

Evidência da Ciência
Psicológica e Desafios Societais

Combater as Desigualdades e a Discriminação



INTRODUÇÃO

A Saúde Psicológica e o Bem-Estar não existem isolados do seu contexto, são influenciados pelas condições sociais e económicas nas quais vivemos. A investigação demonstra claramente que **a Saúde, a qualidade de vida e o Bem-Estar dependem de um conjunto de determinantes socioeconómicos** – que se interrelacionam, sustentam e são sustentados por **desigualdades sociais e económicas**, limitando a capacidade para tomar decisões dos cidadãos e a escolha que fazem de determinados comportamentos.

A igualdade, a equidade e a justiça social são direitos fundamentais e elementos basilares do estabelecimento de relações de cooperação, solidariedade e reciprocidade. O cumprimento de padrões pautados por estes valores, para além de assegurar a simetria de direitos, oportunidades e condições, produz uma sensação de controlo, previsibilidade, satisfação e confiança na complexidade das interações sociais, que contribuem significativamente para o bem-estar físico e psicológico dos cidadãos, bem como para a qualidade de vida.

Contudo, **as desigualdades constituem uma marca estrutural das sociedades**, sobre as quais temos cada vez mais consciência, nomeadamente no que diz respeito aos seus impactos em fenómenos de incumprimento dos direitos humanos e de exclusão e discriminação, directa e indirecta.

Entre meados dos anos 80 do século passado e o final da primeira década do séc. XXI, o aumento médio das desigualdades internas nos países da OCDE foi de cerca de 10% (OCDE, 2011). Este aumento expressivo, revela um aprofundamento de clivagens nas condições de vida das pessoas, grupos, populações e países, que provoca um impacto multidimensional significativo na vida colectiva e na coesão social, determinando **a necessidade urgente de desenvolver recursos e políticas integradas para responder aos efeitos das desigualdades económicas e sociais**, agora agravadas pelo impacto transversal da pandemia COVID-19. É este, aliás, o compromisso da União Europeia com os **Objectivos de Desenvolvimento Sus-**

tentável (ODS), propostos pelas Nações Unidas e globalmente acordados, para, entre outros, erradicar a pobreza, promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida, criar um mundo mais igualitário, inclusivo e pacífico e proteger o planeta, os seus recursos e a biodiversidade.

Possuindo o **compromisso ético de prevenir as desigualdades, de promover a equidade e os direitos das pessoas** através de estratégias eficazes e cientificamente fundamentadas (APA, 2019; APA, 2021), **os Psicólogos e Psicólogas têm dedicado cada vez mais atenção aos efeitos das desigualdades e da discriminação na Saúde Psicológica, no Bem-Estar e na qualidade de vida dos cidadãos.**

Em Portugal, **o papel da Psicologia na defesa intransigente dos Direitos Humanos está ancorado no Código Deontológico** da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Princípio A – Respeito pela Dignidade e Direito da Pessoa), constituindo um princípio orientador basilar do exercício profissional dos Psicólogos e Psicólogas portuguesas.

Para além de uma responsabilidade ética, a **Ciência Psicológica detém, efectivamente, conhecimentos e ferramentas que permitem aos seus profissionais funcionarem como agentes primordiais na promoção da igualdade, da equidade e do respeito pelos outros.** Os Psicólogos e Psicólogas podem e devem analisar e desafiar práticas, políticas e estruturas para a prevenção e combate aos preconceitos, comportamentos discriminatórios e de exclusão, mitigando o seu impacto negativo em múltiplas dimensões, nomeadamente o Bem-Estar, a Saúde Psicológica e a qualidade de vida.

Neste documento abordamos os conceitos de desigualdade e discriminação do ponto de vista da Psicologia, analisamos o impacto multidimensional e os factores determinantes da desigualdade e discriminação, bem como o papel dos Psicólogos e Psicólogas no combate destes fenómenos em diversos contextos de actuação profissional.

ÍNDICE

P02 Introdução

P04 1. Conceitos de Desigualdade e Discriminação

P07 2. O Impacto Multidimensional da Desigualdade e da Discriminação

P08 3. Factores de Desigualdade e Discriminação

Desemprego e Precaridade Laboral
Dificuldades Económicas e Pobreza
Classe Social
Racismo
Género
Incapacidades e Problemas de Saúde Psicológica
Orientação sexual

P16 4. O Impacto da COVID-19 no Aumento das Desigualdades e da Discriminação

P17 5. O Papel dos Psicólogos e Psicólogas no Combate às Desigualdades e à Discriminação

Contextos de Saúde
Contextos Comunitários
Contextos Educativos
Contextos Organizacionais
Órgãos de Decisão e construção de Políticas Públicas
Media
Investigação

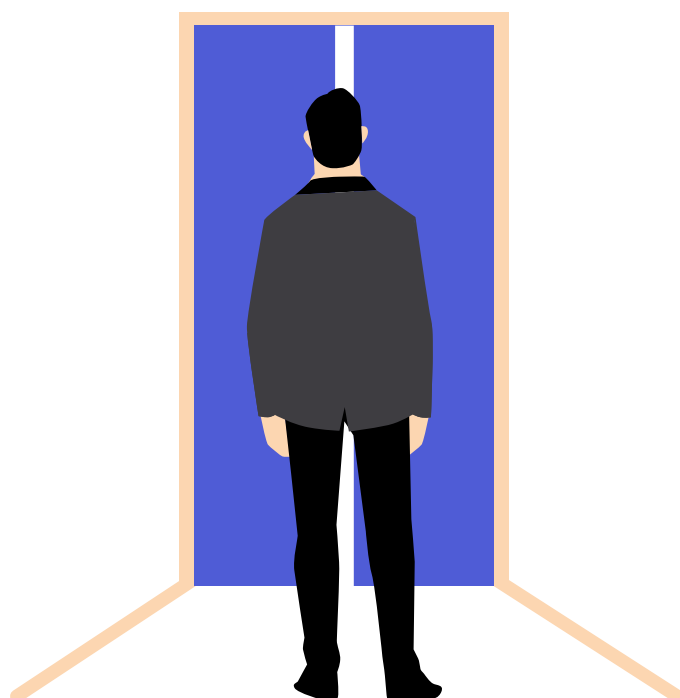
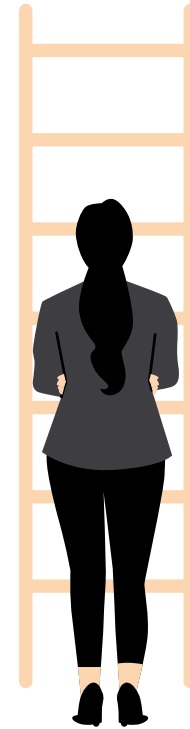
P24 Conclusão

1. CONCEITOS DE DESIGUALDADE E DISCRIMINAÇÃO

No sentido de analisar as **desigualdades e a discriminação** à luz da Ciência Psicológica, importa primeiramente **definir estes conceitos** do ponto de vista psicológico – uma vez que podem ser caracterizados em função de múltiplas dimensões e disciplinas, todas devendo contribuir para a compreensão dos fenómenos envolvidos e para uma acção global e coordenada.

A literatura psicológica começa por distinguir **desigualdade de oportunidades** de desigualdade de resultados. A desigualdade de oportunidades relaciona-se com o acesso desigual (e.g., à saúde, emprego ou educação), enquanto a **desigualdade de resultados** se prende com disparidades de recursos materiais ou condições económicas (e.g., Davidai, 2018; Lefranc et al., 2008).

A relação entre a desigualdade de oportunidades e de recursos tangíveis e materiais, para além de interdependente, é dependente de várias circunstâncias individuais e sociais (Sen, 1999), que incluem a categoria social ou grupo de pertença (e.g., idade, género, pertença comunitária, classe, orientação sexual ou religiosa), bem como outros factores (por exemplo, as condições climáticas ou as estruturas sociais disponíveis – sistema de saúde, educação, relações comunitárias).



As oportunidades reflectem o acesso aos recursos, enquanto os resultados reflectem a propriedade dos mesmos. Desta distinção emerge a ideia de que a **igualdade a almejar deve situar-se não (apenas) na dimensão da propriedade, mas nas reais oportunidades e opções** que permitiriam realizar escolhas livres e exercer direitos plenos. Numa situação de igualdade de oportunidades, os resultados dependem apenas de factores pelos quais os indivíduos são responsáveis e não de circunstâncias de desvantagem que lhes são impostas (Ferreira et al., 2009).

As desigualdades materiais determinam **desigualdades verticais** em várias dimensões do bem-estar humano (e.g., rendimento, nível educacional, estatuto socioeconómico ou condição de saúde), implicando uma maior vulnerabilidade e exposição a situações de **pobreza** – reconhecidamente, uma das principais fontes de desigualdade, com pronunciado impacto na **Saúde Psicológica**. As desigualdades de pertença social determinam desigualdades horizontais (e.g., idade, género, pertença comunitária, classe, orientação sexual ou religiosa), relacionadas com fenómenos de **discriminação, estereotipagem ou preconceito** (Stewart, 2002).

Embora os conceitos de preconceito, estereótipo e discriminação sejam frequentemente utilizados de forma indistinta na linguagem corrente, apresentam diferenças e relações complexas:

O **ESTEREÓTIPO** corresponde a uma consideração genérica e simplista sobre determinado grupo ou os seus elementos, baseada numa característica do grupo (e.g., sexo, idade, género, pertença comunitária, classe, orientação sexual ou religiosa) e desconsiderando diferenças individuais. Trata-se de um enviesamento cognitivo que pode assumir uma forma positiva (por exemplo, as mulheres são competentes com as emoções) ou negativa (os homens são mais agressivos).



O **PRECONCEITO** descreve um conjunto de crenças, afectos e atitudes negativos (enviesamento emocional) para com determinado grupo ou os seus elementos (e.g., Brewer & Brown, 1998), independente da experiência (por exemplo, o racismo, significando a crença na inferioridade de determinada pessoa de acordo com a sua pertença comunitária). Distingue-se do conceito de **estigma**, que se refere a uma atitude negativa contra alguém com base numa característica distintiva, por exemplo, uma incapacidade, doença ou condição de saúde, bem como outras características (e.g., género).



A **DISCRIMINAÇÃO** (enviesamento comportamental), pode assumir uma forma aberta/directa ou inconsciente/automática, e ser definida como um comportamento ou acção concretos para com determinado grupo ou os seus membros (e.g., Sue, 2003), geralmente envolvendo um julgamento negativo baseado numa característica do grupo (e.g., idade, género, pertença comunitária, classe, orientação sexual ou religiosa). Pode manifestar-se em vários cenários (por exemplo, online) e das mais diversas formas (verbalmente ou através de acções).

