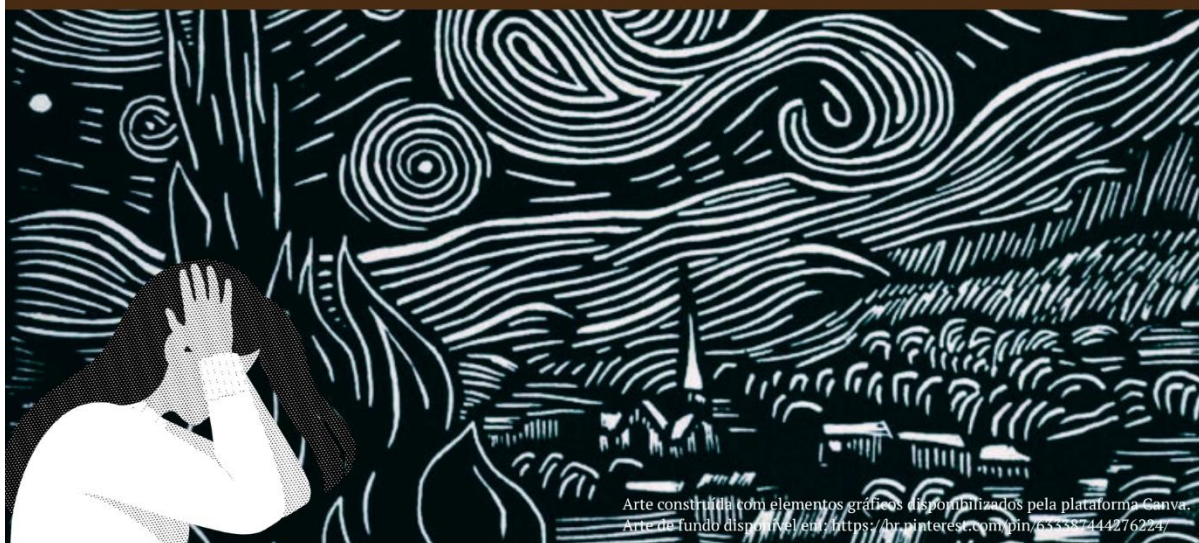


CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS E QUESTÕES CONTEMPORÂNEAS - 02



COVID 19: O ESTIGMA COMO HERANÇA PSICOSSOCIAL

Reivani Chisté Zanotelli Buscacio

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7320-7622>.

E-mail: psireivanibuscacio@gmail.com.

Thais Menezes dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6473-1505>.

Djalma Lobato Dias

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7234-5171>.

Júlia Fróes Leal Py

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3908-131X>.

Resumo: A temática do estigma social tem sido objeto de estudo de diversos campos do saber, tais como a Psicologia, a Sociologia e a Antropologia, cada um com perspectivas diferentes, e a ela são associados os conceitos do preconceito e da discriminação. Ao longo dos séculos, o estigma foi utilizado na segregação de pessoas que tinham ou têm algum tipo de doença, seja física ou mental. Dessa forma, o objetivo deste estudo é, a partir do conceito de estigma social, buscar paralelos entre a vivência cotidiana recente do COVID-19 e outras epidemias ou pandemias relatadas historicamente. Assim, faremos uma reflexão sobre o processo de construção do estigma social e suas possíveis consequências, como a discriminação, à luz de alguns trabalhos sobre o estigma, a começar pela obra seminal de Goffman (1980) e de Allport (1954) sobre os conceitos de preconceito e discriminação. Revisitamos artigos que sinalizam a relação de algumas doenças, tal como a gripe espanhola, a tuberculose, a hanseníase, o HIV/AIDS e a doença falciforme, como um elemento propulsor na construção dos estigmas sociais associados a doenças graves e/ou epidêmicas. Apresentaremos algumas observações acerca da tendência social na produção de estigmas, tendo como base o histórico pandêmico dos eventos acima citados e possíveis implicações sociais ocasionadas pelo novo coronavírus.

Palavras-chave: Estigma social. COVID-19. Distanciamento social. Pandemia.

COVID 19: STIGMA AS A PSYCHOSOCIAL INHERITANCE

Abstract: The theme of social stigma has been the subject of study in various fields of knowledge, such as Psychology, Sociology, and Anthropology, each with different perspectives, and is associated with the concepts of prejudice and discrimination. Throughout the centuries, stigma has been used to segregate people who had or have some type of illness, whether physical or mental. Therefore, the objective of this study is, based on the concept of social stigma, to seek parallels between the recent daily experience of COVID-19 and other epidemics or pandemics reported historically. Thus, in this study, we will reflect on the process of constructing social stigma and its possible consequences, such as discrimination, in light of some works on stigma, beginning with the seminal work of Goffman (1980) and Allport (1954) on the concepts of prejudice and discrimination. We revisited articles that highlight the relationship between certain diseases, such as the Spanish flu, tuberculosis, leprosy, HIV/AIDS, and sickle cell disease, as a driving force in the construction of social stigmas associated with serious and/or epidemic illnesses. We will present some observations about the social tendency in the production of stigmas, based on the pandemic history of the aforementioned events and the possible social implications caused by the new coronavirus.

Keywords: Social stigma. COVID-19. Social distancing. Pandemic.

COVID-19 e o distanciamento social

No final de 2019, em Wuhan, na China, constatou-se haver um surto do Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), que passou a se espalhar rapidamente, tomando proporções mundiais em um breve intervalo de tempo. Em poucos meses, começaria uma pandemia da, agora conhecida, COVID-19, atingindo o mundo todo. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que se tratava de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

No Brasil, o primeiro caso registrado pelo Ministério da Saúde (MS) foi em 25 de fevereiro de 2020, considerado também o primeiro da América Latina. No país, assim como em todo o mundo, o distanciamento (isolamento) social foi proposto pelos governos, em diversas instâncias, como medida de saúde pública fundamental para diminuir a proliferação da COVID-19. Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o início da pandemia, e em maio de 2023 declarou o fim de tal emergência global (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020, 2023). Nacionalmente, o Brasil declarou o fim dessa emergência em maio de 2022 (Brasil, 2022).

De acordo com a cartilha *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19*, organizada e divulgada pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes) da Fiocruz (2020b), durante uma epidemia, a população envolvida, além de sofrer fisicamente pelos efeitos do vírus, experiencia sofrimento psicológico. Estima-se, ainda, que entre um terço e metade dos acometidos pode vir a desenvolver psicopatologias, necessitando de atenção e cuidados específicos em um momento de angústia aguda. A situação

se agrava quando há o fator do confinamento — descrito pela psicóloga Elke Van Hoof em entrevista à BBC como “maior experimento psicológico do mundo” (Llorente, 2020) —, em que, além dos sentimentos negativos evidenciados no estado de alerta, como preocupação, confusão, estresse e sensação de falta de controle, há o acréscimo das consequências do isolamento social (Fiocruz, 2020b).

