



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
D O P O R T O

Carla Daniela Sequeira da Silva

**Impacto da Discriminação na Saúde Mental: O Impacto do Estatuto
Social Subjetivo e da Vergonha**

Trabalho realizado sob orientação da
Professora Doutora Joana Cabral

abril 2022



Carla Daniela Sequeira da Silva

**Impacto da Discriminação na Saúde Mental:
O Impacto do Estatuto Social Subjetivo e da Vergonha**

**Dissertação de Mestrado
Psicologia Clínica e da Saúde**

Dissertação apresentada na Universidade Lusófona do Porto
Para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde
Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto
No dia 21/04/2022, perante o júri seguinte:

Presidente: Professor Doutor Diogo Jorge Pereira do Vale Lamela da Silva
(Professora Associada da Universidade Lusófona do Porto), por
delegação da Diretora do Ciclo de Estudos;

Arguente: Professora Doutora Carla Margarida Vieira Antunes
(Professor Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

Orientador: Professora Doutora Joana Maria Barreto Vieira Antunes
(Professora Auxiliar da Universidade Lusófona do Porto)

abril 2022

É autorizada a reprodução integral desta dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interesse, que a tal se compromete.

Agradecimentos

Nesta dissertação, gostaria de deixar um agradecimento a pessoas que foram muito importantes ao longo do meu percurso académico e da minha vida.

Em primeiro lugar, gostaria de deixar um enorme agradecimento à minha orientadora professora Dr^a Joana Cabral, pela disponibilidade, pela atenção, pela paciência, pela compreensão e pela ajuda. O seu conhecimento e apoio foram imprescindíveis para o meu processo de aprendizagem e para a realização deste trabalho.

Queria também agradecer aos meus pais por todo o carinho, atenção, motivação e apoio ao longo de toda a minha vida e, em especial, do meu percurso académico. Muito obrigada, sem vocês nada disto seria possível.

Aos meus amigos por toda a amizade, compreensão, apoio e motivação que sempre me deram ao longo da vida.

Um especial obrigado ao meu namorado, por estar sempre do meu lado, por me ajudar em tudo, por me apoiar e motivar todos os dias a ser mais e melhor. Por me transmitir todo o amor do mundo e por me incentivar a lutar todos os dias pelos meus objetivos, nunca me permitindo desistir deles.

Por fim, queria deixar um obrigado a todos os docentes que passaram pelo meu percurso académico, deixando o seu vasto conhecimento e a todos os meus colegas de curso, que de alguma forma marcaram a minha vida académica.

Impacto da Discriminação na Saúde Mental: O Impacto do Estatuto Social Subjetivo e da Vergonha

Resumo

A discriminação consiste num tratamento injusto, que inclui ações que prejudicam diretamente outras pessoas ou grupos, bem como ações que favorecem injustamente o próprio ou grupo de pertença. As experiências de discriminação e desigualdade estão associadas a uma percepção de baixo estatuto social subjetivo, depressão, ansiedade, raiva e a baixa autoestima. Os objetivos do presente estudo são contribuir para a compreensão do impacto das experiências de discriminação na saúde mental, explorando o papel do ESS e da vergonha interna nesta associação. A amostra foi constituída por 178 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 72 anos. Como instrumentos foram utilizadas medidas de estatuto social subjetivo, de experiência de discriminação, desigualdade, bem-estar psicológico, ansiedade, depressão e vergonha interna. Os principais resultados indicam que a discriminação está associada a menor saúde mental, nomeadamente, mais depressão, mais ansiedade e mais vergonha. O ESS funciona como um moderador na associação entre discriminação na saúde mental e a vergonha desempenha um papel mediador e moderador.

Palavras-chave: discriminação, saúde mental, estatuto social subjetivo, vergonha, bem-estar.

Impact of Discrimination on Mental Health: The Impact of Subjective Social Status and Shame

Abstract

Discrimination consists on a unfair treatment that includes actions that directly affect other people or groups, as well as actions that unfairly favor the person or his group. The experiences of discrimination and inequality are associated with a perception of low subjective social status, depression, anxiety, anger and low self-esteem. The aim of the present study is to contribute to the understanding of the impact of discriminatory experiences on mental health, exploring the role of ESS and internal shame in this association. The sample consisted of 178 participants, aged between 18 and 72 years old. Measures were used to assess subjective social status, experiences of discrimination, inequality, psychological well-being, anxiety, depression and internal shame. The main results indicate that discrimination is associated with lower mental health, namely, more depression, more anxiety and more shame. The ESS works as a moderator in the association between of discrimination in the mental health, and shame plays a mediating and moderating role.

Keywords: discrimination, mental health, subjective social status, shame, well-being.

Índice

Enquadramento Teórico	1
Discriminação: definição do conceito	1
Impacto da discriminação na saúde mental.....	2
Estatuto Socioeconómico e Estatuto Social Subjetivo.....	4
Método	8
Participantes	8
Instrumentos	9
Procedimentos.....	11
Resultados.....	12
Condição socioeconómica, estatuto social subjetivo e discriminação.....	12
Condição socioeconómica, estatuto social subjetivo, discriminação e saúde mental.....	12
Modelos de moderação e mediação através do ESS e vergonha	14
Discussão.....	20
Referências	25

Índice de tabelas e gráficos

Tabela 1 - ESS e Desigualdade.....	12
Tabela 2 - ESS, NSE e Saúde Mental	13
Tabela 3 - Discriminação e Saúde Mental	13
Tabela 4 - Moderação do ESS no impacto da discriminação na vergonha.	14
Tabela 5 - Moderação do ESS e mediação da vergonha no impacto da discriminação no bem-estar.....	15
Tabela 6 - Moderação do ESS e mediação da vergonha no impacto da discriminação na depressão.	16
Tabela 7 - Moderação do ESS e mediação da vergonha no impacto da discriminação na ansiedade.	17
Tabela 8 - Moderação do ESS e vergonha no impacto da discriminação na depressão.	18
Tabela 9 - Moderação do ESS e vergonha no impacto da discriminação na ansiedade.	19
Gráfico 1 - Moderação do ESS no impacto da discriminação na vergonha.....	14
Gráfico 2 - Moderação do ESS e mediação da vergonha no impacto da discriminação no bem-estar.....	15
Gráfico 3 - Moderação do ESS e mediação da vergonha no impacto da discriminação na depressão.	16
Gráfico 4 - Moderação do ESS e mediação da vergonha no impacto da discriminação na ansiedade.	17
Gráfico 5 - Moderação do ESS e vergonha no impacto da discriminação na depressão.	19
Gráfico 6 - Moderação do ESS e vergonha no impacto da discriminação na ansiedade.	20

Lista de Abreviaturas

ESE – Estatuto Socioeconómico

ESS – Estatuto Social Subjetivo

NSE – Nivel Socioeconómico

Enquadramento Teórico

Discriminação: definição do conceito

A discriminação consiste num comportamento injusto, que inclui ações que prejudicam diretamente outras pessoas ou grupos, bem como ações que favorecem injustamente o próprio ou grupo de pertença, acabando por criar, manter ou reforçar a vantagem de alguns grupos sobre outros (Dovidio et al., 2010). Diz respeito ao tratamento diferenciado e desigual a pessoas pertencentes a um determinado grupo (Law, 2007 cit por Goto et al., 2013), sendo uma negação dos direitos e individualidade das vítimas (Pettigrew & Taylor, 2000 cit por Goto et al., 2013). Outro conceito importante é o de preconceito que consiste numa avaliação negativa em relação a um grupo ou a um indivíduo (Crandall et al., 2002) que estimula relações hierárquicas pela competição por estatuto (Dovidio et al., 2010). O preconceito tem uma componente afetiva, como por exemplo a antipatia, uma componente cognitiva, como por exemplo as crenças sobre o grupo-alvo, e uma componente conativa, como por exemplo, a predisposição para se comportar de forma negativa como um determinado grupo (Dovidio et al., 2010).

Segundo alguns autores, as mudanças que por vezes se verificam num discurso de censura à discriminação devem-se mais à pressão para a aceitação e da censura social, do que a mudanças efetivas na *mente* das pessoas (Crandall et al., 2002).

