes, outros atores sociais próximos aos adoecidos também sofrem o estigma de cortesia por serem associados aos indivíduos que possuem os atributos estigmatizados (Torbet; Proeva; Roberts, 2019). Esse último tipo de estigma tem sido objeto de diversas investigações no campo científico por trazer malefícios para vários atores sociais associado ao indivíduo epicentro do estigma, como familiares, amigos, vizinhos e profissionais da saúde (Maldonado et al., 2022).

Diante das diversas condições que levam a processos de estigmatização, torna-se necessário políticas sociais e de saúde mais eficazes com ações conjuntas que envolvam a sociedade civil para desmistificação do estigma em torno de condições que colocam os sujeitos em situação de vulnerabilidade, uma vez que o estigma desencadeia processos de violação dos direitos sociais dos indivíduos (educação, moradia, emprego, lazer), bem como provoca crimes de ódio e tira as oportunidades de vida dos sujeitos (Monteiro; Villela, 2013).

Contudo, para traçar estratégias de desconstrução do estigma e mobilizar a sociedade civil no seu enfrentamento é necessário pensar o estigma não somente como uma marca negativa que distingue um indivíduo de outro e o categoriza como inferior, mas torna-se necessário pensar nas relações de poder e dominação construídas entre os grupos. É importante a compreensão da formação dos estigmas e exclusão de um segmento social a partir da dominação e lugar de privilégio determinado por outro grupo considerado superior (Link; Phelan, 2001).

3.3 QUADRO PANDÊMICO DA COVID-19

As doenças infectocontagiosas acompanham as populações no seu processo evolutivo e sempre trouxeram preocupações para as sociedades, contudo, as melhorias nas condições habitacionais, acesso a saneamento básico e desenvolvimento de vacinas e antibióticos reduziram a incidência das doenças infectocontagiosas na população (Waldman; Sato, 2016). Contudo, a partir do século XX mudanças demográficas, sociais e econômicas têm transformado o perfil epidemiológico das doenças e acelerado o processo de reemergência de doenças controladas anteriormente e emergência de novas doenças infectocontagiosas decorrentes de processos de mutações virais e bacterianas, fatores que dificultam seu controle e tornam o quadro sanitário complexo (Waldman; Sato, 2016).

Considera-se doenças reemergentes aquelas com comportamento epidemiológico já conhecido, que haviam sido controladas anteriormente, mas em condições variadas, voltam a ter seus indicadores aumentados e passam a representar risco para a saúde da população (Boulos, 2001; Brasil, 2006). Já as doenças emergentes referem-se à identificação de um agente infeccioso ainda desconhecido, ou a infecção humana por microorganismos que antes infectavam apenas animais (Brasil, 2010). Essas doenças emergentes por terem suas manifestações desconhecidas na população deixam as autoridades sanitárias em estado de alerta e acarretam medo na sociedade de modo geral.

Durante diferentes momentos históricos novos microrganismos ocasionaram quadros epidêmicos e pandêmicos, com elevada morbimortalidade entre as populações, como a epidemia da varíola no Japão entre os anos de 735 e 737; a epidemia de febre amarela em Nova Orleans em 1853; a pandemia da gripe espanhola entre 1918 e 1919; o surto epidêmico do ebola entre os anos de 2013 e 2016 em regiões da África Ocidental, e em 2018 na República Democrática do Congo; a epidemia de cólera no Haiti em 2010 até a atualidade; a pandemia da cólera ao longo do século XIX; a pandemia do SARS-CoV entre 2002 e 2004, que atingiu América do Norte, América do Sul, Europa e Ásia; a epidemia da síndrome respiratória do Médio Oriente (MERS-CoV) na Arábia Saudita e Estados Unidos em 2012 e na República da Coreia em 2015; a pandemia do vírus Influenza A (H1N1), que iniciou no México em 2009 e espalhou-se para diversos países; a epidemia do Zika Vírus em 2015, apesar do vírus ter sido isolado pela primeira vez em 1947 na Uganda; a epidemia do Chikungunya (CHIKV) que foi descrito pela primeira vez em 1950 na Tanzânia até a atualidade; e mais recentemente, em 2019 o SARS-CoV-2, vírus anteriormente desconhecido que ocasionou a pandemia da COVID-19 (Silva, 2023).

A COVID-19 foi identificada pela primeira vez em dezembro de 2019 na China. Trata-se de uma doença causada pelo coronavírus denominado SARS-CoV-2, que ao adentrar o organismo dos indivíduos pode causar uma série de manifestações clínicas, que variam de sintomas leves, quase imperceptíveis, que podem ser tratados em casa, a sintomas graves, com comprometimento do sistema respiratório necessitando de cuidados hospitalares em Unidades de Terapia Intensiva, com risco de morte para o paciente (Zhu et al., 2020; Monteiro et al., 2020).

Diante da rápida disseminação do vírus da COVID-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em janeiro de 2020 que o quadro epidemiológico causado pelo vírus se tratava de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, e em março de 2020 passou a ser tratada como uma pandemia, de magnitude global (OPAS, 2020).

Indicadores epidemiológicos mostram que até maio de 2023 cerca de 3,4 milhões de pessoas no mundo morreram com diagnóstico da COVID-19, deste total, 2,4 milhões, ou seja, 71% pertenciam ao grupo de indivíduos com mais de 65 anos (Organização Mundial da Saúde, 2023). Com relação ao perfil dos indivíduos, houve uma predominância da mortalidade no sexo masculino independentemente da idade (Gebhard et al., 2020), contudo, naqueles com maiores idades e morbidades associadas, como hipertensão, diabetes e obesidade, essa seletividade foi ainda maior, com taxas de mortalidade identificadas entre 2,8 para homens e 1,7 para mulheres (Bienvenu et al., 2020).

Os indicadores supracitados da COVID-19 também acompanham o perfil de epidemias anteriores, como a do coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV) de 2002 e do coronavírus da MERS-CoV do Médio Oriente de 2012, onde estudos mostraram diferenças significativas na manifestação clínica e mortalidade da doença, sendo mais prevalente nos homens do que nas mulheres, com relação à população geral (Karlberg; Chong; Lai, 2004; Alghamdi et al., 2014; Chen et al., 2017).

Estudo da Carga Global de Doenças, Lesões e Fatores de Risco (Global Burden of Diseases/ GBD) de 2021 divulgado em 2024 mostrou que cerca de 131 milhões pessoas morreram globalmente por todas as causas entre 2020 e 2021, destas 15,9 milhões foram decorrentes à pandemia de COVID-19. Nesse intervalo de tempo foram registrados os maiores indicadores de casos e óbitos pela pandemia da COVID-19. O estudo mostrou ainda uma predominância dos casos e mortalidade nas populações com menores níveis socioeconômicos (Bolarinwa et al., 2024).

Boletim divulgado pelo Observatório COVID-19 da Fiocruz em fevereiro de 2022 mostrou um balanço dos dois primeiros anos da pandemia de COVID-19, referindo-se a 2020

e 2021, dividida em fases, desde a descoberta do vírus, e sintetizou a dimensão das perdas, com indicadores totalizando 388 milhões de casos no mundo e 26 milhões no Brasil, representando cerca de (6,7% do total), com 5,71 milhões de óbitos no planeta e mais de 630 mil no país, representando um percentual de 11% do total de óbitos pela doença. Além disso, o exponencial ascendente dos casos da doença sobrecarregou os sistemas de saúde, bem como evidenciou de forma explícita desigualdades sociais e econômicas, que impactaram a forma como a doença foi distribuída entre as populações (Fundação Oswaldo Cruz, 2022a).

No Brasil, ao ser considerado um problema emergente de saúde pública, o Ministério da Saúde em janeiro de 2020 começou a organizar e planejar estratégias de ação diante dos possíveis casos da COVID-19, sendo elaborado um plano de contingência (Brasil, 2020a). Além disso, foram elaborados e implementados protocolos de ação, criados canais de atendimento à população e estabelecidos estratégias de prevenção do ciclo de transmissão (Brasil, 2020b).

O Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus, publicado pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2020, na avaliação dos primeiros 99 pacientes internados com pneumonia e diagnóstico laboratorial da COVID-19 no hospital de Wuhan observou-se uma maior taxa de hospitalização em maiores de 50 anos e do sexo masculino. Os principais sintomas foram febre (83%), tosse (82%), dispneia (31%), mialgia (11%), confusão mental (9%), cefaleia (8%), dor de garganta (5%), rinorreia (4%), dor torácica (2%), diarreia (2%) e náuseas e vômitos (1%). Também houve registros de linfopenia em outro estudo realizado com 41 pacientes diagnosticados com COVID-19 (Brasil, 2020).

Para redução da contaminação e do número de casos da COVID-19 o Ministério da Saúde orientou a população adoção de algumas práticas, que incluíram a lavagem das mãos com água corrente e sabão, higienização das mãos com álcool em gel à 70%, uso de máscaras que cobrisse o nariz e boca, principalmente ao espirrar ou tossir, distanciamento social, evitar compartilhar objetos de uso pessoal, como copos e talheres; e manter a ventilação nos ambientes, principalmente quando existiam mais pessoas no mesmo espaço (Brasil, 2020b).

É importante salientar que a pandemia de COVID-19 apresentou diferentes fases, sendo tratada por pesquisadores como “ondas” devido a variabilidade na expansão de transmissão da doença. No Brasil, a entrada do vírus Sars-CoV-2 ocorreu nas primeiras semanas epidemiológicas de 2020, sendo mais frequentes no grupo de indivíduos maiores de 60 anos, com comorbidades associadas. Entre fevereiro e maio de 2020 ocorreu o aumento do processo de transmissão da COVID-19 das capitais e grandes centros urbanos em direção às cidades

pequenas, áreas periféricas, e zonas rurais, sendo registrado nesse período o primeiro colapso no sistema de saúde, em Manaus (Fundação Oswaldo Cruz, 2022a).

Contudo, a identificação da primeira “onda” de transmissão da doença no país ocorre entre junho e agosto de 2020. Nesse período o vírus se distribuiu rapidamente entre as populações, com aumento gradual do número de casos, óbitos e internamentos hospitalares, principalmente em Unidades de Terapia Intensiva, devido à gravidade dos casos, chegando a uma incidência diária de mil óbitos por COVID-19. Entre setembro e novembro de 2020 foi considerado um período de transição entre a primeira e segunda “onda”, com redução do número de casos e de óbitos, adoção de medidas isoladas de distanciamento físico e social, uso de máscaras. Contudo, em novembro de 2020, os casos de COVID-19 voltaram a crescer, principalmente nas regiões Sul, Centro-Oeste e no Amazonas (Fundação Oswaldo Cruz, 2022a).

A segunda “onda” ocorreu entre dezembro de 2020 a junho de 2021 acompanhada da flexibilização das medidas de mobilidade. Nesse período ocorreu rápido crescimento da variante Gama, atingindo ápice em abril de 2021 com incidência de 3 mil óbitos por dia. Esta fase foi um dos períodos mais caóticos do serviço de saúde, com colapso do sistema associado a crises sanitárias localizadas, falta de equipamentos e insumos nos serviços, bem como esgotamento da força de trabalho da saúde. Nesse mesmo ano, em janeiro se iniciou a campanha de vacinação, iniciada com 6,2 milhões de doses para os grupos de risco, chegando a março 27,5 milhões de doses para acelerar os processos de vacinação (Fundação Oswaldo Cruz, 2022a).

Após a instituição da vacina, no período de julho a novembro de 2021, houve redução dos indicadores de casos graves, das taxas de ocupação das unidades intensivas e do número de óbitos, mesmo com o aumento da variante Delta. Notou-se ainda redução das taxas de transmissão do vírus, com cobertura vacinal de 20% da população, com duas doses. Em setembro do mesmo ano, com 40% da população vacinada, as taxas reduziram para 500 óbitos por dia. No mês de novembro 60% da população já havia sido vacinada, e a média de óbitos diários variava em torno de 250. Quanto a terceira “onda” ocorrida entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022, coincidiu com o período de festividades, férias escolares, flexibilização das medidas de segurança pública e a introdução da variante Ômicron (Fundação Oswaldo Cruz, 2022a).

No que se refere a distribuição da doença no país, a região Nordeste, até 31 de março de 2020, era a segunda região do país com maior número de casos, com 875 (15,3%), superada apenas pela região Sudeste (Marinelli et al., 2020). Informações da Secretaria da Saúde do

Estado da Bahia de 04 de junho de 2020 mostraram que no estado já haviam sido confirmados 23.463 casos, representando 17,47% do total de notificações na Bahia. Do total de casos confirmados, 8.430 já se encontravam recuperados, e 790 tinham ido a óbito (Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2020).

Na Bahia, o primeiro caso da COVID-19 foi confirmado em março de 2020, em uma mulher residente de Feira de Santana, que voltou de uma viagem da Itália, país onde já ocorria surto epidêmico da doença. A partir deste caso foram confirmados casos da COVID-19 em 322 municípios, sendo que a maior proporção foi identificada na capital de Salvador (59,76%). De todos os municípios baiano, os que apresentaram maiores coeficientes de incidência por 1.000.000 habitantes foram de Uruçuca, com 5.994,44 casos, Ipiaú com 5.340,83, Itabuna com 4.900,97 e Itajuípe com 4.636,18 (Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2020).

A Bahia por apresentar uma dinâmica econômica, comercial e social de alta conectividade entre seus municípios de com outros centros urbanos, torna-se uma pólo que favoreceu a disseminação do vírus para outros lugares, necessitando de maiores implementações de medidas preventivas para redução nos indicadores e controle da doença.

A COVID-19 disseminou-se de forma rápida para todos os continentes, e impondo necessidades de isolamento de indivíduos e comunidades para redução do crescimento exponencial do número de novos casos. Uma força tarefa conjunta de governos, profissionais de saúde e de outras especialidades, empresas e pessoas da sociedade civil interessadas em contribuir na assistência, seja de forma direta ou indireta para redução dos indicadores da doença trabalharam incessantemente. Contudo, mesmo diante das diversas ações de prevenção previstos nos manuais e protocolos disponibilizados, percebeu-se que as políticas públicas de saúde não conseguiram de imediato impactar na redução do número de casos nas comunidades periféricas das cidades, fator que pode estar relacionado à densidade populacional e condições sanitárias desses locais (Cruz et al., 2020).

Atrelado a maior disseminação da doença em grupos mais vulneráveis como de pessoas com baixa condição socioeconômica, pessoas com diagnóstico positivo para o SARS-CoV-2 ainda são discriminadas e estigmatizadas no meio social por apresentarem a doença, mesmo sem desenvolvê-la. De acordo com guia lançado pela Organização Mundial de Saúde, o nível de estigma associado à COVID-19 é baseado em três fatores principais, que consiste em ser uma doença nova, pouca conhecida e com poucas informações disponibilizadas, medo do desconhecido e influência do medo de contaminação de outras pessoas (OPAS, 2020).

Além disso, outros grupos de indivíduos, como o dos trabalhadores da linha de frente que estiveram atuando intensamente durante a pandemia da COVID-19 estiveram em maior

vulnerabilidade de contágio, adoecimento, de sofrerem com o estigma, risco de morte e desenvolverem sofrimento psíquico pela somatização de condições relacionado à ocupação laboral (Jalil et al., 2022; Stodolska et al., 2023). Os efeitos negativos da pandemia da COVID-19 na saúde dos trabalhadores da saúde foram experienciadas em diversos contextos, com indicadores elevados de taxa de internamentos hospitalares, óbitos por COVID-19 e adoecimento psicoemocional (Hakim et al., 2021; Elsayed et al., 2023; Lee et al., 2023; Pool et al., 2024).

Estudo global de revisão realizado por Chutiyami e cols. (2022) para avaliar a mortalidade, comorbidades e complicações na saúde dos trabalhadores da saúde relacionadas a COVID-19 com inclusão de 1.040.336 participantes mostrou uma taxa de mortalidade entre 0,3 e 54,2 por 100 infecções. A taxa global de letalidade foi estimada em 0,87% (aproximadamente 9 mortes por 1.000 infecções. A taxa global de infecção entre os trabalhadores variou entre 3,9% e 11%, com a taxa mais elevada associada àqueles com contato mais próximo aos pacientes. Considerando as regiões geográficas, o maior número de infecções foi notificado na Europa (78,2%/ 152.888 infectados), sendo as enfermeiras as mais infectadas, contudo, encontra-se uma divergência dos dados nacionais nesse estudo com maior número de óbitos entre homens e médicos.

Outro estudo realizado no Irão mostrou que o número de hospitalização dos profissionais de saúde durante a pandemia não divergiu do padrão da população em geral, sendo bastante elevado, apresentando redução somente após a instituição da vacina. Quanto ao perfil dos profissionais que necessitou de hospitalização, 55,5% eram do sexo masculino, e 44,5% do sexo feminino; a idade média foi de 41,41 anos (Jalil et al., 2022).

Vários estudos examinaram a prevalência da infecção por SARS-CoV-2 entre profissionais de saúde, que, de acordo com testes PCR, foi relatada em 11% em todo o mundo; por exemplo, os Estados Unidos (55%), o México (30,35%) e a Itália (49,3%) tiveram as taxas de infecção por SARS-CoV-2 mais elevadas. Em contraste, o Kuwait (20,5%), o Egito (20%) e o Canadá (7%) registraram taxas de infecção por SARS-CoV-2 mais baixas entre os profissionais de saúde quando comparada a média global (Gómez-Ochoa et al., 2021).

Estudo no Reino Unido que analisou mortes por COVID-19 entre trabalhadores da saúde mostrou que as maiores taxas estiveram entre odontólogos (94%), médicos (94%) e enfermeiros (71%), outros trabalhadores de serviços de apoio apresentaram taxas de mortalidade de 56% (Kursumovic et al., 2020). No Brasil, pesquisa realizada ainda no primeiro ano da pandemia mostrou um universo caótico de infecção e mortalidade entre trabalhadores da saúde, com taxas de infecção de 46,35% e de óbitos, 44,78%. A maioria dos óbitos ocorreram na faixa etária de

41-50 anos. Embora, a maioria dos indivíduos incluídos no estudo fossem do sexo feminino, a maior taxa de letalidade foi predominante no sexo masculino (Duprat; Melo, 2020).

De acordo com o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN/RJ) durante a pandemia da COVID-19 até dezembro de 2021 mais de 4.500 profissionais de saúde já haviam morrido no país. Deste total, 70% corresponderam aos técnicos e auxiliares de enfermagem, 25% ao grupo de enfermeiros e, 5% ao da categoria médica. A partir desses indicadores, percebe-se que quanto mais próximo esses trabalhadores atuaram dos indivíduos adoecidos, mais morreram (COREN/RJ, 2022).

O Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (COREN/BA) manifestou preocupação com a saúde física e psíquica dos trabalhadores da saúde, categoria de técnicos, auxiliares e enfermeiros durante a pandemia (Conselho Regional de Enfermagem da Bahia, 2022). O Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN/SC) também lançou diversas campanhas com enfoque no cuidado do trabalhador da saúde durante a pandemia, e chamando a atenção da sociedade para a importância dos técnicos e enfermeiros no enfrentamento da COVID-19. Para mostrar ainda que os profissionais enquanto seres humanos têm as mesmas necessidades das outras pessoas, sejam elas afetivas, de moradia, dentre outras. O conselho ainda elaborou estratégias de enfrentamento ao adoecimento psíquico desenvolvido pelos trabalhadores (Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina, 2021).

Em estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul e Brasília com objetivo de analisar o impacto da pandemia da COVID-19 na saúde mental das categorias laborais da enfermagem, odontologia, medicina, farmácia e fisioterapia iniciada em 2020 até dezembro de 2022 com mais de 800 profissionais da saúde mostrou que 65% apresentaram sintomas de transtorno de estresse, 61,6% de ansiedade e 61,5% de depressão, sendo que sintomas de ansiedade classificados como extremamente severos foi identificado em 33,8% dos participantes, sendo que as categorias que atuavam em cuidados mais próximos aos sujeitos adoecidos, apresentaram maiores prevalências (Fundação Oswaldo Cruz, 2022b).

É importante ressaltar que o estigma durante a pandemia da COVID-19 se manifestou de forma tão evidente em diferentes grupos sociais, que diversos pesquisadores em diferentes partes do mundo começaram a estudar o fenômeno, desenvolver e validar instrumentos para sua mensuração. Na Índia foi desenvolvida e validada a *Stigma related to COVID-19 in India* (Nair et al., 2022), o *Structured COVID perception Interview Guide* (COPING) para avaliação do impacto agudo do diagnóstico COVID-19 também desenvolvida na Índia, aborda o estigma em um dos seus domínios (Sutar et al., 2022), a *COVID-19 Public Stigma Scale* na Tailândia (Nochaiwong et al. 2021), a *COVID-19 Stigma Instrument-Nurse -Version 3* (CSI-N-3) na

China (HUANG et al. 2022), a *COVID-19 Experienced DISCrimation scale* (CEDISC) e a *COVID-19 internalized Stigma scale* (COINS) ambas na Itália (Bonetto et al. 2022), na Tunísia foi adaptada e validada a *HIV stigma scale* para versão *Stigma scale for use among Tunisian COVID-19* (Mlouki et al. 2022).

O estigma traz consequências para a vida de quem o vivencia, nesse sentido, estratégias foram traçadas para redução dos seus impactos. Na Austrália, o Departamento Federal de Saúde com intuito de minimizar os impactos na saúde psicoemocional dos profissionais da saúde utilizou como estratégia a criação do Essential Network (TEN) formado por um conjunto de serviços de apoio à saúde psíquica com objetivo de prevenção, identificação e acompanhamento dos profissionais em processo de adoecimento (Coleshill et al. 2022).

3.4 ESTIGMA DE CORTESIA E ESTIGMATIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

Nos últimos anos diversos estudos têm se dedicado a investigações acerca das manifestações do estigma social, suas consequências e estratégias de intervenções para minimização dos seus impactos na vida e saúde de indivíduos e populações atingidas (Corrigan et al., 2009, Clement et al., 2015). É conhecido que o estigma acarreta diversos efeitos deletérios na vida dos indivíduos acometidos, contudo, ainda são escassos os estudos abordando o estigma de cortesia, que é experienciado por indivíduos sem o atributo desvalorizado, mas que estão próximos ao alvo central do estigma, sejam eles parceiros afetivos, familiares cuidadores ou profissionais da saúde (Corrigan; Watson, 2002; Corrigan et al., 2009).

O conceito de estigma de cortesia consiste na experiência de uma pessoa ou grupo de indivíduos que “[...] se relaciona com o indivíduo estigmatizado através da estrutura social, uma relação que leva a sociedade mais ampla a considerar ambos como uma só pessoa” (Goffman, 1975, p. 28), ou seja, a partir do imaginário social, existe uma junção da pessoa com a marca depreciada e outras próximas a mesma, sendo todas apreciadas da mesma maneira (Maldonado et al., 2023).

Assim, mesmo não apresentando atributos característicos para o estigma, ao serem associados ao estigmatizado, os indivíduos próximos enfrentam o mesmo processo de desvalorização, depreciação e discriminação, sendo o estigma de cortesia tão danoso quanto o estigma social percebido (Wong et al., 2018), uma vez que a associação do atributo de

determinados indivíduos ou grupos a estereótipos negativos, desqualifica os sujeitos e outros próximos e dificulta a aceitação plena em espaços sociais (Maldonado et al., 2023).

Ao discorrer acerca do estigma de cortesia, revisão integrativa da literatura identificou que alguns autores abordam conceitos distintos para abordar o fenômeno, como estigma de afiliação ou associação, sendo primeiro utilizado para referir-se ao estigma direcionado a familiares cuidadores ou familiares próximos do indivíduo com a marca estigmatizada, e o segundo para referir-se a profissionais da saúde que prestam cuidados aos indivíduos com o atributo desvalorizado socialmente (Maldonado et al., 2022).

O estigma de cortesia é tão danoso para a vida do sujeito, quanto o estigma percebido. A associação com grupos estigmatizados infere aos próximos um itinerário de perdas pela partilha da marca de descrédito. “Assim, a mulher fiel do paciente mental, a filha do ex-presidiário, o pai do aleijado, o amigo do cego, a família do carrasco, todos estão obrigados a compartilhar um pouco o descrédito do estigmatizado com o qual eles se relacionam” (Goffman, 1963, p. 28).

Desde a introdução do conceito do estigma de cortesia no trabalho seminal de Goffman, outros investigadores têm-se referido ao fenômeno como estigma associativo (Mehta; Farina, 1988) ou estigma por associação (Goldstein; Johnson, 1997; Neuberg, Smith, Hoffman, & Russell, 1994; O’stman & Kjellin, 2002).

A ocorrência do estigma de cortesia por associação, segundo a teoria de Goffman estabelece-se em relacionamentos significativos, como laços familiares, afiliações escolhidas ou pertencimento a categorias étnicas, raciais e de classe social. Essas associações representam fortes canais para a estigmatização dos sujeitos próximos, e dificultam a ocultação do atributo para mediação do estigma e suas consequências (Goffman, 1975), conforme podemos identificar no trecho a seguir:

[...] o indivíduo que tem um estigma de cortesia pode descobrir que deve sofrer da maior parte das privações típicas do grupo que assumiu e, ainda assim, que não pode desfrutar a auto-exaltação que é a defesa comum frente a tal tratamento. Além disso, de maneira semelhante a que ocorre com o estigmatizado em relação a ele, pode duvidar de que, em última análise, seja realmente "aceito" pelo grupo (Goffman, 1975, p. 30).

Em estudo realizado por Schilling e Miyashiro (2008) com filhos de genitores presidiários, o estigma direcionado aos pais ultrapassa a barreira do encarceramento e se

estendia aos filhos. Além destes, outras pessoas próximas a pessoa encarcerada como cônjuge, amigos e outros familiares próximos também eram consideradas perigosas, de índole duvidosa e as pessoas ficam temerosas em estabelecer relações atribuindo a estes os mesmos rótulos e estereótipos da pessoa encarcerada. Assim, o olhar social direcionado pelo estigma estendia-se para outros ao seu redor, que enxergavam de maneira fundida o encarcerado e todos aqueles que mantinham vínculo direto com o mesmo através do estigma de cortesia.

Essa condição do estigma por cortesia também foi identificada em estudos com pessoas com familiares de pessoas com tuberculose (Touso et al., 2014), com pessoas próximas a indivíduos com hanseníase (Pinheiro; Simpson, 2017), com HIV/AIDS (Moreira et al., 2010) e com filhos de presidiários (Schilling; Miyashiro, 2008). Assim, percebe-se que mesmo os indivíduos não apresentando atributos desvalorizados socialmente, ao estarem próximos às pessoas estigmatizadas também passam a ser vítimas do mesmo tipo de estigma.

Pryor e cols. (2012) afirmam que os efeitos negativos do estigma de cortesia por associação também podem ocorrer por eventos simples cotidianos decorrentes de mera coincidência, como ser visto próximo de alguém que apresente um atributo social desvalorizado, não manter contato com o mesmo, mas ser associado pela proximidade naquele momento pontual. Em estudo experimental realizado por Hebl e Mannix (2003) mostrou que o simples fato de um homem magro sentar numa sala de espera próximo a uma mulher obesa durante uma entrevista de emprego era o suficiente para ser avaliado de forma mais negativa durante a entrevista.

O estigma de cortesia por associação desencadeia processos psicológicos negativos aos acometidos, nesse sentido, o desejo de evitar a associação com o sujeito epicentro do estigma para evitar as repercussões negativas do estigma pode favorecer a exclusão dos grupos possuidores dos atributos depreciados socialmente. Assim, em condições em que o cuidador principal é um familiar a estigmatização do mesmo pode interferir na prestação de cuidados e propiciar ruptura das relações interpessoais (Pryor et al., 2012).

Pesquisas recentes têm se preocupado com o estigma de cortesia e suas repercussões na vida dos indivíduos que são vítimas do mesmo. Em estudo realizado por Maldonado e cols. (2022) os pesquisadores identificaram seis instrumentos que mensuram o constructo estigma de cortesia direcionado aos familiares, pessoas próximas e profissionais da saúde em diferentes condições, como adoecimento mental, deficiência intelectual, HIV/AIDS e indivíduos próximos de pessoas lésbicas, gays e bissexuais (LGBTQIA+), sendo eles: *Affiliate Stigma Scale (ASS)*; *Clinician Associative Stigma Scale (CASS)*; *Chinese Courtesy Stigma Scales*

(CCSS); *Parents' Internalized Stigma of Mental Illness (PISMI)*; *Lesbian, Gay, Bisexual Affiliate Stigma Measure (LGB-ASM)*; *Affiliate Stigma Scale-Malay (ASS-M)*.

No âmbito da saúde, o estigma associado a condições diversas pode resultar no atraso a procura de ajuda, redução do acesso aos serviços de saúde, tratamento insuficiente, retardo na obtenção de resultados e início de tratamento, o que pode piorar o prognóstico e aumentar o risco de violações dos direitos humanos dos indivíduos, sendo importante a identificação e proposição de estratégias de enfrentamento, principalmente, intervenções no local de trabalho na busca de minimizar a deterioração da saúde mental dos grupos estigmatizados (Javed et al., 2021).

O estigma de cortesia por associação direcionado aos trabalhadores de saúde pode levar a uma má prestação de cuidados aos usuários e até mesmo à recusa de prestação de assistência aos pacientes (Zarei et al., 2015), bem como desencadear repercussões psicológicas nos trabalhadores. Profissionais de saúde chineses afirmaram que o estigma de cortesia por associação com indivíduos com doenças mentais causa-lhes sofrimento emocional, com desenvolvimento de sintomas depressivos, ansiedade e estresse. Esses profissionais identificaram nas atitudes da população fusão ao olhar social de suas capacidades mentais e cognitivas comparando-os aos adoecidos que prestavam cuidados (Liu et al., 2023).

Investigação com enfoque nas experiências de estigma associativo com 543 profissionais da saúde mostrou que o estigma de cortesia por associação esteve relacionado com mais despersonalização, mais exaustão emocional e menor satisfação nas atividades laborais, sendo um preditor importante para o desenvolvimento da síndrome de burnout e sofrimento do profissional (Verhaeghe; Bracke, 2012).

Revisão de literatura mostrou que enfermeiros cuidadores de pessoas em adoecimento mental sofrem os mesmos estigmas dentro e fora da profissão pela associação com os adoecidos, e chamaram atenção para as repercussões psicoemocionais e da necessidade de discussões entre a comunidade acadêmica e pesquisas no campo da enfermagem para implementação de ações que venham minimizar os impactos do estigma de cortesia entre esse grupo de trabalhadores (Domingue et al., 2022).

A perda do *status* também está presente no estigma de cortesia, sendo o indivíduo despersonalizado, desvalorizado e fragmentado em múltiplos espaços que transita e possa ser associado ao estigmatizado, e mesmo quando atuante em locais que ocupa cargos de privilégio sob a ótica social, como os espaços de saúde, a manifestação do estigma compromete e modifica o status ocupado anteriormente, como identificado com enfermeiros cuidadores de indivíduos

com doença mental, que tiveram a privação de acesso a determinados espaços até mesmo dentro dos serviços de saúde (Domingue et al., 2023).

O estigma de cortesia também pode ser discutido a partir da interseccionalidade, uma vez que o mesmo indivíduo pode pertencer a grupos sociais distintos, e a junção de múltiplos atributos desvalorizados também contribui para acumulação de desvantagens à medida que os estereótipos se acumulam, sendo estes percebidos como fragmentados, estranhos, incomuns por estarem fora dos padrões sociais pré-estabelecidos. Desta forma, a somatização de atributos depreciados, como ser mulher, negra e associada a condições de saúde ou outros indivíduos estigmatizados aumenta a carga do estigma para a mesma (Link; Phelan, 2001; Oexle; Corrigan, 2018).

Durante a pandemia da COVID-19 foi identificado a construção de um estigma relacionado à doença e associado aos profissionais da saúde (Tsukuda; Kayano; Ito, 2022; Gaber et al., 2023; Grover et al., 2023). As pessoas adoecidas pela COVID-19 por apresentarem uma doença descoberta recente, ainda pouco conhecida, de fácil contágio que apresentou elevadas taxas de mortalidade, principalmente no primeiro momento do quadro pandêmico, sofreram discriminação e foram estigmatizadas em diversos contextos sociais (OPAS, 2020). Além destas, outros indivíduos que mesmo sem ter tido a doença, mas que atuaram em ambientes com proximidade aos adoecidos também foram vítimas da discriminação e preconceito, como os profissionais de saúde (Aydogdu, 2020; Robazzi et al., 2020; Rodríguez-Bolaños et al., 2020).

Em estudo realizado por Robazzi e outros. (2020) os autores discorrem acerca de ameaças verbais e agressões físicas contra trabalhadores da saúde, principalmente, da equipe de enfermagem durante o contexto da COVID-19 ocasionados pela atuação destes trabalhadores na linha de frente da pandemia. Os autores afirmam que tais atitudes da população estavam relacionadas a veiculação de notícias desencontradas pela mídia, dos indicadores de mortalidade e desconhecimento da doença, fatores estes que contribuiriam para que população ficasse temerosa e começasse a ver os trabalhadores da saúde como possíveis agentes de propagação da doença por atuarem no cenário da pandemia.

Outro estudo realizado por Rodríguez-Bolaños e outros (2020) mostra que além de estarem expostos a diversos fatores que colocam suas vidas em risco ao atuarem na linha de frente da COVID-19, como infecção por diversos patógenos inclusive o vírus SARS-CoV-2, longas jornadas de trabalho, fadiga, estresse e sofrimento psicológico, os profissionais da saúde passaram a vivenciar estresse, preocupação, sensação de medo constante e discriminação ao trabalharem junto a pacientes com COVID-19.

Em investigação realizada por Aydogdu (2020) com objetivo refletir acerca do aumento da violência e da discriminação deferida aos profissionais de saúde em detrimento do novo coronavírus, a autora destaca que em diversos lugares do mundo os trabalhadores da saúde passaram a ser discriminados pela população por serem vistos como disseminadores da COVID-19.

Assim, ao experienciar a associação da sua identidade de trabalhador com adoecidos por COVID-19, os trabalhadores da saúde passaram a sofrer as mesmas privações e rotulações dos indivíduos estigmatizados por adoecimento pela COVID-19, e mesmo não apresentando os atributos objeto da estigmatização, os trabalhadores deixaram de ser aceitos por outros grupos pelo fato da proximidade com o grupo estigmatizado (GROVER et al., 2023; GOFFMAN, 1975). Desta forma, mesmo não estando contaminados e nem apresentarem sintomatologia sugestiva de infecção pelo SARS-CoV-2, os profissionais de saúde por atuarem em proximidade com pessoas infectadas pelo vírus, passaram a serem rotulados como indivíduos adoecidos e que representam risco à população, sofrendo estigma de cortesia por associação.