Muitos estudos sinalizam a possível relação do distanciamento social com o aparecimento de outras comorbidades, ou seja, apesar de ser uma das medidas mais eficazes no combate à propagação da pandemia, o afastamento social pode provocar danos sociais e psicológicos, de forma direta e indireta, agora e no futuro, o que requer mais responsabilidade das autoridades de saúde (Soares, 2021; Holmes *et al.*, 2020; Clay, 2020; Vieira, 2020; Bezerra *et al.*, 2020).

Soares (2021) relata em seu estudo que o isolamento físico e o distanciamento social, medidas tão importantes na contenção da proliferação da COVID-19, aliados ao sentimento de insegurança, por ser uma doença não totalmente mapeada, e ao excesso de informações não consolidadas, favoreceram fortemente o surgimento de outras comorbidades na população. Não obstante, seu estudo tem como foco a questão do suicídio, englobando tentativas de suicídio e o suicídio real. Aponta também outras importantes afecções, tais como estresse, ansiedade, medo, raiva, solidão e depressão, todas consideradas consequências do distanciamento social.

Diante do prolongamento característico de uma pandemia, associado ao isolamento social e seus efeitos psicológicos, essas reações podem criar um alerta e se expressar tardiamente, por exemplo, com o desdobramento de um luto patológico, as manifestações de estresse pós-traumático, o abuso do álcool e outras drogas e a apresentação de transtornos psicossomáticos. Por isso, é preciso atentar para sintomas prolongados, que por vezes ficam encobertos pela névoa da naturalização, sejam eles físicos, psicológicos e/ou sociais, e compor uma intervenção qualificada diante das demandas pandêmicas.

Nesse sentido, embora o estigma, um fenômeno social complexo, tanto na raiz do seu surgimento, quanto na sua estruturação ao longo do tempo, não seja considerado uma comorbidade, ele pode, igualmente, produzir efeitos sociais e psicológicos devastadores, visto que, ao carregarem uma “marca” de natureza contagiosa, os indivíduos são naturalmente isolados em decorrência da discriminação. Certamente, o estigma social, assim como outros fenômenos socioculturais, é alheio à percepção de grande parte da população, pois podem não

causar a curto prazo, efeitos visíveis. No entanto, de forma semelhante às comorbidades citadas, o estigma pode ter provocado repercussões negativas nas pessoas acometidas pelo novo coronavírus.

Vários trabalhos acadêmicos discorrem sobre doenças importantes, que se difundiram ao redor do mundo, e suas possíveis contribuições nos processos de segregação social dos seus portadores (Touso *et al.* 2013; Queiroz, 1997; Monteiro; Villela; Pereira; Soares, 2013). Porém, a maioria se detém no desvelamento da simbologia ou na trajetória dos sujeitos que recebem a marca do estigma (Laplantine, 1991). De forma mais generalista, pode-se citar a obra *História da Loucura*, na qual Foucault (2019) discorre sobre a estigmatização de pessoas com transtornos mentais, mas retorna alguns passos na história para descrever que, anteriormente, já havia a estigmatização de portadores de hanseníase. Essa mudança de alvo social é descrita pelo autor como “jogo de exclusão”, onde um grupo ocupa o vácuo de estigma que pertencia outrora ao anterior. E isso causa, ao grupo alvo, marginalização social. Considerando o panorama durante a pandemia de COVID-19, questiona-se os motivos de exclusão das pessoas que foram infectadas pela doença, bem como seus próprios receios de discriminação.

Ainda é cedo para fazer afirmativas conclusivas acerca de um evento de tão grande porte, de consequências sem precedentes, mas é possível iniciar uma reflexão fundamentada em como cada sociedade percebe, representa e atua na dinâmica social de acordo com suas características socioculturais. Assim, cabe reforçar que o isolamento social será tratado aqui de forma diferente do usual, ou seja, não o repetiremos, ainda que importante, como medida necessária no controle da disseminação do vírus (o que é inquestionável), mas como uma possível consequência da estigmatização social.

Levando em consideração a construção social do estigma, este estudo busca paralelos entre a vivência cotidiana recente do COVID-19 e outras epidemias ou pandemias relatadas historicamente. Atentando para a relevância desse e de outros estudos, faz-se necessária a reflexão de políticas públicas de saúde e acolhimento que poderão contribuir para traçar estratégias de enfrentamento do estigma em decorrência da COVID-19 — e, por conseguinte, de favorecimento à prevenção e ao tratamento.

Um olhar sobre o estigma e o preconceito: o estigma social como uma produção social

Se a literatura norte-americana tem se destacado em mostrar a relação entre processos de estigma e discriminação e as condições e expectativas de vida dos sujeitos (Stuber, Meyer; Link, 2008; Krieger, 2003), como sinalizam Monteiro *et al.* (2013), a psicologia social psicológica, também de origem norte-americana, contribui significativamente para os estudos sobre o preconceito (Rodrigues; Assmar; Jablonski, 2022).

Os autores supracitados afirmam que “o preconceito é tão velho quanto a humanidade e, por isso, de difícil erradicação” (p. 199). No entanto, só a partir da década de 1930 a visão acerca do preconceito passa a ser encarada como “digna” de ser questionada, ou seja, passa a ser tratado como uma atitude irracional ou injustificada, fruto de defesas inconscientes, expressão de necessidades patológicas, influenciadas por normas sociais, manifestação de interesses grupais ou como inevitável consequência do processo de categorização social (Rodrigues, Assmar, Jablonski, 2022). Até então, a discriminação entre os grupos e pessoas era banalizada, sem necessidade de ser colocada em pauta. Nesse cenário, qualquer exemplo de uma atitude preconceituosa pode não fornecer à sociedade a dimensão acurada dos males profundos que se escondem por trás da sua manifestação e suas consequências, ora sutis, ora explícitas.

De acordo com Allport (1954), o preconceito é definido como uma atitude hostil ou aversiva dirigida a uma pessoa ou grupo que tenha qualidades consideradas censuráveis socialmente. O efeito central do preconceito seria o de posicionar um indivíduo ou grupo de forma desvantajosa em função de crenças, hábitos, comportamentos ou quaisquer outras características que o diferenciem em relação aos grupos dominantes em um determinado contexto social.

Em adição, Rodrigues, Assmar e Jablonski (2022) apontam que, entre as causas geradoras do preconceito, estão elementos sociais como a aprendizagem social e a categorização social, explicando sua criação e manutenção a partir de forças sociais e culturais ao longo do tempo. Nesse sentido, os estereótipos e os preconceitos fazem parte de um conjunto de normas sociais que são internalizadas, ao longo do tempo, como comportamentos “aceitáveis” dentro de uma sociedade, e que direcionam sutil ou abertamente a forma de pensar, de reagir afetivamente e de agir no mundo. Nesse contexto, as normas sociais são passadas,

sócio-historicamente, de geração a geração, e podem ser aprendidas em várias instituições sociais, como a casa e as escolas.

Se for pautada em preconceitos ou ações discriminatórias, a exclusão social de indivíduos e grupos, como diz Parker (2013), tem como consequência danos diretos ou indiretos às pessoas, pela produção de processos de marginalização social que dificultam o acesso à prevenção e aos cuidados em saúde, constituindo um círculo vicioso entre marginalização social e doença, reiterando o estigma.