Entre as várias formas de discriminação, a discriminação étnico-racial é muitas vezes apontada como aquela com a história mais longa e duradoura. Pode ser definida como um conjunto de crenças, ações, atitudes ou comportamentos negativos em relação a um indivíduo devido à sua pertença étnica, nacionalidade ou cor da pele (Pachter et al., 2018). Para a sua melhor compreensão é importante discutir o conceito de raça, enquanto categoria e representação social. À luz das representações racialistas, os indivíduos agrupam-se em função de aspetos físicos observáveis, sendo que a maioria das pessoas ainda pensa em termos de racialização, acreditando que existem diversas raças humanas. E, apesar do racismo não estar necessariamente associado com o racismo, pode ser um caminho para este, uma vez que o racismo consiste na ideia de que algumas raças são inferiores a outras. Este é um fenómeno histórico, que teve início na escravatura, em que há um discurso de poder que promove assimetria entre grupos raciais (Santos & Silva, 2018). Verifica-se uma negação e desvalorização das qualidades e características de alguns

grupos, entendidos como racialmente inferiores, o que impede que exercitem a sua cidadania (Silva, 2004). O legado das ideologias raciais acaba por despoletar várias desigualdades sociais, culturais, políticas e psicológicas (Zamora, 2012). Estas decorrem de sistemas sociais que promovem uma distribuição desigual de poder, passando a raça a uma categoria e condição social a partir da qual pessoas e grupos são socialmente hierarquizados (Paradies, 2006).

Segundo a teoria das normas de grupo de Sherif e Sherif (1953 cit por Crandall et al., 2002), as normas sociais são desenvolvidas em situações de grupo e, posteriormente são utilizadas como padrões de perceção e julgamento de uma pessoa em situações individuais. De acordo com esta teoria, as ideologias e sistemas de crenças individuais são baseadas nas normas sociais do grupo com o qual o indivíduo se identifica, logo, as atitudes, os valores, as crenças e os preconceitos não estão exclusivamente dependentes do indivíduo, mas também, e muito significativamente do seu contacto com os membros de um grupo de referência, fazendo parte do processo de socialização. As perspetivas individuais são as normas socialmente aceites pelo grupo a que uma pessoa pertence. Segundo Sherif (1936 cit por Crandall et al., 2002), as atitudes raciais, por exemplo, são atitudes que o indivíduo pratica tendo em conta os valores estabelecidos pelo grupo, por exemplo, o comportamento de uma criança em relação a uma pessoa negra não resulta do seu contacto com aquela ou com outras pessoas negras, mas sim da exposição à atitude predominante em relação aos negros no seu grupo. As pessoas assumem os preconceitos do grupo para promover a pertença ao mesmo, rejeitando os preconceitos que o grupo desaprova.

Impacto da discriminação na saúde mental

Vários estudos indicam que existe uma forte correlação positiva entre discriminação e saúde, em que níveis mais altos de discriminação estão associados a mais doenças (e.g., Williams et al., 2003, Goto et al., 2013, Massignam et al., 2015). A evidência revela uma correlação positiva entre discriminação e angústia, *stress*, bem-estar psicológico, depressão, ansiedade e uso de substâncias (Williams et al., 2003, Goto et al., 2013). Bem como problemas físicos e psicológicos, tais como taquicardia, ataques de pânico, dificuldades de se abrir com os outros, ataques de raiva, hipertensão arterial, úlcera gástrica, alcoolismo, entre outros problemas (Silva, 2004). Relativamente à saúde física, segundo Cruz (2004), a expectativa de vida ao nascer é significativamente mais baixa, quer

para homens (62 anos), quer para mulheres negras (69 anos), o que pode ser explicado pela discriminação, pobreza e violência a qual estão expostos. Verifica-se ainda uma taxa de mortalidade por perturbações psicológicas mais elevada para negros do que para brancos.

A discriminação é um *stressor* social que dá origem a um conjunto de respostas fisiológicas, como pressão arterial elevada e frequência cardíaca, que a longo prazo, podem ter efeitos ao nível da saúde (Pascoe & Richman, 2009). Verifica-se uma ativação de respostas ao *stress* e uma diminuição de recursos de autocontrolo do indivíduo, que resulta na adoção de comportamentos menos saudáveis, como por exemplo maior consumo de tabaco e outras substâncias, piores hábitos de alimentação, de sono e de atividade física. A par deste impacto verifica-se mais efeito direto nos hábitos de saúde, uma vez que esta é uma experiência de *stress*, que é acompanhada de respostas fisiológicas e psicológicas, como a diminuição de emoções positivas e aumento das emoções negativas. Quando há uma intensa e continuada exposição a situações discriminatórias, estas respostas psicofisiológicas são ativadas de forma contínua e, às vezes, crónica, sendo acompanhadas de um estado emocional negativo constante.

A discriminação cria *marcas* psíquicas, que *deformam* os sentimentos e as perceções que os indivíduos têm sobre eles próprios, desencadeando angústia e ansiedade, bem como culpa (Silva, 2004). Face à internalização das características negativas que lhes são atribuídas, algumas vítimas de discriminação desenvolvem sentimentos de inferioridade e dificuldades de relação com os pares, adotando comportamentos de isolamento (Silva, 2004).

A discriminação tem um grande impacto na saúde física e mental do indivíduo. No caso da discriminação racial, como noutros casos de discriminação, a discriminação torna a vítima mais vulnerável e mais frágil na medida em que é, por vezes, internalizada a culpa e um sentimento de falha por não ser aquilo que é desejável na sociedade, podendo resultar numa necessidade de esconder a sua identidade (Zamora, 2012). Muitas pessoas racializadas estão expostas a um grande sofrimento psicológico, devido às condições de vida e subsistência precárias, bem como à falta de perspetiva para o futuro, vivendo num estado de tensão emocional constante (Silva, 2004). Além do impacto negativo na saúde mental, pessoas socialmente discriminadas enfrentam com frequência desigualdades no acesso à saúde e tratamentos (Silva, 2004).

Muitas minorias e grupos socialmente discriminados estão expostas a excesso de *stress*, desenvolvendo autoconceção negativa, ansiedade face à rejeição, hipervigilância em

situações sociais e comportamentos de ocultação, que por sua vez estão associados a uma experiência de vergonha (Dolezal & Lyons, 2017). É um sentimento que tem por base uma avaliação global de fracasso desenvolvida pelo próprio (Moura, 2020), mas é frequentemente relacionada com a forma como acha que os outros pensam sobre si (Castilho et al., 2010). Segundo Gilbert (1989 cit por Castilho et al., 2010) é uma experiência social interna, que funciona como uma resposta defensiva à ameaça de rejeição ou desvalorização e envolve componentes cognitivos externos, bem como avaliativos internos, com consequências emocionais, comportamentais e fisiológicas. É uma emoção autoconsciente, uma vez que o objeto da vergonha é a própria pessoa e envolve uma consciência de como os outros veem o *eu* (Dolezal & Lyons, 2017). Uma vez que se trata de uma emoção autoconsciente tem a função de regular o comportamento interpessoal e a vida social, estimulando que as pessoas se comportem de maneira percebida como socialmente apropriada, nas suas interações sociais e relacionamentos íntimos (Tangney & Tracy, 2012 cit por Muris & Meesters, 2013). A experiência de vergonha, envolve diversas outras experiências afetivas, tais como constrangimento, humilhação, baixa autoestima, culpa e desilusão, sendo uma experiência perturbadora e que causa sofrimento significativo (Keikelame & Swartz, 2018).

A vergonha pode ser interna, relacionada com as dinâmicas intrapsíquicas e com a forma como o indivíduo julga e se sente em relação a ele próprio, ou externa, relacionada com a forma como o indivíduo acredita que os outros pensam sobre si (Gilbert, 2003 cit por Castilho et al., 2010). Importa ainda distinguir a vergonha aguda e discreta da vergonha continuada e crónica. A primeira diz respeito a uma experiência isolada de um episódio de vergonha e a segunda é uma vergonha recorrente ou persistente, que está associado a um sentimento constante de inferioridade e exclusão social e pode ter por base o estigma social (Dolezal & Lyons, 2017). Quando a pessoa sente vergonha, sente-se inferior ou fraco e acha que os outros podem ver isso, o que constitui uma ameaça aos laços sociais, podendo ameaçar os sentimentos de pertença e aceitação, levando a um desejo de desaparecer (Dolezal & Lyons, 2017).

Estatuto Socioeconómico e Estatuto Social Subjetivo

Quando se fala em estatuto socioeconómico (ESE), surgem vários termos que são utilizados como sinónimos, entre eles, a classe social e o estatuto social subjetivo, no

entanto, embora estejam correlacionados, o seu significado é distinto. O ESE define-se como a posição ou lugar que um indivíduo ocupa numa hierarquia, tendo em conta os atributos sociais e económicos, que estão relacionados ao acesso diferencial a meios e recursos valorizados (Cardoso, 2006). A classe social diz respeito a um grupo de indivíduos que têm em comum o mesmo ESE, ou seja, que partilham os mesmos atributos sociais e económicos (Cardoso, 2006) e muitas vezes uma identidade.

