

Estigma vivenciado por homens diagnosticados com COVID-19

Stigma experienced by men diagnosed with COVID-19
Estigma experimentado por hombres diagnosticados con COVID-19

Anderson Reis de Sousa^I

ORCID: 0000-0001-8534-1960

Sheila Santa Barbara Cerqueira^{II}

ORCID: 0000-0002-3557-7200

Thiago da Silva Santana^{III}

ORCID: 0000-0003-0987-0814

Cleuma Sueli Santos Suto^{III}

ORCID: 0000-0002-6427-5535

Eric Santos Almeida^I

ORCID: 0000-0001-9043-5988

Luana Santana Brito^I

ORCID: 0000-0002-7188-5497

Elena Casado^{IV}

ORCID: 0000-0003-2940-9523

Evanilda Souza de Santana Carvalho^I

ORCID: 0000-0003-4564-0768

^IUniversidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

^{II}Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil.

^{III}Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

^{IV}Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Como citar este artigo:

Sousa AR, Cerqueira SSB, Santana TS, Suto CSS, Almeida ES, Brito LS, et al. Estigma vivenciado por homens diagnosticados com COVID-19. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 1):e20210038. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0038>

Autor Correspondente:

Anderson Reis de Sousa
E-mail: anderson.sousa@ufba.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 19-02-2021 **Aprovação:** 05-08-2021

RESUMO

Objetivo: analisar as características do estigma percebidas na experiência de homens que vivenciaram a COVID-19. **Método:** estudo qualitativo, que envolveu homens residentes no Brasil diagnosticados com COVID-19, os quais responderam a questões semiestruturadas em formulário *online*. Os dados foram submetidos à análise temática e lexical, interpretados à luz da teoria do estigma. **Resultados:** participaram 92 homens, adultos, cisgêneros, heterossexuais, de raça/cor parda, pertencentes à classe média, residentes na área urbana, com nível superior. As características do estigma evidenciadas foram ocorrência de afastamento, percepção do tratamento descortês, aplicação de rótulos e discriminação advindas de colegas de trabalho, familiares, vizinhos e até mesmo profissionais de saúde, com consequências para a dimensão psicoemocional. **Considerações finais:** discriminação e exclusão derivada do estigma surpreenderam homens marcados por privilégios de classe e gênero, pouco habituados a serem rebaixados nas interações, quando comparado a outros grupos. **Descritores:** Estigma Social; Pandemias; Saúde do Homem; Masculinidades; COVID-19.

ABSTRACT

Objective: to analyze the stigma characteristics perceived in the experience of men who had COVID-19. **Method:** this qualitative study involved men living in Brazil, diagnosed with COVID-19, who answered semi-structured questions in an online form. Data were subjected to thematic and lexical analysis, interpreted in the light of the stigma theory. **Results:** 92 men, adults, cisgender, heterosexual, of mixed race/color, belonging to middle class, living in the urban area, with higher education participated. The stigma characteristics evidenced were the occurrence of leave, perception of impolite treatment, use of labels and discrimination by co-workers, family members, neighbors and even healthcare professionals, with consequences for the psycho-emotional dimension. **Final considerations:** discrimination and exclusion derived from stigma surprised men marked by class and gender privileges, little used to being downgraded in interactions when compared to other groups. **Descriptors:** Social Stigma; Pandemics; Men's Health; Masculinities; COVID-19.

RESUMEN

Objetivo: analizar las características del estigma percibido en la experiencia de hombres que experimentaron COVID-19. **Método:** estudio cualitativo con hombres residentes en Brasil diagnosticados de COVID-19, quienes respondieron preguntas semiestruturadas en forma online. Los datos fueron sometidos a un análisis temático y léxico, interpretados a la luz de la teoría del estigma. **Resultados:** participaron 92 hombres, adultos, cisgénero, heterossexuales, de raza/color morena, pertenecientes a la clase media, residentes en el área urbana, con educación superior. Las características del estigma evidenciadas fueron la ocurrencia de bajas, percepción de trato descortés, aplicación de etiquetas y discriminación derivada de compañeros de trabajo, familiares, vecinos e incluso profesionales de la salud, con consecuencias para la dimensión psicoemocional. **Consideraciones finales:** la discriminación y la exclusión derivada del estigma sorprendió a los hombres marcados por privilegios de clase y género, poco acostumbrados a ser degradados en las interacciones, en comparación con otros grupos. **Descritores:** Estigma Social; Pandemias; Salud de los Hombres; Masculinidades; COVID-19.

INTRODUÇÃO

O estigma é compreendido como a depreciação de um indivíduo ou grupo de pessoas que compartilham determinadas características desvalorizadas socialmente. A presença do atributo que diferencia o indivíduo ou grupo de outros faz serem rejeitados, isolados, discriminados e excluídos de diversas atividades que exigem interação social. Além disso, indivíduos que não apresentam as características, objeto da estigmatização, mas convivem próximo a quem apresenta, também sofrem as mesmas privações e rotulações dos estigmatizados, sendo alvos da estigmatização de cortesia⁽¹⁾.

No contexto da pandemia da COVID-19, as pessoas diagnosticadas com a doença, durante ou mesmo após cumprirem as medidas de isolamento, deparam-se com a rejeição social, ao serem evitadas por outros⁽²⁾, sendo alvos de avaliações críticas e depreciativas, além de terem convites cancelados⁽³⁾. Aquelas que atuam em serviços essenciais com maior exposição ao vírus ou familiares contactantes também podem experimentar o estigma de cortesia⁽¹⁻⁴⁾.

Estudos epidemiológicos têm mostrado que os homens são os indivíduos mais atingidos pela COVID-19 e, portanto, podem estar mais vulneráveis a sofrerem as consequências do estigma. Alguns estudos têm apontado apenas aspectos clínicos, sem explorar fatores relacionados à masculinidade e aos fenômenos sociais que estão envolvidos nessa nova doença⁽⁵⁻⁶⁾.

As diferenças de gênero geram impactos nos indicadores de morbimortalidade entre homens e mulheres, uma vez que o modelo de masculinidade hegemônica na sociedade determina que os homens devem ser fortes, viris, corajosos, provedores e invulneráveis, o que repercute na dificuldade de adoção de práticas preventivas de cuidado, como o afastamento social, a higienização das mãos e de objetos e o uso de máscaras para evitar a contaminação e a disseminação da COVID-19, bem como a procura desses sujeitos por serviços de saúde quando necessitam de cuidados especializados ao apresentarem quadro sintomatológico da doença, colocando esse grupo em situação de vulnerabilidade social e de saúde⁽⁷⁾.