Quer as **desigualdades verticais** quer as **desigualdades horizontais** constituem **factores de risco** para que indivíduos e grupos sejam expostos a formas mais ou menos severas de **exclusão social**. Este fenómeno diz respeito a um processo de marginalização social por via do qual os grupos ou os seus elementos são privados de direitos, oportunidades ou recursos, ou impedidos de participar activa e plenamente na vida social, económica, cultural e política da sociedade a que pertencem (Levitas et al., 2007). O conceito, muitas vezes utilizado por referência a situações de pobreza (i.e., a indivíduos ou grupos sem rendimentos ou excluídos de uma força de trabalho remunerada ou de uma remuneração mínima), refere-se, de forma mais lata, a um processo multidimensional que não envolve apenas a falta de recursos, mas a negação de direitos, resultando em múltiplas privações (e.g., o rompimento de laços familiares e relações sociais, perda de identidade e sentido de propósito) (Silver, 1995). No extremo oposto a este conceito, a **inclusão social** diz respeito ao processo que garante que as pessoas em risco ou em situação de pobreza e exclusão social acedem às oportunidades e aos recursos necessários para participarem plenamente na vida económica, social, política e cultural, bem como desfrutarem de um padrão de vida com qualidade e bem-estar.

Por fim, importa discutir o conceito de **interseccionalidade**, que menor atenção tem recebido na literatura psicológica. Este refere-se à forma como a intersecção de diferentes categorias sociais (e.g., sexo, género, classe, pertença comunitária, orientação sexual ou religiosa), cada uma correspondendo a um sistema específico de discriminação produz **experiências cumulativas de discriminação** (Crenshaw, 1990; Cole, 2009). De facto, cada uma destas categorias encapsula relações históricas de desigualdade, bem como estigmas materiais, sociais e políticos que, por sua vez, alimentam disparidades sociais e económicas historicamente arraigadas nas sociedades contemporâneas. Como tal, **indivíduos discriminados em função de várias destas categorias enfrentam o cruzamento de múltiplas formas de discriminação e, consequentemente, experienciam um maior impacto na sua Saúde (física e psicológica) e bem-estar**.

DESIGUALDES VERTICAIS

FACTORES DE RISCO

DESIGUALDES HORIZONTAIS

2. O IMPACTO MULTIDIMENSIONAL DA DESIGUALDADE E DA DISCRIMINAÇÃO

O impacto das desigualdades e da discriminação na Saúde Física e Psicológica dos indivíduos e das comunidades é extenso e diverso. De uma forma geral, o impacto da desigualdade na Saúde Psicológica observa-se ao longo de um gradiente social, verificando-se um decréscimo gradual na Saúde em função da diminuição da posição social (Marmot, 2005), sendo este efeito observável em países ricos e pobres.

As pessoas de condições socioeconómicas mais desfavoráveis, de minorias referentes a pertenças culturais ou da comunidade LGBTQI+ reportam menos apoio e contacto social, o que se traduz num maior risco de mortalidade e de desenvolver problemas de Saúde Psicológica (Chen et al., 2021). De uma forma geral, **ser alvo de comportamentos de discriminação torna os indivíduos mais ansiosos (e.g., Barden et al., 1985) e produz uma redução da satisfação com a vida, sentido de propósito e esperança (e.g., Gonsalkorale & Williams, 2007; Zadro et al., 2004).** Existe ainda uma redução na auto-eficácia e percepção de controlo, factores que se correlacionam uma série de emoções negativas, incluindo ansiedade, frustração e raiva (McLaughlin-Volpe et al., 2005). Pessoas que se sentem discriminadas apresentam uma auto-estima baixa (e.g., Zadro et al., 2004) e obtém pontuações mais elevadas em medidas de auto-relato de depressão (Bernard et al, 2006). Estes efeitos provocam falta de confiança e isolamento social, diminuindo a motivação para procurar novas relações sociais e aumentando uma auto-percepção de marginalidade (Hortulanus et al., 2006).



ESTES EFEITOS SÃO INDEPENDENTES DA FONTE DE DISCRIMINAÇÃO/ EXCLUSÃO

Neste processo, a discriminação e a exclusão social são fenómenos que se auto-perpetuam e alimentam

3. FACTORES DE DESIGUALDADE E DISCRIMINAÇÃO

De seguida, reflecte-se sobre algumas das principais fontes de desigualdade e discriminação, bem como sobre o seu impacto nas várias dimensões da vida, em particular na dimensão da Saúde Psicológica e Bem-Estar.

Desemprego e Precaridade Laboral

O trabalho é uma dimensão essencial da vida adulta, com grande impacto na Saúde Psicológica e no Bem-Estar. Por isso, as pessoas que perdem os seus empregos e ficam desempregadas durante um longo período de tempo (6 meses ou mais), têm dificuldade em manter o seu bem-estar e vêem, muitas vezes, a sua Saúde Psicológica deteriorar-se. Por outro lado, trabalhar sem condições dignas pode ter efeitos mais nefastos que o próprio desemprego (Blustein et al., 2019): ter um emprego precário, inseguro e instável durante quatro ou mais anos tem um impacto negativo na personalidade, bem como nas competências emocionais e interpessoais, com consequências negativas para o bem-estar e desempenho profissional. Desta forma, a insegurança laboral crónica pode gerar um círculo vicioso negativo que se auto-reforça e contribui para adensar a insegurança e a desigualdade (Wu et al., 2020). Na verdade, em menos tempo podem observar-se os mesmos efeitos.

O desemprego e a precaridade laboral podem causar um declínio da Saúde Psicológica como resultado do esforço financeiro e da ausência dos benefícios não-financeiros que lhe estão associados, como o estatuto social, a auto-estima, a possibilidade de relacionamento sociais, a actividade física e mental e a rentabilização das capacidades. Para além de condicionar a capacidade de aquisição de produtos que satisfaçam as necessidades básicas dos cidadãos, o desemprego e a instabilidade laboral também provocam:

- Uma **deterioração das redes sociais e da relação com a sociedade** em geral. O desemprego está associado a um aumento das situações de violência doméstica, por exemplo.
- Um **impacto negativo no bem-estar subjectivo**. Por exemplo, o aumento de 1% na taxa de crescimento do desemprego de longo prazo, eleva 7% a sensação de agravamento da vida. Mesmo depois de conseguirem voltar a encontrar um emprego, muitas pessoas não retornam nunca ao seu nível anterior de satisfação com a vida. Mesmo pequenos períodos de de-

O DESEMPREGO E A PRECARIDADE LABORAL PODEM CAUSAR UM DECLÍNIO DA SAÚDE PSICOLÓGICA

semprego podem causar **danos significativos e permanentes na satisfação com a vida e felicidade** dos cidadãos.

- Um aumento do risco de desenvolvimento de **problemas de Saúde Psicológica e Física**. Existe uma forte associação positiva entre o desemprego e o aumento da mortalidade, das queixas somáticas e das doenças incapacitantes, bem como uma maior afluência a consultas de saúde e consumo de medicamentos.

Dificuldades Económicas e Pobreza

As **dificuldades económicas** e, na sua forma extrema, a **pobreza** e, na sua forma extrema, a **pobreza extrema** são fenómenos multidimensionais que intersectam problemas sociais como o desemprego, a instabilidade e a precaridade laborais, as dificuldades no acesso à educação e à saúde de qualidade ou a má qualidade da habitação. Constituem **um dos determinantes sociais mais significativos da Saúde Física e Psicológica**, com amplos efeitos em todas as dimensões da vida dos cidadãos.

A pobreza afecta a Saúde Psicológica por meio de uma série de mecanismos sociais e biológicos que actuam a vários níveis (individual, familiar, comunitário). Indivíduos que vivem a pobreza, especialmente no início da vida ou por longos períodos, são mais vulneráveis a uma série de resultados adversos de saúde e desenvolvimento. **Não possuindo recursos financeiros básicos, têm menos oportunidades educacionais e de emprego, estão tendencialmente mais expostos a ambientes hostis e têm menor acesso a cuidados de Saúde de qualidade.** Estas condições de vida tornam-nos mais vulneráveis a problemas de Saúde (física e psicológica), o que, por sua vez, diminui a capacidade para o trabalho e constitui mais um factor de discriminação.

As dificuldades económicas e a pobreza podem actuar como causa ou consequência de problemas de Saúde Psicológica. Por exemplo, podem constituir um factor de stresse que contribui para desencadear uma depressão. Sabemos também que os problemas financeiros são frequentemente seguidos de stresse emocional e podem provocar efeitos psicológicos complexos. **A perda de recursos económicos está associada a níveis mais elevados de stresse e ansiedade.** Por outro lado, uma perturbação depressiva também pode provocar uma diminuição do estatuto socioeconómico.

Deste modo, existe uma **relação bidireccional entre pobreza e problemas de Saúde Psicológica**: a pobreza pode conduzir ao desenvolvimento ou agravamento de problemas de Saúde Psicológica, enquanto estes, por seu turno, tendem a impedir os indivíduos a sair da pobreza (e.g., McLoyd, 1998; Ridley et al., 2020). Simultaneamente, acontece um **aumento da exclusão social dos cidadãos em situação de pobreza**, de processos de marginalização, de rupturas ao nível dos vínculos sociais. Desta forma, **às dimensões económicas da pobreza, são agregadas as relacionais.**

A evidência científica demonstra ainda que **as crianças que crescem em ambiente de pobreza têm maior probabilidade de apresentar problemas de comportamento e de Saúde Psicológica**, bem como um menor desempenho cognitivo (linguagem, atenção, planeamento e tomada de decisão). E que tal também se relaciona com a **falta de disponibilidade para a parentalidade que a pobreza e a escassez impõe.** Quando as famílias têm condições de rendimento mínimas, a pressão sobre os pais é menor, libertando espaço mental e temporal para cuidadoras/es dos filhos e para planearem, o que depois se espelha nos seus comportamentos parentais.

Eldar Shafir, um Psicólogo americano, explica este fenómeno através de uma teoria ou **“mentalidade de escassez”**, de acor-

do com a qual nos **comportamos de forma diferente quando percebemos que algo** (dinheiro, amigos, comida, tempo, etc.) **é escasso.** Apesar de alguns benefícios a curto-prazo, este tipo de mentalidade diminui a possibilidade de pensar a longo prazo, de considerar diferentes perspectivas ou de valorizar o que é mais importante para nós (Shafir & Mullainathan, 2013). Este enquadramento ajuda a explicar porque a **pobreza não é uma “falha de carácter ou personalidade”, mas uma condição que pode (e deve) ser eliminada. A pobreza pode levar as pessoas a tomar más decisões, porque lhes ocupa o espaço e a disponibilidade mentais com um problema financeiro do qual dependem as respostas às necessidades básicas.** Quando não se tem dinheiro para comer, se vive com fome e se habita um espaço sem dignidade, a probabilidade de pensar e analisar adequadamente num processo de tomada de decisão está automaticamente limitada. Por isso, **a probabilidade de realizar uma má escolha ou cometer erros é bastante maior.** É daí (e não de características de personalidade intrínsecas) que vem a associação à pobreza, à criminalidade, ao uso de álcool ou drogas ou ao baixo nível de escolarização.

