

Universidades Lusíada

Marques, Carina Alexandra Caraça, 1999-

Discriminação de colaboradores com possíveis patologias de foro psicológico no local de trabalho

<http://hdl.handle.net/11067/8784>

Metadados

Data de Publicação

2025

Resumo

A discriminação no local de trabalho constitui um fenómeno com impactos negativos significativos na saúde mental dos colaboradores, especialmente entre aqueles com patologias psicológicas diagnosticadas ou percecionadas. O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre experiências de discriminação laboral e níveis de sintomatologia ansiosa, depressiva e psicopatológica geral. A amostra foi composta por 316 participantes adultos de diferentes áreas profissionais, tendo-se...

Discrimination in the workplace is a phenomenon with significant negative impacts on the mental health of employees, especially among those with diagnosed or perceived psychological disorders. The main objective of this study was to analyse the relationship between experiences of workplace discrimination and levels of anxiety, depression and general psychopathological symptoms. The sample consisted of 316 adult participants from different professional fields, using a quantitative methodology. T...

Palavras Chave

Empregados - Saúde mental, Empregados - Psicologia, Discriminação no Emprego

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-29T21:02:12Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Discriminação de colaboradores com possíveis patologias
de foro psicológico no local de trabalho**

Realizado por:
Carina Alexandra Caraça Marques

Orientado por:
Professor Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Constituição do Júri:

Presidente:	Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientador:	Professor Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Arguente:	Professora Doutora Joana Martins Gonçalves Lopes

Dissertação aprovada em: 19 de maio de 2026



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

Discriminação de colaboradores com possíveis patologias de foro psicológico no local de trabalho

Carina Alexandra Caraça Marques

Lisboa

Agosto 2025



U n i v e r s i d a d e L u s í a d a

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Discriminação de colaboradores com possíveis
patologias de foro psicológico no local de trabalho**

Carina Alexandra Caraça Marques

Lisboa

Agosto 2025

Carina Alexandra Caraça Marques

Discriminação de colaboradores com possíveis patologias de foro psicológico no local de trabalho

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Professor Doutor António Martins
Fernandes Rebelo

Lisboa

Agosto 2025

FICHA TÉCNICA

Autora Carina Alexandra Caraça Marques
Orientador Professor Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Título Discriminação de colaboradores com possíveis patologias de foro psicológico no local de trabalho
Local Lisboa
Ano 2025

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

MARQUES, Carina Alexandra Caraça, 1999-

Discriminação de colaboradores com possíveis patologias de foro psicológico no local de trabalho / Carina Alexandra Caraça Marques ; orientado por António Martins Fernandes Rebelo. - Lisboa : [s.n.], 2025. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - REBELO, António Martins Fernandes, 1954-

LCSH

1. Empregados - Saúde mental
2. Empregados - Psicologia
3. Discriminação no emprego
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Employees - Mental health
2. Employees - Psychology
3. Discrimination in employment
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
5. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HF5548.8.M37 2025

Agradecimentos

A realização desta dissertação representou muito mais do que um requisito acadêmico. Foi o culminar de um caminho exigente e transformador, demarcando a passagem da mera estudante para a futura psicóloga clínica que ambiciono ser. Este percurso desafiou-me de formas que nunca pensei enfrentar, obrigando-me a persistir mesmo quando as forças escasseavam e a acreditar em mim, até quando as dúvidas se tornavam demasiado pesadas.

Aos meus pais, deixo o mais profundo e sentido agradecimento. Ao longo de toda a minha vida, fizeram tudo o que esteve ao seu alcance para me permitir chegar onde hoje estou e para me dar a oportunidade de ir ainda mais longe. Sempre quiseram o melhor para mim, sempre me protegeram e cuidaram de mim com um amor imenso, com uma paciência infinita e com uma entrega que não tem medida. Foram, e são, pais incríveis, amorosos, presentes e cuidadores, cujo maior desejo é ver-me feliz. A vossa presença, os vossos valores e o vosso amor são a base de tudo aquilo que sou e continuarei a ser. Obrigada por nunca desistirem de mim e por me amarem de forma tão completa e incondicional.

Às minhas avós, a avó Juju e a avó Vira, um agradecimento carregado de ternura e orgulho. A minha avó Juju, que me ajudou a criar desde pequena, foi sempre um exemplo de força e resiliência e tudo o que sou carrega a marca do amor e da dedicação que me ofereceu em cada dia da minha vida. Foi ela quem me mostrou, no quotidiano, o valor de lutar pelos sonhos, mesmo quando tudo parece difícil e é uma bênção ter crescido com o cuidado, o amor e os ensinamentos que me transmitiu. Nada me deixa mais feliz do que ouvir o orgulho com que diz a todos, com um brilho particular nos olhos, “a minha netinha é doutora”. Saber que as faço sorrir e sentirem orgulho por ser a “doutora” da família é um dos maiores presentes desta conquista. À

avó Vira, obrigada pelo amor silencioso e pelos gestos de cuidado, sempre presentes de forma genuína.

É de extrema importância mencionar ainda o meu querido companheiro, o Leandro, a quem reservo um agradecimento especial e profundo, pela força e pela luz que trouxe a cada dia deste processo. Foste a razão pela qual não desisti nos momentos em que me senti incapaz, foste a voz que me lembrava de quem sou, o sorriso que me amparava em cada crise de pânico e a presença constante que me fazia acreditar em mim, mesmo quando eu própria não acreditava. A tua capacidade de me fazer sorrir em cada lágrima, de me motivar em cada queda e de me oferecer a tua calma em cada momento de desespero foi o que tornou este caminho possível. Obrigada por seres o meu porto seguro e por nunca deixares que eu perdesse a esperança em mim, mesmo quando tudo parecia imenso demais para o meu tamanho.

Aos pais do Leandro, a Sandra e o Pedro, obrigada por também terem estado presentes nesta etapa. À Sandra, a minha “santa sogrinha”, obrigada por ser tão calma, tão paciente e tão disponível para ajudar sempre que pode, fazendo-me sentir bem e acolhida cada vez que estou perto de ti. Ao Pedro, o “sogrinho brincalhão” que arranja sempre forma de me fazer rir, obrigada pelas piadas e pelas provocações constantes, que tantas vezes me fizeram sorrir nos dias mais difíceis. Obrigada por me acolherem como parte da vossa família e por tornarem este percurso mais leve.

Por entre os desafios e exigências deste percurso, tive a sorte de cruzar o meu caminho com pessoas que se tornaram muito mais do que colegas, tornaram-se amigos verdadeiros, daqueles que ficam, mesmo quando tudo em volta muda. É impossível não deixar um agradecimento especial àqueles que a faculdade me deu e que, de forma única, marcaram esta etapa da minha vida.

À Sofia, a melhor explicadora de estatística que poderia ter desejado e uma amiga com um coração enorme. À Corina, uma amiga doce e sensível, sempre com palavras motivacionais prontas. A ambas o meu mais sincero agradecimento.

Devo ainda um agradecimento muito especial à Bia, a amiga que é tão parecida comigo, com um sentido de humor e um feitio que se encaixam tão bem com os meus, tornando cada conversa mais leve e cada momento mais suportável. Obrigada por teres sempre tempo e paciência para mim, por estares sempre disponível e por nunca te cansares de estar presente, mesmo quando eu não sabia bem o que precisava. A tua amizade é uma presença calma e firme, e é uma bênção ter alguém como tu ao meu lado nesta etapa, a rir comigo, a ouvir-me e a fazer-me sentir que não estou sozinha.

E, porque a vida sabe juntar pessoas que são porto de abrigo nos momentos mais desafiantes, devo um agradecimento ainda mais especial à Gabriela, a minha “nemo”, companheira de todas as horas e de todas as fases desta caminhada. Foste tu que me seguraste quando me sentia perdida, que me levantaste quando não consegui ficar de pé, que me deste a mão quando eu não sabia como continuar. Acreditaste em mim nos momentos em que eu própria não acreditava, estiveste lá em cada queda, em cada lágrima, em cada crise de pânico e em cada vitória, por mais pequena que fosse. Foste a minha bengala, permitindo que eu fosse o teu andarilho quando precisaste, num equilíbrio de cuidado e amizade que me marcou profundamente. Obrigada por me lembrares todos os dias do meu valor, por nunca me deixares desistir e por gostares de mim na minha forma mais autêntica, mesmo nos dias em que eu só sabia ser caos. A tua presença foi, e é, uma âncora de força, de ternura e de amor incondicional nesta etapa, tornando este caminho mais suportável e muito mais bonito.

Aos meus restantes amigos e amigas, obrigada pela compreensão e paciência com a minha ausência, pelas palavras de apoio nos momentos certos e pela amizade que resistiu mesmo ao silêncio imposto por este caminho.

Agradeço também ao meu orientador, pela exigência e rigor que me ajudaram a crescer, pela confiança e pelo apoio sensível com que me acompanhou neste percurso.

Por fim, um agradecimento muito especial à minha orientadora de estágio, Dra. Vera Amaral, que, mesmo sem qualquer obrigação, esteve sempre presente para me apoiar e me ajudar a compreender as inúmeras dimensões do mundo que é a Psicologia. Obrigada pelas dicas, pelas explicações e pela disponibilidade em partilhar comigo não só ensinamentos funcionais e laborais, mas também pela ajuda preciosa que me deu nesta dissertação, contribuindo para que este caminho fosse mais claro e seguro. A sua generosidade e disponibilidade foram fundamentais para mim e levarei comigo cada orientação com gratidão.

A todos os que, de alguma forma, caminharam ao meu lado nesta etapa, deixo o meu mais sincero obrigado.

Concluo este trabalho com gratidão e orgulho, convicta de que, apesar de todas as dificuldades, quero continuar a crescer e a construir a psicóloga que desejo ser, sempre com escuta, cuidado, presença e compromisso com quem me procura.

"Não podes parar as ondas, mas podes aprender a surfar."

(Jon Kabat-Zinn, 2004)

Resumo

A discriminação no local de trabalho constitui um fenómeno com impactos negativos significativos na saúde mental dos colaboradores, especialmente entre aqueles com patologias psicológicas diagnosticadas ou percebidas. O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre experiências de discriminação laboral e níveis de sintomatologia ansiosa, depressiva e psicopatológica geral.

A amostra foi composta por 316 participantes adultos de diferentes áreas profissionais, tendo-se recorrido a uma metodologia quantitativa. Foram aplicados três instrumentos: um questionário sociodemográfico, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21-A).

Os resultados demonstraram que os participantes que reportaram experiências de discriminação, ponderaram abandonar o emprego ou não se sentem à vontade para abordar questões de saúde mental com os seus superiores, apresentaram níveis significativamente mais elevados de sofrimento psicológico. Adicionalmente, a perceção de políticas organizacionais ineficazes ou inexistentes revelou-se associada a maior sintomatologia emocional. As análises de regressão indicaram que a perceção de ansiedade, a vivência de discriminação e a ponderação em abandonar o emprego são preditores significativos dos níveis de ansiedade, depressão e mal-estar psicológico global.

As análises de correlação revelaram associações fortes e consistentes entre as variáveis avaliadas, validando os instrumentos utilizados. Os resultados reforçam a importância de ambientes laborais inclusivos e seguros, alertando para a necessidade de políticas institucionais eficazes no combate à discriminação e na promoção do bem-estar psicológico no contexto profissional.

Palavras-chave: discriminação, local de trabalho, doença psicológica, psicopatologia, bem-estar psicológico

Abstract

Discrimination in the workplace is a phenomenon with significant negative impacts on the mental health of employees, especially among those with diagnosed or perceived psychological disorders. The main objective of this study was to analyse the relationship between experiences of workplace discrimination and levels of anxiety, depression and general psychopathological symptoms.

The sample consisted of 316 adult participants from different professional fields, using a quantitative methodology. Three instruments were applied: a sociodemographic questionnaire, the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21-A).

The results showed that participants who reported experiences of discrimination, considered leaving their job, or did not feel comfortable discussing mental health issues with their superiors had significantly higher levels of psychological distress. In addition, the perception of ineffective or non-existent organisational policies was associated with greater emotional symptoms. Regression analyses indicated that perceived anxiety, experiences of discrimination, and considering leaving the job are significant predictors of levels of anxiety, depression, and overall psychological distress.

Correlation analyses revealed strong and consistent associations between the variables evaluated, validating the instruments used. The results reinforce the importance of inclusive and safe work environments, highlighting the need for effective institutional policies to combat discrimination and promote psychological well-being in the professional context.

Keywords: discrimination, workplace, psychological illness, psychopathology, psychological well-being

Lista de Tabelas

Tabela 1 Caracterização da amostra em estudo	35
Tabela 2 Medidas descritivas para o questionário BSI.....	48
Tabela 3 Medidas descritivas para o questionário DASS-21-A	48
Tabela 4 Associações entre as variáveis do BSI e da DASS-21-A	49
Tabela 5 Diferenças entre participantes do sexo feminino e masculino nos níveis de sintomas psicopatológicos e dimensões de saúde mental	51
Tabela 6 Associação entre o género dos participantes e a percepção de discriminação no local de trabalho (teste do Qui-quadrado de Pearson)	52
Tabela 7 Relação entre o nível de habilitações literárias e a percepção de discriminação no local de trabalho	53
Tabela 8 Diferenças nos níveis de sintomatologia psicológica (BSI e DASS-21-A) entre participantes com e sem diagnóstico psicológico prévio	54
Tabela 9 Diferenças entra a presença de sintomas psicopatológicos e bem-estar entre participantes que identificam ter sido alvos de discriminação no local de trabalho	55
Tabela 10 Associação entre sentir-se discriminado e ponderar abandonar o emprego (teste do Qui-quadrado de Pearson)	56
Tabela 11 Diferenças nos níveis de sintomatologia psicológica de acordo com a possibilidade de falar abertamente sobre saúde mental com os superiores hierárquicos.....	58
Tabela 12 Comparações múltiplas - Teste Tuckey HSD	58
Tabela 13 Diferenças nos níveis de sintomas psicopatológicos e bem-estar psicológico entre participantes que ponderaram abandonar o emprego devido a discriminação e aqueles que não o ponderaram	61
Tabela 14 Diferenças nos níveis de sintomatologia psicológica em função da percepção de barreiras no desempenho e crescimento profissional	63

Tabela 15 Diferenças nos níveis de sintomatologia psicológica consoante a frequência com que os participantes reportam ouvir comentários negativos ou preconceituosos sobre saúde mental no contexto laboral	65
Tabela 16 Comparações post-hoc, com correção de Bonferroni, entre os grupos definidos pela frequência de exposição a comentários negativos ou preconceituosos sobre saúde mental, nas variáveis BSI e DASS-21-A.....	66
Tabela 17 Diferenças nos níveis de sintomatologia psicológica em função da perceção da eficácia das políticas institucionais contra a discriminação na saúde mental	68
Tabela 18 Comparações post-hoc com correção de Bonferroni entre os grupos definidos pela perceção da eficácia das políticas institucionais contra a discriminação associada à saúde mental, relativamente às variáveis BSI e DASS-21-A	69
Tabela 19 Regressão linear múltipla do Índice Geral de Sintomas com as variáveis percecionadas de ansiedade e discriminação no local de trabalho	73
Tabela 20 Preditores do Índice Geral de Sintomas com variáveis relacionadas com ansiedade e discriminação no local de trabalho.....	74
Tabela 21 Regressão linear múltipla da ansiedade (DASS-21-A) com as variáveis percecionadas de ansiedade e discriminação no local de trabalho	75
Tabela 22 Preditores da ansiedade (DASS-21-A) com variáveis relacionadas com ansiedade e discriminação no local de trabalho.....	75
Tabela 23 Regressão linear múltipla da depressão (DASS-21-A) com as variáveis percecionadas de ansiedade e discriminação no local de trabalho	76
Tabela 24 Preditores da depressão (DASS-21-A) com variáveis relacionadas com ansiedade e discriminação no local de trabalho.....	77

Lista de Abreviaturas

APA- American Psychological Association

BSI – *Brief Symptom Inventory* / Inventário de Sintomas Psicopatológicos

DASS-21-A – *Depression, Anxiety and Stress Scale* / Escala de Depressão, Ansiedade e Stress

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio-padrão

F – Estatística F da análise de variância associada ao modelo de regressão

F – Valor da estatística F de Fisher (ANOVA)

GEE – Gabinete de Estratégias e Estudos

Gl – Graus de liberdade

H – Estatística do teste de Kruskal-Wallis

IGS – Índice Geral de Sintomas

INE – Instituto Nacional de Estatística

M – Média

Min-Max – Mínimo-Máximo

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

P – Valor de significância

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

T – Valor de estatística

WHO – Organização Mundial da Saúde

X² – Estatística do teste Qui – Quadrado de Pearson

Z – Estatística Z das comparações *post-hoc* com correção de Bonferroni

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1. O Adulto	3
1.1. <i>O que é ser adulto- Dinâmicas de Transformação ao Longo da Vida Adulta</i>	4
1.2. <i>Construção de Sentido e Orientação na Transição para a Vida Adulta</i>	6
1.3. <i>Consolidação na vida adulta: estabilidade relativa e evolução interna</i>	7
1.4. <i>Equilíbrio dinâmico no desenvolvimento da vida adulta: balanceamento entre os ganhos e as perdas</i>	8
2. Discriminação	9
2.1. <i>Definição do conceito</i>	9
2.2. <i>O Preconceito, o estigma e a discriminação</i>	11
2.3. <i>Motivos de desigualdade e discriminação</i>	13
2.4. <i>Discriminação direta, indireta e institucional</i>	14
2.5. <i>Discriminação no local de trabalho</i>	15
2.6. <i>Pertinência do estudo da Discriminação no Local de Trabalho</i>	16
3. Saúde mental	17
3.1. <i>Definição de conceito</i>	17
3.2. <i>Saúde Mental e a perspectiva portuguesa</i>	18
3.3. <i>Pertinência do estudo da Saúde Mental</i>	19
4. Depressão, ansiedade e stress	20

4.1. <i>Depressão</i>	20
4.2. <i>Ansiedade</i>	21
4.3. <i>Stress</i>	21
4.4. <i>Interdependência entre depressão, ansiedade e stress</i>	22
4.5. <i>Pertinência do Estudo da Discriminação e sua relação com Depressão, Ansiedade e Stress</i> ..	22
5. Impacto da Discriminação na Saúde Mental	23
5.1. <i>Stress, Ansiedade e Depressão no Contexto Pessoal e Laboral</i>	23
6. Bem-estar Psicológico	24
6.1. <i>O Bem-Estar Psicológico como Indicador de Saúde Mental no Contexto Laboral</i>	24
6.2. <i>Impacto do contexto social no Bem-Estar Psicológico</i>	26
6.3. <i>Dimensão subjetiva e percebida do Bem-Estar</i>	27
6.4. <i>Pertinência do estudo do Bem-Estar Psicológico</i>	28
CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO EMPIRICO	30
1. Estudo Presente	30
1.1. <i>Objetivos gerais e específicos</i>	30
1.2. <i>Hipóteses</i>	32
2. Método	33
2.1. <i>População</i>	33
2.2. <i>Participantes</i>	34
2.3. <i>Deontologia</i>	41

2.4. Instrumentos de avaliação	41
2.4.1. Questionário sociodemográfico	42
2.4.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).	42
2.4.3. Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21-A).	43
3. Procedimentos	44
3.1. Procedimento de Recolha de Dados	44
3.2. Procedimentos de Análise dos Dados	45
4. Resultados	47
4.1. Resultados descritivos	48
4.1.1. Resultados descritivos do questionário BSI	48
4.1.2. Resultados descritivos do questionário DASS-21-A.	48
4.2. Estudos de associação.....	49
4.2.1. Relação entre o Índice Geral de Sintomas (BSI) e as Subescalas da DASS-21-A.....	49
4.3. Comparação entre grupos	50
4.3.1. Sexo.	50
4.3.2. Associação entre sexo e perceção de discriminação laboral	52
4.3.3. Associação entre o nível de escolaridade e a perceção de discriminação no contexto laboral.	52
4.3.4. Associação entre diagnóstico psicológico prévio e sintomatologia atual.	53
4.3.5. Experiência de discriminação no local de trabalho	55
4.3.6. Associação entre perceção de discriminação e intenção de abandonar o emprego	56

4.3.7. Percepção de abertura com superiores e impacto na saúde mental.	57
4.3.8. Ponderação de abandono profissional face à discriminação	61
4.3.9. Percepção de barreiras ao crescimento profissional.	62
4.3.10. Frequência de exposição a comentários negativos sobre saúde mental no trabalho..	64
4.3.11. Percepção da eficácia das políticas organizacionais contra a discriminação.....	68
4.4. Regressão.....	72
4.4.1. Predição do Índice Geral de Sintomas.....	73
4.4.2. Predição da Ansiedade.....	75
4.4.3. Predição da Depressão.....	76
5. Discussão	78
5.1. Limitações no estudo	84
5.2. Implicações do estudo	85
5.3. Direções futuras.....	86
6. Conclusão	87
Referências Bibliográficas.....	89
APÊNDICES	103
Apêndice A.....	104
Consentimento Informado.....	104
Apêndice B.....	107
Questionário Sócio Demográfico	107

ANEXOS.....	115
Anexo I	116
BSI	116
(Canavarro, 1999; M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida)	116
Anexo II.....	119
Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21-A).....	119
(Apóstolo et al., 2006).....	119
Anexo III	121
Autorizações para utilização de questionários	121
Anexo IV.....	125
Cronograma de Outubro a Julho	125
Anexo V	128
Tabela de Variáveis	128

INTRODUÇÃO

O presente estudo, realizado no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, desenvolvido na Universidade Lusíada de Lisboa, está sob a orientação do Professor Doutor António Rebelo e tem como objetivo explorar a discriminação de colaboradores com possíveis patologias de foro psicológico no local de trabalho. A saúde mental e preocupação com o bem-estar são assuntos que atualmente apresentam uma crescente preocupação, nomeadamente no ambiente laboral, sendo imperativo compreender de que forma a discriminação pode afetar o bem-estar psicológico dos trabalhadores.

Pretende-se, com a execução deste estudo, investigar a perceção dos trabalhadores em relação às atitudes inadequadas e ao tratamento diferenciado por parte de seus pares e superiores, com enfoque em colaboradores com possíveis patologias psicológicas. Esta questão é relevante na medida em que a discriminação no trabalho pode levar a consequências significativas, incluindo aumento do stress e maior incidência de sintomas psicopatológicos como ansiedade e depressão (Hampson, Watt, & Hicks, 2020; Kim, Han, & Won, 2023).

No âmbito da psicologia clínica, este estudo é particularmente pertinente, contribuindo para a compreensão tanto das dinâmicas de discriminação no ambiente de trabalho, como a determinação dos possíveis impactos na saúde mental, sendo esta relação essencial para que se desenvolvam intervenções eficazes que promovam a inclusão e o bem-estar psicológico dos colaboradores.

A relevância prende-se ainda na necessidade de alertar para os perigos e consequências que a discriminação pode surtir, assim como a reafirmação da necessidade latente em criar-se ambientes de trabalho mais inclusivos e saudáveis, que não só promovam a produtividade, mas também o bem-estar geral dos colaboradores (Heiserman & Simpson, 2023). Em última análise,

este projeto pretende não só sensibilizar para os efeitos prejudiciais da discriminação no local de trabalho, mas também incentivar a adoção de práticas que favoreçam a saúde mental e a inclusão de todos os trabalhadores, independentemente de suas condições psicológicas.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo, ir-se-á proceder à revisão da literatura que sustenta os principais conceitos em análise, procurando oferecer uma base teórica sólida para a compreensão do fenómeno da discriminação no local de trabalho, com enfoque no que respeita aos colaboradores com possíveis patologias de foro psicológico.

Inicia-se com a definição do conceito de discriminação, clarificando as suas formas mais comuns (direta, indireta e institucional) assim como a sua relação com preconceito e estigma. De seguida, será explorado o contexto específico da discriminação em ambiente laboral, salientando a forma como as dinâmicas de poder, os estereótipos e a cultura organizacional podem contribuir para práticas discriminatórias.

Posteriormente, será abordado o conceito de saúde mental, distinguindo-o da ausência de doença, salientando as perturbações mais frequentemente associadas ao ambiente profissional, como a depressão, a ansiedade e o stress. A interligação entre estas condições psicológicas e as experiências discriminatórias será analisada, de modo a evidenciar os efeitos adversos que contextos laborais pouco inclusivos podem ter no bem-estar dos trabalhadores.

Num último momento, será discutida a relevância do estudo da discriminação laboral e a sua devida associação com indicadores de saúde mental, sublinhando a importância de políticas de inclusão e suporte no ambiente organizacional.