Em casos de doenças emergentes com alta mortalidade, como a COVID-19, o medo de contágio, o desconhecimento e a ausência de vacina para toda a população podem motivar a discriminação das pessoas adoecidas e seus contactantes, bem como comportamentos excludentes, recusa em prestar qualquer tipo de serviço, assédio, intimidação e atitudes agressivas⁽⁸⁻⁹⁾.

A pessoa estigmatizada pode vivenciar dificuldades no acesso e continuidade dos tratamentos disponibilizados, ter sua autoestima diminuída, experimentar baixa eficácia, baixa satisfação nas atividades de vida diária, ostracismo e desordens psicoemocionais, como a depressão⁽¹⁰⁻¹¹⁾. O estigma potencializa transtornos psíquicos, medos, incertezas e alterações comportamentais^(2,12-13), pode impedir pessoas com sintomas ou diagnóstico da doença a procurarem os serviços de saúde e contribuir para uma maior propagação do vírus na população.

A ocultação do diagnóstico por algumas pessoas, por receio da estigmatização, pode contribuir para o agravamento da condição clínica, complicações e limitar as possibilidades de redução da disseminação, favorecendo a transmissibilidade e a mortalidade

pela doença⁽⁹⁾, refletindo diretamente no sistema de saúde e nos indicadores epidemiológicos da pandemia⁽²⁻⁴⁾.

Informes sobre os efeitos do estigma foram transmitidos pelas autoridades sanitárias preocupadas com a violência e a ampliação das desigualdades de acesso aos serviços, além de alertas para as consequências de ordem psicoemocional e social relacionadas à doença⁽⁴⁾. Os dados epidemiológicos assinalam os homens como grupo populacional mais atingido pela pandemia. Evidências apontam para a influência das masculinidades nos comportamentos de saúde e na produção de vulnerabilidades, o que suscita maior investigação; portanto, este estudo apresenta a seguinte questão: como o estigma da COVID-19 tem se expressado nas vivências dos homens que foram infectados?

OBJETIVO

Analisar as características do estigma percebidas na experiência de homens que vivenciaram a COVID-19.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo observou todas as recomendações éticas e foi aprovado por Comitê de Ética (CEP).

Tipo de estudo

Estudo analítico, exploratório, qualitativo, derivado de um projeto matriz intitulado "Vivências de homens em contexto de pandemia do novo coronavírus- Sars-CoV-2 (COVID-19) no Brasil: Um enfoque para a saúde", por meio da pesquisa secundária intitulada "Experiências de discriminação de homens que testaram positivo para a COVID-19".

Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada através de ambiente virtual com a aplicação de formulário *online* hospedado gratuitamente no *Google Forms*.

Fontes de dados

O estudo envolveu a participação de 92 homens adultos que foram diagnosticados com o SARS-CoV-2, os quais foram recrutados em grupos de sobreviventes da COVID-19.

Coleta e produção dos dados

Os dados foram coletados durante os meses de maio a agosto de 2020. Para tanto, utilizaram-se estratégias de divulgação da pesquisa e aproximação junto aos participantes nas redes sociais, como o *Facebook*, *Instagram*, por meio da busca das *hashtags*: *#euvencaCOVID-19*; *#euvencaCOVID*; *#euvencaCOVID-19*; *#euvencaCOVID*; *#euvencaCoronavirus* e a *#euvencaCOVID-19*, que permitiram acessar grupos de pertença nos quais foram encaminhados os convites em perfis individuais e divulgação coletiva nos mesmos⁽¹⁴⁾. Adotou-se a técnica de recrutamento consecutivo

denominada de bola de neve, estruturada a partir de cinco sementes (informantes-chaves) distribuídas nas cinco regiões do Brasil, de maneira concomitante, entre as regiões pesquisadas, os quais apoiaram e divulgaram para outros possíveis participantes⁽¹⁵⁾.

Foram incluídos homens que atenderam aos critérios: ser adulto e ter confirmado diagnóstico para COVID-19. Não foram estabelecidos critérios de exclusão. Após acessarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e confirmarem anuência, os participantes responderam ao formulário com dados estruturados sociodemográficos e de saúde, e questões abertas centrais e disparadoras, como: você vivenciou alguma situação marcante e que considerou ser discriminatória por haver testado positivo para a COVID-19? Você percebeu ter recebido algum tratamento diferente por parte das pessoas pelo fato de você ter testado positivo para a COVID-19? Por quem? E outras perguntas disparadoras, a saber: em algum momento alguém usou algum apelido ou palavras ofensivas para se dirigir a você pelo fato de ter testado positivo para a COVID-19? Se sim, quais utilizaram? Te chamaram de quê? Quem agiu com você desta maneira? Você percebeu alguma mudança no comportamento das pessoas em relação a você? Como você reagiu e/ou tem reagido a esta(s) situação(ões) de discriminação? Tais perguntas poderiam ser respondidas livremente pelos participantes no espaço destinado sem limites no formulário *online*.

A amostra final foi alcançada mediante a adoção do critério de saturação teórica dos dados, que incorporou a análise das coocorrências, convergências, complementaridades e a densidade empírica dos dados. Os dados apreendidos foram organizados e sistematizados em arquivos próprios para posterior codificação.

A equipe de pesquisa foi composta por enfermeiras (os) e socióloga, que exerciam atividades de assistência hospitalar, ensino e pesquisa durante o desenvolvimento da pesquisa.

Análise dos dados

Os dados foram submetidos à triangulação de métodos através da análise temática⁽¹⁶⁾ e análise lexical. Inicialmente, o material textual sofreu leituras e releituras exaustivas. Em seguida, foi feita a leitura atenta, linha a linha, com codificação dos dados considerados relevantes para a compreensão do fenômeno. Cada unidade de análise foi revisada, buscando-se identificar a existência de temas, padrão e coerência com posterior agrupamento. Na revisão dos temas, buscou-se seu refinamento, e as categorias foram definidas e nomeadas. Em seguida, para análise lexical das palavras, o texto foi processado no *software* IRAMUTEQ[®] (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*)⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ e procedida a Classificação Hierárquica Descendente (CHD)⁽¹⁷⁾, da qual se obteve o dendrograma (Figura 1), que permitiu observar a inter-relação entre os discursos, conforme ilustram as relações entre as classes de palavras.

Os resultados obtidos do IRAMUTEQ[®] indicam que 87,38% do *corpus* foi aproveitado, com o registro de 2.018 coocorrências, e o ponto de corte foi a frequência nove. Assim, na CHD, emergiram cinco classes de segmentos de texto, as quais foram denominadas a partir da identificação das ideias centrais em cada uma das classes. Ao final, os resultados da análise temática e lexical foram confrontados e procedida a elaboração do texto, o que conferiu um exame

detalhado do estigma face às suas repartições imbricadas, especialmente complexas de identificação em um volume extenso de dados.