Em seu livro *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, Erving Goffman (1980) discorre sobre as noções do estigma, da identidade social e suas implicações na sociedade. Segundo o autor, colocam-se à primeira vista concepções sobre o outro, categorizando seus atributos e determinando sua identidade social. Para Goffman (1980), o estigma é definido como um atributo negativo, que torna o sujeito diferente, diminuído ou possuidor de uma desvantagem. Quando há essa presunção depreciativa, tipificando o indivíduo como mau, perigoso ou fraco, determina-se, desse modo, sua sentença à estigmatização. Portanto, desumaniza-se o indivíduo, conferindo-lhe a condenação de discursos discriminatórios, fundamentados em uma ideologia que justifica sua inferioridade e o perigo que ele representa para a sociedade, com o consequente afastamento da vítima.

Assim, é estabelecida uma relação entre certos atributos e estereótipos que fomentam manifestações de discriminação entre os sujeitos ou grupos portadores das marcas tidas como indesejáveis. Nesse sentido, não é estranho vislumbrar que as crenças e as normas sociais relacionadas a outras doenças e epidemias marcaram nosso passado e deixam, até hoje, pessoas estigmatizadas. É, assim, plausível pensar nas consequências sociais do novo coronavírus na vida pessoal e nas relações interpessoais, nas quais a vergonha, “que surge quando o indivíduo percebe que um de seus próprios atributos é impuro” (Goffman, 1980, p. 17), se torna uma possibilidade central.

Goffman divide os indivíduos em dois grupos principais: os “normais” (aqueles sem o atributo estigmatizante) e os “estigmatizados” (que possuem — ou os demais imaginam possuir — o atributo estigmatizante). Os estigmatizados buscam ser “normais” para amenizar as consequências descritas no parágrafo anterior. Há, então, maior gasto de energia com a performance de uma “normalidade” nos momentos de “contatos mistos”, “em que os estigmatizados e os normais estão na mesma situação social, ou seja, na presença física imediata

um do outro, quer durante uma conversa, quer na mera presença simultânea em uma reunião informal” (Goffman, 1980, p. 22).

Porém, na falta de um *feedback* saudável, em qualquer relação interpessoal, a pessoa tende a se autoisolar: “torna-se desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa e confusa” (Goffman, 1980, p. 22). Além disso, Barker (1948 *apud* Goffman, 1980) complementa dizendo que o indivíduo estigmatizado vive em um limite produtor de insegurança, que envolve a recepção dos ditos “normais”. Goffman (1948) destaca tanto a incerteza sobre possíveis categorias em que o indivíduo estigmatizado possa ser alocado, quanto ao que pensam, de verdade, sobre ele.

Histórico de epidemias e os reflexos no contexto social: atravessamentos estigmatizantes da gripe espanhola à COVID-19

Durante a pandemia da gripe espanhola no Brasil, em 1918, segundo Goulart (2005), a população da cidade do Rio de Janeiro demonstrava muita preocupação com as possíveis medidas a serem tomadas pelas autoridades responsáveis pela saúde pública. A visão de que se fazia muito alarde por causa de uma doença corriqueira — uma simples “limpa velhos”, pela crença de que atingiria idosos — foi amplamente compartilhada e se mostrou equivocada, com a morte, especialmente, de jovens e adultos, o que surpreendeu a população geral e o corpo técnico.

O caso exemplifica o quanto ideologias atravessam todas as camadas da sociedade, incluindo os grupos que ocupam um lugar de responsabilidade frente à gestão em saúde. Assim, é possível que até mesmo eles estejam impossibilitados de classificar a doença de forma neutra. Ao mesmo tempo, o impacto causado pela epidemia sobre a sociedade pode se transformar em fator que justifique a intervenção do governo, através de uma legislação que estabeleça uma forma de controle social e também um suporte na transformação das relações entre indivíduos e entre indivíduos e instituições, visando o bem comum (Auge; Herzlich, 1995 *apud* Goulart, 2005).

O estigma surge em paralelo às epidemias ao longo do tempo e pode ser observado, na história, em casos como a tuberculose, a hanseníase, a doença falciforme, o HIV/AIDS¹ e, agora, a COVID-19. Embora a tuberculose seja uma das doenças mais antigas do mundo, no

¹ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Brasil, o Estado só passou a estar mais presente na luta contra a doença no ano de 1920, com a Reforma Carlos Chagas (Fiocruz, 2013). Décadas depois, de acordo com Touse *et al.* (2013), os familiares de pacientes com tuberculose ainda procuram substituir a palavra por termos e expressões que suavizam sua condição, por vergonha, evitando expor o diagnóstico para as pessoas de seu convívio.

No caso da hanseníase, a partir da década de 1980, o Brasil modificou a estratégia de cuidado de pessoas acometidas pela doença, com o fechamento de hospitais-colônia, onde as internações eram feitas de forma compulsória. Em 1995, foi sancionada a Lei n.º 9010, de 29 de março de 1995, como iniciativa de ressignificação social da doença, determinando que o termo “lepra” e seus derivados não seriam mais utilizados em documentos da União e dos estados (Brasil, 2021).

Dos estigmas relacionados à hanseníase, de acordo com Queiroz (1997, p. 77), há a crença de que o indivíduo tende a adoecer quando passa a conviver com vícios, maus hábitos e negligencia cuidados essenciais com o corpo físico e social. Inserem-se nesse rol a falta de higiene e o convívio com bebida alcoólica, cigarro ou outros agentes tóxicos. O destino, a vontade divina ou simplesmente as condições herdadas geneticamente também apareceram com o sentimento de culpa, uma vez que, no passado, o próprio indivíduo ou antepassado concorreram para causar o problema. Por se tratar ainda de uma doença que significa uma efetiva ameaça à subsistência do sujeito, ao envolver a degeneração de nervos, que pode impedir o indivíduo de executar atividades físicas, a hanseníase reduz a possibilidade de socialização do sujeito, aumentando o sentimento de exclusão.

Sobre o histórico da doença falciforme (DF), a Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados (Brasil, 2015) aponta que sua origem remonta aos continentes africano e asiático, tendo chegado ao Brasil principalmente em função do tráfico de pessoas escravizadas. A população acometida pela doença, em sua maioria, era afrodescendente e pobre, mas, apesar desse recorte, alcança outros grupos étnicos e sociais, em todo o mundo, devido aos fluxos migratórios. É o caso do Brasil, que apresenta uma das maiores heterogeneidades genéticas do mundo, decorrente da miscigenação da população, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2018). Na década de 1990, a Organização Mundial da Saúde reconheceu a DF como um grave problema de saúde pública mundial. Logo, no Brasil, a relevância da doença foi incorporada à agenda governamental, e em 2001, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria

GM 822/2001, regulamentou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (teste do pezinho), ampliando a gama de doenças congênitas rastreadas, com a inclusão da DF. O teste, então, possibilitou o diagnóstico precoce, favorecendo o início do tratamento.