1. O Adulto

O percurso do desenvolvimento na idade adulta consiste num processo dinâmico e complexo, influenciado por múltiplas interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Esta etapa do ciclo de vida envolve uma constante negociação entre ganhos e perdas, bem como

uma procura contínua por sentido e direção pessoal. Esta fase tem sido analisada mediante diversas abordagens teóricas e empíricas, analisando quer os processos de transformação individual, quer os desafios característicos de cada período da vida adulta (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989; Levinson, 1986).

1.1.O que é ser adulto- Dinâmicas de Transformação ao Longo da Vida Adulta

A faixa etária da fase adulta, embora contendo escassos estudos que a fundamentem por si só (se compararmos com a vasta bibliografia acerca da infância, adolescência e fase idosa), apresenta algumas definições por partes de figuras ilustres na área da psicologia e sociologia (Sousa, 2007).

Segundo Erikson, a fase adulta é constituída por inúmeras etapas psicossociais, sendo que, na idade adulta jovem, os indivíduos enfrentam o desafio de estabelecer intimidade com os outros, enquanto que na idade adulta média são confrontados com a necessidade de alcançar generatividade que, por outras palavras, simboliza a necessidade de contribuir para as gerações futuras, evitando a estagnação. Na fase final da vida adulta, o sujeito procura alcançar um sentimento de integridade face à sua trajetória de vida, evitando o desespero associado ao arrependimento (Veríssimo, 2002).

Complementarmente, Levinson conceptualiza a vida adulta como um percurso estruturado por fases, consideravelmente estáveis, acompanhadas por transições significativas, onde o adulto constrói e reconstrói a sua “estrutura de vida”, composta por dimensões como o trabalho, os afetos, os valores e os objetivos pessoais. Estas transições são períodos críticos de avaliação e mudança (Levinson, 1986).

Relativamente à perspectiva de Roger Gould, ser adulto consiste no período em que se abandona as ilusões ligadas à infância e onde se atribui a responsabilidade plena pela própria existência. Esta fase da vida é caracterizada pela tomada de consciência sobre a finitude da mesma, pela redefinição de papéis familiares e pela procura de coerência interna (Gould, 1978).

Por sua vez, Vaillant sublinha a importância de tarefas, como o desenvolvimento da identidade, a capacidade de intimidade, a consolidação da carreira e o cultivo da generatividade. A fase adulta, para este autor, é demarcada pela evolução dos mecanismos de defesa psicológica, pela adaptação emocional e pela procura de sentido existencial (Mitchell, 2004).

O conceito de adulto tende a estar relacionado a uma figura socialmente estabilizada, autónoma e inserida num quotidiano tendencialmente estruturado. Esta representação corresponde a um ideal de “*Adulthood*” baseado na crença no progresso e na capacidade de planear e controlar os diferentes domínios da vida, organizando-a em fases lineares com metas claramente definidas. O adulto é, portanto, alguém que atingiu a maturidade biológica, sexual e psicológica, possuindo uma identidade social consolidada, demarcada pela inserção profissional e pela autonomia económica (Sousa, 2007).

Adicionalmente, o modo como os indivíduos organizam e atribuem significado às experiências vividas, sobretudo às mais marcantes, revela-se determinante no desenvolvimento da sua identidade narrativa. O processamento reflexivo destas vivências pode gerar transformações significativas na forma como o adulto se compreende a si próprio e aos outros. Esta capacidade de integrar eventos disruptivos numa narrativa pessoal coesa é especialmente relevante em períodos de mudança e reestruturação (Pals, 2006). Assim, as transições adultas não promovem apenas alterações externas, mas também favorecem um aprofundamento da

maturidade psicológica, moldando valores, objetivos e sentidos de identidade ao longo do ciclo vital (Levinson, 1986; Pals, 2006).

1.2. Construção de Sentido e Orientação na Transição para a Vida Adulta

Nos primeiros anos da vida adulta, geralmente compreendidos entre os 18 e os 25 anos, a procura de propósito revela-se um aspeto central no processo de consolidação da identidade e de orientação para o futuro emergente. Esta etapa tem por génese uma intensa fase de exploração pessoal, durante a qual os indivíduos procuram definir metas significativas que lhes permitam estruturar os seus comportamentos e decisões (Hill et al., 2015). O sentido individual que cada sujeito atribui à vida surge como um eixo organizador que favorece uma maior estabilidade face às exigências e transições típicas deste período (Burrow & Hill, 2011).

O desenvolvimento de um propósito de vida está positivamente associado ao bem-estar emocional e psicológico, contribuindo para uma imagem mais positiva de si próprio, maior resiliência e estratégias de adaptação mais eficazes perante adversidades de cariz social e emocional. Além disso, esta orientação interna tende a estar relacionada com uma menor propensão para comportamentos de risco ou disfuncionais (Burrow & Hill, 2011; Hill et al., 2015).

Deste modo, a presença de um propósito é entendida como uma força estruturante, essencial durante os primórdios da vida adulta, operando como elemento promotor de estabilidade, identidade e adaptação positiva aos desafios desta fase do ciclo de vida (Burrow & Hill, 2011; Hill et al., 2015).

1.3.Consolidação na vida adulta: estabilidade relativa e evolução interna

A fase da vida adulta compreendida entre os 30 e os 45 anos, tendencialmente designada por *idade adulta estabelecida*, corresponde a um período de maior consolidação da identidade e estabilidade em alguns domínios pontuais, como os relacionamentos interpessoais, o percurso profissional e as responsabilidades familiares (Mehta et al., 2020). Este período é caracterizado por uma procura contínua de equilíbrio entre os objetivos individuais e as exigências sociais, sendo pautado por marcos relevantes, como a progressão na carreira, a conciliação entre a vida pessoal e profissional e a gestão simultânea de múltiplos papéis sociais (Mehta et al., 2020; Reifman & Niehuis, 2022).

Apesar da maior previsibilidade que tende a caracterizar esta etapa, não se trata de um momento isento de transformação, continuando a verificar-se uma evolução interna significativa, marcada tanto por escolhas mais alinhadas, como por valores pessoais e por uma integração mais profunda das experiências acumuladas ao longo das décadas anteriores. Portanto, é erróneo confundir esta fase com estagnação, uma vez que as mudanças continuam a decorrer, ainda que de forma mais estruturada e deliberada (Mehta et al., 2020). Os adultos que se encontram neste momento do ciclo de vida, tendem a guiar os seus esforços para metas que conciliam as suas aspirações pessoais com as suas obrigações sociais, revelando que a estabilidade alcançada não elimina a necessidade constante de adaptação face às exigências contextuais (Reifman & Niehuis, 2022).

Para além da idade adulta estabelecida (dos 30 aos 45 anos), é de igual relevância considerar a fase compreendida entre os 45 e os 67 anos, tendencialmente descrita como um período de transição entre a meia-idade e o envelhecimento ativo. Esta fase é frequentemente acompanhada por uma consolidação crescente nas esferas pessoal e profissional, ao mesmo

tempo que surgem novos desafios associados a alterações na saúde, à necessidade de cuidar de pais envelhecidos, ao acompanhamento dos filhos em etapas mais autónomas e à possibilidade de reorientações na carreira ou preparação para a reforma (Lachman & Agrigoroaei, 2010; WHO, 2024). Apesar de existir uma perceção de maior estabilidade neste intervalo etário, verifica-se uma necessidade constante de reavaliação de metas e de adaptação às exigências contextuais, de forma a manter um equilíbrio entre as aspirações pessoais e as responsabilidades sociais (Rowe & Kahn, 1997). O envolvimento em atividades com significado pessoal, a presença de redes de apoio social e a integração ativa em contextos comunitários e profissionais, são elementos fundamentais para a preservação do bem-estar psicológico e a promoção da saúde mental ao longo desta fase do ciclo de vida (Kim et al., 2013). Posto isto, esta fase, embora marcada por transformações subtis, reflete um período de reorganização interna e de ajustamento, onde a manutenção da saúde mental se relaciona com a capacidade de adaptação às mudanças no ambiente laboral e pessoal (Lachman & Agrigoroaei, 2010; Rowe & Kahn, 1997).

1.4. Equilíbrio dinâmico no desenvolvimento da vida adulta: balanceamento entre os ganhos e as perdas

O percurso de desenvolvimento na vida adulta é compreendido como um processo complexo, simultaneamente multidimensional e multidirecional, em que ganhos e perdas manifestam-se de forma articulada ao longo das diferentes fases. Embora exista uma perceção generalista acerca dos principais marcos da vida adulta, os adultos mais velhos tendem a demonstrar uma visão distinta e aprofundada acerca das transformações associadas ao envelhecimento. Apesar do aumento gradual do risco de declínio nas funções cognitivas e físicas, bem como da redução do potencial de crescimento, esta etapa do ciclo de vida oferece igualmente oportunidades de enriquecimento pessoal, nomeadamente a nível da sabedoria, da

experiência acumulada e da maturidade emocional adquirida (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989).

A fase da meia-idade, por norma congruente com as perdas funcionais, é igualmente marcada por ganhos significativos, como uma maior estabilidade emocional, a ampliação progressiva do conhecimento e o aperfeiçoamento das competências sociais. Esta etapa é caracterizada por uma elevada plasticidade, permitindo aos indivíduos recorrer a estratégias adaptativas, como a seleção, otimização e compensação, de forma a ser-lhes capaz de lidar com as exigências específicas do momento, valorizando os recursos que dispõem. Estes mecanismos previamente mencionados, potencializam o minimizar dos efeitos das perdas e potenciam o desenvolvimento, demonstrando que esta fase relaciona, de forma singular, a estabilidade e a mudança (Lachman, 2004).

A articulação entre perdas e ganhos, aliada à capacidade adaptativa do indivíduo, constitui um aspeto central da vida adulta, permitindo compreender os modos como as pessoas se ajustam a diferentes contextos e necessidades ao longo do tempo (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989; Lachman, 2004).

2. Discriminação

2.1. Definição do conceito

O conceito de "discriminação", quando aplicado a indivíduos, vai além da mera identificação de dissemelhanças entre grupos distintos, abarcando a prática de tratamento injusto direcionado aos mesmos, com base em categorias às quais pertencem ou são percebidos como pertencentes, tais como etnia, idade, religião, orientação sexual, entre outras (April, Dharani & April, 2023). Este enviesamento comportamental pode manifestar-se de forma explícita e direta

ou de maneira inconsciente e automática. Trata-se de um comportamento ou ação específico direcionado a um grupo particular e/ou seus membros, frequentemente envolvendo um julgamento negativo fundamentado numa característica particular. Esta pode manifestar-se em diversas situações e apresentar-se sob múltiplas formas, tanto verbalmente como por meio de ações, ocorrendo nos diversos contextos da vida, seja na escola, em casa, no local laboral ou na socialização urbana e rotineira. Esta manifestação evidencia-se usualmente da expressão de preconceito, uma concepção social e historicamente construída sobre um indivíduo, delineada conforme a sua aparência e comportamento (Badalotti, Toassi & Celeste, 2019; OPP, 2022).

Quando um grupo de indivíduos é estigmatizado em função das suas características, uma vez que o estigma está intrinsecamente ligado à diferenciação social, é comum que esses indivíduos enfrentem as adversidades da discriminação com maior facilidade. A sequela da categorização das pessoas em grupos e da atribuição de características e atributos generalizados, é a base para o desenvolvimento de estereótipos associados a esses grupos. Portanto, assim que os indivíduos começam a categorizar os restantes sujeitos em grupos, formando generalizações sobre os mesmos, irá influenciar diretamente o seu comportamento relativamente a esse aglomerado, resultando no desenvolvimento de preconceitos subjetivos, favoráveis ou não, em relação ao grupo como um todo (April, Dharani, & April, 2023; Williams et al., 2003).

O entendimento da discriminação é intrinsecamente complexo, envolvendo uma interseção de inúmeros conceitos fulcrais biológicos, evolutivos, sociológicos e psicológicos. Do ponto de vista biológico, o fenômeno da discriminação está ligado à sobrevivência, sendo que este princípio influenciou a evolução da psique humana, levando-a a confiar naqueles que se assemelham aos seus cuidadores de infância de forma a assegurar proteção, manifestando desconfiança em relação aos seus pares. Uma perspectiva adicional sugere que a psique humana

associa cada nova interação com experiências passadas, um fenômeno descrito por Freud como transferência na sua obra de 1921 (Freud, 2007). Isto leva a pré-julgamentos sobre os outros antes mesmo da interação, como um mecanismo de antecipação de riscos e preparação de respostas. Este processo ocorre quando uma pessoa dirige os seus sentimentos e desejos relativos a uma pessoa para outra, como quando alguém reconhece características do seu pai num novo chefe, conferindo-lhe sentimentos paternos. Inicialmente, diante de uma grande diversidade de pessoas, os indivíduos tendem a categorizá-las sustentando-se nos seus próprios pressupostos e ideias preconcebidas, o que leva ao desenvolvimento de modelos mentais associados a indivíduos ou grupos específicos, sendo que essas concepções refletem os próprios valores pessoais do discriminador (April, Dharani & April, 2023).

De uma maneira geral, concluiu-se que a percepção da discriminação está intrinsecamente associada a indicadores negativos de saúde mental e física, tais como ansiedade, hipertensão, agravamento das respostas aos momentos de stress e declínio do estado de saúde (April, Dharani & April, 2023).

2.2. O Preconceito, o estigma e a discriminação

Frequentemente, as pessoas tendem a evitar ou adiar a procura de tratamento adequado, por receio de serem vistas de forma diferente ou por medo de perderem os seus empregos e sustento. Isto deve-se ao estigma, preconceito e discriminação persistentes contra indivíduos com doenças mentais (APA, 2024).

O preconceito consiste numa atitude ou julgamento pré-concebido, geralmente de cariz negativo, em relação a um indivíduo ou grupo, tendo por base alguma determinada característica percebida, como raça, etnia, género, orientação sexual, religião ou condição de saúde mental. Este julgamento é formado sem uma compreensão aprofundada ou análise justa dos factos e é

frequentemente baseado em estereótipos, usualmente originados por fatores sociais, psicológicos e culturais, podendo ser reforçados por normas e práticas sociais (APA, 2024; Matousian & Otto, 2023).

Psicologicamente, o preconceito está relacionado a mecanismos de defesa, como a projeção, onde os indivíduos projetam as suas próprias inseguranças ou conflitos internos sobre os outros. Além disso, a tendência de categorizar pessoas em grupos pode levar a estereótipos e generalizações injustas (Kenny, Bizumic & Griffiths, 2018).

O estigma, tendencialmente, está interligado à falta de compreensão, considerando que, mesmo os demais reconhecendo a natureza médica ou genética de uma perturbação de foro psicológico e a respetiva necessidade de tratamento, muitas pessoas ainda mantêm uma visão negativa sobre aqueles que padecem destas patologias, afetando não só o estigmatizado, como também os entes queridos que o apoiam. Podemos salientar três tipos de estigmas, nomeadamente o de foro público, que envolve atitudes negativas ou discriminatórias que outras pessoas podem ter em relação à doença mental, seguido pelo estigma de autoimagem, que diz respeito às ações pejorativas, como a vergonha internalizada, que os sujeitos com doenças mentais podem sentir perante a sua própria condição, resultando em efeitos negativos na sua recuperação, como a redução da esperança, possíveis dificuldades nas relações sociais e a presença de maiores complicações no trabalho. Por fim, o estigma estrutural, sendo que este é o mais sistémico, envolvendo políticas governamentais e de organizações privadas que limitam, intencional ou inadvertidamente, as oportunidades para pessoas com doenças mentais (APA, 2024).

Relativamente ao mundo laboral, permanecer no mercado de trabalho pode ser tão desafiador quanto ingressar no mesmo, especialmente para colaboradores com doenças mentais,

enfrentando uma ampla gama de desafios e estigmas, sendo o subemprego um dos obstáculos mais usuais. O subemprego descreve uma situação onde os indivíduos são forçados a aceitar empregos que não correspondem às suas competências e qualificações ou que oferecem salários inadequados para os mesmos. As estatísticas mostram que 68% dos trabalhadores com problemas de saúde mental retornam a posições com menor responsabilidade, trabalham menos horas e recebem menos do que anteriormente (Matousian & Otto, 2023).

Além disso, esses trabalhadores enfrentam dificuldades interpessoais e sociais, bem como discriminação tanto no nível social (colegas que antes eram prestativos e complacentes passam a tecer comentários críticos ou negativos), quanto ao executivo, relatando insuficiente apoio psicossocial e enfrentando uma supervisão demasiado rigorosa (Matousian & Otto, 2023).

2.3. Motivos de desigualdade e discriminação

Comprovou-se que o estigma associado às pessoas com incapacidades ou doenças constitui um dos principais fatores de risco para dificuldades ou problemas de saúde mental. Aqueles que enfrentam o estigma, além de lidar com uma incapacidade ou doença, podem sofrer consequências profundamente angustiantes, como sentimentos de incompreensão, isolamento social e rejeição, relutância em requerer cuidados e apoio para as suas dificuldades, vergonha e culpa, diminuição do bem-estar e da qualidade de vida. Relativamente aos indivíduos que enfrentam dificuldades ou problemas de saúde psicológica, o estigma tem um impacto antagônico na sua autoestima, procura de apoio social, autoconceito, empoderamento e oportunidades (educacionais ou de emprego, por exemplo), surgindo como uma barreira ao desempenho de diversos papéis sociais (OPP, 2022).

É de igual relevância salientar que o índice de mortalidade entre pessoas com problemas de saúde psicológica é significativamente mais alto do que na população em geral, resultando

numa perda mediana da expectativa de vida de 10.1 anos. A convergência de fatores de vulnerabilidade em pessoas com incapacidades resulta em situações graves de desigualdade e injustiça. As limitações de ordem física, cognitiva ou sensorial tendem a cruzar-se com situações de vulnerabilidade pessoal, como a condição socioeconómica, a etnia ou o género, potenciando os fatores de desigualdade (OPP, 2022).

2.4. Discriminação direta, indireta e institucional

Os comportamentos discriminatórios podem surgir de formas distintas, nomeadamente de cariz direto, indireto ou institucional. No que diz respeito à discriminação direta, esta ocorre quando o agente discriminador age com o objetivo explícito de impor uma desvantagem a pessoas por pertencerem a um grupo social específico. Em alguns casos, o discriminador pode adotar uma política que, à primeira vista, aparenta ser neutra, mas que na prática prejudica um grupo particular através de uma performance aparentemente neutra. Este método visa excluir um determinado grupo ou indivíduo com base em uma característica específica, não apreciada pelo sujeito discriminador (Altman, 2020).

Por vezes, a discriminação direta pode não ser completamente intencional, ocorrendo sem a intenção deliberada de prejudicar alguém devido à sua pertença a um grupo. Uma desvantagem pode ser imposta como resultado de uma indiferença geral em relação aos interesses e direitos dos membros de um determinado aglomerado. O tratamento desvantajoso pode derivar de um estado mental questionável do agente, incluindo preconceitos inconscientes (Altman, 2020). Este tipo de discriminação pode levar a elevados níveis de stress, o que, por sua vez, pode desencadear sintomas de ansiedade, depressão e stress crónico, correlacionando-se com uma pior saúde geral, aumento de doenças crónicas e maior incidência de depressão, especialmente entre indivíduos com maior neuroticismo (APA, 2021; Xu & Chopik, 2020).

A discriminação indireta refere-se a atos ou políticas que, embora aparentemente neutros, impõem uma desvantagem desproporcional aos membros de um determinado grupo, mesmo sem a intenção de prejudicá-los. De forma a ilustrar esta prática, vamos considerar o seguinte exemplo: uma empresa exige um teste de aptidão irrelevante para o desempenho do trabalho, resultando em taxas de reprovação mais altas para um grupo étnico específico. Este tipo de discriminação não é intencional, mas os seus efeitos podem ser igualmente prejudiciais (Altman, 2020).

Por fim, a discriminação institucional é mais insidiosa e refere-se às práticas, políticas ou normas dentro das instituições que sistematicamente desfavorecem certos grupos. Esta forma de discriminação pode ser difícil de detetar, estando profundamente enraizada nas operações normais das organizações. Exemplos incluem políticas de contratação que favorecem certos grupos ou a falta de acomodações adequadas para trabalhadores com deficiências (Altman, 2020).

2.5. Discriminação no local de trabalho

Um estereótipo corresponde a uma representação simplificada e rígida de um grupo ou indivíduo, geralmente baseada em generalizações, não obstante, ao analisar este tipo de discriminação mais subtil no contexto laboral, é essencial considerar o papel das dinâmicas de poder. O poder e a posição ocupada nos sistemas sociais e no ambiente de trabalho influenciam a forma como os estereótipos se formam e se mantêm, sendo muitas vezes reforçados por narrativas institucionais, práticas organizacionais e discursos educativos. Estes elementos moldam a forma como o poder se manifesta nas relações laborais e introduzem preconceitos nos processos de interpretação, decisão e compreensão interpessoal. Na gestão e liderança, por exemplo, os modelos e metodologias predominantes consideram apenas certas formas de atuação

como credíveis, como aquelas que refletem as práticas institucionais europeias. Essas narrativas dominantes de gestão e liderança determinam quem é visível e quem não é, quem é considerado credível e quem não é e continuam a negligenciar os fatores sócio históricos que têm limitado a plena participação no ambiente de trabalho e nas instituições de indivíduos de diferentes origens raciais e sociais (April, Dharani & April, 2023).

2.6. Pertinência do estudo da Discriminação no Local de Trabalho

O estudo afigura-se pertinente considerando que a investigação sobre a discriminação no local de trabalho é crucial, dado aos impactos profundos que esta tem na saúde mental e no bem-estar dos colaboradores, bem como na eficiência e produtividade das organizações. A discriminação direta, como atos de exclusão ou tratamento diferenciado baseado em características pessoais, e a discriminação indireta, onde políticas aparentemente neutras prejudicam desproporcionalmente certos grupos, têm sido progressivamente associadas a níveis elevados de stress, ansiedade e depressão entre os colaboradores, sendo que, trabalhadores que experienciam discriminação tendem a apresentar uma maior probabilidade de desenvolver problemas a nível da saúde mental, o que afeta negativamente o seu desempenho e satisfação no trabalho (Rhead et al., 2021). A discriminação subtil, sendo a mais complexa de identificar e abordar, apresenta igualmente efeitos nocivos significativos. Esta forma de discriminação pode levar a um ambiente laboral prejudicial e a uma deterioração gradual da saúde mental dos empregados (Jones et al., 2017).

Além disso, ambientes de trabalho onde a discriminação é prevalente tendem a apresentar uma moral diminuta, assim como maior rotatividade de funcionários e uma produtividade reduzida. Funcionários que se sentem discriminados ou testemunham discriminação são mais propensos a faltar ao trabalho e a demonstrar falta de empenho nas suas funções (Greenwood &

Greenwood, 2024). A discriminação, seja ela percebida ou experienciada diretamente, contribui para um desempenho insatisfatório e uma menor satisfação no trabalho (Rhead et al., 2021).

Compreender a extensão e o impacto da discriminação, no contexto laboral é crucial para o desenvolvimento de políticas que promovam a inclusão e a equidade. Iniciativas que abordam a discriminação e promovem a diversidade são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e, conseqüentemente, a eficácia organizacional (Greenwood & Greenwood, 2024). A discriminação no local de trabalho não apenas prejudica os indivíduos, mas também compromete a integridade e o desempenho das organizações como um todo (Rhead et al., 2021).

3. Saúde mental

3.1. Definição de conceito

A saúde mental é uma das componentes essenciais da saúde global do indivíduo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), esta é definida como um estado de bem-estar que permite às pessoas realizarem tanto as suas capacidades e potencialidades, como lidarem com o stress rotineiro, trabalharem de forma produtiva e, conseqüentemente, contribuírem ativamente para a sua comunidade. Esta componente abrange mais do que a ausência de transtornos mentais, estando latente um *continuum* complexo, experienciado de forma distinta por cada indivíduo, com distintos graus de dificuldade e angústia, podendo resultar em diferentes desfechos sociais e clínicos. Por outro lado, a doença mental refere-se a uma condição que afeta o funcionamento cognitivo, emocional ou comportamental de uma pessoa, resultando em padrões persistentes de sofrimento ou disfunção. Estas condições podem manifestar-se através de alterações no pensamento, humor, comportamento, percepção ou interação social. As doenças mentais englobam uma vasta gama de condições, tais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar, entre outras (OPP, 2013; WHO, 2023).

É importante destacar que a Saúde Mental não se limita à mera ausência de problemas ou doenças mentais, englobando inúmeros benefícios, incluindo uma melhoria na saúde física, a redução de comportamentos prejudiciais à saúde, um melhor desempenho académico, uma maior produtividade no trabalho, que poderá refletir-se em salários mais elevados, diminuição do absentismo, redução da criminalidade, maior participação na vida social e uma redução da taxa de mortalidade, encontrando-se intrinsecamente ligada ao bem-estar social e emocional, o que significa que influencia diretamente a qualidade de vida de um indivíduo. Qualquer questão relacionada à saúde mental, mesmo que não seja classificada como tal, tem impacto não apenas na vida pessoal, mas também em todas as áreas ligadas à esfera profissional e familiar (CNS, 2019; OPP, 2013).