AS DIFICULDADES ECONÓMICAS E A POBREZA PODEM ACTUAR COMO CAUSA OU CONSEQUÊNCIA DE PROBLEMAS DE SAÚDE PSICOLÓGICA



Classe Social

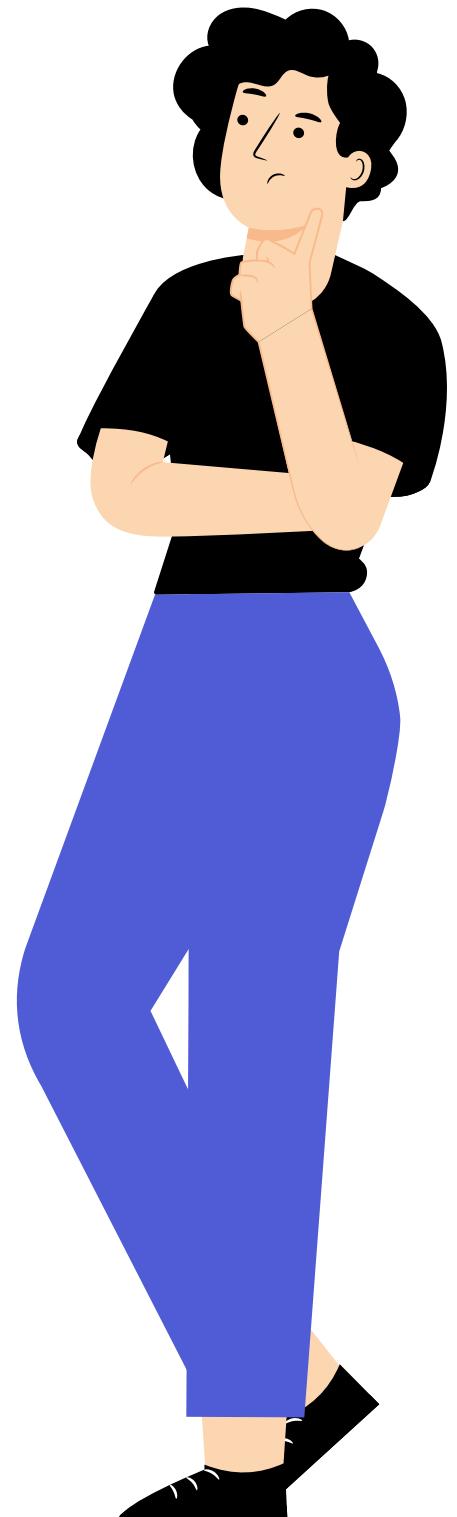
As desigualdades económicas e a pobreza relacionam-se de forma directa com desigualdades de classe social. A desigualdade social parece gerar níveis elevados de desconfiança generalizada e maior competição por um estatuto mais alto (Buttrick & Oishi, 2016). Pessoas de diferentes classes sociais são menos propensas a interagir umas com as outras, mais propensas a viver em bairros diferentes, a terem os filhos em escolas diferentes e a desenvolver experiências sociais diferentes (Rothstein & Uslaner, 2005), conseqüentemente conduzindo à **crystalização de diferenças de classe e à ampliação do grau de segregação, à falta de coesão social**.

Países com taxas mais elevadas de desigualdade social apresentam maior instabilidade sociopolítica (Alesina & La Ferrara, 2000), índices mais elevados de corrupção (Jong sung & Khagram, 2005) e instituições mais fracas e menos eficientes (Easterly, 2007). Mais ainda, a desigualdade social ao danificar o tecido social, contribui para **o ressentimento entre os grupos em situação socioeconómica mais vantajosa e os grupos em situação socioeconómica de maior vulnerabilidade**. Esta fenda entre os grupos fomenta a discriminação nos dois sentidos (Fiske & Durante, 2019).

Por exemplo, as pessoas em situação de maior vulnerabilidade sentem um crescente ressentimento pela perda de recursos e privilégios, sentindo-se em situações cada vez mais precárias e de grande insegurança e vulnerabilidade. Este ressentimento crescente tem importância porque pode conduzir a acções tais como apoiar movimentos políticos populistas, e a níveis maiores de discriminação para com os imigrantes, refugiados e desempregados (Fiske & Durante, 2019). Por outro lado, aqueles em condições socioeconómicas mais vantajosas vêem as pessoas em situação de vulnerabilidade a partir de percepções discriminatórias – como preguiçosas, pouco educadas, desmotivadas, menos competentes – e estas percepções intensificam-se com o crescimento dos níveis de desigualdade (Fiske & Durante, 2019).

As desigualdades de classe social têm, neste sentido, impactos negativos na Saúde Psicológica dos cidadãos e das comunidades. A evidência científica demonstra que **as pessoas que vivem em sociedades mais desiguais tendem a ter níveis mais baixos de satisfação com a vida e taxas mais elevadas de depressão** (Messias et al., 2011).

**A DESIGUALDADE
SOCIAL PARECE GERAR
NÍVEIS ELEVADOS
DE DESCONFIANÇA
GENERALIZADA
E MAIOR COMPETIÇÃO
POR UM ESTATUTO
MAIS ALTO**



Racismo

O racismo corresponde uma construção social complexa e multideterminada que se constitui num processo de hierarquização, exclusão e discriminação contra um indivíduo ou toda uma categoria social, definida como diferente, com base em alguma marca física externa (real ou imaginada), à qual corresponde um sistema de atribuição de valor. As suas definições e níveis de análise reflectem o ambiente social e histórico, que por sua vez influencia a natureza e formas de expressão do preconceito e da discriminação. Sendo um fenómeno com uma dimensão histórica, o racismo premeia as relações quotidianas e institucionais, reproduzindo-se por intermédio das relações sociais.

Num momento em que as **normas sociais de parte já significativa do Mundo inibem expressões abertas de racismo**, condenando as mais tradicionais e flagrantes, **assistimos, não só a manifestações directas do preconceito racista, mas também a outras formas, igualmente racistas, ainda que caracterizadas pela intenção de não ferir a norma da igualdade**. São, frequentemente, formas discretas, cristalizadas nas interações e práticas sociais e institucionais, normalizadas e socialmente aceites, se não reforçadas. A estas novas expressões chamamos racismo institucional (resultando em políticas, práticas e procedimentos educacionais, de saúde e de justiça que marginalizam grupos de outras etnias), racismo estrutural (resultando em leis, políticas e práticas que produzem desigualdades cumulativas e duradouras), racismo interpessoal (resultando num conjunto de comportamentos e atitudes de grupos socialmente dominantes que prejudicam grupos de outras etnias) e racismo internalizado (refere-se à aceitação, por parte de um grupo étnico, de crenças sociais negativas e de estereótipos sobre si mesmos).

Estas **novas expressões de racismo** não se limitam à presença relativamente velada de um conjunto de ideias, atribuições, expectativas, suposições e comportamentos racistas, mas permanecem **elementos modeladores da Lei, política, educação, da saúde, costumes e narrativas culturais**. Como tal, não são menos danosas do que as expressões declaradas ou tão pouco significam o desaparecimento destas últimas.

Embebido na história e na cultura, o racismo contemporâneo vem somar-se às formas mais tradicionais, surgindo como uma expressão menos perceptível, mais sofisticada, mais difícil de isolar e combater e intersectando, de forma mais ou menos subtil, outras problemáticas de relevância social, muitas vezes pautadas por iniquidades (e.g., género, orientação sexual, religião ou de classe), produzindo **experiências combinadas de opressão e discriminação**. Estas continuam a afectar profundamente, por exemplo, os grupos populacionais não caucasianos, alocando desproporcionalmente recursos sociais e reflectindo um quadro de distribuição de riqueza e de oportunidades profundamente desigual, com impacto negativo incalculável sobre os direitos humanos em todo o mundo (Alvarez et al., 2016), traduzindo-se, por exemplo, numa menor probabilidade de aceder a cuidados de saúde adequados e emprego ou num tratamento desigual em processos judiciais.

Deste modo, **não é possível combater o racismo alterando apenas o preconceito individual**, já que a organização do quotidiano e a própria cultura apoiam esse preconceito (Salter et al., 2018), interferindo nas cognições, experiências e vida emocional e obrigando a um ajustamento a uma hierarquia social e a estereótipos negativos.

O RACISMO
CORRESPONDE
UMA CONSTRUÇÃO
SOCIAL COMPLEXA
E MULTIDETERMINADA
QUE SE CONSTITUI
NUM PROCESSO
DE HIERARQUIZAÇÃO,
EXCLUSÃO E
DISCRIMINAÇÃO





Os comportamentos discriminatórios e racistas têm, factualmente, um impacto considerável na Saúde Psicológica e no Bem-Estar, podendo resultar em perturbações de ansiedade, depressão e stress pós-traumático, bem como numa Saúde geral precária e menor qualidade de vida. Numa revisão de literatura que reuniu os resultados de quase 300 estudos acerca do impacto dos comportamentos discriminatórios racistas na saúde da população asiática, americana e latino-americana, concluiu-se que o racismo se associa a diversos problemas de Saúde Psicológica e, embora em menor grau, a problemas de Saúde Física (Paradis et al., 2015). O impacto negativo na Saúde Psicológica é particularmente relevante nas dimensões do **sofrimento psicológico, auto-estima, bem-estar e satisfação com a vida**, verificando-se um **aumento do stress e de sintomatologia ansiosa e depressiva** nestas populações, bem como risco aumentado de desenvolvimento de problemas de stress pós-traumático, ideação suicida e traços de paranóia e neuroticismo. O stress associado à exposição a comportamentos discriminatórios racistas parece também estar ligado a comportamentos que colocam em risco a Saúde Física, por exemplo, taxas mais elevadas de tabagismo, consumo de álcool e outras substâncias ou hábitos alimentares pouco saudáveis, excesso de peso, diabetes e problemas cardíacos (Cuevas et al., 2014).

Qualquer tipo de racismo pode produzir estes efeitos negativos e perpetuar suposições de inferioridade, culpa, falta de inteligência ou incompetência que alimentam um **quadro de desigualdade, iniquidade e opressão que atravessa múltiplas dimensões da vida dos cidadãos – não só daqueles que são directamente afectados, mas também das suas famílias e das gerações seguintes.**

Muitos estudos apontam o racismo como factor-chave na **desigualdade de acesso a cuidados de Saúde e tomada de decisão em Saúde** (e.g., Madeira et al., 2018), bem como na qualidade do atendimento recebido (Maina et al., 2018; Williams et al., 2019). Estudos demonstram que as minorias recebem piores cuidados de saúde do que a restante população, devido a crenças e práticas discriminatórias. Ou que profissionais de saúde ao trabalhar com pessoas provenientes de minorias têm maior propensão para ignorar as suas capacidades de planeamento e tomada de decisão relativa à sua saúde, despendem menos tempo e demonstram menos empatia (DeAngelis, 2019). Adicionalmente, as minorias étnicas relataram um maior número de necessidades não atendidas e maior insatisfação com os serviços de Saúde (Wells et al., 2001).