O processo de estigmatização na saúde envolve atitudes hostis, como discriminação, preconceito, agressões físicas, verbais e psicológicas, isolamento, afastamento, dentre outras, que estão relacionadas à construção de uma concepção acerca de um dado fenômeno pelo grupo social, a partir de experiências pessoais e coletivas, que são influenciadas pela cultura, religiosidade, contexto político, nível de escolaridade e socioeconômico da população, variando também de acordo com o período e sociedade na qual o indivíduo estava inserido (Scliar, 2007).

Cada sociedade possui seu próprio conjunto de valores, princípios, normas, regras e significados de dados fenômenos, que influenciam na construção da visão de mundo dos indivíduos e modula concepções acerca da saúde e doença, bem como os modelos de condutas que devem ser obedecidos por seus membros. Assim, a cultura influencia na forma como são construídas as concepções sociais das doenças através dos significados atribuídos aos sinais e sintomas apresentados no corpo somado às manifestações fisiológicas e psicológicas do organismo, com base em experiências anteriores (Iriart, 2003), como no caso da pandemia causada pelo coronavírus.

Com relação ao preconceito, este pode ser diretamente relacionado ao processo de socialização do indivíduo em um contexto sociocultural, sendo considerado um juízo preconcebido, generalizado de um determinado fenômeno, sem exame crítico prévio, que é manifestado através de atitudes discriminatórias perante pessoas, lugares, religiões, tradições, condições de saúde, opções sexuais, etc. Assim, no preconceito desenvolvem-se crenças negativas acerca de um fenômeno independente de suas características reais, sendo um

indicador de desconhecimento por atribuir uma conotação pejorativa daquilo que é desconhecido ou considerado diferente e não aceito no meio social (Crochik, 2006).

Já a discriminação pode ser considerada como atitudes hostis, que transgredem os direitos da pessoa discriminada, e tem base em um raciocínio preconcebido a partir de experiências individuais e coletivas, mas sem fundamento sólido explicativo, tornando-se assim injusta, onde quem discrimina sente-se superior ao discriminado (Crocker; Wolfe, 2001).

Assim, percebe-se que o processo de estigmatização sofre influência da cultura por ser construído a partir de concepções sociais, envolvendo preconceito, discriminação, agressões verbais, físicas e psicológicas para com um sujeito ou grupo de indivíduos que possua uma características física, simbólica, ou de saúde diferente ou não aceita pelo meio social no qual o sujeito está inserido (Crocker, Wolfe, 2001; Iriart, 2003; Crochik, 2006; Scliar, 2007; Goffman, 1975).

No contexto da saúde, o estigma é descrito como uma associação negativa entre uma pessoa ou grupo de pessoas que apresentam determinadas características específicas de uma doença ou estão próximas de pessoas adoecidas com a característica indesejada, mesmo não apresentando a mesma. É importante salientar, que em muitas condições de saúde, as características da doença não estão presentes no corpo, mas ainda assim, fazem parte do imaginário social, sendo o indivíduo e seus pares próximos estigmatizados da mesma forma quando o atributo é revelado (Link; Phelan, 2001).

Na pandemia da COVID-19, o estigma pode estar associado à falta de conhecimento da população acerca da doença, criando assim em seu imaginário social (construção de uma concepção) influenciado por experiências individuais e coletivas, além da mídia, medo de contaminação com adoção de posturas preconceituosas e discriminatórias (Grover et al., 2023; Goffman, 2015).

Ser estigmatizado pode favorecer ao adoecimento do indivíduo, principalmente, de ordem psíquica, com o desenvolvimento de desordens emocionais, como tristeza, ansiedade, isolamento, que vão impactar no desempenho laboral (Aydogdu, 2020). Nos profissionais de saúde, o estigma sofrido em decorrência da COVID-19 pode impactar na qualidade da assistência prestada à população (OMS, 2020), além de somatizar com outros fatores laborais da organização do trabalho que favorece ao adoecimento dos profissionais de saúde, como sobrecarga de trabalho, desvalorização por empregadores e medo constante de ser contaminado e contaminar outras pessoas (Dantas, 2021).

Em estudo realizado por Silva e outros (2021), foi mostrada uma prevalência geral de ansiedade de 35% nos profissionais de saúde da linha de frente da pandemia, sendo maior entre

as mulheres em relação aos homens, entre os enfermeiros na comparação com médicos. Os pesquisadores identificaram ainda que atuar na linha de frente, estar infectado com coronavírus e apresentar doenças crônicas também foram fatores associados a ansiedade nos profissionais de saúde.

Em outro estudo realizado por Paixão e outros (2021), os autores destacaram que mesmo com todos os perigos que estão expostos ao atuarem na linha de frente da COVID-19, como longas jornadas de trabalho, perigo de contaminação por agentes patológicos distintos, esgotamento físico e psicológico, violência laboral, dentre outros, os trabalhadores da saúde, principalmente aqueles que atuam mais próximo aos indivíduos, como médicos e equipe de enfermagem precisam lidar com o estigma da população, recebendo a marca de potencialmente contaminadas e *status* de perigosos, mesmo sem a população ter certeza do diagnóstico de positividade destes trabalhadores, mas por terem criado no seu imaginário que estar próximo de indivíduos adoecidos é sinônimo de estar infectado.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia consiste numa descrição detalhada de todos os caminhos percorridos pelo pesquisador para alcançar os objetivos pré-estabelecidos com uma pesquisa. Para isso, o pesquisador adota procedimentos, com base em métodos reconhecidos pela comunidade científica visando a resolução dos problemas elencados com a questão de investigação (Prodanov; Freitas, 2013).

Nessa sessão apresentaremos detalhadamente todos os procedimentos metodológicos que foram empregados para o alcance dos objetivos propostos pelo presente estudo.

4.1 PASSOS DA PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa de campo com os trabalhadores da saúde foi dividida em dois momentos. O primeiro momento ocorreu entre o primeiro e segundo ano da pandemia da COVID-19 (2020-2021), onde os indicadores epidemiológicos de mortalidade e letalidade da doença foram mais elevados. E, o segundo momento da pesquisa ocorreu no terceiro ano da pandemia (2023), após a instituição da vacina tanto para os trabalhadores da saúde, quanto para a população geral, momento de controle da doença com queda dos indicadores epidemiológicos e flexibilização das medidas restritivas.

4.1.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório, método de estudo caracterizado por uma tentativa incessante do pesquisador em compreender de forma detalhada o universo de significados e características situacionais do contexto de inserção dos entrevistados, que não poderiam ser apreendidas com a produção de medidas quantitativas (Bardin, 2016).

Prodanov e Freitas (2013, p.70) consideram que na abordagem qualitativa

[...] há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Esta não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave [...]

A escolha pela abordagem qualitativa neste estudo justifica-se pelo interesse em apreender como os profissionais de saúde que experienciaram e elaboraram estratégias de enfrentamento para o estigma durante a pandemia da COVID-19, seja antes e após a instituição da vacinação para toda população. Desse modo, este estudo preocupou-se com aspectos subjetivos da experiência de cada indivíduo que não poderiam ser explorados por abordagens de cunhos quantitativos.

4.1.2 Local do estudo

O estudo foi realizado com trabalhadores da saúde de nível médio e superior, atuantes nas cidades de Feira de Santana e Salvador, ambas situadas no estado da Bahia. A rede de saúde destas cidades é estruturada em atenção primária, serviços de média complexidade e de alta complexidade. Para o respectivo estudo, considerando o momento pandêmico, cujo maior contato dos trabalhadores com pessoas com suspeita ou diagnóstico confirmado para COVID-19 aconteceu nos serviços de média e alta complexidade, de acordo com a gravidade do caso, foi escolhido o recorte geográfico hospitalar e dos serviços de média complexidade como *locus* do estudo.

4.1.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram alocados em dois momentos distintos, em 2021, e posteriormente em 2023. Participaram em 2021 do estudo 25 trabalhadores da saúde, de ambos os sexos, que estavam atuando nos serviços de saúde durante a pandemia da COVID-19, e aceitaram participar da pesquisa voluntariamente para versar acerca de suas experiências durante o período da pandemia COVID-19. Foram utilizados como critério de inclusão: ser maior de 18 anos, trabalhador da saúde de nível médio ou superior, que atuaram por um período de no mínimo seis meses em serviços de saúde de média ou alta complexidade, que atenderam pessoas com diagnóstico confirmado ou suspeita de COVID-19 por quadro sintomatológico. Não foram incluídos no estudo os trabalhadores que referiram fadiga no momento da entrevista decorrente de adoecimento pela COVID-19, pois poderiam interferir e/ou influenciar nas respostas fornecidas, sendo reagendadas para outro momento em que os trabalhadores se sentiam confortáveis. Ademais, não foram estabelecidos outros critérios de exclusão na busca de garantir a homogeneidade da amostra ao atender todos os critérios de inclusão. No segundo

momento, em 2023 participaram 17 trabalhadores da saúde com as mesmas características para inclusão e exclusão citados anteriormente, resumindo um total de 42 participantes.

Os participantes do primeiro e segundo momento de coleta não foram todos os mesmos, sendo comuns em ambas etapas seis participantes (duas enfermeiras, duas nutricionistas, uma técnica de enfermagem e uma psicóloga).

Durante o processo de inclusão dos participantes houve um total de 12 recusas de participação na pesquisa, registradas no grupo médico e dos trabalhadores de nível médio. A observância da pesquisadora identificou que as recusas do grupo médico se deram na maioria por dificuldade de ajustes de horário, no qual, os profissionais afirmaram não ter disponibilidade na agenda, mesmo as entrevistas sendo na modalidade remota. Quanto ao grupo de trabalhadores do nível médio, as recusas pareceram estar relacionadas ao medo de expor algo que pudesse impactar no vínculo trabalhista, embora, os mesmos não tivessem deixado isso claro nos discursos de recusas, as justificativas e preocupações compartilhadas com a pesquisadora revelaram de forma velada.

A aproximação com os participantes na primeira e segunda etapa de coleta ocorreu através de mídias sociais, como *Instagram* e indicação de pessoas próximas dos trabalhadores, sendo este denominado sujeito chave para inclusão de novos participantes através do método *snowball*, também nomeado como bola de neve, que utiliza cadeias de referência para inclusão de participantes de determinados grupos difíceis de serem acessados pelo pesquisador (Faugier; Sargeant, 1997; Costa, 2018). Assim, tanto no primeiro momento da coleta quanto no segundo, os participantes incluídos na pesquisa foram considerados informantes-chaves, nomeados como sementes, que indicaram outros trabalhadores com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Posteriormente, os trabalhadores indicados pelas sementes indicaram novos contatos com as características desejadas, a partir de sua rede pessoal, e assim seguiu-se sucessivamente com as novas inclusões a cada entrevista até a saturação dos dados para o quadro de análise (Vinuto, 2024).

Após ter contato com os trabalhadores através das mídias sociais foi solicitado e-mail para contato formal, bem como, explicação dos objetivos da pesquisa e encaminhamento do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE). Todos os participantes foram informados sobre as medidas para assegurar o anonimato, confidencialidade das informações, objetivos, riscos e benefícios do estudo, e devolveram via e-mail o RCLE assinado. Foi disponibilizado um número de telefone para contato direto com a pesquisadora para casos de possíveis dúvidas com relação ao RCLE ou pesquisa. Os participantes também tiveram a

oportunidade de antes do início das entrevistas sanar alguma dúvida ainda existente, ou relatar quaisquer dificuldades na compreensão do RCLE.

Ressalta-se que estudos de natureza qualitativa tem enfoque em aspectos subjetivos do universo do fenômeno estudado. Nesse tipo de abordagem deve-se trabalhar com a noção de sujeitos incluídos na pesquisa, pois o foco não são indicadores numéricos, mas as concepções, percepções e representações dos sujeitos acerca de um determinado fenômeno. Sendo assim, os participantes do presente estudo foram incluídos progressivamente por conveniência e, a partir do momento que as informações atingiram uma regularidade de repetições foi interrompida a inclusão de novos participantes, já que poucos dados novos seriam acrescentados a pesquisa (Bardin, 2016; Minayo, 2017).

Complementa-se ainda que em termos de significado, é importante situar o leitor acerca da utilização dos termos “trabalhador da saúde” e “profissionais da saúde”, pois compreende-se o primeiro como o grupo de indivíduos que desenvolvem qualquer atividade laboral dentro dos serviços de saúde, tais como auxiliar administrativo, recepcionista, zelador, segurança, auxiliar de serviços de limpeza, maqueiro, técnico de enfermagem, de laboratório, equipes médicas, dentre outros. Já por profissional de saúde compreende-se o indivíduo com formação específica na área da saúde, como enfermeiros, médicos, biomédicos, farmacêuticos, nutricionistas, dentre outros. Dessa forma, todo profissional da saúde é um trabalhador da saúde, mas nem todo trabalhador é um profissional. Assim, nesse trabalho será adotado o termo trabalhador da saúde para toda categoria de indivíduos que atuaram e ou atuam em contextos de saúde.

4.1.4 Instrumentos de produção de dados

A coleta de dados ocorreu em dois momentos, no primeiro, entre agosto e setembro de 2021, e no segundo após a pandemia, entre os meses novembro e dezembro de 2023. Justifica-se o recorte temporal por 2021 ser o ano da introdução de imunizantes contra a COVID-19 no Brasil para grupos populacionais específicos, e dentre eles, os trabalhadores da saúde. E o ano de 2023 por já ter sido liberada a vacinação para toda população, e os brasileiros terem tomado no mínimo 3 doses dos imunizantes liberados para COVID-19. Além disso, em 2023 os indicadores de morbimortalidade já haviam sido reduzidos, as medidas sanitárias flexibilizadas e a maioria da população já haviam retomado suas atividades do período anterior à pandemia.

Foi utilizada a entrevista semiestruturada, guiada por um instrumento previamente elaborado pelas pesquisadoras e submetido a teste piloto por membros do grupo de pesquisa e por um grupo de participantes, todos trabalhadores da saúde, a fim de ajustar o instrumento quanto à forma e o conteúdo para o alcance dos objetivos propostos (APÊNDICE A/ APÊNDICE B).

O instrumento de coleta de dados, contemplou dados objetivos sociodemográficos, referentes à caracterização das participantes, e questões subjetivas que procuraram atender ao objetivo deste estudo. A escolha da entrevista semiestruturada como estratégia de coleta de dados, se deu por esta ser uma técnica abrangente, que privilegia a interação social, e possibilita ao sujeito reflexões acerca da sua própria realidade, a partir de suas experiências em um determinado contexto do imaginário social (Bardin, 2016), sendo considerada como uma técnica de excelência, e, indispensável nas ciências sociais, por captar a veracidade das informações em tempo real a partir das experiências dos entrevistados (Poupart et al., 2014).

Mediante ao quadro pandêmico da COVID-19 e buscando atender às recomendações de segurança do Ministério da Saúde, no primeiro momento do estudo, todas as entrevistas foram realizadas por meio de estratégias digitais como Whatsapp e/ou Google Meet e tiveram a gravação do áudio com o suporte de um *smartphone*. No segundo momento, mesmo com as flexibilizações das medidas sanitárias, além da população já ter sido imunizada, as entrevistas ocorreram também de forma online igualmente a primeira etapa para evitar viés por diferentes estratégias de coleta, sendo que todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora/doutoranda responsável pelo estudo.

Durante as chamadas com o Google Meet e/ou Whatsapp foi solicitado aos participantes que deixassem a câmera fechada. As entrevistas duraram em média de sete a 26 minutos. Todas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora principal e submetida, posteriormente, à avaliação dos participantes para acréscimos ou retiradas de conteúdo, contudo, nenhum participante expressou desejo de realizar modificações, e nem houve a necessidade de repetição de entrevista.

4.1.5 Análise dos dados

A análise dos dados buscou identificar o processo de estigmatização experienciado pelos trabalhadores da saúde a partir do cruzamento dos dados com auxílio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), na etapa

de organização e processamento dos dados, associado a uma segunda análise com *corpus* oriundo das entrevistas mediante aplicação do método de Análise Temática de Conteúdo (ATC).

Após escuta e transcrição das entrevistas, todas foram reunidas em um único *corpus* textual após a etapa de preparação com ajuste das regras ortográficas da língua portuguesa, supressão de símbolos, espaços e pontuações que geram inconsistências se submetidos ao IRaMuTeQ (Soares et al., 2022).

O IRaMuTeQ é um *software* de acesso gratuito, desenvolvido sob a lógica da *open source*, que ancora-se no ambiente estatístico do *software* R. O programa viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde as simples, como a lexicografia através do cálculo da frequência de palavras, até análises multivariadas, como a classificação hierárquica descendente e análises de similitude. A partir da análise do *corpus*, o *software* organiza a distribuição dos vocábulos de uma forma que facilita a compreensão visual, por meio da formação de gráficos, tabelas e quadros, que favorece a apreensão do pesquisador acerca do fenômeno explorado (Camargo; Justo, 2013).

Nos últimos anos, o IRaMuTeQ tem sido mais utilizado em estudos de abordagem qualitativa, principalmente, em pesquisas no campo da saúde para compreensão de constructos sociais ao adotar técnicas estatísticas para analisar dados textuais oriundos de diversos conjuntos de escritos, como entrevistas, reportagens, publicações em redes sociais, poemas redações, poemas, dentre outros, que na sua totalidade formam um *corpus* textual, construído pelo pesquisador, que será submetido a análise pelo *software* (Salvador; Gomes; Rodriguês, 2018; Souza et al., 2018). No contexto da saúde e das ciências sociais, o *corpus* textual mais utilizado é o formado pelo conteúdo das entrevistas (respostas) em pesquisas de campo (Sousa et al., 2020), mesmo *corpus* utilizado pelo presente estudo

De acordo com Almico e Faro (2014), a utilização do *software* IRaMuTeQ é um método de análise, que passou a ser usado na pesquisa qualitativa para apreender conteúdos expressos nos discursos dos sujeitos, através de uma análise lexical automática das palavras presentes na fala dos entrevistados. Assim, o *software* permite realizar, de modo automático, a análise lexical do conteúdo ao organizar as palavras características do discurso por classes, tornando possível o trabalho do pesquisador perante um grande *corpus* de dados.

O *software* IRaMuTeQ possibilita cinco tipos diferentes de análises, sendo elas: as estatísticas textuais clássicas, pesquisa por especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente, análises de similitude e formação de nuvem de palavras (Camargo; Justo, 2013).

Para as *análises lexicais clássicas*, o IRaMuTeQ identifica e transforma *Unidades de Contexto Iniciais* (UCI) em *Unidades de Contexto Elementares* (UCE), ou seja, ele transforma os textos, como as respostas de entrevistas, em segmentos de texto (ST); identifica a quantidade de palavras, a frequência média e o número de *hápax*, que são aquelas palavras identificadas apenas uma vez; pesquisa o vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes (lematização); cria um dicionário das formas ativas, suplementares e eliminadas (classes gramaticais), que permite análises estatísticas (Camargo; Justo, 2013).

Ressalta-se que o *corpus* submetido a análise, deve ser lido, corrigido e organizado pelo pesquisador, visando o maior aproveitamento percentual das palavras que compõem esse corpus. Estudiosos sustentam um bom aproveitamento dos segmentos de texto aqueles com índices superiores a 75%, sendo que outros autores reconhecem um aproveitamento mínimo 70% (Camargo; Justo, 2016). Nesse estudo, o processamento do *corpus* foi realizado em 34 segundos, sendo classificados 665 segmentos de texto, das quais 574 foram aproveitadas, ou seja, 86,32 % do total do *corpus*.

O IRaMuTeQ também possibilita ao pesquisador *análise de especificidades*, através da associação direta dos textos com variáveis descritoras dos seus produtores; e análise da produção textual em função das variáveis de caracterização identificadas previamente pelo pesquisador. Nesse tipo de análise, considerada de contraste, o *corpus* é dividido em função da variável selecionada pelo pesquisador, como por exemplo, comparar a produção textual da categoria de trabalhadores do nível médio e superior em relação a um dado fenômeno (Camargo; Justo, 2013).

No presente estudo as análises do primeiro artigo foram realizadas pelo método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) por meio do IRaMuTeQ. Os gráficos gerados foram interpretados e validados pela equipe de pesquisa composta por uma doutoranda, cinco doutores sendo eles: um enfermeiro, duas enfermeiras, um odontólogo e uma socióloga.

É importante salientar que todo o material emergido da submissão do *corpus* ao software IRaMuTeQ foi explorado, analisado e interpretado pela pesquisadora, uma vez que, “apenas o conhecimento externo do analista o habilita a interpretar os dados, ou seja, o conhecimento da língua, do assunto e do *software* são fatores limitantes” (Lahlou, 2012, p. 38) se apenas este for considerado para interpretação dos resultados.

Na CHD os textos são classificados em função de vocábulos que agrupados em conjunto se dividem pela frequência das formas reduzidas, no qual o *software* organiza os resultados em um dendrograma, que consiste numa representação gráfica, que mostra as relações existentes entre as classes. Além disso, a execução de cálculos do *software* fornece resultados que

possibilita o pesquisador descrever cada uma das classes a partir do seu vocabulário característico (léxico) e palavras com asterisco (variáveis) (Ratnoud, 2009; Camargo; Justo, 2013).

Para análise textual, foi possível visualizar e extrair de fragmentos de fala dos participantes, a partir de seus discursos, que possibilitou à pesquisadora maior apreensão dos termos identificados com maiores frequências, bem como às ocorrências mostradas nos gráficos.

Após a formação da CHD, os autores leram os segmentos de texto de cada classe e atribuíram títulos para cada uma delas buscando representar a temática principal, favorecendo a interpretação subjetiva do material textual. Assim, do processo de análises do CHD emergiram categorias temáticas, que refletem a dinâmica do processo de estigmatização enfrentada pelos trabalhadores da saúde durante o quadro pandêmico da COVID-19.

Os dados empíricos do segundo momento da pesquisa foram submetidos ao método de Análise Temática de Conteúdo (ATC), proposto por Bardin (Bardin, 2016), para apreensão do imaginário social acerca do estigma de cortesia, uma vez que o método permite a compreensão dos conteúdos dos depoimentos para além dos significados contidos nas falas ao contribuir para a interpretação da realidade, bem como dos comportamentos e práticas sociais relatadas pelos participantes.

A ATC ocorreu em três etapas: 1ª etapa – Pré-análise, fase de organização do material, em que foram realizadas leituras de exploração dos dados, que oportunizou a operacionalização e a sistematização das ideias iniciais; 2ª etapa – Exploração do material, momento em que foi realizada a codificação e reunião do material em unidades de significado; e na 3ª etapa, ocorreu o tratamento, inferência e interpretação dos resultados, estabelecendo relações entre o objeto de análise e seu contexto mais amplo, proporcionando novas reflexões (Bardin, 2016).

A fase da pré-análise consistiu na seleção dos materiais a serem analisados, na elaboração de objetivos e reformulação dos objetivos e seleção dos materiais e na elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação do produto final do trabalho (Minayo, 2007; Bardin, 2016). Essa fase decompõe-se *leitura flutuante, constituição do corpus e formulação de objetivos*.

Na leitura flutuante buscamos conhecer o conteúdo dos materiais através do contato intenso e exaustivo até dominar com facilidade e propriedade o assunto (Minayo, 2007). Quanto à *constituição do corpus* deve-se ocupar-se em “responder a algumas normas de validade qualitativa: *exaustividade*: que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro; *representatividade*: que ele contenha as características essenciais do universo pretendido;

homogeneidade: que obedeça a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratadas, às técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores; *pertinência*: que os documentos analisados sejam adequados para dar resposta aos objetivos do trabalho.” (Minayo, 2007, p. 316).

A exploração do material constituiu a segunda fase, que consistiu na lapidação do conteúdo para codificação e montagem das categorias. Minayo (2007, p. 317) reporta categorias como “expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado”. Desta forma, nessa fase buscamos compreender os núcleos de sentidos e agrupá-los para posteriormente identificar as categorias.

Na terceira fase foi realizado o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nessa etapa ocorreu a condensação, interpretação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; momento em que a pesquisadora analisou os resultados de forma crítica e reflexiva e comparou com a literatura científica vigente (Minayo, 2007; Bardin, 2016).

Além disso, achados principais encontrados também foram interpretados à luz da Teoria do Estigma proposta por Erving Goffman, que caracteriza o estigma como a formação prévia de uma concepção negativa e categorização do sujeito ou grupo a partir de seus atributos. Esses atributos consistem em características pessoais e/ou individuais apresentadas por um indivíduo ou grupo de indivíduos, que durante a interação com outros do meio social ocorre a formação de concepções prévias não fundamentadas, mas que enquadram os sujeitos em categorias dicotômicas de “normais” e “anormais”. Aos indivíduos com tais atributos é imputada uma marca de depreciação, vergonha, desgraça ou desaprovação que culmina na rejeição, discriminação e restrição do indivíduo da participação plena em diversas áreas da sociedade, bem como de todos aqueles que mantem relação próxima com o sujeito através do estigma de cortesia (Goffman, 1975).

4.1.6 Aspectos éticos

Por envolver seres humanos, este estudo obedeceu às normas e diretrizes da Resolução nº466 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta todas as pesquisas envolvendo seres humanos, considerando o respeito pela dignidade humana e principalmente pela proteção devida aos participantes de pesquisas científicas assegurando sua integridade física, psíquica, moral, social, intelectual, cultural e espiritual, e obedecendo aos

princípios da bioética da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Considerando que o progresso da ciência e da tecnologia deve existir e serem incentivados, mas respeitando a dignidade, a liberdade e a autonomia dos sujeitos participantes (Novoa, 2014).

Assim, a produção do material empírico ocorreu somente após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, que trata da pesquisa com seres humanos e somente após parecer favorável foi dado início à coleta de dados. Parecer nº 4.684.850 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 40155420.0.0000.0053.

Todos os participantes do estudo assinaram o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) (APÊNDICE D), no qual estão descritos, os objetivos, a relevância a justificativa, e a metodologia utilizada para a coleta de dados na pesquisa, bem como todos os possíveis riscos e benefícios da pesquisa.

Salienta-se que no primeiro e segundo momento da pesquisa não houve nenhum contato humano/físico direto entre o pesquisador e os participantes. No primeiro momento como forma de cumprimento e respeito às medidas de prevenção sanitária instituídas para a COVID-19, reduzindo dessa forma o risco de potencial contaminação pelo Coronavírus e a preservação da integridade do participante, e, posteriormente, no segundo momento decidiu-se em reunião com o grupo de pesquisa continuar com a coleta virtual para evitar viés de resposta.

Desse modo, todas as entrevistas aconteceram em ambiente virtual mediante acesso do participante à internet através do WhatsApp e/ou Google Meet. Através do WhatsApp foi enviado os convites oficiais para participação dos indivíduos no estudo, e após o aceite, eram encaminhados o TCLE e as orientações acerca dos benefícios, riscos e objetivos do estudo e as entrevistas eram marcadas de acordo a disponibilidade e realizadas através do WhatsApp e Google Meet de acordo com a facilidade do participante de acesso e manuseio do respectivo meio de comunicação social.

Todo estudo apresenta variações de riscos e benefícios, conforme aborda a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variadas. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes” (BRASIL, 2012).

Visando atender a resolução supracitada, foram utilizadas como estratégias para minimizar os riscos esclarecimento dos objetivos da pesquisa e ênfase em assegurar a confidencialidade, credibilidade e a ocultação da identidade dos participantes em todas as fases

do estudo. Nenhum participante relatou desconforto e nem a pesquisadora identificou grau de desconforto durante as entrevistas.

Quanto aos benefícios, ampliação do conhecimento acerca da construção do fenômeno estigma de cortesia direcionado a grupos específicos, reflexões e discussões com discentes, docentes, gestores e trabalhadores da saúde sobre os impactos, bem como as estratégias de enfrentamento. Além disso, a criação de espaços de fala e cuidado para os trabalhadores ainda adoecidos no pós-pandemia.

5 RESULTADOS

Os caminhos percorridos levaram à construção de dois artigos originais que compõem as seções 5.1 e 5.2 deste capítulo de resultados.

Para responder ao primeiro objetivo específico deste estudo, desenvolvemos o artigo 1, que resulta da exploração do construto estigma sob a ótica de trabalhadores da saúde após um ano de pandemia e período de introdução da vacina no Brasil, sendo intitulado de “A VOZ DOS SILENCIADOS: ESTIGMATIZAÇÃO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE TRABALHADORES DA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA COVID-19. Este manuscrito será submetido à avaliação pelo periódico *Physis: Revista de Saúde Coletiva*.

Visando responder ao segundo objetivo específico do estudo foi desenvolvido o artigo 2 intitulado “(DES)ESTIGMATIZAÇÃO E COVID-19: EXPERIÊNCIAS DE TRABALHADORES DA SAÚDE APÓS VACINAÇÃO” e compreender como trabalhadores da saúde experienciaram o estigma no pós-pandemia após disponibilização da vacina da COVID-19 para toda população. Este manuscrito será submetido à avaliação pelo periódico *Revista de Saúde Coletiva de São Paulo*.

5.1 ARTIGO 1 – A VOZ DOS SILENCIADOS: ESTIGMATIZAÇÃO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE TRABALHADORES DA SAÚDE DURANTE A PANDEMIA COVID-19

Resumo

Objetivo: Aprender as condutas sociais estigmatizantes dirigidas aos trabalhadores da saúde na pandemia e discutir as estratégias de enfrentamento utilizadas para enfrentamento do estigma

durante a pandemia da COVID-19. Método: Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com trabalhadores da saúde do nível médio e superior, em município do interior da Bahia. Os dados foram coletados através da entrevista semiestruturada entre agosto e setembro de 2021 e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática. Resultados: Foram identificadas as seguintes categorias: Ruptura de vínculos, afastamento, evitação, rotulagem e discriminação do trabalhador; Estigmatização no ambiente laboral; Sentimentos desencadeados com as experiências de estigma e estratégias de enfrentamento; Oscilando entre a identidade de heróis e não heróis e falta de valorização do trabalhador; e Mudança da percepção popular com a instituição da vacina para os trabalhadores da saúde. Considerações Finais: Durante a pandemia os trabalhadores da saúde experienciaram situações estigmatizantes advindas de pessoas desconhecidas e conhecidas, que desencadeou sentimentos negativos e repercussões psíquicas, sendo necessária adoção de estratégias de enfrentamento.

Descritores: Estigma Social. Discriminação Social. Trabalhadores da Saúde. Pessoal de Saúde. COVID-19.

Introdução

Os trabalhadores da saúde, grupo composto por distintas categorias profissionais, no contexto da pandemia COVID-19 atuaram em cenários próximos de indivíduos com suspeita ou infectadas pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SaRS-CoV-2), o que aumenta o risco biológico de contaminação pela doença, bem como os tornou mais vulneráveis ao processo de estigmatização construído em torno da doença (Ribeiro et al., 2020).

O estigma pode ser compreendido como a inferiorização e desvalorização de um determinado indivíduo ou grupos sociais por apresentarem características depreciadas socialmente. Essas características podem ser visíveis no corpo, mas também podem ser simbólicas ou relacionadas a padrões de condutas (Goffman, 2015). Em se tratando da COVID-19, o estigma relaciona-se ao medo do desconhecido, que gerou exclusão e intolerância da população direcionadas a vários segmentos sociais, dentre esses os trabalhadores da saúde, que mesmo quando não atuaram diretamente no cuidado de indivíduos adoecidos, se encontravam próximos, fazendo emergir o estigma (Borges et al., 2021).

Ameaças verbais e agressões físicas contra trabalhadores da saúde, principalmente, da equipe de enfermagem durante o contexto da COVID-19 ocasionados pela atuação destes na linha de frente da pandemia foram situações de destaque na mídia. As atitudes hostis da população aos trabalhadores da saúde estavam relacionadas a veiculação de notícias desencontradas pela mídia, dos indicadores de mortalidade e desconhecimento da doença, fatores estes que contribuíram para que a população ficasse temerosa e começasse a ver os

trabalhadores da saúde como possíveis agentes de propagação da doença por atuarem no cenário da pandemia (Ghareeb; El-Shafei; Eladl, 2021; Ribeiro; Robazzi; Dalri, 2021).

Assim, além de estarem expostos a diversos fatores que colocavam sua integridade física e psíquica em risco por atuarem na linha de frente da COVID-19, como infecção por diversos patógenos, inclusive o vírus SARS-CoV-2, longas jornadas de trabalho, fadiga, estresse e sofrimento psicológico, fizeram com que os trabalhadores da saúde passassem a vivenciar estresse, preocupação, sensação de medo constante e estigmatização ao trabalhar com indivíduos com suspeita ou contaminados pelo SARS-CoV-2 (Rodríguez-BolañoS et al., 2020).

O estigma direcionado aos trabalhadores da saúde não se restringiu ao contexto brasileiro, mas queixas semelhantes foram narradas em diversas partes do mundo. Aumento da violência e da discriminação deferida aos trabalhadores da saúde em detrimento do novo coronavírus passou a ser rotineiro no espaço laboral pelo imaginário social destes indivíduos serem vistos como disseminadores da COVID-19 (Moro et al., 2022).

Ser estigmatizado pode favorecer ao adoecimento, principalmente, de natureza psíquica, com o desenvolvimento de desordens emocionais, como tristeza, ansiedade, isolamento, que podem impactar no desempenho laboral (Link; Phelan, 2001; Silva et al., 2021). Nos trabalhadores da saúde, o estigma sofrido em decorrência da COVID-19 pode impactar na qualidade da assistência prestada à população, além de somatizar com outros fatores laborais da organização do trabalho que favorece ao adoecimento dos trabalhadores, como sobrecarga de trabalho, desvalorização por empregadores e medo constante de ser contaminado e contaminar outras pessoas do seu convívio (Grover et al., 2020; Dantas, 2021).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivos apreender as condutas sociais estigmatizantes dirigidas aos trabalhadores da saúde na pandemia, bem como discutir as estratégias de combater o estigma durante a pandemia da COVID-19.

A compreensão do processo de estigmatização experienciado pelos trabalhadores durante a pandemia mesmo após a finalização do quadro pandêmico justifica-se pelo fato dos indivíduos estigmatizados apresentarem diferentes estratégias de enfrentamento, bem como o estigma trazer diversas repercussões individuais, sociais e psicoemocionais a curto, médio e longo prazo, sendo necessária sua compreensão retrospectiva para adoção de estratégias de cuidados aos estigmatizados com danos no tempo presente.

Método

Estudo de abordagem qualitativa, fundamentado no aporte teórico metodológico da Teoria do Estigma (Goffman, 1975), orientado pelo guia *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) (Tong, Sainsbury e Craig, 2007).