A saúde mental desempenha um papel imprescindível na qualidade de vida e na produtividade dos indivíduos e respetivas famílias, assim como nas comunidades e nações. É importante ressaltar que a doença mental não acarreta apenas custos humanos e sociais, mas também custos económicos significativos. De acordo com estudos epidemiológicos recentes, as perturbações mentais representam uma das principais causas do encargo económico associado à doença, incapacidade e morbilidade nas sociedades atuais (OPP, 2013).

Apesar do impacto social e económico substancial e das evidências que destacam a interdependência entre saúde física e saúde mental, a última não recebe a devida prioridade nas ações e políticas públicas (OPP, 2013).

3.2. Saúde Mental e a perspetiva portuguesa

Em Portugal, a saúde mental enfrenta diversos desafios, incluindo a acessibilidade a cuidados de saúde de qualidade e eficazes, bem como a gestão dos custos e despesas, em meio a

um cenário económico e social que exige esforços adicionais de racionalização de recursos (OPP, 2013). A nossa nação abarca 10749635 residentes, segundo o Instituto Nacional de estatística na sua averiguação mais recente, onde aproximadamente 5181.4 mil indivíduos se encontram atualmente ativos em contexto laboral (GEE, 2025; INE, 2024). Destes nativos, estima-se que um quinto padeça de alguma doença psiquiátrica, representando cerca de 23% da população, de acordo com um Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde. Este valor coloca Portugal como o segundo país da Europa com a segunda maior prevalência de doenças mentais na população, quase equiparando-se à Irlanda do Norte, que ocupa o pódio de primeiro lugar. Adicionalmente, quase metade dos cidadãos (43%) já vivenciou alguma forma de perturbação mental ao longo de suas vidas (Almeida et al., 2013).

É sólido afirmar que as perturbações mentais são uma realidade que afeta o dia a dia dos lusitanos. De acordo com o relatório "Saúde Mental em números - 2015" do Programa Nacional para a Saúde Mental, Portugal apresenta uma prevalência significativa de doenças mentais (DGS, 2016). Em 2017, as perturbações psiquiátricas foram responsáveis por 12% dos anos de vida perdidos ajustados à incapacidade e 18% dos anos vividos com incapacidade (CNS, 2019).

A alta prevalência de doenças mentais em Portugal também se reflete no consumo de ansiolíticos e antidepressivos, sendo estes os medicamentos de primeira linha no tratamento de situações de ansiedade generalizada (afetando cerca de 16.5% da população) e depressão (afligindo aproximadamente 8% dos portugueses), (Almeida et al., 2013).

3.3. Pertinência do estudo da Saúde Mental

A investigação sobre a saúde mental é de extrema relevância considerando o impacto significativo que as condições mentais empregam no bem-estar individual e coletivo. De acordo

com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental é um direito humano básico, sendo crucial para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconómico (WHO, 2023).

As condições clínicas da saúde mental incluem tanto perturbações mentais e deficiências psicossociais, como outros estados mentais associados ao sofrimento significativo, comprometimento no funcionamento ou risco de auto-lesão. É de salientar que a falta de acesso a cuidados de saúde mental de qualidade surge como um problema global, com grandes lacunas nos serviços disponíveis, especialmente em países de baixa e média renda. Para além do mencionado anteriormente, o estigma e a discriminação contra pessoas com condições de saúde mental são generalizados, dificultando ainda mais o acesso a serviços e o suporte necessário (Plumtre, 2024; WHO, 2023).

Psicopatologias podem afetar pejorativamente a produtividade, as relações pessoais e a qualidade de vida, tornando urgente a necessidade de intervenções eficazes e políticas de promoção e prevenção da saúde mental (Halat et al., 2023).

A pertinência de estudar a saúde mental é sublinhada pela necessidade crucial de transformar os cuidados de saúde mental e de implementar estratégias de promoção e prevenção que identifiquem e abordem os determinantes individuais, sociais e estruturais da mesma. Intervenções eficazes podem reduzir riscos, fortalecer a resiliência e criar ambientes de apoio para a saúde mental, promovendo um bem-estar geral e mais robusto (Plumtre, 2024).

4. Depressão, ansiedade e stress

4.1. Depressão

A depressão caracteriza-se por um estado persistente de tristeza, perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas e por uma sensação constante de falta de esperança, afetando de forma frequente a qualidade de vida do indivíduo, refletindo-se com enfoque na qualidade do

do sono, no apetite e na capacidade de concentração. (Wittayapun et al., 2023). Esta condição tende a ser potencializada pelo stress, considerando que este atua como um gatilho emocional, agravando os sintomas depressivos devido ao desgaste cognitivo e emocional latente, encontrando-se diretamente envolvido na gestão de eventos desafiadores. (Feng, Xu & Lei, 2023).

4.2. Ansiedade

A ansiedade consiste numa resposta biológica a fatores de stress quotidianos ou a situações percebidas como ameaçadoras e lesivas para o sujeito (SNS, 2025). Manifesta-se como um estado de preocupação constante, inquietação e apreensão face a possíveis perigos futuros, ainda que esses possam não ser concretos (Kang et al., 2023). É frequente que as pessoas sintam ansiedade quando enfrentam desafios profissionais, antes de exames importantes ou ao serem confrontadas com decisões complexas, contudo, se a ansiedade for desproporcional ou persistir além do evento que a despoletou, poderá indicar uma condição mais séria que requer atenção (SNS, 2025).

4.3. Stress

O stress é uma reação adaptativa do organismo a pressões externas, preparando-o para enfrentar desafios. Contudo, quando se torna crónico, pode ultrapassar a capacidade de resiliência do indivíduo, levando a um estado de exaustão tanto emocional como física, que por consequência potencializa o desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade (Worsley, Pennington, & Corcoran, 2022; WHO, 2023). Desta forma, o stress pode passar de uma resposta natural e adaptativa a uma condição patológica que afeta negativamente o bem-estar.

4.4. Interdependência entre depressão, ansiedade e stress

A depressão, a ansiedade e o stress não atuam isoladamente, mas interagem de forma interdependente. Existe uma ligação bidirecional entre ansiedade e depressão, em que a presença de uma das condições tende a intensificar a outra, resultando num ciclo de reforço mútuo (Feng, Xu & Lei, 2023). O stress quotidiano, por sua vez, desempenha um papel crítico na intensificação da ansiedade, gerando um ciclo de antecipação de problemas e preocupação constante com potenciais ameaças, o que compromete o equilíbrio emocional (Li et al., 2021).

A exposição prolongada ao stress está frequentemente associada ao desencadeamento da ansiedade, que pode evoluir para depressão devido à sobrecarga emocional contínua e à incapacidade de recuperação emocional adequada (Feng, Xu & Lei, 2023; Worsley, Pennington, & Corcoran, 2022; WHO 2023). Esta interdependência sublinha a importância de intervenções preventivas que visem a redução do stress e a gestão da ansiedade, com o objetivo de prevenir o desenvolvimento de sintomas depressivos.

4.5. Pertinência do Estudo da Discriminação e sua relação com Depressão, Ansiedade e Stress

A investigação sobre a discriminação no local de trabalho e a sua relação com depressão, ansiedade e stress é de extrema importância, devido aos impactos profundos que estas experiências têm na saúde mental e no bem-estar dos indivíduos, estando associada a uma deterioração significativa do bem-estar psicológico dos colaboradores, aumentando o stress psicológico, culminado com a diminuição da qualidade de vida dos sujeitos, assim como no seu desempenho e satisfação laboral (Lim, Cortina & Magley, 2008).

A pertinência do estudo da interligação da discriminação com a depressão, ansiedade e stress, reside na necessidade de conceber intervenções eficazes que visem reduzir as discrepâncias no local de trabalho, promovendo a saúde mental, respaldada pelos efeitos

pejorativos que a atitude diferenciada por parte dos pares insere no individuo excluído, afetando o seu desempenho intrínseco (com o seu *self*) e extrínseco (para com a organização) (APA, 2021; Lim, Cortina & Magley, 2008; Sun et al., 2022; Xu & Chopik, 2020).

5. Impacto da Discriminação na Saúde Mental

5.1. Stress, Ansiedade e Depressão no Contexto Pessoal e Laboral

A discriminação, seja ela direta, indireta ou institucional, é amplamente reconhecida como um fator de risco significativo para a saúde mental, influenciando diretamente o bem-estar psicológico e as dinâmicas no ambiente laboral. Estudos demonstram que níveis elevados de discriminação estão correlacionados com um maior risco de doenças, incluindo a intensificação de angústia, stress, bem-estar psicológico reduzido, depressão, ansiedade e até o uso de substâncias nocivas (Massignam, Bastos & Nedel, 2015).

A discriminação atua como um fator de stress social poderoso, desencadeando respostas fisiológicas que incluem o aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, que, a longo prazo, podem impactar negativamente a saúde. Com a ativação contínua das respostas ao stress, os recursos de autocontrolo dos indivíduos tendem a reduzir-se, resultando em comportamentos menos saudáveis, como maior consumo de tabaco e/ou outras substâncias, além de hábitos alimentares, de sono e de atividade física inadequados (Allen et al., 2014).

Esta experiência stressante também provoca respostas fisiológicas e psicológicas específicas, diminuindo as emoções positivas e intensificando os sentimentos negativos. A exposição recorrente a situações discriminatórias intensas e prolongadas ativa as respostas psicofisiológicas de forma contínua e, por vezes, crónica, instaurando um estado emocional

negativo constante e deixando marcas profundas. Esse impacto psicossocial distorce as percepções e sentimentos pessoais, levando à angústia, ansiedade e culpa (Allen et al., 2014).

No contexto laboral, a discriminação intensifica esse ciclo, onde o stress decorrente das interações discriminatórias evolui para ansiedade e, com o tempo, pode progredir para estados depressivos devido ao desgaste emocional contínuo (Altman, 2020; Worsley, Pennington, & Corcoran, 2022; WHO, 2023; Schmidt, 2024; Zhu & Deng, 2023). Esses efeitos não apenas afetam a saúde mental dos indivíduos, mas também geram consequências organizacionais. Entre esses impactos estão a menor satisfação no trabalho, a redução do compromisso organizacional, a diminuição no desempenho, a redução das atitudes de ajuda e o aumento das intenções de rotatividade. Tais fatores dificultam a concentração e a manutenção da saúde mental, agravando os sintomas de depressão e ansiedade entre os colaboradores (O'Brien et al., 2016).

Em muitos casos, a internalização das características negativas atribuídas pela discriminação leva a sentimentos de inferioridade, dificuldades nas relações interpessoais e até comportamentos de isolamento (Allen et al., 2014). Os indivíduos discriminados frequentemente relatam sentimentos de impotência e uma diminuição da percepção de autoeficácia, agravando ainda mais o impacto negativo na saúde mental e bem-estar (Tan et al., 2019).

6. Bem-estar Psicológico

6.1. O Bem-Estar Psicológico como Indicador de Saúde Mental no Contexto Laboral

O bem-estar psicológico consiste num dos principais indicadores da saúde mental, refletindo-se na percepção que os indivíduos têm do seu funcionamento emocional, cognitivo e relacional. Este conceito extrapola a mera ausência de doença, envolvendo dimensões como a

satisfação com a vida, o sentido de propósito, a autonomia e a capacidade de estabelecer relações interpessoais positivas (Keyes, 2002; Ryff, 1989).

A proposta teórica de Carol Ryff (1989) salienta as seis dimensões fundamentais para o bem-estar psicológico, sendo estas a autoaceitação, as relações interpessoais positivas, a autonomia, o domínio do meio, o propósito de vida e o crescimento pessoal. Estas categorias refletem uma visão eudaimónica do bem-estar, na qual o florescimento humano e a realização do potencial individual assumem um papel central, em oposição a abordagens mais hedónicas que se centram no prazer ou na satisfação imediata (Ryan & Deci, 2001).

No contexto laboral, o bem-estar psicológico assume uma importância singular, estando fortemente interligado à perceção de justiça organizacional, ao suporte social e ao clima emocional da organização (Van Horn et al., 2004). Ambientes de trabalho considerados como tóxicos, discriminatórios ou emocionalmente inseguros tendem a comprometer significativamente o equilíbrio psicológico dos trabalhadores, contribuindo para o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa, depressiva ou de *burnout* (Schaufeli & Bakker, 2004).

Importa ainda salientar que o bem-estar psicológico está fortemente correlacionado com a autoestima e a regulação emocional, funcionando como fator de proteção face a experiências adversas e stressantes. Neste sentido, compreender os fatores que influenciam o bem-estar em contextos de vulnerabilidade, como no caso da discriminação no local de trabalho, é essencial para delinear estratégias preventivas e promover a saúde mental no meio organizacional (Zacher & Rudolph, 2020).

6.2. Impacto do contexto social no Bem-Estar Psicológico

A influência do contexto social no bem-estar psicológico torna-se particularmente evidente em ambientes laborais, onde os indivíduos despendem uma percentagem elevada do seu tempo e estabelecem relações de pertença, identidade e reconhecimento. Ambientes que promovem valores como o respeito pela diversidade, a equidade nas oportunidades e a valorização do contributo individual tendem a favorecer um clima emocional positivo, facilitando a autorrealização e o envolvimento organizacional (Baumeister & Leary, 1995; Deci & Ryan, 2000). Em oposição ao citado anteriormente, contextos onde prevalece a marginalização ou a escassez de políticas inclusivas tendem a gerar um sentimento persistente de insegurança psicológica, limitando o bem-estar subjetivo e afetando negativamente o funcionamento emocional e relacional dos trabalhadores (Ferris et al., 2008).

Estudos indicam que a perceção de discriminação está diretamente associada a níveis acrescidos de sintomas ansiosos e depressivos, sobretudo quando estas vivências ocorrem de forma sistemática e subtil, como através de micro agressões ou comentários estigmatizantes sendo que, neste sentido, o bem-estar psicológico pode ser comprometido não apenas por eventos traumáticos evidentes, mas também por climas organizacionais onde a ausência de inclusão e a falta de reconhecimento emocional geram desgaste cumulativo (Schmitt et al., 2014; Sue et al., 2007).

Desta forma, o bem-estar psicológico deve ser compreendido como uma construção dinâmica, sensível à qualidade das interações sociais e ao grau de validação interpessoal experienciada na rotina profissional. Intervenções organizacionais centradas na promoção e formação de suporte e literacia emocional e na construção de uma cultura organizacional

empática podem desempenhar um papel crucial na prevenção do sofrimento psicológico e na promoção da saúde mental no trabalho (Tetrick & Peiró, 2012).

6.3. Dimensão subjetiva e percebida do Bem-Estar

O bem-estar psicológico é maioritariamente, subjetivo e auto referido, o que o torna sensível a percepções individuais acerca da realidade vivida. Assim, mesmo em contextos organizacionais com políticas inclusivas formais, se os indivíduos perceberem discriminação ou falta de abertura à saúde mental, o seu bem-estar será inevitavelmente afetado (Keyes & Lopez, 2002).

A literatura tem demonstrado que a percepção de justiça organizacional, o respeito interpessoal e a valorização da diversidade são preditores mais robustos do bem-estar do que a simples existência formal de medidas institucionais, ou seja, mais do que a presença de regras explícitas, é a forma como os trabalhadores vivenciam o quotidiano da organização que influencia o seu equilíbrio psicológico. Este efeito é particularmente evidente em situações onde os colaboradores sentem que não podem expressar vulnerabilidades emocionais sem receio de estigmatização, o que tende a gerar aumento da ansiedade, desconfiança e retraimento social (Brouwers, 2020; Corrigan & Rao, 2012; Schaufeli, 2017).

Adicionalmente, os contextos de trabalho que não reconhecem ativamente o sofrimento psicológico ou que minimizam experiências de exclusão contribuem para uma deterioração do bem-estar subjetivo, independentemente de indicadores objetivos de saúde mental. Desta forma, compreender o bem-estar como fenómeno subjetivo implica não apenas a medição de sintomas ou indicadores objetivos, mas também a análise das percepções e significados atribuídos pelos indivíduos à sua vivência profissional (Diener et al., 2018).

6.4. Pertinência do estudo do Bem-Estar Psicológico

O estudo do bem-estar psicológico assume uma particular relevância no campo da saúde mental, sobretudo em contextos laborais onde a qualidade das relações interpessoais, a percepção de justiça organizacional e o suporte emocional influenciam diretamente o equilíbrio psicológico dos trabalhadores. Em sociedades marcadas por uma crescente consciencialização sobre o impacto das condições laborais na saúde mental, torna-se imprescindível investigar os fatores que promovem ou comprometem o bem-estar no local de trabalho (Diener et al., 2018; Van Horn et al., 2004).

Considerando o referido anteriormente, o bem-estar psicológico não deve ser entendido apenas como a ausência de psicopatologia, mas como um estado multidimensional que inclui a percepção de propósito, crescimento pessoal, relações positivas e autoaceitação (Keyes, 2002; Ryff, 1989). A pertinência do seu estudo emerge, portanto, da necessidade de compreender de que forma variáveis relacionais e contextuais (como a discriminação, a percepção de apoio ou o estigma associado à saúde mental), influenciam o bem-estar subjetivo dos trabalhadores (Brouwers, 2020; Corrigan & Rao, 2012).

Adicionalmente, ao integrar a percepção individual como uma variável central, este estudo contribui para um entendimento mais aprofundado das experiências de sofrimento emocional em contexto laboral, permitindo delinear intervenções organizacionais mais eficazes. Compreender o bem-estar psicológico dos colaboradores representa, por isso, um passo fundamental para a promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis, inclusivos e emocionalmente seguros (Pascoe & Smart Richman, 2009; Zacher & Rudolph, 2020).

CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO EMPIRICO

1. Estudo Presente

A investigação relativa à discriminação no local de trabalho, com enfoque em colaboradores com possíveis patologias de foro psicológico, revela uma tendência para analisar as variáveis de forma isolada, centrando-se sobretudo na relação específica entre a discriminação e determinados indicadores de saúde mental, como a ansiedade ou a depressão. Para além desta limitação, verifica-se que muitos estudos empíricos continuam a privilegiar a análise da discriminação percebida em outros domínios da esfera social (como a etnia, a religião ou o género), não atribuindo um foco direto às questões relacionadas com a saúde mental. Posto isto, permanece limitada a produção científica que examine de forma integrada os diversos fatores contextuais envolvidos, nomeadamente os diferentes tipos de discriminação (direta, indireta e institucional), a perceção de suporte organizacional e os seus efeitos conjugados nos níveis de stress e sintomatologia psicopatológica. Neste sentido, o presente estudo visa colmatar esta lacuna, explorando, de uma maneira abrangente, a forma como as experiências de discriminação percebida influenciam o bem-estar psicológico dos trabalhadores, contribuindo para uma compreensão mais completa e articulada das dinâmicas organizacionais que afetam a saúde mental no contexto laboral.

1.1. Objetivos gerais e específicos

Considerando a importância do estudo, mencionada na revisão da literatura, bem como a definição e pertinência dos construtos em análise, esta investigação tem como **objetivo geral** investigar a relação entre a discriminação no local de trabalho e a incidência de patologias psicológicas nos colaboradores, decompondo-se em quatro objetivos específicos, dos quais o *primeiro objetivo específico* pretende identificar os Tipos de Discriminação percebida,

explorando as diferentes formas de discriminação no local de trabalho, incluindo discriminação direta, indireta e institucional, a partir das percepções dos colaboradores. Este objetivo tem a intencionalidade de proporcionar uma compreensão detalhada das dinâmicas de poder e preconceito presentes no ambiente laboral. De seguida, como *segundo objetivo específico* pretende-se avaliar o impacto da Discriminação na Saúde Mental, através da análise dos níveis de stress, ansiedade, depressão e outros sintomas psicopatológicos entre os colaboradores que padecem de experiências de discriminação no local de trabalho. Para este objetivo pretende-se recorrer a ferramentas de avaliação psicométrica, validadas para medir a intensidade dos sintomas e correlacionar estes resultados com as experiências de discriminação relatadas. Este objetivo procura evidenciar a relação entre a exposição a ambientes de trabalho hostis e a deterioração da saúde mental dos trabalhadores, destacando a importância de intervenções preventivas e de apoio psicológico. Para concretizar este objetivo, ir-se-á recorrer ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e à Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21-A). Como *terceiro objetivo específico*, pretende-se mensurar a presença de patologias do foro psicológico entre os colaboradores. Pretende-se quantificar a prevalência de patologias psicológicas entre os colaboradores, como transtornos de ansiedade, depressão e *stress*, recorrendo a instrumentos de diagnóstico reconhecidos e validados, como o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21-A), para obter dados precisos sobre o estado de saúde mental da amostra. Este objetivo visa identificar os grupos mais vulneráveis dentro da organização.

Por fim, com o *quarto objetivo específico* tem-se a finalidade de analisar a possível correlação existente entre as experiências de discriminação no local de trabalho e as manifestações de patologias psicológicas, utilizando análises estatísticas para determinar a força

e a direção dessas correlações. Tem-se por objetivo examinar a intensidade e a frequência em que as experiências de discriminação estão associadas a níveis mais elevados de stress, ansiedade e depressão. Este objetivo procura identificar os mecanismos pelos quais a discriminação impacta negativamente a saúde mental dos trabalhadores.

1.2. Hipóteses

Considerando o presente estudo e tendo por base os objetivos gerais e específicos, mencionados no ponto anterior, formulou-se as seguintes hipóteses:

1. Hipótese 1 (H1): Os colaboradores que percebem experiências de discriminação no local de trabalho (seja direta, indireta ou institucional) apresentam níveis significativamente mais elevados de sintomas psicopatológicos, nomeadamente de stress, ansiedade e depressão.
2. Hipótese 2 (H2): Existe uma correlação positiva entre a intensidade da discriminação percebida e os *scores* obtidos nas escalas de avaliação de psicopatologia (BSI) e de saúde emocional (DASS-21-A), sendo que níveis mais elevados de discriminação estão associados a maiores níveis de mal-estar psicológico.
3. Hipótese 3 (H3): A percepção de políticas de inclusão e suporte no local de trabalho está associada a níveis mais baixos de stress, ansiedade e depressão, atuando como fator protetor face aos efeitos negativos da discriminação.
4. Hipótese 4 (H4): A frequência e a intensidade das experiências de discriminação no local de trabalho estão associadas a níveis diferenciados de sintomatologia psicológica, sendo os níveis mais elevados observados em participantes mais frequentemente expostos a comportamentos discriminatórios.

2. Método

2.1. População

Os participantes incluídos na investigação são trabalhadores adultos que atuam em diversas áreas profissionais, possuindo diferentes níveis de escolaridade e cargos dentro de suas organizações. A amostra final foi composta por 316 indivíduos, número que ultrapassou a estimativa inicial de 200 a 300 participantes, sendo justificado pela necessidade de obter dados robustos e representativos para uma análise estatisticamente significativa e que permita generalização de resultados.

Estudos recentes sobre discriminação no local de trabalho e saúde mental, como o realizado por *BMC Psychiatry*, utilizaram amostras de grandes dimensões (nomeadamente de 20,379 indivíduos) para garantir a representatividade dos resultados (Di Napoli et al., 2021). Outro estudo potencializado pela *BMC Public Health* envolveu 4,883 participantes com o objetivo de examinar a discriminação racial e seus impactos na saúde mental, destacando a importância de uma amostra substancial para explorar variações demográficas e contextuais (Hackett et al., 2020). Assim, a amostra de 316 participantes recolhida no presente estudo, com fins académicos, permitiu uma análise abrangente e estatisticamente válida das variáveis em investigação, assegurando a robustez e a fiabilidade dos dados para o estudo das relações entre discriminação no local de trabalho e saúde mental.

Para a realização desta dissertação de mestrado, foi adotada uma metodologia quantitativa, englobando o uso de medidas de autorrelato e técnicas estatísticas para a coleta e análise dos dados. O estudo caracteriza-se como transversal e exploratório, uma vez que os dados foram recolhidos num único momento, visando explorar novas possibilidades e cenários ainda não considerados, numa investigação de cariz empírico.

Como critérios de inclusão para os participantes, contemplaram indivíduos com idades compreendidas entre 18 e 66 anos e 7 meses (idade de reforma atual de Portugal) (DECO PROteste, 2025), estando empregados em qualquer setor profissional, possuindo a capacidade de ler e compreender português, de forma a responder adequadamente aos instrumentos de avaliação propostos.