As categorias empíricas foram validadas pela equipe de pesquisadores em três reuniões virtuais. Para interpretação e compreensão dos resultados, foi utilizada a Teoria Sociológica do Estigma a partir do uso dos conceitos de rotulação, perda de *status*, afastamento, discriminação, que caracterizam o estigma percebido^(2,18-19). Para garantir a qualidade, foram adotadas as diretrizes do COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*).

RESULTADOS

Participaram do estudo 92 homens residentes no Brasil, com identidade cisgênera (76), heterossexuais (41), de raça/cor parda (42), seguida de preta (10), com faixa etária entre 29 e 39 anos (36), solteiros (39), ensino superior completo (57), com renda média acima de cinco salários mínimos (36), residentes em zona urbana (77), prevalentemente da região Nordeste do Brasil (49), convivendo com parceira (o) (34). Mencionaram cumprir o isolamento social e referiram utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) e planos privados (33), seguido de exclusivamente o SUS (25). A maioria não possuía doença crônica (56), e, dentre os que relataram doença, mencionaram asma, diabetes (1), hipertensão arterial (3), hipertireoidismo (1), lesão medular (paraplegia) (1), obesidade (1), HIV (3) e em cumprimento da quarentena (51), no contexto em que a pesquisa foi realizada.

Conforme expõe o dendrograma (Figura 1), as palavras foram agrupadas em lista e distinguidas por tamanho, separadas por 552 segmentos de texto (ST), com o χ^2 maior, o que exprime a força de ligação entre a forma e a classe. Assim, quanto mais no topo e maior for o seu tamanho, mais representatividade a palavra terá na composição da classe. A disposição das classes revelou que o material sofreu, inicialmente, três partições, resultando em três categorias. A primeira foi constituída pela classe um, a segunda categoria, pelas classes dois, três e quatro e a terceira, pela classe cinco.

A leitura e a interpretação foram realizadas da esquerda para a direita e revelou que a categoria 01, *Afastamento percebido nas interações*, composta pela classe cinco, reúne a maior frequência de termos com maior significância, com valor de $p < 0,0001$, apontando o vivenciado pelos homens durante o processo de adoecimento e o sentido atribuído, por eles, à experiência de afastamento. Nas expressões com maior frequência estão aspectos que vinculam o afastamento de familiares e profissionais de saúde ao preconceito percebido. Essa categoria apresenta a centralidade na percepção das medidas de distanciamento.

A segunda partição derivou a categoria 02, *Vivências com os estigmatizadores e aplicação de rótulos*, a qual abarca as classes dois, três e quatro e traz elementos que indicam a percepção da discriminação fundamentada no medo do contágio, a despersonalização da pessoa infectada, maior visibilidade à doença e seu agente viral, e anulação da pessoa. Nessa categoria, são evidenciadas interações com os sujeitos significativos da experiência do estigma.

A terceira partição originou a categoria 03, *Repercussões do estigma sobre as emoções e sentimentos dos homens*, que abarca a classe um e aponta para situações que desencadearam medos e sentimentos de raiva derivados da experiência de discriminação em razão da doença.

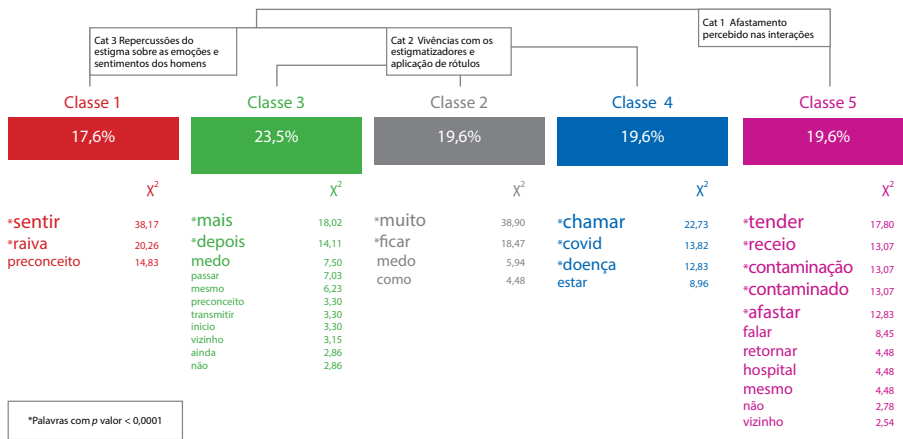


Figura 1 –Dendrograma com a porcentagem de Unidades de Contexto Elementar em cada classe e palavras com maior qui-quadrado (χ²) fornecido pelo IRAMUTEQ®, Brasil, 2020

Categoria 1 - Afastamento percebido nas interações

Elementos frequentes nessa categoria foram situados em apenas uma classe do dendrograma, revelando sua homogeneidade e centralidade na experiência do estigma. Na percepção dos homens, o afastamento decorre do temor do contágio da doença, que é sustentado pela incerteza sobre as medidas de controle e a capacidade de transmissão do vírus e que persiste mesmo após o início do tratamento e cura.

Assim, ao perceberem a existência desse afastamento, os homens se sentem desprestigiados por seus pares, menos valorizados por pessoas de seu entorno social, a exemplo de colegas de trabalho, familiares, vizinhos e até mesmo os profissionais de saúde.

Diante das ações de afastamento, os homens se percebem expostos e vulneráveis perante os demais, o que os situam na condição de “sujeito de risco” ou “perigoso” que pode ameaçar a vida e, por isso, devem ser evitados. Houve tanto distanciamento físico, geográfico e institucional quanto ruptura da comunicação e vínculo. A proximidade, então, passa a ser evitada, sob o temor de transmissão do vírus e, consequentemente, do mal que se pretende evitar.