A pesquisa encontra-se vinculada à uma tese de doutorado na área da Saúde Coletiva, em um programa de pós-graduação na Bahia, Brasil. A mesma seguiu as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata da ética em pesquisas com seres humanos (Novoa, 2014), da Resolução nº 510, de 2016, que aborda normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais, com respeito aos princípios legais, do que é ético e de direito (Guerreiro; Minayo, 2019), sendo iniciada a pesquisa somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o parecer nº 4.684.850.

Participaram do estudo 25 trabalhadores da saúde que atuavam em unidades hospitalares, prestando assistência às pessoas com suspeita e/ou infectadas com o Sar-cov-2, que aceitaram o convite de versar sobre suas experiências e as estratégias de enfrentamento da estigmatização durante o quadro pandêmico da COVID-19. Os critérios de inclusão foram: ser trabalhador da saúde, de nível médio ou superior, maior de 18 anos, que estivesse atuando por um período mínimo de seis meses no serviço, em serviços de média complexidade ou hospitais que atendiam pessoas com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19. Não foram incluídos trabalhadores adoecidos por COVID-19 e/ou de licença por qualquer motivo de saúde no momento da coleta. Houve 12 recusas de participação na pesquisa. No grupo de trabalhadores de nível superior as recusas estiveram relacionadas a incompatibilidade de horário e no grupo de nível médio prevaleceu o receio de serem identificados, pois em sua maioria seus vínculos trabalhistas são contratuais.

A aproximação com os participantes ocorreu através de mídias sociais, como Instagram e indicação de pessoas próximas dos trabalhadores, sendo os dois primeiros indivíduos da pesquisa (um enfermeiro e um técnico de enfermagem) considerados sujeitos chaves, pois a partir da indicação destes foram incluídos os demais participantes com perfil necessário para a pesquisa através do método *snowball* ou bola de neve, que utiliza cadeias de referência para inclusão de participantes difíceis de serem acessados pelo pesquisador por outros métodos (Campos; Saidel, 2022). Durante a pandemia as medidas sanitárias restritivas dificultaram o acesso aos trabalhadores da saúde, sendo o método *snowball* essencial para inclusão dos participantes deste estudo.

Posteriormente ao contato com cada participante, foi solicitado e-mail para convite formal, explicação dos objetivos da pesquisa e encaminhamento do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE). Todos os participantes foram informados sobre as medidas para assegurar o anonimato, confidencialidade das informações, objetivos, riscos e benefícios do estudo, e devolveram via e-mail e o RCLE assinado. Foi disponibilizado um número de telefone para contato direto com a pesquisadora para casos de possíveis dúvidas com relação ao RCLE ou a pesquisa. Os participantes também tiveram a oportunidade de antes do início das entrevistas sanar alguma dúvida existente.

Para garantir o anonimato dos participantes, os conteúdos das falas foram nominados pela letra “T” que corresponde ao termo “Trabalhador”, seguido de um número cardinal, relativo à ordem da entrevista, distribuídos de T1 a T25, seguido da ocupação no momento da entrevista.

A coleta de dados ocorreu entre agosto e setembro de 2021. Foi utilizada a entrevista semiestruturada, guiada por um instrumento previamente elaborado e submetido a teste piloto por um grupo de participantes, todos trabalhadores da saúde, e posteriormente avaliado por membros do grupo de pesquisa a fim de ajustar o instrumento quanto à forma e o conteúdo para o alcance dos objetivos propostos.

O instrumento contemplou informações referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes e questões subjetivas que procuraram atender ao objetivo deste estudo. A escolha da entrevista semiestruturada como estratégia de coleta de dados se deu por ser uma técnica abrangente, que privilegia a interação social, e possibilita ao sujeito reflexões acerca da sua própria realidade, a partir de suas experiências em um determinado contexto histórico e sociocultural (Minayo, 2017).

Todas as entrevistas foram realizadas com o auxílio do Google Meet e Whatsapp para realização das chamadas e tiveram a gravação do áudio com o suporte de um *smartphone*. Essa estratégia foi adotada para atender às recomendações de segurança Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa durante a pandemia (Brasil, 2020). Durante as chamadas foi solicitado aos participantes que deixassem apenas o áudio aberto e mantivessem a câmera fechada. As entrevistas duraram em média de seis a 27 minutos. Foram transcritas na íntegra pela pesquisadora principal e submetida, posteriormente, a avaliação dos participantes para acréscimos ou retiradas de conteúdo, contudo, nenhum participante expressou desejo de realizar modificações, e nem houve a necessidade de repetição de entrevista. A saturação empírica dos dados ocorreu a partir do momento que a pesquisadora identificou repetição das

informações e alcance do objetivo do estudo, sendo interrompida a inclusão de novos participantes (Minayo, 2017; Vinuto, 2014).

Após transcrição das entrevistas, todas foram reunidas em um único *corpus* textual. Em seguida, fez-se a preparação do *corpus* com ajuste das regras ortográficas da língua portuguesa, supressão de símbolos, espaços e pontuações que geram inconsistências se submetidos ao *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ) que é gratuito e realiza análises estatísticas textuais (Soares et al., 2022). As análises foram realizadas pelo método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Os gráficos gerados pelo *software* foram interpretados e validados pela equipe de pesquisa composta por uma doutoranda, cinco doutores sendo eles: um enfermeiro, duas enfermeiras, um odontólogo e uma socióloga.

Esse método da CHD, segundo Souza et al., (2018), consiste na análise das palavras mencionadas com frequência igual ou maior que a média, ou seja, maior ou igual a 3, e com χ^2 maior ou igual a 10. A formação das classes de palavras ocorreu pela consideração das palavras com maior frequência e associação significativa entre elas, sendo elas verbos, advérbios e substantivos. O *software* realizou o teste Qui-quadrado (χ^2) para avaliar a força associativa das palavras com a classe pertencente, agrupando-as de acordo com a sua significância (Soares et al., 2022).

O processamento do *corpus* foi realizado em 34 segundos, sendo classificadas 665 segmentos de texto, das quais 574 foram aproveitadas, ou seja, 86,32 % do total do *corpus*. Considera-se um bom aproveitamento o índice igual ou superior a 75%.

Após a formação da CHD, os autores leram os segmentos de texto de cada classe buscando compreensão dos conteúdos para representação da temática principal, favorecendo a interpretação subjetiva do material textual. Complementando a CHD e visando maior apreensão do material empírico de nosso estudo foi empregado também a perspectiva Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 2011; Minayo, 2017). Proposta analítica operativa, que buscou apreender as ideias centrais acerca do fenômeno expressas pelos trabalhadores da saúde.

Destacamos que a CHD e a Análise de Conteúdo Temática são complementares, baseada na perspectiva do processo de comunicação como ponto comum, são modos de interpretação da realidade, que refletem os comportamentos e as práticas sociais identificadas nas falas dos participantes do nosso estudo.

Os achados principais encontrados em nosso estudo também foram interpretados à luz da Teoria do Estigma proposta por Erving Goffman, que caracteriza o estigma como a formação prévia de uma concepção negativa e categorização do sujeito ou grupo a partir de seus atributos.

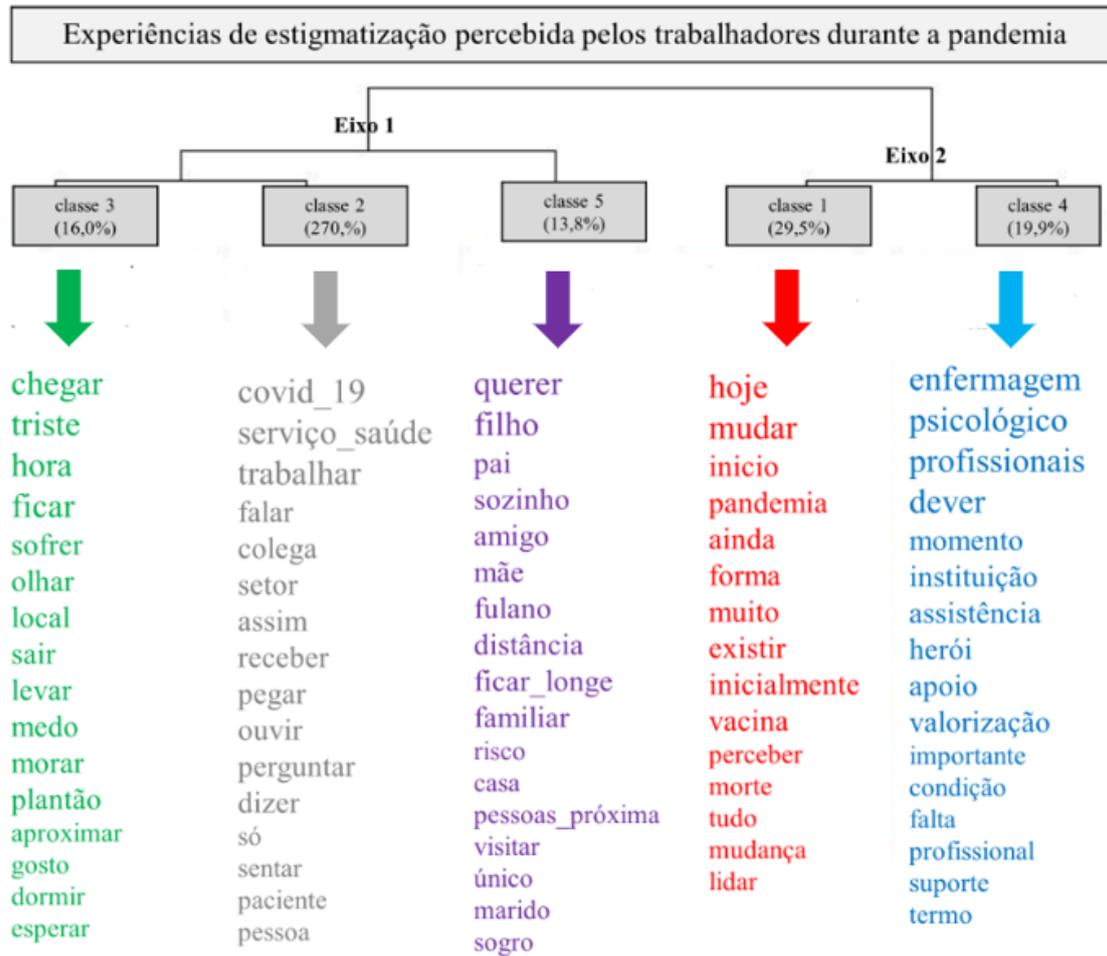
Esses atributos consistem em características pessoais e/ou individuais apresentadas por um indivíduo ou grupo de indivíduos, que durante a interação com outros do meio social ocorre a formação de concepções prévias não fundamentadas, mas que enquadram os sujeitos em categorias dicotômicas de “normais” e “anormais”. Aos indivíduos com tais atributos é imputada uma marca de depreciação, vergonha, desgraça ou desaprovação que culmina na rejeição, discriminação e restrição do indivíduo da participação plena em diversas áreas da sociedade (Goffman, 1975).

Resultados

Participaram do estudo 25 trabalhadores da saúde, com idades entre 30 e 48 anos, sendo 22 mulheres e três homens; 16 enfermeiros, três técnicas de enfermagem, uma médica, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, um maqueiro e um funcionário dos serviços gerais; 16 trabalhadores se autodeclaram da raça/cor parda e nove branca. A maioria eram casados, com filhos, renda familiar variando de R\$ 2.500,00 a R\$ 12.120,00, e atuantes em hospitais de grande porte que atendiam pessoas com COVID-19 desde a instauração do início da pandemia.

A partir da CHD por meio da análise do dendrograma é possível identificar as experiências de estigmatização percebida pelos trabalhadores durante a pandemia evidenciadas em cinco classes, conforme mostra a Figura 1. A CHD derivou dois eixos com cinco classes, o primeiro lido da esquerda para a direita, composta pelas classes 3, 2 e 5, e o segundo composto pelas classes 1 e 4, conforme identifica-se na Figura 1:

Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente representativa do processo de estigmatização direcionado a trabalhadores da saúde. Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2023.



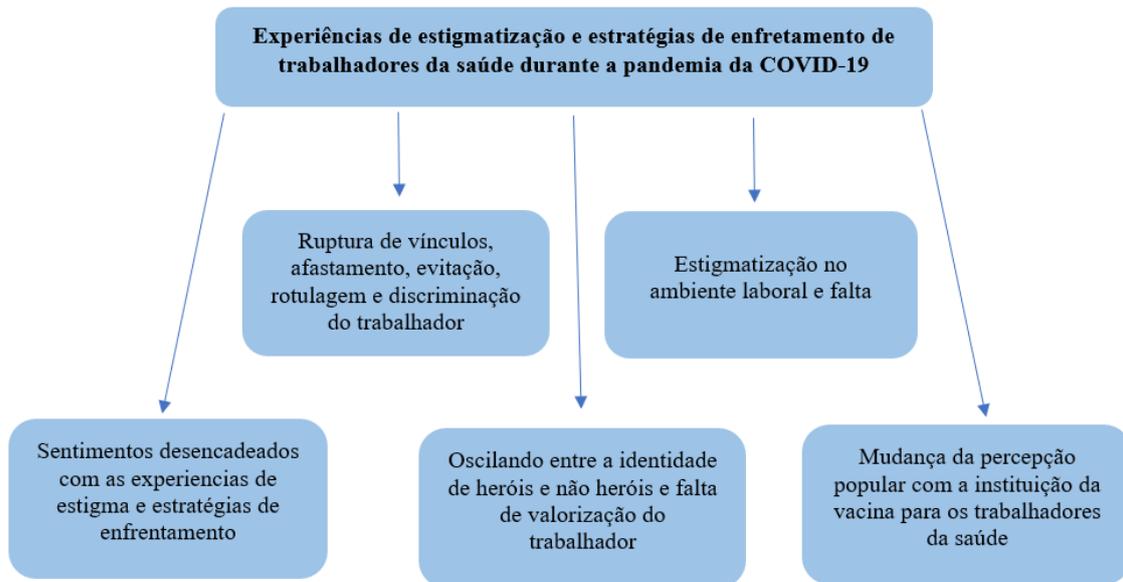
Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

Ao analisar os vocábulos verificados em cada classe buscou-se identificar as ideias centrais associadas às mesmas, o que possibilitou nomear cada uma de acordo com seus conteúdos. O Eixo 1 apresenta as ideias sobre as rupturas de vínculos afetivos, sociais e familiares; estigmatização nas relações laborais; e, repercussões do processo da estigmatização. O Eixo 2 traz as ideias sobre a oscilação da identidade do trabalhador de heróis e não heróis e o começo de um clima de tranquilidade no meio social com a instituição da vacina.

Após análise da CHD procedeu-se com o método da Análise de Conteúdo Temática, do qual emergiram as categorias que refletem a dinâmica do processo de estigmatização enfrentada pelos trabalhadores da saúde durante o quadro pandêmico da COVID-19, a saber: Ruptura de vínculos, afastamento, evitação, rotulagem e discriminação do trabalhador; Estigmatização no ambiente laboral; Sentimentos desencadeados com as experiências de estigma e estratégias de enfrentamento; Oscilando entre a identidade de heróis e não heróis e falta de valorização do trabalhador; e Mudança da percepção popular com a instituição da vacina para os trabalhadores

da saúde; as quais estão sintetizadas na (Esquema 1) e serão descritas e discutidas a seguir. É importante destacar que apesar da divisão em categorias em determinados momentos elas acabam dialogando em seus conteúdos.

Figura 2 –Estigmatização de trabalhadores da saúde e estratégias de enfrentamento. Feira de Santana. 2023.



Fonte: Elaborado pelas autoras

Classe 5: Ruptura de vínculos, afastamento, evitação, rotulagem e discriminação do trabalhador

A Classe 5 corresponde a 13,8% do total analisado e traduz a percepção dos trabalhadores da saúde acerca do rompimento de diversos vínculos intergeracionais, bem como evidencia os espaços e o grupo de indivíduos reprodutores do estigma de cortesia direcionados a esses indivíduos, a exemplo dos cônjuges, filhos, familiares, demais pessoas do convívio e indivíduos desconhecidos.

As pessoas diziam “Não, você do Covid não precisa ir não”. Eu senti bastante esse afastamento (T2, enfermeira).

Tanto familiares, como vizinhos, como colegas, como amigos, todos me tratavam com uma certa indiferença. Com receio de chegar próximo. A maioria queria uma certa distância da minha pessoa devido a COVID. (T3, enfermeira).

As pessoas se recuam. Ficam longe da gente. Existe aquelas pessoas que cochicham. E ficam olhando, apontando, comentando com outras pessoas, como se você fosse algo estranho. (T14, maqueiro).

A ruptura de laços de afetividade e alterações de comportamentos dos familiares e amigos com quem os trabalhadores tinham relações mais próximas foi uma expressão marcante do estigma experienciado pelos entrevistados, sendo que mesmo quando os trabalhadores tentavam proximidade, percebiam a estigmatização verbalizada ou velada através dos comportamentos de afastamento na busca de interromper uma possível aproximação, como pode ser constatado nas falas a seguir:.

Com familiares eu percebi porque alguns tios sempre me chamavam pra viajar pra fazenda e eu percebi que depois da pandemia esses convites foram reduzidos (T3, enfermeira).

Ah, se afasta de mim porque eu nunca fui diagnosticada com COVID e você que trabalha na área de saúde pode passar COVID pra mim. (T14, maqueiro).

Eu acho que foi muito preconceito. Porque eu sofri isso na pele [...] minha cunhada mesmo quando falou que eu estava trabalhando no hospital de campanha, ela me proibiu de ir na casa de minha sogra. Ao ponto que ela é minha comadre, muito amiga, porém ela não queria que eu fosse na casa de minha sogra mais [...] justamente por causa desse preconceito. (T16, técnica de enfermagem).

Eu fui na casa dele (amigo) e ele falou “Rapaz, tu coloca tua máscara porque tu trabalha no hospital, não sei se tu está de COVID ou se não tá. Chega pra lá viu. Senta afastado” (T18, auxiliar de serviços gerais)

Além dos trabalhadores da saúde, pessoas próximas, como familiares que residiam no mesmo ambiente também experienciaram o estigma de cortesia tanto de outros familiares como de pessoas desconhecidas.

Todos tinham medo dos profissionais de saúde. Todos tinham medo dos filhos dos profissionais de saúde. Eu passei por uma situação muito chata no condomínio onde eu moro, em que uma criança correu do meu filho. Meu filho foi encostar na criança e a criança correu provavelmente orientada pelos pais porque ele era filho da enfermeira. (T1, enfermeira).

Com relação aos meus familiares eu senti um grande afastamento quando souberam que eu estava atuando frente ao COVID-19. Ao ponto de que eu senti preconceito também com a minha mãe porque eu morava com ela. (T2, enfermeira).

A gente vê o receio delas em se aproximar tanto da gente quanto daqueles que moram com a gente, dos familiares que estão mais próximos da gente. (T5, enfermeira).

Os comportamentos estigmatizantes experienciados com o público geral variaram de isolamento, olhares de desprezo, julgamento e verbalização do desejo de afastamento dos corpos. Tais situações foram consideradas desconfortáveis para os trabalhadores, que percebiam alterações de comportamento das pessoas com a sua chegada a locais distintos, como farmácias, supermercados, lojas, dentre espaços no meio social. Os fragmentos de falas abaixo ilustram a manifestação do estigma:

Percebi também em outros locais, como o salão de beleza, falavam “chega pra lá que você é enfermeira”. (T9, enfermeira).

Na minha familiares também. Por algumas pessoas logo no primeiro momento. Eu senti meio que pânico e desespero de chegar perto de mim. (T11, enfermeira).

Sempre a mesma coisa. A gente chega e as pessoas discriminam. Lhe olham parecendo que você é algo bem ruim. (T14, maqueiro).

Quando falava que a gente era da área de saúde, as pessoas já te olhavam assim, de cima pra baixo, tentava se afastar, como em farmácias, supermercados, lojas (T17, técnica de enfermagem)

Lá fora eu já sofri um pouquinho, porque como eu trabalho em hospital. As pessoas ficam com um pouco de receio com a gente. Quer sentar afastado (T18, auxiliar de serviços gerais)

A estigmatização do trabalhador foi algo tão marcante que a enfermeira T24 afirmou ter dificuldade para conseguir alugar um apartamento, pois tanto o locador quanto pessoas que estavam dispostas a dividir o imóvel a partir do momento que descobriam tratar-se de um trabalhador da saúde, que estavam atuando no cuidado direto a indivíduos adoecidos por COVID-19 desistiam do acordo estabelecido anteriormente.

Eu tive recusa de alguns condomínios quando descobriram que eu era profissional de saúde. As pessoas diziam que não estava querendo alugar pra profissional de saúde, e nisso eles nem sabiam que eu trabalhava diretamente no COVID. Só pelo fato de ser profissional de saúde. Quando descobriam que eu era profissional, que iria trabalhar com COVID era pior ainda. Eu tive recusa também de algumas pessoas que estavam dispostas a dividir apartamento. Eu conversava, estava tudo

certo, mas quando perguntavam qual era minha profissão, o que eu fazia e eu explicava que eu era enfermeira, que que iria trabalhar com pacientes de COVID automaticamente o acordo estava desfeito e as pessoas falavam que não tinham condições de dividir apartamento comigo (T24, enfermeira).

As atitudes de isolamento, afastamento e repreensão foram intensificadas após a testagem positiva dos trabalhadores da saúde para o COVID-19.

Senta longe de você. Não querer ter nenhum contato depois que você pegou COVID dizendo “Sai pra lá. Que você teve COVID”. (T14, maqueiro).

Tinha gente que nem ligava pra mim com medo de pegar pelo telefone. (T17, técnica de enfermagem).

Os trabalhadores tentam justificar as atitudes discriminatórias da população devido ao pouco conhecimento da COVID-19, principalmente pela população em geral identificarem os trabalhadores da saúde como disseminadores da doença.

[...] como amigos, pessoas de longe. Até hoje pelo pouco conhecimento discriminam (T14, maqueiro).

[...] porque eles acham que a gente é quem leva a infecção pra casa, que leva a doença, a patologia pra casa [...]. (T16, técnica de enfermagem).

O estigma em torno da COVID-19 gerou uma inversão dos papéis nas relações de poder, pois trabalhadores da saúde considerados socialmente como indivíduos com mais conhecimento acerca das práticas de cuidados em saúde passaram a ter seus comportamentos regulados pela sociedade de forma geral.

Já aconteceu assim, de eu tá entrando e já ter passado álcool, mas alguém da família que não viu chegar na porta e me barrar “Ah, mas você já passou álcool na mão? (T4, fisioterapeuta).

A minha sogra mesmo “Tu vem com máscara”. “Cuidado com minha neta”. Aquele suspense como se eu já estivesse podre. (T16, técnica de enfermagem).

Eu estava tomando os cuidados. Não tinha como ele (amigo) tá questionando nada. (T18, auxiliar de serviços gerais)

Os conteúdos narrativos acima evidenciam a discriminação, o preconceito, a perda de *status* a partir da construção de estereótipos de “perigosos”, “nocivos” e de “risco”, que colocou os trabalhadores da saúde numa condição de anormalidade, característica do estigma que atribui aos sujeitos uma identidade social deteriorada e desviante, que por apresentar características não aceitáveis socialmente deve ser isolada e afastada de todos ao redor.

Classe 2: Estigmatização no ambiente laboral

Na Classe 2, que corresponde a 27% do corpus total analisado e trata das condições e espaços diversos em que a estigmatização ocorre, principalmente nos serviços de saúde, em setores específicos para tratamento das pessoas adoecidas pela COVID-19. Além de mencionar os agentes da discriminação, dentre os quais inclui os próprios colegas de trabalho dos setores de menor proximidade com os adoecidos.

No próprio hospital a gente sofria muito esse preconceito. Então a gente que tinha ligação direta com o COVID, os colegas tinham medo da gente, tinham um certo receio de sentar perto no momento de fazer as refeições no refeitório (T2, enfermeira).

Ah, não vou ficar perto de tu não que tu trabalha no Covidário. (T12, médica).

Mas é exaustivo e triste saber que você sofre preconceito até mesmo do próprio profissional pelo outro profissional [...] de todos os profissionais, de enfermeiros. Até os próprios outros nutricionistas que não estavam no setor COVID, os técnicos de enfermagem, outros profissionais do hospital, da parte administrativa, no geral, de todos que não estavam no setor COVID (T23, nutricionista).

Além disso, os trabalhadores relataram perda da sua identidade através de rotulações no contexto que estavam inseridos. Apelidos recebidos por amigos e colegas durante brincadeiras evidenciaram o estigma de forma velada nas relações intersociais.

Já recebi de colegas de trabalho e de outros colegas. Quando você chega, e é da área específica do COVID, de ficar falando “Saí pra lá Covideiro”. (T14, maqueiro).

Só um carinhoso “Covideira”. Me chamaram de “Covideira”. Eu falei assim, tá bom, tá certo, eu aceito. (T17, técnica de enfermagem).

[...] me chama de “Miss COVID”. (T24, enfermeira).

Os participantes de nosso estudo também perceberam atitudes agressivas e destrato por atuarem nos setores destinados para o cuidado de indivíduos com COVID-19.

[...]e agem de forma bruta com a gente. (T14, maqueiro).

Tem algumas que destratam. (T18, auxiliar de serviços gerais).

Os conteúdos narrativos dessa classe demonstram que mesmo atuando no mesmo serviço de saúde, os trabalhadores de setores específicos para COVID-19 foram percebidos com características que os diferenciavam da norma pré-estabelecida, resultando em indivíduos rejeitados, excluídos e objetos de discriminação por colegas de outros setores. Observou-se nesse também a perda de *status*, a rotulação, comportamentos agressivos e afastamento característicos do processo de estigmatização.

Classe 3: Sentimentos desencadeados com as experiências de estigma e estratégias de enfrentamento

A Classe 3 representa 16% do total analisado pelo *software* e revela as repercussões psicoemocionais com o processo de estigmatização. Esta classe indica como os trabalhadores se sentiam diante as mudanças impostas com a pandemia. Denota-se a partir das falas que as experiências do estigma foram marcadas por situações desagradáveis, que desencadearam sofrimento psicoemocional, como tristeza, revolta, e, em casos mais graves, surgimento de quadros depressivos. Circunstâncias que os trabalhadores afirmaram ser difíceis de recordar, pois somente os que estavam atuando no ambiente da saúde conseguiriam compreender a dificuldade de estar numa posição cujas pessoas, sejam familiares ou desconhecidas, deixavam expressas através da linguagem corporal, e, em muitos momentos verbalmente, que queriam ficar afastadas dos trabalhadores da saúde. Os fragmentos abaixo revelam os sentimentos experienciados:

Eu fiquei bastante abalada emocionalmente. Eu fiquei ansiosa, angustiada. Eu engordei mais de 10 quilos nesse período (T1, enfermeira).

Uma tristeza. Era desolador. Tinha horas que eu me sentia desesperada de não saber com quem contar, de me sentir triste e ter vontade de abraçar alguém e não poder. (T2, enfermeira).

Eu depois do COVID passei a ter ansiedade, insônia, algumas palpitações. Eu percebo que a minha mente mudou um pouquinho, mas nada que eu fiquei com sequela nenhuma. É mais psicológico mesmo. (T3, enfermeira).

Você vê o sentimento no olhar de tristeza. De se sentirem excluídos. (T5, enfermeira)

Eu fiquei bem triste. (T7, enfermeira).

Me sinto horrível. É horrível essa situação [...] sentir que a pessoa tem cuidado de não estar próximo da gente [...] eu não gosto de lembrar, de sentir [...] acho que só quem está lá dentro, que trabalha na área, que sabe como é. (T14, maqueiro).

[...] tem colegas que ficam triste, até com início de depressão por ser rejeitado de certa forma. (T16, técnica de enfermagem).

Porque você se sente excluída [...] eu fiquei muito triste porque ela não era só minha cunhada era minha amiga irmã. Pra de uma hora para outra fazer isso aí foi horrível, horrível mesmo. (T17, técnica de enfermagem).

Eu me senti constrangido. (T18, auxiliar de serviços gerais)

O medo de vivenciar o estigma que outras pessoas vivenciaram acaba realmente influenciando no nosso psicológico (T20, enfermeira).

Eu tenho algumas colegas afastadas por fatores mesmo psicológicos. Tivemos recentemente outra que tentou suicídio. (T22, enfermeira).

Observou-se nas falas, que os sentimentos negativos desencadeados decorreram de múltiplos fatores, como a falta de respeito por parte da população, falta de reconhecimento das atividades prestadas à sociedade civil e do risco que estavam correndo ao cuidar de pessoas contaminadas com o COVID-19. Além disso, devido ao preconceito em relação aos trabalhadores, em alguns momentos o sentimento do medo também esteve presente, seja em momentos de revelar a identidade de pertencente a categoria da saúde, bem como discutir acerca da situação que estava sendo experienciada no momento.

Em relação a questão psicológica é a falta de respeito com o profissional de saúde [...] então, as vezes a gente tem medo de falar. (T17, técnica de enfermagem).

Eu me senti mal, muito mal, muito mesmo. Por que eu não era transmissora de doença. Eu era uma pessoa comum como todos, a diferença era que eu trabalhava pra ajudar outras pessoas. Só isso. Aí eu fiquei revoltada. Fiquei revoltada porque é uma profissão que eu gosto tanto, que eu amo, sou apaixonada pelo que eu faço, e sofrer uma coisa dessa, com preconceito. (T17, técnica de enfermagem).

[...] você estava se arriscando e as pessoas não viram isso [...] a gente colocou a nossa vida a em risco pra salvar a vida do outro. E isso ninguém reconhece. Ninguém vê. (T17, técnica de enfermagem).

A partir das falas supracitadas observa-se que o processo de estigmatização é complexo, abrange todos os âmbitos relacionais do sujeito estigmatizado. Nessa dinâmica, o estigma dificulta na manutenção das relações sociais e afetivas, reduzindo a rede relacional dos trabalhadores e aumentando a sua vulnerabilidade para o surgimento de diversos sentimentos negativos, desencadeando processos de adoecimento psicológico sendo necessário suporte emocional para esses indivíduos. Contudo, os próprios trabalhadores relataram ausência de suporte psicológico das instituições.

E alguns precisavam de apoio realmente psicológico. (T7, enfermeira).

Eu já tive colegas que se contaminaram três vezes, e mesmo vacinados, e não recebeu uma ligação de saber como é que tá. Então teve esse impacto. Me impactou muito eu perceber que as pessoas não se importavam com as outras. Que a gente é apenas um corpo obrigado a trabalhar (T8, enfermeira)

Muitos profissionais se contaminaram, muitos profissionais foram a óbito, e não percebi nenhum apoio psicológico para esses profissionais. (T7, enfermeira).

Eu acredito que assistência direcionada a esses profissionais em relação a pandemia, em relação a ter um tratamento psicológico, uma terapia no ambiente de trabalhar não ocorre. (T9, enfermeira).

Eu acho que faltou muito apoio psicológico em todas as instituições que eu trabalhei. Eu trabalhei em três instituições diretamente com COVID. Só COVID mesmo e em nenhuma das três instituições, hospitais famosos da cidade que eu trabalho, hospitais de grande porte, e hospitais de campanha também, e nenhum desses ofereceram pra gente suporte. (T10, enfermeira).

Auxílio psicológico não, nunca teve [...] eu acho que todas as equipes que estavam trabalhando ali na linha de frente deveriam ter tido apoio psicológico. (T12, médica).

Viver esse contexto e não ter esse apoio psicológico da instituição, das condições de trabalhar. (T23, nutricionista).

A carga emocional exaustiva e ausência de apoio da gestão fez com que em muitos momentos os trabalhadores fossem o suporte um do outro dentro dos setores laborais, ou em casos mais graves, recorreram para assistência externa.

O que eu percebi do início da pandemia até hoje é que nós profissionais conversamos muito entre nós. (T7, enfermeira).

Quando meus colegas se contaminavam eu sempre mandava mensagem, sempre mando ainda “e aí como é que amanheceu hoje?” (T8, enfermeira).

Como eu era cercada pelos colegas de profissão um dava apoio ao outro [...] eu recebi um grande apoio dos amigos, principalmente amigos do trabalhar (T10, enfermeira).

Entre os participantes do estudo identificou-se que as experiências do estigma foram iniciadas a partir do momento que a identidade do trabalhador foi revelada para o público geral. Assim, no momento que as pessoas tem conhecimento da atuação do trabalhador no contexto hospitalar, ambiente mais próximo de pessoas possivelmente contaminadas ou adoecidas pelo COVID-19, são dirigidas a estes indivíduos atitudes estigmatizantes e estes, por sua vez, utilizam estratégias evitar o estigma, como observado nos fragmentos de fala abaixo:

Em banco. Em chegar em loja e lhe ele pedirem alguma identificação e você mostrar que é da área de saúde e as pessoas lhe olhar de maneira diferente. Em algumas recepções, em locais que você precisa se identificar. (T14, maqueiro).

Só na hora que elas viam minha receita, pedia minha documentação, perguntavam minha profissão que eu era obrigada a falar. Assim mesmo uma olhava pra outra e falava “Ela é técnica, né?” Sofri isso numa farmácia. Horrível, tenso. (T3, técnica de enfermagem).

Para evitar as atitudes estigmatizantes das pessoas e temendo até mesmo por sua segurança física, os trabalhadores utilizaram estratégias para evitar revelar a sua identidade, buscando pela ocultação da identidade de trabalhador da saúde, bem como ocultação de estarem atuando próximo do fenômeno alvo do estigma (COVID-19), com omissão do setor de atuação, em momentos que era necessário revelar a atuação no ambiente hospitalar.

Porque eu costumo não me identificar justamente com medo dessa discriminação. (T5, enfermeira).

Eu evito falar que sou da área da saúde de todas as formas. (T12, médica).

Na maioria das vezes eu não falo por isso mesmo. Porque no momento, por eu estar trabalhando no setor da área da COVID, às vezes eu prefiro não relatar. Quando falo, digo só que eu estou trabalhando no hospital, mas as vezes até assim consegue ter a discriminação por estar trabalhando na área da saúde dentro do hospital. (T14, maqueiro).

Eu até evito falar que sou da área de saúde. Por que falou as pessoas se afastam. (T16, técnica de enfermagem).

Evitava falar o que eu fazia e ficava normalmente no meio das pessoas. Não dizia qual era a minha profissão. Evitava a me identificar, só isso. (T17, técnica de enfermagem).

Já evitei falar que eu trabalhava no setor COVID. No hospital, não. Mas no setor COVID, sim. (T23, nutricionista).

Outras estratégias adotadas pelos trabalhadores da saúde consistiram em recuar-se e não debaterem na busca de evitar o confronto diante da situação. Por isso, mesmo em situações consideradas delicadas, agiam normalmente ou levavam as situações de maneira descontraída tentando minimizar o desconforto.