Relativamente aos critérios de exclusão, não foram consideradas as respostas de indivíduos que estejam de licença médica ou afastados do trabalho no momento da coleta de dados, assim como de participantes com diagnóstico atual de condições mentais graves, que possam comprometer a sua capacidade de resposta aos questionários. Foram igualmente excluídos sujeitos que não compreendiam adequadamente a língua portuguesa, impedindo a participação efetiva nas avaliações e de indivíduos que estejam desempregados de momento.

2.2. Participantes

Na tabela abaixo (tabela 1) estão dispostos os dados relativos à representação dos participantes deste estudo.

A amostra foi composta por 316 participantes, sendo estes trabalhadores adultos de diferentes áreas profissionais, níveis de escolaridade e cargos dentro das respetivas organizações.

A média de idades dos participantes foi de 45,31 anos com um desvio padrão de 11,36, variando entre os 20 e os 66 anos. Relativamente ao sexo, a amostra apresentou uma distribuição equilibrada, sendo 157 participantes do sexo feminino (49,7%) e 159 do sexo masculino (50,3%).

No que respeita à nacionalidade, a maioria dos participantes era de nacionalidade portuguesa (98,7%), sendo os restantes de nacionalidade brasileira (0,9%) e angolana (0,3%).

Quanto às habilitações literárias, 48,7% concluíram o Ensino Secundário, 40,5% possuem Ensino Superior (licenciatura, mestrado ou doutoramento), 8,9% concluíram o 3º ciclo do ensino básico e 1,8% possuem o 1º ou 2º ciclo (0,9% em cada categoria).

Tabela 1

Caracterização da amostra em estudo

Dados sociodemográficos	N	%	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sexo	316					
Feminino	157	49,7				
Masculino	159	50,3				
Idade	316		20	66	45,31	11,36
Nacionalidade	316					
Portuguesa	312	98,7				
Brasileira	3	0,9				
Angolana	1	0,3				
Habilitações Literárias	316					
1º Ciclo (1º ano até 4º ano)	3	0,9				
2º Ciclo (5º ano até 6º ano)	3	0,9				
3º Ciclo (7º ano até 9º ano)	28	8,9				
Ensino Secundário (10º ano até 12º ano)	154	48,7				
Ensino Superior (Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)	128	40,5				
Nº de empregos que já teve	316					
1 Emprego	36	11,4				
2 Empregos	71	22,5				
3 Empregos	77	24,4				
4 Empregos	60	19,0				
5 ou mais Empregos	72	22,8				
Patologias a nível psicológico diagnosticadas	316					
Sim	42	13,3				
Não	274	86,7				
Tempo de trabalho no local laboral	316					
Menos de 1 ano	30	9,5				
1 a 3 anos	40	12,7				
3 a 6 anos	26	8,2				
6 a 9 anos	27	8,5				
10 anos ou mais	193	61,1				
Alguma vez sentiu-se discriminado no local de trabalho	316					
Sim	129	40,8				

Não	187	59,2
Discriminado devido a problemas de saúde mental	316	
Nunca	270	85,4
Raramente	21	6,6
Às vezes	17	5,4
Frequentemente	7	2,2
Sempre	1	0,3
Comentários negativos ou preconceituosos sobre saúde mental	316	
Nunca	114	36,1
Raramente	71	22,5
Às vezes	102	32,3
Frequentemente	27	8,5
Sempre	2	0,6
Colegas compreensivos em relação à saúde mental	316	
Nunca	6	1,9
Raramente	29	9,2
Às vezes	123	38,9
Frequentemente	108	34,2
Sempre	50	15,8
Pode falar abertamente sobre saúde mental com superiores	316	
Nunca	41	13,0
Raramente	52	16,5
Às vezes	74	23,4
Frequentemente	59	18,7
Sempre	90	28,5
Tratado de forma injusta após revelar um problema de saúde mental	316	
Nunca	175	55,4
Raramente	68	21,5
Às vezes	56	17,7
Frequentemente	16	5,1
Sempre	1	0,3
Impacto da discriminação no bem-estar psicológico	316	
Nenhum impacto	55	17,4
Impacto leve	48	15,2
Impacto moderado	71	22,5
Impacto significativo	107	33,9
Impacto severo	35	11,1
Já ponderou sair do seu emprego devido a discriminação	316	
Sim	54	17,1
Não	262	82,9
Sente que a discriminação no trabalho contribuiu para o agravamento de sintomas da saúde mental	316	

Sim	256	81,0
Não	60	19,0
O local de trabalho oferece suporte para lidar com problemas da saúde mental	316	
Sim	150	47,5
Não	166	52,5
O local de trabalho promove a inclusão de pessoas com problemas de saúde mental	316	
Sim	148	46,8
Não	168	53,2
Eficácia de políticas que previnam a discriminação da saúde mental	316	
Muito eficazes	13	4,1
Eficazes	90	28,5
Pouco eficazes	103	32,6
Ineficazes	25	7,9
Não existem políticas específicas para tal	85	26,9
Já foi tratado de forma menos favorável por discriminação ou por ter alguma patologia de saúde mental	316	
Nunca	232	73,4
Raramente	33	10,4
Às vezes	39	12,3
Frequentemente	10	3,2
Sempre	2	0,6
Já foi negada alguma promoção devido à pertença de um grupo em específico	316	
Sim	41	13,0
Não	275	87,0
Colega ou superior já fez comentários ofensivos a si	316	
Sim	73	23,1
Não	243	76,9
No local de trabalho existem políticas que prejudicam certos grupos	316	
Sim	121	38,9
Não	195	61,7
Algumas políticas desfavorecem alguns grupos mais que outros	316	
Sim	169	53,5
Não	147	46,5
Existe no local de trabalho práticas de contratação que favorecem certos grupos	316	
Sim	95	30,1
Não	221	69,9
Existe barreiras que dificultem o desempenho e crescimento profissional	316	

Sim	110	34,8
Não	206	65,2
O local de trabalho promove a diversidade e inclusão	316	
Sim	145	45,9
Não	43	13,6
Não sei	128	40,5

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão; Min-Max = Mínimo-Máximo

No que concerne ao número de empregos, 24,4% dos participantes indicaram ter tido 3 empregos ao longo da vida, 22,8% referiram ter tido 5 ou mais empregos, 22,5% mencionaram ter tido 2 empregos, 19,0% referiram 4 empregos e 11,4% indicaram ter tido apenas 1 emprego. Quanto ao tempo de trabalho no atual local laboral, 61,1% trabalham há 10 ou mais anos, 12,7% entre 1 a 3 anos, 9,5% há menos de 1 ano, 8,5% entre 6 a 9 anos e 8,2% entre 3 a 6 anos.

Relativamente à saúde psicológica, 13,3% dos participantes reportaram ter um diagnóstico de psicopatologia, sendo que, entre as condições referidas, destacam-se perturbações de ansiedade e depressão, frequentemente em comorbilidade, bem como casos de *burnout*, perturbação de pânico, perturbações do espectro do défice de atenção (PHDA), perturbação depressiva major, perturbação de personalidade *borderline*, perturbações de stress pós-traumático e ansiedade social. Foram também mencionados casos de depressão pós-parto, descontrolo emocional, fobia social e sintomas de esgotamento profissional.

Em relação à perceção de discriminação no local de trabalho, 40,8% dos participantes afirmaram já se terem sentido discriminados, enquanto 59,2% indicaram nunca ter experienciado discriminação. No que se refere a situações de discriminação devido a problemas de saúde mental, a maioria indicou nunca ter experienciado tal situação (85,4%), embora 6,6% tenham referido sentir isso raramente, 5,4% às vezes, 2,2% frequentemente e 0,3% sempre. Em concordância com a variável anterior, 45,9% dos participantes indicaram que o local de trabalho

promove a diversidade e a inclusão, enquanto 13,6% referiram que não e 40,5% afirmaram não saber se existe promoção ativa da diversidade no seu local de trabalho.

Relativamente ao impacto da discriminação no bem-estar psicológico, 33,9% dos participantes reportaram um impacto significativo, 22,5% moderado, 17,4% nenhum impacto, 15,2% impacto leve e 11,1% impacto severo. Sobre a percepção de que a discriminação no trabalho contribui para o agravamento de sintomas de saúde mental, 81,0% indicaram que sim, enquanto 19,0% referiram que não. No decorrer da questão anterior, a alínea que se refere à existência de comentários negativos ou preconceituosos sobre saúde mental no local de trabalho obteve 36,1% de respostas de participantes que indicaram nunca ter presenciado este tipo de comentários, 22,5% raramente, 32,3% às vezes, 8,5% frequentemente e 0,6% sempre. Sobre a existência de barreiras que dificultem o desempenho e o crescimento profissional, 34,8% dos participantes afirmaram existir tais barreiras, ao passo que 65,2% referiram não experienciar essas dificuldades no seu contexto laboral.

No que diz respeito ao suporte organizacional, 52,5% indicaram que o local de trabalho não oferece suporte para lidar com problemas de saúde mental, enquanto 47,5% referiram que existe suporte. Além disso, 53,2% indicaram que o local de trabalho não promove a inclusão de pessoas com problemas de saúde mental, enquanto 46,8% afirmaram que existe promoção da inclusão. Neste sentido, na questão que expressa a possibilidade de falar abertamente sobre saúde mental com os superiores hierárquicos, 28,5% dos participantes referiram sentir-se sempre à vontade para o fazer, 18,7% frequentemente, 23,4% às vezes, 16,5% raramente e 13,0% indicaram nunca se sentirem confortáveis em abordar estas questões com os superiores. Quanto à percepção de compreensão por parte dos colegas relativamente a questões de saúde mental, 15,8% dos participantes referiram que os colegas são sempre compreensivos, 34,2% frequentemente,

38,9% às vezes, 9,2% raramente e 1,9% indicaram nunca sentir compreensão por parte dos colegas relativamente a estas temáticas.

Quanto à eficácia das políticas de prevenção da discriminação, 32,6% consideraram-nas pouco eficazes, 28,5% eficazes, 26,9% indicaram inexistência de políticas específicas, 7,9% consideraram-nas ineficazes e apenas 4,1% as consideraram muito eficazes. No que concerne às práticas de contratação, 30,1% indicaram que existem medidas que favorecem certos grupos em detrimento de outros, enquanto 69,9% referiram não identificar esta situação no seu local de trabalho. Neste seguimento, na pergunta que se refere a ter sido tratado de forma injusta após revelar um problema de saúde mental, 44,6% dos participantes indicaram ter experienciado tal situação em algum grau (21,5% raramente, 17,7% às vezes, 5,1% frequentemente e 0,3% sempre), sendo que 55,4% referiram nunca ter vivenciado esta situação.

Relativamente a experiências de tratamento desigual ou comentários discriminatórios, 23,1% indicaram já ter recebido comentários ofensivos de colegas ou superiores e 13,0% referiram já ter sido negada uma promoção ou oportunidade devido à pertença a um grupo específico. No que se relaciona com a experiência de tratamento menos favorável por motivos de discriminação ou por ter alguma patologia de saúde mental, 26,6% reportaram já ter experienciado essa situação em algum momento (10,4% raramente, 12,3% às vezes, 3,2% frequentemente e 0,6% sempre), enquanto 73,4% referiram nunca ter sido alvo deste tipo de tratamento. Quanto à ponderação em abandonar o emprego devido a situações de discriminação, 17,1% dos participantes referiram já ter considerado esta possibilidade, enquanto 82,9% afirmaram que nunca ponderaram sair do seu local de trabalho por este motivo.

Por fim, 38,9% dos participantes consideraram que existem políticas no local de trabalho que, de forma indireta, prejudicam certos grupos e 53,5% acreditam que algumas políticas acabam por desfavorecer determinados grupos mais do que outros.

2.3. Deontologia

Os princípios éticos foram assegurados mediante a explicação detalhada de todos os procedimentos aos participantes e a obtenção do consentimento informado de cada um (Apêndice I), onde estavam demarcados os objetivos do estudo e a estrutura do questionário. Garantiu-se ainda o anonimato e o sigilo dos dados obtidos, informando igualmente que os mesmos serão unicamente aplicados no estudo em questão, sendo posteriormente eliminados. Adicionalmente, qualquer nome ou terminologia que possa, de alguma forma, levar à identificação do participante, foi devidamente codificado, seguindo os procedimentos de proteção estabelecidos na Declaração de Helsínquia, assegurando os princípios de ética e confidencialidade.

Além do referido anteriormente, o este projeto foi submetido à apreciação de um comité de ética, que revisou todos os procedimentos propostos para garantir a conformidade com as normas éticas em vigor.

2.4. Instrumentos de avaliação

A recolha de dados foi realizada através de um questionário sociodemográfico e de dois instrumentos psicométricos que permitiram avaliar os construtos centrais em estudo. A “*Depression, Anxiety and Stress Scale – versão reduzida de 21 itens (DASS-21-A)*” (Apóstolo, Mendes & Azeredo, 2006) foi utilizada para avaliar os níveis de depressão, ansiedade e stress com base na experiência dos participantes na última semana. Por sua vez, o “*Brief Symptom Inventory (BSI)*” (Canavarro, 1999) permitiu analisar a sintomatologia psicológica geral,

avaliando diversas dimensões psicopatológicas. Estes instrumentos foram selecionados pela sua robustez psicométrica, adaptabilidade ao contexto português e pertinência face aos objetivos do presente estudo.

2.4.1. Questionário sociodemográfico. Com o intuito de recolher as características sociodemográficas dos participantes, elaborou-se um Questionário Sociodemográfico que avalia variáveis como sexo, idade, nacionalidade, nível de escolaridade, número de empregos anteriores, tempo de colaboração no atual emprego e presença de patologias psicológicas. Dado não ser possível utilizar um inventário validado para a população portuguesa que avaliasse a discriminação de colaboradores com possíveis patologias de foro psicológico no local de trabalho, optou-se por integrar no questionário sociodemográfico questões direcionadas às experiências de discriminação (perguntas 10, 11 e 12), às perceções das atitudes dos colegas e supervisores (questões 13, 14 e 15), aos impactos no bem-estar psicológico (nomeadamente nas alíneas 16, 17 e 18) e às políticas e suporte organizacional do local de trabalho (itens 19, 20 e 21 do questionário). Foram igualmente adicionadas questões relativas às práticas de discriminação direta (nomeadamente as 22, 23 e 24), ao comportamento discriminatório indireto (as alíneas 25 e 26) e às atitudes discriminatórias institucionais (presente nas alíneas 27, 28 e 29) (Apêndice II).

2.4.2. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). O *Brief Symptom Inventory* (BSI), (Anexo I), foi desenvolvido por L. Derogatis em 1982 e adaptado para a população portuguesa por Canavarro em 1999, sendo posteriormente atualizado por Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida. Este instrumento avalia nove dimensões, descritas pelo autor original, sendo estas a somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), as obsessões-compulsões (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36), a sensibilidade interpessoal (itens 29, 21, 22 e 42), a depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), a ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49), a hostilidade (itens 6, 13, 40, 41 e 46), a

ansiedade fóbica (itens 8, 28, 31, 43 e 47), a ideação paranoide (itens 4, 10, 24, 48 e 51) e o psicoticismo (itens 3, 14, 34, 44 e 53). As alíneas remanescentes do BSI (nomeadamente os itens 11, 25, 39 e 52) não pertencem singularmente a nenhuma das categorias.

O inventário compreende 53 itens, com respostas fornecidas numa escala *Likert* variando de zero (Nunca) a quatro (Muitíssimas vezes). Para este estudo, recorreu-se ao Índice Geral de Sintomas (IGS), o qual combina a intensidade do mal-estar percebido e o número de sintomas relatados. Este índice é calculado somando-se todas as respostas aos itens e dividindo pelo número total de itens respondidos (53, caso não haja respostas em branco) (Canavarro, 1999).

2.4.3. Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21-A). A *Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS)* foi desenvolvida por Lovibond em 1995, sendo posteriormente adaptada para a população portuguesa, por Apóstolo, Mendes e Azeredo, em 2006. Consiste num instrumento de autorrelato que visa avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e stress com base numa teoria tripartida. A versão original da escala possui 42 itens, cada um descrevendo sintomas emocionais negativos, aos quais os participantes devem responder com base em suas experiências na última semana (Apóstolo, Mendes & Azeredo, 2006).

Neste projeto, utilizou-se a versão abreviada de 21 itens (DASS-21-A) (Anexo II), adaptada para a população portuguesa pelos autores acima mencionados, estando os itens distribuídos em três dimensões, cada uma mensurando singularmente os estados emocionais de depressão (itens 13, 10, 21, 17, 3, 16 e 5), ansiedade (alíneas 2, 4, 19, 7, 9, 15 e 20) e stress (itens 1, 12, 8, 18, 6, 11 e 14), com respostas fornecidas numa escala *Likert* variando de zero (Não se aplicou a mim) a três (Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo).

Para a avaliação das respostas, foi calculada a soma dos valores atribuídos pelos participantes aos itens correspondentes a cada dimensão, obtendo-se um *score* total de depressão, ansiedade e stress. A interpretação dos resultados segue os pontos de corte definidos, permitindo identificar se os níveis de depressão, ansiedade e stress se encontram dentro dos intervalos considerados normais, leves, moderados, severos ou extremamente severos.

A consistência interna da versão original da escala é considerável, com valores de alfa de Cronbach de 0,81 para depressão, 0,83 para ansiedade e 0,81 para stress (Lovibond, 1995). De forma semelhante, a versão portuguesa também apresenta alta consistência interna, com valores de alfa variando entre 0,86 e 0,90 (Apóstolo, Mendes & Azeredo, 2006).

3. Procedimentos

3.1. Procedimento de Recolha de Dados

Após aprovação pela Comissão de Ética da Universidade Lusíada de Lisboa, a recolha de dados foi realizada por meio de um questionário online (partilhado através das redes sociais), recorrendo à plataforma *Google Forms*, onde foram disponibilizados o questionário sociodemográfico e dois questionários a serem preenchidos pelos participantes. O formulário permaneceu acessível durante cerca de dois meses, permitindo um intervalo temporal alargado com o objetivo de maximizar o número de participantes envolvidos no estudo.

O questionário incluía, numa primeira secção, o Consentimento Informado (Apêndice I), no qual se apresentava uma explicação clara dos objetivos do estudo, os princípios éticos assegurados (nomeadamente o anonimato, a confidencialidade dos dados recolhidos e a possibilidade de desistência em qualquer momento), bem como a natureza voluntária da

participação. Apenas após a aceitação explícita deste consentimento os participantes podiam prosseguir para o preenchimento dos instrumentos de avaliação.

O protocolo de recolha de dados foi composto pelo Questionário Sociodemográfico (Apêndice II), pelo Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI (Anexo I) e pela Escala de Depressão, Ansiedade e Stress - DASS-21-A (Anexo II). A inclusão desta última escala justifica-se pela relevância das dimensões de ansiedade, depressão e stress ao longo da investigação, tornando pertinente a sua avaliação específica e diferenciada no presente estudo.

A recolha dos dados teve início no dia 16 de dezembro, vindo a findar a 28 de fevereiro.

3.2. Procedimentos de Análise dos Dados

Posteriormente ao levantamento dos dados, estes foram devidamente codificados e inseridos numa folha de *Excel*, facilitando assim o cálculo dos *scores*, sendo sujeitos a mensuração estatística através do programa IBM SPSS *Statistics*, versão 27.

Primeiramente, conduziram-se as análises descritivas para caracterizar a amostra, através do cálculo de médias, desvios-padrão, frequências e percentagens para as variáveis sociodemográficas (idade, género, nível de escolaridade, tempo de emprego, entre outras). Estas análises permitiram obter uma compreensão básica do perfil dos participantes e das suas perspetivas.

Para explorar as formas de discriminação percebida no contexto laboral, realizaram-se análises de frequência e tabelas de contingência. As primeiras possibilitaram a identificação da prevalência dos diferentes tipos de discriminação (direta, indireta e institucional), enquanto que as tabelas de contingência permitiram analisar associações entre estas variáveis e características demográficas, como o género e o nível de escolaridade.

Seguidamente, procedeu-se à verificação dos pressupostos de normalidade, através do teste de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov, aplicado aos *scores* das escalas DASS-21-A e BSI. Embora os testes tenham indicado desvios à normalidade, não seguindo uma distribuição normal, a opção por testes paramétricos manteve-se válida, considerando a dimensão da amostra ($n > 30$), o que assegura a robustez desses testes (Pallant, 2020).

Com base nisso, foram realizados testes t para amostras independentes, com o objetivo de comparar os níveis de saúde mental (avaliados através do BSI e das subescalas de ansiedade, stress e depressão do DASS-21-A) entre diferentes grupos, definidos por variáveis sociodemográficas e contextuais, tais como o género, a existência de diagnóstico psicológico, a experiência de discriminação, a perceção de barreiras profissionais e a ponderação de abandono do emprego por motivos discriminatórios.

Foram também realizadas análises de variância (ANOVA) e testes não paramétricos (nomeadamente o teste de Kruskal-Wallis), para analisar diferenças nos níveis de sintomatologia psicológica em função da perceção de abertura para falar com superiores sobre saúde mental, da frequência de exposição a comentários negativos e da perceção da eficácia das políticas organizacionais de combate à discriminação.

Adicionalmente, recorreu-se à correlação de Pearson para avaliar a associação entre os scores do Índice Geral de Sintomas (BSI) e os valores das subescalas da DASS-21-A, nomeadamente ansiedade, stress e depressão. Esta análise permitiu verificar a consistência interna entre os instrumentos utilizados e identificar padrões de associação entre diferentes dimensões do mal-estar psicológico.

Por fim, foram conduzidas análises de regressão linear múltipla, com o intuito de identificar preditores significativos da sintomatologia psicológica global (BSI), da ansiedade e da depressão. Foram consideradas como variáveis independentes a auto percepção de ansiedade, a experiência de discriminação no local de trabalho e a ponderação de abandono do emprego devido a essa experiência. A subescala de stress do DASS-21-A foi excluída destas análises, uma vez que, segundo os dados descritivos, não surgiu como clinicamente relevante entre os participantes com diagnóstico psicológico.

4. Resultados

Este segmento tem como objetivo principal apresentar os dados recolhidos e o respetivo tratamento estatístico realizado no decurso do estudo. Os resultados encontram-se organizados da seguinte forma: (1) apresentação descritiva das variáveis em análise, incluindo níveis de sintomatologia psicológica geral, ansiedade, stress e depressão; (2) estudos de associação entre as diferentes dimensões da saúde mental avaliadas; (3) comparação entre grupos definidos por variáveis sociodemográficas e percepções laborais, tais como o sexo, habilitações literárias, diagnóstico psicológico prévio, presença de barreiras no crescimento profissional, possibilidade de falar com superiores sobre saúde mental, ponderação de abandono do emprego devido a discriminação, frequência de exposição a comentários negativos sobre saúde mental e eficácia percebida das políticas institucionais, albergando ainda análises de associação entre variáveis categóricas, nomeadamente entre o género e a percepção de discriminação, a presença de diagnóstico e os níveis de sintomatologia atual, entre outras; e (5) análises de regressão linear múltipla, com o intuito de identificar os preditores mais relevantes da sintomatologia psicológica global, da ansiedade e da depressão.

4.1. Resultados descritivos

4.1.1. Resultados descritivos do questionário BSI. Na tabela 2 estão apresentados os resultados descritivos obtidos através do Inventário de Sintomas Psicopatológicos.

Tabela 2

Medidas descritivas para o questionário BSI

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min-Max</i>
<i>Score total BSI</i>	316	0,6417	0,61962	00-3,17

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; Min-Max = Mínimo-Máximo; BSI = *Brief Symptom Inventory*

Como se pode observar na Tabela 2, o valor médio obtido no Índice Geral de Sintomas (IGS) do BSI foi de $M = 0,6417$ ($DP = 0,61962$; 0–3,17). Este resultado sugere que, de forma geral, a amostra apresenta um nível baixo a moderado de sintomas psicológicos, estando próxima do limiar inferior da escala. Embora estejam presentes manifestações de sintomatologia psicopatológica, os níveis reportados não atingem, em média, uma gravidade clínica elevada.

4.1.2. Resultados descritivos do questionário DASS-21-A. Apresentam-se na tabela 3 os resultados descritivos para as três subescalas do “*Depression, Anxiety and Stress Scale*”.

Tabela 3

Medidas descritivas para o questionário DASS-21-A

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min-Max</i>
<i>Score total Ansiedade</i>	316	2,60	3,992	0-20
<i>Score total Stress</i>	316	4,34	4,899	0-21
<i>Score total Depressão</i>	316	2,82	4,322	0-21

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; Min-Max = Mínimo-Máximo; DASS-21-A = *Depression, Anxiety and Stress Scale*

Como apresentado na Tabela 3, os resultados obtidos no questionário DASS-21-A revelam uma média de 2,60 ($DP = 3,992$; 0–20) para a subescala de Ansiedade, uma média de

4,34 ($DP = 4,899$; 0–21) para a subescala de Stress, e uma média de 2,82 ($DP = 4,322$; 0–21) para a subescala de Depressão.