O afastamento ocorreu não somente face ao adoecimento, mas diante daqueles que estiveram em contato com o adoecido ou vivendo em contextos com alta prevalência da doença, pela proximidade com o fenômeno independente do diagnóstico:

[...]a situação na capital era mais difícil, foi quando tive que ir para minha cidade natal por conta do avanço dos casos na cidade na qual eu moro. Ao chegar na cidade, as pessoas tinham medo de terem contato comigo. (E1)

[...]por conviver em uma cidade que já havia casos confirmados da COVID-19, e eu decidi retornar a minha cidade natal para ficar junto da minha família, a fim de me sentir mais seguro. Por eu ter tomado essa decisão e ter estado em trânsito de uma cidade para a outra, eu fui exposto pela população, contaminado. (E2)

[...]sofri preconceito e de certo modo fui estigmatizado por parte da população que estava de quarentena voluntária, mencionando que eu estaria trazendo comigo a doença. As pessoas ficam com medo de se aproximar, mesmo depois da recuperação total e não estar mais contaminando. Todos têm medo de pegar, logo as pessoas se afastam por preconceito. (E3)

[...]vivenciei, a questão do preconceito por ter sofrido preconceito e o abandono dos meus amigos. Muita gente evitando, ignorando.(E8)

[...]os vizinhos perceberam que eu não estava trabalhando e suspeitaram do diagnóstico. Se tornaram mais frios e distantes, por exemplo: mesmo cada um em sua casa de suas varandas, não cumprimentavam e nem mantinham contato visual. (E19)

[...]os vizinhos não passam mais na frente de casa e se passam, não falam comigo. (E25)

[...]me culparam por ter ido trabalhar. (E27)

[...]exclusão mesmo depois da cura.(E31)

[...]mesmo tendo passado o período da contaminação as pessoas ainda continuam afastadas de mim. (E40)

[...]eu senti a rejeição e a aversão. Ninguém queria aproximação. (E60)

Os corpos dos sujeitos passaram a ser vigiados por eles próprios quanto aos sintomas e se percebiam em constante avaliação por parte dos demais. Os homens perceberam diferenças nos modos de tratamento recebido por colegas, familiares e principalmente vizinhos, e acreditaram que os conteúdos das comunicações poderiam revelar aspectos sobre o diagnóstico da COVID-19.

Categoria 2 - Vivências com os estigmatizadores e aplicação de rótulos

Essa categoria está representada por elementos das classes dois, três e quatro e evidenciou duas subcategorias relacionadas às interações com sujeitos situados pelos participantes como responsáveis pela estigmatização e os rótulos aplicados aos adoecidos como forma de referência à sua identidade de pessoa com COVID-19. A subcategoria 2.1 se conforma pelas percepções sobre os estigmatizadores, e a 2.2 especifica os rótulos atribuídos.

Subcategoria 2.1 - Percepção dos homens sobre os estigmatizadores

Nessa subcategoria, os participantes revelam quais sujeitos de suas interações se posicionaram como perpetradores de tratamento descortês, aplicação de rótulos, especulação sobre sua condição de saúde/doença, comentários depreciativos, culpabilização, separação e outras medidas de afastamento. Dentre eles, mencionam os amigos, familiares, vizinhos, prestadores de serviço e profissionais de saúde:

[...]as pessoas agiam com curiosidade para saber se eu estava com a doença. (E10)

[...]me abalei muito pois escutei muitas palavras preconceituosas das pessoas o que me fez sentir medo do distanciamento. (E12)

[...] o motorista do aplicativo, pediu para não falar dentro do carro. (E16)

[...] depois de ter cumprido o isolamento e começar a sair de casa eu passei a notar os olhares eram muitos falatórios. (E34)

[...] no posto de saúde, eu fui discriminado pelos profissionais. Me colocaram em uma sala de isolamento para receber o atendimento. (E35)

[...] meus vizinhos ao saberem que retornei do hospital, mesmo de máscara, e tendo sido curado, se afastaram de mim ao me ver no corredor, e eu ouvia uns cochichos, apenas de não ouvir o que falavam. (E42)

[...] vivenciei muito preconceito, seja com os profissionais do delivery, de familiares e amigos. (E51)

[...] a discriminação já começa pelos próprios profissionais de saúde. (E61)

[...] sim, este vírus é novo, as pessoas ficam inseguras em ter contato com o receio em contrariar a COVID-19. (E64)

[...] me senti desprezado até pelos meus filhos. (E67)

[...] eu sofri mais no ambiente de trabalho e por pessoas da comunidade. (E70)

[...] sim, todos já passaram a me olhar com outros olhos. (E81)

[...] as pessoas quando se aproximam de mim vão logo pegando o álcool em gel para passarem nelas e sei que querem me atingir com este tipo de atitude. (E90)

Subcategoria 2.2 - Aplicação de rótulos

Os homens perceberam o apagamento da sua identidade na medida em que seus nomes eram substituídos e eles passaram a ser identificados por rótulos atribuídos em vinculação com o vírus ou com a doença. Assim, refletiram a reprodução social da demarcação, que tenta diferenciar as pessoas que devem ser evitadas por estarem. Os homens relataram, então, que eram chamados de “pestilentos, coronados, meninos corona, empesteados, contaminados”:

[...] contaminado. (E2)

[...] no hospital não me chamaram pelo meu nome, mas, pelo nome da doença. (E6)

[...] me chamando de coronado. (E8)

[...] foi um momento de muita tensão e insegurança, me chamando de coronado. (E14)

[...] olha o empesteadado [...] o menino do corona. (E35)

[...] as pessoas do meu prédio passaram a me chamar diferente pelo nome da doença. (E42)

[...] me trataram como se eu estivesse com uma grande lepra, sempre com muito medo de mim. (E43)

[...] me senti muito triste pois nunca imaginei que pudesse ser acusado de estar contagiando as pessoas. (E44)

[...] os amigos me chamaram de cloroquinado. (E64)

[...] fui chamado de seu COVID. (E67)

[...] quando eu falava para as pessoas que estava com a doença elas se chocavam e me perguntava o que eu tinha feito para ser me contaminado, como se eu tivesse alguma culpa. (E69)

[...] sofri acusações de que eu estava contaminando outras pessoas. Me colocaram apelidos como infectado, lá vem a COVID-19 e até de cheio de doença. (E70)

Categoria 3 - Repercussões do estigma sobre as emoções e sentimentos dos homens

Diante da percepção do estigma, repercussões foram percebidas principalmente nas dimensões psicoemocionais e nas interações sociais como evidenciados no conteúdo da Classe 1 do dendrograma. Assim, ao se sentirem discriminados, os homens referiram tristeza, desânimo, ansiedade, raiva e ódio:

[...] passei a ficar retraído. (E1)

tem sido uma situação muito desagradável, pois além do isolamento da minha família e de outras pessoas próximas do meu convívio eu me senti assustado, triste e desanimado. (E3)

[...] tive muita apreensão [...] foi muito difícil no começo, pois eu não soube lidar com a discriminação. (E13)

[...] essas discriminações me deixaram triste e me levaram a ter crises emocionais. Senti raiva, ansiedade e vontade de explodir com as pessoas e de xingar. (E14)

[...] senti raiva. (E15)