A DF é genética e crônica, e é considerada um problema de saúde pública no Brasil. São comuns os casos de pessoas com úlceras de perna secundárias (necrose tecidual local). Para além da questão física, os portadores também sofrem consequências psicossociais dessas feridas em seu cotidiano. A dor ocasionada pela úlcera é um fator que interfere tanto na função física, quanto também nas relações sociais, pois pode dificultar a socialização do indivíduo, impedindo-o de praticar esportes, lazer e a ida a eventos. Por outro lado, há os comportamentos de vigilância de enfermos e seus familiares, sinalizados no estudo de Brito, Carvalho, Cerqueira e Santos (2021); indicam que o excesso de zelo é construído na experiência com o adoecido, ao assistir as complicações que colocam sua vida em risco. O temor da morte é muito reforçado no imaginário da família, devido ao grande risco apresentado pela DF nos primeiros anos de vida de uma criança diagnosticada.

No Brasil, embora a Constituição Federal de 1988 institua a garantia de direitos fundamentais, os estigmas e preconceitos muitas vezes transgridem a legislação, ou por falta de conhecimento da doença, ou da lei e sua interpretação:

Art. 5º – Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade;

Art. 6º – São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Brasil, 1988).

Em 1980, o primeiro caso de AIDS foi registrado no Brasil. Pouco tempo depois, em 1983 houve a primeira notificação de infecção por HIV em uma criança, ano que também conta com relatos de mulheres com AIDS, o que configuraria transmissões em heterossexuais em um momento em que prevalecia a ideia de que apenas homens homossexuais e pessoas heterossexuais com transtorno por uso de substâncias contraíam a doença — este último por compartilhar seringas com homossexuais. No mesmo ano, surgem as primeiras críticas ao termo “grupo de risco” (grupos mais vulneráveis), visto que se considerava que um grupo específico de pessoas como homossexuais e haitianos eram as principais vítimas da doença (Instituto Oswaldo Cruz, s.d.). Os portadores de HIV/AIDS, através dos profissionais de saúde e membros

da sociedade civil, criaram, em 1989, a “Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids”, com apoio do Departamento de IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Tal iniciativa diz respeito ao amparo a esta população que, apesar dos direitos fundamentais da Constituição Federal, sofria preconceito e era alvo de estigmas. Destacam-se na Declaração os incisos cujo objetivo é a preservação contra danos causados por preconceitos e estigmas:

IV - Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação;

V - Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/AIDS, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual;

VI - Todo portador do vírus da AIDS tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar recusar aos portadores do HIV/AIDS um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei;

[...] VIII - Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/AIDS, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais;

[...] XI - Toda pessoa com HIV/AIDS tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania. (Brasil, 1989/2022).

Os demais incisos que se referem ao acesso à informação, a não obrigação de comunicar seu estado de saúde, não são menos importantes que os destacados, pois garantem às pessoas atendimentos em diversos setores.

Entretanto, a Constituição e a Declaração não foram suficientes para diminuir o preconceito e o estigma nas pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). Por isso, 25 anos depois, foi sancionada a Lei n.º 12.984, de 2 de junho de 2014, que criminaliza a discriminação aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e pessoas com AIDS.

Entretanto, ao se tomar a experiência da infecção como algo que constitui uma nova subjetividade, reitera-se o caráter de excepcionalidade conferido à AIDS, que, se por um lado foi útil para impulsionar a formulação de ações e políticas específicas, por outro pode contribuir para manter o estigma e o preconceito (Monteiro *et al.*, 2013, p. 76).

É importante a compreensão de que doenças contagiosas não têm em si qualquer significado; sua significância surge

[...] pelo modo como interfere na vida das pessoas [...] a doença só passa a existir como fenômeno social quando existe uma concordância em sua percepção, classificação e no que se refere às respostas dadas a ela. Como tal, ela se traduz em uma entidade alusiva, e não simplesmente em um estado fisiológico. A representação dada a uma doença é fruto de uma intensa e complexa negociação social, raramente livre de certa dose de coação cultural, que incorpora e reflete valores e relações de status. (Goulart, 2005, p. 117).

Com a COVID-19, observam-se semelhanças aos estigmas das doenças citadas. Cada doença tem suas condições específicas, porém cabe atenção aos comportamentos sociais comuns ao lidar com elas. Assim, elencando as semelhanças, pode-se dizer que tanto na COVID-19, quanto na tuberculose, os sujeitos têm receio de relatar seu diagnóstico. No caso da hanseníase, considera-se que os portadores da doença tenham maus hábitos e irresponsabilidade por contrair a doença. Em relação à doença falciforme, destaca-se o zelo excessivo pela família em decorrência dos altos índices de letalidade. Por fim, a pandemia do coronavírus possui aspectos que se assemelham à pandemia da gripe espanhola, cem anos mais tarde, através da divulgação de notícias incorretas, conhecidas hoje como *Fake News*.

As autoridades, inicialmente, divulgaram a ideia de que apenas um grupo específico seria mais afetado pela doença, alegando tratar-se de uma gripe que só mataria os idosos e as pessoas com comorbidades. Houve, portanto, a ideiação de isolamento vertical, em que, ao isolar este grupo, seria permitido às pessoas jovens e saudáveis circular normalmente. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) se pronunciou contra essa medida, uma vez que jovens são vetores importantes para a disseminação de contágio da doença e foram acometidos similarmente (Fiocruz, 2020a).

Além do que se especulava sobre a doença, com a gravidade da difusão de informações falsas e do negacionismo científico, autoridades brasileiras acrescentaram a alcunha de “vírus chinês” e assim contribuíram para propagar o preconceito em torno da comunidade oriental no país (Moreira, 2020). Tudo isso fez do surgimento da COVID-19 um momento caótico, tanto em termos epidemiológicos, quanto sociológicos.

Ainda sob a ótica de uma experiência estigmatizada é possível relacionar os grupos que mais sofrem preconceito no cenário de expansão mundial da COVID-19. As pessoas com descendência asiática constituem o primeiro grupo foco na pandemia, em decorrência do entendimento precipitado de que o vírus teria começado na China. A segunda classe acometida foram os profissionais de saúde, já que estão em contato direto com as pessoas contaminadas,

expostos ao vírus, sendo, então, convertidos em alvos, em vez de reconhecidos como agentes de solução (WHO, 2020). De acordo com a *Cartilha sobre estigma e preconceito na Covid-19*, produzida pelo governo do estado do Ceará, a terceira comunidade são as pessoas que adquiriram o vírus, muitas vezes sendo culpabilizadas por terem se contaminado (ESP/CE, 2020).