Os indicadores do ESE tradicionais são o grau de escolaridade, o nível dos rendimentos e a ocupação profissional (Nagi & Stockwell, 1973 cit por Cardoso, 2006). O grau de escolaridade está associado, por um lado, ao estilo de vida e à qualidade das relações sociais. Por outro, o grau de escolaridade indica a capacidade de usar os conhecimentos adquiridos para confrontar e tolerar situações sociais e económicas exigentes (Geyer & Peter, 2000 cit por Cardoso, 2006), sendo também importante no acesso ao emprego. Quanto ao nível de rendimentos, este limita diretamente o acesso às condições materiais necessárias para satisfazer as necessidades básicas de vida (Geyer & Peter, 2000 cit por Cardoso, 2006). Relativamente à ocupação profissional, este é um indicador relevante, uma vez que, para além de servir de base para uma escala salarial, as diferentes profissões fornecem diferentes níveis de segurança e estabilidade financeira (Hann et al., 1989).

Segundo Hann et al. (1989), existe uma associação entre o ESE e o estado de saúde dos indivíduos, logo desde o nascimento até à morte. O rendimento tem um impacto direto na capacidade do indivíduo para aceder a recursos essenciais, como alimentação, o que vai trazer um grande impacto na saúde (Mechanic, 1989 cit por Cardoso, 2006). Segundo Adler e Rehkopf (2008), é improvável que o ESE interfira diretamente na saúde, uma vez que ter mais dinheiro não protege a saúde, mas proporciona mais condições de vida que, por sua vez, influenciam a saúde. O ESE leva a diferentes condições de vida e diferentes ambientes físicos e sociais, como a casa, a escola, o trabalho, a vizinhança e a comunidade e, são estes ambientes que levam à exposição a condições que podem ser prejudiciais ou promotoras da saúde.

Num estudo realizado por Ericson et al. (1979 cit por Hann et al. 1989) na Suécia com quase 200 mil nascimentos, foi possível observar que o ESE estava associado com a mortalidade pré-natal, a prematuridade, o baixo peso e tamanho pequeno à nascença e o parto tardio. Outros estudos revelam que na idade adulta o ESE está associado a mais doenças cardíacas e pressão alta (National Center for Health Statistics, 1983 cit por Hann et al., 1989), bem como a diabetes (Medalie et al., 1974 cit por Hann et al., 1989). Está

também associado a deficiências ortopédicas causadas por lesões e a dias de hospitalização de curta permanência (National Center for Health Statistics, 1987 cit por Hann et al., 1989). Segundo Kessler et al. (1997 cit por Kennard et al., 2006), o baixo ESE está ainda associado a maiores níveis de depressão.

Os mecanismos através dos quais o ESE influencia a saúde tem sido objeto de intenso debate científico. Wilkinson (1999 cit por Adler & Epel, 2000) defende que não é propriamente os níveis de ESE que influenciam a saúde, mas sim a exposição à desigualdade que deste resulta, bem como a sua experiência subjetiva, o que remete para o estatuto social subjetivo (ESS). Este termo, foi definido por Davis (1956 cit por Goodman et al., 2015), como “a crença de uma pessoa sobre a sua localização numa ordem de estatuto”. O ESS está relacionado com a forma como os indivíduos se posicionam na hierarquia social e o grupo a que se sentem vinculados, explorando as perceções de desigualdade percebida (Reitzel et al., 2007), avaliando a forma como os indivíduos se sentem sobre si próprios em relação aos outros (Adler et al., 2006 cit por Reitzel et al., 2007), as dimensões subjetivas que parecem demonstrar uma relação mais forte com os comportamentos de saúde (Reitzel et al., 2007).

Segundo Centers (1949 cit por Hoebel et. al., 2017), as pessoas de um grupo socioeconómico baixo não se percebem necessariamente como pertencem a um ESE baixo, ou seja, nem sempre o ESS está associado com o ESE, pelo que importa compreender como se desenvolvem estas perceções subjetivas. Sabe-se, por exemplo, que a adolescência é um período fundamental para a formação do ESS, sendo um período caracterizado por mudanças fisiológicas, cognitivas e socioemocionais, em que ocorre a transição do NSE infantil para o estatuto social adulto. Nesta fase desenvolve-se a capacidade de pensamento abstrato, o que permite uma maior consciência das posições sociais e dos efeitos de estratificação social. Por exemplo, por vezes na infância a perceção de posição social da família é mais elevada do que a posição social objetiva, o que se altera com as mudanças cognitivas e experiências a que estão expostos na adolescência (Goodman et al., 2015). O ESS é assim um indicador de como as pessoas autoavaliam o seu acesso aos recursos socioeconómicos comparativamente aos outros membros da sociedade (Hoebel et al., 2015 cit por Hoebel et al., 2017), incluindo sentimentos de desigualdade percebida entre o *eu* e os outros. Esta perceção de desigualdade está associada a um conjunto de emoções e sintomas negativos como a depressão, a ansiedade, a raiva e a baixa autoestima (Davidson et al., 2006 cit por Reitzel et al., 2007). Um estudo realizado por Reitzel et al. (2007),

demonstrou que as baixas percepções subjetivas de estatuto social estão positivamente associadas a afeto negativo e negativamente associadas com a confiança, afeto positivo e apoio social.

Wilkinson (1999 cit por Adler & Epel, 2000) defende que o ESS tem um maior impacto na saúde do que o ESE, sendo assim possível que um ESS resiliente proteja a saúde. Num estudo realizado por Adler e Epel (2000) foi possível observar que o ESS está associado a aspetos do funcionamento físico e psicológico dos indivíduos, sendo que o ESS mais alto está fortemente correlacionado com fatores psicológicos que colocam os indivíduos em melhores trajetórias de saúde. Por exemplo, o baixo ESS está associado a maiores níveis de *stress* que, por sua vez, aumentam a vulnerabilidade do indivíduo para os efeitos fisiológicos do mesmo, existindo maior predisposição para desenvolver *stress* crónico entre indivíduos com um baixo ESS. Pessoas que vivem em ambientes desfavorecidos estão expostas a maiores incertezas, conflitos e ameaças, sendo que a acumulação destas experiências potencia o *stress* crónico (Adler & Rehkopf, 2008).

Estudos com populações europeias, revelam que os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos experienciam mais ansiedade e depressão, o que traz sofrimento significativo para os indivíduos (Fryers et al., 2005). Segundo Lorant et al. (2003), o baixo ESE aumenta o risco de o indivíduo sofrer de depressão. Importa, no entanto, considerar que esta relação não é direta e linear. A teoria de *stress* pressupõe que os recursos pessoais que o indivíduo possui, tais como as estratégias de *coping*, a autoestima, o domínio e o locus de controle reduzem o impacto do *stress* na depressão, sendo que estes recursos são mais comuns entre pessoas com o estatuto social mais alto. Esta é uma teoria explicativa da forte relação existente entre a depressão e o ESS (Brown & Arris, 1984 cit por Lorant et al., 2003).

Um estudo realizado na Alemanha por Hoebel et al. (2017), procurou associar tanto os indicadores objetivos do ESE quanto o ESS com a presença de sintomas depressivos em adultos. Os resultados demonstraram que tanto um ESE mais baixo, como um ESS mais baixo estão associados a sintomas depressivos, sendo que a associação entre ESE e depressão é, em parte moderada, pelas percepções de estatuto social, ou seja, pelo ESS. Um menor ESS está associado a maiores problemas de saúde mental.

Outro estudo desenvolvido por Goodman et al. (2015) com adolescentes nos Estados Unidos da América, sugeriu que em adolescentes brancos, um menor ESS pode estar associado a um maior risco de saúde no futuro. Por outro lado, relativamente a

adolescentes negros, um maior ESS está associado ao aumento de sintomas depressivos, o que pode estar relacionado com os altos níveis de discriminação que os jovens negros com alto ESE estão expostos, uma vez que o ESE mais alto não oferece o mesmo benefício de proteção à saúde mental para os negros como para os brancos, devido aos efeitos adversos da discriminação (Cheng et al., 2015). Como apresentam níveis mais elevados de ESS, os membros de grupos minoritários são mais conscientes das desigualdades sociais e económicas que enfrentam, apesar do seu alto NSE, o que promove sintomas depressivos.

A investigação tem ainda demonstrado que a vergonha é uma das principais consequências da privação económica. Quando associados com a discriminação (Raditloaneng, 2009 cit por Moura et al., 2020), os baixos NSE promovem sentimentos de vergonha (Keikelame & Swartz, 2018). O papel da vergonha nas associações entre a discriminação, ESE e ESS e destes com a saúde mental estão ainda muito pouco explorados.

O presente estudo tem como objetivo geral contribuir para a compreensão do impacto das experiências de discriminação na saúde mental. O impacto será analisado tendo em conta medidas de bem-estar psicológico, bem como ansiedade, depressão e vergonha interna. Vai ser ainda avaliado o papel do ESS e da vergonha no impacto da discriminação na saúde mental. Para tal, foram elaboradas as seguintes hipóteses de investigação:

H1: o ESS é moderador do impacto da discriminação na saúde mental, nomeadamente na depressão, ansiedade e bem-estar.