[...] o preconceito e a discriminação contribuíram para que eu ficasse ansioso e comprometesse o meu estado psicológico e até mesmo a recuperação do quadro clínico, que demorou a ser restabelecido pelo fato de ter sido atrapalhado e agravado. (E16)

[...] fiquei triste. (E23)

[...] tive medo. (E26)

[...] me incomodou e me afetou muito. (E27)

[...] fiquei com muito medo e confesso que acabei chorando. (E31)

[...] me gerou revolta e me deixou muito angustiado. (E60)

[...] deixou o meu estado psicológico afetado, me fazendo sentir raiva e ódio por conta do preconceito das pessoas. (E62)

[...] no meu trabalho, eu tive dificuldade para aceitarem a Comunicação de Acidente de Trabalho. (E68)

[...] a maioria das pessoas não acreditavam que eu estava com a doença. Duvidavam e isso me deixava ainda mais nervoso e chateado. (E89)

DISCUSSÃO

O ritmo de disseminação da COVID-19 como doença de alcance global, a mortalidade associada, a ausência de vacinas para toda a população e de tratamentos específicos exigiram a adoção do isolamento social para proteção de toda a população e quarentena daqueles casos de pessoas com suspeita ou diagnóstico positivo⁽²⁰⁻²²⁾. Tais medidas implicaram um abrupto afastamento social com ruptura de relações de proximidade física e afetiva, o que acentuou a percepção de fragilização dos vínculos por uma distância adotada nas interações.

O distanciamento físico recomendado como medida para controle da propagação da doença reforçou o afastamento entre as pessoas e favoreceu a construção da noção de risco entre os sujeitos adoecidos e não adoecidos. Na medida em que esse afastamento ocorre fundamentado na ciência e com fins de proteção, reproduzem-se, em paralelo, marcas de depreciação dos sujeitos que tendem a ferir a sua identidade, limitar seu trânsito nos serviços de saúde e na rede de proteção. Nesse sentido, o distanciamento físico reconfigura a noção de afastamento na experiência do sujeito estigmatizado, uma vez que o público estabelece a diferença em que nós somos “os saudáveis” e eles, os outros, são “os infectados”.

Essa categorização dos sujeitos a partir de suas características ocorre, segundo Goffman⁽²⁾, devido à idealização de que um indivíduo ou grupo deve ser ou ter para atender às normas sociais, uma vez que, contrariadas, recategoriza-os como “anormais”, reduzem-nos a inferiores aos demais, passam a ser reconhecidos a partir da diferença e afastados do convívio social. Essa representação fundamenta as ações não só de separação dos corpos, mas também a ruptura dos vínculos. São, então, atribuídas, aos “infectados”, as sanções quanto aos espaços que seus corpos podem e devem transitar⁽⁹⁾. Outrossim, a atribuição da marca (rótulo)resiste, apesar da constatação da cura, pois a identidade da pessoa com COVID-19 já se encontra deteriorada e, assim, os adoecidos são posicionados como “sujeitos de risco”. As incertezas sobre os rumos da doença e as impossibilidades de seu controle definitivo mantêm sobre os adoecidos esse lugar social de sujeito perigoso e indesejado, fazendo com que ingressem em uma carreira de estigmatizado.

A estigmatização emergiu também da relação com os profissionais de saúde durante as práticas de cuidado com objetivo de isolar e proteger. Embora sejam necessárias medidas de afastamento dentro dos estabelecimentos de saúde, a comunicação destas medidas, quando feita de forma autoritária, levam os sujeitos atendidos a se sentirem desvalorizados⁽²³⁾. As práticas de cuidado podem reproduzir e reforçar o estigma, nesse momento, em que todos se percebem ameaçados e se encontram mais vulneráveis tanto física quanto psicoemocionalmente⁽²⁴⁻²⁵⁾ quando os profissionais de saúde se posicionam tanto como alvo quanto como perpetradores da estigmatização durante a pandemia⁽⁸⁾.

Neste estudo, a rotulação ocorreu quando os estigmatizadores utilizaram recursos de linguagem, termos relacionados à doença ou ao vírus para se referir às pessoas, muitas vezes, aplicado de forma ofensiva. Assim, as pessoas com diagnóstico da COVID-19, aos poucos, foram perdendo sua identidade e sendo tratados a partir dos estereótipos ou metáforas em torno

da doença. No caso em particular dos homens, as especificidades advindas dos constructos das masculinidades⁽⁷⁾ contribuíram para modelar formas próprias do público masculino perceber e enfrentar a doença e os fenômenos presentes no estigma, como nos espaços de socialização ditos masculinos entre os amigos e colegas de trabalho.

A estigmatização é caracterizada pela associação negativa de uma pessoa ou grupo de pessoas que compartilham determinadas características, a exemplo das encontradas em uma doença específica⁽²⁾. Em casos de surtos, epidemias ou pandemias, as pessoas afetadas diretamente são rotuladas, estereotipadas, discriminadas, isoladas e tratadas de forma diferente pelas pessoas não adoecidas, perdendo seu *status* social^(4, 26). Entre os homens, as rotulações podem emergir de modo sutil e até mesmo de difícil percepção, especialmente quando conjugada com aspectos dos atributos da masculinidade hegemônica⁽⁷⁾, que inferioriza e rechaça as experiências de masculinidades quanto à sensibilidade, às emoções e ao sentimento e ao reconhecimento de impactos psicossociais^(9, 26-27).

Processos de discriminação com características estigmatizantes foram destacadas pelos participantes, que referiram sofrer com o distanciamento imposto, a desconfiança e atitudes que os separam das pessoas e que permaneceram mesmo após a cura da enfermidade. Esses achados corroboram o experienciado por sujeitos afetados pela AIDS, tuberculose, hanseníase e a gripe H1N1⁽²⁸⁻³¹⁾, cujos efeitos de deterioração sobre a identidade construída na experiência social do adoecimento, persistiram ao longo do tempo. Isso pode nos levar a questionar se a discriminação relacionada à experiência da COVID-19 se perpetuará enquanto marca social pós-pandemia. Como isso, repercutirá sobre o acesso dos sujeitos aos serviços de saúde, em especial, os de reabilitação em função das sequelas da doença? Como essas marcas afetarão a produção do cuidado em saúde?