Eu ajo de forma natural. Não discrimino aquelas pessoas. Não vou de frente com elas porque me falaram alguma coisa. Só me recuo. Fico tranquilo. Não tento justificar nada [...] é um momento bem delicado, mas eu fico na minha (T14, maqueiro).

[...] mas eu nunca levo isso pro lado pessoal. Sou tranquilo [...] eu não levo pro lado pessoal. Eu continuo brincando. Eu não levo a sério. Eu acho que a gente tem que procurar continuar brincando. Mesmo que aconteça isso a gente não tem que levar pro lado sério. (T18, auxiliar de serviços gerais).

Eu acabava levando isso mais na esportiva. (T23, nutricionista).

Outra estratégia utilizada pelos trabalhadores da saúde quando eram estigmatizados era explicar para a população como era a dinâmica do trabalho no ambiente hospitalar, bem como o ciclo de transmissão da COVID-19, através da educação em saúde.

Eu sempre falava que a COVID estava em qualquer lugar, não é porque eu estava no trabalho no setor de COVID que eu poderia passar a patologia a doença pra alguém, porque a COVID tá em qualquer lugar [...] e no setor de COVID a gente tá paramentado, a gente tá com os EPIs, é banho toda hora. (T16, técnica de enfermagem).

Os conteúdos dessa classe mostram as diversas repercussões acarretadas nos trabalhadores da saúde com o processo de estigmatização, principalmente no âmbito psicoemocional, emergindo a necessidade de suporte psicológico. O sofrimento e o estresse desencadeado com o estigma fizeram com que os entrevistados buscassem estratégias de

manipular a informação e ocultar a identidade de trabalhador em determinados espaços para driblar o estigma. A educação em saúde também foi uma ferramenta de enfrentamento utilizada pelos trabalhadores.

Classe 4: Oscilando entre a identidade de heróis e não heróis e falta de valorização do trabalhador

A Classe 4 corresponde a 19,9% do total do material analisado e expressam a oscilação entre a identidade de heróis e não heróis, bem como as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores no ambiente de trabalho relacionada às condições laborais precárias e falta de apoio da gestão.

Não houve nenhum apoio de gestão [...] a gente precisava muito do apoio deles (coordenadores) pra poder ter melhoria de algumas condições de trabalho, mas na maioria dos lugares nos foram impostas regras e a gente tinha que cumprir mesmo não concordando. (T10, enfermeira).

Não ter as condições dignas pra conseguir trabalhar é complicado mesmo. (T23, nutricionista).

A sociedade não se incomodar com o fato de o profissional de saúde não trabalhar em boas condições, não ter boas remunerações. (T24, enfermeira).

O processo laboral dos trabalhadores foi alterado causando exaustão física e emocional com longas jornadas de trabalho em ambientes sem condições e extenuantes para os trabalhadores.

Fora as condições difíceis também de trabalho. Pelo tempo parece que dobrou a nossa jornada de dobrás. Você não dava mais 12 horas, dava 24, você dava 36, dava 48 horas, e isso deixava a gente mais exausta. (T10, enfermeira).

Agonia mesmo da situação que a gente tava passando porque tinha uns plantões muito exaustivo [...] em alguns momentos era realmente desesperador, a gente viveu plantões exaustivos, surreais. Eu me lembro de alguns que marcaram pela carga de trabalho. (T15, enfermeira).

A constatação de uma visão social, principalmente enfatizado no meio midiático de heróis não oportunizou mudanças nas condições laborais desses trabalhadores, tampouco valorização econômica dentro das instituições de trabalho.

No início, nós éramos heróis. Éramos considerados heróis e veladamente éramos considerados vilões. (T1, enfermeira).

Eu não vi mudança em nada. Só vi mudança na televisão. O povo falando “os heróis da saúde” [...] Os profissionais começaram a ser chamados de heróis, mas o tratamento com a gente nunca foi de heróis. O tratamento com a gente sempre foi o mesmo, a falta de respeito, a desvalorização, tanto as pessoas, como acompanhantes, pacientes, como as pessoas que gerem os serviços de saúde. (T8, enfermeira).

Eu acho que foi basicamente esses dois lados da moeda, um lado como heróis e outro lado como disseminadores do COVID. (T10, enfermeira).

No início a gente acabava sendo entre aspas heróis. (T12, médica).

A gente lutou, a gente deu as caras, a gente correu atrás, a gente ajudou, mas só foi reconhecido como heróis naqueles momentos, mas hoje em termos de salário digno, reconhecimento, valorização, nada. (T17, técnica de enfermagem).

Geralmente as pessoas tinham e tem dois posicionamentos. Primeiro, de apoiar e achar que os profissionais de saúde são pessoas essenciais nesse momento. Heróis da saúde. E, ao mesmo tempo, esses heróis precisavam estar distantes, que é a segunda visão. Que são pessoas que poderiam disseminar o vírus para quem estivesse perto porque se a pessoa está trabalhando com as pessoas de Covid pode estar contaminado e levar contaminação também para outras pessoas. (T20, enfermeira).

A experiência da pandemia colocou ainda algumas classes de trabalhadores em foco, como os profissionais da enfermagem. Esses trabalhadores por atuarem prestando cuidados mais próximos aos indivíduos adoecidos e foco do estigma estiveram mais vulneráveis a contaminação pelo vírus, bem como a sofrerem com o processo de estigmatização e mesmo assim não tiveram apoio e reconhecimento de instâncias governamentais.

O que eu percebo muito dos questionamentos das equipes de enfermagem especificamente é a questão da insalubridade, que pela exposição ao risco deveria ser teto máximo e não aconteceu. (T7, enfermeira).

Vários colegas acabaram se contaminando, técnicos de enfermagem, enfermeiras. (T12, médica).

A enfermagem ela foi muito exposta e pouco valorizada [...] O cenário da enfermagem é muito triste, sabe? Porque no início da pandemia, para você ter noção, a equipe médica não avaliava o paciente. Foi montada toda uma estrutura, um cenário onde o técnico de enfermagem e o enfermeiro iam até o leito do paciente, coletava os dados, os sintomas, todos os dados, coletava, sinais vitais e

levava até o médico [...] gente que tava ali se expondo, que tinha que ir, que não tinha jeito. (T22, enfermeira).

Os conteúdos dessa classe evidenciam que durante a pandemia houve oscilação da identidade do trabalhador ora considerado “herói”, ora considerado “vilão”, essa última é característica da perda de status e rotulação. A oscilação da identidade e também da construção de um imaginário social foi influenciada pela mídia e variou de acordo o espaço de proximidade com esses profissionais. Assim, na mídia a distância foram considerados “heróis”, mas no contato próximo “vilões”, que mereciam ficar afastados e isolados. Destaca-se ainda que apesar de sua atuação na linha de frente, os trabalhadores não foram reconhecidos e nem valorizados financeiramente, como a categoria de enfermagem, por exemplo.

Classe 1: Mudança da percepção popular com a instituição da vacina para os trabalhadores da saúde

A Classe 1 correspondente a 23,5% da análise e representa a percepção dos trabalhadores acerca das mudanças ocorridas com o desenvolvimento das vacinas e liberação para os grupos de risco, momento que deixou os trabalhadores da saúde mais tranquilos, bem como a população também passou a ficar menos temerosa em relação a esses profissionais percebidos como possíveis vetores de disseminação da doença.

E depois teve a questão da vacina, que a gente (trabalhador da saúde) fomos os primeiros a ser vacina, e amenizou um pouquinho essa visão. (T2, enfermeira).

Tipo, o povo acha que a gente já tá imunizado [...] E as vezes vão fazendo algumas perguntas por curiosidade e também com uma certa intenção [...] procuram saber se eu estou e eu estou vacinada, se eu não estou vacinada (T3, enfermeira).

Da maioria ter se vacina. hoje bem mais tranquilo do que antes (T4, fisioterapeuta).

Os vínculos rompidos durante a pandemia começam a ser reestabelecidos após a introdução da vacina e os trabalhadores passaram a perceber que o afastamento e evitação por outras pessoas já não aconteciam como antes.

Estou vacinada, pode vir pra aqui pra casa que você não vai trazer mais vírus nenhum. Tem pessoas que ainda pensa assim. Só porque eu tive, porque eu tô vacinada, eu não vou mais transmitir o vírus. Não vou levar o vírus mais pra ninguém (T3, enfermeira).

Não se afastam tanto das outras pessoas justamente por conta da vacina [...]após a vacina eu acredito que a sociedade está muito mais tranquila. À medida que a vacinação vai avançando eu acredito que todo mundo mais tranquilo (T6, enfermeira).

Houve redução dos indicadores epidemiológicos da doença com a introdução da vacina e com isso iniciou-se um processo de diminuição da temerosidade da população em relação a COVID.

Com a chegada da vacina a gente nitidamente diminuiu os casos (mortes e contaminados) [...] Depois da vacina as pessoas estão se sentindo mais seguras nitidamente (COVID) (T6, enfermeira).

E de certa forma diminuiu bastante (mortes e contaminados), devido as vacinas, devido muita gente já ter criado imunidade pra essa doença (T16, técnica de enfermagem).

Além disso, com o desenvolvimento das vacinas houve mais investigações e pesquisas voltadas para a COVID e com isso maior disseminação de informações sobre a doença para a população.

Vacina tem muito mais informação, muito mais pesquisa acerca do COVID, eu acho que isso passou a tranquilizar as pessoas, hoje a diferença é nítida (T6, enfermeira).

As narrativas dessa classe mostram um movimento de mudança comportamental da população em relação aos trabalhadores. Essa mudança é marcada pelo momento histórico da vacinação dos trabalhadores da saúde, considerado grupo de risco prioritário para vacinação obrigatória. A vacina possibilita uma remodelação do imaginário social de periculosidade dos trabalhadores e favorece um movimento de diminuição do estigma direcionado ao grupo.

Discussão

A centralidade do processo de estigmatização percebido pelos trabalhadores da saúde fundamenta-se em interações ocorridas em distintos espaços sociais influenciada pelo contexto

histórico, cultural e imaginário social. Nesse sentido, o modelo explicativo a seguir (**Figura 1**) permite a compreensão do processo de formação dos estigmas a partir de antecedentes históricos, culturais, experiências pessoais e coletivas e a relação indissociável entre o atributo e o estereótipo a partir do imaginário social (formação de concepções), que favorece a discriminação, o preconceito, a rotulação, afastamento, agressividade, perda de status e aos diversos tipos de violências presentes nas práticas sociais da população, que podem ocasionar reações diversas dos trabalhadores frente as experiências estigmatizantes, como temor, ocultação da identidade e isolamento, bem como repercutir no social e psicoemocional dos trabalhadores da saúde com o processo de estigmatização.

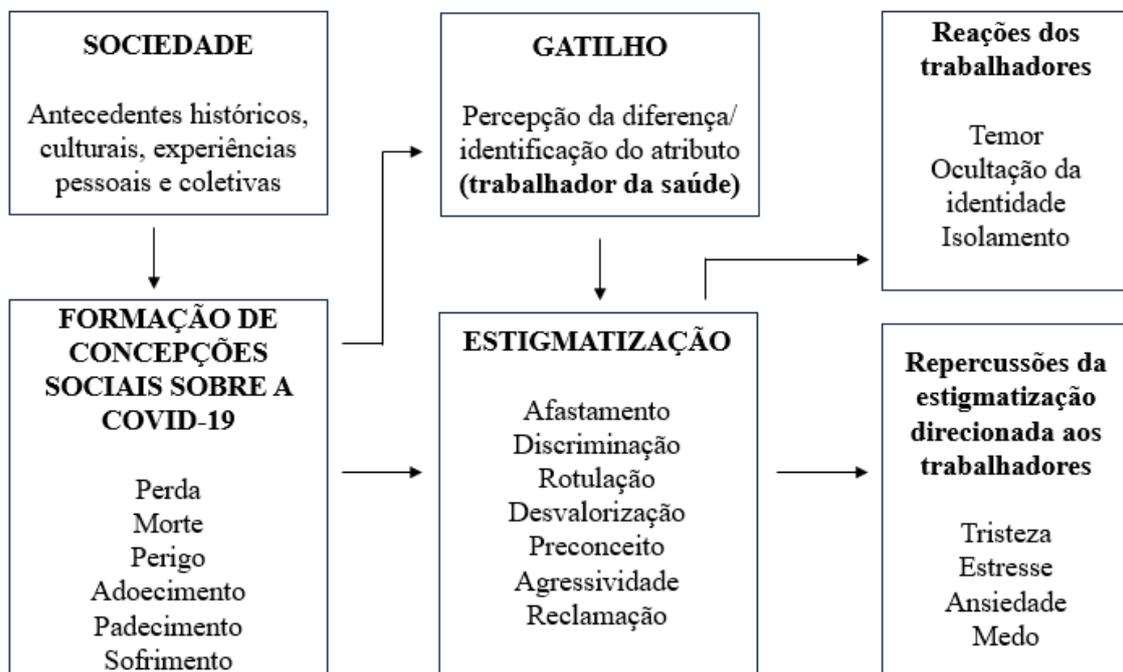


Figura 3: Modelo Explicativo do Processo de Estigmatização dos trabalhadores da saúde no contexto da pandemia da COVID-19, baseado na Teoria do Estigma de Goffman (1975), com as complementações de Link e Phelan (2001).

A instauração da pandemia da COVID-19 provocou mudanças nos processos de interação social, pois na busca de minimizar a rápida disseminação da doença na população foram adotadas práticas de cuidados, como o isolamento e afastamento social, higienização frequente das mãos, uso de álcool gel, além da vacinação inicialmente para os grupos prioritários e, posteriormente, toda a população a fim de reduzir dos indicadores de morbimortalidade e agravamento da doença (Oliveira; Lucas; Iquiapaza, 2020). O isolamento e afastamento provocou uma segregação social, com a categorização dos sujeitos e demarcações de espaços simbólicos entre indivíduos saudáveis, considerados “normais” e indivíduos não

saudáveis, considerados “anormais”, uma relação indissociável entre estigmatizado e estigmatizador (Matta et al., 2021).

Na concepção do estigmatizador, o indivíduo estigmatizado apresenta características que fogem das regras da normativa social, tornando-o inabilitado para a aceitação plena, justificando as relações cíclicas estabelecidas entre estigmatizado-estigmatizador, que acionam processos de segregação social, com afastamento dos corpos, isolamento, ruptura de vínculos, perda de status, discriminação, preconceito, construção de rótulos, estereótipos e produção de marcadores de espaços de privilégios (Link; Phelan, 2001; Goffman, 2015). Neste estudo, o fato de estar dentro do contexto hospitalar coloca o trabalhador em evidencia de ser estigmatizado mesmo quando em ocupações laborais que não estão atuando no cuidado direto de pessoas com COVID-19, como nos de serviços de nutrição, serviços gerais e maqueiro, que aproxima o trabalhador da saúde do fenômeno estigmatizado e coloca estes indivíduos em situação de vulnerabilidade para sofrerem com o estigma direcionado a doença (Grover et al., 2020).

O afastamento, evitação, ruptura de laços físicos, afetivos e alterações de comportamentos dos familiares, amigos, colegas fora do ambiente laboral, vizinhos, comunidade, pessoas próximas, bem como indivíduos desconhecidos decorrem da construção de um imaginário social do trabalhador da saúde como possível vetor de disseminação da doença. Esse afastamento não ocorreu somente entre os corpos, mas extrapolou-se para outros aspectos com exclusão dos indivíduos de qualquer possibilidade de interação, com evitação de contato até por telefone, principalmente, quando o trabalhador em algum momento da pandemia teve diagnóstico positivo para o COVID-19. Estes resultados corroboram com achados do estudo que investigou a prevalência da estigmatização de profissionais da saúde durante a pandemia COVID-19 entre adultos dos Estados Unidos e Canadá e cujos resultados mostraram que mais de um quarto da população acreditava que os profissionais deveriam ter restrições sociais mais severas do que a população em geral, com privação inclusive da sua liberdade, e isolamento total da família e comunidade (Taylor et al., 2020).

Ainda no estudo supracitado, 47% dos respondentes evitavam ter contato com profissionais da saúde por medo da infecção pelo coronavírus (Taylor et al., 2020). Em estudo na Itália, 30,5% participantes relataram ter se sentido estigmatizado ou discriminado pelo fato de ser profissional da saúde, e, 5,7% afirmaram já ter sofrido algum tipo de violência pelo mesmo motivo, o que mostra o estigma direcionado a esses indivíduos pela dificuldade de aceitação plena destes nos espaços transitados por outros considerados não contaminados (Moro et al., 2022).

Além dos trabalhadores da saúde, indivíduos próximos como filhos e outros familiares que residiam no mesmo local foram fundidos ao olhar social e passaram a ser estigmatizados através da evitação e isolamento, fator que contribuiu para a somatização do sentimento de culpa e irritabilidade por presenciar a estigmatização do familiar (Goffman, 2015; Maldonado et al., 2023; Tüğen; Göksu; Erdoğan, 2023). Pesquisa realizada na Austrália mostrou estigmatização de familiares de usuários de drogas expressa através do isolamento e evitação de atores sociais diversos, que tentavam manter a informação em segredo por medo de ser julgado, sentimentos de vergonha e falta de conhecimento e empatia do público geral ao ser revelada a identidade do familiar dependente de drogas (McCann; Lubman, 2018).

Outro aspecto, que demonstra a estigmatização direcionada ao trabalhador da saúde é a aplicação dos rótulos, decorrente da categorização dos sujeitos a partir dos atributos percebidos, que coloca estes numa posição de inferioridade aos demais pela sua atuação em ambientes próximos da doença COVID-19. Esse fenômeno de acordo com Goffman (2015) impõem aos indivíduos uma marca indesejável, que limita sua ascensão a espaços, com demarcação de locais onde podem ou não transitar, pois o indivíduo ao atuar em ambientes hospitalares ou em setores da COVID-19 passam a apresentar a marca depreciada e esses trabalhadores são considerados “anormais”, sendo imposto a estes o lugar de sujeitos perigosos, contaminados, infectados que devem ficar afastados do convívio social, violando os direitos humanos e constitucionais.

O estigma também pode ser manifestado através práticas violentas, que mesmo não agregando a violência física, reproduz a estigmatização na violência psicológica e verbal (Barreto; Figueiredo, 2019). Em nosso estudo, os trabalhadores relataram situações de violência através do destrato, tratamento ríspido e discriminação dos indivíduos, que ocorreram tanto de pessoas desconhecidas quanto de pessoas próximas aos trabalhadores, inclusive dentro dos próprios espaços laborais por trabalhadores de outros setores não específico para tratamento da COVID. Resultados semelhantes foram identificados em estudos internacionais, no qual os trabalhadores foram estigmatizados por pessoas da sociedade geral, e até por colegas de trabalho que atuavam em setores não restritos para o COVID-19 (Grover et al., 2020; Mostafa; Sabry; Mostafa, 2020).

A rápida disseminação da COVID-19 associada com os altos indicadores de mortalidade, falta de vagas hospitalares para cuidados intensivos e ausência de vacina para toda a população, desencadeou um processo de pânico na sociedade em contrair a doença. Esse medo de ser infectado tem relação direta com a desinformação ou informações incorretas, que foram emitidas pelos meios de comunicação, com o elevado número das *fake news*, contribuindo para

o aumento do estigma em torno da doença, que através do estigma de cortesia foi direcionado para todos aqueles que estavam próximos do fenômeno estigmatizado (Goffman, 2015; Borges et al., 2021; García-Saisó et al., 2020).

Em nosso estudo os trabalhadores ressaltam que uma das possíveis explicações para o estigma, expresso através de atitudes discriminatórias é a falta de conhecimento acerca da doença. Em outras condições epidêmicas de rápida propagação, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave na China e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio, a falta de conhecimento da sociedade sobre a doença, manifestações clínicas e formas de transmissão intensificaram o processo de estigmatização tanto dos adoecidos, bem como daqueles que estavam próximos, como trabalhadores da saúde, familiares e parceiros afetivos (Verma et al., 2004; Almutairi et al., 2018).

Na produção dos estigmas são estabelecidas relações de poder entre estigmatizador e estigmatizado. O indivíduo estigmatizado tem a sua individualidade anulada e perde a sua identidade social, que passa a ser regulada pelo estigmatizador ao sustentar a imagem deteriorada do estigmatizado para manutenção de estruturas desiguais de poder (Link; Phelan, 2001). No contexto da saúde, os trabalhadores da saúde ocupam posição de privilégio, por serem considerados detentores do saber biomédico, mesmo quando não trabalham diretamente no cuidado de pessoas. O imaginário social é de que ao habitar o ambiente hospitalar os sujeitos são detentores de mais conhecimento científico do que a população geral. Os próprios trabalhadores da saúde consideram ser possuidores de mais conhecimento do que aqueles que estão fora do ambiente laboral da saúde (Costa; Silva, 2019; Harter et al., 2022). Contudo, na pandemia da COVID-19, o processo de estigmatização acarretou uma inversão das relações de poder, onde os trabalhadores da saúde passaram a ter suas condutas reguladas por familiares, amigos e membros da sociedade de forma geral, como mostrado em nosso estudo, no qual indivíduos diversos regularam as práticas de cuidados dos trabalhadores.

Outro aspecto identificado nesse estudo foi a utilização de estratégias pelos trabalhadores para evitar o estigma, com ocultação no meio social da identidade de trabalhador da saúde e revelando somente quando eram indagados sobre a ocupação laboral, e mesmo assim, os trabalhadores omitiam a informação de atuar diretamente em setores específicos para cuidados com adoecidos por COVID. De acordo com Goffman (2015) a estigmatização varia de acordo com a evidência e exposição das características (atributos) depreciados pela conjuntura social, pois alguns indivíduos têm a característica visível aos olhares do outro, impossibilitando a ocultação da informação, como nos casos de deficiências físicas e deformidades causadas pela hanseníase.

Em contrapartida, existem condições em que o atributo, objeto do estigma não é visível, como pessoas que convivem com HIV/AIDS, pessoas homossexuais, que têm a possibilidade de escolher expor ou ocultar a informação do atributo. Essa possibilidade de ocultação funciona como um fator de proteção tanto da integridade física, quanto psíquica, além de permitir o trânsito dos sujeitos a espaços que o mesmo não poderia acessar se tornasse pública sua condição (Goffman, 2015; Fonseca et al., 2020). Os resultados de nosso estudo mostram que o atributo de ser trabalhador da saúde tinha a possibilidade de ser manipulado quando os sujeitos estavam fora do ambiente laboral, contudo, dentro do hospital os trabalhadores não tinham como ocultar seus setores de atuação, o que em muitos momentos não impediu a ocorrência do estigma direcionado de outros indivíduos que compartilhavam a mesma instituição laboral, mas não atuavam no mesmo setor.

Mais estratégias de enfrentamento relatadas pelos trabalhadores consistiam em não discutir sobre os rótulos recebidos e as circunstâncias experienciadas, levar as situações de forma descontraída, afasta-se dos estigmatizadores e promover educação em saúde com explicação para familiares e pessoas do público geral sobre o ciclo da doença e das práticas de cuidados adotadas no contexto hospitalar para evitar o contágio e disseminação da doença, bem como desmistificar informações incoerentes e combater as *fakes news* e desencorajar comportamentos estigmatizantes frente aos trabalhadores (Shanafelt et al., 2020). Em outros cenários, dar preferência ao trabalho noturno para fugir dos olhares alheios e se isolar no desenvolvimento das atividades também foram estratégias adotadas pelos trabalhadores para enfrentamento do estigma no ambiente laboral (Cousin et al., 2022).

Nosso estudo observou que a experiência do estigma trouxe constrangimento, sentimentos de tristeza, medo, ansiedade, estresse, revolta e raiva aos trabalhadores da saúde. Além disso, a exclusão do indivíduo estigmatizado desencadeou sentimentos negativos, principalmente quando vindo de pessoas próximas, que antes mantinham vínculos afetivos, como familiares e amigos próximos. Quando o estigma direcionado aos trabalhadores ocorreu a partir de pessoas estranhas, estes levaram de maneira extrovertida ou ignoraram as situações, mas quando vieram do círculo afetivo, foram situações consideradas mais desagradáveis e com maiores repercussões emocionais. Resultado semelhante foi identificado em estudo em Cingapura onde foi observado cargas psíquicas maiores quando os trabalhadores foram estigmatizados por pessoas próximas quando comparado a desconhecidos (Chan et al., 2022).

Diversos estudos reportam que durante a pandemia da COVID-19 os trabalhadores da saúde tiveram risco aumentando de desenvolver sofrimento psicológico e desordens mentais mediante a um conjunto de fatores relacionados a condições laborais, relacionais (Pollock et

al., 2020; Dantas, 2021) e ao estigma sofrimento durante a pandemia (Shiu et al., 2022; Grover et al., 2023). Além disso, condições existentes antes da pandemia foram somatizadas e intensificadas após a pandemia, sendo essencial o suporte da instituição e apoio da gestão para minimização dos impactos, bem como redução de sequelas de danos a curto, médio e longo prazo (Pollock et al., 2020; Preti et al., 2020; Borges et al., 2021; Monteiro et al., 2021).

Em nosso estudo apesar das repercussões psicoemocionais apresentadas pelos trabalhadores da saúde mediante o estigma experienciado somatizado a sobrecarga de trabalho, dentre outros fatores laborais, os mesmos destacaram a ausência de apoio da gestão e falta de suporte psicológico nos espaços em que atuaram, fator que pode ter contribuído para intensificação do sofrimento psíquico. A ausência de suporte da gestão emergiu nos trabalhadores sentimentos de empatia e coleguismo entre trabalhadores do mesmo setor que também compartilhavam as experiências de estigma. Esse apoio ocorreu através da escuta ativa para apoiar os colegas em sofrimento psíquico (Link, Phelan, 2001; Supady et al., 2021). Ressalta-se que o gerenciamento do estigma exige recursos psicológicos extras, que sem o apoio adequado pode levar a um esgotamento maior da energia mental dos trabalhadores, restringida mediante o quadro sanitário enfrentado. Em estudo realizado com médicos e enfermeiros identificou correlação positiva entre sintomas de burnout e a experiência de estigma durante a pandemia da COVID-19 (Shiu et al., 2022).

A falta de reconhecimento das atividades desenvolvidas durante a pandemia também foi geradora de sentimento de revolta, pois mesmo os trabalhadores se esforçando para manter a dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde não tiveram suas atividades reconhecidas, ao contrário, foram hostilizados em várias situações (Ozcan; Kirca, 2021). Assim, o estigma em torno da doença, associado a sobrecarga de trabalho em ambientes laborais sem estrutura e condições precárias afetou negativamente a saúde física e mental dos trabalhadores da saúde (Galehdar et al. 2020; Naldi et al., 2021), sendo tanto a estigmatização quanto a invisibilidade e falta de valorização mais presentes entre algumas categorias laborais, como a da enfermagem (Bakhsh et al., 2023)

É importante ressaltar que a desvalorização da força de trabalho da enfermagem marcada pela baixa remuneração, sobrecarga de trabalho, dimensionamento deficiente de pessoal, ausência de determinação legal da jornada de trabalho e de um piso salarial é uma condição que acompanha a categoria desde seu estabelecimento como profissão (Laitano et al., 2019), contudo, durante a pandemia houve a expectativa do reconhecimento da força de trabalho da categoria e aumento do piso salarial, o que não ocorreu e intensificou o quadro de insatisfação e sentimentos negativos conforme também corroborado em estudo com

trabalhadores da enfermagem que identificou sentimentos de raiva em 73,3%, percepção do estigma recebido em 70,2%. No mesmo estudo 86,7% dos trabalhadores esperavam uma compensação financeira por sua atuação na linha de frente da pandemia (Bakhsh et al., 2023).

Ressalta-se que mesmo os trabalhadores da saúde atendendo às recomendações de cuidados dos órgãos governamentais apresentaram maior riscos de contaminação, o que contribuiu para o desencadeamento de desordens psicoemocionais, por medo de se contaminar e levar a doença para familiares e amigos (Galehdar et al. 2020). Diversos estudos destacaram a natureza perigosa do trabalho na área da saúde, que se estendeu para seus familiares, pessoas próximas e indivíduos que prestam cuidado (Li et al., 2020; Maneza et al., 2023).

Nesse estudo identificamos que a instituição obrigatória da vacinação para os trabalhadores da saúde modificou a percepção social em relação à doença e aos trabalhadores, e o medo e pânico da população foi dando espaço para a instituição de uma tranquilidade social e diminuição do estigma direcionado aos trabalhadores (Castro, 2021). A vacina contribuiu para quedas nos indicadores de morbimortalidade dos grupos de risco, além disso, houve uma maior disseminação de informações pela mídia baseadas em evidências científicas (Ahiakpa et al., 2022). Mudanças do imaginário social acerca da COVID-19 com o desenvolvimento e introdução das vacinas foi evidenciado em estudos (Jin et al., 2024), contudo, não identificamos estudos abordando o processo de desestigmatização ou diminuição dos estigmas direcionados aos trabalhadores da saúde com a vacinação para esse grupo específico para contrastamos com os resultados do nosso estudo.

Em nosso estudo as falas dos trabalhadores da saúde mostraram que além das dificuldades enfrentadas com a pandemia da COVID-19, esses indivíduos tiveram que enfrentar o estigma, que os inabilitou para o convívio com familiares, amigos e meio social. Os trabalhadores viveram a dualidade de ter que estar próximo do ambiente da saúde para ajudar pessoas adoecidas por COVID-19, contudo, a sociedade reconhecia-os como indivíduos contaminados, infectados e perigosos, que deveriam ficar afastados das outras pessoas, excluindo-os de qualquer possibilidade de interação.

A estigmatização foi expressa através de atitudes de hostilização, violência verbal e controle dos comportamentos praticada por pessoas desconhecidas e também de seu convívio, que desencadeou sofrimento psíquico, evidenciando o quadro de vulnerabilidade dos trabalhadores da saúde, que para evitar o estigma ocultaram a identidade de trabalhador em múltiplos espaços. A falta de apoio e suporte psicológico dos serviços contribuiu para intensificar os sentimentos negativos experienciados com o estigma. Entretanto, o desenvolvimento e vacinação dos trabalhadores da saúde favoreceu a mudança de percepção

em relação a COVID-19 e em relação aos trabalhadores da saúde, diminuindo consequentemente o estigma direcionado a esses indivíduos.

Nosso estudo apresenta contribuições relevantes para a saúde coletiva ao possibilitar ampliação do olhar para as diversas experiências estigmatizantes vivenciadas durante a pandemia da COVID-19, possibilidade de elaboração de estratégias de enfrentamento, bem como em programas de cuidados para os trabalhadores em seus espaços laborais e na rede de saúde do Sistema Único de Saúde.

Ao identificar os agentes responsáveis pelo estigma e compreender as repercussões sociais e psicoemocionais nos indivíduos estigmatizados, os resultados deste estudo podem apoiar abordagens de cuidado que promovam o enfrentamento no âmbito da saúde coletiva. Além disso, permitirão a expansão de investigações sobre os efeitos do estigma durante e após a pandemia.

As contribuições deste estudo para a saúde coletiva incluem ainda evidenciar os desafios enfrentados na pandemia de COVID-19, agregar conhecimento científico ao campo da saúde do trabalhador, e avançar na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Admite-se como limitação deste estudo o fato de as entrevistas terem ocorrido sem contato presencial, o que dificultou anotações no diário de campo acerca da linguagem corporal e das emoções emitidas pelos trabalhadores nas entrevistas. Outra limitação consiste na impossibilidade de inferências das informações para outros contextos por tratar-se de um estudo de abordagem qualitativa. Contudo, por ser um estudo de abordagem qualitativa, que utilizou técnica de saturação dos dados durante as entrevistas, o mesmo possibilitou alcançar os objetivos propostos para apreensão do fenômeno.

Destaca-se o ineditismo deste estudo no contexto brasileiro, ao examinar o estigma na COVID-19 em um recorte com amostra mista de trabalhadores da saúde. Ademais, o estudo contribui para o campo teórico, prático e da gestão, ao trazer elementos para discussão do estigma e suas repercussões na saúde psicoemocional e reflexos na qualidade de vida dos trabalhadores no pós-pandemia.

Considerações finais

Este estudo buscou apreender as condutas sociais estigmatizantes dirigidas aos trabalhadores da saúde na pandemia, bem como discutir as estratégias de enfrentamento utilizadas para enfrentamento do estigma durante a pandemia da COVID-19. A partir dos

resultados identificou-se que a atuação dos trabalhadores durante a pandemia foi marcada por experiências estigmatizantes expressas por meio do afastamento, isolamento, exclusão, julgamento, estereotipagem, rotulação, anulação da identidade individual, destrato, discriminação e preconceito, advindas tanto de pessoas estranhas no meio social, quanto de familiares, da comunidade e colegas de trabalho, que não atuavam em setores restritos para o COVID-19. Foi observado ainda inversão nas relações de poder entre trabalhadores da saúde e público geral, no qual os trabalhadores passaram a ter seus comportamentos regulados.

Na busca de evitar experienciar o estigma, foram utilizadas estratégias de ocultação da identidade de trabalhador da saúde, e quando necessário revelar, somente informado ser trabalhador da saúde, mas continuava ocultado atuar em setor específico para COVID-19. Agir de maneira descontraída, evitar confronto e realizar educação em saúde foram outras estratégias utilizadas para minimizar o desconforto da situação e desconstrução do estigma em torno dos trabalhadores da saúde.

As experiências do estigma trouxeram repercussões negativas sobre a dimensão psicoemocional dos trabalhadores da saúde, que relataram tristeza, ansiedade, medo, raiva, estresse, revolta e desconforto, demonstrando as vulnerabilidades que estes sujeitos estão expostos com sua ocupação laboral. Mesmo apresentando repercussões psicoemocionais os trabalhadores não receberam apoio e suporte psicológico dos locais onde atuavam.

O desenvolvimento da vacina desencadeou um processo de tranquilidade social e menos temerosidade em relação aos trabalhadores da saúde pela implementação obrigatória da vacinação dessa categoria laboral. Contudo, o estigma sofrido e os impactos causados não findaram, sendo necessárias discussões interdisciplinares para adoção de estratégias de desconstrução do estigma, bem como, acompanhamento na rede de cuidado dos trabalhadores em processo de adoecimento decorrentes de sequelas do estigma sofrido durante a pandemia neste artigo.