Esses grupos padecem de um outro isolamento, imposto de modo indireto — e não como diretriz de cuidado e controle da doença — pela própria comunidade em que se insere o indivíduo. Há uma afetação sobre as relações interpessoais que transcendem a doença em si, perpetrada por atravessamentos de um imaginário de contaminação que culmina em danos psicológicos que precisam ser considerados. Segundo Ventura (2020), não apenas asiáticos residentes em seus países de origem, mas também os radicados em outros países sofreram discriminação e xenofobia com o surgimento do COVID-19. A autora relata, ainda, outros casos nos quais outros vírus que resultaram em epidemias também geraram ondas de discriminação pelos “apelidos” que receberam, como a gripe “suína” (H1N1), e a nocividade desse comportamento social para os grupos os quais tais apelidos são correlacionados. Em relação ao segundo grupo, Borges *et al.* (2021) descrevem exemplos práticos de estigmatização que aconteceram durante a pandemia de COVID-19: incluíram proibição de uso de transporte público por profissionais de saúde em outros países e os expulsaram de imóveis alugados. É importante salientar que tais profissionais estavam enfrentando nos seus locais de trabalho alta carga laboral e maiores riscos de contaminação pelo vírus. Ou seja, nesse cenário, estavam sendo pressionados tanto na vida pública quanto na privada.

Ao que se refere ao terceiro grupo, na pesquisa realizada por Sousa *et al.* (2022), foram entrevistados 92 homens que relataram estigma durante a pandemia de COVID-19: ao retornarem às suas cidades de origem para se proteger do vírus, se viram sendo tratados de forma fria pela população local, sofrendo discriminação mesmo após a cura e tendo o seu cotidiano vigiado por vizinhos que buscavam a certeza da contaminação por quaisquer mudanças de rotina. Relatam, ainda, situações estigmatizantes sofridas em ambiente de atendimento em saúde. O resultado, segundo o conteúdo das entrevistas, foi o surgimento de sentimentos como raiva, tristeza e angústia.

Além disso, a necessidade de isolamento social agravou ainda mais um isolamento preexistente praticado contra grupos já vulneráveis antes da existência do vírus, como idosos,

o que pode resultar em consequências sociais e psicológicas. No trabalho de Barbosa *et al.* (2023), foram avaliados vídeos da plataforma *YouTube* em busca de sinais de ageísmo contra pessoas idosas durante a pandemia. Foi identificada uma discriminação anterior, em alguns aspectos de forma velada, mas que assume uma roupagem voltada para o momento pandêmico. Tal estigma já existente refere-se a pensamentos de incapacidade dessa população diante do capital e sobrecarga de cuidado para as famílias, como descrito por Lima *et al.* (2023). Durante o COVID-19 esse estigma passa a ser o do “grupo de risco” e que deveria ter maior isolamento diante dos demais, impondo-lhes decisões sem considerar sua subjetividade e individualidade. Como forma de defesa, essa população pode se comportar de forma retraída, o que aumenta os impactos do isolamento social existente antes e durante a pandemia.

Deve-se salientar que já temendo o que estava por vir e a partir de experiências pregressas, a Organização Pan-americana da Saúde e o Ministério da Saúde realizaram campanhas com foco em saúde mental e contra a estigmatização durante a pandemia, sugerindo novos termos com menor carga estigmatizante, como “pessoas com sintomas” ao invés de “vítimas” ou “doentes” (Pan-american Health Organization, 2020). Porém, diante do exposto nos parágrafos anteriores, fica claro que mesmo com tais esforços, essas informações não alcançaram a população de forma abrangente. Observa-se uma repetição de padrão comportamental da população diante de eventos de disseminação de infecção por agentes patogênicos ao longo da história: o isolamento não é apenas físico, mas social no sentido de marginalização daquele sujeito infectado, como se ele, mesmo já tendo superado a infecção, ainda precise passar por uma “quarentena” social que culminam em situações estigmatizantes. Tal cenário é descrito pelo já citado Erving Goffman: as pessoas que têm contato ou alguma relação real ou imaginária com o patógeno — seja ele os bacilos que causam a tuberculose e a hanseníase e os vírus que causaram a gripe espanhola, a infecção por HIV e o COVID-19 — se tornam desacreditadas. Se são desacreditadas perante a sociedade, podem vir a ter áreas das suas vidas afetadas por isso, até mesmo em pontos cruciais, como serem preteridas em ambientes de trabalho, por exemplo. Há grupos que são mais expostos aos riscos de tal estigmatização por questões de vulnerabilidade social, como trabalhadores autônomos: caso sejam discriminados na execução de seu trabalho não possuem garantias de seguridade social mais robustas para o caso de não conseguirem mais exercê-lo. Por isso, é compreensível que houvesse medo da discriminação, nesses indivíduos, de comunicar sobre a infecção por COVID-19, falar sobre o

seu local de trabalho, sua idade e sua origem étnica, já que o estigma poderia vir de “qualquer” sujeito interlocutor, como explicitado nos artigos citados.

Desse modo, devem ser realizadas ações de combate à estigmatização e a implementação de medidas que promovam a integração de indivíduos desses grupos, propiciando esclarecimento acerca da doença e seu enfrentamento, bem como de seus males consequentes. Se o estigma é fruto de uma construção social, com raízes categóricas, é preciso desconstruir aquilo que, aprendido, segrega e aparta de forma injustificada.

A vulnerabilidade social como fator de risco

A discussão sobre os processos de estigmatização relacionados à COVID-19 permite compreender que os impactos da pandemia não foram distribuídos de maneira homogênea entre os diferentes grupos sociais. Em contextos marcados por desigualdades estruturais, o estigma associado à contaminação se articulou às condições de vulnerabilidade já existentes, aprofundando processos de exclusão social. Para determinados grupos, sobretudo trabalhadores informais, populações racializadas e sujeitos historicamente marginalizados, a oferta de um cuidado satisfatório já se apresentava de forma limitada, e quando confirmado o contágio, o medo da discriminação e da perda de renda podia resultar, inclusive, na ocultação de sintomas ou do diagnóstico, como estratégia de preservação da subsistência. Assim, a experiência pandêmica evidenciou que o estigma não atua apenas no plano simbólico, mas também produz efeitos concretos sobre as possibilidades de cuidado, acesso à saúde e permanência social desses indivíduos — no que pese tanto o isolamento demandado quanto o discriminatório.

De acordo com a literatura atual, há critérios quase consensuais sobre reações psicossociais decorrentes do isolamento social, que necessitam de maior atenção e cuidado, entre eles: comprometimento da funcionalidade da rotina, maior dificuldade no âmbito social, dependência de álcool e outras drogas e transtornos psíquicos como depressão maior, psicose, estresse pós-traumático e sofrimento intenso (incluindo complicações como conduta suicida) (Fiocruz, 2020b).

Diante do cenário de emergências humanitárias, impulsionado pela pandemia do coronavírus, alguns órgãos vêm desenvolvendo estratégias de assistência, tanto a profissionais, quanto à população, de um modo geral (IASC, 2020; Organização Mundial da Saúde, 2015). O núcleo de “Saúde Mental e Apoio Psicossocial” (SMAPS), seguindo as Diretrizes do Comitê

Permanente Interagências — “Inter-agency Standing Committee” (IASC) —, disponibilizou uma cartilha de cuidados na saúde mental e apoio psicossocial¹, que visa, de forma transversal e intersetorial, atender a população acometida pela pandemia, a partir da promoção de estratégias de autocuidado.