Neste estudo, os homens foram surpreendidos ao serem olhados, avaliados e discriminados, experiências pouco comuns em seu grupo de pertencimento. As repercussões do estigma relacionado à COVID-19 estiveram centralizadas na dimensão psicoemocional com reflexo sobre a qualidade do sono, a deflagração de sensações e emoções negativas. Tais repercussões sinalizaram o desconforto vivido por sujeitos posicionados em lugares de privilégios nas relações de gênero e classe. Desde que a COVID-19 chegou ao Brasil, os homens têm sido apontados como aqueles que pouco aderem às medidas de etiqueta social e higiene, contribuem para a difusão de teorias conspiratórias que negam a existência do vírus e os afastam da possibilidade de adoecimento⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Estudos envolvendo pessoas com HIV/AIDS e hanseníase verificaram que o estigma traz repercussões psicoemocionais imediatas e tardias aos eventos, dentre elas, a própria introjeção do estigma, levando os sujeitos a agirem com antecipação, por prever que serão destratados por outros, estimulando-os a evitar a aproximação, com prejuízos à qualidade das interações sociais e à manutenção de vínculos⁽³⁰⁻³¹⁾. A antecipação do estigma prejudica a busca por serviços de saúde, seja evitando-os ou retardando sua busca, o que poderá comprometer a adesão ao tratamento e traduz-se em barreiras expressivas para a adoção de comportamentos saudáveis e dificuldade em alcançar o controle da própria doença, propiciando o avanço do surto⁽³¹⁾.

A exemplo do verificado em estudo com pessoas com tuberculose, o isolamento social tende a se manter após o tratamento, bem como a antecipação do estigma, quando o adoecido, com base nas suas concepções acerca da doença, nutre o medo de transmiti-la para familiares e outras pessoas do seu convívio⁽³²⁾. Mas, também, tende a perdurar em razão da fragilização dos vínculos, pois, diante de doenças infectocontagiosas, as reações de discriminação e preconceitos se sobrepõem a sentimentos e laços de família e de amizade⁽³²⁻³³⁾.

As vivências do estigma convocam os sujeitos a adotar estratégias para seu enfrentamento, e, no presente estudo, os homens com a COVID-19 assumiram o silenciamento, ao omitir seu estado de saúde para proteger a identidade na expectativa de não sofrer discriminação e violência. Isso ocorre, porque as pessoas são estigmatizadas a partir da exposição de características consideradas negativas. Em alguns processos de adoecimento, os sinais e sintomas da doença são visíveis, tornando o sujeito desacreditado frente à impossibilidade de manipulação da informação para esconder a condição de adoecido. Porém, há doenças que colocam o adoecido em posição desacreditável, quando sua condição não é aparente e possibilita a escolha entre expor ou não sua condição aos demais⁽²⁾. Dessa forma, os homens com COVID-19 que não apresentavam sinais e sintomas da doença que pudessem ser reconhecidos como “doentes da COVID-19” tinham a possibilidade de silenciar como uma estratégia de driblar o estigma em torno da doença.

Durante a pandemia, as razões para omitir o diagnóstico buscam evitar a perda do *status* nas posições ocupadas e estariam relacionadas às ameaças de perda do trabalho, à sobrevivência do indivíduo e seu grupo e à posição do homem visto como produtivo, útil, trabalhador e provedor, potencializando as desigualdades no acesso ao emprego. Nos efeitos de redução de *status* do estigma, os indivíduos estigmatizados são vistos como menos competentes e com níveis mais baixos de influência e avaliação de desempenho⁽¹⁷⁾. Essas expectativas e diferenciação produzem resultados desiguais, diferenças de oportunidades sociais e ocupacionais, acesso aos direitos civis e saúde⁽³⁴⁾.

O medo de ser discriminado, rejeitado, descartado do emprego e isolado do convívio social neste estudo se assemelha com aquele vivenciado por pessoas com HIV/AIDS e tuberculose, que também escondem seu diagnóstico e até mesmo evitam procurar cuidados nos serviços^(30, 32). No que se refere à COVID-19, nem todas as pessoas com diagnóstico confirmado apresentarão os mesmos sintomas, algumas serão até assintomáticas, mesmo podendo transmitir a doença⁽³⁵⁻³⁷⁾. Assim, ao não apresentarem atributos visíveis ou reconhecidos, essas pessoas podem manipular a informação e reservar seu diagnóstico, descartar medidas de isolamento e cuidados para prevenção da disseminação da doença. Essas estratégias, frente ao estigma, podem conduzir o indivíduo à reexposição sucessiva ao vírus ou expor outras pessoas ao contágio já que o reconhecimento dos sujeitos tanto sintomáticos quanto assintomáticos permite a delimitação do cuidado coletivo, individual e com o ambiente. Ao contrário do HIV, cuja transmissão requer contato íntimo, e o diagnóstico pode ser mantido em privacidade sem a necessidade de restrição da vida em coletividade, a transmissão da COVID-19 por via respiratória pode ocorrer em espaços públicos com rápida propagação da

doença; por isso, deve-se encorajar os acometidos a informar à todos o diagnóstico e adotar o isolamento, a fim de proteger a si mesmo de re-exposições e aos demais, reduzir a propagação da doença e evitar o colapso do sistema de saúde.

Estima-se que a pandemia deixará um saldo de pessoas que tiveram a COVID-19 em coocorrência com outras enfermidades ou condições estigmatizantes, como doenças crônicas, deficiências ou pertencimento a minorias sociais. Nesse sentido, a interseccionalidade de estigmas pode criar barreiras para acessar o suporte social e estrutural necessário e, conseqüentemente, ampliar as desigualdades em saúde e intensificar suas experiências com o estigma⁽³⁷⁻³⁸⁾.

A população masculina segue apresentando padrões de comportamento social em saúde que revelam maior prevalência de morbimortalidade para outras doenças e agravos⁽³⁹⁻⁴⁰⁾, como ocorre também com a COVID-19⁽⁴¹⁾, por apresentarem em seus constructos de masculinidades hegemônicas, atributos que remetem à “invulnerabilidade”, o que, nesse caso, foi relevante. Ao se localizar na população considerada socialmente forte, os homens silenciaram frente aos impactos sofridos ou não pelo estigma da COVID-19 no Brasil.

Com frequência, os homens, no Brasil, têm dificuldades em verbalizar sentimentos e emoções em situações desagradáveis, geradoras de sofrimento e de ameaça ao seu bem-estar psicossocial, mas que têm apresentado prospecções de mudanças com o advento da pandemia da COVID-19⁽²⁷⁾. Isso decorre da tentativa de preservar ideias socialmente construídas de que ser homem é ser forte, negar a fragilidade e expressar potência, honra e virilidade. A vivência do estigma poderia provocar sobreposições de arranhaduras nas masculinidades⁽²⁶⁻²⁷⁾. Neste estudo, evidenciou-se a percepção do tratamento descortês e a aplicação da diferença e exclusão por um grupo de homens detentores de privilégios e pouco discriminados, quando comparado a outros grupos, o que configura um marcador específico a ser reconhecido e explorado entre o público masculino.