Referências

- 1 Ribeiro BMSS, Robazzi MLCC, Dalri RCMB. Violência causada aos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. R. Saúde Públ. Paraná. 2021;4(2):115. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2021v4n2p115>
- 2 Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 2015.
- 3 Borges TP, Schulz RS, Magalhães JB, Campos LM, Anjos KF, Rosa DOS. Estigmas relacionado à COVID-19 e sua prevenção. Physis: Rev Saúde Colet. 2021;31(1):e310103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310103>

- 4 Ghareeb NS, El-Shafei DA, Eladl AM. Workplace violence among healthcare workers during COVID-19 pandemic in a Jordanian governmental hospital: the tip of the iceberg. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2021;28(43):61441-61449. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11356-021-15112-w>
- 5 Rodríguez-Bolaños R, Cartujano-Barrera F, Cartujano B, Flores YN, Cupertino AP, Gallegos-Carrillo K. The Urgent Need to Address Violence Against Health Workers During the COVID-19 Pandemic. *Med Care.* 2020;58(7):663. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001365>
- 6 Moro MF, Calamandrei G, Poli R, Di Mattei V, Perra A, Kurotschka PK, et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Healthcare Workers in Italy: Analyzing the Role of Individual and Workplace-Level Factors in the Reopening Phase After Lockdown. *Front Psychiatry.* 2022;13:e867080. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.867080>
- 7 Link GB, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Ann Rev Sociol.* 2001;27:363-385. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- 8 Silva DFO, Cobucci RN, Soares-Rachetti VP, Lima SCVC, Andrade FB. Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. *Ciênc. saúde coletiva.* 2021; 26(2):693-710. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.38732020>
- 9 Grover S, Singh P, Sahoo S, Mehra A. Stigma related to COVID-19 infection: Are the Health Care Workers stigmatizing their own colleagues? *Asian J Psychiatr.* 2020;53:e102381. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102381>
- 10 Dantas ESO. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por COVID-19. *Interface.* 2021;25(suppl 1): e200203. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>
- 11 Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC; 1975.
- 12 Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- 13 Novoa, PCR. What changes in research ethics in Brazil: Resolution no. 466/12 of the National Health Council. *Einstein São Paulo.* 2014[citado em 02 fev. 2024]; 12: vii-vix.. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/BSgGLY89g7m4qnqT67VcNwc/>.
- 14 Guerriero ICZ, Minayo MC. A aprovação da Resolução CNS nº 510/2016 é um avanço para a ciência brasileira. *Saúde e Sociedade [online].* 2019;28(4):299-310. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190232>
- 15 Campos CJG, Saidel MGB. Amostragem em investigações qualitativas: conceitos e aplicações ao campo da saúde. *Revista Pesquisa Qualitativa [Internet].* 2022;10(25):404-2. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/545>

Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: Um debate em aberto. *Temáticas*. 2024; 22(44), 203-220. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas>.

16 Minayo, MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 2017[citado em 10 abr. 2024]; 5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>

17 Soares SSS, Costa CCP da, Carvalho EC, Queiroz ABA, Peres PLP, Souza NVD de O. Teaching Iramuteq for use in qualitative research according to YouTube videos: an exploratory-descriptive study. *Rev Esc Enferm USP* 2022;56:e20210396. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0396>.

18 Souza MAR de, Wall ML, Thuler AC de MC, Lowen IMV, Peres AM. O uso do *software* IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Rev Esc Enferm USP* 2018;52:e03353. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>.

19 Soares SSS, Costa CCP da, Carvalho EC, Queiroz ABA, Peres PLP, Souza NVD de O. Teaching Iramuteq for use in qualitative research according to YouTube videos: an exploratory-descriptive study. *Rev Esc Enferm USP* 2022;56:e20210396. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0396>.

20 Bardin L. *Análise de conteúdo*. 6ª ed. Lisboa: Edições 70; 2016.

21 Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. WHAT HAS THE COVID-19 PANDEMIC TAUGHT US ABOUT ADOPTING PREVENTIVE MEASURES?. *Texto Contexto - Enferm* 2020;29:e20200106. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>.

22 Matta GC, Rego S, Souto EP, Segata J. Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2021. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

23 Taylor S, Landry CA, Rachor GS, Paluszek MM, Asmundson GJG. Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *J Anxiety Disord*. 2020;75:e102289. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102289>

24 Maldonado DAC, Martins LF, Ronzani TM. Estigma de cortesia e condições de saúde: revisão sistemática de literatura[internet]. *Psicologia em Estudo*. 2023[citado em 03 jul. 2023]; 28: e52111. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/gFdPXCpPkVgZfTWtvYYnxFq/abstract/?lang=en>.

25 Tüngen LE, Göksu M, Erdoğan AB. The level of anxiety in healthcare workers and their children during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 2023 Aug;326:115309. DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115309. Epub 2023 Jun 19. PMID: 37399766; PMCID: PMC10279462.

26 McCann TV, Lubman DI. Stigma experience of families supporting an adult member with substance misuse. *Int J Ment Health Nurs*. 2018 Apr;27(2):693-701. DOI: 10.1111/inm.12355. Epub 2017 Jun 8. PMID: 28593690.

- 27 Barretto RS, Figueiredo AEB. Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental de uma unidade psiquiátrica em hospital geral. *Cad Saúde Colet* 2019;27:124–30. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900020370>.
- 28 Mostafa A, Sabry W, Mostafa NS. COVID-19-related stigmatization among a sample of Egyptian healthcare workers. *PLoS One*. 2020;15(12):e0244172. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244172>
- 29 García-Saisó S, Marti M, Brooks I, Curioso W, González D, Malek V, et al. Infodemia en tiempos de COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e89. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.89>
- 30 Verma S, Mythily S, Chan YH, Deslypere JP, Teo EK, Chong SA. Post-SARS psychological morbidity and stigma among general practitioners and traditional Chinese medicine practitioners in Singapore. *Ann Acad Med Singap* [Internet]. 2004 cited 26 July 2022];33(6):743-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15608831/>
- 31 Almutairi AF, Adlan AA, Balkhy HH, Abbas OA, Clark AM. "It feels like I'm the dirtiest person in the world.": Exploring the experiences of healthcare providers who survived MERS-CoV in Saudi Arabia. *J Infect Public Health*. 2018;11(2):187-191. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2017.06.011>
- 31 Costa MCS, Silva RGL. A dinâmica do conhecimento biomédico e em saúde: uma interpretação sociológica. *Sociologias*. 2019;21(50): 18-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/15174522-02105001>
- 32 Härter ABR, Vicente AP, Johann BK, Weirich BE, Darsie C. Automedicação: um conflito entre a autonomia do paciente e o saber biomédico. *Rev. Jovens Pesqui*. 2022;12(1):1-10, 2022. DOI: <https://doi.org/10.17058/rjp.v12i1.17439>
- 33 Fonseca LKS, Santos JVO, Araújo LF, Sampaio AVFC. Análise da estigmatização no contexto do HIV/AIDS: Concepções de Pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol*. 2020;13(2):1-15. DOI: <https://doi.org/10.36298/gerais202013e14757>
- 34 Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020 Jun 2;323(21):2133-2134. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- 35 Cousin L, Roucoux G, Petit AS, Baumann-Coblentz L, Torrente OR, Cannafarina A, et al. Perceived stigma, substance use and self-medication in night-shift healthcare workers: a qualitative study. *BMC health services research*. 2022;22(1):698. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08018-x>
- 36 Chan AY, Ting C, Chan LG, Hildon ZJ. "The emotions were like a roller-coaster": a qualitative analysis of e-diary data on healthcare worker resilience and adaptation during the COVID-19 outbreak in Singapore. *Hum Resour Health*. 2022;20(1):60. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00756-7>

37 Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, et al. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Nov 5;11(11):CD013779. doi: 10.1002/14651858.CD013779. PMID: 33150970; PMCID: PMC8226433.

38 Dantas ESO. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por COVID-19. *Interface.* 2021;25(supl 1): e200203. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>

39 Shiu C, Chen WT, Hung CC, Huang EP, Lee TS. COVID-19 stigma associates with burnout among healthcare providers: Evidence from Taiwanese physicians and nurses. *J Formos Med Assoc.* 2022 Aug;121(8):1384-1391. doi: 10.1016/j.jfma.2021.09.022. Epub 2021 Oct 9. PMID: 34654583; PMCID: PMC8501227.

40 Grover A, Venkatesh U, Kishore J, Chakma T, Thomas B, et al. Factors associated with stigma and manifestations experienced by Indian health care workers involved in COVID-19 management in India: A qualitative study. *Glob Ment Health (Camb).* 2023 Jul 28;10:e46. doi: 10.1017/gmh.2023.40. PMID: 37854432; PMCID: PMC10579676.

41 Preti E, Di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, et al. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Curr Psychiatry Rep.* 2020 Jul 10;22(8):43. doi: 10.1007/s11920-020-01166-z. PMID: 32651717; PMCID: PMC7350408.

42 Monteiro VCM, Lucena BA, Silva CJ de A, Carvalho PRS, Valença CN, Oliveira KKD. TRABALHO EM SAÚDE E AS REPERCUSSÕES DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UM ESTUDO DOCUMENTAL. *Cogitare Enferm* 2021;26:e75187. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75187>.

43 Supady A, Curtis JR, Brown CE, Duerschmied D, von Zepelin LA, Moss M, Brodie D. Ethical obligations for supporting healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Respir J.* 2021 Feb 25;57(2):2100124. doi: 10.1183/13993003.00124-2021. PMID: 33542058; PMCID: PMC7861049.

44 Ozcan S, Kirca N. Feelings, Thoughts and Experiences of Healthcare Professionals Who Recovered after Being Diagnosed with COVID-19, a Phenomenological Study. *Psychiatr Danub.* 2021;33(3):402-410. DOI: <https://doi.org/10.24869/psyd.2021.402>

45 Galehdar N, Kamran A, Toulabi T, Heydari H. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 2020 Oct 6;20(1):489. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02898-1>

46 Naldi A, Vallelonga F, Di Liberto A, Cavallo R, Agnesone M, Gonella M, et al. COVID-19 pandemic-related anxiety, distress and burnout: prevalence and associated factors in healthcare workers of North-West Italy. *BJPsych Open.* 2021 Jan 7;7(1):e27. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.161>.

47 Bakhsh LS, AlHazmi A, BaMohammed A, Binishaq E, Abdullah G, Bajal R, Al Ramamneh I. Emotions, Perceived Stressors, and Coping Strategies Among Nursing Staff in Saudi Arabia During the COVID-19 Pandemic. *Cureus*. 2023 Nov 4;15(11):e48284. Doi: 10.7759/cureus.48284. PMID: 38058321; PMCID: PMC10696279.

48 Laitano ADC, Silva GTR da, Almeida DB de, Santos VPFA, Brandão MF, Carvalho AG, et al.. Precarização do trabalho da enfermeira: militância profissional sob a ótica da imprensa. *Acta Paul Enferm* 2019;32:305–11. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900042>.

49 Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020 Mar 26;382(13):1199-1207. doi: 10.1056/NEJMoa2001316. Epub 2020 Jan 29. PMID: 31995857; PMCID: PMC7121484.

50 Maneze D, Salamonson Y, Grollman M, Montayre J, Ramjan L. Mandatory COVID-19 vaccination for healthcare workers: A discussion paper. *Int J Nurs Stud*. 2023 Feb;138:104389. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104389. Epub 2022 Nov 9. PMID: 36462385; PMCID: PMC9709452.

51 Castro R. Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia? *Physis*. 2022;31(1):e310100. Acesso em 22 jul. de 2022. Disponível em: <https://scielosp.org/article/physis/2021.v31n1/e310100/pt/#>.

52 Ahiakpa JK, Cosmas NT, Anyiam FE, Enalume KO, Lawan I, et al. COVID-19 vaccines uptake: Public knowledge, awareness, perception and acceptance among adult Africans. *PLoS One*. 2022 Jun 1;17(6):e0268230. doi: 10.1371/journal.pone.0268230. PMID: 35648745; PMCID: PMC9159554.

53 Jin S, Lin L, Larson HJ, Cook AR. COVID-19 vaccine acceptance and its associated factors in the Western Pacific Region. *Lancet Reg Health West Pac*. 2024 Feb 12;43:100840. doi: 10.1016/j.lanwpc.2023.100840. PMID: 38371748; PMCID: PMC10874712.

BRASIL. Ministério da Saúde. ORIENTAÇÕES PARA CONDUÇÃO DE PESQUISAS E ATIVIDADE DOS CEP DURANTE A PANDEMIA PROVOCADA PELO CORONAVÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19). 2020. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: https://www.ifsudestemg.edu.br/noticias/reitoria/2020/05/conep-divulga-novas-orientacoes-para-pesquisas-durante-a-pandemia/sei_ms-0014765796.pdf

5.2 ARTIGO 2: (DES) ESTIGMATIZAÇÃO E COVID-19: EXPERIÊNCIAS DE TRABALHADORES DA SAÚDE APÓS VACINAÇÃO

Sheila Santa Barbara Cerqueira
Cleuma Sueli Santos Suto
Elena Casado Aparício
Pricila Oliveira de Araújo
Evanilda Souza de Santana Carvalho

RESUMO

Objetivo: Compreender como trabalhadores da saúde experienciaram o estigma no pós-pandemia após disponibilização da vacina da COVID-19 para toda população. **Métodos:** Estudo exploratório, qualitativo desenvolvido entre novembro e dezembro de 2023 com dezessete trabalhadores da saúde atuantes em serviços hospitalares de duas cidades, na Bahia. Foram realizadas entrevistas em profundidade, submetidas à Análise Temática e a interpretação baseada na teoria Social do Estigma de Erving Goffman. **Resultados:** Emergiram quatro temas que evidenciaram mudança da percepção da população em relação aos trabalhadores da saúde com a introdução da vacina e um processo de desconstrução do estigma: Desvelando o olhar sobre a COVID-19 após a instituição da vacina para toda população; Instituição da tranquilidade com a introdução da vacina e desestigmatização do trabalhador da saúde; Repercussões do estigma e da COVID-19 na saúde psicoemocional dos trabalhadores da saúde no pós-pandemia; Revelando a identidade ocultada. As experiências de estigma durante a pandemia desencadearam processos psicológicos, que perduram no pós-pandemia. **Considerações finais:** A dinâmica de desconstrução do estigma aconteceu através de mudanças comportamentais de pessoas desconhecidas do público geral e de familiares, onde os trabalhadores observaram diminuição do medo em relação a COVID-19 e aos trabalhadores da saúde. Porém, o estigma contribuiu para processos de adoecimento mental, sendo necessário discussões interdisciplinares para implementação de práticas de cuidado no ambiente laboral voltadas aos trabalhadores que adoeceram decorrente ao estigma e impactos da pandemia.

Descritores: Pandemia; Estigma Social; Discriminação Percebida; Pessoal de Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To understand how health workers experienced stigma in the post-pandemic period after the COVID-19 vaccine was made available to the entire population. **Methods:** Exploratory, qualitative study carried out between November and December 2023 with seventeen health workers (seven were nurses, three nursing technicians, three doctors, two nutritionists, one psychologist and one clerk) working in hospital services in two cities in Bahia. In-depth interviews were carried out, subjected to Reflective Thematic Analysis and interpretation based on Erving Goffman's Social Stigma Theory. Results: Four themes emerged that showed a change in the population's perception of health workers with the introduction of the vaccine and a process of deconstruction of stigma: Unveiling the perspective on COVID-19 after the introduction of the vaccine for the entire population; Establishment of peace of mind with the introduction of the vaccine and destigmatization of healthcare workers; Repercussions of stigma and COVID-19 on the psycho-emotional health of healthcare workers in the post-pandemic period; Revealing the hidden identity. Experiences of stigma during the pandemic triggered psychological processes, which persist post-pandemic. **Final considerations:** The dynamics of deconstructing stigma took place through behavioral changes in people unknown to the general public and family members, where workers observed a decrease in fear in relation to COVID-19 and healthcare workers, but stigma contributed to

illness processes mental health, requiring interdisciplinary discussions to implement care practices in the workplace aimed at workers who became ill due to the stigma and impacts of the pandemic.

Descriptors: Pandemic; Social Stigma; Perceived Discrimination; Health Personnel; Public health.

Introdução

A instauração do quadro pandêmico da COVID-19, que ocasionou milhares de óbitos e colapso de diversos sistemas de saúde em todo o mundo, alavancou uma corrida de pesquisas para o desenvolvimento de imunizantes contra a COVID-19, pois muitos especialistas em saúde pública consideravam a vacinação em massa como uma das principais soluções para conter a pandemia. As primeiras vacinas foram disponibilizadas para uso emergencial no final de 2020 e, ao longo de 2021, cerca de 9 bilhões de doses da vacina foram administradas globalmente (Peretti-Watel et al., 2024).

Em de janeiro de 2021, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária autorizou o uso emergencial de duas vacinas no Brasil, sendo uma mulher negra e enfermeira, a primeira brasileira representante do grupo considerado de risco por ser trabalhadora da saúde, a ser vacinada no contexto brasileiro. A introdução de uma vacina contra a COVID-19 trouxe expectativas do retorno a uma condição de “normalidade” do cotidiano das pessoas, com a diminuição do medo e pânico social (Castro, 2021), bem redução do estigma construído em torno da COVID-19 e direcionado aos trabalhadores da saúde por sua proximidade com indivíduos adoecidos (Ranjit; Meisenbach, 2023).

O estigma é considerado um problema em todo o mundo devido aos seus efeitos devastadores aos grupos afetados e sociedade como um todo. Durante a pandemia da COVID-19 o estigma afetou diversas populações e grupos de diferentes maneiras, exacerbando as dificuldades enfrentadas por aqueles que contraíram o vírus e por outros que estavam associados aos indivíduos adoecidos pelas relações afetivas e de cuidado, como os trabalhadores da saúde (Janoušková et al., 2024).

O estigma pode ser compreendido como um fenômeno interacional que se caracteriza pelo rebaixamento do status social, rotulação, depreciação, afastamento, discriminação e desvalorização da pessoa baseada por uma determinada marca que lhe é imputada por outros sujeitos ditos “normais” (Goffman, 1975). Dentre os diferentes tipos de estigma, modula-se o estigma de cortesia, no qual existe um indivíduo central que possui as características que o

tornam vulnerável ao estigma e este indivíduo espalha sua carga estigmatizante a outros a seu redor variando a intensidade a partir do grau de proximidade, pois quanto mais próximas maior será a carga recebida e quanto mais distantes, menores serão as cargas recebidas. Dessa forma, a partir dessa relação, pessoas que mantêm relações mais próximas com os estigmatizados são fundidas ao olhar social e estão mais vulneráveis a estigmatização (Catthoor et al., 2015; Larson; Corrigan, 2008).

Em razão de atuar diretamente com indivíduos “marcados” pelo estigma, trabalhadores da saúde podem ser alvo do estigma de cortesia por comparação ou associação com indivíduos ou grupos estigmatizados. Isso ocorre pela imposição de “marcados” todos aqueles que mantêm relação próxima, cuida e toca nos estigmatizados (Yufika et al., 2022). Assim, trabalhadores que atuam em instituições de assistência psiquiátrica são vistos como contaminados pela “loucura” (Catthoor et al., 2014), enquanto aqueles que assistem pessoas com tuberculose ou hanseníase são classificados como provavelmente veiculadores da doença (Maldonado; Martins, Ronzani, 2023).

Durante a pandemia da COVID-19 os trabalhadores da saúde foram considerados os principais protagonistas no enfrentamento da doença por desempenharem importante papel no cuidado assistencial, na gestão e pesquisas relacionadas ao coronavírus. Contudo, essa categoria também esteve mais vulnerável à contaminação pelo vírus quando comparada a outras categorias profissionais, principalmente as categorias com maior proximidade a indivíduos contaminados ou potencialmente contaminados, como enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos (Horta et al., 2022), sendo em muitos momentos vulneráveis ao estigma de cortesia (Maldonado; Martins, Ronzani, 2023).

Estudo de revisão sistemática da literatura mostrou que os trabalhadores da saúde são o segundo grupo de indivíduos mais afetados pelo estigma de cortesia no acompanhamento de condições diversas de saúde, ficando atrás apenas dos cuidadores familiares por maior grau de proximidade com os estigmatizados (Maldonado; Martins, Ronzani, 2023).

No contexto da COVID-19, o estigma construído em torno da doença e direcionado aos trabalhadores da saúde modificaram seus comportamentos e os tornaram mais estressados, temerosos, retraídos, com dificuldade na manutenção de relações interpessoais, reduzindo sua produtividade, e em alguns casos favoreceu ao absenteísmo laboral (Aydogdu, 2020), deixando-os expostos a vulnerabilidade social e desencadeando repercussões de ordem psíquica (Monteiro; Villela, 2013), sendo essenciais as investigações voltadas para compreensão dos impactos do estigma na vida dos trabalhadores da saúde durante e após o quadro pandêmico.

Apesar do número expressivo de estudos científicos abordando a COVID-19, suas repercussões clínicas e epidemiológicas (Ochani et al., 2021; Gill; Cho, 2023; Mohandas et al., 2023; Rzońca et al., 2024), ainda são incipientes investigações acerca dos efeitos deletérios do estigma para os trabalhadores da saúde a médio e longo prazo, bem como as manifestações do estigma após a introdução da vacina (Grover et al., 2023; Peretti-Watel et al., 2024). Nesse contexto, este estudo busca preencher uma lacuna no campo científico, pois investigações acerca do estigma experienciado por trabalhadores da saúde após a introdução da vacina durante o contexto da COVID-19 possibilitará apreender suas experiências, vulnerabilidades sociais, emocionais e psíquicas, para discussões acerca de implementação de práticas de cuidado nos serviços de saúde buscando atender demandas da saúde do trabalhador no pós-pandemia.

Este estudo pode ainda colaborar para discussões na academia e entre trabalhadores e gestores da saúde acerca de estratégias de cuidados direcionados aos trabalhadores que ainda se encontram adoecidos decorrentes das experiências durante a pandemia da COVID-19. Assim, diante do exposto este estudo parte do seguinte questionamento: Como trabalhadores da saúde experienciaram o estigma após disponibilização da vacina para os grupos de riscos e posteriormente para toda população durante a pandemia da COVID-19? E objetivou compreender como trabalhadores da saúde experienciaram o estigma após disponibilização da vacina para os grupos de riscos e posteriormente para toda população durante a pandemia da COVID-19.

Métodos

Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, guiado pelo *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) (Tong; Sainsbury; Craig, 2007). O estudo foi desenvolvido em um município do interior da Bahia, que apresenta uma rede de saúde estruturada em serviços de atenção primária, urgência e emergência e atendimento hospitalar. O município durante a pandemia contou com um hospital de Campanha para atendimento de pessoas com COVID-19. Além deste, o mesmo tem um hospital público de grande porte, que durante o período de maior incidência de casos graves da COVID-19 teve um complexo destinado apenas para tratamento de pessoas com a doença, com unidades para tratamentos intensivos. A rede de saúde pública também é composta por um hospital estadual pediátrico, que durante a pandemia isolou um complexo para tratamento dos casos no público infanto-juvenil. Por apresentar diversos serviços na rede de saúde, o município emprega vários

trabalhadores da saúde, justificando a escolha para realização deste estudo no respectivo município.

Foram incluídos no estudo 17 trabalhadores da saúde, de nível médio e superior, que tinham atuado por um período mínimo de seis meses ou estavam atuando no momento da pesquisa em hospitais que atendiam e internavam para tratamento pessoas com COVID-19 durante a pandemia. Os dados foram coletados entre os meses de novembro e dezembro de 2023, utilizando um roteiro de entrevista semiestruturado, com questões relacionadas ao objeto de estudo e informações sociodemográficas dos participantes. O roteiro foi previamente testado (teste piloto) e não necessitou de adequações para o alcance dos objetivos propostos.

O estudo obedeceu às recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos, sendo iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o parecer nº 4.684.850. Assim, apesar da coleta ter sido realizada após o decreto de fim da pandemia da COVID-19, buscando evitar viés de resposta, adotou-se a mesma estratégia da primeira etapa de coleta ainda durante a pandemia, assim nesse estudo todas as entrevistas foram realizadas com o auxílio do Google Meet e/ou Whatsapp para chamadas, e gravação do áudio com o suporte de um celular *smartphone*. Ressalta-se que durante as chamadas foi solicitado aos participantes que deixassem a câmera fechada para gravação apenas dos áudios. As entrevistas duraram em média de sete a 26 minutos. Todas tiveram autorização para gravação do áudio. Posteriormente foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora submetida a avaliação dos participantes para acréscimos ou retiradas de conteúdo, contudo, nenhum participante expressou desejo de realizar modificações. A saturação dos dados ocorreu a partir do momento que o pesquisador identificou repetição das informações e alcance do objetivo do estudo, sendo interrompida a inclusão de novos participantes (Minayo, 2017; Vinuto, 2024).

O primeiro contato com os participantes ocorreu pelo Instagram, e posteriormente, a inclusão dos demais participantes ocorreu através de um trabalhador da saúde nomeado de “semente”, considerado referência pelo método *snowball*, que facilita a reclusão de participantes com o perfil necessário para alcance do objetivo da pesquisa (Costa, 2018). Em seguida, foi solicitado de todos trabalhadores que aceitaram participar e-mail para contato formal, explicação dos objetivos da pesquisa e encaminhamento do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE). Todos os participantes assinaram, sendo informados sobre as medidas para assegurar o anonimato, confidencialidade das informações, objetivos, riscos e benefícios do estudo, e devolveram via e-mail. Foi disponibilizado o número de telefone da pesquisadora para casos de possíveis dúvidas com relação ao RCLE ou da pesquisa. Os

participantes também tiveram a oportunidade de antes do início das entrevistas sanarem alguma dúvida ainda existente. Os participantes foram identificados com a letra “T” abreviatura de “Trabalhador”, seguido de um número cardinal, relativo à ordem da entrevista, distribuídos de T1 a T17 e também identificação da ocupação. Estratégias adotadas para garantir o anonimato identitário dos trabalhadores.

Para a análise do material empírico das entrevistas foram seguidas as recomendações da análise de temática (Bardin, 2011), que se organiza em três etapas cronológicas distintas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise foi realizada a leitura flutuante, com contato intenso e exaustivo do material transcrito para aproximação do pesquisador com o conteúdo das entrevistas. Na exploração do material foram realizados recortes em unidades de significado, através da seleção de fragmentos das falas dos entrevistados, compreendendo os núcleos de sentidos para agrupá-los posteriormente em categorias de similaridade.

Na terceira etapa foi realizado o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesse momento ocorreu a condensação, com destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais, momento em que os resultados foram interpretados com criticidade e comparados com a literatura científica que aborda o fenômeno a partir da Teoria do Estigma Social.

Resultados

Os resultados apresentam as características dos participantes e os temas foram construídos a partir das narrativas dos trabalhadores acerca do estigma evidenciado nas suas experiências após a vacinação da população.

Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo 17 trabalhadores da saúde que atuavam em unidades hospitalares públicas e privadas, no município de Feira de Santana, no Estado da Bahia-BA, cujas idades variaram entre 26 e 51 anos. Quanto ao sexo, 16 trabalhadores eram do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. No que se refere ao estado civil, nove eram solteiros e oito eram casados. No tocante às categorias dos trabalhadores, sete eram enfermeiros, três de técnicos de enfermagem, três médicos, dois nutricionistas, um psicólogo e uma escriturária.

Com relação ao tempo de atuação dos participantes, variaram entre dois até 25 anos de profissão. A maioria dos trabalhadores, enfermeiros e técnicos de enfermagem, tinham mais de cinco anos de formação e experiência atuante na área, e mais de um vínculo empregatício. Os trabalhadores enfermeiros e médicos apresentavam especialização. Todos os entrevistados afirmaram trabalhar em regime de escalas e plantões, com renda familiar variando entre R\$ 1.500,00 a 20.000,00.

Após análise do material empírico, emergiram os seguintes temas: Desvelando o olhar sobre a COVID-19 após a instituição da vacina para toda população; Instituição da tranquilidade com a introdução da vacina e desestigmatização do trabalhador da saúde; Repercussões do estigma e da COVID-19 na saúde psicoemocional dos trabalhadores da saúde no pós-pandemia; Revelando a identidade oculta, conforme mostra Figura 1.

Figura 1: Experiências de estigma de trabalhadores da saúde após a vacinação da COVID-19. Feira de Santana, 2024.



Fonte: Elaborado pela autora.

Tema 1- Desvelando o olhar sobre a COVID-19 após a instituição da vacina para toda população

Esta categoria demonstra a compreensão das pessoas em geral acerca da COVID-19 a partir do olhar dos participantes deste estudo. Notou-se que as pessoas passaram a tratar a doença como síndromes gripais comuns, com quadro sintomatológico de gripes e resfriados, sem a temerosidade de uma doença grave, como evidenciado nos depoimentos a seguir:

Uma gripe mais simples (T1, médica)

A gente passou momentos muito difíceis e depois da vacina não [...] gente não vê as pessoas com medo e nem com receio de adquirir a COVID (T2, enfermeira)

[...] não é algo que nos abala mais, nem os próprios pacientes [...] depois da vacina se transformou em um surto de gripe, uma gripe como outra qualquer (T3, enfermeira)

Hoje as pessoas veem como uma doença como outra qualquer. Como gripe, como febre, essas coisas. Já não tem tanto medo (T11, técnica de enfermagem).

Hoje em dia o povo acha que é tipo uma gripe. Hoje em dia não tem mais aquele medo de antigamente, não. (T12, enfermeira)

Hoje eu acho que as pessoas veem a COVID como um resfriado, como uma gripe normal, não é mais como há dois quatro anos atrás (T13, técnica de enfermagem)

Hoje se define a COVID como síndromes gripais (T15, técnica de enfermagem)

Observa-se que a percepção dos trabalhadores da saúde também se assemelha a da população geral ao referirem-se a COVID-19 como um quadro gripal, sem maiores complicações, como evidenciados nos depoimentos:

A COVID-19 representa pra mim um surto de gripe como qualquer outro (T3, enfermeira).

Pra mim hoje parece que a pandemia que a gente viveu na há dois anos atrás não existiu (T2, enfermeira)

COVID hoje pra mim virou um diagnóstico simples de PSF. É uma gripe (T16, enfermeira)

Os trabalhadores da saúde percebem na dinâmica social uma mudança no olhar sobre a COVID-19, com a concepção de finitude da pandemia e preocupação com outras condições de doença.

[...] a maioria das pessoas falam que a COVID-19 acabou. Agora é dengue. O pensamento é outro (T1, médica)

Hoje a população enxerga a COVID-19 como uma coisa que passou. É um episódio que aparenta ter sido passado (T7, médico)

[...] agora vem a dengue (T10, enfermeira)

Hoje também tem o caso da dengue (T15, técnica de enfermagem)

[...] as pessoas hoje tratam a COVID como se não existisse mais, o foco hoje está sendo a dengue (T16, enfermeira)

Os conteúdos narrativos acima evidenciam um processo de mudança da percepção da população geral e dos próprios trabalhadores da saúde sobre a COVID-19 ao passar a percebê-la como “simples”, “gripes” e “resfriados” com a finitude da pandemia. Essa dinâmica de desconstrução do imaginário social da doença altera os atributos simbólicos da condenação moral e da rejeição social utilizados para estigmatizar os trabalhadores da saúde durante a pandemia. Além disso, os conteúdos mostraram o redirecionamento da atenção da população para outras condições de doença, como a dengue. Percebe-se desta forma modulações das concepções sociais influenciada pelo momento histórico experienciado.

Tema 2- Instituição da tranquilidade com a introdução da vacina e desestigmatização do trabalhador da saúde

Após o desenvolvimento da vacina COVID-19 as pessoas passaram a percebê-la como naturalidade e sem temerosidade, principalmente quando haviam recebido doses da vacina, como demonstra as falas a seguir:

Hoje eu já vejo que as pessoas já lidam com uma naturalidade maior. “Ah não beleza, é COVID, mas tomei a vacina, não vai ter nada não” (T1, médica).

A gente passou momentos muito difíceis, e depois da vacina, não [...] a gente não vê as pessoas com medo e nem com receio de adquirir a COVID (T1, médica).

As pessoas tinham muito receio de ter contato com a gente (trabalhador da saúde) por a gente está dentro do hospital, com medo da gente transmitir o vírus pra elas. Hoje como a pandemia baixou, eu creio que as pessoas não tem mais esse receio. As pessoas estão tranquilas (T2, enfermeira).

A convivência já voltou ao normal (T11, técnica de enfermagem)

Os trabalhadores da saúde reconhecem que a introdução da vacina reduziu os indicadores de morbimortalidade, bem como diminuiu os agravos clínicos nos pacientes positivados quando estes são vacinados.

Com certeza o advento da vacina veio pra reduzir mesmo essa chance de mortalidade da COVID [...] não temos mais a quantidade de morte porque temos uma boa cobertura vacinal (T1, médica).

Mudou tudo. Os dados estão pra gente observar o quanto os pacientes morreram antes de ter a vacina (T4, enfermeira).

Com a instituição da vacina houve uma redução efetiva no número de casos novos, da incidência da doença vacinal (T5, nutricionista).

[...]desenvolveu a vacina pra solucionar um problema, acabou que deixou a população um pouco menos preocupada vacinal (T6, nutricionista).

[...] saber que tem vacina, que os índices de mortalidade reduziram bastante (T8, psicóloga).

[...] apesar de que ainda pessoas que foram vacinadas ainda tem a contaminação, mas os sintomas, os sinais, o número de internações, tudo isso diminuiu. A vacina foi o que salvou. (T10, enfermeira).

[...] eu acredito que se não fosse a vacina hoje...você vê que parou os óbitos, não foi? (T12, enfermeira)

O desenvolvimento e introdução da vacina nos primeiros momentos da pandemia trouxe sentimento de insegurança, desespero e temor, mas à medida que foram percebendo os benefícios da vacina, a mesma trouxe uma tranquilidade da população de maneira geral. Além disso, existe a incerteza da seguridade e dos efeitos colaterais a longo prazo.

E foi desespero por não saber se a vacina ia ser feita a tempo, se a vacina ia realmente proteger como a gente esperava e hoje em dia a gente vê que realmente toda aquela preocupação, aquela temerosidade se transformou em tranquilidade (T1, médica).

Só que a vacina ela é ela um ponto polêmico, por isso que eu falo que que é um misto de insegurança, incerteza, porque volta e meia muda alguma coisa, volta e meia fala sobre alguma coisa, volta e meia tem uma declaração nova [...]é um misto de insegurança, mas ao mesmo tempo a incerteza do que uma vacina pode causar, entende? (T8, psicóloga).

Os participantes percebem uma mudança comportamental da população em relação aos trabalhadores da saúde após a introdução da vacina para a COVID-19 ao recordarem olhares de julgamento e atitudes discriminatórias do período anterior a vacina que deixaram de existir após a instituição da mesma.

[...] não percebo mais os olhares que antigamente eu percebia, que o povo estava me julgando até a morte, como se eu estivesse disseminando a COVID-19 por aí e tal (T1, médica).