H2: a vergonha medeia a associação entre discriminação e saúde mental.

Método

Participantes

A amostra é constituída por 178 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 72 anos ($M = 32.86$, $DP = 11.12$), sendo que 80 (44.9%) se identificam com o género feminino, 44 (24.7%) com o masculino, dois (1.1%) como transgénero e um (0.6%) como não-binário (51; 28.7% preferiram não responder à questão do género).

Em relação à orientação sexual, 116 (65.2%) identificaram-se como heterossexuais e 60 (33.7%) identificaram-se como não heterossexuais.

A maioria (147; 82.6%) nasceram em Portugal. Relativamente a identificarem-se com alguma origem étnica, 23 (12.9%) refere que não se identifica com nenhuma origem étnica,

sendo que a maioria se identifica como branca (95; 53.4%), seguindo-se dos que se identificam como negros (11; 6.2%).

O nível de escolaridade varia entre o 2º ciclo e o doutoramento, mas a maioria refere ter a licenciatura (64; 36%), seguindo-se do secundário (56; 31.5%). A maioria dos participantes trabalha (109; 61.2%), seguindo-se dos que estudam (32; 18%).

Quanto ao nível socioeconómico, a maioria classifica-se no nível médio (58; 32.6%), seguindo-se do nível médio-baixo (45; 25.3%). Por fim, em relação ao estatuto social subjetivo, numa escala de 0 a 10 a maioria em que 40 indivíduos (22.5%), classifica-se num 5, ou seja, num ESS médio, seguindo-se do nível 7 com 36 indivíduos (20.2%), ou seja num ESS mais alto.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico: Este instrumento foi utilizado para recolher os dados pessoais, como sexo, idade, estado civil, profissão, habilitações académicas e situação ocupacional, bem um conjunto de variáveis sobre a pertença étnico-racial, o nível socioeconómico, dados sobre o agregado familiar, entre outros.

Inventário de Experiências de Discriminação (IED; Antunes, Ferreira & Cabral, 2016): Este instrumento é constituído por 18 itens, que procuram avaliar a experiência subjetiva da discriminação no último ano, assim como avaliar os fatores que podem estar na origem dessa discriminação. Para efeitos deste estudo calculamos um score total de discriminação através do somatório da resposta de conjunto de itens.

Inventário de Desigualdade Percebida (IDP; Antunes, Ferreira, Moreira, Pasion & Cabral, 2016, Versão de Investigação): Este instrumento é constituído por 60 itens de resposta em escala de *Likert* de 6 pontos, que varia entre discordo totalmente e concordo totalmente. 31 dos itens procuram avaliar a experiência pessoal e 29 a perceção nacional. Estes exploram a representação e operacionalização das diferentes dimensões do fenómeno da desigualdade, que são a condição financeira, o poder de compra e qualidade de vida, a distribuição de riqueza e retaguarda percebidos, a proteção social e justiça percebidos, o estatuto social e justiça percebidos e a mobilidade social e controlo percebidos. Neste estudo avaliamos condição financeira ($\alpha = .80$), o poder de compra e qualidade de vida ($\alpha = .72$), o estatuto social e justiça percebidos ($\alpha = .78$) e a proteção social e justiça percebidos ($\alpha = .83$). Foi ainda calculado um score total de desigualdade através da média do conjunto de itens ($\alpha = .90$).

Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP; Ryff, 1989; Versão Experimental Reduzida, Novo, Silva & Peralta, 2004): esta escala é constituída por 18 itens que estão divididos em 6 subescalas de resposta em escala de *Likert* de 6 pontos, que varia entre discordo totalmente e concordo plenamente. Os itens avaliam as diferentes dimensões do bem-estar psicológico. Para o presente estudo e de forma a garantir parcimónia dos resultados, algumas análises consideram um indicador global de bem-estar, calculado a partir do somatório das pontuações por domínio. Neste estudo avaliamos o domínio do meio ($\alpha = .57$), o crescimento pessoal ($\alpha = .56$), as relações positivas ($\alpha = .56$), os objetivos de vida ($\alpha = .73$), a aceitação de si ($\alpha = .73$). Foi ainda calculado um score total de bem-estar através da média do conjunto de itens ($\alpha = .87$).

Inventário dos Sintomas Psicopatológicos (BSI; Versão: M., C., Canavarro, 1999): de modo a avaliar os sintomas psicopatológicos dos indivíduos, foi utilizado este instrumento composto por 53 itens de resposta em escala de *Likert* de 4 pontos, que varia entre nada e extremamente. Divide-se em nove dimensões, nomeadamente a somatização, as obsessões-compulsões, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a ansiedade, a hostilidade, a ansiedade fóbica, a ideação paranoide e o psicoticismo. Neste estudo avaliamos a depressão ($\alpha = .76$) e a ansiedade ($\alpha = .53$).

Escala de Vergonha Interna (ISS; Cook, 1996; Versão Portuguesa, Matos & Pinto-Gouveia, 2006): é uma escala composta por 30 itens, de resposta em escala de *Likert* de cinco pontos, entre nunca e quase sempre. Foi utilizada para avaliar a vergonha interna, dividindo-se em duas subescalas, uma que avalia a vergonha interna, composta por 24 itens e outra que avalia a autoestima, composta por 6 itens. Neste estudo obtivemos um alfa de *Cronbach* de .97.

Estatuto Social Subjetivo: foi usada a questão “*Se imaginasse que a organização do estatuto social dos/as portugueses descrevia uma "escada", qual o "degrau" que considera descrever melhor a sua situação?:*”. As respostas podem variar entre 1 e 10, sendo que 1 corresponde ao estatuto social subjetivo mais baixo, ou seja, diz respeito às pessoas que estão em pior situação, que têm menos dinheiro, menos educação e piores trabalhos/desempregados, e o 10 a um estatuto social subjetivo mais elevado, ou seja, pessoas que se encontram em melhor situação, que têm mais dinheiro, mais educação e melhores empregos (Operario et al., 2004). Foi ainda usada uma questão adicional que solicitava aos participantes a avaliação do seu NSE em função da seguinte escala de 1 “baixo”, 2 “médio-baixo”, 3 “médio”, 4 “médio-alto” e 5 “alto”. Com a primeira questão

pretendia-se uma apreciação subjetiva sobre a posição e estatuto social, de forma a aceder a uma operacionalização mais próxima da classe social, já com a segunda uma apreciação subjetiva da condição socioeconómica.

Procedimentos

Este estudo surge no âmbito de um projeto de investigação da Universidade Lusófona do Porto, sobre a desigualdade, violência institucional e violência interpessoal. Para este estudo foram utilizados dados de uma amostra já recolhida previamente pelo grupo de investigação.

Inicialmente, de modo a cumprir o código ético e deontológico, foram recolhidas as autorizações por parte dos autores para a utilização dos instrumentos. A recolha de dados foi realizada através de uma plataforma online, e divulgada através do e-mail e redes sociais. Após apresentados os objetivos do estudo e antes da recolha de dados, através do consentimento informado, foram assegurados os termos de confidencialidade e privacidade, bem como o carácter voluntário na participação do estudo. Foi também colocada a questão aos participantes se queriam receber informações acerca do estudo e dos seus resultados. Os participantes foram também informados que poderiam desistir ou interromper a sua participação no estudo a qualquer momento.

Uma vez que o estudo envolve recolha de dados online, foram aplicados procedimentos de proteção face a amostras potencialmente enviesadas, incluindo três itens que pretendem avaliar a veracidade das respostas.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM® SPSS®), versão 26 para *Windows*. Numa primeira fase foram realizadas análises descritivas, de modo a descrever a amostra. Posteriormente foram realizadas análises de correlação de *Pearson* para compreender de que forma as variáveis estavam associadas. Por fim, foram realizadas análises de regressão, de modo a testar os efeitos de mediação e moderação do ESS e da vergonha na associação entre discriminação e saúde mental.

Resultados

Condição socioeconómica, estatuto social subjetivo e discriminação

Começou por se explorar as associações entre os indicadores objetivos e tradicionais de ESE, NSE e o ESS. Relativamente à associação entre o nível socioeconómico (NSE) e o ESS, verificou-se uma correlação moderada ($r = .457, p < .001$). As variáveis objetivas do ESE que demonstram estar mais associadas com o ESS, são as variáveis relativas aos rendimentos, bem como o nível de escolaridade da mãe ($r = .205, p = .010$).