Há uma variedade de “agentes sociais” que exercem papel-chave no processo de estigmatização e também da “desestigmatização”, como profissionais dos meios de comunicação, empregadores, professores, trabalhadores do serviço social, policiais e profissionais de saúde, visto que estes últimos, embora atuem mais próximo aos adoecidos, não são imunes⁽⁴¹⁾. O reconhecimento das atitudes e práticas que contribuem para a reprodução do estigma e a identificação de oportunidades de promover a educação da população, em especial à masculina, que, em tempos progressos, já acumulam outras vulnerabilidades em saúde⁽⁴¹⁻⁴³⁾, fazem parte dos esforços para prevenção e superação a serem adotados pelos profissionais de saúde⁽⁴⁰⁻⁴⁵⁾. Frente ao exposto, é necessário reforçar e recomendar que uma atenção direcionada aos sobreviventes da COVID-19 quanto ao suporte emocional, prevenção, manejo e enfrentamento do estresse provocado pelo estigma. Destarte, enfatiza-se a relevância da reelaboração das práticas e intervenções para produção do cuidado à saúde de homens diante do ‘novo’, dos fenômenos sócio-históricos pandêmicos vivenciados pelo público masculino⁽²⁶⁾.

A experiência de homens adultos ganhou novos contornos com o fenômeno pandêmico, e a emergência de um estigma relacionado à doença abriu espaço para novas e inesgotáveis frentes de investigação de lente sociológica sobre as interações sociais públicas e privadas desses sujeitos, a apresentação de si no cotidiano, os papéis de gênero, representações e prática

de cuidados, interpretação da doença e suas implicações sobre a adesão a medidas de prevenção e tratamento. Sendo assim, este estudo contribui para aprofundar conhecimento sobre o comportamento de homens nas fronteiras entre a saúde e uma doença emergente, fortalecer o campo de investigação acerca das masculinidades e da saúde de homens no contexto da pandemia.

Limitações do estudo

Dentre as limitações deste estudo, apontamos o uso exclusivo de instrumento *online* na produção de dados, que restringiu o reconhecimento de características do estigma que seriam possíveis com o emprego de técnicas mediadas por encontros e a prevalência dos participantes residentes no Nordeste do Brasil. No entanto, essa metodologia oportunizou um recorte de classe dos participantes que permitiu acessar experiências de estigma de um grupo histórico e socialmente dotado de privilégios de classe e gênero, homens brancos, com ensino superior.

Contribuições para área da enfermagem e da saúde

No âmbito da enfermagem, este estudo apresenta como contribuição relevante a abertura de espaço para a ampliação da produção do cuidado de enfermagem direcionado ao público masculino no contexto da COVID-19. Ao tipificar os agentes estigmatizadores e conhecer as repercussões sobre a dimensão psicoemocional dos estigmatizados, os achados podem subsidiar abordagens de cuidados que favoreçam o enfrentamento no âmbito da prática da enfermagem. Além disso, possibilita a ampliação de investigações sobre os efeitos do estigma nos períodos pandêmico e pós-pandêmico.

As contribuições deste estudo para a saúde focam em evidenciar os desafios no enfrentamento da COVID-19, agregar conhecimento científico ao campo da atenção à saúde masculina e discriminação em saúde, e o progresso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, implantada no Brasil. Além disso, este estudo revela seu ineditismo ao examinar o fenômeno do estigma da COVID-19 em cenário brasileiro e possibilita a abertura de campo de estudos sobre os comportamentos de grupos atingidos, apoiando a formulação de políticas e planos terapêuticos e de intervenção social para prevenir e enfrentar as consequências da pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar as características do estigma percebidas na experiência de homens que vivenciaram a COVID-19, evidenciadas nas vivências de afastamento, rotulações e discriminação. É pioneiro em se debruçar sobre a estigmatização de sujeitos com acesso ao ensino universitário no contexto brasileiro. A discriminação e a exclusão derivada do estigma surpreenderam homens marcados por privilégios de classe e gênero, pouco habituados a serem rebaixados nas interações, quando comparado a outros grupos. Consequências do estigma sobre a dimensão psicoemocional dos participantes, como tristeza, desânimo, ansiedade, raiva e ódio, foram identificadas.

Investimentos para prevenir o estigma e minimizar seus efeitos sobre a saúde psicoemocional dos sobreviventes da COVID-19 requerem uma abordagem multidisciplinar, além da consideração às implicações desta experiência nos itinerários terapêuticos, acesso e cuidados recebidos nos serviços de saúde, atitudes de autocuidado e dinâmica familiar.

REFERÊNCIAS

1. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª edição. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
2. Turner-Musa J, Ajayi O, Kemp L. Examining social determinants of health, stigma, and COVID-19 disparities. *Healthcare*. 2020;8(2):168. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020168>
3. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of evidence. *Lancet*. 2020;39(5):10227. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
4. World Health Organization (WHO). Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 16]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331299>
5. Kramer A, Kramer KZ. The potential impact of the Covid-19 pandemic on occupational status, work from home, and occupational mobility. *J Vocat Behav*. 2020;119:103442. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103442>
6. Aggarwal S, Garcia-Telles N, Aggarwal G, Lavie C, Lippi G, Henry BM. Clinical features, laboratory characteristics, and outcomes of patients hospitalized with coronavirus disease 2019 (COVID-19): early report from the United States. *Diagnosis*. 2020;7(2):91-6. <https://doi.org/10.1515/dx-2020-0046>
7. Medrado B, Lyra J, Nascimento M, Beiras A, Corrêa ÁCP, Alvarenga EC, et al. Homens e masculinidades e o novo coronavírus: compartilhando questões de gênero na primeira fase da pandemia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(1):179-83. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.35122020>
8. Misra S, Le PD, Goldmann E, Yang LH. Psychological impact of anti-Asian stigma due to the COVID-19 pandemic: a call for research, practice, and policy responses. *Psychol Trauma*. 2020;12(5):461-4. <https://doi.org/10.1037/tra0000821>
9. Bagcchi S. Stigma during the COVID-19 pandemic. *Lancet Infect Dis*. 2020;20(7):782. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30498-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30498-9)
10. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* [Internet]. 2002 [cited 2020 Dec 27];1(1):16-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>