Estes valores situam-se próximos do limiar inferior da escala, sugerindo que, de forma geral, a amostra apresenta níveis reduzidos a moderados de sintomatologia emocional negativa, com maior expressão ao nível do stress. Apesar de não atingirem valores elevados, os resultados indicam a presença destas dimensões em parte dos participantes.

4.2. Estudos de associação

Com o intuito de compreender possíveis associações entre as variáveis em estudo, deu-se seguimento à correlação de Pearson entre os *scores* totais do BSI (mensurados através do Índice Geral de Sintomas) e os valores das subescalas da DASS-21-A.

4.2.1. Relação entre o Índice Geral de Sintomas (BSI) e as Subescalas da DASS-21-A. A Tabela 4 apresenta as correlações entre a presença de sintomas psicopatológicos (BSI) e as subescalas da ansiedade, stress e depressão da DASS-21-A.

Tabela 4

Associações entre as variáveis do BSI e da DASS-21-A

	<i>Score total BSI</i>
DASS-21-A Ansiedade	.783**
DASS-21-A Stress	.805**
DASS-21-A Depressão	.806**

Nota. DASS-21-A = *Depression, Anxiety and Stress Scale*; BSI = *Brief Symptom Inventory*; * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Os resultados demonstrados na Tabela 4 revelaram correlações positivas, fortes e estatisticamente significativas entre todas as variáveis. Verificou-se uma correlação de $r = .783$

($p \leq .001$) entre o BSI e a subescala de Ansiedade, de $r = .805$ ($p \leq .001$) com a subescala de Stress, e de $r = .806$ ($p \leq .001$) com a subescala de Depressão.

Estes resultados sugerem que níveis mais elevados de sintomas psicopatológicos globais estão fortemente associados a níveis mais altos de stress, ansiedade e depressão nos participantes da amostra.

4.3. Comparação entre grupos

Com o objetivo de averiguar a existência de diferenças significativas nas variáveis em estudo (sintomatologia psicopatológica, bem-estar psicológico), realizaram-se comparações entre grupos definidos por diversas características sociodemográficas e percepções relacionadas com o contexto laboral. Estas comparações incluíram fatores como o sexo, a existência de diagnóstico psicológico, a presença de barreiras no crescimento profissional, a possibilidade de falar abertamente com superiores sobre saúde mental, a ponderação de abandono do emprego devido a discriminação, a frequência de exposição a comentários negativos ou preconceituosos e a percepção de eficácia das políticas organizacionais de combate à discriminação. As análises visaram compreender de que forma estas variáveis se associam a diferentes níveis de sofrimento psicológico reportado pela amostra em estudo.

4.3.1. Sexo. Com o objetivo de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sintomas psicopatológicos e de bem-estar psicológico, entre participantes do género feminino e masculino, foi realizado um Teste Levene, em que os resultados indicaram que as variâncias não são homogêneas entre os grupos, pelo que foram consideradas as linhas de resultados com variâncias não assumidas. O teste t revelou diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em todas as variáveis analisadas ($p < .001$),

indicando que o género constitui uma variável relevante na diferenciação dos níveis de sintomatologia psicológica reportados pelos participantes, tal como se pode observar na tabela 5.

Tabela 5

Diferenças entre participantes do sexo feminino e masculino nos níveis de sintomas psicopatológicos e dimensões de saúde mental

	Sexo	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
BSI	Feminino	0,8594	0,6886	6,595	268,723	<.001
	Masculino	0,4268	0,4514			
DASS-21-A	Feminino	3,82	4,707	5,641	244,431	<.001
	Masculino	1,40	2,636			
DASS-21-A	Feminino	6,06	5,532	6,599	260,017	<.001
	Masculino	2,64	3,432			
DASS-21-A	Feminino	3,94	4,927	4,746	271,303	<.001
	Masculino	1,70	3,283			

Nota. DASS-21-A = *Depression, Anxiety and Stress Scale*; BSI = *Brief Symptom Inventory*;

A análise permitiu observar que, em todas as variáveis avaliadas (tanto no BSI, quanto nas subescalas da DASS-21-A), as médias obtidas foram significativamente superiores no grupo feminino. Como se pode observar na Tabela 5, as mulheres apresentaram médias mais elevadas tanto no índice geral de sintomas psicopatológicos ($M = 0,8594$; $DP = 0,6836$), como nas subescalas de ansiedade ($M = 3,32$; $DP = 4,707$), stress ($M = 6,06$; $DP = 5,532$) e depressão ($M = 3,94$; $DP = 4,927$). Já os homens registaram médias inferiores nas respetivas variáveis: BSI ($M = 0,4268$; $DP = 0,4514$), ansiedade ($M = 1,40$; $DP = 2,636$), stress ($M = 2,64$; $DP = 3,432$) e depressão ($M = 1,70$; $DP = 3,283$). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os sexos relativamente ao *score* total de sintomas psicopatológicos [$t(268,723) = 6,595$, $p < .001$], bem como nas subescalas de ansiedade [$t(244,431) = 5,641$, $p < .001$], stress [$t(260,017) = 6,599$, $p < .001$] e depressão [$t(271,303) = 4,746$, $p < .001$], com as participantes do sexo feminino a apresentarem médias superiores em todas as dimensões avaliadas.

4.3.2. Associação entre sexo e percepção de discriminação laboral. Com o objetivo de analisar se a presença de discriminação no local de trabalho varia consoante o género, foi realizada uma análise de associação entre estas duas variáveis categóricas, através do teste do Qui-quadrado de Pearson, descrito na tabela 6.

Tabela 6

Associação entre o género dos participantes e a percepção de discriminação no local de trabalho (teste do Qui-quadrado de Pearson)

	χ^2	gl	p
Qui-quadrado de Pearson	10.136 ^a	1	.002

Nota. a= 0 células (0.0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 64.09.

Os resultados (apresentados na tabela 6) revelaram uma associação significativa entre as variáveis analisadas, $\chi^2(1) = 10.136$, $p = .002$, indicando que a experiência de discriminação no contexto laboral varia em função do género.

Observando a distribuição dos dados, constata-se que uma maior proporção de participantes do sexo feminino reportou já ter experienciado discriminação (60,5%) comparativamente aos participantes do sexo masculino (39,5%). Estes resultados sugerem que as mulheres enfrentam uma maior exposição à discriminação no ambiente de trabalho, o que poderá ter implicações relevantes ao nível da saúde mental e do bem-estar ocupacional.

4.3.3. Associação entre o nível de escolaridade e a percepção de discriminação no contexto laboral. De forma a compreender se existe uma associação estatisticamente significativa entre o nível de habilitações literárias e a percepção de discriminação no local de trabalho, foi conduzida uma análise com recurso ao teste do Qui-quadrado de Pearson. Esta análise permite averiguar se os diferentes níveis de escolaridade estão relacionados com

diferentes padrões de resposta relativamente à experiência de discriminação no contexto laboral (tabela 7).

Tabela 7

Relação entre o nível de habilitações literárias e a percepção de discriminação no local de trabalho

	χ^2	gl	p
Qui-quadrado de Pearson	2.702 ^a	4	.609

Nota. a= 4 células (40.0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1.22.

A análise do teste do qui-quadrado de Pearson demonstrou que não existe uma associação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade dos participantes e a percepção de discriminação no local de trabalho, $\chi^2(4) = 2.702$, $p = .609$.

Apesar de se observar uma maior proporção de participantes que reportaram ter experienciado discriminação entre aqueles que selecionaram como habilitação literária o ensino secundário (54,3%) e o ensino superior (36,4%), as diferenças identificadas entre os diversos níveis de habilitações literárias não atingiram significância estatística.

Posto isto é possível afirmar que os resultados não sustentam a hipótese de que o nível de escolaridade constitui um fator diferenciador na percepção de discriminação laboral, na presente amostra.

4.3.4. Associação entre diagnóstico psicológico prévio e sintomatologia atual. Com o intuito de verificar se a presença de um diagnóstico psicológico previamente estabelecido se associa a níveis mais elevados de sintomatologia psicológica atual, procedeu-se à comparação dos resultados obtidos nas escalas BSI e DASS-21-A entre participantes com e sem diagnóstico

clínico. O teste de Levene revelou ausência de homogeneidade das variâncias em todas as variáveis analisadas ($p < .05$), exceto no stress ($p = .023$), pelo que foram considerados os valores correspondentes à linha de variâncias não assumidas sempre que aplicável (sendo possível visualizar os respetivos dados na tabela 8).

Tabela 8

Diferenças nos níveis de sintomatologia psicológica (BSI e DASS-21-A) entre participantes com e sem diagnóstico psicológico prévio

	Patologias a nível psicológico diagnosticadas	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>P</i>
BSI	Sim	1.4205	.74480	7.556	46.877	<.001
	Não	.5224	.50209			
DASS-21-A Ansiedade	Sim	6.60	5.099	5.663	46.793	<.001
	Não	1.99	3.413			
DASS-21-A Stress	Sim	9.38	5.296	7.812	314	<.001
	Não	3.57	4.356			
DASS-21-A Depressão	Sim	7.02	6.026	5.081	45.589	<.001
	Não	2.17	3.600			

Nota. DASS-21-A = *Depression, Anxiety and Stress Scale*; BSI = *Brief Symptom Inventory*;

A análise estatística revelou diferenças significativas nos níveis de sintomatologia psicológica entre os participantes com diagnóstico psicológico prévio e aqueles que não apresentavam qualquer diagnóstico. As comparações efetuadas evidenciaram diferenças estatisticamente significativas nas médias do BSI [$t(46.877) = 7.556, p < .001$] e das subescalas da DASS-21-A: ansiedade [$t(46.793) = 5.663, p < .001$], stress [$t(314) = 7.812, p < .001$] e depressão [$t(45.589) = 5.081, p < .001$].

De acordo com os resultados, os participantes com patologia psicológica diagnosticada apresentaram níveis substancialmente superiores de sintomatologia: BSI ($M = 1.4205$; $DP = 0.74480$), ansiedade ($M = 6.60$; $DP = 5.099$), stress ($M = 9.38$; $DP = 5.296$) e depressão ($M =$

7.02; $DP = 6.026$), em comparação com os que não possuíam diagnóstico: BSI ($M = 0.5224$; $DP = 0.50209$), ansiedade ($M = 1.99$; $DP = 3.413$), stress ($M = 3.57$; $DP = 4.356$) e depressão ($M = 2.17$; $DP = 3.600$). Estes resultados reforçam a hipótese de que a presença de uma condição psicopatológica está associada a níveis mais elevados de sofrimento psicológico atual.

4.3.5. Experiência de discriminação no local de trabalho. Com o intuito de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sintomas psicopatológicos e de bem-estar psicológico entre participantes que reportaram já ter sido alvo de discriminação no local de trabalho e aqueles que não experienciaram tal situação, foi realizado um teste t para amostras independentes. Os resultados do teste de Levene demonstraram que não existe homogeneidade de variâncias entre os grupos para todas as variáveis analisadas ($p < .05$), pelo que foram consideradas as linhas de resultados com variâncias não assumidas.

A tabela 9 representa os resultados do t test para avaliar as dissimilaridades entre a presença de sintomas psicopatológicos e bem-estar entre participantes que identificam ter sido alvos de discriminação no local de trabalho, em algum momento da sua vida.

Tabela 9

Diferenças entre a presença de sintomas psicopatológicos e bem-estar entre participantes que identificam ter sido alvos de discriminação no local de trabalho

	Experiência de discriminação no local de trabalho	M	DP	t	gl	p
BSI	Sim	0,8555	0,7003	5,015	218,370	<.001
	Não	0,4943	0,5091			
DASS-21-A	Sim	4,04	4,988	5,036	180,979	<.001
	Ansiedade	1,61	2,728			
DASS-21-A	Sim	5,72	5,739	4,000	210,579	<.001
	Stress	3,39	3,968			

DASS-21-A	Sim	4,12	5,176	4,245	201,121	<.001
Depressão	Não	1,92	3,350			

Nota. DASS-21-A = *Depression, Anxiety and Stress Scale*; BSI = *Brief Symptom Inventory*;

A análise revelou diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis avaliadas: BSI [$t(218.370) = 5.015, p < .001$], ansiedade [$t(180.979) = 5.036, p < .001$], stress [$t(210.579) = 4.000, p < .001$] e depressão [$t(201.121) = 4.245, p < .001$].

Em termos de médias, os participantes que indicaram ter sido discriminados apresentaram níveis mais elevados de sintomatologia psicológica: BSI ($M = 0,8555; DP = 0,7003$), ansiedade ($M = 4,04; DP = 4,988$), stress ($M = 5,72; DP = 5,739$) e depressão ($M = 4,12; DP = 5,176$), em comparação com os que não reportaram discriminação (BSI: $M = 0,4943; DP = 0,5091$; ansiedade: $M = 1,61; DP = 2,728$; stress: $M = 3,39; DP = 3,968$; depressão: $M = 1,92; DP = 3,350$).

Estes resultados indicam que a discriminação percebida no local de trabalho está significativamente associada a níveis superiores de sintomatologia psicológica, reforçando a relevância deste fator como risco para o bem-estar mental dos indivíduos.

4.3.6. Associação entre percepção de discriminação e intenção de abandonar o emprego. De forma a aferir a presença de uma associação entre ter experienciado discriminação no local de trabalho e a ponderação de abandonar o emprego, foi realizada uma análise bivariada entre estas duas variáveis categóricas, recorrendo ao teste do Qui-quadrado de Pearson, como se pode visualizar na tabela 10.

Tabela 10

Associação entre sentir-se discriminado e ponderar abandonar o emprego (teste do Qui-quadrado de Pearson)

	X^2	gl	p
Qui-quadrado de Pearson	43.646 ^a	4	<.001

Nota. a= 4 células (40.0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 41.

A análise efetuada com recurso ao teste de Qui-quadrado de Pearson revelou a existência de uma associação estatisticamente significativa entre sentir-se discriminado no local de trabalho e a percepção de que essa discriminação esteve relacionada com problemas de saúde mental, $\chi^2(4) = 43.646, p < .001$. Este resultado sugere que os participantes que referiram já se ter sentido discriminados tenderam mais frequentemente a associar essa vivência a fatores ligados à saúde mental, em comparação com os que não reportaram tal experiência. Estes dados realçam o impacto que o estigma relacionado com a saúde mental pode ter nas relações laborais e nas percepções de justiça organizacional.

4.3.7. Percepção de abertura com superiores e impacto na saúde mental. Com o objetivo de analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sintomas psicopatológicos e de bem-estar psicológico entre participantes com diferentes níveis de abertura para falar sobre saúde mental com os seus superiores hierárquicos, foi realizada uma análise de variância ANOVA para um fator (*One-Way* ANOVA), tendo como variável independente a frequência com que os participantes referem sentir-se à vontade para abordar temas de saúde mental no contexto profissional (Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente, Sempre).

Embora os testes de normalidade e homogeneidade das variâncias tenham indicado valores de significância inferiores a .05, sugerindo desvios aos pressupostos teóricos, a análise foi considerada adequada, uma vez que a ANOVA é estatisticamente robusta a essas violações em amostras com dimensão superior a 30 participantes, estando os resultados desta comparação descritos na tabela 11.

Tabela 11

Diferenças nos níveis de sintomatologia psicológica de acordo com a possibilidade de falar abertamente sobre saúde mental com os superiores hierárquicos

	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
BSI	4	12.196	<.001
DASS-21-A	4	9,5	<.001
Ansiedade			
DASS-21-A	4	9,463	<.001
Stress			
DASS-21-A	4	8,865	<.001
Depressão			

Nota. DASS-21-A = *Depression, Anxiety and Stress Scale*; BSI = *Brief Symptom Inventory*;

Os resultados da ANOVA, apresentados na Tabela 7, indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sintomatologia global (BSI) [$F(4, 311) = 12,196, p < .001$], ansiedade [$F(4, 311) = 9,500, p < .001$], stress [$F(4, 311) = 9,463, p < .001$] e depressão [$F(4, 311) = 8,865, p < .001$], em função da percepção de abertura para falar sobre saúde mental no local de trabalho.

Estes resultados revelam que, quanto menor a frequência de abertura para abordar temas de saúde mental com superiores, maiores tendem a ser os níveis médios de sintomatologia psicológica reportados pelos participantes.

Na Tabela 12 encontram-se os resultados dos testes *post-hoc* utilizando o Teste Tukey HSD.

Tabela 12

Comparações múltiplas - Teste Tuckey HSD

		Diferença Média	<i>p</i>
BSI	Nunca – Raramente	.12768	.830
	Nunca – Às vezes	.36324*	.012
	Nunca – Frequentemente	.47620*	<.001
	Nunca – Sempre	.65081*	<.001
	Raramente – Às vezes	.23556	.166
	Raramente – Frequentemente	.34852*	.015
	Raramente – Sempre	.52313*	<.001
	Às vezes – Frequentemente	.11296	.798
	Às vezes – Sempre	.28757*	.015
	Frequentemente – Sempre	.17461	.377
DASS-21-A Ansiedade	Nunca – Raramente	1.485	.333
	Nunca – Às vezes	1.846	.093
	Nunca – Frequentemente	2.673*	.005
	Nunca – Sempre	4.038*	<.001
	Raramente – Às vezes	.361	.985
	Raramente – Frequentemente	1.188	.469
	Raramente – Sempre	2.553*	.001
	Às vezes – Frequentemente	.827	.722
	Às vezes – Sempre	2.192*	.003
	Frequentemente – Sempre	1.365	.202
DASS-21-A Stress	Nunca – Raramente	1.070	.806
	Nunca – Às vezes	2.013	.175
	Nunca – Frequentemente	2.980*	.015
	Nunca – Sempre	4.678*	<.001
	Raramente – Às vezes	.943	.796
	Raramente – Frequentemente	1.909	.757
	Raramente – Sempre	3.608*	.003
	Às vezes – Frequentemente	0.967	.757
	Às vezes – Sempre	2.665*	.003
	Frequentemente – Sempre	1.698	.191
DASS-21-A Depressão	Nunca – Raramente	.556	.967
	Nunca – Às vezes	1.713	.208
	Nunca – Frequentemente	2.716*	.011
	Nunca – Sempre	3.814*	<.001
	Raramente – Às vezes	1.157	.530
	Raramente – Frequentemente	2.160*	.049
	Raramente – Sempre	3.257*	<.001
	Às vezes – Frequentemente	1.003	.632
	Às vezes – Sempre	2.100*	.011
	Frequentemente – Sempre	1.098	.505

Nota. DASS-21-A = *Depression, Anxiety and Stress Scale*; BSI = *Brief Symptom Inventory*;

As comparações representadas na tabela 8, indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita à possibilidade de falar abertamente sobre saúde mental com os superiores hierárquicos e os níveis de sintomatologia psicológica.

Relativamente ao índice geral de sintomatologia psicopatológica (BSI), os participantes que afirmaram nunca poder falar abertamente com os superiores apresentaram médias significativamente mais elevadas ($M = 1,02$) do que os que afirmaram poder fazê-lo sempre ($M = 0,37$; $p = .001$) e frequentemente ($M = 0,55$; $p = .001$). Também se verificou uma diferença significativa entre os grupos raramente e frequentemente, com valores médios de 0,89 e 0,55, respetivamente ($p = .015$).

No que diz respeito à sintomatologia de ansiedade, os participantes que referiram nunca poder falar abertamente com os superiores sobre saúde mental apresentaram níveis significativamente mais elevados ($M = 4,93$) do que aqueles que indicaram poder fazê-lo sempre ($M = 0,89$; $p < .001$) e frequentemente ($M = 2,25$; $p = .005$). Esta tendência reforça a associação entre a ausência de comunicação aberta no contexto laboral e o aumento dos sintomas ansiosos.

De forma semelhante, no que concerne ao nível de stress, os indivíduos do grupo “nunca” evidenciaram uma média de $M = 6,88$, significativamente superior à média do grupo “sempre” ($M = 2,20$; $p < .001$) e “frequentemente” ($M = 3,90$; $p = .015$), sugerindo que a perceção de um ambiente pouco seguro para expressar dificuldades emocionais poderá estar associada a maior tensão psicológica.

Por fim, na subescala da depressão, observou-se igualmente que os participantes que relataram nunca sentir essa liberdade de expressão revelaram médias mais elevadas ($M = 4,90$) quando comparados com os que indicaram que podem falar sobre saúde mental sempre ($M =$

1,09; $p < .001$) e frequentemente ($M = 2,19$; $p = .011$). Estes dados reforçam a importância de promover espaços laborais de confiança e abertura no que se refere à saúde mental.

Estes resultados demonstram que, quanto menor a percepção de abertura para falar sobre saúde mental no contexto laboral, maior a média de sintomas psicopatológicos, sugerindo um potencial efeito protetor da comunicação aberta com figuras de autoridade no ambiente de trabalho.

4.3.8. Ponderação de abandono profissional face à discriminação. Com o objetivo de apurar eventuais diferenças estatisticamente significativas ao nível da sintomatologia psicopatológica e do bem-estar psicológico entre os indivíduos que ponderaram abandonar o seu posto de trabalho devido a experiências de discriminação e aqueles que não consideraram essa possibilidade, foi conduzido um teste t para amostras independentes. A análise preliminar da homogeneidade das variâncias, através do teste de Levene, indicou a existência de variâncias desiguais entre os grupos em todas as variáveis estudadas ($p < .05$), pelo que se recorreu às linhas de resultados com variâncias não assumidas.

A Tabela 13 apresenta os dados obtidos nesta análise, permitindo observar as disparidades nos *scores* médios de sintomatologia psicológica entre os dois grupos definidos com base na ponderação de abandono do emprego por motivos discriminatórios.

Tabela 13

Diferenças nos níveis de sintomas psicopatológicos e bem-estar psicológico entre participantes que ponderaram abandonar o emprego devido a discriminação e aqueles que não o ponderaram

Já ponderou sair do seu local laboral	M	DP	t	gl	p
---------------------------------------	-----	------	-----	------	-----

	devido a discriminação					
BSI	Sim	1.0835	.76761	4.856	64.364	<.001
	Não	.5507	.54316			
DASS-21-A	Sim	5.67	5.772	4,566	59,797	<.001
Ansiedade	Não	1.97	3.181			
DASS-21-A	Sim	7.02	6.388	3,548	63.476	<.001
Stress	Não	3.79	4.346			
DASS-21-A	Sim	5.72	6.011	4.133	61.152	<.001
Depressão	Não	2.22	3.620			

Nota. DASS-21-A = *Depression, Anxiety and Stress Scale*; BSI = *Brief Symptom Inventory*;

A análise estatística revelou diferenças significativas em todas as variáveis avaliadas, nomeadamente no BSI [$t(64.364) = 4.856, p < .001$], na ansiedade [$t(59.797) = 4.566, p < .001$], no stress [$t(63.476) = 3.548, p < .001$] e na depressão [$t(61.152) = 4.133, p < .001$].

No que respeita às médias, os participantes que referiram ter ponderado abandonar o emprego por motivos de discriminação apresentaram níveis superiores de sintomatologia psicológica: BSI ($M = 1.0835$; $DP = 0.76761$), ansiedade ($M = 5.67$; $DP = 5.772$), stress ($M = 7.02$; $DP = 6.388$) e depressão ($M = 5.72$; $DP = 6.011$), em comparação com os que não ponderaram essa decisão (BSI: $M = 0.5507$; $DP = 0.54316$; ansiedade: $M = 1.97$; $DP = 3.181$; stress: $M = 3.79$; $DP = 4.346$; depressão: $M = 2.22$; $DP = 3.620$).

Estes resultados apontam para uma associação estatisticamente significativa entre a ponderação de abandono do posto de trabalho por discriminação e a presença de maiores níveis de sofrimento psicológico, destacando o impacto potencial da discriminação laboral na saúde mental dos trabalhadores.

4.3.9. Perceção de barreiras ao crescimento profissional. Com o objetivo de explorar se a perceção de barreiras no contexto profissional está associada a maiores níveis de sofrimento psicológico, foi realizada uma análise comparativa entre os participantes que referiram a

existência de obstáculos no desempenho e progresso na carreira e aqueles que não reportaram tal percepção. O teste de Levene revelou que, para a variável ansiedade, não se verificou homogeneidade das variâncias ($p < .001$), pelo que foram considerados os valores com variâncias não assumidas. No caso das variáveis BSI, stress e depressão, os resultados indicaram homogeneidade das variâncias ($p > .05$), tendo-se utilizado os valores correspondentes à linha de variâncias iguais assumidas.