Nesse sentido, a população é orientada para reforçar os cuidados psíquicos essenciais, abrangendo o acolhimento ao medo, o desenvolvimento de estratégias de maior estabilidade emocional, a atenção às próprias necessidades básicas, o investimento em exercícios físicos, a manutenção do contato com a rede socioafetiva e a cautela no consumo de álcool e outras drogas. Em adição, é reforçada a importância da busca e da apuração de informações, e o exercício da solidariedade na comunidade. Aos profissionais da saúde, é destacada a relevância da não medicalização do sofrimento psicológico, além da promoção do cuidado compartilhado em rede e a oferta de uma escuta responsável.

É importante sinalizar que as demandas psicológicas tendem a se modificar ao longo do tempo e a progressão dos fatos relacionados a pandemia, considerando também casos de pessoas com suspeita ou diagnósticos confirmados, pessoas hospitalizadas ou vivenciando processo terminais ou com luto de familiares, podem sofrer reflexos os mais diversos possíveis (Schmidt; Crepaldi; Bolze; Neiva-Silva; Demenech, 2020). Durante o isolamento social, segundo Lima (2020), algumas características se fazem comuns, como a solidão, a irritabilidade, a tristeza e o medo. De acordo com o autor, este último compreende diversos fatores, como o medo de adoecer, o medo da morte, o medo da morte de pessoas queridas e o medo do vírus. Esses sentimentos podem se apresentar de formas diferentes de acordo com classe social, grupos étnicos, gênero, idade e comorbidades, em uma tendência a vivenciar a pandemia de formas múltiplas.

No contexto brasileiro, destaca-se a influência da notória desigualdade na experiência da pandemia e na adesão às citadas formas de autocuidado, no que se inclui a atenção às relevantes questões psicológicas que envolvem o indivíduo e as comunidades. No país, 1% da população detém 28,3% do capital, com recordes em concentração de renda no mundo (Sasse, 2021). Com o sofrimento da população mais pobre relegada às margens do Estado, na pandemia, as condições psicossociais se tornam um agravante na vida dessas pessoas. Tais vivências ilustram, não apenas a desigualdade de oportunidades, mas a falta de condições plenas e dignas e de direitos fundamentais.

Recomendações básicas de prevenção do Ministério da Saúde (Brasil, 2020) no combate à COVID-19 omitem a realidade vivida por essas pessoas. A higienização das mãos, bem como a utilização de máscara em todos os ambientes e o cumprimento da distância social respondem a uma utopia, quando se fala em populações marginalizadas. Fatores como a falta de água, condições insalubres, necessidade de locomoção e exposição alta pelo trabalho somam uma dificuldade de prevenção e conscientização da comunidade, o que potencializa a vulnerabilidade desse grupo à contaminação pelo coronavírus. A população negra também se consolida como grupo refém da desigualdade social, enfrentando problemas para a implementação de políticas públicas de saúde, havendo maior incidência de morte pela COVID-19 nesse grupo (Araújo *et al.*, 2020). Logo, atrelada ao novo contexto pandêmico, há uma “naturalização do risco de vida” (Flaeschen, 2020), uma vez que esse grupo está mais exposto a condições insalubres, falta de aparatos básicos à sobrevivência e dispõe de renda econômica baixa.

Nesse contexto, observa-se que a pandemia também reforçou mecanismos de culpabilização dirigidos a grupos minoritários e socialmente vulneráveis. A maior exposição dessas populações ao vírus passou, em muitos casos, a ser interpretada moralmente como resultado de irresponsabilidade individual, negligenciando os determinantes sociais envolvidos no processo de adoecimento. Tal lógica retoma dinâmicas históricas presentes em outras epidemias, nas quais determinados grupos foram transformados em “vetores sociais” da doença, convertendo desigualdades estruturais em justificativas para discriminação e vigilância.

Além disso, outros grupos podem enfrentar fatores de vulnerabilidade. Dentre eles, os idosos e os sujeitos com alguma forma de comprometimento cognitivo, que podem experimentar maiores alterações emocionais e comportamentais (Fiocruz, 2020b; IASC, 2020), demandando maior atenção em seu estado físico e mental e auxílio em tarefas diárias em suas casas.

Desse modo, faz-se imprescindível o contínuo investimento em pesquisas voltadas a essas populações, a fim de atender as especificações e demandas de cada uma, proporcionando um melhor cuidado em saúde e qualidade de vida a elas. Mesmo diante da relevância das ações comunitárias como fortificadoras dos laços sociais, a proteção social do Estado é necessária. Cuidados especializados, ferramentas adequadas, profissionais capacitados e assistidos,

adicionados às medidas de prevenção representam ações efetivas para minimizar as reações negativas psicossociais desenvolvidas na pandemia COVID-19 (Flaeschen, 2020).

Considerações finais

O presente estudo objetivou fazer uma breve análise histórica de alguns eventos epidêmicos importantes, que afetaram de forma singular a sociedade, bem como problematizar, à luz da Psicologia Social, uma reflexão dos possíveis impactos do estigma social, imposto àqueles contaminados pela COVID-19, tal como ocorreu em outros eventos. Para tal, recorremos a autores renomados como Goffman e Allport, retomando o conceito de estigma, sua origem e consequências. Para além, resgatamos elementos sócio-históricos de doenças que refletem o estigma dos afetados para melhor compreender os desafios diante de uma situação mundial que modificou as relações, a qualidade de vida e a saúde psíquica da população. Entre eles, destacamos a gripe espanhola, a tuberculose, a HIV/AIDS, a hanseníase e a doença falciforme (DF). Assim, conjecturamos aspectos como o receio e a vergonha do diagnóstico, o medo diante dos altos índices de letalidade, o compartilhamento de notícias falsas, fatores que impulsionam a constituição do estigma social.

Como Rodrigues, Assmar e Jablonski (2022) apontam, o estigma é resultado de aprendizagem e categorização social, o que pode ser discutido e reaprendido diante de orientações e ações sociais. As doenças aqui destacadas compartilham elementos que corroboram para a transformação das relações sociais, tanto no modo como a sociedade reagiu, desde o advento da doença, na forma como os enfermos lidam com o diagnóstico, quanto na compreensão das autoridades a respeito do problema de saúde pública e nas medidas tomadas para o enfrentamento.

No início da pandemia no Brasil, se discutia a ideiação de isolamento vertical, uma medida não eficaz e não recomendada por entidades de saúde internacionais, o que, caso tivesse aderência significativa, provocaria a segregação de grupos vulneráveis, contribuindo para a exclusão, que por sua vez colabora para a formação do estigma social. Assim, diante da repercussão e de debates entre instituições de saúde, foi adotado o isolamento social, abrangendo toda a sociedade. Em adição, é importante reforçar que o isolamento social é uma medida sanitária não farmacológica para a contenção e diminuição da propagação do vírus. Entretanto, este isolamento, sem o devido acolhimento, com programas de atenção e escuta à

população, pode trazer sofrimento psicológico, o que, por sua vez, se torna uma consequência a mais para a pandemia. Nesse sentido, é indiscutível a necessidade do desenvolvimento de maior pesquisa na área de saúde, a fim de levantar dados e aprimorar a qualidade de vida das pessoas na sociedade.