11. Cerqueira SSB, Brito LS, Freitas KS, Jenerette CM, Carvalho ESS. Tradução e adaptação transcultural da Sickle Cell Disease Health-Related Stigma Scale para o contexto brasileiro. *Rev Baiana Enferm.* 2019;33:e34572. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.34572>
12. Zaidi A, Ali AZ. Living under the shadow of a pandemic: the psychological challenges underlying social distancing and awareness raising. *Psychol Trauma.* 2020;12(5):508-10. <https://doi.org/10.1037/tra0000815>
13. Leão A, Lussi IAO. Estigmatização: consequências e possibilidades de enfrentamento em Centros de Convivência e Cooperativas. *Interface Comun Saúd Educ.* 2021;25:e200474. <https://doi.org/10.1590/interface.200474>
14. Nogueira ECD, Arão LA. Facebook como espaço de ação virtual: uma análise sobre as reações discursivas na fanpage de um movimento ambiental. *Calidoscópio.* 2015;(13):3:353-62. <https://doi.org/10.4013/cld.2015.133.07>
15. Patias ND, Hohendorff JV. Quality criteria for qualitative research articles. *Psicol Estud.* 2019;24:e43536. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536>
16. Mendes RM, Miskulin RGS. A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cad Pesqui.* 2017;47(165):1044-66. <https://doi.org/10.1590/198053143988>
17. Amaral-Rosa MP, Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. Pontos a considerar quanto ao uso do software IRAMUTEQ na análise de dados qualitativos. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03468. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019ce0103468>
18. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. *Trends Psychol [Internet]* 2016 [cited 2019 Feb 03];32. Available from: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016
19. Phelan JC, Lucas JW, Ridgeway CL, Taylor CJ. Stigma, status, and population health. *Soc Sci Med.* 2014;103:15-23. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.004>
20. Link GB, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Ann Rev Sociol.* 2001;27:363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
21. Lima DS, Alberto J, Leite D, Vinicius M, Araújo S, Aguiar AF, et al. Recommendations for emergency surgery during the COVID-19 pandemic. *Rev Saude Cienc Biol.* 2020;8(1):1-3. <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3176.p1-3.2020>
22. Pereira MD, Oliveira LC, Costa CFT, Bezerra CMO, Pereira MD, Santos CKA, et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. *SciELO Preprints.* 2020. <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.493>
23. Reis-Filho JA, Quinto D. COVID-19, social isolation, artisanal fishery and food security: How these issues are related and how important is the sovereignty of fishing workers in the face of the dystopian scenario. *SciELO Preprints.* 2020;1-26. <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.54>
24. Ubaka CM, Chikezie CM, Amorha KC, Ukwe CV. Health Professionals' Stigma towards the Psychiatric Ill in Nigeria. *Ethiopian J Health Sci.* 2018;28(4):483-94. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v28i4.14>
25. Almeida IM. Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID-19 e respostas à pandemia. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2020;45:e17. <https://doi.org/10.1590/scielopreprints.140>
26. Sousa AR. How can COVID-19 pandemic affect men's health? a sociohistoric analysis. *Rev Prev Infec Saúde.* 2020;6:10549. <https://doi.org/10.26694/repis.v6i0.10549>
27. Sousa AR, Carvalho ESS, Santana TS, Sousa ÁFL, Figueiredo TFG, Escobar OJV, et al. Men's feelings and emotions in the Covid-19 framing. *Cienc Saud Colet.* 2020;25(9):3481-91. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.18772020>
28. Ribeiro MDA, Silva JCA, Oliveira SB. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. *Rev Panam Salude Publica.* 2018;42:e42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.42>
29. Maciel-Lima SM, Rasia JM, Bagatelli RC, Gontarski G, Colares MJD. A repercussão da gripe A (H1N1) nos jornais paranaenses. *Hist Cienc Saud.* 2015;22(1):273-91 <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000100016>
30. Chambers LA, Rueda S, Baker DN. Stigma, HIV and health: a qualitative esynthesis. *BMC Public Health.* 2015;15:848. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2197-0>
31. Neiva RJ, Grisotti M. Representações do estigma da hanseníase nas mulheres do Vale do Jequitinhonha-MG. *Physis.* 2019;29(1):e290109. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290109>
32. Craig GM, Daftary A, Engel N, O'Driscoll S, Ioannaki A. Tuberculosis stigma as a social determinant of health: a systematic mapping review of research in low incidence countries. *Int J Infect Dis.* 2017;56:90-100. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.10.011>
33. Fischer LS, Mansergh G, Lynch J, Santibanez S. Addressing disease-related stigma during infectious disease outbreaks. *Disaster Med Public Health Prep.* 2019;13(5-6):989-94. <https://doi.org/10.1017/dmp.2018.157>
34. Maleche A, Citro B, Tisile P, Abdullaev T. Measuring TB-related stigma. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2017;1,21(11):4-5. <https://doi.org/10.5588/ijtld.17.0581>
35. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health (NY).* 2013;103(5):813-21. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
36. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382:727-33. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>

37. Monteiro LD, Franchi EPLP, Carvalho AAB. Projeções da demanda hospitalar do COVID-19 em relação às medidas de distanciamento social: estado do Tocantins. *Rev Pat Toc.* 2020;7(2):68-70. <https://doi.org/10.20873/uft.2446-6492.2020v7n2p68>
 38. Jackson-Best F, Edwards N. Stigma and intersectionality: a systematic review of systematic reviews across HIV/AIDS, mental illness, and physical disability. *BMC Public Health.* 2018;18(1):919. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5861-3>
 39. Beltrán-Sánchez H, Finch CE, Crimmins EM. Twentieth century surge of excess adult male mortality. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2015;112(29):8993-8. <https://doi.org/10.1073/pnas.1421942112>
 40. Moraes CT, Gotlieb LSLD. Mortalidade masculina em três capitais brasileiras, 1979 a 2007. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(1). <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100009>
 41. Conti P, Younes A. Coronavirus COV-19/SARS-CoV-2 affects women less than men: clinical response to viral infection. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2020;34(2). <https://doi.org/10.23812/editorial-conti-3>
 42. Sousa AR, Queiroz AM, Florencio RMS, Portela PP, Fernandes JD, Pereira, A. Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. *Rev Baiana Enferm.* 2016;30(3):1-10. <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i3.16054>
 43. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Mc Lean R. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med.* 2019;17(25). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
 44. Villa S, Jaramillo E, Mangioni D, Bandera A, Gori A, Raviglione MC. Stigma at the time of the COVID-19 pandemic. *Clin Microbiol Infect.* 2020;(26):11,1450-1452. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2020.08.001>
 45. Ferreira MS, Carvalho MCA. Contribuições da educação profissional na enfermagem para o enfrentamento da estigmatização associada aos transtornos mentais. *Barbarói.* 2020;56(1):127-40. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i0.13281>
-