Género

A discriminação de género corresponde a qualquer acção, voluntária ou involuntária, que exclui ou coloca as pessoas em desvantagem com base no seu género. Constitui um dos principais factores preditores de desigualdade, sendo o seu impacto estável ao longo da vida. Embora os homens, em diversas situações, também possam ser negativamente discriminados, **a discriminação de género afecta sobretudo as mulheres** e é mais grave quando afecta mulheres que pertencem a minorias de pertença cultural ou são cidadãs seniores, divorciadas, viúvas ou de família monoparental (Kulich & Chipeaux, 2019). Na verdade, pode dizer-se que as normas de género construídas social e culturalmente determinam papéis e oportunidades para todas as pessoas, afectando os determinantes sociais e estruturais da Saúde, os comportamentos de risco e o acesso e a qualidade dos serviços sociais e de Saúde (Heise et al., 2019). Deste modo, as normas, valores e expectativas de género podem resultar em **desigualdades na Saúde e no bem-estar que se estendem ao longo da vida e através das gerações**. Tal como os restantes factores de desigualdade, também **a discriminação de género tem um profundo impacto na Saúde Psicológica**.

A desigualdade e discriminação de género que afecta as mulheres pode operar a diversos níveis e em vários contextos, nomeadamente no contexto familiar, escolar, laboral e social, traduzindo-se em problemáticas como a **violência doméstica**, trabalho não remunerado, maiores jornadas de trabalho, menor estatuto social ou menor acesso à educação (Moss, 2002). As mulheres representam quase 60% da economia informal, recebem **piores salários**, estão mais expostas ao **risco de desemprego e pobreza**, são em maior número na população sénior, mais propensas a viver sozinhas e têm **menor acesso a cuidados de saúde específicos** (no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, à prevenção de doenças oncológicas e ao tratamento das doenças que mais as afectam).

Em **contexto pessoal e familiar**, a realidade de boa parte das mulheres ainda inclui a **sobrecarga laboral** (e.g., trabalho doméstico, cuidado aos filhos e outros familiares) da qual decorre uma multiplicidade de papéis sociais invisíveis. Trata-se de um quadro de constante vulnerabilidade ao stresse e de desigualdade estrutural profunda. As mulheres estão ainda em maior risco de **maus-tratos ao longo da vida, violência e abuso** (Hosang & Bhui, 2018), circunstâncias que se associam a problemas de saúde física e psicológica. Dados recentes sugerem que as mulheres apresentam **taxas mais elevadas de stresse, ansiedade, depressão, perturbação de stresse pós-traumáticos e perturbações do comportamento alimentar**, em todas as idades e em todos os grupos sociais. As mulheres também têm uma **probabilidade 1.5 mais elevada de tentar o suicídio** (embora sejam os homens que apresentam maior probabilidade de morrer por suicídio). O impacto negativo da discriminação de género na Saúde Psicológica é agravado ainda pela **exposição aumentada a stressores psicossociais** como as maiores responsabilidades sobre a educação dos filhos ou menor poder no casamento (Hosang & Bhui, 2018).

No **contexto laboral**, em particular, a discriminação de género é particularmente pronunciada, incluindo **assédio moral e sexual, remuneração desigual** e regras implícitas que colocam as mulheres em desvantagem. As mulheres estão mais sujeitas a experiências de estereotipagem de género (Hosang

& Bhui, 2018), prevalecendo a percepção de que as mulheres têm mais características associadas aos afectos (por exemplo, são tolerantes e sinceras) e menos associadas às competências (por exemplo, são menos competitivas e independentes). Estereótipos contrários são encontrados nos homens (Kulich & Chipeaux, 2019). Estas percepções enviesadas levam a avaliações de desempenho igualmente enviesadas, onde perante o mesmo nível de desempenho, os homens são avaliados mais positivamente do que as mulheres, influenciando o **acesso ao trabalho** e à **progressão na carreira** (Kulich & Chipeaux, 2019), representando uma menor probabilidade de acesso das mulheres a posições de chefia e de poder e perpetuando as conhecidas desigualdades salariais: as estatísticas europeias indicam que as **mulheres auferem, em média, menos 20% do que os homens**, sendo que as mulheres que ganham menos do que os homens têm uma probabilidade significativamente superior de desenvolver sintomatologia depressiva do que seus homólogos do sexo masculino (Hosang & Bhui, 2018).

**AS MULHERES
ENFRENTAM
UM RISCO MAIS
ELEVADO
DE VIVER EM SITUAÇÃO
DE VULNERABILIDADE
DO QUE OS HOMENS**



Incapacidades e Problemas de Saúde Psicológica

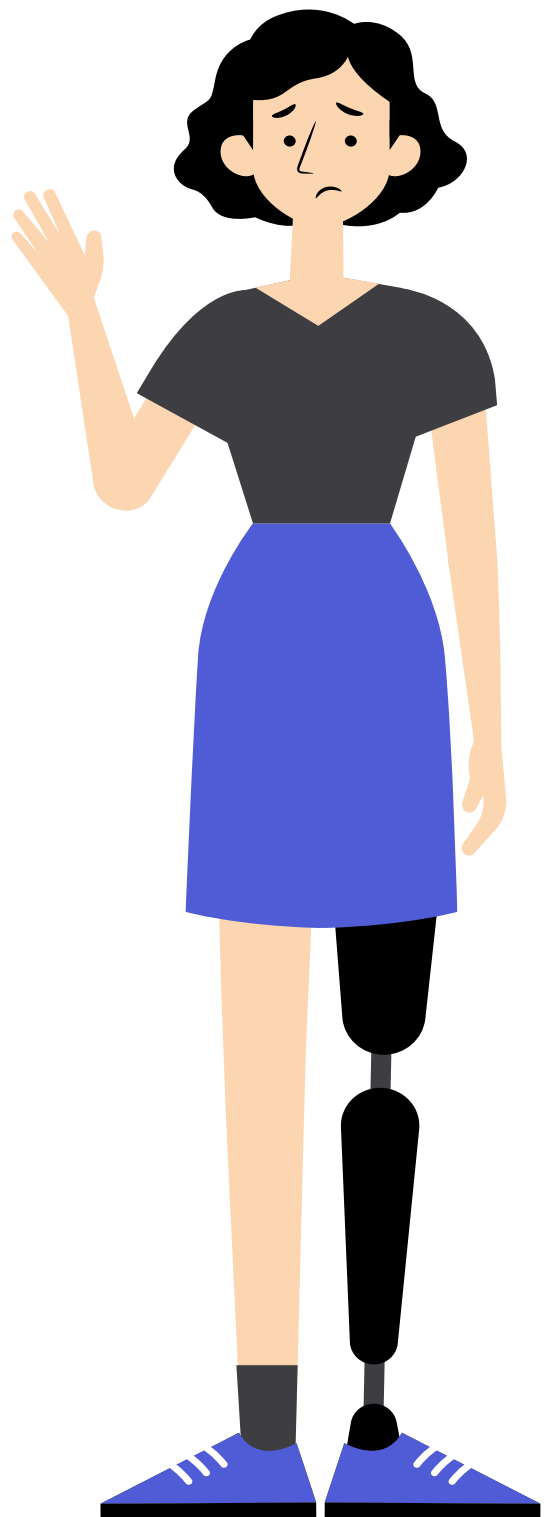
A investigação demonstra que o **estigma relativo às pessoas com incapacidades ou doenças é um dos principais factores de risco para dificuldades ou problemas de Saúde Mental.**

Quem é vítima de estigma, para além de ter uma incapacidade ou doença, pode sofrer consequências dolorosas, tais como sentimentos de incompreensão, vergonha e culpa, relutância em procurar cuidados e apoio para as suas dificuldades e problemas, isolamento e rejeição social, diminuição do bem-estar e da qualidade de vida (Shrivastava et al., 2012).

No caso das **pessoas que vivem com dificuldades ou problemas de Saúde Psicológica, o estigma impacta negativamente** a sua auto-estima, autoconceito, procura de apoio social, empoderamento e oportunidades (educativas ou de emprego, por exemplo), constituindo uma barreira ao desempenho de diversos papéis sociais (Xavier et al., 2013). Sabemos que a taxa de mortalidade de pessoas com problemas de Saúde Psicológica é significativamente superior à da população em geral, com uma perda mediana da expectativa de vida de 10.1 anos (Walker et al., 2015).

A intersecção de factores de vulnerabilidade em pessoas com incapacidades produz graves situações de desigualdade e injustiça. As incapacidades físicas, cognitivas ou sensoriais cruzam-se com condições pessoais de vulnerabilidade (por exemplo, situação socioeconómica, etnia ou género) multiplicando factores de desvantagem.

A TAXA DE MORTALIDADE DE PESSOAS COM PROBLEMAS DE SAÚDE PSICOLÓGICA É SIGNIFICATIVAMENTE SUPERIOR À DA POPULAÇÃO EM GERAL



Orientação Sexual

As pessoas LGBTQI+ enfrentam barreiras sociais e legais significativas, que se traduzem em injustiças socioeconómicas e culturais. Sabemos que as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, assexuais, pansexuais ou transgénero podem diferir de outras minorias em dois aspectos: (1) não são necessariamente reconhecíveis por características físicas e (2) são ainda percebidas, em muitos contextos, como agindo contra processos naturais (Takács, 2015). Em 76 países, os actos sexuais entre pessoas do mesmo sexo ainda são criminalizados com penas que podem incluir multas, vários anos de prisão ou mesmo execução (UNAIDS, 2013).

Neste contexto, é importante entender o conceito de **heteronormatividade**, que se refere à normalização da heterossexualidade nas estruturas, práticas e instituições sociais (Javaid, 2018). **A crença de que outras orientações sexuais são anormais ou inferiores é, assim, fonte de opressão e desigualdade, resultando em heterossexismo e atitudes homofóbicas** na sociedade e, em particular, nos sistemas de saúde (e.g., Farmer & Yancu 2015).

As **pessoas LGBTQI+ apresentam indicadores de saúde física e psicológica mais pobres**, por comparação com indivíduos heterossexuais e cisgénero (e.g., Cochran & Mays, 2007; Farmer & Yancu, 2015). Frequentemente, reportam insatisfação com os serviços de saúde devido a experiências de discriminação, heteronormatividade e falta de informação dos profissionais sobre a comunidade LGBTQI+. Mesmo quando em contacto com os serviços de Saúde Psicológica, surgem experiências de discriminação e patologização (Hudson-Sharp & Metcalf, 2016).

**O BULLYING
E O ASSÉDIO SÃO
PROBLEMAS GRAVES
QUE IMPACTAM
DESPROPORCIONALMENTE
AS CRIANÇAS E JOVENS
LGBTQI+, SENDO
CAUSADORES DE UM
GRANDE SOFRIMENTO
EMOCIONAL**

**EM 76 PAÍSES,
OS ACTOS SEXUAIS
ENTRE PESSOAS DO
MESMO SEXO AINDA SÃO
CRIMINALIZADOS COM
PENAS QUE PODEM
INCLUIR MULTAS, VÁRIOS
ANOS DE PRISÃO OU
MESMO EXECUÇÃO**

As situações de discriminação e rejeição das pessoas LGBTQI+ afectam a sua auto-estima e confiança e são factores de risco para o desenvolvimento de problemas de ansiedade, depressão, ideação suicida e tentativas de suicídio, uso de substâncias e doenças cardiovasculares. Esses efeitos são ainda mais marcados entre os adolescentes LGBTQI+ (Ryan et al., 2010). Uma revisão de literatura recente indica que estes indivíduos apresentam uma **probabilidade quatro vezes superior de sofrer de experiências de abuso sexual** (Friedman et al., 2011) e, em menor extensão, de abuso físico, agressão familiar e absentismo escolar. A comunidade LGBTQI+ é também mais afectada por problemas de consumo de substâncias (Stonewall, 2018).