Hoje eu já não vejo nenhuma diferença não, do tratamento. Mas na época do COVID-19, sim. Muita diferença. Não queria contato próximo. Era muito preconceito, era o estigma mesmo de achar que você iria contaminar outras pessoas. A questão até de encostar, achando que você já estava carregando o vírus, mas hoje é tranquilo. Hoje não tem diferenciação nenhuma. Não sinto nenhum preconceito, não sinto nenhum estigma quanto a isso não. Tudo tranquilo. Não sinto nem de familiares, nem de pessoas que estão ao meu redor, nenhum problema (T4, enfermeira).

Eu percebo que mudou o tratamento em relação as pessoas se sentirem um pouco mais seguras em relação a estar vacinado, ao contrair agora, porque após a vacina também está tendo caso (T6, nutricionista).

Se antes as pessoas tinham medo, por exemplo, de estar perto da gente, porque a gente acabou de sair do hospital. Eu acho que hoje não tem mais esse receio porque o que era desconhecido, hoje se torna conhecido. Eu acho que é a nossa mente, que o nosso psiquismo trabalha muito dessa forma. Gera o estresse em torno daquilo que é desconhecido, mas que um estresse que vai amenizando de acordo com o que a gente vai conhecendo, vai entendendo (T8, psicóloga).

[...] eles não têm mais aquele, entre aspas, medo de conviver com a gente. Hoje em dia as pessoas já abraçam a gente, já convivem [...] depois que começou a vacina, que começou a diminuir os números de casos, eu acho que as pessoas começaram a olhar diferente pra gente [...] antes todo mundo tinha medo e a gente não sabia bem o que fazer, como manejar as coisas e hoje está totalmente diferente (T9, médica).

Está tudo normal como se a vida tivesse voltado ao normal, o COVID-19 já passou e todo mundo voltou ao seu normal. Não foi igual o início que gente foi discriminado, que não podia ficar junto, que os profissionais que levavam a COVID de um lugar pra outro [...] após a pandemia passou essa questão de discriminação. Não teve mais tratamento de maneira diferente [...] depois que a segunda, a terceira onda passou, as vacinas chegaram, toda a população foi vacinada, essa discriminação deixou de existir [...] não temos mais discriminação pós-COVID (T10, enfermeira)

No começo da pandemia o povo achava que a gente só de encostar poderia passar COVID-19 pra eles. Hoje não, hoje as pessoas já não são assim (T11, técnica de enfermagem)

Hoje em dia o pessoal já não tem aquele problema mais de ver a gente como infectante (T14, escriturária)

Hoje eles enxergam a gente de uma outra maneira (T15, técnica de enfermagem)

Aquele preconceito já não se existe hoje mais. Se você falasse que trabalhava na área de saúde, as pessoas chegavam a recuar. Se você dissesse que estava trabalhando dentro do COVID, as pessoas saíam correndo de você. Entrar no meu carro ninguém queria entrar no meu carro. Tinha gente que chegava ao ponto de não querendo nem falar comigo, nem por telefone (T16, enfermeira)

Atualmente eu vejo tanto comigo como as outras pessoas que não se tem mais aquele pânico, aquele medo eu vejo que as pessoas agem de forma natural (T17, enfermeira)

Os depoimentos narrativos acima mostram o momento histórico do processo de desconstrução do estigma em torno da COVID-19 com a introdução das vacinas para a doença. Essa modificação do imaginário das pessoas acerca da doença refletiu em alterações da dinâmica comportamental das pessoas em relação aos trabalhadores manifestos através da reaproximação dos corpos anteriormente rejeitados. As novas conformações da dinâmica social emergem nos trabalhadores sentimentos de pertencimento social, com a transformação dos atributos que antes os destacavam como fora da norma padrão, expresso na percepção social do trabalhador como um potencial risco para a população antes da introdução das vacinas.

Tema 3- Repercussões do estigma e da COVID-19 na saúde psicoemocional dos trabalhadores da saúde no pós-pandemia

O adoecimento mental pós-pandemia foi mencionado pelos trabalhadores do estudo ao relacionarem as experiências negativas, bem como as condições e sobrecarga de trabalho durante a COVID-19 como fatores contribuintes para o adoecimento na pandemia e permanência no pós-pandemia. Estes citaram condições de estresse, depressão e burnout.

A gente tem observado na prática muitas pessoas com problemas psicológicos pós-pandemia, e na sociedade como um todo e dessa parte mais micro da área de saúde também. Pessoas se afastando mais por estresse, por burnout (T3, enfermeira).

Eu percebo que aumentou o nível de ansiedade e estresse também no geral (T5, nutricionista).

Tenho colegas que desenvolveram depressão (T6, nutricionista).

Muita gente deprimida muito profissional com a mente conturbada, muita gente ficou depressivo (T11, técnica de enfermagem).

Eu tive uma colega [...] que ela entrou literalmente numa depressão por conta da COVID quando ela descobriu que ela que ela tinha adquirido a doença, ela ficou e até hoje ela toma remédio controlado por causa da COVID (T12, enfermeira)

As pessoas estão muito fragilizadas, principalmente área de saúde depois do COVID. Eu não sei se já existia. Eu acho que esse problema já estava, mas não era tanto como agora. As pessoas estão muito doentes psicologicamente, principalmente a depressão[...] os profissionais estão adoecendo e está assim gritante mesmo. Está sendo muito rápido. Eu creio que depois dessa pandemia piorou (T14, escriturária)

[...] muitos colegas que adoeceram mentalmente, fisicamente. E assim, hoje está a gente só se fala em depressão, depressivo (T15, técnica de enfermagem).

Mas eu tenho uma colega que até hoje se você falar em COVID ela entra em pânico (T16, enfermeira)

Notou-se nas falas dos trabalhadores ausência de apoio psicológico da instituição de trabalho, bem como suporte da gestão para aqueles que adoeceram durante a pandemia e permaneceram no pós-pandemia.

No hospital que eu trabalho nunca teve atendimento psicológico para o profissional (T2, enfermeira).

Não tem e nem teve nenhum tipo de apoio assim não da instituição. O que teve foi treinamentos de como se paramentar e desparamentar, somente isso. Agora, apoio psicológico, não (T6, nutricionista).

O hospital colocou uma psicóloga organizacional. Só que uma única psicóloga organizacional pra dar conta de admissão, de entrevista, de processo seletivo e ainda acolher os trabalhadores era algo impossível. Eu busquei a minha terapia. Até hoje eu sigo em terapia, mas se dependesse do hospital eu não teria suporte nenhum (T8, psicóloga).

Eu achei que não teve muito suporte [...] eu não vi nenhum apoio psicológico pra gente [...] a questão psicológica eu acho que deveria ter um apoio maior (T9, médica).

Em várias unidades, a gente sempre vem conversando em grupos e pessoalmente quando se encontram nenhum atendimento psicológico, nem durante a pandemia e piorou agora que não tem mais a pandemia, não conheço nenhum profissional que recebeu esse aporte psicológico (T10, enfermeira).

Até o meu conhecimento eu acho que não teve psicólogo [...] as pessoas foram afastadas um período por um problema de saúde, principalmente psicológico e voltaram pra trabalhar, e as vezes a gente não recebe aquele apoio. Um descaso. (T14, escriturária)

Até dos nossos colegas um apoio, e nada disso a gente tem e não teve (T15, técnica de enfermagem)

É um setor que mexe muito com o emocional da gente, e eu não vi e não vejo suporte nenhum (T16, enfermeira).

Todas as experiências negativas vivenciadas durante o período pandêmico emergem nos trabalhadores sentimentos negativos de uma nova reemergência da doença e de não estarem preparados emocionalmente para enfrentar.

[...] até se fosse outro boom de COVID. Eu acho que a gente não está preparada. Mesmo sabendo, já tendo o manejo melhor, sabendo algumas coisas. Eu acho que a gente não está preparado. O sistema de saúde não está preparado. Eu acho que os profissionais de saúde não estão psicologicamente preparados pra isso (T9, médica).

A gente sempre fica naquele alerta do tipo “Ai meu Deus! Vai começar tudo de novo”. Ou pode começar tudo de novo. Acho que isso já é uma alteração psicológica (T10, enfermeira).

As narrativas acima dessa evidenciam vestígios das repercussões negativas da estigmatização com adição de fatores organizacionais do ambiente laboral. O adoecimento mental intensificado na pandemia estendeu-se para o pós-pandemia e aumentou o sofrimento dos trabalhadores por ausência de respostas das instituições no acompanhamento dos trabalhadores que adoeceram durante a crise sanitária e posteriormente ao fim da pandemia. Os trabalhadores reconhecem a necessidade da assistência psicológica direcionada ao grupo e temem a reemergência de uma nova crise sanitária sem o suporte psicológico necessário.

Tema 4: Revelando a identidade ocultada

A revelação ou ocultação da identidade social de trabalhador da saúde é modulada a partir experiências interacionais de acolhimento ou indiferença e julgamento. A percepção de mudança no olhar social acerca da COVID-19 possibilita ao trabalhador revelar sua identidade quando questionados, mesmo quando alguns ainda desejam se manterem anônimos. Além disso, os indivíduos já se sentem mais seguros para transitar fora dos espaços de saúde com roupas e acessórios característicos de pertencerem a categoria de trabalhador da saúde.

Hoje em dia, quando eu ando com minha roupinha, pijaminha cirúrgico por aí, ninguém fala nada (T1, médica).

Se me perguntarem eu falo, mas se não me perguntarem, eu não saio expondo, não. Eu fico na minha, tranquila, mas não tenho medo de me identificar (T2, enfermeira).

Até a roupa do trabalho, se fosse pra ir na rua, alguma coisa, eu não ia com a roupa, os pijaminhas de trabalho. Pra ninguém nem saber. Agora tranquilo. Vou com os pijaminhas, me identifico, não tem problema nenhum. Pela rejeição das pessoas (T17, enfermeira).

Os depoimentos narrativos dos trabalhadores acima evidenciam a revelação da identidade real dos trabalhadores após a instituição da vacina e desconstrução do imaginário social dos trabalhadores como pessoas “infectadas” e “infecciosas”, com atributos que os distinguem dos demais por terem uma identidade social não aceitável ao representarem um perigo aos que estão ao seu redor. A construção de uma identidade social aceitável favorece nas interações relacionais com seus pares através da semelhança, assim os trabalhadores sentem-se seguros de revelar sua identidade verbalmente ou por vestimentas que permite a identificação dos mesmos no âmbito social.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que os trabalhadores da saúde experienciaram situações de estigma durante a pandemia da COVID-19 apesar de seu papel crucial na linha de frente contra a doença. Contudo, os comportamentos estigmatizantes de diversos atores sociais direcionados aos trabalhadores foram sendo modificados a partir da introdução da vacina, que representou um marco de profundo impacto na gestão da pandemia e resiliência do sistema de saúde (Medeiros et al., 2023).

Os relatos dos participantes deste estudo destacaram um processo gradativo de desestigmatização dos trabalhadores da saúde com a instituição dos imunizantes, uma vez que a vacina reduziu os indicadores de morbimortalidade e letalidade da doença, diminuiu as taxas de internamentos e a gravidade dos casos (Orellana et al., 2022) passando a população e os próprios trabalhadores a perceberem a doença como gripes e resfriados por apresentar os mesmos sintomas gripais.

A vacinação possibilitou o controle da pandemia e redução dos indicadores de morbimortalidade, pesquisa do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) no Rio Grande

do Sul mostrou que com duas doses da vacina houve uma redução de cerca de 87% no risco de morte pelo coronavírus na população adulta acima de 20 anos. Entre os idosos, a vacinação de reforço diminuiu em 95% a incidência de óbito no período de agosto e novembro de 2021 (Secretária de Saúde do Rio Grande do Sul, 2021).

No Brasil, duas vacinas receberam autorização para uso emergencial em janeiro de 2021 da ANVISA. A cada dose recebida os trabalhadores da saúde perceberam redução dos indicadores e gravidade da doença na população, com diminuição da demanda de procura nos serviços de saúde, bem como o retorno a uma vida ‘normal’ (Castro, 2021). Com a aplicação em massa da vacina observou-se uma tranquilidade social e um processo de modificação do olhar sobre a COVID-19 e dos comportamentos dos indivíduos com relação com a doença, e consequentemente, com relação aos trabalhadores da saúde (Lin et al., 2024).

A aceitação vacinal pela população em geral e pelos trabalhadores da saúde é essencial para o controle da pandemia. A eficácia das vacinas contra a COVID-19 depende da dosagem, gravidade e variante da doença, pois a eficácia da vacina Pfizer-BioNTech é estimada em 95%, a Moderna em 94,1% e a Janssen em 66,3%. Cerca de 80–89% dos indivíduos vacinados apresentam sintomas leves, e 55–83% apresentam no máximo um sintoma sistêmico (Ahiakpa et al., 2022).

Apesar da vacina ter sido o imunizante mais rápido a ser desenvolvido, a vacinação em massa foi a melhor intervenção para redução dos indicadores epidemiológicos, e talvez a intervenção mais sustentável para prevenir quadros graves da infecção ainda ocorridas por COVID-19 na população, bem como a estratégia para prevenção de novos acometimentos em grande escala da doença. (Ahiakpa et al., 2022), conforme percebido pelos participantes deste estudo que consideram a vacina responsável pelas quedas nos indicadores epidemiológicos e na minimização da gravidade dos casos que ainda se apresentam na população.

É notório na fala dos participantes deste estudo que o advento da vacina contribuiu para mudança do imaginário social sobre os trabalhadores atuantes direta ou indiretamente com a COVID-19. Contudo, as vivências de estigmatização experienciadas pelos participantes deste estudo durante a pandemia afetou seu bem-estar mental e não findaram no pós-pandemia. Essas experiências deixaram marcas que acompanham esses indivíduos no seu itinerário de vida. E, embora a estigmatização tenha diminuído com o tempo, os resultados deste estudo pedem esforços para ações intervencionistas direcionadas aos trabalhadores que adoeceram psicologicamente durante a pandemia COVID-19 (Spruijt et al., 2023).

As epidemias historicamente têm sido acompanhadas por processos de estigmas e discriminação. Embora o estigma seja um fenômeno universal e multifatorial, as manifestações

são influenciadas por fatores culturais específicos que vão delineando os comportamentos estigmatizantes das pessoas (Reinius et al., 2023; Spruijt et al., 2023). Nosso estudo mostra que a motivação para a estigmatização dos trabalhadores da saúde ocorreu devido ao medo social da COVID-19, falta de conhecimento acerca da doença, bem como ausência de uma medicação ou imunizante, contudo, a partir da introdução da vacina, a doença deixou de causar óbitos e, conseqüentemente, o medo em relação a doença diminuiu ocorrendo um processo de desestigmatização ou desconstrução do estigma com a mudança da percepção das pessoas a partir do momento histórico vivenciado de introdução da vacina.

Corroborando com os achados de nosso estudo pesquisadores destacam que o medo é o principal fator para construção dos estigmas de fenômenos desconhecidos, reportam ainda outros fatores considerados como motivadores para o medo e construção dos estigmas durante a pandemia da COVID-19 a falta de conhecimento sobre o vírus, modo de transmissão, manifestações clínicas, curabilidade da doença, medicamento para tratamento, ausência de políticas e infraestrutura de controle de transmissão consistentes e eficazes, falta de políticas de supervisão e tratamento e falta de apoio do governo para controle da pandemia (Spruijt et al., 2023).

Em nosso estudo os trabalhadores relataram que as estratégias de ocultação da identidade e disfarce de qualquer característica que desse indícios da ocupação laboral deram lugar com o processo de desestigmatização a retomada da prática de usar uniformes e sapatos próprios dos trabalhadores fora das unidades hospitalares, autoidentificação em espaços públicos como trabalhador da saúde, retomada da vida social ao voltar frequentar locais deixados anteriormente por medo da discriminação, bem como perda do medo de infectar familiares ou amigos com retomada dos laços afetivos rompidos durante a pandemia. Situações semelhantes foram experienciadas por trabalhadores da saúde de outros contextos como Irlanda, Holanda, Nigéria, Paquistão e Filipinas (Spruijt et al., 2023).

O enfrentamento do estigma através da ocultação da identidade de trabalhador durante a pandemia relatada pelos trabalhadores do nosso estudo ocorreu pelo medo antecipado da estigmatização influenciada por experiências negativas anteriores e vivências compartilhadas de outros colegas de profissão que desencadearam desordens emocionais. Estudo sobre estigma relacionado à COVID-19 e saúde mental entre trabalhadores da saúde do Vietnã que utilizou um instrumento de medida mostrou preocupação dos trabalhadores com o imaginário social das pessoas e das atitudes direcionadas aos mesmos ao serem identificados como profissionais da saúde. Como estratégia de enfrentamento do medo antecipado de serem estigmatizados, os trabalhadores passaram a evitar o contato com outras pessoas (Do Duy, 2020). Em outro estudo

egípcio foi identificado altos níveis de estigma relacionado aos trabalhadores que prestavam cuidados diretos aos adoecidos (Mostafa; Sabry; Mostafa, 2020), sendo o estigma um preditor para o adoecimento mental (Janoušková et al., 2024).

É importante ressaltar que o processo de estigmatização e os impactos sobre a saúde mental dos trabalhadores da saúde identificados nesse estudo não é um caso isolado da pandemia da COVID-19 (Campo-Arias; Jiménez-Villamizar; Caballero-Domínguez, 2021), nos últimos 20 anos, no mundo ocorreram diversos surtos de novas doenças infecciosas, como a pandemia do MERS-CoV, SARS-CoV de influenza A/H1N1, e mais recentemente, o SARS-CoV-2 que repercutiram no psicoemocional dos trabalhadores da saúde. Quadros pandêmicos exigem respostas intensas e imediatas em termos de assistência médica, com envolvimento de diversas categorias profissionais, seja na assistência direta (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem) ou indireta (técnicos de laboratório, manipuladores de resíduos médicos, dentre outros) prestando assistência aos pacientes na linha de frente para enfrentar os desafios impostos aos sistemas de saúde (Preti et al., 2020).

Atuar em condições de epidemia colocam os trabalhadores em risco aumentado para o sofrimento psicológico e adoecimento mental devido aos agentes estressores físicos e emocionais presentes nesses ambientes. Os impactos psicológicos negativos prejudicam tanto o bem-estar dos trabalhadores, como também podem reduzir a capacidade destes profissionais em lidar efetivamente com a emergência de saúde (Preti et al., 2020; Guillen-Burgos et al., 2022; Guillen-Burgos et al., 2023).

Evidências científicas mostram que em quadros de epidemias os trabalhadores da saúde têm maior risco de desenvolver problemas de saúde mental de curto, médio e longo prazo. A própria OMS alertou sobre o impacto negativo da COVID-19 no bem-estar mental dos trabalhadores da saúde. Os principais sintomas de desordens na saúde mental incluem depressão, ansiedade, estresse, problemas cognitivos e sociais adicionais; que somatizados podem impactar em suas funções no local de trabalho (Pollock et al., 2020).

Estudo de revisão que abordou os efeitos prejudiciais de surtos epidêmicos/pandêmicos na saúde mental dos profissionais de saúde mostrou que 73,4% dos trabalhadores da saúde, principalmente das categorias de médicos, enfermeiros e equipe auxiliar, relataram sintomas de estresse pós-traumático durante os surtos. Cerca de 40% dessas mesmas categorias afirmaram que os sintomas ainda perduraram entre 1 e 3 anos após o término dos surtos. Sintomas depressivos foram relatados em 50,7%, sintomas de insônia em 36,1% e sintomas de ansiedade grave em 45% (Preti et al., 2020). No cenário brasileiro, o quadro da pandemia contribuiu para demandas adicionais ao processo laboral dos trabalhadores, com relatos de escassez de

equipamentos de proteção individual, serviços sobrecarregados e desproporcionalidade entre oferta e demanda e estigmatização dos trabalhadores, fatores que contribuiu para o aumento dos níveis de estresse, ansiedade e depressão (Borges et al., 2021; Monteiro et al., 2021) corroborando com os relatos dos participantes deste estudo.

Os trabalhadores relataram que mesmo após o fim da pandemia da COVID-19 percebem o adoecimento mental em seus colegas de trabalho, expresso em mudanças comportamentais, quadros de estresse e sintomas depressivos, com a necessidade de acompanhamento e em casos mais graves afastamento por incapacidade para o trabalho. Da mesma forma, outros estudos ao avaliar os impactos psicológicos durante e após o término de diversos surtos epidêmicos percebe-se que os trabalhadores da saúde apresentam repercussões psíquicas, sendo que a pandemia da COVID-19 foi a com maiores indicadores de prevalência de sintomas depressivos e ansiedade quando comparada a outros quadros epidêmicos (Prete et al., 2020).

Um ano após o fim da epidemia de SARS trabalhadores da saúde apresentavam níveis mais altos de estresse, sintomas depressivos e de ansiedade e risco seis vezes maior de sintomas psiquiátricos, em comparação com a população geral, mesmo após o controle da idade, sexo e nível de escolaridade (Lee et al., 2007). Outro estudo realizado em Toronto mostrou que mesmo após 2 anos do surto de SARS, 30,4% dos trabalhadores da saúde que tiveram contato direto com pacientes infectados ainda apresentavam alto nível de exaustão emocional (Maunder et al., 2006).

Níveis mais alto de exaustão emocional também foram identificados em trabalhadores no Taiwan que atuaram na assistência direta a adoecidos durante o surto de SARS quando comparado a população geral. Além disso, 20% relataram sentimentos negativos por se sentiam estigmatizados e rejeitados em sua vizinhança por causa de seu trabalho hospitalar, e 9% destacaram sentimentos de desmotivação, relutância e começaram a considerar a demissão (Bai et al., 2004).

Após três anos do fim da epidemia de SARS em Pequim, cerca de 14% dos trabalhadores que atuaram na linha de frente apresentavam sintomas depressivos moderados e 8,8% altos níveis de sintomas de depressão grave (Liu et al., 2012). Não foram identificadas diferenças significativas no estresse percebido entre trabalhadores da saúde e indivíduos da população geral após o surto de SARS em um estudo em Hong Kong (Chua et al., 2004). Contudo, divergente dos dados identificados no nosso estudo, pesquisa realizada com sobreviventes da doença do vírus Ebola mostrou que ser trabalhador da saúde foi considerado um fator de proteção para distúrbios depressivos (Mohammed et al., 2015).

Experiências com suporte direcionadas aos trabalhadores da saúde para redução dos efeitos negativos sobre a saúde mental foram medidas importantes para lidar com a pandemia da COVID-19 e minimização dos impactos pós-pandemia (Ogello et al., 2024). Contudo, em nosso estudo, os trabalhadores relataram ausência de suporte psicológico por parte das instituições em que atuavam durante e após o término da pandemia, mesmo com os trabalhadores apresentando repercussões psicológicas que iniciaram ou se intensificaram durante o quadro pandêmico.

A necessidade do isolamento social e emocional, a estigmatização, a ausência de rede de apoio, a falta de apoio da gestão, a sobrecarga e condições laborais inadequadas somatizou um conjunto de fatores que favoreceu no adoecimento mental do trabalhador da saúde conforme também identificado nos relatos dos participantes deste estudo. Pesquisadores afirmam que a ausência de uma rede de apoio intensifica o silenciamento do sofrimento, que foi expresso através de pensamentos frequentes de suicídio ou automutilação durante a pandemia da COVID-19 entre médicos, enfermeiros e outros atores atuantes no cuidado direto a pacientes adoecidos (Bismark et al., 2022).

Em nosso estudo não buscamos realizar associação entre repercussões psicológicas, sexo e categoria profissional, apesar dos participantes deste estudo serem predominantemente do sexo feminino com formação em enfermagem, perfil que corrobora com outros estudos no setor saúde devido a um maior contingente dos trabalhadores da enfermagem serem mulheres (Santos et al., 2023). Evidências científicas mostram que trabalhadores do sexo feminino com formação em enfermagem apresentam maiores taxas de morte por suicídio quando comparado a trabalhadores com outras ocupações, sendo o suicídio relacionado a elevadas taxas de sofrimento psicológico, que foram atribuídas a muitas demandas de trabalho, ausência de suporte organizacional, longas jornadas de trabalho e exposição à violência no local de trabalho (Stansfeld; Bridget, 2006; Koinis et al., 2015).

Trabalhadores da saúde da Austrália destacaram que as mudanças rápidas no setor da saúde e sociedade em geral impostas por quadros pandêmicos desencadeiam processos de fardos mais pesados tanto no trabalho quanto em casa. Esses podem impactar de modo negativo na saúde mental dos trabalhadores da saúde quando não são acompanhados de suporte ou recursos adicionais, principalmente no ambiente laboral, uma vez que em quadros epidêmicos os suportes anteriores, incluindo as redes de apoio social fora do ambiente de trabalho, são eliminadas visando garantir as medidas sanitárias de saúde pública (Milner et al., 2016). Contudo, denota-se que várias características individuais e relacionadas ao trabalho podem ser consideradas fatores potenciais de risco ou proteção, como características de personalidade, o

nível de exposição a pacientes contaminados e ausência ou suporte da instituição que trabalha (Preti et al., 2020).

Estratégias para resiliência da saúde mental dos trabalhadores podem ser apoiadas durante crises de saúde pública em quadros pandêmicos com intervenções no local de trabalho para apoiar as necessidades básicas diárias, intervenções de suporte psicológico, intervenções farmacológicas, sendo ideal uma combinação de estratégias para minimização dos impactos sobre a saúde mental do trabalhador (Pollock et al., 2020).

Pesquisadores afirmam que há uma escassez de estudos realizados após quadros epidêmicos dos impactos a médio e longo prazo na saúde mental dos trabalhadores da linha de frente. Além disso, existe uma ausência de estudos que mostrem intervenções que apoiem o bem-estar mental desses profissionais que possam ser usadas como modelo para apoiar tomada de decisões. Ao selecionar intervenções destinadas a apoiar a saúde mental dos trabalhadores da linha de frente, fatores organizacionais, sociais, pessoais e psicológicos devem ser considerados. A pandemia da COVID-19 oferece oportunidades únicas para investigações robustas que possibilitem desenvolvimento de melhores padrões e práticas de acompanhamento dos trabalhadores a longo prazo, bem como de medidas que possam ser implementadas em futuros quadros epidêmicos (Pollock et al., 2020).

A dificuldade na captação dos participantes decorreu de múltiplos vínculos empregatícios, além de jornada dupla com divisão do tempo para o trabalho e tarefas domésticas dos participantes deste estudo, que em sua maioria foram de mulheres. Houve dificuldade de disponibilidade na agenda dos trabalhadores, mesmo sendo acordado que as entrevistas ocorreriam por meio virtual.

Como contribuições para o campo da saúde coletiva, os resultados deste estudo evidenciam a necessidade de esforços entre diversos estratos sociais para modificar o cenário do estigma da COVID-19 direcionado aos trabalhadores da saúde. Esses estratos incluem líderes governamentais e religiosos, gestores de saúde, meios midiáticos, influenciadores, instituições formativas, comunidades e cidadãos da sociedade civil, por meio da divulgação de informações fidedignas, orientações éticas, bem como estabelecer bases para respostas a outras condições de crises da saúde pública no futuro. Salienta-se que o processo de desconstrução do estigma emerge uma mobilização do ponto de vista individual, coletivo e estrutural nas sociedades em tempos de crises.

Destaca-se ainda a necessidade de promover espaços de discussões sobre o estigma, suas múltiplas formas de manifestação e implicações para os trabalhadores que experienciaram o fenômeno durante a pandemia da COVID-19 e desenvolveram problemas de saúde mental,

sendo necessária a implementação de programas e políticas capazes de incluir e acompanhar os trabalhadores adoecidos no ambiente laboral. Além disso, ao identificarem as formas de expressões e características do estigma direcionado aos trabalhadores da saúde, familiares, amigos, outros colegas de profissão e sociedade civil de modo geral podem adotar uma postura autovigilante para desconstrução do estigma direcionado a esse público específico.

Este estudo apresenta como limitação a impossibilidade de generalização dos resultados para outros contextos devido a formação dos estigmas assim como sua desconstrução ser influenciada por fatores culturais e momento histórico. Sendo importante a realização de novos estudos em outros contextos devido a sua diversidade cultural que influencia no imaginário social, compreensão e interpretação desse fenômeno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender como trabalhadores da saúde experienciaram o estigma no pós-pandemia após disponibilização da vacina da COVID-19 para toda população. Os resultados deste estudo mostraram que os trabalhadores da saúde perceberam que após a introdução da vacina houve queda dos indicadores de morbimortalidade da doença, bem como redução nas taxas de internação e gravidade da doença. Essas mudanças no quadro epidemiológico da doença após a vacinação modificou a percepção da população geral acerca da COVID-19 e também dos trabalhadores, que passaram considerá-la como quadro de síndromes gripais e provocou um processo de desconstrução do estigma direcionado aos trabalhadores da saúde.

A dinâmica de desconstrução do estigma aconteceu através de mudanças comportamentais de pessoas desconhecidas do público geral e de familiares, onde os trabalhadores observaram diminuição do medo em relação a COVID-19 e ausência do desejo de afastamento de outras pessoas por estes serem trabalhadores da saúde. Afirmaram ainda que após perceberem as mudanças das pessoas em relação a COVID-19 deixaram de adotar estratégias de ocultação da identidade de trabalhador e passaram a sentir segurança de se identificarem como trabalhadores da saúde em locais diversos, além voltarem a frequentar espaços públicos com uniformes e sapatos das instituições onde trabalhavam sem notarem os olhares de julgamento e nem atitudes discriminatórias.

As experiências de estigma durante a pandemia contribuíram para processos de adoecimento mental dos trabalhadores que perduram mesmo após o término da pandemia ao

relatarem quadros de ansiedade, estresse e distúrbios depressivos entre colegas de trabalho no pós-covid. E, apesar das repercussões no psicoemocional, os trabalhadores não tiveram apoio da gestão e se encontram atuando nos serviços adoecidos e sem suporte das instituições. Nesse contexto, discussões interdisciplinares são necessárias à implementação de práticas de cuidado no ambiente laboral voltadas aos trabalhadores que adoeceram decorrente ao estigma e impactos da pandemia.

REFERÊNCIAS

- AHIAKPA, J. K. et al. COVID-19 vaccines uptake: Public knowledge, awareness, perception and acceptance among adult Africans. **PloS one**, v. 17, n. 6, e0268230, 2022. DOI:10.1371/journal.pone.0268230. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9159554/>
- AYDOGDU, A. L.F. Saúde mental das crianças durante a pandemia causada pelo novo coronavírus: revisão integrativa. **Journal health npeps**, [online], v. 5, n. 2, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4891>. Acesso em 28 nov. 2023.
- BAI, Y. et al. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. **Psychiatric services (Washington, D.C.)**, v. 55, n. 9, p. 1055-7, 2004. DOI:10.1176/appi.ps.55.9.1055. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15345768/>
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BISMARCK, M. et al. Thoughts of suicide or self-harm among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: qualitative analysis of open-ended survey responses. **BJ Psych open**, v. 8, n. 4, p. 113-14, 2022, DOI:10.1192/bjo.2022.509. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9203357/#box1>
- BORGES, G. M. et al. O impacto da Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde no contexto da pandemia da Covid-19. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, [online], v. 13, p. e8375-e8375, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e8375.2021>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/8375>. Acesso em: 04 out. 2022.
- CAMPO-ARIAS, A.; JIMÉNEZ-VILLAMIZAR, M. P.; CABALLERO-DOMÍNGUEZ, C. C. Healthcare workers' distress and perceived discrimination related to COVID-19 in Colombia. **Nursing & health sciences**, v. 23, n. 3, p. 763–7, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/nhs.12854>. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8242481/>
- CATTHOOR, K. et al. Preliminary study of associative stigma among trainee psychiatrists in Flanders, Belgium. **World journal of psychiatry**, [online], v. 4, n. 3, p. 62, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4171138/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

CATTHOOR; K. et al. Associative stigma in family members of psychotic patients in Flanders: An exploratory study. **World journal of psychiatry**, v. 5, n. 1, p. 118-25, 2015. DOI:10.5498/wjp.v5.i1.118. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4369541/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

CASTRO, R. Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia? **Physis**, v. 31, n. 1, 2021. Acesso em 22 jul. de 2022. Disponível em: <https://scielosp.org/article/physis/2021.v31n1/e310100/pt/#>.

CHUA, S. E. et al. “Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health care workers.” *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* vol. 49,6 (2004): 391-3. DOI:10.1177/070674370404900609. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15283534/>

DO DUY. C. COVID-19-related stigma and its association with mental health of health-care workers after quarantine in Vietnam. **Psychiatry Clin Neurosci**. v. 74, n. 10, p. 566–8, 2020. DOI: 10.1111/pcn.13120. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7404653/>

GILL, C.; CHO, T. A. Neurologic complications of COVID-19. **CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology**, [online], v. 29, n. 3, p. 946-965, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37341337/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC; 1975.

GROVER, A. et al. Factors associated with stigma and manifestations experienced by Indian health care workers involved in COVID-19 management in India: A qualitative study. **Cambridge Prisms: Global Mental Health**, [Online], v. 10, p. e46, 2023. DOI: 10.1017/gmh.2023.40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10579676/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

GUILLEN-BURGOS, H. F. et al. Factors associated with mental health outcomes after COVID-19: A 24-month follow-up longitudinal study. **General hospital psychiatry**, v. 84, p. 241–249, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2023.08.009>. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37690207/#:~:text=A%20large%20proportion%20of%20patients,%2C%20and%2023.86%25%2C%20respectively.>

GUILLEN-BURGOS, H. F. et al. Post-traumatic stress disorder, anxiety, and depression symptoms in healthcare workers during COVID-19 pandemic in Colombia. **European journal of trauma & dissociation**, v. 6, n. 4, p. 100293, 2022. DOI:10.1016/j.ejtd.2022.100293. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37520401/>

HORTA, R. L. et al. “Pegar” ou “passar”: medos entre profissionais da linha de frente da COVID-19. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Novo Hamburgo, v. 71, p. 24-31, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000360>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/F46C8gTm76457yyK7bMCvCs/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 17 nov. 2023.

JANOŮŠKOVÁ, M. et al. Experiences of stigma, discrimination and violence and their impact on the mental health of health care workers during the COVID-19 pandemic. **Scientific reports**, v. 14, n. 1, p. 1053-4, 2024. DOI:10.1038/s41598-024-59700-5. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11078939/>

KOINIS, A. et al. The Impact of Healthcare Workers Job Environment on Their Mental-emotional Health. Coping Strategies: The Case of a Local General Hospital. **Health psychology research**, v. 3, n. 1, 1984-13, 2015. DOI:10.4081/hpr.2015.1984. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26973958/>

LARSON, J. E.; CORRIGAN, P. The stigma of families with mental illness. **Acad Psychiatry**, v. 32, n. 2, p. 87-91, 2008. DOI: 10.1176/appi.ap.32.2.87. PMID: 18349326. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18349326/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

LEE, A. M. et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* vol. 52,4 (2007): 233-40. DOI:10.1177/070674370705200405. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17500304/>

LIN, D. Y. et al. Impact of booster vaccination interval on SARS-CoV-2 infection, hospitalization, and death. **International Journal of Infectious Diseases**. v. 145, e107084. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2024.107084>. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(24\)00155-3/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(24)00155-3/fulltext)

LIU, X. et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. **Comprehensive psychiatry**. v. 53, n. 1, p. 15-23, 2012. DOI:10.1016/j.comppsy.2011.02.003. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21489421/>

MALDONADO, D. A. C.; MARTINS, L. F.; RONZANI, T. M. Estigma de cortesia e condições de saúde: revisão sistemática de literatura. **Psicologia em Estudo**, [online], v. 28, p. e52111, 2023. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v28i0.52111>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/gFdPXCpPkVgZfTWtvYYnxFq/abstract/?lang=en>. Acesso 03 jul. 2023.