Foram ainda exploradas as associações entre a discriminação e os indicadores de ESS e NSE, e entre discriminação e experiência de desigualdade. Segundo os resultados, quanto menor for o NSE maior é a experiência de discriminação ($r = -.317, p < .001$). No que diz respeito ao ESS, este também está associado à discriminação total ($r = -.308, p < .001$). Os resultados revelam ainda que níveis mais baixos de ESS estão associados a níveis mais elevados de experiência de desigualdade ($r = -.541, p < .001$). A discriminação e a desigualdade também apresentam uma forte correlação ($r = .526, p < .001$).

Tabela 1 - ESS e Desigualdade

	R	P
Desigualdade	-.541	< .001
Condição financeira	-.541	< .001
Poder de compra	-.424	< .001
Estatuto social	-.382	< .001
Proteção social	-.203	.018

Condição socioeconómica, estatuto social subjetivo, discriminação e saúde mental

Foram em seguida realizadas um conjunto de análises preliminares para explorar o padrão de associação entre indicadores de ESE e ESS e de saúde mental. Relativamente aos indicadores objetivos do ESE, genericamente não se mostraram significativamente associados à saúde mental, à exceção do grau de escolaridade, que está significativamente correlacionado com a vergonha ($r = .206, p = .006$). Os resultados revelam, no entanto, associações globalmente significativas entre NSE, ESS e saúde mental. Ambas as variáveis revelam uma associação positiva com o bem-estar e negativa com a vergonha, depressão e ansiedade. Verifica-se que o NSE se mostra mais associado à vergonha e à depressão. Já o ESS mostra-se significativamente mais associado com a ansiedade.

Tabela 2 - ESS, NSE e Saúde Mental

	ESS		NSE	
	R	P	R	P
Depressão	-.278	< .001	-.306	< .001
Ansiedade	-.314	< .001	-.167	.056
Vergonha	-.216	.006	-.359	< .001
Domínio do meio	.313	< .001	.237	.006
Crescimento pessoal	.295	< .001	.268	.002
Relações Positivas	.401	< .001	.360	< .001
Objetivos de vida	.376	< .001	.347	< .001
Aceitação de si	.311	< .001	.283	.001
Bem-estar	.391	< .001	.353	< .001

Quanto à associação entre a discriminação e a saúde mental verificam-se correlações significativas moderadas com a depressão, com a ansiedade, com a vergonha e com o bem-estar nas várias dimensões ($r = -.487$, $p < .001$). Ou seja, quanto mais exposta a experiências de discriminação a pessoa estiver, maiores são os níveis de ansiedade, depressão e vergonha e menor são os níveis de bem-estar.

Tabela 3 - Discriminação e Saúde Mental

	R	P
Depressão	.584	< .001
Ansiedade	.468	< .001
Vergonha	.598	< .001
Bem-Estar	-.487	< .001
Domínio do meio	-.494	< .001
Crescimento pessoal	-.191	.012
Relações positivas	-.436	< .001
Objetivos de vida	-.397	< .001
Aceitação de si	-.412	< .001

A discriminação demonstra ter um impacto mais significativo relativamente ao domínio do meio ($r = -.494$, $p < .001$), às relações positivas ($r = -.436$, $p < .001$) e à aceitação de si ($r = -.412$, $p < .001$). No que diz respeito ao crescimento pessoal, a correlação com a discriminação demonstra ser baixa ($r = -.191$, $p = .012$), tendo um impacto menor.

Modelos de moderação e mediação através do ESS e vergonha

Depois de realizadas as análises preliminares, as análises seguintes procuraram testar as hipóteses centrais em estudo, nomeadamente o papel moderador do ESS e mediador da vergonha na associação entre discriminação e saúde mental. Para tal, foram realizadas análises de regressão com recurso ao pacote adicional *Process* para SPSS (26).

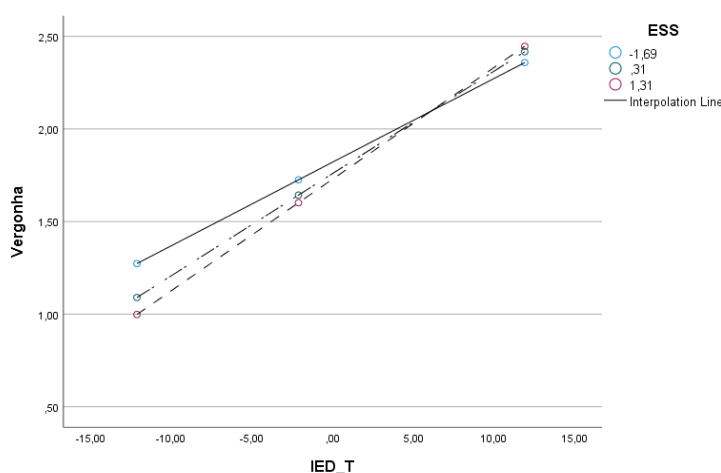
Foi possível verificar que o impacto da discriminação na vergonha varia em função do nível de ESS. Analisando o efeito de interação global não significativo e os efeitos condicionais por ponto focal (significativos), verifica-se que apesar de tanto as condições de ESS baixo, como médio e alto sofrerem impacto da discriminação na vergonha, a condição de ESS alto é aquela em que se verifica maior impacto (ver a Tabela 4 e o Gráfico 1).

Tabela 4 - Moderação do ESS no impacto da discriminação na vergonha.

	R ²	F (gl)	Coef	T	90% CI
Discriminação		27.483	-		
ESS	34.72%	(3.155)	.054	8.274***	.041 - .067
Interação		***	-.031	-.750 ns	-.111 - .050
Efeito de moderação	.011	2.691 (1.155)	-.005	1.640 ns	-.001 - .011
		ns	-		
ESS baixo	-	-	.045	6.843***	.032 - .058
ESS médio	-	-	.055	7.998***	.042 - .069
ESS alto	-	-	.060	6.822***	.043 - .078

*** p > .001; **** p > .0001; ns – não significativo

Gráfico 1 - Moderação do ESS no impacto da discriminação na vergonha



Testaram-se em seguida o efeito mediador da vergonha e moderador do ESS no impacto da discriminação no bem-estar, através de análises e mediação moderada (modelo

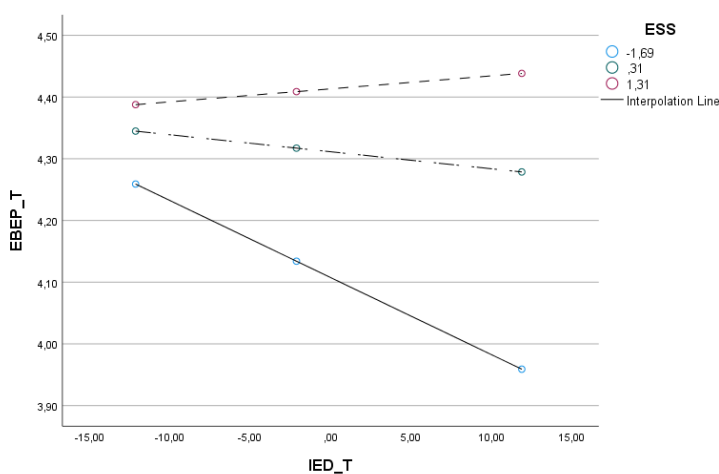
8 *Process*). Os resultados revelam um modelo significativo e explicativo de 43% da variância (ver Tabela 5). Verificou-se que enquanto a discriminação não é preditor significativo, a vergonha, o ESS e a interação (discriminação x ESS) predizem significativamente o bem-estar. A análise dos efeitos condicionais por pontos focais, permite ainda verificar que, principalmente, para o ESS baixo, o impacto da discriminação é significativamente potenciado. Ou seja, pessoas com ESS baixo quando expostas à discriminação experienciam mais vergonha e menos bem-estar (ver a Tabela 5 e o Gráfico 2).

Tabela 5 - Moderação do ESS e mediação da vergonha no impacto da discriminação no bem-estar.

	R ²	F (gl)	Coef.	T	90% CI
Discriminação		29.050	-.004	-.768 ns	-.015 - .007
Vergonha	43.01%	(4.154)	-.363	- 6.312***	-.477 - -.250
ESS		***	.102	3.493***	.044 - .160
Interação		2.691	.005	2.190***	.001 - .009
Efeito de moderação	.011	(1.155)	-		
		ns			
ESS baixo	-	-	.045	6.843***	.032 - .058
ESS médio	-	-	.055	7.998***	.042 - .069
ESS alto	-	-	.060	6.822***	.043 - .078

*** p > .001; **** p > .0001; ns – não significativo

Gráfico 2 - Moderação do ESS e mediação da vergonha no impacto da discriminação no bem-estar.