Também o acesso ao **mercado de trabalho** não está isento de barreiras. Encontram-se na literatura evidências de **discriminação** no processo de **recrutamento**, na atribuição de promoções e na **progressão na carreira**, de uma forma geral. Quanto à experiência no local de trabalho, identificam-se **níveis elevados de assédio e bullying** (Hudson-Sharp & Metcalf, 2016).

Em contexto educativo, também o bullying e o assédio são problemas graves que impactam desproporcionalmente as **crianças e jovens LGBTQI+**, sendo causadores de um grande sofrimento emocional e contribuindo para pior desempenho escolar. Hudson-Sharp & Metcalf, (2016). Outro problema prevalente diz respeito à habitação. Devido à rejeição por parte dos familiares ou medo de represálias, os jovens são forçados ou optam por sair de casa, observando-se neste grupo de jovens uma probabilidade de viver em situação de sem-abrigo muito superior aos seus pares heterossexuais. De acordo com a investigação, entre 11-45% dos jovens em situação de sem-abrigo identificam-se como LGBTQI+ (APA, 2010).

4. O IMPACTO DA COVID-19 NO AUMENTO DAS DESIGUALDADES E DA DISCRIMINAÇÃO

A **crise (pandémica e socioeconómica) provocada pela COVID-19** rapidamente demonstrou que os seus **efeitos serão profundos e duradouros**. Fazendo disparar as taxas de doença, morte, desemprego e estigmatização, a pandemia tem vindo a expor algumas fragilidades das sociedades, antecipando-se o **agravamento dos níveis de pobreza em todos os países, bem como das assimetrias sociais pré-existentes**. As pessoas em situação de pobreza estão mais expostas ao vírus, pelas múltiplas determinantes da sua condição e porque algumas medidas de contenção da pandemia contribuem para perpetuar as suas vulnerabilidades. São, frequentemente, invisíveis no plano comunicacional e imponderadas nas prioridades de acção, nomeadamente no que concerne aos apoios sociais, ao reforço dos transportes colectivos e à implementação de medidas de Saúde Pública a elas dirigidas.

Em **Portugal**, a pobreza constituía já uma dimensão preocupante antes da pandemia: de acordo com a OCDE, **é um dos países desenvolvidos onde é mais difícil sair da pobreza** (pode demorar até cinco gerações). Em 2020, **verificou-se um aumento para 18.4% no risco de pobreza e um aumento de 9% na desigualdade** (Peralta et al., 2022; Silva et al., 2011). Os efeitos socioeconómicos da pandemia agravaram as condições de vida das famílias, com 1.893 milhões de pessoas em situação de pobreza ou exclusão, mais 228 milhares do que no ano anterior (subida de 2.2 pontos percentuais; Peralta et al., 2022; Santo, 2021).

A **pandemia afectou também a dinâmica do mercado de trabalho – a escassez de trabalho**, o desemprego e o aumento da precaridade – o que se traduz em realidades particularmente graves para as pessoas em situação de pobreza e exclusão social (Blustein et al., 2019). A **elevação do índice de desemprego** (7.2% em Maio de 2021) e a **redução dos rendimentos** (que se generalizou a 70% das famílias portuguesas) mantêm ou agravam as desigualdades pré-existentes, contribuindo para a manutenção de situações de vulnerabilidade socioeconómica e aumentando o potencial de problemas de Saúde Psicológica.

No contexto educativo, a incerteza da situação pandémica colocou muitas crianças e jovens em **risco de insucesso e de abandono escolar e académico**. O fecho das escolas durante a pandemia, muitas vezes aliado à inacessibilidade a ferramentas tecnológicas e Internet ou a dificuldades na sua utilização, privou crianças de acesso à educação, mas também à alimentação.

Outras clivagens sociais foram igualmente agravadas. As **mulheres, os adultos mais velhos, as pessoas com deficiência ou doença mental, os refugiados, os migrantes, as pessoas em situação sem-abrigo ou outras minoria** foram identifica-

das como grupos em **maior risco de marginalização social e económica, de pobreza e de problemas de Saúde Psicológica** (24% em risco).

O ressurgimento de **manifestações racistas e xenófobas** declaradas não passou despercebido, tendo-se registado um aumento dos crimes de ódio contra asiático-americanos à boleia da catalogação inicial da doença como o “vírus chinês” (Zhang et al., 2021).

Num cenário de agravamento das desigualdades, bem como do estigma, vergonha, discriminação e exclusão social associadas à pobreza e aos problemas de Saúde Psicológica, a contenção da COVID-19 é um desafio que concorre com a **necessidade de resolução cada vez mais urgente das clivagens sociais que impulsionaram a própria crise e que, agora, contribuem para mantê-la**. Nesse sentido, a crise pode ser uma oportunidade para reconhecer a multidimensionalidade do fenómeno da desigualdade e da pobreza, dando lugar a respostas integradas para as quais o contributo dos Psicólogos e Psicólogas é urgente e fundamental.

A ELEVAÇÃO DO ÍNDICE DE DESEMPREGO E A REDUÇÃO DOS RENDIMENTOS MANTÊM OU AGRAVAM AS DESIGUALDADES PRÉ-EXISTENTES

5. O PAPEL DOS PSICÓLOGOS E PSICÓLOGAS NO COMBATE ÀS DESIGUALDADES E À DISCRIMINAÇÃO

A **Ciência Psicológica** assume, como pressuposto, um compromisso ético de, por via da sua prática, **prevenir a ocorrência de actos intolerantes, discriminatórios e iníquos e promover estratégias eficazes baseadas na evidência científica para mitigar a injustiça social e respeitar os direitos e a dignidade das pessoas** (APA, 2019; APA, 2021). Os seus profissionais têm como um dos valores centrais para o seu trabalho a **promoção da justiça social**, procurando, em todos os contextos de prática profissional **diminuir o sofrimento e promover a equidade**, nomeadamente através da melhoria do bem-estar e da qualidade de vida individuais e comunitárias e da facilitação do acesso a cuidados de Saúde Psicológica (Vasquez, 2012).

Neste sentido, os Psicólogos e Psicólogas devem, em primeiro lugar, começar por tomar consciência da medida em que podem contribuir para a manutenção da desigualdade, dos seus próprios preconceitos, estereótipos e comportamentos discriminatórios, bem como desenvolver competências multiculturais.

A participação da Psicologia é fundamental no diálogo com outras áreas do saber que se debruçam sobre o fenómeno das desigualdades e da discriminação (e.g., História, Sociologia, Antropologia, ou mesmo a Literatura), contribuindo para enriquecer a compreensão das suas diversas manifestações num quadro comunitário, social, político e histórico.

Os **Psicólogos e Psicólogas possuem uma ampla gama de conhecimentos e competências**, não apenas no campo da investigação como na mudança comportamental, **de vital importância para um entendimento abrangente do fenómeno multidimensional das desigualdades e da discriminação, bem como da sua prevenção**. O conhecimento da Ciência Psicológica informa sobre aspectos que vão desde a percepção, tomada de decisão, atitudes e preconceitos, percepções sociais, comportamento de grupo e visões do mundo. Desde modo, os profissionais da Psicologia podem **produzir e aplicar intervenções** (individuais, de grupo ou societais, por exemplo, através da participação na definição de políticas públicas) **que melhoram a compreensão e criam mudanças significativas na sociedade no que aos comportamentos e determinantes das desigualdades e discriminação diz respeito**.

O **papel e a mais-valia dos Psicólogos e Psicólogas no cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável**, nomeadamente no que diz respeito à promoção da Saúde e do Bem-Estar e à **redução das desigualdades**, estende-se a múltiplos contextos – alguns dos quais especificamos de seguida.

OS PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA PODEM PRODUZIR E APLICAR INTERVENÇÕES QUE MELHORAM A COMPREENSÃO E CRIAM MUDANÇAS SIGNIFICATIVAS NA SOCIEDADE



Contextos de Saúde

Nos contextos de saúde, **os Psicólogos e Psicólogas desempenham um papel central da redução das desigualdades em saúde**, podendo ajudar a atingir os objectivos colocados por iniciativas políticas e programas do SNS, contribuindo para a sua implementação e avaliação, nomeadamente através da:

- **Humanização dos Serviços de Saúde.** Os profissionais de saúde e os sistemas de saúde podem acabar por – ainda que inadvertidamente – desumanizar os seus utentes. Frequentemente as pessoas são abordadas mais como uma constelação de sintomas do que como pessoas com uma história e características individuais, o que, sabemos, conduz a piores resultados de saúde. Este processo de desumanização afecta ainda mais as minorias, cujos membros podem ser vistos como representantes genéricos das suas comunidades, o que por sua vez leva a menos tempo investido nas suas avaliações e intervenções (Haque & Waytz, 2012). Os Psicólogos e Psicólogas podem reforçar, junto dos profissionais e das instituições de saúde, a necessidade de individuação e a humanização dos cuidados de saúde (DeAngelis, 2019; Haque & Waytz, 2012). Por exemplo, quando os profissionais de saúde procuram conhecer a história dos utentes, identificando-os a partir de informações pessoais, é possível combater as percepções estereotipadas sobre as minorias.

- **Promoção de competências sócio emocionais e facilitação da comunicação entre profissionais de saúde e utentes.**

O trabalho dos profissionais de saúde implica um equilíbrio entre competências cognitivas, técnicas e competências socioemocionais (por exemplo, a empatia) – todas têm influência nas capacidades de decisão, nos processos de diagnóstico, prognóstico e tratamento, bem como na comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes. Os Psicólogos e Psicólogas podem contribuir para desenvolver competências de empatia e comunicação nos profissionais de saúde, melhorando a qualidade da prestação de serviços de saúde e os próprios resultados de saúde.

No processo de intervenção psicológica, os Psicólogos e Psicólogas podem ainda ajudar os indivíduos a compreender e a mitigar os **impactos das desigualdades, da discriminação e do estigma** (entre outros factores de stresse) **na sua Saúde Psicológica.**

**OS PSICÓLOGOS
E PSICÓLOGAS
PODEM CONTRIBUIR
PARA DESENVOLVER
COMPETÊNCIAS
DE EMPATIA
E COMUNICAÇÃO
NOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**



Contextos Comunitários

Tendo por base os princípios da **justiça social** e tendo conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde, os Psicólogos e as Psicólogas têm um papel importante na redução das desigualdades junto das comunidades e pessoas em situação de maior vulnerabilidade. Nos contextos comunitários, **os Psicólogos e Psicólogas estão envolvidos em respostas de apoio psicológico e psicossocial** que passam pela promoção da Saúde Psicológica e do Bem-Estar, da equidade e da diversidade, pelo desenvolvimento de competências transversais de vida e também pelo acompanhamento de situações de vulnerabilidade social, educacional, laboral e habitacional. Junto de grupos de indivíduos em situações de desigualdade social e discriminação, os Profissionais da Psicologia **promovem a inclusão, a autonomia e a integração psicossocial**, contribuindo para dotar os cidadãos de competências que os capacitem para autodeterminação, a agência pessoal e a cidadania activa. Alguns exemplos:

- **Programas de Promoção de Competências Parentais.** O trabalho preventivo junto de mães e pais é uma oportunidade especialmente importante para proteger as crianças e jovens e promover o seu desenvolvimento saudável, mitigando os efeitos da desigualdade e da exclusão social. Os programas de promoção de competências parentais são custo-efectivos e estão associados à obtenção de melhores resultados por parte das crianças e jovens na sua vida adulta.