MAUNDER, R. G. et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. **Emerging infectious diseases**, v. n. 12, p. 1924-32. DOI:10.3201/eid1212.060584. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17326946/>.

MEDEIROS, G. F. S. G. et al. Percepção da população em relação a vacinação da covid-19: revisão bibliográfica. **Ciências da Saúde**, v. 27, n. 127, 2023. DOI: 10.5281/zenodo.8043454. Acesso em 11 de jul. 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/percepcao-da-populacao-em-relacao-a-vacinacao-da-covid-19-revisao-bibliografica/>

MILNER, A. J. et al. Suicide by health professionals: a retrospective mortality study in Australia, 2001-2012. **The Medical journal of Australia**, v. 205, n. 6, p. 260-5, 2016. DOI:10.5694/mja15.01044. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27627936/>

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S. l.], v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 10 abr. 2024.

MOHAMMED, A. et al. An evaluation of psychological distress and social support of survivors and contacts of Ebola virus disease infection and their relatives in Lagos, Nigeria: a cross sectional study--2014. **BMC public health**, v. 15, n. 824, 2015. DOI:10.1186/s12889-015-2167-6. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26307047/>

MONTEIRO, V. C. M. et al.. TRABALHO EM SAÚDE E AS REPERCUSSÕES DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: UM ESTUDO DOCUMENTAL. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, p. e75187, 2021. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/nXtYj3tJD7SbFckm3HSNzLx/#>

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013, 207p. ISBN: 978-85-7541-534-4. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415344.0013>. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/42091/monteiro-9788575415344.pdf?sequence=3>. Acesso em 13 jul. 2022.

MOHANDAS, S. et al. Immune mechanisms underlying COVID-19 pathology and post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). **Elife**, v. 12, e86014. Acesso em: 13 maio de 2023. DOI: 10.7554/eLife.86014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37233729/>.

MOSTAFA, A.; SABRY, W.; MOSTAFA, N. S. COVID-19-related stigmatization among a sample of Egyptian healthcare workers. **PLoS ONE**. v. 15, n. 12, e0244172, 2020. DOI: 10.1371/journal.pone.0244172. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33338064/>

OCHANI, R. et al. COVID-19 pandemic: from origins to outcomes. A comprehensive review of viral pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic evaluation, and management. **Infez Med**, [online], v. 29, n. 1, p. 20-36, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33664170/>. Acesso em: 02 fev. 2024.

OGELLO, V. et al. The Effects of the COVID-19 Pandemic on Healthcare Providers' Mental Health: Experiences at Kenyatta National Hospital, Kenya. **Behavioral sciences (Basel, Switzerland)**, v. 14, n. 5, p. 351, 2024. DOI:10.3390/bs14050351. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11118936/>

ORELLANA, J. D. Y. Mudanças no padrão de internações e óbitos por COVID-19 após substancial vacinação de idosos em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 1-14, 2022. DOI: doi: 10.1590/0102-311XPT192321. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gBLRDMGKcV3nTtYWbfl4R4b/?format=pdf&lang=pt>

PERETTI-WATEL, P et al. Social Stigma and COVID-19 Vaccine Refusal in France. **J Health Polit Policy Law**, v. 149, n. 4, p. 567-598, 2024. DOI: 10.1215/03616878-111186095. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38324348/>

PRETI, E. et al. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. **Current psychiatry reports**. v. 22, n. 8, p. 43, 2020. DOI:10.1007/s11920-020-01166-z. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32651717/>

POLLOCK, A. et al. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 11, n. 11 CD013779, 2020. DOI:10.1002/14651858.CD013779. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33150970/>

RANJIT YS, M.; MEISENBACH, R. COVID-19 Courtesy Stigma among Healthcare Providers in India: A Study of Stigma Management Communication and its Impact. **Health Commun**, v. 38, n. 13, p. 2833-2842. DOI: 10.1080/10410236.2022.2122279. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36109847/>

REINIUS, M. et al. COVID-19-related stigma among infected people in Sweden; psychometric properties and levels of stigma in two cohorts as measured by a COVID-19 stigma scale. **PloS one**, v. 18, n. 6, e0287341, 2023. DOI:10.1371/journal.pone.0287341. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37343027/>

RZOŃCA, P. et al. Predicting Mortality for COVID-19 Patients Admitted to an Emergency Department Using Early Warning Scores in Poland. **Healthcare**, [online], v. 12, n. 6, 2024. DOI: 10.3390/healthcare12060687. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38540650/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

SANTOS, B. M. P. et al. Perfil e essencialidade da Enfermagem no contexto da pandemia da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, p. 2785–2796, out. 2023. Acesso em: julho de 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pKyr8tjqxVDbjC8XV7zDjNj/#>

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Estudo aponta redução de 87% no risco de óbitos por covid-19 em pessoas com vacinação completa**. 2021. Acesso em: julho de 2024. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/estudo-aponta-reducao-de-87-no-risco-de-obitos-por-covid-19-em-pessoas-com-vacinacao-completa#:~:text=Os%20dados%20apontam%20que%20o,incid%C3%Aancia%20de%20%C3%B3bito%20no%20per%C3%ADodo.>

STANSFELD, S.; BRIDGET, C. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. **Scandinavian journal of work, environment & health**, v. 32, n. 6, p. 443-62, 2006. DOI:10.5271/sjweh.1050. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17173201/>

SOARES, S. S. S. et al. Teaching Iramuteq for use in qualitative research according to YouTube videos: an exploratory-descriptive study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [online], v. 56, p. e20210396, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9yrbmMC6XKKqGJRn947fWhq/?lang=en>. Acesso em 03 mar. 2023.

SOUZA, M. A. R. DE . et al.. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03353, 2018.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>. Acesso em 11 de jul. de 2024.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/?lang=pt#>

SPRUIJT, I. et al. Respected but stigmatized: Healthcare workers caring for COVID-19 patients. **PloS one**, v. 18, n. 7, e0288609, 2023. DOI:10.1371/journal.pone.0288609. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10361490/>

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: Um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>. Acesso em 11 de jul. de 2024. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, [online], v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article-abstract/19/6/349/1791966>. Acesso em 03 mar. 2023.

YUFIKA, A. et al. Stigma associated with COVID-19 among health care workers in Indonesia. **Disaster medicine and public health preparedness**, [Online], v. 16, n. 5, p. 1942-1946, 2022. DOI: 10.1017/dmp.2021.93. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8207538/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar o estigma direcionado aos trabalhadores da saúde que atuaram nos serviços de saúde no contexto da pandemia da COVID-19, evidenciando em maior profundidade, por meio das vozes daqueles atingidos pelo flagelo do estigma as principais características desse fenômeno, como o afastamento sempre justificado pelo medo do contágio, e a rotulação adotada pelos estigmatizadores seja nos contextos públicos, no ambiente do trabalho e até mesmo no contexto privado envolvendo amigos e familiares. Esse processo de estigmatização acentuou sentimentos de tristeza, baixa estima e a vulnerabilidade emocional diante das micro agressões sofridas por serem considerados indivíduos perigosos associados a potenciais vetores da doença.

De modo particular, a pandemia acarretou mudanças na organização do espaço laboral, na assistência e nas relações sociais e interprofissionais dos trabalhadores da saúde. A construção de um estigma e associação com esses indivíduos emergiu a necessidade de tecer estratégias de prevenção e enfrentamento desse fenômeno para minimização de seus efeitos deletérios, que consistiu na ocultação da informação de ser trabalhador da saúde, desviar de caminhos e vigiar as imediações para não ser visto ingressando ou saindo do hospital, e quando isto era inevitável adotava-se a negação de trabalhar em proximidade com os adoecidos, infectados pelo coronavírus.

Ademais, a estigmatização também foi percebida entre os pares, atuantes no mesmo contexto do hospital, perpetrados por aqueles trabalhadores que não atuavam diretamente com os corpos dos adoecidos, em razão disso as técnicas de enfermagem e as enfermeiras foram os principais alvos de estigmatização no contexto intra-hospitalar.

A vivência de experiências estigmatizantes trouxe sentimentos ambivalentes atribuído a oscilação de ser percebido como herói e vilão em um mesmo contexto, que influenciaram na dinâmica da vida social, no modo de agir, pensar e prestar o cuidado no cenário da crise sanitária. Os trabalhadores foram afetados pelo estigma e desencadearam respostas psicoemocionais expressas através do estresse, ansiedade, tristeza, choro fácil, alterações do sono, bem como outras repercussões, como desânimo e perda do contentamento com o trabalho, considerado por eles, como um sofrimento inimaginável, que foi experienciado durante a pandemia de maneira solitária.

Extrapolando as experiências de estigma reveladas nos relatos dos trabalhadores da saúde, tem-se uma ideia mais concreta do sofrimento experienciado por estes, que após o término da pandemia pode ainda refletir na experiência de outros dentro do território nacional,

bem como da dificuldade e fragilidade dos gestores da saúde promover estratégias de combate ao estigma dentro dos serviços, de identificar trabalhadores em processos de sofrimento decorrentes do estigma, e de oferecer apoio aos que experienciou o estigma, permanecendo o fenômeno latente e os trabalhadores na invisibilidade, mesmo o estigma existindo e comprometendo aspectos físicos, psíquicos e sociais desses indivíduos.

Destacamos ainda que disponibilização da vacina para o grupo de trabalhadores, e posteriormente para toda população possibilitou uma dinâmica de desconstrução do estigma percebida através de mudanças comportamentais tanto de pessoas desconhecidas quanto conhecidas que foram observadas através da diminuição do medo em relação a COVID-19 e ausência do desejo de afastamento dos trabalhadores da saúde. Os trabalhadores por sua vez ao perceberem as mudanças das pessoas também deixaram de adotar estratégias de ocultação da identidade de trabalhador e passaram a se sentirem mais segurança ao frequentar espaços públicos. Contudo, as experiências de estigma durante a pandemia contribuíram para processos de adoecimento mental dos trabalhadores que perduram mesmo após o término da pandemia ao relatarem quadros de ansiedade, estresse e distúrbios depressivos entre colegas de trabalho no pós-covid. Esses trabalhadores apesar de apresentarem repercussões no psicoemocional, não tiveram apoio da gestão e se encontram atuando nos serviços adoecidos e sem suporte das instituições. Nesse contexto, discussões interdisciplinares são necessárias à implementação de práticas de cuidado no ambiente laboral voltadas aos trabalhadores que adoeceram decorrente ao estigma e impactos da pandemia.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se o fato da maioria dos trabalhadores encontrarem-se em vínculos empregatícios temporários, o que lhes provoca temor em versar de forma aprofundada acerca das discriminações percebidas no ambiente do trabalho, limitação essa que em futuros estudos poderão ser superada com o emprego de técnicas projetivas, ou entrevistas às cegas. Contudo, espera-se que os resultados desse estudo possibilitem discussões de estratégias de apoio aos trabalhadores no presente, e maiores habilidades em caso de crises sanitárias emergências futuras.

REFERÊNCIAS

ACLED. Armed Conflict Location & Event Data Project. 2022. **Insecurit insight:health map**. Disponível em: <https://acleddata.com/>. Acesso em: 9 mar. 2022.

ADAMS, J.G.; WALLS, R. M. Apoiando a força de trabalho em saúde durante a epidemia global de COVID-19. **Jama**, [s.l.], v. 15, pág. 1439-1440, 2020. DOI: [//doi.org/10.1001/jama.2020.3972](https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972). Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2763136>. Acesso em 18 ago. 2022.

ADU, J. et al. Experiences of familial stigma among individuals living with mental illnesses: A meta-synthesis of qualitative literature from high-income countries. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, [Online], v. 30, n. 2, p. 208-233, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36031879/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

AGGLETON, P.; PARKER, R. Estigma, discriminação e AIDS. 2 ed. **Rio de Janeiro: ABIA**, Livro eletrônico. 2001. Disponível em: <https://abiuids.org.br/wp-content/uploads/2021/05/livro-digital-final-ESTIGMA-DISCRIMINA%C3%87%C3%83O-E-AIDS-pagina-espelhada-10052020.pdf> Acesso em: 13 ago. 2023.

AGUIAR, B. F.; SARQUIS, L. M. M.; MIRANDA, F. M. D. Sequelae of Covid-19: a reflection on the impacts on the health of the worker. **Research, Society and Development**, Itajubá, v. 10, n.14, e40101421886, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21886>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21886>. Acesso em: 22 nov. 2023.

AINLAY, S. C.; BECKER, G.; COLEMAN, L.M. (Ed.). **The dilemma of difference: A multidisciplinary view of stigma**. New York: Plenum, 1986. ISBN:

ALGHAMDI, I. G. et al. The pattern of Middle East respiratory syndrome coronavirus in Saudi Arabia: a descriptive epidemiological analysis of data from the Saudi Ministry of Health. **International journal of general medicine**, [Online], p. 417-423, 2014. DOI: 10.2147/IJGM.S67061. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25187734/>. Acesso em: 04 out. 2022.

ALI, P. et al. Perceptions of COVID-19-related risk and mortality among ethnically diverse healthcare professionals in the UK. **Ethnicity & Health**, [Online], v. 26, n. 1, p. 1-10, 2021. DOI: 10.1080/13557858.2020.1849568. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34919472/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

ALI, S. A. et al. The outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)—An emerging global health threat. **Journal of infection and public health**, [Online], v. 13, n. 4, p. 644-646, 2020. DOI: 10.1016/j.jiph.2020.02.033. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32199792/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

ALMUTAIRI, A. F. et al. “It feels like I’m the dirtiest person in the world.”: Exploring the experiences of healthcare providers who survived MERS-CoV in Saudi Arabia. **Journal of infection and public health**, [online], v. 11, n. 2, p. 187-191, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2017.06.011>. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034117301545>. Acesso em: 23 abr. 2023.

ALLPORT, G. W. **The nature of prejudice**. Washington: Addison-Wesley, 1954.

AYDOGDU, A. L.F. Saúde mental das crianças durante a pandemia causada pelo novo coronavírus: revisão integrativa. **Journal health npeps**, [online], v. 5, n. 2, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4891>. Acesso em 28 nov. 2023.

BAPOLISI, A. et al. Psychopathological states among Congolese health workers during the first wave of COVID-19 pandemic: links with emotion regulation and social support. **European journal of psychotraumatology**, v. 13, n. 2, p. 2101346, 2022. DOI: 10.1080/20008198.2022.2101346. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35936869/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, J. et al. Hanseníase e Estigma. **Hansen Int.**, v. 38, n. 1-2, p. 14-25, 2013. DOI: <https://doi.org/10.47878/hi.2013.v38.35072>. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/hansenologia/article/view/35072>. Acesso em 18 nov. 2022.

BATISTA, T. V. G.; VIEIRA, C. S. C. A.; PAULA, M. A. B. A imagem corporal nas ações educativas em autocuidado para pessoas que tiveram hanseníase. **Physis** [online], v. 24, n. 1, p. 89-104, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TRbsrdr4RV6BYBJJkGtCt4r/abstract/?lang=pt>. Acesso em 02 fev. 2023.

BÍBLIA. Bíblia Sagrada. Tradução de Fernando. 3ª Edição. São Paulo - SP: Editora NVI, 2023.

BIENVENU, L. A. et al. Higher mortality of COVID-19 in males: sex differences in immune response and cardiovascular comorbidities. **Cardiovascular research**, [Online], v. 116, n. 14, p. 2197-2206, 2020. DOI: 10.1093/cvr/cvaa284. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7665363/>. Acesso em: 04 out. 2022.

BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1013-1022, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cmKVbGHRzPcRgVFjwgtmqJG/#>. Acesso em: 17 nov. 2023.

BOLARINWA, O. et al. Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950–2021, and the impact of the COVID-19 pandemic: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. **The Lancet Public Health**, [Online], 2024. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00476-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00476-8). Disponível em: <https://ray.yorks.ac.uk/id/eprint/9866/1/1-s2.0-S0140673624004768-main>. Acesso em: 5 mar. 2024.

BORENSTEIN, M. S. et al. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61(esp),

p. 708-12, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000700009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dF9QQYW3MVpqKXndTcH3rDz/>. Acesso em: 18 jul. 2023.

BORGES, G. M. et al. O impacto da Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde no contexto da pandemia da Covid-19. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, [online], v. 13, p. e8375-e8375, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e8375.2021>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/8375>. Acesso em: 04 out. 2022.

BOULOS, M. Doenças emergentes e reemergentes no Brasil. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro. v.29, n.170, p. 58-60, 2001. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001225720>. Acesso em 04 dez. 2023.

BRAGA, S. K. M. et al. Estigma, preconceito e adesão ao tratamento: representações sociais de pessoas com tuberculose. **Revista Cuidarte**, [online], v. 11, n. 1, p. 1-14, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.785>. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000100302. Acesso em: 13 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus: o que você precisa saber e como prevenir o contágio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>. Acesso em: 22 de jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **COVID-19: Painel Coronavírus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 06 de outubro de 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Plano Brasileiro de Preparação para Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 36 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_brasileiro_pandemia_influenza_IV.pdf. Acesso em 22 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico para o novo-coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>. Acesso em: 22 de jul. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Brasileiro de Preparação para uma Pandemia de Influenza, 3ª versão**. Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28002>. Acesso em: 22 de dez. 2022.

CAETANO, E. A.; GRADIM, C. V. C.; SANTOS, L. E. S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-61, abr./jun., 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-1351>. Acesso em 03 nov. 2023.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, [on line], v. 21, n. 2, p. 513- 18, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016. Acesso em: 21 ago. 2023.

- CARVALHO, E. S. S. et al. Contents related to nursing professionals during the COVID-19 pandemic on the Youtube™ platform. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [online]. 74, p. e20200581, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0581>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33566954/>. Acesso em: 21 nov. 2022.
- CATTHOOR; K. et al. “Associative stigma in family members of psychotic patients in Flanders: An exploratory study.” **World journal of psychiatry**, v. 5, n. 1, p. 118-25, 2015. DOI:10.5498/wjp.v5.i1.118. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4369541/>. Acesso em: 27 jan. 2023.
- CATTHOOR, K. et al. Preliminary study of associative stigma among trainee psychiatrists in Flanders, Belgium. **World journal of psychiatry**, [online], v. 4, n. 3, p. 62, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4171138/>. Acesso em: 07 mar. 2024.
- CERQUEIRA, S. S. B. et al. Tradução e adaptação transcultural da Sickle Cell Disease Health-Related Stigma Scale para o contexto brasileiro. **Rev baiana enferm.** v. 33:e34572, p. 1-11, 2019. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.34572>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/34572>. Acesso em: 15 fev. 2022.
- CHAN, A. Y. et al. “The emotions were like a roller-coaster”: a qualitative analysis of e-diary data on healthcare worker resilience and adaptation during the COVID-19 outbreak in Singapore. **Human Resources for Health**, [online], v. 20, n. 1, p. 60, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00756-7>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12960-022-00756-7>. Acesso em: 12 maio 2023.
- CHEN, X. et al. Comparative epidemiology of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) in Saudi Arabia and South Korea. **Emerging microbes & infections**, [online], v. 6, n. 1, p. 1-6, 2017. DOI: 10.1038/emi.2017.40. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28588290/>. Acesso em: 15 fev. 2022.
- CHINAZZO, I. R. et al. Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 26, suppl 3, p. 5045-5056, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.28532019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9jjxfFmdYWBjWQD5Xc5kZVf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2023.
- CHUTIYAMI, M. et al. COVID-19 pandemic-related mortality, infection, symptoms, complications, comorbidities, and other aspects of physical health among healthcare workers globally: An umbrella review. **International journal of nursing studies**, v. 129, p. 104211, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104211>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748922000402>. Acesso em: 18 out. 2023.
- CLEMENT, S. et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. **Psychological medicine**, [Online], v. 45, n. 1, p. 11-27, 2015. DOI: 10.1017/S0033291714000129. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24569086/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

COLESHILL, M. J. et al. Persistence with urate-lowering therapy in Australia: a longitudinal analysis of allopurinol prescriptions. **British Journal of Clinical Pharmacology**, [online], v. 88, n. 11, p. 4894-4901, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1111/bcp.15435>. Disponível em: <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bcp.15435>. Acesso em 28 ago. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO (COREN/RJ). **Mais de 4.500 profissionais de saúde morreram por Covid-19 no Brasil**. Rio de Janeiro: Conselho Regional de enfermagem, 2022. Disponível em: <https://www.coren-rj.org.br/mais-de-4-500-profissionais-de-saude-morreram-por-covid-19-no-brasil/#s>. Acesso em: 13 de nov. de 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA(COREN/BA). **Pandemia torna 2 milhões de trabalhadores da saúde “invisíveis”**. 2022. Disponível em: <https://www.coren-ba.gov.br/pandemia-torna-2-milhoes-de-trabalhadores-da-saude-invisiveis-2/>. Acesso em: 18 maio 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN/SC). **Do medo da covid-19 à desolação: enfermeiros enfrentam danos psicológicos**. 2021. Disponível em: <https://www.corensc.gov.br/2021/05/31/do-medo-da-covid-19-a-desolacao-enfermeiros-enfrentam-danos-psicologicos/>. Acesso em: 22 maio 2022.

CORDEIRO, S. M.; ANDRADE, M. B. T. Desvelando a percepção do familiar da pessoa com lúpus eritematoso sistêmico. **Rev. Enferm. UFPE**, [online], Recife, v. 7, n. 2, 422-9, 2013. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i2a10251p422-429-2013>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10251>. Acesso em: 27 jan. 2023.

CORRIGAN, P. W.; RAO, D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 57, n. 8, p. 464-469, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F070674371205700804>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610943/>. Acesso em: 22 abr. 2022.

CORRIGAN, P. W.; LARSON, J. E.; RUESCH, N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. **World psychiatry**, [Online], v. 8, n. 2, p. 75, 2009. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19516923/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

CORRIGAN, P. W.; WATSON, A. C. The paradox of self-stigma and mental illness. **Clinical psychology: Science and practice**, [Online], v. 9, n. 1, p. 35, 2002. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/clipsy.9.1.35>. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2002-10493-016>. Acesso em: 18 mar. 2022.

CORTES, T.R.; FAERSTEIN, E.; STRUCHINER, C.J. Utilização de diagramas causais em epidemiologia: um exemplo de aplicação em situação de confusão. **Cad. Saúde Pública**, 32(8):00103115, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00103115>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Jhxhtwdf3nnqcsFtJHC3Z7y/>. Acesso em: 18 out. 2023.

COSTA, M. C.; SILVA, R. G. L. A dinâmica do conhecimento biomédico e em saúde: uma interpretação sociológica. **Sociologias**, [online], v. 21, p. 18-47, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/15174522-02105001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/4wjcWbZWVWcMCjYqDcCBCPm/>. Acesso em: 18 maio 2023.

COSTA, D. S. et al. Sintomas de depressão, ansiedade e estresse em estudantes de Medicina e estratégias institucionais de enfrentamento. **Revista brasileira de educação médica**, [online], v. 44, p. e040, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190069>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/KcypBsxmXSmQgDgKNqNkhPy/#>. Acesso em: 23 set. 2023.

COUSIN, L. et al. Perceived stigma, substance use and self-medication in night-shift healthcare workers: a qualitative study. **BMC health services research**, [online], v. 22, n. 1, p. 698, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08018-x>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-022-08018-x>. Acesso em: 11 abr. 2023.

CROCHIK, J. L. **Preconceito, indivíduo e cultura**. 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

CROCKER, J.; WOLFE, C. T. Contingencies of self-worth. **Psychological review**, [online], v. 108, n. 3, p. 593, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-295x.108.3.593>. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11488379/>. Acesso em: 13 out. 2022.

CRUZ, R. M. et al. COVID-19: emergência e impactos na saúde e no trabalho. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, [online], v. 20, n. 2, p. I-III, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.2.editorial>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572020000200001. Acesso em: 16 mar. 2023.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por COVID-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [online]. v. 25, suppl 1, e200203, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rCWq43y7mydk8Hjq5fZLpXg/>. Acesso em: 18 out. 2022.

DHINGRA, V. K.; KHAN, S. A sociological study on stigma among TB patients in Delhi. **Indian J Tuberc**, [online], v. 57, n. 1, p. 12-8, 2010. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20420039/>. Acesso em 28 fev. 2023.

DIAS, M. S. F. et al. Estigmas vivenciados por profissionais de saúde durante a pandemia do coronavírus: revisão integrativa. In: SOUSA, M. D.A. et al. Estigmas vivenciados por profissionais de saúde durante a pandemia do coronavírus: revisão integrativa. **Segurança do trabalho: experiências exitosas**. [online]: Editora científica digital. cap. 11, p. 158-170, 2021.

DOMINGUE, J.-L. et al. “You’re Just a Mental Health Nurse”: Nurses’ Experiences of Associative Stigma When Accessing Physical Health Care for Their Patients. **Issues in Mental Health Nursing**, [Online], v. 44, n. 2, p. 121-129, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2174219>. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2023-50103-005>. Acesso em: 07 mar. 2024.

DOMINGUE, J.-L. et al. An integrative review of mental health nurses’ and other professionals’ experience of associative stigma. **Issues in Mental Health Nursing**, [Online], v. 43, n. 9, p. 843-851, 2022. DOI: [10.1080/01612840.2022.2055243](https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2055243). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35380908/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

DOVIDEO, J. F.; MAJOR, B.; CROCKER, J. Stigma: Introduction and Overview. In: HEATHERTON, T. F. **The Social Psychology of Stigma**. New York: Guilford Press, 2003, p. 1-28.

DUPRAT, I. P.; MELO, G. C. Análise de casos e óbitos pela COVID-19 em profissionais de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s.l.], v. 45, p. e30, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000018220>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/zvGPynQFqrnHkFW5VrqWYct>. Acesso em: 13 ago. 2023.

ELSAYED, M. E. G. et al. Mental health, risk perception, and coping strategies among healthcare workers in Egypt during the COVID-19 pandemic. **PloS one**, [Online], v. 18, n. 2, p. e0282264, 2023. DOI: 10.1371/journal.pone.0282264. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36848375/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

ESCOBAR, A. L., RODRIGUEZ, T.D. M.; MONTEIRO, J.C. Letalidade e características dos óbitos por COVID-19 em Rondônia: estudo observacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [online] v. 30, n. 1, e2020763, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100019>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ress/a/s9XR5ZWVjtBJrNFJMK7khCf>: Acesso em 17 out. 2023.

FARO, A. et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 37, p. e200074, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/dkxZ6QwHRPhZLsR3z8m7hvF/?lang=pt>. Acesso em 12 ago. 2023.

FERNANDES, Paula Teixeira; LI, Li Min. Percepção de estigma na epilepsia. **Journal of epilepsy and clinical neurophysiology**, [s.l.], v. 12, p. 207-218, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1676-26492006000700005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jecn/a/BNFRHp5y4tQjXkCgVw9f3cr/>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FONTANELLA, B. J. B.; SILVA, F. R. DA .; GOMES, R.. Rituais e símbolos na atenção formal à saúde: o caso do vestuário profissional, na ótica de pacientes da Atenção Básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 507–525, abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/nZb9YjdpnvGyBTvk7XtG4bz/#>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Covid-19: balanço de dois anos da pandemia aponta vacinação como prioridade**. 2022a. 5p. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-balanco-de-dois-anos-da-pandemia-aponta-vacinacao-como-prioridade>. Acesso em: 18 mar. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia da covid-19 em MS e DF**. 2022b. 5p. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/02/relatorio_parcial_saudemental_profissionais_DF.pdf. Acesso em: 18 mar. 2023.

GABER, D. M. et al. Perception of COVID-19-related stigma and associated psychological challenges among healthcare workers at Cairo University hospitals. **Journal of International Medical Research**, [Online], v. 51, n. 1, p. 03000605221148833, 2023. DOI: 10.1177/03000605221148833. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36650917/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

GALINDO, E. P.; SILVA, S. P.; PEDREIRA JUNIOR, Jorge Ubirajara. Impactos fatais da covid-19 nos trabalhadores brasileiros. *Ipea*, v. 1, p. 20, 2022. DOI:

<http://dx.doi.org/10.38116/ntdirur27>. Disponível em:
<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11084>. Acesso em: 18 mar. 2023.

GALEHDAR, N. et al. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: A qualitative study. **BMC psychiatry**, [online], v. 20, p. 1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02898-1>. Disponível em:
<https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-020-02898-1>. Acesso em: 07 fev. 2023.

GAOLAOLWE, W.; MANYEDI, E.; SERAPELWANE, M. Family members' experiences of courtesy stigma associated with mental illness. **Health SA Gesondheid**, v. 28, n. 1, 2023. DOI: 10.4102/hsag.v28i0.2184. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37670747/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

GARCÍA-SAISÓ, S. et al. Infodemia en tiempos de COVID-19. **Revista panamericana de salud pública**, [online], v. 45, 2021. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.89>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2021.v45/e56/es/>. Acesso em: 17 abr. 2023.

GARRIDO, P. B. et al. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, Suplemento, p. 72-79, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000900012>. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsp/a/GYfycVpNYSnxRDcZ8hjvHTK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jul. 2023.

GHAREEB, N. S.; EL-SHAFEI, D. A.; ELADL, A. M. Workplace violence among healthcare workers during COVID-19 pandemic in a Jordanian governmental hospital: the tip of the iceberg. **Environmental Science and Pollution Research**, [online], v. 28, n. 43, p. 61441-61449, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11356-021-15112-w>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11356-021-15112-w>. Acesso em: 22 abr. 2023.

GEBHARD, C. et al. Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. **Biology of sex differences**, [online], v. 11, p. 1-13, 2020. DOI: 10.1186/s13293-020-00304-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32450906/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

GILL, C.; CHO, T. A. Neurologic complications of COVID-19. **CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology**, [online], v. 29, n. 3, p. 946-965, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37341337/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

GOFFMAN, E. **Stigma**: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, New Jersey: PrenticeHall, 1963.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 1975.

GOFFMAN, E. **Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity**; Touchstone: New York, NY, USA, 2015.

GOLDSTEIN, S. B.; JOHNSON, V. A. Stigma by association: Perceptions of the dating partners of college students with physical disabilities. **Basic and Applied Social Psychology**, [Online], v. 19, n. 4, p. 495-504, 1997. DOI: 10.1207/S15324834BASP1904_6. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper>. Acesso em: 07 mar. 2024.

GÓMEZ-OCHOA, S. A. et al. COVID-19 in health-care workers: a living systematic review and meta-analysis of prevalence, risk factors, clinical characteristics, and outcomes. **American journal of epidemiology**, [Online], v. 190, n. 1, p. 161-175, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwaa191>. Disponível em: <https://academic.oup.com/aje/article/190/1/161/5900120>. Acesso em: 13 mar. 2024.

GROVER, S. et al. Stigma related to COVID-19 infection: Are the Health Care Workers stigmatizing their own colleagues?. **Asian journal of psychiatry**, [online], v. 53, p. 102381, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102381>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820304949>. Acesso em: 07 maio 2023.

GROVER, A. et al. Factors associated with stigma and manifestations experienced by Indian health care workers involved in COVID-19 management in India: A qualitative study. **Cambridge Prisms: Global Mental Health**, [Online], v. 10, p. e46, 2023. DOI: 10.1017/gmh.2023.40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10579676/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

GUERRIERO, I. C. Z.; MINAYO, M. C. A aprovação da Resolução CNS nº 510/2016 é um avanço para a ciência brasileira. **Saúde e Sociedade**, [online], v. 28, n. 4, p. 299–310, out. 2019. DOI: 10.1590/S0104-12902019190232. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2019.v28n4/299-310/>. Acesso 03 jul. 2023.

GUERREIRO, A. V. **Representações sociais e conhecimento sobre o câncer de mama: um estudo antropológico a partir das vivências de mulheres participantes de grupos de ajuda às mulheres mastectomizadas**. (Monografia). 2005. 91f. Curso de Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/118511?show=full>. Acesso em: 09 mar. 2023.

GUZMAN, A. B. et al. Portrait of Filipino healthcare workers' discrimination experiences during the early part of the COVID-19 pandemic. **Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences**, [online] v. 53, n. 3, p. 396-403, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2022.06.001>. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/35753993>. Acesso em 23 nov. 2023.

HAKIM, M. et al. Perceptions of COVID–19-related Risks and Deaths Among Health Care Professionals During COVID-19 Pandemic in Pakistan: A Cross-sectional Study. **INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, [Online], v. 58, p. 00469580211067475, 2021. DOI: 10.1177/00469580211067475. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33334170/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

HÄRTER, A. B. R., et al. Automedicação: um conflito entre a autonomia do paciente e o saber biomédico. **Rev. Jovens Pesqu.**, [online], v. 12, n. 1, p. 1-10, 2022. DOI: <https://doi.org/10.17058/rjp.v12i1.17439>. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/368556005>. Acesso em: 09 mar. 2023.

HATZENBUEHLER, M.ark L. Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. **American Psychologist**, [Online], v. 71, n. 8, p. 742, 2016. DOI: 10.1037/amp0000068. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5172391/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

HEBL, M. R.; MANNIX, L. M. The weight of obesity in evaluating others: A mere proximity effect. **Personality and social psychology bulletin**, [Online], v. 29, n. 1, p. 28-38, 2003. DOI: 10.1177/0146167202238369. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15272957/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

HIDALGO-MARTINOLA, D. R. et al. Vulnerability in the mental health of health personnel to COVID-19. **Rev. bras. psicoter**, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 79-88, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1353038>. Acesso em: 18 jan. 2022.

HORTA, R. L. et al. “Pegar” ou “passar”: medos entre profissionais da linha de frente da COVID-19. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Novo Hamburgo, v. 71, p. 24-31, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000360>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/F46C8gTm76457yyK7bMCvCs/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 17 nov. 2023.

IRIART, J. A. B. **Concepções e representações da saúde e da doença**: contribuições da antropologia da saúde para a saúde coletiva. Texto didático. Salvador: ISC-UFBA, 2003.

IRIART, J. A. B.; CASTELLANOS, M.E. P. Prejudice, discrimination and exclusion in health. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], v. 28, p. 4-4, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.16802022EN>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wxsfqyYmzY3dsP595SrVsk/?lang=en>. Acesso em: 19 dez. 2023.