A Tabela 14 apresenta os resultados desta análise, permitindo observar as diferenças nos valores médios de sintomatologia psicológica entre os participantes que percecionam a existência de barreiras no seu desempenho e crescimento profissional e aqueles que não identificam tais obstáculos.

Tabela 14

Diferenças nos níveis de sintomatologia psicológica em função da percepção de barreiras no desempenho e crescimento profissional

	Existem barreiras que dificultem o desempenho e crescimento profissional	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
BSI	Sim	.8089	.69498	3.569	314	<.001
	Não	.5525	.55689			
DASS-21-A	Sim	3.63	4.787	3.064	168.475	.001
Ansiedade	Não	2.05	3.382			
DASS-21-A	Sim	5.41	5.210	2.862	314	.002
Stress	Não	3.77	4.637			
DASS-21-A	Sim	3.45	4.609	1.926	314	.028
Depressão	Não	2.48	4.133			

Nota. DASS-21-A = *Depression, Anxiety and Stress Scale*; BSI = *Brief Symptom Inventory*;

A análise efetuada evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que percecionam a existência de barreiras ao desempenho e crescimento

profissional e aqueles que não relatam tais obstáculos. De acordo com os resultados, observaram-se diferenças significativas nos níveis de sintomatologia psicopatológica avaliados pelo BSI [$t(314) = 3.569, p < .001$], bem como nas subescalas da DASS-21-A: ansiedade [$t(168.475) = 3.064, p = .001$], stress [$t(314) = 2.862, p = .002$] e depressão [$t(314) = 1.926, p = .028$].

No que concerne às médias, os indivíduos que identificaram a presença de barreiras reportaram níveis superiores de sofrimento psicológico: BSI ($M = 0.8089; DP = 0.69498$), ansiedade ($M = 3.63; DP = 4.787$), stress ($M = 5.41; DP = 5.210$) e depressão ($M = 3.45; DP = 4.609$), em contraste com os que não reconheceram essas barreiras (BSI: $M = 0.5525; DP = 0.55689$; ansiedade: $M = 2.05; DP = 3.382$; stress: $M = 3.77; DP = 4.637$; depressão: $M = 2.48; DP = 4.133$).

Estes resultados sugerem que a percepção de obstáculos ao progresso profissional poderá estar associada a níveis acrescidos de sintomatologia psicológica, reforçando a relevância das condições organizacionais no bem-estar dos trabalhadores.

4.3.10. Frequência de exposição a comentários negativos sobre saúde mental no trabalho. Com o intuito de avaliar a existência de diferenças nos níveis de sintomatologia psicológica em função da frequência com que os participantes referem ouvir comentários negativos ou preconceituosos sobre saúde mental no local de trabalho, foi conduzida uma análise de variância não paramétrica através do teste de Kruskal-Wallis. Esta abordagem revelou-se mais adequada tendo em conta a distribuição assimétrica dos dados e a reduzida dimensão amostral em alguns grupos (nomeadamente no grupo “sempre”).

A Tabela 15 apresenta os resultados obtidos, permitindo observar em que medida a frequência de exposição a tais comentários se associa a variações nos índices de sofrimento psicológico auto reportado.

Tabela 15

Diferenças nos níveis de sintomatologia psicológica consoante a frequência com que os participantes reportam ouvir comentários negativos ou preconceituosos sobre saúde mental no contexto laboral

	<i>H</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
BSI	29.806	4	<.001
DASS-21-A	28.442	4	<.001
Ansiedade			
DASS-21-A	23.815	4	<.001
Stress			
DASS-21-4	23.505	4	<.001
Depressão			

Nota. DASS-21-A = *Depression, Anxiety and Stress Scale*; BSI = *Brief Symptom Inventory*;

De acordo com o teste de Kruskal-Wallis, os dados apresentados na Tabela 11 revelam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos definidos, com base na frequência de comentários negativos ou preconceituosos sobre saúde mental no local de trabalho, nas quatro variáveis analisadas. Em particular, observaram-se diferenças significativas no índice geral de sintomatologia psicopatológica (BSI) ($H = 29.806$, $gl = 4$, $p < .001$), bem como nas subescalas da DASS-21-A: ansiedade ($H = 28.442$, $gl = 4$, $p < .001$), stress ($H = 23.815$, $gl = 4$, $p < .001$) e depressão ($H = 23.505$, $gl = 4$, $p < .001$).

Estes resultados sugerem que a exposição mais frequente a comentários negativos ou preconceituosos sobre saúde mental interligam-se a maiores níveis de sofrimento psicológico, refletido nas diferentes dimensões avaliadas. De modo a aprofundar estas diferenças, foram

realizadas comparações *post-hoc* com correção de Bonferroni, cujos resultados se encontram sistematizados na Tabela 16.

Tabela 16

Comparações post-hoc, com correção de Bonferroni, entre os grupos definidos pela frequência de exposição a comentários negativos ou preconceituosos sobre saúde mental, nas variáveis BSI e DASS-21-A

		Z	p	p ajustado
BSI	Nunca – Raramente	-28.704	0.38	.377
	Nunca – Às vezes	-54.882	<0.001	.000
	Nunca – Frequentemente	-84.801	<.001	.000
	Nunca – Sempre	-67.588	.300	1.000
	Raramente – Às vezes	-26.178	.064	.637
	Raramente – Frequentemente	-56.097	.846	1.000
	Raramente – Sempre	-38.884	.553	1.000
	Às vezes – Frequentemente	-29.919	.130	1.000
	Às vezes – Sempre	-12.706	.846	1.000
	Frequentemente – Sempre	17.213	.797	1.000
DASS-21-A	Nunca – Raramente	-13.474	.304	1.000
Ansiedade	Nunca – Às vezes	-45.251	<.001	.001
	Nunca – Frequentemente	-82.549	<.001	.000
	Nunca – Sempre	-54.281	.380	1.000
	Raramente – Às vezes	-31.777	.018	.177
	Raramente – Frequentemente	-69.075	<.001	.004
	Raramente – Sempre	-40.806	.511	1.000
	Às vezes – Frequentemente	-37.298	.047	.468
	Às vezes – Sempre	-9.029	.884	1.000
	Frequentemente – Sempre	28.269	.656	1.000
DASS-21-A	Nunca – Raramente	-12.795	.347	1.000
Stress	Nunca – Às vezes	-40.866	<.001	.009
	Nunca – Frequentemente	-77.925	<.001	.001
	Nunca – Sempre	-99.101	.123	1.000
	Raramente – Às vezes	-28.071	.044	.438
	Raramente – Frequentemente	-65.130	.001	.014
	Raramente – Sempre	-86.306	.181	1.000
	Às vezes – Frequentemente	-37.059	.057	.573
	Às vezes – Sempre	-58.235	.365	1.000
	Frequentemente – Sempre	-21.176	.748	1.000
	Nunca – Raramente	-25.532	.054	.537

DASS-21-A	Nunca – Às vezes	-48.365	<.001	.001
Depressão	Nunca – Frequentemente	-69.311	<.001	.002
	Nunca – Sempre	-59.145	.343	1.000
	Raramente – Às vezes	-22.833	.091	.915
	Raramente – Frequentemente	-43.779	.027	.270
	Raramente – Sempre	-33.613	.592	1.000
	Às vezes – Frequentemente	-20.946	.269	1.000
	Às vezes – Sempre	-10.779	.863	1.000
	Frequentemente – Sempre	10.167	.874	1.000

Nota. DASS-21-A = *Depression, Anxiety and Stress Scale*; BSI = *Brief Symptom Inventory*; Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni.

De acordo com as comparações *post-hoc*, com ajuste de Bonferroni, apresentadas na tabela mencionada anteriormente, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos definidos pela frequência com que os participantes referiram ouvir comentários negativos ou preconceituosos sobre saúde mental no contexto laboral.

No que respeita ao índice geral de sintomatologia psicopatológica (BSI), verificaram-se diferenças significativas entre os grupos "Nunca" e "Às vezes" (p ajustado = .001), bem como entre "Nunca" e "Frequentemente" (p ajustado = .000), refletindo níveis superiores de sintomatologia nos grupos mais expostos.

Na subescala de ansiedade do DASS-21-A, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos "Nunca" e "Às vezes" (p ajustado = .001), "Nunca" e "Frequentemente" (p ajustado = .000), e "Raramente" e "Frequentemente" (p ajustado = .004), indicando maior ansiedade nos grupos mais frequentemente expostos a comentários negativos.

Na subescala de stress, as comparações revelaram diferenças significativas entre "Nunca" e "Às vezes" (p ajustado = .009), "Nunca" e "Frequentemente" (p ajustado = .001), e "Raramente" e "Frequentemente" (p ajustado = .014).

Por fim, na subescala de depressão, observaram-se diferenças significativas entre os grupos "Nunca" e "Às vezes" (p ajustado = .001), "Nunca" e "Frequentemente" (p ajustado = .002), e "Raramente" e "Frequentemente" (p ajustado = .027).

Estas comparações indicam que a frequência com que os participantes escutam comentários negativos ou preconceituosos sobre saúde mental no local de trabalho está significativamente associada a níveis mais elevados de sintomatologia psicológica, sobretudo quando essa exposição ocorre com maior regularidade.

4.3.11. Percepção da eficácia das políticas organizacionais contra a discriminação.

Com o objetivo de examinar se a percepção da eficácia das políticas institucionais no combate à discriminação relacionada com a saúde mental se associa a diferentes níveis de sintomatologia psicológica, foi realizada uma análise de variância não paramétrica, utilizando o teste de Kruskal-Wallis. Esta metodologia foi considerada a mais adequada face à assimetria observada na distribuição dos dados e à discrepância no tamanho dos grupos, nomeadamente no grupo que considerou as políticas “muito eficazes”.

A Tabela 17 sintetiza os resultados obtidos, permitindo verificar se a avaliação subjetiva da eficácia destas políticas se relaciona com variações nos níveis de sofrimento psicológico, conforme medido pelo BSI e pelas subescalas do DASS-21-A.

Tabela 17

Diferenças nos níveis de sintomatologia psicológica em função da percepção da eficácia das políticas institucionais contra a discriminação na saúde mental

	<i>H</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
BSI	11.142	4	.025

DASS-21-A	12.869	4	.012
Ansiedade			
DASS-21-A	12.481	4	.014
Stress			
DASS-21-4	10.363	4	.035
Depressão			

Nota. DASS-21-A = *Depression, Anxiety and Stress Scale*; BSI = *Brief Symptom Inventory*;

De acordo com o teste de Kruskal-Wallis, os dados apresentados na Tabela 17 evidenciam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de sintomatologia psicológica em função da percepção da eficácia das políticas organizacionais de combate à discriminação associada à saúde mental. Verificaram-se diferenças significativas no índice geral de sintomatologia psicopatológica (BSI) ($H = 11.142$, $gl = 4$, $p = .025$), bem como nas subescalas da DASS-21-A: ansiedade ($H = 12.869$, $gl = 4$, $p = .012$), stress ($H = 12.481$, $gl = 4$, $p = .014$) e depressão ($H = 10.363$, $gl = 4$, $p = .035$).

Estes resultados sugerem que os participantes que percebem as políticas institucionais como menos eficazes, ou a sua inexistência, tendem a apresentar níveis mais elevados de sofrimento psicológico.

A fim de clarificar quais os grupos que mais contribuem para estas diferenças, foram conduzidas análises *post-hoc* com correção de Bonferroni, cujos resultados se encontram apresentados na Tabela 18.

Tabela 18

Comparações post-hoc com correção de Bonferroni entre os grupos definidos pela percepção da eficácia das políticas institucionais contra a discriminação associada à saúde mental, relativamente às variáveis BSI e DASS-21-A

	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>p ajustado</i>
--	----------	----------	-------------------

BSI	Muito eficazes – Eficazes	13.460	.619	1.000
	Muito eficazes – Pouco eficazes	-17.574	.513	1.000
	Muito eficazes – Ineficazes	-38.465		
	Muito eficazes – Não existem políticas específicas para tal	-23.967	.378	1.000
	Eficazes – Pouco eficazes	-31.034	.019	.185
	Eficazes – Ineficazes	-51.924	0.12	.119
	Eficazes – Não existem políticas específicas para tal	-37.427	.007	.068
	Pouco eficazes – Ineficazes	-20.891	.305	1.000
	Pouco eficazes – Não existem políticas específicas para tal	-6.393	.633	1.000
	Ineficazes – Não existem políticas específicas para tal	14.498	.698	1.000
DASS-21-A Ansiedade	Muito eficazes – Eficazes	31.072	.227	1.000
	Muito eficazes – Pouco eficazes	-1.452	.955	1.000
	Muito eficazes – Ineficazes	-20.162	.496	1.000
	Muito eficazes – Não existem políticas específicas para tal	-8.33.8	.747	1.000
	Eficazes – Pouco eficazes	-32.524	.009	.093
	Eficazes – Ineficazes	-51.233	.009	.089
	Eficazes – Não existem políticas específicas para tal	-39.410	.003	.026
	Pouco eficazes – Ineficazes	-18.710	.333	1.000
	Pouco eficazes – Não existem políticas específicas para tal	-6.886	.588	1.000
	Ineficazes – Não existem políticas específicas para tal	11.824	.549	1.000
DASS-21-A Stress	Muito eficazes – Eficazes	8.290	.756	1.000
	Muito eficazes – Pouco eficazes	-12.820	.629	1.000
	Muito eficazes – Ineficazes	-46.817	.129	1.000
	Muito eficazes – Não existem políticas específicas para tal	-31.806	.236	1.000
	Eficazes – Pouco eficazes	-21.109	.756	1.000
	Eficazes – Ineficazes	-55.107	.007	.068
	Eficazes – Não existem políticas específicas para tal	-40.096	.003	.033
	Pouco eficazes – Ineficazes	-33.997	.091	.905
	Pouco eficazes – Não existem políticas específicas para tal	-18.987	.150	1.000
	Ineficazes – Não existem políticas específicas para tal	15.011	.464	1.000
DASS-21-A Depressão	Muito eficazes – Eficazes	21.089	.417	1.000
	Muito eficazes – Pouco eficazes	-.961	.970	1.000
	Muito eficazes – Ineficazes	-40.058	.181	1.000

Muito eficazes – Não existem políticas específicas para tal	-2.091	.936	1.000
Eficazes – Pouco eficazes	-22.050	.081	.808
Eficazes – Ineficazes	-61.148	.002	.020
Eficazes – Não existem políticas específicas para tal	-23.181	.080	.800
Pouco eficazes – Ineficazes	-39.098	.045	.451
Pouco eficazes – Não existem políticas específicas para tal	-1.131	.930	1.000
Ineficazes – Não existem políticas específicas para tal	37.967	.057	.566

Nota. DASS-21-A = *Depression, Anxiety and Stress Scale*; BSI = *Brief Symptom Inventory*; os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni.

Com base nas comparações *post-hoc* apresentadas na tabela anterior, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos definidos em função da percepção da eficácia das políticas contra a discriminação associada à saúde mental.

No que respeita ao índice geral de sintomatologia psicológica (BSI), identificaram-se diferenças próximas da significância entre os participantes que consideram as políticas eficazes e aqueles que referem que não existem políticas específicas (p ajustado = .068), sendo os valores médios mais elevados entre os que percecionam ausência de medidas institucionais.

Na subescala de ansiedade do DASS-21-A, registou-se uma diferença significativa entre os participantes que avaliam as políticas como eficazes e aqueles que indicam a inexistência de políticas específicas para o efeito (p ajustado = .026), sendo a sintomatologia mais acentuada neste último grupo. Foram ainda observadas diferenças próximas da significância entre os grupos "eficazes" e "pouco eficazes" (p ajustado = .093), bem como entre "eficazes" e "ineficazes" (p ajustado = .089).

No que diz respeito ao nível de stress, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os participantes que percecionam as políticas como eficazes e aqueles que

referem que não existem políticas específicas para prevenir a discriminação associada à saúde mental (p ajustado = .033), evidenciando níveis mais elevados de stress nos indivíduos que não reconhecem a existência de medidas institucionais adequadas. Foram ainda observadas diferenças próximas do limiar da significância entre os grupos que consideram as políticas eficazes e ineficazes (p ajustado = .068).

Relativamente à subescala de depressão, os dados revelaram uma tendência marginal para a significância estatística entre os participantes que percecionam as políticas como eficazes e aqueles que as consideram ineficazes (p ajustado = .068), sugerindo que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva poderão estar associados a uma perceção menos favorável quanto à eficácia das medidas institucionais de combate à discriminação.

De forma geral, os resultados sugerem que perceções menos favoráveis quanto à existência ou eficácia das políticas institucionais para combater a discriminação, em saúde mental associam-se a maiores níveis de sofrimento psicológico, nomeadamente nas dimensões de stress e, em menor grau, depressão. Estes achados sublinham a relevância de estratégias organizacionais claras e funcionais na promoção de um ambiente de trabalho psicologicamente saudável.

4.4. Regressão

Com o objetivo de identificar os preditores dos níveis de sintomatologia psicológica, foram realizadas análises de regressão linear múltipla. Pretendeu-se, em particular, avaliar se determinadas variáveis relacionadas com perceções de discriminação no local de trabalho predizem os níveis de ansiedade e depressão, bem como o índice geral de sintomatologia psicológica.

Para esta análise, foram utilizadas as subescalas de ansiedade e depressão do instrumento DASS-21-A, excluindo-se a subescala de stress. Esta decisão fundamentou-se na análise descritiva da amostra, onde se verificou que a maioria dos participantes com diagnóstico clínico reportado identificou especificamente ansiedade e/ou depressão, não se evidenciando relevância clínica suficiente para justificar a inclusão da dimensão de stress como variável de resultado nas análises preditivas.

Adicionalmente, recorreu-se ao índice geral de sintomas do *Brief Symptom Inventory* (BSI) como variável dependente, com o intuito de captar a sintomatologia geral não diretamente coberta pelas subescalas do DASS-21-A. Desta forma, o IGS foi utilizado como medida de previsão de sintomatologia psicológica global, permitindo integrar a variabilidade de manifestações clínicas não exclusivamente associadas à ansiedade ou à depressão.

4.4.1. Predição do Índice Geral de Sintomas. De modo a verificar se a perceção de ansiedade, a experiência de discriminação e a ponderação em abandonar o local de trabalho predizem os níveis de sintomatologia psicológica geral, recorreu-se à regressão linear múltipla. Os resultados desta regressão apresentam-se nas tabelas 19 e 20.

Tabela 19

Regressão linear múltipla do Índice Geral de Sintomas com as variáveis percecionadas de ansiedade e discriminação no local de trabalho

Modelo	R^2	R^2 ajustado	Mudança de R^2	Sig. Mudança F	F
1	.320	.314	.320	<.001	49.002

a. Preditores: (Constante), considera-se uma pessoa ansiosa, Alguma vez sentiu-se discriminado no local de trabalho, já ponderou sair do emprego devido à discriminação

b. Variável Dependente: Índice Geral de Sintomas

Tabela 20

Preditores do Índice Geral de Sintomas com variáveis relacionadas com ansiedade e discriminação no local de trabalho

Modelo		Coeficientes padronizados		
		β	t	p
1	(Constante)		17.289	<.001
	Considera-se uma pessoa ansiosa	-.437	-9.045	<.001
	Alguma vez sentiu-se discriminado no local de trabalho	-.158	-3.191	.002
	Já ponderou sair do seu emprego devido a discriminação	-.166	-3.301	.001

a. Variável Dependente: Índice Geral de Sintomas

Os resultados apresentados na tabela 10 e 20 revelaram um modelo estatisticamente significativo ($R^2 = .320$; R^2 ajustado = .314; $F = 49.002$, $p < .001$), explicando aproximadamente 32% da variância do Índice Geral de Sintomas. Todas as variáveis independentes revelaram-se preditores significativos da sintomatologia psicológica: considerar-se uma pessoa ansiosa ($\beta = -.437$, $t = -9.045$, $p < .001$), ter-se sentido discriminado no local de trabalho ($\beta = -.158$, $t = -3.191$, $p = .002$) e já ter ponderado abandonar o emprego devido à discriminação ($\beta = -.166$, $t = -3.301$, $p = .001$). Importa referir que os coeficientes negativos resultam da codificação das variáveis independentes, em que a resposta “Sim” foi codificada como 0 e “Não” como 1, pelo que os resultados indicam, na realidade, uma associação positiva entre a presença dessas experiências e níveis mais elevados de sintomatologia psicológica. Em termos práticos, esta associação positiva significa que os indivíduos que se identificam como ansiosos, que experienciam discriminação no contexto laboral ou que ponderaram abandonar o emprego devido a estas experiências, tendem a apresentar níveis mais elevados de sintomas psicológicos gerais.

4.4.2. Predição da Ansiedade. Com a intenção de verificar se a percepção de ansiedade, a experiência de discriminação e a ponderação em abandonar o local de trabalho predizem os níveis de ansiedade, recorreu-se à regressão linear múltipla apresentada nas tabelas 21 e 22.

Tabela 21

Regressão linear múltipla da ansiedade (DASS-21-A) com as variáveis percecionadas de ansiedade e discriminação no local de trabalho

Modelo	R^2	R^2 ajustado	Mudança de R^2	Sig. Mudança F	F
1	.264	.257	.264	<.001	37.370

a. Preditores: (Constante), considera-se uma pessoa ansiosa, Alguma vez sentiu-se discriminado no local de trabalho, já ponderou sair do emprego devido à discriminação

b. Variável Dependente: Ansiedade

Tabela 22

Preditores da ansiedade (DASS-21-A) com variáveis relacionadas com ansiedade e discriminação no local de trabalho

Modelo		Coeficientes padronizados		
		β	t	p
1	(Constante)		13.595	<.001
	Considera-se uma pessoa ansiosa	-.334	-6.629	<.001
	Alguma vez sentiu-se discriminado no local de trabalho	-.174	-3.372	<.001
	Já ponderou sair do seu emprego devido a discriminação	-.211	-4.035	<.001

a. Variável Dependente: Ansiedade

Os resultados revelaram um modelo estatisticamente significativo ($R^2 = .264$; R^2 ajustado = .257; $F = 37.370$, $p < .001$), explicando aproximadamente 26,4% da variância dos níveis de

ansiedade. Todas as variáveis independentes demonstraram ser preditores significativos da sintomatologia ansiosa: considerar-se uma pessoa ansiosa ($\beta = -.334, t = -6.629, p < .001$), ter-se sentido discriminado no local de trabalho ($\beta = -.174, t = -3.372, p < .001$) e já ter ponderado abandonar o emprego devido à discriminação ($\beta = -.211, t = -4.035, p < .001$).

Importa reforçar que os coeficientes negativos observados resultam da codificação das variáveis independentes, em que a resposta “Sim” foi codificada como 0 e “Não” como 1. Desta forma, os valores negativos indicam que as respostas afirmativas estão associadas a níveis mais elevados de ansiedade. Esta associação positiva significa, na prática, que os participantes que se identificam como ansiosos, que experienciam discriminação no contexto laboral ou que já ponderaram abandonar o emprego por esse motivo tendem a apresentar níveis significativamente mais elevados de sintomas ansiosos. Estes dados evidenciam o impacto destas experiências no agravamento da saúde mental dos trabalhadores, em particular no domínio da ansiedade.

4.4.3. Predição da Depressão. Com a intenção de compreender se a perceção de ansiedade, a experiência de discriminação e a ponderação em abandonar o local de trabalho predizem os níveis de depressão, recorreu-se à regressão linear múltipla, representada nas tabelas 23 e 24.

Tabela 23

Regressão linear múltipla da depressão (DASS-21-A) com as variáveis percecionadas de ansiedade e discriminação no local de trabalho

Modelo	R^2	R^2 ajustado	Mudança de R^2	Sig. Mudança F	F
1	.230	.223	.230	<.001	31.056

a. Preditores: (Constante), considera-se uma pessoa ansiosa, Alguma vez sentiu-se discriminado no local de trabalho, já ponderou sair do emprego devido à discriminação

b. Variável Dependente: Depressão

Tabela 24

Preditores da depressão (DASS-21-A) com variáveis relacionadas com ansiedade e discriminação no local de trabalho

Modelo		Coeficientes padronizados		
		β	t	p
1	(Constante)		12.401	<.001
	Considera-se uma pessoa ansiosa	-.345	-6.707	<.001
	Alguma vez sentiu-se discriminado no local de trabalho	-.133	-2.525	0.12
	Já ponderou sair do seu emprego devido a discriminação	-.178	-3.326	<.001

a. Variável Dependente: Depressão

Os resultados revelaram um modelo estatisticamente significativo ($R^2 = .230$; R^2 ajustado = .223; $F = 31.056$, $p < .001$), explicando aproximadamente 23% da variância dos níveis de depressão. Duas das três variáveis independentes revelaram-se preditores significativos da sintomatologia depressiva: considerar-se uma pessoa ansiosa ($\beta = -.345$, $t = -6.707$, $p < .001$) e já ter ponderado abandonar o emprego devido à discriminação ($\beta = -.178$, $t = -3.326$, $p < .001$). A experiência de discriminação no local de trabalho não se revelou estatisticamente significativa neste modelo ($\beta = -.133$, $t = -2.525$, $p = .012$), uma vez que o valor de significância adotado para as análises foi de $p < .001$.