- **Promoção de Comportamentos Pró-Sociais.** No que toca à promoção da equidade e do bem-estar, o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais nas comunidades (por exemplo, comportamentos de partilha e de interajuda) constitui uma estratégia para combater a desigualdade no acesso ao suporte social. Os comportamentos pró-sociais contribuem para os comportamentos de solidariedade, tolerância e respeito pela diferença, ao mesmo tempo que diminuem os comportamentos violentos e discriminatórios. A promoção de comportamentos pró-sociais não só combate a exclusão social e a estigmatização das pessoas em situação de maior vulnerabilidade, mas também reforça a sua resiliência individual e a resiliência comunitária (Laguna et al., 2020).

- **Promoção da Literacia em Saúde Psicológica, Inclusão e Diversidade.** Os Psicólogos e Psicólogas podem implementar campanhas públicas de sensibilização e informação, com vista à promoção da literacia em Saúde Psicológica, Inclusão e Diversidade. O aumento da literacia nestas áreas pode conduzir à modificação de crenças erróneas e à mudança comportamental, evitando atitudes e comportamentos discriminatórios e facilitando a inclusão das minorias.

- **Programas de Apoio à Habitação e à Empregabilidade.** Os Psicólogos e Psicólogas podem desempenhar um papel importante neste tipo de programas – importantes para garantir o bem-estar, a inclusão e a diminuição das desigualdades. Pessoas em situações de vulnerabilidade (por exemplo, sem-abrigo ou LGBTQI+), ao integrarem programas de apoio habitacional vêem o seu acesso ao mercado de trabalho, à saúde e à educação melhorar significativamente (Ornelas et al., 2019). Os programas de apoio à empregabilidade são uma possibilidade para fazer face aos maiores níveis de desemprego para as mulheres, para os jovens e para as pessoas pertencentes a minorias étnicas ou raciais. Estes programas garantem melhores condições de vida e reduzem o risco de viver em situação de pobreza, promovendo, em simultâneo, a coesão social das comunidades (Drake et al., 2021).



Contextos Educativos

Os Psicólogos e Psicólogas têm um papel fundamental na **construção de uma visão educativa para a igualdade e equidade** junto dos decisores do sistema educativo, das equipas psicopedagógicas e na formação de professores. Podem desenvolver e implementar **medidas de prevenção e de combate às desigualdades e aos comportamentos discriminatórios, informadas pela Ciência Psicológica**, bem como informar o desenvolvimento de **conteúdos e recursos pedagógicos que promovam a inclusão e o respeito pela diversidade**.

Um dos principais contributos dos profissionais da Psicologia para a igualdade em contexto escolar passa pela **implementação de programas de desenvolvimento de competências sócio-emocionais**. Desenvolver competências de autoconsciência e consciência social, competências interpessoais, de tomada de decisão e resolução de problemas é essencial para reflectir sobre os determinantes da desigualdade, para respeitar a diversidade, para procurar soluções colaborativas para os problemas sociais (Jagers et al., 2018).

Os Psicólogos e Psicólogas podem ainda desenvolver **intervenções psicossociais juntos dos estudantes que pertencem a minorias**, no sentido de reforçar o sentimento de pertença ao contexto educativo, validar reacções emocionais a situações de discriminação e desenvolver sentimentos de aceitação e empoderamento.

**OS PSICÓLOGOS
E PSICÓLOGAS PODEM
AINDA DESENVOLVER
INTERVENÇÕES
PSICOSSOCIAIS JUNTOS
DOS ESTUDANTES QUE
PERTENCEM A MINORIAS**



Contextos Organizacionais

Os locais de trabalho podem **desenvolver políticas e práticas baseadas nas evidências da Ciência Psicológica que visem a promoção da inclusão, da diversidade e da não-discriminação**. Os Psicólogos e Psicólogas têm neste contexto um papel essencial na promoção de culturas organizacionais inclusivas e de prevenção de comportamentos discriminatórios (e outros riscos psicossociais). Por exemplo:

Colaborando na **elaboração de códigos de conduta, políticas de inclusão** ou implementando acções e **campanhas de sensibilização, informação e capacitação**. É necessário garantir que as políticas multiculturais e de diversidade são enquadradas de forma inclusiva, reforçando os benefícios dos grupos minoritários e majoritários da organização.

Recolhendo, regularmente e de forma sistematizada, utilizando ferramentas de avaliação dos riscos psicossociais, **informação que permita caracterizar o ambiente psicossocial** (e.g., comportamentos discriminatórios), a saúde (física e psicológica) e o bem-estar no local de trabalho. Estes indicadores devem ser partilhados com os colaboradores e utilizados, de modo independente e autónomo para, de forma participativa, gerar medidas de promoção da segurança, inclusão, saúde e bem-estar no local de trabalho, para todos/as.

Desenvolvendo e implementando **planos de prevenção e intervenção** nos riscos psicossociais (por exemplo, acções no âmbito da prevenção da discriminação durante o processo de recrutamento e selecção; acções de tolerância-zero face a violência, assédio ou conflitos motivados por razões étnicas, raciais, de género ou de identidade sexual; acções para definir melhores políticas e procedimentos para atribuir promoções de forma mais justa.

Investindo na **construção de culturas organizacionais saudáveis através do desenvolvimento das práticas de gestão das lideranças e das suas competências facilitadoras**. A implementação de programas de promoção de lideranças e práticas de gestão eficazes, baseadas em evidências da Ciência Psicológica, capacita os líderes para uma liderança mais activa, uma visão organizacional que segue princípios da diversidade e inclusão, a comunicação interpessoal e o trabalho em equipa, bem como capacidades de promoção da inovação, criatividade, autonomia e bem-estar dos trabalhadores. O comportamento dos líderes é fundamental para a construção de climas e culturas organizacionais saudáveis, nos quais pessoas de diferentes backgrounds se sintam integradas e aceites.

Disponibilizando oportunidades de formação sobre Riscos Psicossociais, saúde e bem-estar no local de trabalho. Em particular, viabilizar formações que promovam a diversidade e combater as atitudes e comportamentos discriminatórios podem ser uma mais-valia.

O COMPORTAMENTO DOS LÍDERES É FUNDAMENTAL PARA A CONSTRUÇÃO DE CLIMAS E CULTURAS ORGANIZACIONAIS SAUDÁVEIS



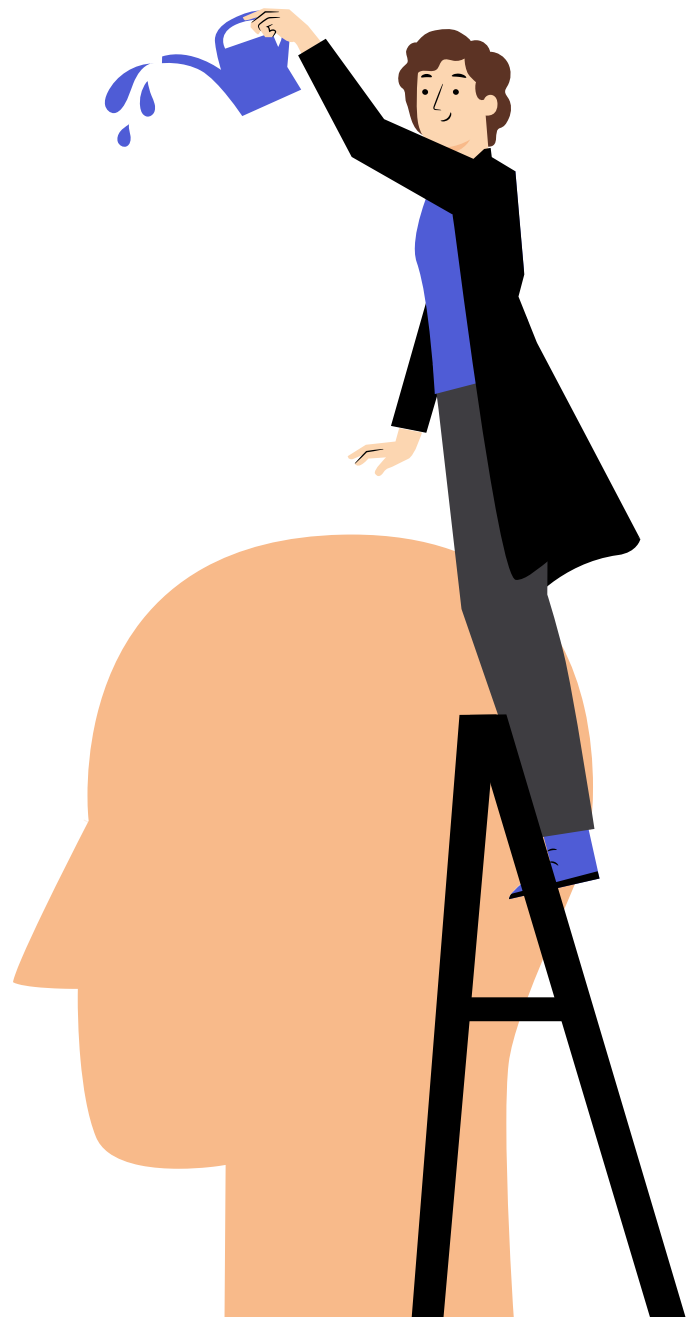
Órgãos de Decisão e construção de Políticas Públicas

Todos os Psicólogos e Psicólogas têm um papel importante na **advocacia** por **políticas públicas inclusivas e respeitadoras da diversidade**, sendo peças fundamentais no apoio ao desenho, **testagem, implementação e comunicação de políticas públicas**, nomeadamente as que estabeleçam interfaces entre educação, trabalho e saúde, procurando melhorar a sua eficácia e eficiência, bem como na melhoria da confiança nestes processos – por exemplo, através da **segmentação das mensagens** a transmitir e da sua adequação às características e necessidades de diferentes grupos populacionais. Devem ser um parceiro activo no apoio a processos de **elaboração e/ou revisão legislativa em matéria de combate à discriminação e às desigualdades**, bem como no desenvolvimento de **recomendações para o aumento da participação e representação cívica e política** de cidadãos e grupos discriminados e em situação de vulnerabilidade.

Media

Os Psicólogos e as Psicólogas têm um papel multifacetado junto dos Media. O seu contributo é essencial no desenvolvimento de acções junto dos órgãos de comunicação social para a **promoção de maior diversidade e inclusão na programação e conteúdos disponibilizados**, bem como nos cuidados a adoptar para **evitar a promoção não intencional de comportamentos discriminatórios**.