IRIGARAY, H. A. R.; FREITAS, M. E. Estratégia de Sobrevivência dos gays no Ambiente de Trabalho. **Rev. Psicol. Polít.**, São Paulo, v. 9, p. 317-35, 2013.

JACOBI, D.; IDE, T. Collective violence against health workers in the context of the COVID-19 pandemic. **Nursing Reports**, [Online] v. 13, n. 2, p. 902-912, 2023. DOI: 10.3390/nursrep13020079. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10303091/#B5-nursrep-13-00079>. Acesso em: 07 mar. 2024.

JALIL, M. et al. Effect of COVID-19 on healthcare workers' morbidity and mortality compared to the general population in Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad Province, Iran. **Health Science Reports**, [Online], v. 6, n. 1, p. e961, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1002/hsr2.961>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9742827/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

JAVED, A. et al. Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low-and middle-income countries. **Asian journal of psychiatry**, [Online], v. 58, p. 102601, 2021. DOI: 10.1016/j.ajp.2021.102601. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33611083/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

JELEFF, Maren et al. Occupational challenges of healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. **BMJ open**, [online], v. 12, n. 3, p. e054516, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054516>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35256442/>. Acesso em 27 set. 2023.

JENERETTE C, et al. Preliminary validity and reliability of the Sickle Cell Disease Health-Related Stigma Scale. **Issues in Mental Health Nursing.**, [online], v. 33, p. 363-99, 2012.

DOI: <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.656823>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22646200/>. Acesso em 19 nov. 2023.

KARLBERG, J.; CHONG, D. S. Y.; LAI, W. Y. Y. Do men have a higher case fatality rate of severe acute respiratory syndrome than women do?. **American journal of epidemiology**, [online], v. 159, n. 3, p. 229-231, 2004. DOI: 10.1093/aje/kwh056. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7110237/>. Acesso 03 jul. 2023.

KHOO, E. J.; LANTOS, J. D. Lessons learned from the COVID-19 pandemic. **Acta Paediatrica Oslo**, v. 109, n. 7, p. 1323, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111%2Fapa.15307>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262354/>. Acesso em: 19 jul. 2022.

KRUPCHANKA, D. et al. Experience of stigma and discrimination in families of persons with schizophrenia in the Czech Republic. **Social Science & Medicine**, [online], v. 212, p. 129-135, 2018. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.07.015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30029091/>. Acesso 03 jul. 2023.

KURSUMOVIC, E.; LENNANE, S.; COOK, T. M. Deaths in healthcare workers due to COVID-19: the need for robust data and analysis. **Anaesthesia**, [Online], v. 75, n. 8, p. 989, 2020. DOI: 10.1111/anae.15116. Disponível em: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32397005/. Acesso em: 07 mar. 2024.

LAGUARDIA, Josué. No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde. **Revista Estudos Feministas**, [s.l.], v. 14, p. 243-262, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/kb8FDFPLS5YLyrqcbfrp4bB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 19 mer. 2023.

LARSON, J. E.; CORRIGAN, P. The stigma of families with mental illness. **Acad Psychiatry**, v. 32, n. 2, p. 87-91, 2008. DOI: 10.1176/appi.ap.32.2.87. PMID: 18349326. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18349326/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

LEE, B. E. C. et al. The prevalence of probable mental health disorders among hospital healthcare workers during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. **Journal of affective disorders**, [Online], v. 330, p. 329-345, 2023. DOI: 10.1016/j.jad.2023.03.012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36931567/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

LEÃO, A.; LUSSI, I. A. O. Estigmatização: consequências e possibilidades de enfrentamento em Centros de Convivência e Cooperativas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 25, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200474>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/S7GHGjFtk4wNktnxxxYh6d/?lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2023.

LEITE, S. C. C.; SAMPAIO, C. A.; CALDEIRA, A. P. "Como ferrugem em lata velha": o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase. **Physis** [online], v. 25, n.1, p.121-38, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Lr3pX5dTZ9vWmKj6rdQdpMc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2022.

LEONEL F. **Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 27 out. 2022.

LINK, B.G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing stigma. **Annual review of Sociology**, [online], v. 27, n. 1, p. 363-385, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.soc.27.1.363>. Acesso em 15 mar. 2022.

LIU, X. et al. Stigma and emotional distress in Chinese mental health professionals: Moderating role of cognitive fusion. **Stigma and Health**, [Online], 2023. DOI: 10.1037/sah0000479. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15272957/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

LOBO, L. A. C.; RIETH, C. E. Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 45, n. 130, p. 885–901, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fgXPhXKhrfM9Tyj55Z8djRt/>. Acesso em: 19 maio 2022.

LUOMA, J. B. et al. The development and psychometric properties of a new measure of perceived stigma toward substance users. **Substance use & misuse**, [online], v. 45, n. 1-2, p. 47-57, 2010. DOI: <https://doi.org/10.3109/10826080902864712>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20025438/>. Acesso em: 19 fev. 2023.

MACHADO, M. H. et al. Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. In: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (ed.). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022. p. 283-295. ISBN: 978-65-5708-123-5.

MALDONADO, D. A. C. et al. Mensuração do Estigma de Cortesia: Revisão Sistemática de Literatura. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, Brasil, v. 24, n. 3, p. ePTPPA14201, 2022. DOI: 10.5935/1980-6906/ePTPPA14201.en. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/14201>. Acesso em: 20 mar. 2024.

MALDONADO, D. A. C.; MARTINS, L. F.; RONZANI, T. M. Estigma de cortesia e condições de saúde: revisão sistemática de literatura. **Psicologia em Estudo**, [online], v. 28, p. e52111, 2023. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v28i0.52111>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/gFdPXCpPkVgZfTWtvYYnxFq/abstract/?lang=en>. Acesso 03 jul. 2023.

MALTEZOU, H. C. et al. Vaccination policies for healthcare personnel: Current challenges and future perspectives. **Vaccine: X**, [Online], v. 11, p. 100172, 2022. DOI: 10.1016/j.jvax.2022.100172. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35719325/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

MCHUNU, G. G.; HARRIS, O.; NXUMALO, C. T. Exploring primary healthcare practitioners' experiences regarding the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in KwaZulu-Natal, South Africa. **Primary health care research & development**, [Online], v.

23, p. e67, 2022. DOI: 10.1017/S1463423622000536. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36330843/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

MARINELLI, N. P. et al. Evolução de indicadores e capacidade de atendimento no início da epidemia de COVID-19 no Nordeste do Brasil, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [internet], v. 29, p. e2020226, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/XgCV9Kcbqjw5qfDpr6Vs5Dg/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MARTINS, P. V.; IRIART, J. A. B. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. **Physis** [online], v. 24, n. 1, p. 273-89, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3m95mFbxxD4PYmP9nzsDRtn/?lang=pt>. Acesso em 13 out. 2023.

MATTA, G. C. et al. (org.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021. 231 p. ISBN: 9786557080320.

MEHTA, S. I.; FARINA, A. Associative stigma: Perceptions of the difficulties of college-aged children of stigmatized fathers. **Journal of Social and Clinical Psychology**, [Online], v. 7, n. 2-3, p. 192-202, 1988. DOI: 10.1521/jscp.1988.7.2-3.192. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1989-25878-001>. Acesso em: 07 mar. 2024.

MELLAGI, A. G.; MONTEIRO, Y. N. O imaginário religioso de pacientes de hanseníase: um estudo comparativo entre ex-internos dos asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos** [online], v.16, n. 2, p.489-504, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000200011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Mf7GBMKTMzPBVXK6LPCK5Jv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2022.

MESQUITA, F. B. M. et al. Impactos da COVID-19 sobre os profissionais de saúde no contexto pandêmico: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 10, p. e4398, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4398.2020>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4398>. Acesso em: 18 jan. 2023.

MEYER, I. H. Minority stress and mental health in gay men. **Journal of health and social behavior**, [s.l.], v. 36, n.1, p. 38-56, 1995. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/2137286>. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1995-36631-001>. Acesso em: 18 mar. 2022.

MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. **Psychological bulletin**, [s.l.], v. 129, n. 5, p. 674, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1037%2F0033-2909.129.5.674>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932/>. Acesso em: 15 mar. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.

- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S. l.], v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 10 abr. 2024.
- MO, Y. et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. **Journal of nursing management**, [online], v. 28, n. 5, p. 1002-1009, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.13014>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13014>. Acesso em: 13 maio 2023.
- MODENA, C.F. et al. Factors associated with the perception of fear of COVID-19 in university students. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Cuiabá, v. 75, p. e20210448, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0448>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qWm3rMNXvnPfc4DdBftmnxx/?format=html&lang=en#>. Acesso em: 24 jan. 2024.
- MOHANDAS, S. et al. Immune mechanisms underlying COVID-19 pathology and post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC). **Elife**, [online], v. 12, p. e86014, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37233729/>. Acesso em 13 maio 2023.
- MONTEIRO, S.; VILLELA, W. **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013, 207p. ISBN: 978-85-7541-534-4. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415344.0013>. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/42091/monteiro-9788575415344.pdf?sequence=3>. Acesso em 13 jul. 2022.
- MOREIRA, V. et al. Fenomenologia do estigma em HIV/AIDS: “coestigma”. **Mental**, Barbacena, v. 8, n. 14, p. 115-31, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42020848006>. Acesso 29 jan. 2023.
- MOREIRA, V.; MELO, A. K. “Minha Doença é Invisível!”: Revisitando o Estigma de ser Doente Mental. **Interação em Psicologia**, [s.l.], v. 12, n. 2, p. 307-14, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-534281>. Acesso em: 29 mar. 2023.
- MORIN, E. **O Método 5: a humanidade da humanidade**. Tradução: Silva, J. M. Porto Alegre: Sulina. ed. 5. P. 309. 2002. ISBN:978-85-205-0308-9.
- MORO, M. F. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers in Italy: analyzing the role of individual and workplace-level factors in the reopening phase after lockdown. **Frontiers in Psychiatry**, [online], v. 13, p. 867080, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.867080>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2022.867080/full>. Acesso em: 18 maio 2023.
- MOSTAFA, A.; SABRY, W.; MOSTAFA, N. S. COVID-19-related stigmatization among a sample of Egyptian healthcare workers. **PloS one**, [online], v. 15, n. 12, p. e0244172, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244172>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0244172>. Acesso em: 11 mar. 2023.
- MOYO, I.; NDOU-MAMMBONA, A. A.; MAVHANDU-MUDZUSI, A. H. Challenges faced by healthcare workers at a central hospital in Zimbabwe after contracting COVID-19: An interpretive phenomenological analysis study. **South African Family Practice**, [online],

v. 64, n. 2, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2022.06.001>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35384678/>. Acesso em 13 maio 2023.

NAIR, P. et al. Self-management of depression and anxiety amongst frail older adults in the United Kingdom: A qualitative study. **PLoS one**, [online], v. 17, n. 12, p. e0264603, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264603>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36477180/>. Acesso em: 03 ago. 2023.

NALDI, A. et al. COVID-19 pandemic-related anxiety, distress and burnout: prevalence and associated factors in healthcare workers of North-West Italy. **BJPsych open**, [online], v. 7, n. 1, p. e27, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.161>. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/>. Acesso em 09 mar. 2023.

NASCIMENTO, L. A.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [online], v. 26, n. 1, p. 103-121, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/sNMq8fztJLGCfvsQ47ckrSn/>. Acesso em: 02 fev. 2024.

NEIVA, R. J.; GRISOTTI, M. Representações do estigma da hanseníase nas mulheres do Vale do Jequitinhonha-MG. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290109, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290109>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/mWJYHMSHGJmVYrtVpcsX9JS/>. Acesso em: 17 out. 2023.

NEUBERG, S. L. et al. When we observe stigmatized and "normal" individuals interacting: Stigma by association. **Personality and social psychology bulletin**, [Online], v. 20, n. 2, p. 196-209, 1994. DOI: 10.1177/0146167294202007. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1994-37263-001>. Acesso em: 07 mar. 2024.

NEUBERG, S. L.; SMITH, D.M.; ASHER, T. Why People Estigmatiza: Toward a Biocultural Framework. In: HEATHERTON, T. F. **The Social Psychology of Stigma**. New York: Guilford Pres, 2003, p. 31-61.

NOGUEIRA, O. **Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo**. São Paulo: Editora FIOCRUZ. 2009. p. 220. ISBN: 9788754-1797.

NOVOA, P. C. R. What changes in Research Ethics in Brazil: Resolution no. 466/12 of the National Health Council. **Einstein**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. vii-vix, jan. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082014ED3077>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/BSgGLY89g7m4qnqT67VcNwc/>. Acesso em: 29 fev. 2022.

OEXLE, N.; CORRIGAN, P. W. Understanding mental illness stigma toward persons with multiple stigmatized conditions: Implications of intersectionality theory. **Psychiatric Services**, [Online], v. 69, n. 5, p. 587-589, 2018. DOI: 10.1176/appi.ps.201700312. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29385960/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

OCHANI, R. et al. COVID-19 pandemic: from origins to outcomes. A comprehensive review of viral pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic evaluation, and management. **Infez**

Med, [online], v. 29, n. 1, p. 20-36, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33664170/>. Acesso em: 02 fev. 2024.

OLIVEIRA, S. V. S. et al. Estigma social em indivíduos com sequelas da hanseníase. **RETEP - Rev. Tendên. da Enferm. Profis.**, [online], v. 8, n. 3, p. 1936-1942, 2016. Disponível em: <https://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/>. Acesso em: 29 maio 2023.

OMS. Organização mUNdial da Saúde. **Prioritizing diseases for research and development in emergency contexts**. [online], 2020. Disponível em: <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts>. Acesso em: 22 de jul. 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Painel do Coronavírus da OMS (COVID-19). Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 11 maio 2023.

OPAS. Organização pan-americana da saúde. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. [Internet], 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em 27 nov. 2022.

ÖSTMAN, M.; KJELLIN, L. Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. **The British Journal of Psychiatry**, v. 181, n. 6, p. 494-498, 2002. DOI: 10.1192/bjp.181.6.494. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/stigma-by-association/2DBF3FC5A25A3DEF13C1097BEAB2D3B4>. Acesso em: 07 mar. 2024.

OYAT, F. W. D. et al. The psychological impact, risk factors and coping strategies to COVID-19 pandemic on healthcare workers in the sub-Saharan Africa: a narrative review of existing literature. **BMC psychology**, [Online], v. 10, n. 1, p. 284, 2022. DOI: 10.1186/s40359-022-00998-z. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9714392/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

OZCAN, S.; KIRCA, N. Feelings, thoughts and experiences of healthcare professionals who recovered after being diagnosed with COVID-19, a phenomenological study. **Psychiatria Danubina**, [online], v. 33, n. br 3, p. 402-410, 2021. DOI: <https://doi.org/10.24869/psyd.2021.402>. Disponível em: <https://hrcak.srce.hr/file/386414>. Acesso em: 03 mar. 2023.

PAIANO, M. et al. Saúde mental dos profissionais de saúde na China durante pandemia do novo coronavírus: revisão integrativa. **Revista brasileira de enfermagem**, [online], v. 73, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0338>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fVpnLtzZYxs5DN7ZYQyhbFF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 jen 2023.

PAIXAO, G. P. N. et al. A pandemia do novo coronavírus (SARS-COV-2) e suas repercussões na estigmatização e o preconceito. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 35, e36986, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1149703>. Acesso em: 03 maio 2023.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV-and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. In: PARKER, R. et al. (ed.). **Culture, society and sexuality**. Routledge, 2007. p. 459-474. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00304-0) . Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12753813/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

PÁTARO, C. S. Pensamento, crenças e complexidade humana. **Ciências & Cognição**, [s.l.], v. 12, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212007000300013. Acesso em 13 jan. 2023.

PAVANI, F. M. et al. Covid-19 e as repercussões na saúde mental: estudo de revisão narrativa de literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [online], v. 42, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200188>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/YD6WWBggJmkcBY8jNsFypSd/?lang=en>. Acesso em: 08 out. 2023.

PAVELTCHUK, F. O.; BORSA, J. C. A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais. **Rev SPAGESP**, [Internet], v.21, n. 2, p.41-54, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000200004. Acesso em 03 maio 2023.

PEUKER, A. C.; MODESTO, J.G. Estigmatização de profissionais de saúde. **Sociedade Brasileira de Psicologia**, [online], 2020. Disponível em: <https://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>. Acesso em 13 dez. 2023.

PINHEIRO, M. C.; SIMPSON, C. A. Preconceito, estigma e exclusão social: trajetória de familiares influenciada pelo tratamento asilar da hanseníase. **Ver. Enferm. UERJ**, [online], v. 25:e13332, p. 1-6, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-910925>. Acesso em: 24 ago. 2023.

POOL, M. et al. The prevalence of and factors associated with depressive and anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic among healthcare workers in South Africa. **Plos one**, [Online], v. 19, n. 3, p. e0299584, 2024. DOI: 10.1371/journal.pone.0299584. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38451982/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

POPOLIN, M. P. et al. Conhecimento sobre tuberculose, estigma social e a busca pelos cuidados em saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 17, n. 3, p. 123-32, jul-set, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/14144>. Acesso em: 08 set. 2023.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PRYOR, J. B.; REEDER, G. D.; MONROE, A. E. The infection of bad company: stigma by association. **Journal of personality and social psychology**, [Online], v. 102, n. 2, p. 224, 2012. DOI: 10.1037/a0026270. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22082057/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

RANJIT, Y. S.; DAS, M.; MEISENBACH, R. COVID-19 courtesy stigma among healthcare providers in India: A study of stigma management communication and its impact. **Health Communication**, [Online], v. 38, n. 13, p. 2833-2842, 2023. DOI: 10.1080/10410236.2022.2122279. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36109847/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

RIBEIRO, A. P. et al. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de COVID-19: revisão de literatura. **Rev. bras. saúde ocup**, São Paulo, v. 45, e25, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013920>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/XMb5ddFXbpwB3CQxtPD3VBD/>. Acesso em 27 nov. 2023.

RIBEIRO, A. C. L.; FERLA, A. A. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 294-314, ago. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/DOI-10.5752/P.1678-9523.2016V22N2P294>. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682016000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 19 mar. 2024.

ROBAZZI, M.L.C. C. et al. Violência ocupacional antes e em tempos da pandemia da covid-19: ensaio teórico e reflexivo. **Brazilian Journal of Health Review**, [online], v. 3, n. 6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-289>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/21872>. Acesso em: 05 dez. 2023.

RODRÍGUEZ-BOLAÑOS, R.I et al. The urgent need to address violence against health workers during the COVID-19 pandemic. **Medical care**, [online], v. 58, n. 7, p. 663, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001365>. Disponível em: <https://journals.lww.com/lww-medicalcare/>. Acesso em 18 nov. 2023.

RZONCA, P. et al. Predicting Mortality for COVID-19 Patients Admitted to an Emergency Department Using Early Warning Scores in Poland. **Healthcare**, [online], v. 12, n. 6, 2024. DOI: 10.3390/healthcare12060687. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38540650/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

SCAMBLER, G. Health-related stigma. **Sociology of health & illness**, [online], v. 31, n. 3, p. 441-455, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01161.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19366430/>. Acesso em 04 jan. 2024.

SCHILLING, F.; MIYASHIRO, S. G. Como incluir? O debate sobre o preconceito e o estigma na atualidade. **Educação e Pesquisa** [online], v. 34, n. 2, p. 243-254, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022008000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/dPKVFyfN6PDnQkFsJ7P4wK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 fev. 2023.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1. n. 17, p. 29-41, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/>. Acesso em 13 jun. 2023.

SHANAFELT, T.; RIPP, J.; TROCKEL, M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. **Jama**, [online], v. 323, n. 21,

p. 2133-2134, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2764380>. Acesso em: 23 mar. 2023.

SILVA, D. F. O. et al. Prevalência de ansiedade em profissionais da saúde em tempos de COVID-19: revisão sistemática com metanálise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 693-710, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.38732020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnrRZ5Qc3JqdqHxDj53wFfJ/>. Acesso em: 14 jun. 2022.

SILVA, P. L. N. et al. O significado do câncer: percepção de pacientes. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 7, 12, p. 6828-33, 2013. DOI: 10.5205/reuol.2950-23586-1-ED.0712201314. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/12345/15064>. Acesso em: 07 fev. 2022.

SILVEIRA, P.S.et al. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 16, p. 131-138, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2011000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/QByHSnCcRdscH5rRnR6wPMB/?lang=pt>. Acesso em 23 jul. 2023.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E. M. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988. 166 p.

SINGH, R.; SUBEDI, M. COVID-19 and stigma: Social discrimination towards frontline healthcare providers and COVID-19 recovered patients in Nepal. **Asian journal of psychiatry**, [online], v. 53, p. 102222, 2020. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102222. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7293527/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

SOARES, R. G. et al. Validação da versão brasileira da escala Ismi adaptada para dependentes de substâncias. **Psicologia: teoria e pesquisa**, [s.l.]v. 31, p. 229-238, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-37722015021093229238>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/XsZB6JfTfB8GXSQwnLcf9sL/#>. Acesso em: 25 out. 2022.

SOARES, S. S. S. et al. Teaching Iramuteq for use in qualitative research according to YouTube videos: an exploratory-descriptive study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [online], v. 56, p. e20210396, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/9yrbmMC6XKKqGJRn947fWhq/?lang=en>. Acesso em 03 mar. 2023.

SONG, P.; KARAKO, T.. COVID-19: Real-time dissemination of scientific information to fight a public health emergency of international concern. **Bioscience trends**, [online], v. 14, n. 1, p. 1-2, 2020. DOI: 10.5582/bst.2020.01056. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32092748/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

SPRUIJT, I. et al. Respected but stigmatized: Healthcare workers caring for COVID-19 patients. **Plos one**, [online], v. 18, n. 7, p. e0288609, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288609>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0288609>. Acesso em: 08 nov. 2023.

STODOLSKA, A. et al. Prevalence of burnout among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic and associated factors-a scoping review. **International journal of occupational medicine and environmental health**, [Online], v. 36, n. 1, p. 21-58, 2023. DOI: <https://doi.org/10.13075%2Fijomeh.1896.02007>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10464746/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

SZCZEŚNIAK, Dorota et al. The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 104, p. 110046, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110046>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584620303626>. Acesso em 18 jan. 2024.

TAYLOR, S. et al. Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. **Journal of anxiety disorders**, [online], v. 75, p. 102289, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102289>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618520301031>. Acesso em: 18 fev. 2023.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, [online], v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article-abstract/19/6/349/1791966>. Acesso em 03 mar. 2023.

TORBET, S.; PROEVE, M.; ROBERTS, R. M. Autocompaixão: um fator de proteção para pais de crianças com transtorno do espectro do autismo. **Atenção plena**, v. 10, n. 1, p. 2492-506, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01224-5>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-019-01224-5#citeas>. Acesso em: 25 mar. 2023.

TOUSO, M. M. et al. Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4577-4585, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.46062013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3tp5hD7zv5pFYnPtZs7Rmqq/>. Acesso em: 25 mar. 2023.

TSUKUDA, M.; KAYANO, T.; YOSHIYASU, I. T. O. Experiences of COVID-19-related stigma: A qualitative study on nurses caring for patients with COVID-19. **Journal of Nursing Research**, [Online], v. 30, n. 6, p. e241, 2022. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000528. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36302148/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

VEDOVATO, T. G. et al. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s.l.], v. 46, p. e1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000028520>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/CHvhLDtkH8WPmSygjHZgzNw/>. Acesso em: 24 mar. 2023.

VEIGA-NETO, A. Incluir para excluir. In: LARROSA, J.; SKILAR, C (orgs.). **Habitantes de babel: políticas e poéticas da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. cap. 6, p. 106-118.

VERHAEGHE, M; BRACKE, P. Associative stigma among mental health professionals: implications for professional and service user well-being. **Journal of health and social behavior**, [Online], v. 53, n. 1, p. 17-32, 2012. DOI: 10.1177/0022146512439453. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2012-05936-003>. Acesso em: 07 mar. 2024.

VERMA, S. et al. Post-SARS psychological morbidity and stigma among general practitioners and traditional Chinese medicine practitioners in Singapore. **Ann Acad Med Singapore**, v. 33, n. 6, p. 743-8, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15608831/>. Acesso em: 14 maio 2023.

VILLA, S. et al. Stigma at the time of the COVID-19 pandemic. **Clinical Microbiology and Infection**, [online], v. 26, n. 11, p. 1450-1452, 2020. DOI: 10.1016/j.cmi.2020.08.001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7411378/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

WALDMAN, E. A.; SATO, A. P. S. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 50, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050000232>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/9c5bKh8zf4By6BGcDRkLXkH/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 07 dez. 2022.

WEBER, M. **Max Weber: selections in translation**. Cambridge University Press, 1978. unciman WG, editor. Cambridge: Cambridge University Press; 1978.

WERNECK, G. L. Diagramas causais: a epidemiologia brasileira de volta para o futuro. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 8, e 00120416, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120416>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cPJQF9vPKfKwVPzCTvSF3dr/?lang=pt>. Acesso em: 04 jul. 2023.

WONG, Y.-L. I. et al. "My bitterness is deeper than the ocean": understanding internalized stigma from the perspectives of persons with schizophrenia and their family caregivers. **International Journal of Mental Health Systems**, [Online], v. 12, p. 1-15, 2018. DOI: 10.1186/s13033-018-0192-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29636792/>. Acesso em: 07 mar. 2022.

XAVIER, S. et al. O Estigma da Doença Mental: Que Caminho Percorremos?. **PsiLogos**, [online], v. 11, n. 2, p. 10-21, 2013. DOI: <https://doi.org/10.25752/psi.4102>. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/4102>. Acesso em: 20 abr. 2023.

YUFIKA, A. et al. Stigma associated with COVID-19 among health care workers in Indonesia. **Disaster medicine and public health preparedness**, [Online], v. 16, n. 5, p. 1942-1946, 2022. DOI: 10.1017/dmp.2021.93. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8207538/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. "A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. **Rev. Psicol.**, [online], v. 25, n. 1, p. 41-58, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/dgP7Hkb7W98tDTzW9KQb7qS/abstract/?lang=pt>. Acesso em 07 jun. 2022.

ZAREI, N. et al. Stigmatized attitude of healthcare providers: a barrier for delivering health services to HIV positive patients. **International journal of community based nursing and midwifery**, [Online], v. 3, n. 4, p. 292, 2015. DOI: Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26448956/>. Acesso em: 07 mar. 2024.

ZHU, N. et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **New England journal of medicine**, v. 382, n. 8, p. 727-733, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmoa2001017>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31978945/>. Acesso em: 19 abr. 2023.

APÊNDICA

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE (PRIMEIRO MOMENTO)**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Filhos:

Renda:

Quantidade de pessoas que reside no local em que mora:

Formação:

Tempo de formação:

Especialização:

Setor de atuação:

Tempo de atuação no setor:

Já teve Covid 19: Não () Sim () Quantas vezes? _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. O que representa a Covid 19 para você?
2. Fale-me o que o você pensa sobre a COVID-19.
3. Como é trabalhar nos serviços de saúde nesse período de pandemia?
4. As pessoas do seu convívio sabem que você trabalha em setor (es) em contato com pessoas contaminadas com o vírus da COVID-19?
5. Como as pessoas tratam um profissional de saúde que atua na linha de frente da COVID-19?
6. Você já vivenciou alguma situação marcante por estar atuando na linha de frente como profissional de saúde? Conte-me como foi.
7. Deseja complementar com algo mais que eu não perguntei, mas você acha importante complementar.

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE (SEGUNDO MOMENTO)**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Filhos:

Renda:

Quantidade de pessoas que reside no local em que mora:

Formação:

Tempo de formação:

Especialização:

Setor de atuação:

Tempo de atuação no setor:

Tomou a vacina da Covid 19? Não () Sim () Quantas doses? _____

Já teve Covid 19: Não () Sim () Quantas vezes? _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. O que representa hoje a Covid 19 para você?
2. O que mudou após a vacina da COVID-19?
3. Você se identifica como profissional de saúde?
4. Como as pessoas tratam os profissionais de saúde que trabalham nos serviços de saúde após a instituição da vacina da COVID-19 para toda população?
5. Você já vivenciou alguma situação marcante por atuar como profissional de saúde em serviços de saúde? Conte-me como foi.
6. Já recebeu algum apelido por trabalhar em serviço de saúde?
7. Como você percebe o trabalho e o psicológico dos trabalhadores/ profissionais da saúde após a pandemia?
7. Deseja complementar com algo mais que eu não perguntei, mas você acha importante complementar?

APÊNDICE C – DINÂMICA QUEBRA GELO

Leitura de texto antes do início das entrevistas do primeiro e segundo momento de coleta de dados.

“Por favor, por favor, não diga a ninguém que eu tenho COVID-19. Este era eu apenas algumas semanas atras implorando aos meus amigos mais próximos, ao telefone depois que os meus resultados chegaram do laboratório. Embora, ciente de que outras 50 milhões de pessoas no mundo também haviam recebido o mesmo diagnóstico.”

APÊNDICE D – REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá, eu me chamo Sheila Santa Barbara Cerqueira, enfermeira, estudante do Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, orientada pela professora Evanilda Souza de Carvalho e gostaria de convidá-lo a participar de uma pesquisa online, que tem como título: **ESTIGMATIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID 19**, (avaliado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer nº 4.684.850. Inicialmente é importante você saber que não haverá nenhum contato humano/físico direto entre eu (pesquisador) e você (participante), como forma de cumprirmos e respeitarmos as medidas de prevenção sanitária durante toda a atividade da pesquisa, reduzindo dessa forma o risco de potencial contaminação pelo Coronavírus e a preservação da sua integridade. Desse modo, tudo acontecerá em ambiente virtual e para isso você deverá ter acesso à internet e/ou dados móveis, podendo ser respondido por acesso às redes sociais como Facebook, Instagram, WhatsApp, Google Meet e Skype. Você também poderá ser um divulgador, compartilhando para outras pessoas que fazem parte da sua rede de contato. Todas as informações sobre a pesquisa estarão descritas aqui nesse termo, e para participar da pesquisa será necessário ler, concordar e aceitar a participação. Este é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), imagético, ou seja, o mesmo não é impresso, mas sim digital, destinado ao conhecimento e autorização de sua participação na pesquisa. Sua participação é voluntária e envolverá responder a algumas perguntas referentes a suas experiências e vivências de discriminação e estigma ao ser profissional de saúde que pelo fato de atuar em serviços de saúde que atende pessoas positivadas ou com suspeita já faz você ser discriminado e estigmatizado por outros. Os dados respondidos por você são totalmente confidenciais e sigilosos, que será garantida por parte dos pesquisadores responsáveis. Gostaríamos de destacar que para ter acesso aos dados só os pesquisadores treinados estarão autorizados para isso. Também utilizaremos de computadores próprios para essa finalidade, com proteção de senhas e códigos para que não haja nenhum extravio, ou perda ou quebra de sigilo. É importante que você saiba que não será necessário divulgar nenhum dos seus dados pessoais (como nome pessoal, número do RG ou CPF ou Carteira de Habilitação, ou profissional, nem dados bancários e nem o seu número de telefone). No entanto, nós gostaríamos de recomendar que ao aceitar em participar da pesquisa, que você guarda uma cópia do consentimento em anexo para a sua proteção. Também gostaríamos de informar que você poderá solicitar uma cópia do termo assinada pelo pesquisador responsável, através do E-mail da pesquisa: sheilokafsa@gmail.com. É importante você ter conhecimento de que não faremos nenhum diagnóstico, ou avaliação clínica e/ou de saúde. Será mantido todo o rigor e responsabilidade na qualidade da análise dos dados, como forma de fornecer informações confiáveis à população, sendo cumprida a confiabilidade/veracidade garantida. Alguns riscos poderão ocorrer, ainda que eu esteja atenta à controlá-los (ex.: fazer você lembrar de situações de saúde e doença, que tenham gerado preocupações, medo, tristeza, além de gerar desconfortos ao responder a algumas perguntas e a possibilidade de se sentir cansado ou exausto ao responder às perguntas, apresentar medo ou receio de que as informações sejam perdidas, que a sua identidade seja relevada e/ou exposta). No entanto, todo o cuidado foi tomado desde o início do planejamento, organização da pesquisa e treinamento dos pesquisadores para que esses riscos não ocorressem como a revisão criteriosa das perguntas contidas no roteiro. A sua participação poderá contribuir para o conhecimento acerca dessa problemática, e para o avanço da ciência e da produção do conhecimento nesta área de investigação. Lembre-se que você poderá desistir a qualquer momento, sem nenhum problema para você e seu trabalho. Caso algum dano seja gerado pela pesquisa, você terá direito de acessar o Comitê de Ética para exigir os seus direitos. Caso surja dúvidas em qualquer fase da pesquisa você poderá entrar em contato com o CEP/UEFS através do telefone 75 3161-8067 ou email: cep@uefs.br ou com as

pesquisadoras pelo telefone: 75 3161-8479 ou dirigir-se ao NUDES, localizado no Prédio de Pós-Gaduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, no final do Módulo VI, endereço: Av. Transnordestina, S/N, Km 03, Campus Universitário, CEP: 44036900, Feira de Santana-Ba.

Me. Sheila Santa Barbara Cerqueira (Pesquisadora)

Prof.^a Dr.^a Evanilda Souza de Santana Carvalho (Orientadora)

Participante

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UEFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXPERIÊNCIA DO ESTIGMA RELACIONADO À COVID-19 NO CONTEXTO BRASILEIRO

Pesquisador: Sheila Santa Barbara Cerqueira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40155420.0.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.684.850

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, proposto por Sheila Santa Barbara Cerqueira, sob a orientação da profa. Evanilda Souza de Santana.

O pouco conhecimento acerca da Covid 19 pode favorecer a ocorrência de estigma direcionado tanto pessoas com a doença, como para aquelas que atuam próximo de pessoas adoecidas, como os profissionais de saúde. Assim, este estudo tem como objetivo apreender como ocorre o estigma direcionado às pessoas com diagnóstico positivo para o SARS-CoV-2 e direcionado às pessoas sem a doença, mas que estão vulneráveis a adquirir, como os profissionais de saúde. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo e exploratório, que será realizado em dois jornais de grande circulação no Brasil, com pessoas com diagnóstico positivo para o SARS-CoV-2 e profissionais de saúde com ou sem diagnóstico positivo para o SARS-CoV-2 que residam no território brasileiro. A coleta com as pessoas será através de entrevistas por meio digital. A análise dos dados será através da análise de conteúdo e apoio do software IRaMuTeQ.

Apresenta cronograma com coleta de dados prevista para iniciar no terceiro bimestre de 2021 e orçamento estimado R\$ 42.160,00, com contrapartida da instituição proponente.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br