Foi também testado um modelo de mediação moderado, com a vergonha como mediador e o ESS como moderador, desta vez para a variável dependente depressão. Os

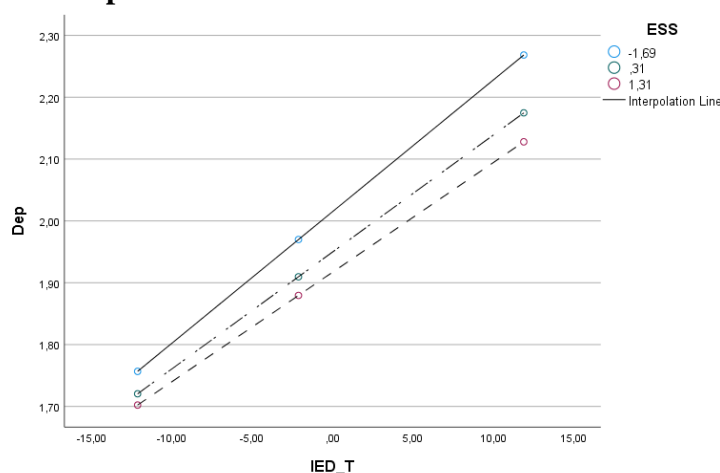
resultados obtidos revelam um modelo significativo que explica 43,48% da variância (tabela 6). A discriminação e a vergonha revelam-se preditores significativos da depressão, ao passo que o ESS e a interação entre este e a discriminação não o são. Apontam que a vergonha medeia sempre o efeito da discriminação; quanto maior a exposição à discriminação, maior é a vergonha que, por sua vez, maiores também os níveis de depressão. Isto verifica-se em todos os níveis de ESS, mas de forma mais acentuada na condição de baixo ESS. Ou seja, pessoas com ESS baixo, quando expostas à discriminação, experienciam mais vergonha e mais depressão (ver a Tabela 6 e o Gráfico 3).

Tabela 6 - Moderação do ESS e mediação da vergonha no impacto da discriminação na depressão.

	R ²	F (gl)	Coef	T	90% CI
Discriminação			.019	3.742***	.009 - .030
Vergonha		29.613	.275	5.175***	.170 - .380
ESS	43.48%	(4.154)	***	-1.212 ns	-.086 - .021
Interação			-.001	-.581 ns	-.005 - .003
Efeito de moderação	.001	.338 (1.154)	-		ns
ESS baixo	-	-	.021	4.271***	.012 - .031
ESS médio	-	-	.019	3.480***	.008 - .030
ESS alto	-	-	.018	2.657 ns	.005 - .031

*** p > .001; **** p > .0001; ns – não significativo

Gráfico 3 - Moderação do ESS e mediação da vergonha no impacto da discriminação na depressão.



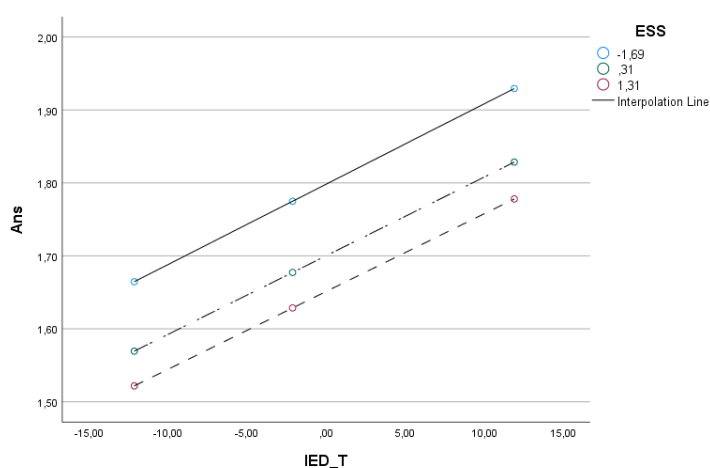
Por fim, foi realizada a uma análise de moderação mediada para compreender se o ESS modera e a vergonha medeia o impacto da discriminação na ansiedade. Foi possível verificar que a vergonha medeia a ansiedade nos diferentes níveis de ESS. No entanto, esta mediação é mais significativa no ESS baixo, ou seja, as experiências de discriminação em pessoas com baixos níveis de ESS têm um maior impacto na vergonha e, por sua vez, os níveis mais elevados de vergonha estão associados a mais ansiedade (ver a Tabela 7 e o Gráfico 4).

Tabela 7 - Moderação do ESS e mediação da vergonha no impacto da discriminação na ansiedade.

	R ²	F (gl)	Coef	T	90% CI
Discriminação			.011	2.621 ns	.003 - .019
Vergonha		16.665	.152	3.576***	.068 - .236
ESS	30.21%	(4.154)	-.049	-2.272***	-.092 - -.006
Interação		***	-.000	-.072 ns	-.003 - .003
Efeito de moderação	0	.005 (1.154) ns		-	
ESS baixo	-	-	.011	2.759***	.003 - .019
ESS médio	-	-	.011	2.478***	.002 - .019
ESS alto	-	-	.011	1.997***	0 - .021

*** p > .001; **** p > .0001; ns – não significativo

Gráfico 4 - Moderação do ESS e mediação da vergonha no impacto da discriminação na ansiedade.



Tendo sido verificado um efeito de interação significativo entre discriminação e vergonha no efeito quer sobre a depressão, quer sobre a ansiedade, e uma vez que a

interação entre discriminação e ESS não se revelou nestes casos significativa, foram adicionalmente testados dois modelos alternativos de dupla moderação, considerando quer a vergonha, quer o ESS como moderadores na associação entre discriminação e depressão (ver Tabela 8 e o Gráfico 5), bem como na associação com a ansiedade (ver Tabela 9 e o Gráfico 6). Em ambos os casos, os resultados revelam um efeito moderador significativo da vergonha, um efeito não significativo do ESS e um efeito de dupla moderação marginalmente significativo. A análise dos efeitos condicionais por pontos focais dos moderadores permite verificar que, nos níveis médios e altos de vergonha, o ESS intensifica significativamente o impacto da discriminação na depressão e na ansiedade. O que contrasta com efeitos não significativos para a condição de baixa vergonha.

Tabela 8 - Moderação do ESS e vergonha no impacto da discriminação na depressão.

	R ²	F (gl)	Coef	T	90% CI
Discriminação			.018	3.494***	.008 - .028
Vergonha		25.469	.265	5.040***	.161 - .369
Interação 1	45.42%	(5.153)	.009	2.337***	.001 - .016
ESS		***	-.032	-1.208 ns	-.085 - .020
Interação 2			.001	.433 ns	-.003 - .005
Efeito de moderação – Interação 1	.020	5.460 (1.153)		-	
Efeito de moderação – Interação 2	.001	.187 (1.153)		-	
Efeito de moderação entre ambos	.021	2.904 (2.153)		-	

*** p > .001; **** p > .0001; ns – não significativo

Gráfico 5 - Moderação do ESS e vergonha no impacto da discriminação na depressão.

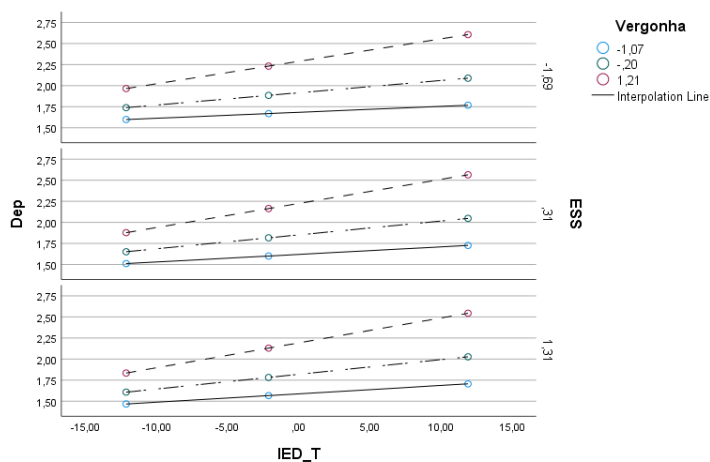
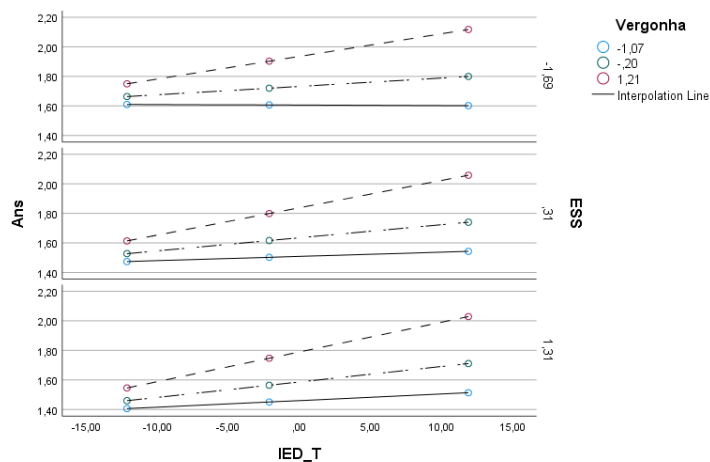


Tabela 9 - Moderação do ESS e vergonha no impacto da discriminação na ansiedade.