Os Psicólogos e Psicólogas podem contribuir para a construção e a utilização de **boas práticas de comunicação sobre desigualdade e discriminação através dos media**.



Investigação

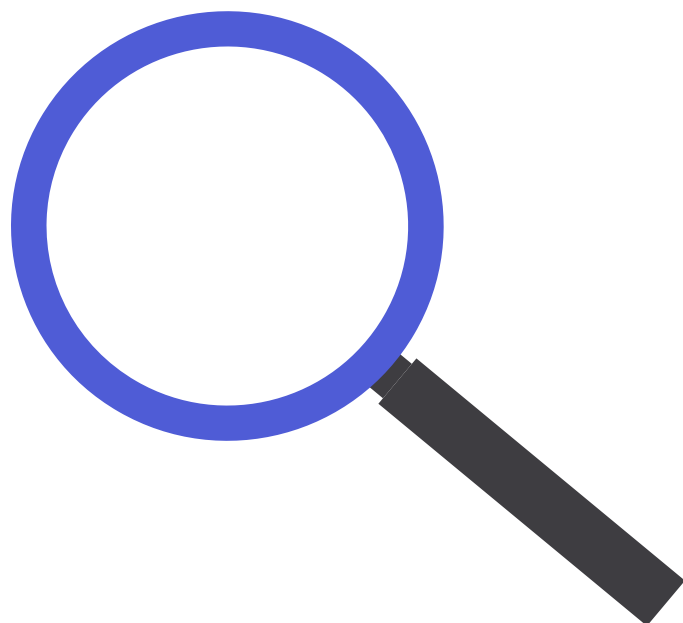
É justo admitir que a Psicologia tem, historicamente, contribuído para a manutenção de determinadas desigualdades e comportamentos discriminatórios (APA, 2019; Roberts et al., 2020). Por exemplo, a investigação em Psicologia tem tido dificuldade em reunir evidências sobre as minorias de pertença cultural, baseando-se sobretudo em modelos desenvolvidos por e para indivíduos caucasianos. A maioria dos grupos estudados na investigação psicológica é composta por sujeitos provenientes de sociedades ocidentais, instruídas, industrializadas, ricas e democráticas (WEIRD¹), facto que pode comprometer as generalizações sobre o comportamento humano (Henrich et al. 2010).

Apesar disso, a Ciência Psicológica tem procurado, cada vez mais, cumprir o dever científico, ético e societal de se debruçar na análise e compreensão das estruturas sociais e cognitivas que mantêm os diversos sistemas de discriminação emergentes das desigualdades sociais, para poder responder às necessidades de uma demografia em constante mudança e desenvolver uma **capacidade de resposta multicultural na prática psicológica** (APA, 2019).

Os Psicólogos e Psicólogas são profissionais competentes para, em articulação com outras áreas de conhecimento, investigar e promover continuamente uma melhor compreensão das desigualdades sociais, inscrevendo-as no actual momento histórico, político e económico e respectivas dinâmicas sociais. As suas competências em matéria de investigação são essenciais para o desenvolvimento de estudos que permitam analisar e acompanhar as trajectórias sociais da desigualdade, do preconceito e discriminação (por exemplo, no que diz respeito às dimensões de percepção, atitude e comportamento). Para tal, é fundamental o desenvolvimento de linhas de investigação em Ciências Comportamentais, e na Psicologia em particular, que considerem grupos específicos (por exemplo, a população LGBTI+ e minorias étnicas), continuamente reunindo **evidência sobre a natureza multideterminada dos fenómenos de discriminação**, bem como o papel da **discriminação interseccional**, de modo a poder **informar estratégias de prevenção e de combate às desigualdades e discriminação**.

No sentido de mitigar as consequências das desigualdades socioeconómicas e desenvolver programas e políticas públicas eficazes no combate às desigualdades e à discriminação, algumas linhas de investigação são particularmente interessantes. Por exemplo, **compreender como modificar as atitudes socioculturais predominantes sobre a pobreza** (e.g., as pessoas em situação de pobreza são pobres porque são preguiçosas) ou **estudar a eficácia dos programas de intervenção para redução das desigualdades a longo-prazo** (Bullock, 2019).

**É FUNDAMENTAL
O DESENVOLVIMENTO
DE LINHAS DE
INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS
COMPORTAMENTAIS,
E NA PSICOLOGIA
EM PARTICULAR**



1. WEIRD é acrónimo utilizado em Psicologia por referência às sociedades ocidentais, instruídas, industrializadas, ricas e democráticas (“Western, educated, industrialized, rich and democratic”).

CONCLUSÃO

O conhecimento proveniente da **Ciência Psicológica permite compreender as situações e os determinantes das desigualdades e da discriminação**. Pela sua compreensão privilegiada destes fenómenos, da exclusão social e interseccionalidade que geram, os Psicólogos e as Psicólogas estão bem posicionados para compreender os **impactos multidimensionais na Saúde Psicológica** das pessoas que vivem situações de desigualdade e discriminação com base na sua idade, sexo, identidade de género, pertença cultural, religião, orientação sexual, incapacidade, estatuto socioeconómico ou outros factores.

Sendo que nenhuma intervenção ou política pública é, por si só, suficiente para resolver os desafios associados à desigualdade e à discriminação, é necessário implementar uma **abordagem integrada e transversal** – à saúde, educação, comunidade, habitação, emprego, investigação e media – que tem nos Psicólogos e nas Psicólogas um dos seus principais agentes, pela sua presença nos diversos contextos, pela sua capacidade para criar pontes entre diferentes entidades e pelo seu dever de advocacia em prol da justiça social.

Desta forma, o contributo dos Psicólogos e das Psicólogas é essencial para o trabalho contínuo de promoção da igualdade, da equidade e do respeito pela diversidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abu-Ras, W. & Suarez, Z. (2009). Muslim men and women's perception of discrimination, hate crimes and PTSD symptoms post 9/11. *Traumatology*, 15(3), 48-63.
- Alesina, A., & La Ferrara, E. (2000). Participation in heterogeneous communities. *Quarterly Journal of Economics*, 115(3), 847-904.
- Alvarez, A., Liang, C. & Neville, H. (2016). The cost of racism for people of colour: Contextualizing experiences of discrimination. American Psychological Association.
- APA, American Psychological Association (2010). Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Persons & Socioeconomic Status. Retirado de <https://www.apa.org/pi/ses/resources/publications/lgbt>.
- APA, American Psychological Association (2019). Race and Ethnicity Guidelines in Psychology: Promoting Responsiveness and Equity. Retirado de: <http://www.apa.org/about/policy/race-and-ethnicity-in-psychology.pdf>.
- APA, American Psychological Association (2020). Psychology's understanding of the challenges related to the COVID-19 Global Pandemic in the United States. EUA: APA.
- APA, American Psychological Association (2021). APA Resolution on Harnessing Psychology to Combat Racism: Adopting a Uniform Definition and Understanding. Retirado de: <https://www.apa.org/about/policy/resolution-combat-racism.pdf>.
- Barden, R., Garber, J., Leiman, B., et al. (1985). Factors governing the effective remediation of negative affect and its cognitive and behavioral consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1040-1053.
- Bernard, M., Gebauer, J. & Maio, G. (2006). Cultural estrangement: the role of personal and societal value discrepancies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 78-92.
- Blustein, D., Kenny, M., Di Fabio, A. & Guichard, J. (2019). Expanding the impact of the Psychology of Working: Engaging in the struggle for decent work and human rights. *Journal of Career Assessment*, 27(1), 3-28.
- Borges, A. & Goodman, L. (2019). Considering poverty in the therapeutic process: experienced therapists' adaptations. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-28.
- BPS, British Psychological Society (2020). Racial and social inequalities: Taking the conversations forward – DCP Racial and Social Inequalities in the Times of COVID-19 Working Group. Leicester.
- Bullock, H. (2019). Psychology's Contributions to Understanding and Alleviating Poverty and Economic Inequality: Introduction to the Special Section. *American Psychologist*, 74(6), 635-640.
- Buttrick, N. & Oishi, S. (2017). The psychological consequences of income inequality. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(3), e12304. Retirado de: <https://doi.org/10.1111/spc3.12304>
- Chen, E., Lam, P., Finegood, E., ... & Miller, G. (2021). The balance of giving versus receiving social support and all-cause mortality in a US national sample. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(24), 1-7.
- Cochran, S. & Mays, V. (2007). Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: Results from the California Quality of Life Survey. *American Journal of Public Health*, 97(11), 2048-2055.
- Cole, E. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64, 170-180.
- Cook, B., McGuire, T. & Miranda, J. (2007). Measuring trends in mental health care disparities, 2000-2004. *Psychiatric Services*, 58(12), 1533-40.
- Crenshaw, K. (1990). Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of colour. *Stanford Law Review*, 43, 1241-1299.
- Cuevas, A., Reitzel, L., Adams, C., Cao, Y., Nguyen, N., Wetter, D., Watkins, K., Regan, S. & McNeill, L. (2014). Discrimination, Affect, and Cancer Risk Factors among African Americans. *American Journal of Health Behavior*, 38(1), 31-41.
- Davidai, S. (2018) Why do Americans believe in economic mobility? Economic inequality, external attributions of wealth and poverty, and the belief in economic mobility. *Journal of Experimental Social Psychology*, 79, 138-148.
- DeAngelis, T. (2019). How does implicit bias by physicians affect patients' health care? Retirado de <https://www.apa.org/monitor/2019/03/ce-corner>.
- Drake, R., Sederer, L., Becker, D. & Bond, G. (2021). COVID 19, Unemployment, and Behavioral Health Conditions: The Need for Supported Employment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 48, 388-392.
- Easterly, W. (2007). Inequality does cause underdevelopment: Insights from a new instrument. *Journal of Development Economics*, 84(2), 755-776.