Importa salientar que os coeficientes negativos observados decorrem da codificação das variáveis independentes, em que a resposta “Sim” foi codificada como 0 e “Não” como 1. Assim, os resultados indicam que os participantes que se identificam como ansiosos e que já ponderaram abandonar o seu trabalho devido a experiências de discriminação apresentam níveis

significativamente mais elevados de sintomas depressivos. Esta associação positiva reforça a ideia de que estas vivências constituem fatores de risco para o bem-estar psicológico, nomeadamente no domínio da depressão.

5. Discussão

O presente estudo teve como propósito central analisar de que forma a discriminação no contexto laboral se repercute na saúde mental dos colaboradores, em particular ao nível da sintomatologia ansiosa, depressiva e psicopatológica global. Para tal, foi utilizada uma abordagem quantitativa, integrando análises de correlação, comparação de grupos e regressão linear múltipla, com base em instrumentos psicometricamente validados, como o BSI (*Brief Symptom Inventory*) e a escala DASS-21-A (*Depression, Anxiety and Stress Scales* - versão adaptada).

Relativamente ao primeiro objetivo específico, que visava identificar os tipos de discriminação percebida, os dados revelaram uma prevalência considerável de perceções de discriminação direta e institucional. A proporção de participantes que reportou já ter sido alvo de discriminação ascendeu a 40,8%, com 17,1% a indicarem que ponderaram abandonar o emprego por esse motivo. Além do referido anteriormente, 44,6% relataram já ter sido tratados de forma injusta após revelarem um problema de saúde mental. Estes dados estão alinhados com estudos que demonstram a persistência de estigmas associados à saúde mental no ambiente laboral (Thornicroft et al., 2009; Henderson et al., 2012). A elevada frequência de exposição a comentários negativos sobre a saúde mental (observada em mais de 60% da amostra) reforça a existência de uma cultura organizacional ainda pouco segura para a expressão de dificuldades emocionais.

O segundo objetivo específico, centrado no impacto da discriminação na saúde mental, foi amplamente corroborado pelas análises de comparações de grupos realizadas. Participantes que indicaram ter experienciado discriminação apresentaram níveis significativamente superiores de sintomatologia nas subescalas de ansiedade, stress, depressão e no Índice Geral de Sintomas. Estes resultados sustentam a hipótese 1 (H1), de que colaboradores que experienciam contextos laborais hostis apresentam mais sintomas psicológicos.

Da mesma forma, participantes que ponderaram abandonar o emprego por razões associadas à discriminação revelaram níveis acrescidos de sofrimento psicológico, o que indica o peso emocional destas experiências e a sua influência na estabilidade ocupacional e no bem-estar individual.

O terceiro objetivo específico, centrado na quantificação da presença de patologias psicológicas na amostra, foi concretizado através da análise descritiva da frequência de diagnósticos reportados e da comparação entre os participantes com e sem diagnóstico. Os dados revelaram que 13,3% dos colaboradores reportaram já ter recebido diagnóstico clínico, destacando-se a comorbilidade entre perturbações de ansiedade e depressão. As análises estatísticas confirmaram que os participantes com diagnóstico clínico apresentaram níveis significativamente superiores em todas as dimensões avaliadas, corroborando a robustez dos instrumentos utilizados e a relevância destas patologias no contexto laboral (Kessler et al., 2005; Nolen-Hoeksema, 2012).

O quarto objetivo específico visava analisar a correlação entre experiências de discriminação e manifestações de sintomatologia psicológica. Esta associação foi confirmada pelas análises de regressão e pelos testes de associação. A hipótese 2 (H2), foi validada através das fortes correlações que evidenciaram associações fortes e positivas entre o Índice Geral de

Sintomas e as subescalas da ansiedade ($r = .783$), stress ($r = .805$) e depressão ($r = .806$), todas com $p < .001$. Estes resultados indicam que níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica geral estão fortemente associados a níveis mais elevados de ansiedade e depressão, tal como descrito na literatura (Canavarro, 1999; Lovibond & Lovibond, 1995), confirmando a validade interna dos instrumentos e a consistência teórica entre os construtos avaliados. Relativamente à quarta hipótese (H4), que propunha que a frequência e intensidade das experiências de discriminação no local de trabalho estariam associadas a níveis diferenciados de sintomatologia psicológica, os dados obtidos apoiam de forma clara esta suposição. As análises estatísticas realizadas revelaram diferenças significativas nos níveis de sofrimento psicológico em função da frequência com que os participantes reportaram ouvir comentários negativos ou preconceituosos sobre saúde mental no contexto laboral. Especificamente, os resultados do teste de Kruskal-Wallis indicaram que os participantes que referiram exposição mais frequente a esse tipo de comentários apresentaram níveis significativamente mais elevados de sintomatologia ao nível do Índice Geral de Sintomas (BSI) e das subescalas de Ansiedade, Stress e Depressão do DASS-21-A.

Os resultados das comparações *post-hoc* com correção de Bonferroni reforçaram esta tendência, revelando que os participantes dos grupos “às vezes” e “frequentemente” apresentaram níveis de sintomatologia mais elevados do que aqueles que referiram “nunca” ou “raramente” estar expostos a tais comentários. Esta propensão foi observada de forma consistente em todas as dimensões da saúde mental avaliadas, sugerindo que a repetição e a persistência das experiências discriminatórias, mesmo que subtis ou indiretas, têm um efeito cumulativo no bem-estar psicológico dos trabalhadores.

Estes dados estão alinhados com a literatura que sublinha o impacto deletério das chamadas micro agressões e de formas de discriminação quotidiana sobre a saúde mental (Nadal et al., 2014; Sue et al., 2007). Mesmo quando não envolvem atos explícitos de exclusão, os comentários depreciativos sobre saúde mental contribuem para a internalização do estigma e para o aumento da ansiedade, do isolamento social e da sintomatologia depressiva (Corrigan & Rao, 2012; Schomerus et al., 2018). O contexto laboral, enquanto espaço de pertença e identidade, torna-se particularmente vulnerável a estes efeitos, dado o impacto que as relações interpessoais e a cultura organizacional têm na construção da autoestima e da segurança psicológica dos colaboradores (Phelan et al., 2008).

Assim, os resultados desta hipótese reforçam a necessidade de uma atuação institucional clara no combate não apenas à discriminação direta, mas também às formas mais subtis e normalizadas de discurso estigmatizante, frequentemente toleradas nos ambientes de trabalho. A formação contínua dos colaboradores, a implementação de canais de denúncia eficazes e a promoção de uma cultura organizacional inclusiva, são medidas essenciais para mitigar o impacto destas experiências, promovendo ambientes laborais mais saudáveis e protetores da saúde mental.

Além disso, é importante destacar o contributo das variáveis associadas à perceção das políticas organizacionais. A hipótese 3 (H3), previa que a perceção de políticas organizacionais de inclusão teria um efeito protetor sobre a saúde mental, mostrou-se parcialmente confirmada. De facto, os participantes que percecionaram ausência ou ineficácia destas políticas revelaram níveis mais elevados de sofrimento psicológico, particularmente ao nível do stress e da ansiedade. A análise de variância não paramétrica (Kruskal-Wallis), complementada com testes *post-hoc*, permitiu verificar que os participantes que consideraram inexistentes ou pouco eficazes

as políticas de combate à discriminação, apresentaram valores significativamente superiores de ansiedade e stress. Estes dados estão em consonância com investigações que demonstram o papel das políticas organizacionais na promoção de um ambiente de trabalho seguro e psicologicamente saudável, o que destaca a relevância de ações visíveis e eficazes por parte das entidades empregadoras na promoção da saúde psicológica (Evans-Lacko et al., 2012; Stuart, 2006).

A nível sociodemográfico, as análises revelaram diferenças significativas entre os sexos, com as mulheres a apresentarem níveis significativamente superiores de sintomatologia ansiosa, depressiva e geral em comparação com os homens. Estes resultados estão de acordo com estudos que apontam para uma maior prevalência de perturbações do foro emocional nas mulheres, devido a fatores tanto biológicos como socioculturais (Nolen-Hoeksema, 2012; Seedat et al., 2009). Também os participantes com diagnóstico psicológico prévio revelaram níveis significativamente superiores de sintomatologia, o que valida a sensibilidade dos instrumentos utilizados e confirma a literatura sobre a cronicidade e persistência dos sintomas (Kessler et al., 2005).

No que respeita aos resultados das análises de regressão linear múltipla, verificou-se que as variáveis “considerar-se uma pessoa ansiosa”, “ter-se sentido discriminado no local de trabalho” e “ponderar abandonar o emprego devido a discriminação” predizem significativamente os níveis do Índice Geral de Sintomas. O modelo apresentou um poder explicativo de 32% ($R^2 = .320$), sendo que todas as variáveis foram preditores significativos. De igual modo, os modelos de regressão com a ansiedade e a depressão como variáveis dependentes foram estatisticamente significativos, com R^2 de 26,4% e 23%, respetivamente. No modelo da ansiedade, todas as variáveis foram preditores relevantes. No caso da depressão, apenas

“considerar-se ansioso” e “ponderar sair do emprego” foram significativos, sendo a experiência de discriminação um preditor apenas marginal.

De notar que os coeficientes negativos resultam da codificação binária adotada (0 = Sim; 1 = Não), pelo que representam associações positivas entre a presença destas vivências e a sintomatologia psicológica. Assim, quanto mais presentes forem estas experiências subjetivas de vulnerabilidade e hostilidade no contexto de trabalho, maior será o sofrimento psicológico reportado, sendo este um dado que reforça os efeitos deletérios da discriminação, tanto real como percebida, no bem-estar emocional dos trabalhadores (Schomerus et al., 2018).

Para além das hipóteses formais, outras variáveis analisadas revelaram associações significativas que merecem destaque. Uma das variáveis a relevar foi a perceção de barreiras no crescimento profissional. Participantes que reportaram a existência dessas barreiras apresentaram níveis significativamente mais elevados de sofrimento psicológico, o que sugere que obstáculos ao desenvolvimento laboral podem contribuir para o agravamento da saúde mental. Também a possibilidade de falar abertamente sobre saúde mental com superiores se mostrou determinante, sendo que, quanto menor a perceção de abertura, maiores os níveis de sintomatologia, evidenciando a importância do apoio institucional e da comunicação organizacional aberta como fatores de bem-estar emocional.

Em síntese, os resultados do presente estudo confirmam a existência de relações estatisticamente significativas entre as experiências de discriminação no contexto laboral e os indicadores de saúde mental, nomeadamente ansiedade, depressão e sintomatologia psicológica geral. A consistência destes dados com a literatura existente confere validade externa aos resultados obtidos, ao mesmo tempo que sublinha a importância de políticas de prevenção, educação e promoção do bem-estar psicológico nos contextos organizacionais.

5.1. Limitações no estudo

Embora os resultados obtidos no presente estudo ofereçam contributos relevantes para a compreensão da relação entre discriminação no local de trabalho e saúde mental, é importante reconhecer algumas limitações que podem ter condicionado a generalização e interpretação dos dados.

Em primeiro lugar, ainda que a amostra tenha apresentado uma distribuição relativamente equilibrada ao nível do género, com uma diferença pouco expressiva entre participantes do sexo feminino e masculino, a representatividade global pode ter sido comprometida, uma vez que a estratégia de amostragem adotada foi não probabilística. O recurso à divulgação do questionário através do *Google Forms*, partilhado em redes sociais, limitou o acesso apenas a pessoas com ligação à rede da investigadora ou com acesso às plataformas digitais, o que pode ter introduzido viés de seleção e restringido a diversidade socioprofissional da amostra.

Adicionalmente, apesar de o questionário ser de curta duração, o uso exclusivo de medidas de autorrelato representa uma limitação metodológica, dado que este tipo de instrumentos está sujeito a enviesamentos como a desejabilidade social ou a perceção subjetiva dos participantes, sobretudo quando se abordam temas sensíveis como a saúde mental ou situações de discriminação. Assim, é possível que algumas respostas não reflitam com exatidão a realidade experienciada, comprometendo parcialmente a validade ecológica dos resultados.

Por fim, a natureza transversal do estudo impossibilita a inferência de relações causais entre as variáveis em análise, sendo apenas possível identificar associações estatísticas entre experiências de discriminação e níveis de sintomatologia psicológica.

5.2. Implicações do estudo

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciam a relevância de promover contextos laborais inclusivos e psicologicamente seguros, com especial enfoque na prevenção da discriminação e no reforço do bem-estar mental dos colaboradores. A constatação de que experiências de discriminação, nomeadamente a exposição frequente a comentários negativos sobre saúde mental, a perceção de barreiras ao crescimento profissional e a ausência de políticas institucionais eficazes, estão associadas a níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa, depressiva e psicopatológica geral, sublinha a importância de implementar medidas organizacionais concretas e sustentadas.

Neste sentido, torna-se fundamental que as organizações desenvolvam e consolidem estratégias de prevenção da discriminação, incluindo a formação contínua em saúde mental, a criação de canais de comunicação abertos e não punitivos para a partilha de dificuldades emocionais e a adoção de políticas inclusivas e eficazes no combate ao estigma. Paralelamente, os dados sugerem a necessidade de programas de intervenção psicológica dirigidos ao contexto laboral, que visem não só o apoio aos colaboradores afetados, mas também o desenvolvimento de competências de autorregulação emocional, autoconsciência e gestão do stress.

As implicações deste estudo são igualmente relevantes para o desenho de políticas públicas e de práticas de recursos humanos, reforçando a importância de uma cultura organizacional promotora da saúde mental. Intervenções preventivas e psico-educativas, aliadas ao compromisso institucional com a inclusão e o bem-estar, poderão mitigar os efeitos negativos da discriminação e contribuir para contextos de trabalho mais saudáveis, equitativos e produtivos.

5.3. Direções futuras

Tendo em consideração os resultados alcançados e as limitações identificadas no presente estudo, recomenda-se que futuras investigações explorem a relação entre discriminação no contexto laboral e saúde mental através de modelos longitudinais, permitindo observar a evolução da sintomatologia psicológica ao longo do tempo e avaliar potenciais efeitos acumulativos ou protetores. A adoção de um delineamento longitudinal contribuiria, assim, para uma melhor compreensão da direção e estabilidade das associações identificadas, nomeadamente entre experiências de discriminação e indicadores de mal-estar psicológico.

Para além do referido, sugere-se o alargamento da amostra a diferentes setores profissionais, regiões geográficas e contextos socioculturais, de modo a potenciar a generalização dos resultados e captar a diversidade de experiências laborais no que respeita à discriminação e ao bem-estar mental. A inclusão de métodos qualitativos, como entrevistas semiestruturadas ou grupos focais, poderá igualmente enriquecer a compreensão das vivências subjetivas associadas à discriminação no trabalho, proporcionando uma perspetiva mais profunda e contextualizada sobre os seus efeitos psicológicos.

Por fim, futuras investigações poderão beneficiar da integração de dados provenientes de múltiplas fontes, como superiores hierárquicos, colegas de trabalho ou registos institucionais, o que permitirá validar e complementar os dados de autorrelato, aumentando a robustez metodológica dos estudos e oferecendo uma visão mais abrangente das dinâmicas organizacionais que contribuem para o bem-estar ou mal-estar psicológico dos trabalhadores.

6. Conclusão

O presente estudo teve como principal propósito compreender de que forma a discriminação no local de trabalho se associa ao bem-estar psicológico dos colaboradores, com especial enfoque na sintomatologia ansiosa, depressiva e psicopatológica global. Partindo da constatação da escassez de estudos nacionais centrados nesta temática e da crescente relevância da saúde mental no contexto organizacional, a investigação permitiu obter dados empiricamente robustos sobre os impactos da discriminação percebida em múltiplas dimensões da saúde psicológica.

Os resultados obtidos foram consistentes com a literatura, tendo revelado que os participantes que reportaram experiências de discriminação apresentaram níveis significativamente mais elevados de sintomatologia emocional negativa. Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre a exposição a comportamentos discriminatórios (nomeadamente comentários negativos sobre saúde mental) e níveis acrescidos de ansiedade, stress, depressão e sintomatologia psicopatológica global. Por outro lado, os participantes que percecionaram maior abertura no local de trabalho para falar sobre saúde mental e eficácia das políticas de inclusão evidenciaram níveis inferiores de sofrimento psicológico, sugerindo o papel protetor de ambientes organizacionais psicologicamente seguros.

As análises de regressão confirmaram que as variáveis “considerar-se uma pessoa ansiosa”, “ter-se sentido discriminado” e “ponderar abandonar o emprego” são preditoras significativas dos níveis de ansiedade, depressão e sintomatologia global. Estes dados reforçam a importância da subjetividade na percepção do risco psicossocial, bem como a relevância da cultura organizacional e do suporte percebido na experiência de mal-estar psicológico em contexto laboral.

Ainda que o estudo tenha utilizado uma metodologia quantitativa e transversal, com recurso exclusivo a medidas de autorrelato, os resultados revelaram padrões estatisticamente e teoricamente consistentes, destacando a relevância da discriminação no trabalho como fator de risco para a saúde mental.

Tendo em conta os dados obtidos, recomenda-se que futuras investigações explorem a evolução destas associações ao longo do tempo, através de modelos longitudinais, e que considerem a inclusão de metodologias qualitativas que permitam aceder à experiência subjetiva dos trabalhadores. A diversificação das amostras ao nível geográfico, sociocultural e ocupacional permitirá também aprofundar o conhecimento nesta área.

A presente investigação revela-se, assim, relevante não só do ponto de vista académico, como também no plano prático, ao evidenciar a necessidade urgente de implementar políticas organizacionais eficazes, que combatam o estigma associado à saúde mental e promovam uma cultura de inclusão, segurança e apoio emocional no local de trabalho. Ao evidenciar a associação entre experiências discriminatórias e sofrimento psicológico, o estudo sublinha a importância de intervenções preventivas e da sensibilização das organizações para a promoção do bem-estar dos seus colaboradores.

Referências Bibliográficas

- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International review of psychiatry*, 26(4), 392-407.
<https://doi/abs/10.3109/09540261.2014.928270>
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., & Silva, J. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1º Relatório. *ResearchGate*.
https://www.researchgate.net/publication/278786138_Estudo_Epidemiologico_Nacional_de_Saude_Mental_1_Relatorio#fullTextFileContent
- Altman, A. (2020). *Discrimination* (Stanford Encyclopedia of Philosophy/Winter 2020 Edition).
<https://plato.stanford.edu/archives/win2020/entries/discrimination>
- American Psychiatric Association. (2024). Stigma, prejudice and discrimination against people with mental illness. <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>
- American Psychological Association (APA). (2021). Stress in America™ 2021: Stress and Decision-Making during the Pandemic.
<https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2021/october-decision-making>
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 14(6), 863–871. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692006000600006>
- April, K., Dharani, B., & April, A. (2023). Lived Experiences of Exclusion in the Workplace: Psychological & Behavioural Effects. In *International perspectives on equality, diversity and inclusion*. <https://doi.org/10.1108/s2051-2333202307>

- Badalotti, T. S., Toassi, R. F. C., & Celeste, R. K. (2019). O enfrentamento ao fenômeno discriminatório em uma população de adultos. *Physis*, 29(4).
<https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290415>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Brouwers, E. P. M. (2020). Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00399-0>
- Burrow, A., & Hill, P. (2011). Purpose as a form of identity capital for positive youth adjustment. *Developmental Psychology*, 47(4), 1196–1206.
<https://doi.org/10.1037/a0023818>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109).
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469.
<https://doi.org/10.1177/070674371205700804>

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “What” and “Why” of goal pursuits: human needs and the Self-Determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli1104_01
- DECO PROteste. (2025). *Condições para pedir a reforma*. DECO PROteste.
https://www.deco.proteste.pt/investe/reforma/direitos/dossie/idade-reforma/condicoes-para-pedir-a-reforma?utm_source=chatgpt.com
- Derogatis LR, Spencer PM. Administration and Procedures: BSI. Manual I. Baltimore, MD: *Clinical Psychometric Research*; 1982.
- Direção geral de saúde (DGS). (2016). Portugal – Saúde Mental em Números – 2015. Lisboa.
[Em linha]. <http://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/PortugalSaude-Mental-em-Numeros-2015.pdf>.
- Di Napoli, A., Rossi, A., Baralla, F. et al. (2021). Self-perceived workplace discrimination and mental health among immigrant workers in Italy: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 21, 85. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03077-6>
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*, 2(4), 253–260. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0307-6>
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R., & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*, 42(8), 1741–1752.
doi:10.1017/S0033291711002558
- Feng, G., Xu, X., & Lei, J. (2023). Tracking perceived stress, anxiety, and depression in daily life: a double-downward spiral process. *Frontiers in Psychology*, 14.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1114332>

- Ferris, D. L., Brown, D. J., Berry, J. W., & Lian, H. (2008). The development and validation of the Workplace Ostracism Scale. *Journal of Applied Psychology*, 93(6), 1348–1366.
<https://doi.org/10.1037/a0012743>
- Freud, S. (2007). Group psychology and the analysis of the ego. In B. Lawrence & A. Karim (Eds.), *On violence: A reader* (pp. 226–244). Duke University Press.
<https://doi.org/10.2307/j.ctv120qr2d.19>
- Gabinete de Estratégias e Estudos (GEE). (2025). *Estatísticas do Emprego - INE - GEE*. <https://gee.gov.pt/pt/indicadores-diarios/ultimos-indicadores/34359-estatisticas-do-emprego-ine-15>
- Gould, R. (1978). *Transformations: Growth and change in adult life*. Simon & Schuster.
- Greenwood, S., & Greenwood, S. (2024). Diversity, equity and inclusion in the workplace. *Pew Research Center*. <https://www.pewresearch.org/social-trends/2023/05/17/diversity-equity-and-inclusion-in-the-workplace/>
- Hackett, R. A., Ronaldson, A., Bhui, K., Steptoe, A., & Jackson, S. E. (2020). Racial discrimination and health: a prospective study of ethnic minorities in the United Kingdom. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09792-1>
- Halat, D. H., Hallit, S., Younes, S., AlFikany, M., Khaled, S., Krayem, M., Khatib, S. E., & Rahal, M. (2023). Exploring the effects of health behaviors and mental health on students' academic achievement: a cross-sectional study on lebanese university students. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16184-8>
- Hampson, M. E., Watt, B. D., & Hicks, R. E. (2020). Impacts of stigma and discrimination in the workplace on people living with psychosis. *BMC Psychiatry*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02614-z>

- Heckhausen, J., Dixon, R., & Baltes, P. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*, 25(1), 109–121. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.1.109>
- Heiserman, N., & Simpson, B. (2023). Discrimination reduces work effort of those who are disadvantaged and those who are advantaged by it. *Nature Human Behaviour*, 7(11), 1890–1898. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01703-9>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., Flach, C., & Thornicroft, G. (2012). Responses to Mental Health Stigma Questions: The importance of social desirability and data collection method. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(3), 152–160. <https://doi.org/10.1177/070674371205700304>
- Hill, P., Edmonds, G., Peterson, M., Luyckx, K., & Andrews, J. (2015). Purpose in life in emerging adulthood: Development and validation of a new brief measure. *The Journal of Positive Psychology*, 11(3), 237–245. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1048817>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024). *População Residente*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=en
- Jones, K. P., Arena, D. F., Nitttrouer, C. L., Alonso, N. M., & Lindsey, A. P. (2017). Subtle discrimination in the workplace: a vicious cycle. *Industrial and Organizational Psychology*, 10(1), 51–76. <https://doi.org/10.1017/iop.2016.91>
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Wherever You Go, There You are: Mindfulness Meditation for Everyday Life*. Piatkus Books
- Kang, M., Yang, Y., Kim, H., Jung, S., Jin, H., & Choi, K. (2023). The mechanisms of nature-based therapy on depression, anxiety, stress, and life satisfaction: examining mindfulness

- in a two-wave mediation model. *Frontiers in Psychology*, 14.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1330207>
- Kenny, A., Bizumic, B., & Griffiths, K. M. (2018). The Prejudice towards People with Mental Illness (PPMI) scale: structure and validity. *BMC Psychiatry*, 18(1).
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1871-z>
- Kim, G., Kim, J., Lee, S., Yun, B., Kim, Y., Yun, B., & Yoon, J. (2020). Multidimensional gender discrimination in workplace and depressive symptoms. *PLOS ONE*, 15(7), e0234415.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234415>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45–59). Oxford University Press.
- Kim, E. S., Sun, J. K., Park, N., & Peterson, C. (2013). Purpose in life and reduced incidence of stroke in older adults: “The Health and Retirement Study.” *Journal of Psychosomatic Research*, 74(5), 427–432. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.01.013>
- Kim, H., Han, K., & Won, S. (2023). Perceived Discrimination as a Critical Factor Affecting Self-Esteem, Satisfaction with Physical Appearance and Depression of Racial/Ethnic