	R ²	F (gl)	Coef	T	90% CI
Discriminação			.010	2.366***	.002 - .018
Vergonha		14.795	.144	3.424***	.061 - .228
Interação 1	32.59%	(5.153)	.007	2.325***	.001 - .013
ESS		***	-.049	-2.282***	-.091 - -.007
Interação 2			.002	.899 ns	-.002 - .005
Efeito de moderação –		5.407			
Interação 1	.024	(1.153)		-	
Efeito de moderação –		.807			
Interação 2	.004	(1.153)		-	
Efeito de moderação entre		2.706			
ambos	.024	(2.153)		-	
		p = .070			

*** p > .001; **** p > .0001; ns – não significativo

Gráfico 6 - Moderação do ESS e vergonha no impacto da discriminação na ansiedade.



Os resultados do conjunto de análises permitem confirmar as hipóteses de que o ESS modera (h1) e a vergonha medeia (h2) o efeito da discriminação na saúde mental.

Permitindo confirmar ainda que o impacto da discriminação na vergonha varia em função do ESS, sendo mais acentuado na condição de alto ESS e que a interação entre elevada vergonha e baixo ESS potencia a condição de menor saúde mental face à discriminação.

Discussão

Têm sido reunidas várias evidências de que a posição socioeconómica tem impacto na saúde mental. O ESE parece ser um fator de risco para o desenvolvimento e prevalência de doenças mentais, uma vez que existe uma associação entre o baixo ESE e a maior adversidade ambiental (Silva et al., 2015). Pessoas com baixo ESE experienciam mais incerteza, insegurança e perda, que por sua vez vai-se manifestar em sentimentos de desesperança e problemas de saúde mental, nomeadamente depressão (Silva et al., 2015). Não é, assim, propriamente o estatuto social que influencia diretamente a saúde, mas sim a desigualdade que desta resulta (Wilkinson, 1999 cit por Adler & Epel, 2000). O baixo NSE e a discriminação têm um impacto na saúde mental (Alves & Rodrigues, 2010), na medida em que relações de poder assimétricas entre os grupos refletem-se no ESE e no acesso a bens e serviços, bem como na perceção das experiências de discriminação a nível individual, dando origem ao *stress* (Paradies et al., 2015). Quando associados com a

discriminação (Raditloaneng 2009 cit por Moura et al., 2020), os baixos NSE promovem sentimentos de vergonha (Keikelame & Swartz, 2018).

Os resultados do presente estudo vão ao encontro desta literatura revelando que os indicadores de ESE não estão associados à saúde mental, com a exceção de uma associação positiva entre escolaridade e vergonha. As análises preliminares permitiram ainda concluir que tanto as apreciações subjetivas da condição socioeconómica (NSE) como as do estatuto social (ESS) têm um impacto mais significativo na saúde mental e no bem-estar, do que os indicadores tradicionais e objetivos de ESE. Os resultados obtidos vão de encontro com a literatura, indicando que a discriminação tem um grande impacto na saúde mental, nomeadamente na ansiedade e depressão, bem como no bem-estar e na vergonha. O impacto do ESS na saúde mental, pode decorrer da maior exposição ao *stress*, incerteza, conflitos, ameaças (Adler & Rehkopf, 2018), o que tem sido associado à depressão (Hoebel et al., 2017). Num estudo realizado por Zvolensky et al. (2017), foi possível verificar os mesmos resultados, ou seja, o ESS está indiretamente associado a perturbações depressivas e a perturbações de ansiedade. Uma vez que o ESS constitui uma crença do próprio sobre a sua posição na hierarquia social, inclui sentimentos de desigualdade (Reitzel et al., 2007) e de pertença a minorias, que estão fortemente relacionados com a desregulação emocional (Zvolensky et al. 2017). Uma vez que esta diz respeito à dificuldade de utilizar competências essenciais para a regulação das emoções e controlo dos comportamentos (Till & Aldao, 2015 cit por Zvolensky et al. 2017), constitui um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações de ansiedade e depressão (Zvolensky et al. 2017). Posto isto, a desregulação emocional pode ser um fator explicativo indireto da associação entre ESS e ansiedade e depressão.

Apesar das evidências que suportam o papel da vergonha e do ESS na moderação do impacto da discriminação, o papel da vergonha nas associações entre a discriminação, ESE e ESS e destes com a saúde mental está ainda pouco explorado. O presente estudo procurou compreender o impacto da discriminação na saúde mental, explorando estas interações. Globalmente, foi possível confirmar que o ESS modera o impacto da discriminação no bem-estar e que a dupla interação com a vergonha intensifica o impacto da discriminação na ansiedade e depressão.

Os resultados obtidos apontam ainda para um efeito mediador e moderador da vergonha na associação entre discriminação e saúde mental, no caso do bem-estar e da ansiedade e depressão, respetivamente. Adicionalmente, foi possível confirmar que o ESS

potencia os efeitos nocivos da discriminação na saúde mental. Mais ainda que a dupla condição de baixo ESS e elevada vergonha acarreta a maior vulnerabilidade para sintomas de depressão e ansiedade.

Estes resultados são consistentes com a literatura. Segundo Williams e Mohammed (2013 cit por Paradies et al., 2015), alguns moderadores do impacto da discriminação na saúde são a idade, o grupo racial, o género e o NSE. A discriminação potencia o desenvolvimento de sentimentos e crenças disruptivas sobre o próprio, bem como a sua internalização (Silva, 2004), dando origem a depressão e ansiedade (Williams et al., 2003). O facto de pertença a um grupo socialmente discriminado ou minoria expõe o indivíduo a situações de vida stressantes que podem levar ao desenvolvimento de um autoconceito negativo, fazendo-o sentir-se desvalorizado e inferior (Dolezal & Lyons, 2017), uma vez que a discriminação pode estar associada à culpabilização e à humilhação, promove sentimentos de vergonha, sofrimento e isolamento social (Moura et al., 2020). Tendo um grande impacto emocional, causa sofrimento significativo (Keikelame & Swartz, 2018) e pode levar ao desenvolvimento de humor deprimido e ansiedade.

Há, no entanto, *nuances* da relação entre ESS e vergonha que convém analisar com mais detalhe. Os resultados confirmam que as experiências de discriminação estão associadas a maiores níveis de vergonha e que o ESS modera esta relação. Contudo, ao contrário do que se verifica para o bem-estar, ansiedade e depressão, no caso da vergonha é o nível alto de ESS que sofre maior impacto da discriminação. Segundo Marmot (2004 cit por Brandts et al., 2014), a comparação social descendente promove um estado de “inferioridade internalizada”, em que há uma comparação cognitiva negativa com indivíduos de NSE mais elevado, dando a origem a sentimentos como a vergonha. Tanto o ESS como a discriminação promovem sentimentos de inferioridade (Silva, 2004) e, consequentemente, potenciam o desenvolvimento de vergonha, o que pode explicar o facto de não haver efeito adicional sobre a vergonha em situações de discriminação no caso de pessoas com baixo ESS, sendo possível que estas já experienciem altos níveis de vergonha, face aos quais já poderão ter desenvolvido estratégias de *coping* e regulação emocional. Níveis mais elevados de ESS estão associados a menores níveis de *stress* e desconforto emocional, menor incidência de sintomas depressivos, ou seja, a menor sofrimento emocional (Destin et al., 2012), e tal como os resultados do estudo indicam, menos vergonha. Os resultados indicam que a discriminação tem globalmente impacto na vergonha, para todos os níveis de ESS. No entanto, de forma menos expectável, este

impacto é superior, em pessoas de ESS alto, ou seja, as pessoas com alto ESS, quando expostas à discriminação sentem maiores níveis de vergonha. Isto pode ser explicado pelo facto de estes se encontram numa posição social hierárquica favorável, onde estão menos vulneráveis a este tipo de emoções. Contudo, quando face à discriminação, e sendo esta uma experiência com um impacto emocional significativo, estes acabam por sofrer mais com as consequências psicológicas desta porque estão mais conscientes do estigma social de que são alvo e das desigualdades sociais e económicas que enfrentam o que pode originar um maior nível de sofrimento (Cheng et al., 2015). A associação positiva entre escolaridade e vergonha, encontrada também neste estudo, parece suportar adicionalmente esta hipótese. Uma outra explicação pode estar relacionada com a pressão social a que os indivíduos de alto ESS estão expostos, tornando-os mais vulneráveis para as consequências prejudiciais da vergonha (Aslund et al., 2009), uma vez que a discriminação está associada a sentimentos de culpa e falha por não ser aquilo que é desejável na sociedade (Zamora, 2012).