- Eskenazi, B., Fahey, C., Kogut, K., Gunier, R., Torres, J., Gonzales, N., Holland, N. & Deardorff, J. (2019). Association of perceived immigration policy vulnerability with mental and physical health among us-born Latino adolescents in California. *JAMA Pediatrics*, 173(8), 744-753.
- European Commission (2019). Facts matter: Debunking myths about migration. UE: European Commission.
- Farmer, D. & Yancu, C. (2015). Hospice and palliative care for older lesbian, gay, bisexual, and transgender adults: The effect of history, discrimination, health disparities and legal issues on addressing service needs. *Palliative Medicine and Hospice Care Open Journal* 1(2), 36-43.
- Ferreira, F., Vega, J., Paes de Barros, R. & Chanduvi, J. (2009). Measuring Inequality of Opportunities in Latin America and the Caribbean. The World Bank and Palgrave Macmillan.
- Fiske, S. & Durante, F. (2019). Mutual status stereotypes maintain inequality. In J. Jetten & K. Peters (Eds.), *The Social Psychology of Inequality* (pp. 365-379).
- Friedman, M., Marshal, M., Guadamuz, T., Wei, C., Wong, C. & Saewyc, E. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health*, 101(8), 1481-94.
- Gonsalkorale, K. & Williams, K. (2007). The KKK won't let me play ostracism even by a despised out-group hurts. *European Journal of Social Psychology*. Retirado de: <http://DOI:10.1002/ejsp.392>.
- Graf, S., Linhartova, P. & Sczesny, S. (2020). The effects of news report valence and linguistic labels on prejudice against social minorities. *Media Psychology*, 23(2), 215-243.
- Guerrero, M., Anderson, A. & Jason, L. (2020). Public Policy. In L. Jason, O. Glantsman, J. O'Brien & K. Ramian (Eds). *Introduction to Community Psychology: Becoming an Agent of Change*. EUA: De Paul University (pp. 265-285)
- Hagiwara, N., Kron, F., Scerbo, M. & Watson, G. (2020). A call for grounding implicit bias training in clinical and translational frameworks. *Lancet*, 395(10234), 1457-1460.
- Haque, O. & Waytz, A. (2012). Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7(2), 176-186.
- Heise, L., Greene, M., Opper, N. et al. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet*, 393, 2440-2454.
- Henrich, J., Heine, S. & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *Behavioral and Brain Sciences*, 33(2-3), 1-17.
- Hortulanus, R., Machielse, A. & Meeuwesen, L. (2006). *Social Isolation in Modern Society*. Oxford: Routledge.
- Hosang, G. & Bhui, K. (2018). Gender discrimination, victimisation, and women's mental health. *British Journal of Psychiatry*, 213(6), 682-684. Retirado de: <http://doi: 10.1192/bjp.2018.244>.
- Hudson-Sharp, N. & Metcalf, H. (2016). Inequality among lesbian, gay bisexual, and transgender groups in the UK: a review of evidence. *National Institute of Economic and Social Research*.
- Jagers, R., Rivas-Drake, D. & Borowski, T. (2018). *Equity & Social and Emotional Learning: A Cultural Analysis*. EUA: CASEL.
- Javaid, A. (2018). Out of place: Sexualities, sexual violence, and heteronormativity. *Aggression and Violent Behavior*, 39, 83-89.
- Jong sung, Y., & Khagram, S. (2005). A comparative study of inequality and corruption. *American Sociological Review*, 70(1), 136-157.
- Kulich, C. J. & Chipeaux, M. (2019). Gender inequality in economic resources. In J. Jetten & K. Peters (Eds.), *The Social Psychology of Inequality* (pp. 49-67).
- Kuruvilla, A., & Jacob, K.S. (2007). Poverty, social stress & mental health. *Indian Journal Medical Research*, 126(4), 273-278.
- Laguna, M., Mazur, Z., Kedra, M. & Ostrowski, K. (2019). Interventions stimulating prosocial helping behavior: A systematic review. *Journal of Applied Social Psychology*, 1-21.
- Lefranc, A., Pistolesi, N. & Trannoy, A. (2008) Inequality of opportunities vs. inequality of outcomes: Are Western societies alike? *Review of Income and Wealth*, 54(4), 513-546.
- Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E. et al. (2007). Multi-dimensional analysis of social exclusion. Department of Sociology and School for Social Policy Townsend Centre for the International Study of Poverty and Bristol Institute for Public Affairs University of Bristol.
- Madeira, A., Pereira, C., Gama, A, & Dias, S. (2018). Justifying treatment bias: The legitimizing role of threat perception and immigrant-provider contact in healthcare. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 24(2), 294-301.
- Maina, I., Belton, T., Ginzberg, S., Singh, A. & Johnson, T. J. (2018). A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Social Science & Medicine*, 199, 219-229.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365, 1099-104.
- McDaid, S., Kousoulis, A. (2020). Tackling social inequalities to reduce mental health problems: How everyone can flourish equally. Retirado de: <https://www.mentalhealth.org.uk/publications/tackling-social-inequalities-reducemental-health-problems>.

- McLaughlin-Volpe, T., Aron, A., Wright, S.C. & Lewandowski, G.W., Jr (2005). Exclusion of the self by close others and by groups: implications of the self-expansion model. In D. Abrams, M.A. Hogg & J.M. Marques (Eds.), *The Social Psychology of Inclusion and Exclusion*. New York: Psychology Press (pp. 113–134).
- McLoyd, V. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53, 185–204.
- Messias, E., Eaton, W. W., & Grooms, A. N. (2011). Income inequality and depression prevalence across the United States: An ecological study. *Psychiatric Services*, 62(7), 710–712.
- Moss, N. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Social Science & Medicine*, 54, 649–661.
- Nairn, R., Pega, F., McCreanor, T., Rankine, J., & Barnes, A. (2006). Media, racism, and public health psychology. *Journal of Health Psychology*, 11(2), 183–196. Retirado de: <http://doi:10.1177/1359105306061179>.
- OCDE (2011). *Divided We Stand. Why Inequality Keeps Rising*. Paris: OCDE Publications.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020a). *Contributo Científico OPP: Estratégia Nacional de Combate à Pobreza*. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020b). *Crise económica, Pobreza e Desigualdades – Relatório sobre Impacto Socioeconómico e Saúde Mental em Portugal*. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021a). *Contributo Científico OPP – Plano Nacional de Combate ao Racismo e à Discriminação 2021–2025*. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021b). *Contributo Científico OPP – Estratégia para os Direitos das Pessoas com Incapacidade*. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021c). *Contributo Científico OPP – Garantia Europeia para a Infância*. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021d). *Contributo Científico OPP – Livro Verde do Futuro do Trabalho*. Lisboa.
- Ornelas, J., Jorge-Monteiro, M., Duarte, T. & Vargas-Moniz, M. (2019). The role of community integration and empowerment for the transformative change in community mental health. *Community Psychology Global Perspective*, 5(1), 38–55.
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, M., Kelaher, M & Gee, G. (2015) Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 10(9): e0138511. Retirado de: <http://doi:10.1371/journal.pone.0138511>.
- Parcesepe, A. & Cabassa, L. (2013). Public stigma of mental illness in the United States: A systematic literature review. *Administration and Policy in Mental Health*, 40(5), 384–399.
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F. & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *NBER Working Papers*. 27157. National Bureau of Economic Research, Inc.
- Roberts, S., Bareket-Shavit, C., Dollins, F., Goldie, P. & Mortenson, E. (2020). Racial inequality in psychological research: Trends of the past and recommendations for the future. *Perspectives on Psychological Science*, 15(6), 1295–1305.
- Rodrigues, C. (2020). A evolução recente dos indicadores de pobreza, desigualdade e exclusão social: O paradoxo desta pandemia. Retirado de: <https://portugaldesigual.ffms.pt/evolucaodasdesigualdades#evolution-population-material-deprivation-link>.
- Rössler, W. (2016). The stigma of mental disorders: A millennia long history of social exclusion and prejudices. *EMBO Reports*, 17(9), 1250–1253.
- Rothstein, B., & Uslaner, E. M. (2005). All for all: Equality, corruption, and social trust. *World Politics*, 58 (01), 41–72.
- Ryan, C., Russell, S., Huebner, D., Diaz, R. & Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(4), 205–213.
- Sen, A. K. (1999). *Development as freedom*. Anchor Books.
- Settles, I. H., Warner, L., Buchanan, N. T., & Jones, M. K. (2020). Understanding Psychology's Resistance to Intersectionality Theory using a Framework of Invisibility and Epistemic Exclusion. *Journal of Social Issues*, 76(1). Retirado de: <http://doi.10.1111/josi.12403>
- Shafir, E. & Mullainathan, S. (2013). *Scarcity: Why having so little means so much*. EUA: Penguin Press.
- Shrivastava, A., Johnston, M. & Bureau, Y. (2012). Stigma of mental disease: Clinical reflections. *Mens Sana Monographs*, 10(1), 70–84.
- Silva, J., Bernard, A., Espiga, F. & Gaspar, M. (2021). O impacto da Covid-19 na Pobreza e Desigualdade em Portugal, e o efeito mitigador das políticas de proteção. Retirado de <https://observatoriosocial.fundacaolacaixa.pt/-/o-impacto-da-covid-19-na-pobreza-e-desigualdade-em-portugal-e-o-efeito-mitigador-das-politicas-de-protecao>
- Silver, H. (1995). Reconceptualizing social disadvantage: three paradigms of social exclusion. G. Rodgers, C. Gore. & J. Figueiredo (Eds.). *Social Exclusion: Rhetoric, Reality, Responses*, Institute of International Labour Studies. Geneva (pp.58–80).
- Speight, S. & Vera, E. M. (2009). The challenge of social justice for school psychology. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 19, 82–92.
- Stewart, F. (2002). *Horizontal Inequalities: A Neglected Dimension of Development*. UNU World Institute for Development Economics Research (UNU/WIDER), WIDER Annual Lectures 5.

- Stonewall (2018). LGBT in Britain: Health. [Online report]. Retirado de: https://www.stonewall.org.uk/system/files/lgbt_in_britain_health.pdf.
- Takács, J. (2015). Homophobia and Genderphobia in the European Union: Policy contexts and empirical evidence. Swedish Institute for European Policy Studies, Stockholm.
- Trani, J.-F, Deshpande, S., Bakhshi, P., Kuhlberg, J. Narayanan, S. Venkataraman, H., et al. (2013). Mental illness, stigma, and poverty in India—MISPI. Report presentation, Delhi. University College London.
- UNAIDS, United Nations Programme on HIV/AIDS (2013). Meeting the HIV treatment and health needs of gay men and other men who have sex with men. Meeting Report from UNAIDS Policy and Strategy Consultation, Geneva.
- UNDP, ILO (2018). LGBTI People and Employment: Discrimination Based on Sexual Orientation, Gender Identity and Expression, and Sex Characteristics in China, the Philippines and Thailand.
- Vasquez, M. (2012). Psychology and Social Justice: Why We Do What We Do. *American Psychologist*, 67(5), 337-346.
- Walker, E., McGee, R. & Druss, B. (2015). Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334–341.
- Walton, G. & Cohen, G. (2007). A Question of Belonging: Race, Social Fit, and Achievement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(1), 82-96.
- Wells, K., Klap, R., Koike, A. & Sherbourne, C. (2001). Ethnic disparities in unmet need for alcoholism, drug abuse, and mental health care. *The American Journal of Psychiatry*, 158(12), 2027–32.
- Williams, D., Lawrence, J., Davis, B. & Vu, C. (2019). Understanding how discrimination can affect health. *Health Services Research*, 54(2), 1374-1388.
- Wu, C-H., Wang, Y., Parker, S. & Griffin, M. (2020). Effects of Chronic Job Insecurity on Big Five Personality Change. *Journal of Applied Psychology*, 105(11), 1308-1326.
- Xavier, S., Klut, C., Neto, A., Ponte, G., & Melo, J. (2013). O Estigma da Doença Mental: Que Caminho Percorremos? *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*.
- Zadro, L., Williams, K.D. & Richardson, R. (2004). How low can you go? Ostracism by a computer lower belonging, control, self-esteem, and meaningful existence. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40, 560–567.
- Zhang, Y., Zhang, L., & Benton, F. (2021). Hate crimes against Asian Americans. *American Journal of Criminal Justice*, 1–21. Retirado de: <https://doi.org/10.1007/s12103-020-09602-9>.