Diante disso, defendemos a importância dos cuidados psicológicos, como a manutenção da rede socioafetiva, a atenção às próprias necessidades, a busca e a apuração de informações confiáveis e o exercício da solidariedade para toda a população, em especial, aos grupos que destacamos, devido ao histórico de carências já reconhecidamente vivenciadas, tendendo a enfrentar maiores dificuldades, abarcadas por já prévias discriminações e entraves. Estes grupos afetados pela desigualdade social — classes sociais, grupos étnico-raciais e comunidades de acordo com gênero, idade e comorbidades — demandam maior atenção do governo e maior assistência, de acordo com seus direitos básicos, hoje não atendidos. É importante frisar que os profissionais de saúde, mesmo aqueles não sendo classificados como pertencentes a grupos vulneráveis, também necessitam de cuidados psicológicos específicos para a sua realidade e uma visão profissional diante do prolongamento do sofrimento no trabalho mesmo após a pandemia.

Ao final da apuração literária, pôde-se constatar uma possível relação entre doenças contagiosas, grandes epidemias e a formação do estigma social, devendo ser mais bem compreendida a partir de estudos sistematizados. Destaca-se ainda que, durante os eventos aqui citados, cada doença em seu recorte temporal explicita que a sociedade, muitas vezes, no seu senso comum, cria estigmas e a comoção em torno de algo que surge de forma inesperada e atinge todas as camadas sociais, ainda que nem sempre seja por elas percebidas. Assim, o debate faz com que as autoridades tenham que tomar medidas de contenção não só de doenças, mas também de estigmas e preconceito.

Não é incomum a associação seletiva de grupos como vetores iniciais de uma doença, porém apesar desse discurso trazer consigo a busca da compreensão da gênese da doença, com fins de combate e controle, cria-se um pretexto para a culpabilização infundada ao grupo. Esse discurso propaga também divergências políticas, afetando a sociedade como um todo, mas em especial os grupos minoritários, pela falta de medidas e ações de saúde diante da pandemia. Dessa forma, a manifestação da culpabilização e atribuição do estigma a esses grupos

demonstra como a avidez e o obscurantismo podem vir a prejudicar ações eficazes de forma célere no controle e na erradicação de doenças de forma global.

Diante da novidade trazida pela COVID-19, não foi possível realizar um estudo que compreendesse dados estatísticos ou impactos específicos. Faz-se indispensável, então, seguir desenvolvendo as investigações sobre a construção do estigma diante da pandemia do coronavírus, ou seja, como a sociedade, as pessoas e o senso comum constroem conhecimento sobre a doença.

Quando uma epidemia se inicia, a informação é a maior defesa que uma sociedade pode ter, o que exige que as autoridades tomem a iniciativa. Por mais que elas reflitam a sociedade e assim se justifique não estarem livres de preconceitos, a criação de políticas públicas é dever de suas atribuições. Dessa forma, faz-se necessário pensar em políticas que controlem a transmissão da doença e evitem a desinformação, o que dificultaria a criação de estigmas, visando o bem comum.

Referências

ALLPORT, Gordon W. **The nature of the prejudice**. Boston: Beacon Press, 1954.

ARAUJO, Edna M. *et al.* Covid-19 - Morbimortalidade pela COVID-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. **Saúde em Debate** (SciELO Preprints), p. 1-22, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1318>. Acesso em: 07 jul. 2021.

BARBOSA, Isis B. *et al.* "Vá para casa, seu idoso!" Ageísmo na pandemia da covid-19: netnografia na plataforma Youtube™. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 26, e230049, p. 136-144, maio 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/HZ8jPmDgRzXNVCRQBwpWrtF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2026.

BEZERRA, Carina B. *et al.* Impacto psicossocial do isolamento durante pandemia de COVID-19 na população brasileira: análise transversal preliminar. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 1-10, dez. 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902020200412>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BORGES, Tyciana P. *et al.* Estigmas relacionado à Covid-19 e sua prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 31, n. 1, p. 1-6, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2021.v31n1/e310103/pt>. Acesso em: 23 abr. 2026.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Após dois anos, chega ao fim estado de Emergência em Saúde Pública por conta da Covid-19 no Brasil. **Gov.br**, Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/apos-dois-anos-chega-ao-fim-estado-de-emergencia-em-saude-publica-por-conta-da-covid-19-no-brasil>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como se proteger? Covid-19**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/como-se-proteger>. Acesso em: 30 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças e Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Direito das PVHA**. Brasília, DF, 1989/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hiv-aids/direitos-das-pvhi#:~:text=Pela%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20brasileira%2C%20as%20pessoas,isso%2C%20s%C3%A3o%20amparadas%20pela%20lei>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doença Falciforme: conhecer para cuidar**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/39506/mod_resource/content/4/Doenca%20Falciforme_SEM.pdf. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Falciforme**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2018/doenca-falciforme-pcdt.pdf/view>. Acesso em: 30 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ed. 49, seção 1, p. 185, 12 mar. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ed. 116, seção 1, p. 64, 19 jun. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.565-de-18-de-junho-de-2020-262408151>. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Hanseníase?** Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hanseniose/o-que-e>. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jun. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm. Acesso em: 3 abr. 2021.

BRITO, Luana S. *et al.* Da superproteção ao estigma: relações familiares de pessoas com úlcera de perna e doença falciforme. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37793>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CAVALCANTI, Maria L. V. C. Oracy Nogueira e a antropologia no Brasil: o estudo do estigma e do preconceito racial. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 11, n. 31, p. 5–28, 1996. Disponível em: <https://anpocs.org.br/1996/06/07/vol-11-no-31-sao-paulo-1996/>. Acesso em: 29 mar. 2021.

CLAY, Rebecca A. COVID-19 and suicide: how the pandemic will affect suicide rates is still unknown, but there's much psychologists can do to mitigate its impact. **American Psychological Association**, v. 51, n. 4, jun. 2020. Special Report. Disponível em: <https://www.apa.org/monitor/2020/06/covid-suicide>. Acesso em: 29 mar. 2021.

ESP/CE. **Cartilha sobre estigma e preconceito na Covid-19: Saúde Mental e a pandemia de Covid-19**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues, 2020. V. 2. Disponível em: <https://coronavirus.ceara.gov.br/project/cartilha-discute-o-estigma-e-o-preconceito-no-contexto-da-covid-19/>. Acesso em: 30 mar. 2021.