O presente estudo apresenta algumas limitações importantes. Uma das limitações diz respeito à avaliação do estudo ter ocorrido num único momento, não possibilitando a exploração do progresso das variáveis e das relações de causa-efeito. A vergonha parece promover o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão em situações de discriminação, podendo também ser uma das consequências da depressão (Zanonato et al., 2021). Da mesma forma, a ansiedade que está muitas vezes presente na depressão (DSM-5, 2014). Assim sendo, estas três dimensões da saúde mental encontram-se íntima e bidireccionalmente correlacionadas, dinâmicas que são difíceis de esclarecer com um design transversal, como o adotado neste estudo.

Outra das limitações diz respeito ao inquérito, que devido a ser muito extenso e com um elevado número de itens, pode ter levado a uma certa saturação e fadiga dos participantes, enviesando as respostas. Por fim, a amostra deveria ser mais diversificada e representativa e incluir mais indivíduos de grupos minoritários ou expostos à discriminação social.

Para estudos futuros, seria interessante aplicar um desenho longitudinal e uma amostra mais diversificada, de modo a explorar melhor a experiência da discriminação e o seu impacto na vida das pessoas. Seria ainda importante explorar outras variáveis inerentes aos processos de discriminação, como por exemplo a incerteza, que está, muitas vezes, associado à vergonha e à experiência de discriminação.

Relativamente às implicações para a intervenção, seria importante atuar mais a nível preventivo sobre o impacto da discriminação na saúde mental. No que diz respeito às vítimas de discriminação, é importante intervir junto destas, de modo a reduzir os sintomas psicológicos e criar redes de apoio, bem como desmistificar as crenças negativas relativas à inferioridade, culpa e vergonha. É importante também sensibilizar a sociedade, através da implementação de ações que promovam a inclusão para os grupos minoritários nas comunidades onde se inserem, a igualdade e a redução dos discursos de ódio, de modo a desenvolver um bem-estar coletivo e saúde pública, quer em termos de saúde física, quer em saúde mental.

Referências

- Adler, N. E. & Epel, E. S. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy white women. *Health Psychology*, 19(6), 586-592.
- Adler, N. E. & Rehkopf, D. H. (2008). U.S. Disparities in health: Descriptions, causes, and mechanisms. *Annual Review of Public Health*, 29, 235-252.
- Adler, N., Singh-Manoux, A., Schwartz, J., Stewart, J., Matthews, K. & Marmot, M. (2008). Social status and health: a comparison of British civil servants in Whitehall-II with European- and African-Americans in CARDIA. *Ciências Sociais e medicina*, 66(5), 1034-1045.
- Alves, A. A. M. & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª ed.)*. Climepsi Editores.
- Aslund, C., Leppert, J., Starrin, B. & Nilsson, L. W. (2009). Subjective social status and shaming experiences in relation to adolescent depression. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163(1), 55-60.
- Brandts, L., Bosma, H., Simons, A., Groffen, D. & Akker, M. (2014). The socioeconomic roots of shame and perceptions of social inadequacy. *MaRble*, 2, 232-239.
- Cardoso, H. F. V. (2006). A quantificação do estatuto socioeconómico em populações contemporâneas e históricas: dificuldades, algumas orientações e importância na investigação orientada para a saúde. *Antropologia Portuguesa*, 247-272.
- Castilho, P., Gouveia, J. P. & Bento, E. (2010). Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes. *Psychologica*, 52(2), 331-360.
- Cheng, E. R., Cohen, A. & Goodman, E. (2015). The role of perceived discrimination during childhood and adolescence in understanding racial and socioeconomic influences on depression in youth adulthood. *Journal of Pediatrics*, 166(2), 370-377

Crandall, C. S., Eshleman, A. & O'Brien, L. (2002). Social norms and the expression and suppression of prejudice: The struggle for internalization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(3), 359-378.

Cruz, I. C. F. (2004). A Sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(4), 448-457.

Destin, M., Richman, S., Varner, F. & Mandara, J. (2012). "Feeling" hierarchy: The pathway from subjective social status to achievement. *Journal of Adolescence*, 35(6), 1571-1579.

Dolezal, L. & Lyons, B. (2017). Health-related shame: an affective determinant of health?. *Medical humanities*, 43, 257-263.

Dovidio, J. F., Hewstone, M., Glick, P. & Esses, V. M. (2010). Prejudice, stereotyping and discrimination: Theoretical and empirical overview. *The SAGE Handbook of Prejudice Stereotyping and Discrimination*, 3-28.

Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R. & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 14(1), 1-12.

Goodman, E., Maxwell, S., Malspeis, S. & Adler, N. (2015). Developmental trajectories of subjective social status. *Pediatrics*, 136(3), 633-640.

Goto, J. B., Couto, P. F. M. & Bastos, J. L. (2013). Revisão sistemática dos estudos epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(3), 445-459.

Hann, M. N., Kaplan, G. A. & Syme, S. L. (1989). Socioeconomic status and health: Old observations and new thoughts. *Pathways to Health*, 76-135.

Hoebel, J., Maske, U. E., Zeeb, H. & Lampert, T. (2017). Social inequalities and depressive symptoms in adults: The role of objective and subjective socioeconomic status. *PLOS ONE*, 1-18.

Keikelame, M. J. & Swartz, L. (2018). "I wonder if I did not mess up...": Shame and resistance among women with epilepsy in Cape Town, South Africa. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 61, 50-56.

<https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.07.021>

- Kennard, B. D., Stewart, S. M., Hughes, J. L., Patel, P. G. & Emslie, G. J. (2006). Cognitions and depressive symptoms among minority adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12(3), 578-591.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>
- Massignam, F. M., Bastos, J. L. D. & Nedel, F. B. (2015). Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(3), 541-544. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300020>
- Moura, J. F., Barbosa, V. N. M., Sarriera, J. C., Segundo, D. S. A. & Lima, A. A. S. (2020). Práticas interseccionais de discriminação contra mulheres negras: Um estudo sobre vergonha e humilhação. *Psicologia Política*, 20(48), 262-278.
- Operario, D., Adler, N. E. & Williams, D. R. (2004). Subjective social status: Reliability and predictive utility for global health. *Psychology & Health*, 19(2), 237-246. <https://doi.org/10.1080/08870440310001638098>
- Paradies, Y. (2006). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*, 35, 888-901. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl056>
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M. & Gee, G. (2015). Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 1-48. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>
- Pascoe, E. A. & Richman, L. S. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychol Bull*, 153(4), 1-42. <https://doi.org/10.1037/a0016059>
- Pachter, L. M., Caldwell, C. H., Jackson, J. S. & Bernstein, B. A. (2018). Discrimination and mental health in representative sample of african american and afro caribbean youth. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 5(4), 831-837. <https://doi.org/10.1007/s40615-017-0428-z>
- Reitzel, L. R., Vidrine, J. I., Li, Y., Mullen, P. D., Velasquez, M. M., Cinciripini, P. M., Cofta-Woerpel, L., Greisinger, A. & Wetter, D. W. (2007). The influence of subjective social status on vulnerability to postpartum smoking among young pregnant women. *American Journal of Public Health*, 97(8), 1476-1484.

Santos, R. A. & Silva, R. M. N. B. (2018). Racismo científico no Brasil: um retrato racial do Brasil pós-escravatura. *Educar em Revista*, 34(68), 253-268.

<https://doi.org/10.1590/0104-4060.53577>

Silva, M. L. (2004). Racismo e os efeitos na saúde mental. *Seminário Saúde da População Negra*, 129- 132.

Santana, P. (2015). II. Saúde mental em tempos de crise. In Silva, M., Cardoso, G., Saraceno, B. & Almeida, J., C. *A saúde mental e a crise económica* (pp. 61-74).

http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-1105-1_5

Williams, D. R., Neighbors, H., W. & Jackson, J., S. (2003). Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *American Journal of Public Health*, 93(2), 200-251.

Zamora, M. H. R. N. (2012). Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Revista Psicologia*, 24(3), 563-578.

Zanonato, E. R., Costa, A. B. & Aosani, T. R. (2021). Precisamos falar sobre a depressão: Estigma com relação a este sofrimento psíquico na contemporaneidade.

Brazilian Journal of Development, 7(1), 10942-10960. [10.34117/bjdv7n1-748](https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-748)

Zvolensky, M. J., Paulus, D. J., Bakhshaie, J., Viana, A. G., Garza, M., Manning, K., Rogers, A. H., Cardoso, J. B., Reitzel, L. R., Valdivieso, J., Ochoa-Perez, M. & Lemaire, C. (2017). Subjective social status and anxiety and depressive symptoms and disorders among low income latinos in primary care: The role of emotion dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*, 41, 686-698.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-017-9844-y>