- Minority Adolescents in Korea. *Behavioral Sciences*, 13(4), 343.
<https://doi.org/10.3390/bs13040343>
- Lachman, M. (2004). Development in midlife. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 305–331.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141521>
- Lachman, M. E., & Agrigoroaei, S. (2010). Promoting functional health in midlife and old age: Long-Term protective effects of control beliefs, social support, and physical exercise. *PLoS ONE*, 5(10), e13297. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013297>
- Levinson, D. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41(1), 3–13.
<https://doi.org/10.1037/0003-066x.41.1.3>
- Li, Y., Scherer, N., Felix, L., & Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 16(3), e0246454.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>
- Lim, S., Cortina, L. M., & Magley, V. J. (2008). Personal and workgroup incivility: Impact on work and health outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 95–107.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.1.95>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)

- 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>
- Matousian, N., & Otto, K. (2023). How to measure mental illness stigma at work: development and validation of the workplace mental illness stigma scale. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1225838. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1225838>
- Mehta, C., Arnett, J., Palmer, C., & Nelson, L. (2020). Established adulthood: A new conception of ages 30 to 45. *American Psychologist*, 75(4), 431–444.
<https://doi.org/10.1037/amp0000600>
- Mitchell, J. F. (2004). Aging Well: Surprising guideposts to a Happier Life from the landmark Harvard Study of Adult Development. *American Journal of Psychiatry*, 161(1), 178–179.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.1.178>
- Nadal, K. L., Griffin, K. E., Wong, Y., Hamit, S., & Rasmus, M. (2014). The Impact of Racial microaggressions on Mental Health: Counseling Implications for Clients of color. *Journal of Counseling & Development*, 92(1), 57–66. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2014.00130.x>
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion Regulation and Psychopathology: The Role of Gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 161–187. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>
- O'Brien, K. R., McAbee, S. T., Hebl, M. R., & Rodgers, J. R. (2016). The impact of interpersonal discrimination and stress on health and performance for early career STEM academicians. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00615>

- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2013). *Investir na Saúde Mental através da Intervenção Psicológica*. <https://recursos.ordemdospsicologos.pt/repositorio/estudo/relatorio-investir-na-saude-mental-atraves-da-intervencao-psicologica>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2022). *Combater as Desigualdades e Discriminação*. <https://recursos.ordemdospsicologos.pt/repositorio/estudo/combater-as-desigualdades-e-a-discriminacao>
- Pallant, J. (2020). SPSS Survival Manual. In *Routledge eBooks*.
<https://doi.org/10.4324/9781003117452>
- Pals, J. (2006). Narrative identity processing of difficult life experiences: pathways of personality development and positive Self-Transformation in Adulthood. *Journal of Personality*, 74(4), 1079–1110. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00403.x>
- Pascoe, E. A., & Richman, L. S. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531–554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science & Medicine*, 67(3), 358–367.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022>
- Plumtre, E. (2024). The importance of mental health. *Verywell Mind*.
<https://www.verywellmind.com/the-importance-of-mental-health-for-wellbeing-5207938>
- Reifman, A., & Niehuis, S. (2022). Extending the Five Psychological Features of Emerging Adulthood into Established Adulthood. *Journal of Adult Development*, 30(1), 6–20.
<https://doi.org/10.1007/s10804-022-09412-9>
- Rhead, R. D., Chui, Z., Bakolis, I., Gazard, B., Harwood, H., MacCrimmon, S., ... Hatch, S. L. (2021). Impact of workplace discrimination and harassment among National Health

- Service staff working in London trusts: results from the TIDES study. *BJPsych Open*, 7(1), e10. doi:10.1192/bjo.2020.137
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Schaufeli, W. B. (2017). Applying the Job Demands-Resources model. *Organizational Dynamics*, 46(2), 120–132. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.04.008>
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293–315. <https://doi.org/10.1002/job.248>
- Schmidt, M. (2024) Stress Resilience research. *Max Planck Institute of Psychiatry*. <https://www.psych.mpg.de/2738578/stress-resilience-research>
- Schmitt, M. T., Branscombe, N. R., Postmes, T., & Garcia, A. (2014). The consequences of perceived discrimination for psychological well-being: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(4), 921–948. <https://doi.org/10.1037/a0035754>
- Schomerus, G., Stolzenburg, S., Freitag, S., Speerforck, S., Janowitz, D., Evans-Lacko, S., Muehlan, H., & Schmidt, S. (2018). Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: a prospective study among untreated persons with mental

- illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(4), 469–479.
<https://doi.org/10.1007/s00406-018-0896-0>
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Mora, M. E. M., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., . . . Kessler, R. C. (2009). Cross-National Associations between gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>
- SNS 24. (2025). <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/ansiedade/#o-que-e-a-ansiedade>
- Sousa, F. C. (2007). O que é “ser adulto”: as práticas e representações sociais sobre o que é “ser adulto” na sociedade portuguesa. *Acolhendo a Alfabetização Nos Países De Língua Portuguesa*, 1(2). <https://doi.org/10.11606/issn.1980-7686.v1i2p56-69>
- Stuart, H. (2006). Mental illness and employment discrimination. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(5), 522–526. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000238482.27270.5d>
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.62.4.271>
- Sun, J., Sarfraz, M., Ivascu, L., Iqbal, K., & Mansoor, A. (2022). How Did Work-Related Depression, Anxiety, and Stress Hamper Healthcare Employee Performance during COVID-19? The Mediating Role of Job Burnout and Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health/International Journal of*

- Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10359.
<https://doi.org/10.3390/ijerph191610359>
- Tan, D. P., Morgan, A. J., Jorm, A. F., & Reavley, N. J. (2019). Emotional impacts of participation in an Australian national survey on mental health-related discrimination. *Ethics & Behavior*, 1-21. doi.org/10.1080/10508422.2019.1593844
- Tetrick, L. E., & Peiró, J. M. (2012). Occupational safety and health. In *Oxford University Press eBooks* (pp. 1228–1244). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199928286.013.0036>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408–415. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61817-6)
- Van Horn, J. E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. (2004). The structure of occupational well-being: A study among Dutch teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(3), 365–375. <https://doi.org/10.1348/0963179041752718>
- Veríssimo R. (2002). Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson). <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9133>
- 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), 200–208. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.2.200>
- Wittayapun, Y., Summart, U., Polpanadham, P., Direksunthorn, T., Paokanha, R., Judabood, N., & A'la, M. Z. (2023). Validation of depression, anxiety, and stress scales (DASS-21) among Thai nursing students in an online learning environment during the COVID-19

- outbreak: A multi-center study. *PLoS ONE*, 18(6), e0288041.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288041>
- World Health Organization. (2023). WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care. <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- World Health Organization. (2023). *Stress*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- World Health Organization. (2024). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Worsley, J. D., Pennington, A., & Corcoran, R. (2022). Supporting mental health and wellbeing of university and college students: A systematic review of review-level evidence of interventions. *PLoS ONE*, 17(7), e0266725. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266725>
- Xu, Y. E., & Chopik, W. J. (2020). Identifying moderators in the link between workplace discrimination and Health/Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00458>
- Zacher, H., & Rudolph, C. W. (2020). Individual differences and changes in subjective wellbeing during the early stages of the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 76(1), 50–62. <https://doi.org/10.1037/amp0000702>
- Zhu, Y., & Deng, W. (2023). Moderating the link between discrimination and adverse mental health outcomes: Examining the protective effects of cognitive flexibility and emotion regulation. *PLoS ONE*, 18(10), e0282220. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282220>

APÊNDICES

Apêndice A

Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

O presente estudo está a ser realizado pela discente Carina Marques, sob a orientação do Professor Doutor António Rebelo, no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, na Universidade Lusíada de Lisboa.

O estudo tem como principal objetivo determinar até que ponto os trabalhadores com possíveis patologias de foro psicológico são discriminados pelos restantes colegas.

Os participantes devem ser trabalhadores, não existindo necessidade de exercer nenhuma área em específico. Caso cumpra este requisito, peço a sua colaboração para a participação no estudo, que será realizado mediante a aplicação dos questionários que se seguem: Questionário sociodemográfico, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21-A).

O seu contributo é fundamental para o desenvolvimento deste projeto e para a aquisição de novos conhecimentos científicos, visando igualmente o melhoramento da intervenção e avaliação destas problemáticas, num futuro próximo.

Este projeto foi desenvolvido segundo as diretrizes éticas presentes na Declaração de Helsínquia, onde os dados recolhidos serão anónimos, codificados e armazenados numa entidade de acesso restrito, encontrando-se protegidos, em conformidade com as diretrizes de proteção de dados, destinando-se exclusivamente para fins da execução da dissertação. Com esta investigação não se pretende avaliá-lo, mas apenas recolher um conjunto de informações que permitam compreender melhor a temática em estudo. A participação é voluntária e a decisão de não participar não apresentará qualquer consequência para si, podendo ser interrompida, se assim o desejar, em qualquer momento.

Em caso de dúvida ou pretenda, num momento posterior, aceder a informações relativas aos resultados desta investigação, poderá entrar em contacto através do seguinte endereço de e-mail: carinamarques99@gmail.com

Agradeço desde já a sua colaboração,

Carina Marques.

Declaro que li e que aceito participar no presente estudo:

Assinatura do(a) Participante

Assinatura do(a) Investigador(a)

Data

Apêndice B

Questionário Sócio Demográfico

Questionário Sócio Demográfico

Este questionário tem como finalidade a recolha de dados sociodemográficos. Por favor, preencha de acordo com a sua situação.

1. Idade: _____

2. Sexo: _____

3. Nacionalidade: _____

4. Habilitações Literárias:

- ☐ Sem escolaridade;
- ☐ 1º Ciclo (1º ano até 4º ano);
- ☐ 2º Ciclo (5º ano até 6º ano);
- ☐ 3º Ciclo (7º ano até 9º ano);
- ☐ Ensino Secundário (10º ano até 12º ano);
- ☐ Licenciatura;
- ☐ Mestrado;
- ☐ Doutoramento.

5. Quantos empregos já teve até aos dias de hoje?

- ☐ 1;
- ☐ 2;
- ☐ 3;
- ☐ 4;
- ☐ 5 ou mais.

6. Há quanto tempo trabalha no seu atual local laboral?

- ☐ Menos de 1 ano;

- ☐ 1 a 3 anos;
- ☐ 3 a 6 anos;
- ☐ 6 a 9 anos;
- ☐ 10 ou mais anos.

7. Tem alguma patologia, a nível psicológico, diagnosticada?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;

8. Se respondeu afirmativamente à questão anterior indique qual/quais. _____

9. Considera-se uma pessoa ansiosa?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;

10. Alguma vez se sentiu discriminado(a) no seu local de trabalho?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;

11. Alguma vez se sentiu discriminado(a) no local de trabalho devido a problemas de saúde mental?

- ☐ Nunca;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Sempre.

12. Alguma vez ouviu comentários negativos ou de cariz preconceituoso sobre saúde mental no seu local de trabalho?

- ☐ Nunca;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Sempre.

13. Os seus colegas de trabalho são compreensivos em relação a questões de saúde mental?

- ☐ Nunca;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Sempre.

14. Sente que pode falar abertamente sobre a sua saúde mental com os seus superiores?

- ☐ Nunca;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Sempre.

15. Já foi tratado de forma diferente ou injusta, ou presenciou alguém a ser, após revelar um problema de saúde mental?

- ☐ Nunca;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;

- ☐ Frequentemente;
- ☐ Sempre.

16. Como descreveria o impacto da discriminação no seu bem-estar psicológico?

- ☐ Nenhum impacto;
- ☐ Impacto leve;
- ☐ Impacto moderado;
- ☐ Impacto significativo;
- ☐ Impacto severo.

17. Alguma vez ponderou sair do seu emprego (atual ou anterior(es)) devido a possível discriminação relacionada à saúde mental?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;

18. Sente que a discriminação no local de trabalho contribui para o agravamento de sintomas relacionados à saúde mental?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;

19. O seu local laboral oferece suporte ou recursos adequados para lidar com problemas de saúde mental?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;

20. O seu local laboral promove a inclusão de pessoas com problemas de saúde mental?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;

21. Quão eficaz considera que são as políticas da sua empresa que visam prevenir a discriminação relacionada à saúde mental?

- ☐ Muito eficazes;
- ☐ Eficazes;
- ☐ Pouco eficazes;
- ☐ Ineficazes;
- ☐ Não existem políticas específicas para tal.

22. Já foi tratado de forma menos favorável no trabalho por causa de alguma característica sua (raça, etnia, gênero, religião, orientação sexual ou por ser portador de alguma psicopatologia?)

- ☐ Nunca;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Sempre.

23. Já lhe foi negada uma promoção ou oportunidade de crescimento profissional devido à sua pertença a um grupo específico?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;

24. Algum colega ou supervisor já fez comentários ofensivos ou discriminatórios a si, diretamente?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;

25. No seu local de trabalho, existem políticas ou práticas que, embora aparentemente neutras, acabam prejudicando desproporcionalmente certos grupos (por exemplo, políticas de vestuário, horários de trabalho, etc.)?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;

26. Acredita que algumas políticas de sua empresa, mesmo sendo aplicadas de forma igual para todos, acabam desfavorecendo alguns grupos mais do que outros?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;

27. Na sua opinião, a empresa onde trabalha possui práticas de contratação que favorecem certos grupos em detrimento de outros?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;

28. Existem barreiras institucionais (como falta de adaptações ou recursos) que dificultam o seu desempenho ou crescimento profissional no seu local de trabalho?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;

29. A sua empresa implementa políticas para promover a diversidade e a inclusão no local de trabalho?

- ☐ Sim;
- ☐ Não;
- ☐ Não sei;

ANEXOS

Anexo I

BSI

(Canavarro, 1999; M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida)

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Multíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	☐	☐	☐	☐	☐
2. Desmaios ou tonturas	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	☐	☐	☐	☐	☐
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	☐	☐	☐	☐	☐
7. Dores sobre o coração ou no peito	☐	☐	☐	☐	☐
8. Medo na rua ou praças públicas	☐	☐	☐	☐	☐
9. Pensamentos de acabar com a vida	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
11. Perder o apetite	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ter impulsos que não se podem controlar	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
16. Sentir-se sozinho	☐	☐	☐	☐	☐
17. Sentir-se triste	☐	☐	☐	☐	☐
18. Não ter interesse por nada	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sentir-se atemorizado	☐	☐	☐	☐	☐
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	☐	☐	☐	☐	☐
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	☐	☐	☐	☐	☐
22. Sentir-se inferior aos outros	☐	☐	☐	☐	☐
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	☐	☐	☐	☐	☐
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	☐	☐	☐	☐	☐
25. Dificuldade em adormecer	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	☐	☐	☐	☐	☐

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	☐	☐	☐	☐	☐
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	☐	☐	☐	☐	☐
29. Sensação de que lhe falta o ar	☐	☐	☐	☐	☐
30. Calafrios ou afrontamentos	☐	☐	☐	☐	☐
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	☐	☐	☐	☐	☐
32. Sensação de vazio na cabeça	☐	☐	☐	☐	☐
33. Sensação de anestesia (encortamento ou formigueiro) no corpo	☐	☐	☐	☐	☐
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	☐	☐	☐	☐	☐
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	☐	☐	☐	☐	☐
36. Ter dificuldade em se concentrar	☐	☐	☐	☐	☐
37. Falta de forças em partes do corpo	☐	☐	☐	☐	☐
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	☐	☐	☐	☐	☐
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	☐	☐	☐	☐	☐
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	☐	☐	☐	☐	☐
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	☐	☐	☐	☐	☐
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	☐	☐	☐	☐	☐
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	☐	☐	☐	☐	☐
45. Ter ataques de terror ou pânico	☐	☐	☐	☐	☐
46. Entrar facilmente em discussão	☐	☐	☐	☐	☐
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	☐	☐	☐	☐	☐
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	☐	☐	☐	☐	☐
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	☐	☐	☐	☐	☐
50. Sentir que não tem valor	☐	☐	☐	☐	☐
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	☐	☐	☐	☐	☐
52. Ter sentimentos de culpa	☐	☐	☐	☐	☐
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo II

Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21-A)

(Apóstolo et al., 2006)

DASS-21-A
(Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F., 1995)

(Tradução e adaptação: Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C. & Azaredo, Z. A., 2005)

Por favor lê as seguintes afirmações e assinala com um círculo o número (0, 1, 2, 3) que indica quanto cada afirmação se aplica a ti *durante os últimos dias*. Não há respostas correctas ou incorrectas. Não demores demasiado tempo em cada resposta.

A escala de classificação é a seguinte:

- 0 Não se aplicou a mim.
- 1 Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo.
- 2 Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo.
- 3 Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo.

Nos últimos dias:

1.Tive dificuldade em me acalmar/descomprimir.....	0	1	2	3
2.Dei-me conta que tinha a boca seca.....	0	1	2	3
3.Não consegui ter nenhum sentimento positivo.....	0	1	2	3
4.Senti dificuldade em respirar (por exemplo, respiração excessivamente rápida ou falta de respiração na ausência de esforço físico).....	0	1	2	3
5.Foi-me difícil tomar iniciativa para fazer as coisas.....	0	1	2	3
6.Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações.....	0	1	2	3
7.Senti tremores (por exemplo, das mãos ou das pernas).....	0	1	2	3
8.Senti-me muito nervoso.....	0	1	2	3
9.Preocupe-me com situações em que poderia vir a sentir pânico e fazer um papel ridículo.....	0	1	2	3
10.Senti que não havia nada que me fizesse andar para a frente (ter expectativas positivas).....	0	1	2	3
11.Senti que estava agitado.....	0	1	2	3
12.Senti dificuldades em relaxar.....	0	1	2	3
13.Senti-me triste e deprimido.....	0	1	2	3
14.Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer.....	0	1	2	3
15.Estive perto de entrar em pânico.....	0	1	2	3
16.Não me consegui entusiasmar com nada.....	0	1	2	3
17.Senti que não valia muito como pessoa.....	0	1	2	3
18.Senti que andava muito irritável.....	0	1	2	3
19.Senti o bater do meu coração mesmo quando não fazia esforço físico (Ex: sensação de aumento do bater do coração ou falhas no bater do coração).....	0	1	2	3
20.Tive medo sem uma boa razão para isso.....	0	1	2	3
21.Senti que a vida não tinha nenhum sentido.....	0	1	2	3

Adaptação: João Apóstolo.

Anexo III

Autorizações para utilização de questionários



Carina Marques <carinamarques99@gmail.com>

Pedido de uso de instrumento BSI

Carina Marques <carinamarques99@gmail.com>
Para: mcanavarro@fpce.uc.pt

Estimada Maria Cristo Canavarro,

Espero que esta mensagem a encontre bem.

O meu nome é Carina Marques e sou estudante de Mestrado em Psicologia Clínica, na Universidade Lusíada de Lisboa. Estou a desenvolver um estudo que visa compreender a discriminação sentida por trabalhadores com possíveis patologias psicológicas, sendo que, gostaria de utilizar a sua adaptação para a população portuguesa de inventário BSI (Brief Symptom Inventory)

Dada a relevância e rigor deste instrumento para o meu projeto, venho por este meio solicitar formalmente a sua autorização para o utilizar.

Estou disponível para fornecer quaisquer informações adicionais que possam ser necessárias e comprometo-me a partilhar os resultados obtidos com a utilização da escala.

Agradeço antecipadamente pela sua atenção e fico a aguardar a sua resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Carina Marques

Carinamarques99@gmail.com



FACULDADE
DE PSICOLOGIA E DE
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



CINEICC

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que Carina Marques está autorizada a utilizar a versão portuguesa de BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos para fins de investigação.

19 de junho de 2024

Assinado por: **Maria Cristina Cruz de Sousa**
Portocarrero Canavarro
Num. de Identificação: 07278879
Data: 2024.06.19 15:04:08 +0100



CHAVE MÓVEL

Maria Cristina Canavarro

[Professora Catedrática FPCE-UC]



Carina Marques <carinamarques99@gmail.com>

Pedido de instrumento e autorização (DASS)

1 mensagem

Carina Marques <carinamarques99@gmail.com>

Para: apostolo@esenfc.pt

Estimado professor doutor João Luís Alves Apóstolo,

Espero que esta mensagem o encontre bem.

O meu nome é Carina Marques e sou estudante de Mestrado em Psicologia Clínica, na Universidade Lusíada de Lisboa. Estou a desenvolver um estudo que visa compreender a discriminação sentida por trabalhadores com possíveis patologias psicológicas e as suas respetivas represálias, sendo que, gostaria de utilizar a sua adaptação para a população portuguesa da Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS – Depression, Anxiety and Stress Scale).

Dada a relevância e rigor deste instrumento para o meu projeto, venho por este meio solicitar formalmente a sua autorização para o utilizar.

Gostaria igualmente de lhe pedir se me poderia enviar a escala, juntamente com todos os artigos que ache úteis acerca da mesma.

Estou disponível para fornecer quaisquer informações adicionais que possam ser necessárias e comprometo-me a partilhar os resultados obtidos com a utilização da escala.

Agradeço antecipadamente pela sua atenção e fico a aguardar a sua resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Carina Marques

Carinamarques99@gmail.com



Carina Marques <carinamarques99@gmail.com>

Pedido de instrumento e autorização (DASS)

Joao Apostolo <apostolo@esenfc.pt>

Para: Carina Marques <carinamarques99@gmail.com>

Cara Carina Marques

Autorizo

Uma pesquisa ajudará nos artigos de interesse

Cumprimentos

João Apóstolo

Enviado do meu iPhone

Anexo IV

Cronograma de Outubro a Agosto

Tarefa Mês	Enquadramento Teórico	Entrega para apreciação da Comissão de Ética	Método	Processo de recolha de informação	Análise de dados	Revisão	Entrega da Dissertação
Outubro	•	•					
Novembro			•				
Dezembro				•			
Janeiro				•			
Fevereiro				•			
Março					•		
Abril					•		
Maio						•	
Junho						•	
Julho						•	

Agosto								.
--------	--	--	--	--	--	--	--	---

Anexo V

Tabela de Variáveis

Variáveis	Nome do instrumento que permite avaliar essa mesma variável e número de itens que o compõe	Validado para a população Portuguesa (autores da versão original; autores do artigo de validação para a população Portuguesa)	Instrumento disponível: sim ou não?	Autorização por parte dos autores: sim ou não?	Scores que esse instrumento permite obter (em termos de escalas e subescalas) e como se calculam os mesmos
Discriminação no Trabalho	Questionário Sociodemográfico	Realizado pela autora da dissertação dado não ser possível utilizar um inventário validado para a população portuguesa que avaliasse a discriminação de colaboradores com possíveis patologias de foro psicológico no local de trabalho.	_____	_____	Avalia experiências de discriminação direta e indireta no local de trabalho relacionadas com a saúde mental, incluindo: frequência de comentários preconceituosos, compreensão e suporte de colegas e supervisores, impacto no bem-estar psicológico, políticas de inclusão e suporte organizacional, tratamento desfavorável direto, e práticas institucionais que contribuem para desigualdade.
Stress, Ansiedade e Depressão	Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21-A)	Desenvolvida por Lovibond em 1995, sendo posteriormente adaptada para a população portuguesa, por Apóstolo, Mendes e Azeredo, em 2006	sim	sim	Os itens estão distribuídos em três dimensões, cada uma mensurando singularmente os estados emocionais de depressão (itens 13, 10, 21, 17, 3, 16 e 5), ansiedade (alíneas 2, 4, 19, 7, 9, 15 e 20) e stress (itens 1, 12, 8, 18, 6, 11 e 14), com respostas fornecidas numa escala <i>Likert</i> variando de zero (Não se aplicou a mim) a três (Aplicou-se muito a mim, ou a maior parte do tempo)
Saúde Mental	Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	Foi desenvolvido por L. Derogatis em 1982 e adaptado para a população portuguesa por Canavarro em 1999, sendo posteriormente atualizado por Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida	sim	sim	O inventário compreende 53 itens, com respostas fornecidas numa escala <i>Likert</i> variando de zero (Nunca) a quatro (Muitíssimas vezes). Para este estudo, irá se utilizar o Índice Geral de Sintomas (IGS), o qual combina a intensidade do mal-estar percebido e o número de sintomas relatados. Este índice é calculado somando-se todas as respostas aos itens e dividindo pelo número total de itens respondidos (53, caso não haja respostas em branco)