FLAESCHEN, Henrique. Coronavírus nas favelas: “É difícil falar sobre perigo quando há naturalização do risco de vida”. **Abrasco**, 30 mar. 2020. Notícias. Disponível em: <https://abrasco.org.br/coronavirus-nas-favelas-e-dificil-falar-sobre-perigo-quando-ha-naturalizacao-do-risco-de-vida/>. Acesso em: 30 mar. 2021.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Covid-19: Quais as diferenças entre isolamento vertical, horizontal e lockdown? **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 1 jul. 2020a. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/covid-19-quais-diferencas-entre-isolamento-vertical-horizontal-e-lockdown>. Acesso em: 03 abr. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Glossário de doenças. Tuberculose. **Agência Fiocruz de Notícias**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/tuberculose>. Acesso em: 19 abr. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: Recomendações gerais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-gerais.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GOULART, Adriana da C. Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 12, n. 1, p. 101–142, jan./abr. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Wkqm45R4ptVzTqSpKxJhfRh/?lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2021.

HOLMES, Emily *et al.* Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 6, p. 547–560, jun. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1). Acesso em: 10 jan. 2023.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19**. Tradução de Márcio Gagliati. Versão 1.5. Genebra: IASC, 2020. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. **O vírus da AIDS, 20 anos depois**. Rio de Janeiro, 2026. Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>. Acesso em: 24 abr. 2026.

KRIEGER, Nancy. Genders, sexes, and health: what are the connections and why does it matter? **International Journal of Epidemiology**, v. 32, n. 4, p. 652–657, ago. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyg156>. Acesso em: 10 jan. 2023.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LIMA, Catiúscia F. *et al.* O abandono da mulher idosa na pandemia pela Covid-19: Um olhar dos profissionais de saúde. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 10, p. 1–11, set. 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/43315>. Acesso em: 23 abr. 2026.

LIMA, Danilo L. F. *et al.* COVID-19 no Estado do Ceará: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1575–1586, 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/covid19-no-estado-do-ceara-comportamentos-e-crencas-na-chegada-da-pandemia/17540>. Acesso em: 28 fev. 2025.

LIMA, Rossano C. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 1–10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/nyq3wrt8qpWFsSNpbgYXLWG/?lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2021.

LLORENTE, Analía. Coronavírus: confinamento é 'o maior experimento psicológico da história', diz especialista em trauma. **BBC News Brasil**, 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-53204453>. Acesso em: 24 abr. 2026.

MARQUES, Emanuele S. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 1–6, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400505. Acesso em: 17 abr. 2021.

MONTEIRO, Simone *et al.* A produção acadêmica recente sobre estigma, discriminação, saúde e Aids no Brasil. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (org.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 61–80. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/hrc5s/pdf/monteiro-9788575415344-05.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MOREIRA, Matheus. Em meio a surto de coronavírus, orientais no Brasil relatam preconceito e desconforto. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 3 fev. 2020. Saúde. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/02/em-meio-a-surto-de-coronavirus-orientais-no-brasil-relatam-preconceito-e-desconforto.shtml>. Acesso em: 10 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Primeiros cuidados psicológicos**: guia para trabalhadores de campo. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7676/9788579670947_por.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Considerações psicossociais e de saúde mental durante o surto de COVID-19. **OPAS**, 18 mar. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51996/OPASBRACOV1920040_por.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Proteção da saúde mental em situações de epidemia**. OPAS, 2006. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situaciones-de-Epidemias--Portugues.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. **OPAS**, 11 mar. 2020. Notícias. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 15 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Ministério da Saúde e OPAS iniciam campanha para promover a saúde mental no contexto da COVID-19. **OPAS**, 21 abr. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/21-4-2020-ministerio-da-saude-e-opas-iniciam-campanha-para-promover-saude-mental-no>. Acesso em: 24 abr. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19. **OPAS**, 5 maio 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 15 out. 2025.

PAN-AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **COVID-19: Uma mensagem para você**. Youtube, 2020. Vídeo (1min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=53Cpwbid5sU>. Acesso em: 24 abr. 2026.

PARKER, Richard. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (org.). **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 25–46. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/hrc5s/pdf/monteiro-9788575415344-03.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PEREIRA, Mara D. *et al.* The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1–35, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548>. Acesso em: 10 jan. 2023.

QUEIROZ, Marcos S.; PUNTEL, Maria A. Representações sobre saúde e doença. In: QUEIROZ, M. S. A **endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 80–88. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6tfv6>. Acesso em: 10 jan. 2023.

RODRIGUES, Aroldo; ASSMAR, Eveline Maria Leal; JABLONSKI, Bernardo. **Psicologia Social**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2022.

SASSE, Cintia. Recordista em desigualdade, país estuda alternativas para ajudar os mais pobres. **Agência Senado**, Brasília, DF, 12 mar. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/03/recordista-em-desigualdade-pais-estuda-alternativas-para-ajudar-os-mais-pobres>. Acesso em: 30 mar. 2021.

SCHMIDT, Beatriz *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, p. 1–13, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SCHUCHMANN, Alexandra Z. *et al.* Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 3556–3576, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-185>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SOUSA, Anderson R. de *et al.* Stigma experienced by men diagnosed with COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 1, p. 1-10, nov. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/qp7FHLqp6yFJbfQPJGcDGBB/?lang=en>. Acesso em: 23 abr. 2026.

SOARES, Raquel J. O. COVID-19 e riscos psicossociais: um alerta sobre o Suicídio. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1859–1870, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/23639/19001>. Acesso em: 10 jan. 2023.

SOARES, Raquel J. O.; NASCIMENTO, Flaviana P. B. Suicídio e tentativa de suicídio: contribuições da enfermagem brasileira. **Journal of Health Sciences**, v. 19, n. 1, p. 19–24, 2017. Disponível em: <https://journalhealthscience.pgsscogna.com.br/JHealthSci/article/view/4030/3510>. Acesso em: 29 mar. 2021.

STUBER, Jennifer; MEYER, Ilan.; LINK, Bruce. Stigma, prejudice, discrimination and health. **Social Science & Medicine**, v. 67, n. 3, p. 351–357, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.023>. Acesso em: 10 jan. 2023.

TOUSO, Michelle M. *et al.* Estigma social e as famílias de doentes com tuberculose: um estudo a partir das análises de agrupamento e de correspondência múltipla. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4577–4586, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.46062013>. Acesso em: 10 jan. 2023.

VENTURA, Deisy de F. L. Pandemia e estigma: nota sobre as expressões “vírus chinês” e “vírus de Wuhan”. In: BAENINGER, Rosana; VODOVATO, Luís Renato; NANDY, Shailen (coord.). **Migrações internacionais e a pandemia de COVID-19**. Campinas: Unicamp, 2020. Disponível em: <https://www.nepo.unicamp.br/publicacao/migracoes-internacionais-e-a-pandemia-covid-19/>. Acesso em: 23 abr. 2026.

VIEIRA, Pamela R.; GARCIA, Leila P.; MACIEL, Ethel L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1–5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200033>. Acesso em: 29 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Attacks on health care in the context of COVID-19**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/attacks-on-health-care-in-the-context-of-covid-19>. Acesso em: 30 mar. 2021.

Recebido em: 16/02/2024.

Aceito em: 26/09/2025.