

**ERA UM VEZ UMA MULHER: MICROAGRESSÕES DE GÉNERO,
SAÚDE MENTAL E ESTRATÉGIAS DE *COPING***

BEATRIZ MARIA PEREIRA MOREIRA PINTO BARBOSA

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARTA MIGUEL

Professora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARTA MIGUEL

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Marta Miguel, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Agradeço à Maria, pela motivação constante para continuar – mesmo nos dias difíceis, lembreste-me sempre do propósito. Ao Diogo, pelo apoio moral inabalável e pela companhia neste percurso; estar “no mesmo barco” torna mais fácil atravessar a tempestade. À minha orientadora, Prof.^a Marta Miguel, pela orientação em todas as fases: da organização inicial ao desenho de metas e objetivos claros que impediram que nos perdêssemos pelo caminho. Agradeço, em particular, a disponibilidade constante e a confiança depositada; não tomo nada disso por garantido. Muito obrigada.

Um agradecimento muito especial à autora da FeMS, Miyake, por desenvolver uma escala rara e essencial para medir esta variável. O artigo com a versão atualizada, publicado em 2025, renova a esperança de que mais investigação floresça numa área científica tão necessária.

Às participantes que responderam ao meu questionário: obrigada pelo tempo, pela honestidade e pela coragem. A vossa colaboração contribuiu não só para o avanço de uma área ainda pouco explorada, como também para a nossa comunidade, ao tornar visíveis experiências que tantas vezes permanecem silenciadas. Como escreveu Audre Lorde, “é no processo de transformar o silêncio em linguagem e ação que se encontra o poder.”

Por fim, agradeço por viver em liberdade – condição que possibilita a curiosidade e o pensamento crítico. Como lembra Angela Davis, “a liberdade é uma luta constante”; que este trabalho seja uma pequena parte desse esforço contínuo.

Resumo

As microagressões de género são formas subtis e persistentes de sexismo com impacto documentado na saúde mental, mas ainda pouco investigadas em Portugal. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre microagressões de género e indicadores de saúde mental em mulheres adultas portuguesas, bem como testar secundariamente o efeito moderador de estratégias de *coping*, em especial o *coping* mal-adaptativo, nessa relação. Participaram 238 mulheres com idades entre 18 e 74 anos, recrutadas por amostragem de conveniência e bola de neve. Foi aplicado um questionário online que incluiu medidas sociodemográficas, a Escala de Microagressões Femininas (Female Microaggressions Scale, FeMS), a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) e a Escala Toulousiana de *Coping* – Reduzida (ETC-R). Os resultados indicaram que níveis mais elevados de microagressões de género associaram-se a piores indicadores de saúde mental, especialmente entre mulheres LGBTQIA+. Não se confirmou o efeito moderador do *coping* mal-adaptativo. Estratégias de *coping* adaptativas associaram-se a melhores indicadores de saúde mental. Esses achados ressaltam a relevância das microagressões de género como fator de risco para a saúde mental de mulheres, especialmente de minorias sexuais, indicando a necessidade de intervenções que visem mitigar seus efeitos e promover estratégias de *coping* adaptativas.

Palavras-chave: microagressões; género; saúde mental; *coping*; mulheres.

Abstract

Gender microaggressions are subtle, persistent forms of sexism with documented impacts on mental health, yet they remain under-examined in Portugal. This study aimed to analyse the association between gender microaggressions and mental health indicators among adult women in Portugal and, secondarily, to test whether coping strategies—particularly maladaptive coping—moderate this association. A total of 238 women aged 18–74 years were recruited via convenience and snowball sampling. Participants completed an online survey including sociodemographic measures, the Female Microaggressions Scale (FeMS), the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21), and the shortened Toulouse Coping Scale (ETC-R). Results showed that higher levels of gender microaggressions were associated with poorer mental health indicators, especially among LGBTQIA+ women. The hypothesised moderating effect of maladaptive coping was not supported. Adaptive coping strategies were associated with better mental health indicators. These findings underscore gender microaggressions as a risk factor for women’s mental health—particularly for sexual minority women—and highlight the need for interventions to mitigate their effects and promote adaptive coping.

Keywords: gender microaggressions; mental health; *coping*; women;

Índice

Introdução	8
Revisão de Literatura	10
Estado da Arte.....	16
Justificação e Relevância do Estudo.....	17
Método	19
Participantes.....	19
Instrumentos.....	20
Escala de Microagressões Femininas (FeMS).....	20
Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	22
Escala Toulousiana de Coping – Reduzida.....	22
Questionário Sociodemográfico	23
Procedimento	24
Análise de Dados.....	24
Resultados	27
Análise da Validade de Construto e da Confiabilidade da FeMS.....	27
Estatísticas Descritivas das Escalas	29
Testes de Hipóteses	33
Discussão	Error! Bookmark not defined.
Limitações e Sugestões Futuras	39
Conclusão.....	42
Referências Bibliográficas	44
Anexos	50

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estatística descritiva dos itens da FeMS (N = 238).....	27
Tabela 2 - Estatística descritiva das subescalas e escala total FeMS.....	30
Tabela 3 - Estatística descritiva das subescalas e escala total EADS-21.....	30
Tabela 4 - Estatística descritiva das subescalas ETC-R.....	31
Tabela 5 - Teste de normalidade (Kolmogorov–Smirnov) para escalas e subescalas	32
Tabela 6 - Coeficientes de correlação de Pearson e Spearman entre microagressões (FeMS_TOTAL) e saúde mental (EADS_TOTAL).....	33
Tabela 7 - Regressão linear da variável FeMS_TOTAL na saúde mental (EADS_TOTAL) .	33
Tabela 8 - Estatística descritiva por grupo (LGBTQIA+ vs. não minoria) para as escalas FEMS_TOTAL e EADS_TOTAL.....	34
Tabela 9 - Resultados do teste de Mann–Whitney U para EADS_TOTAL por pertença a minorias sexual.....	34
Tabela 10 - Resultados do teste t para FeMS_TOTAL por pertença a minorias sexual	35
Tabela 11 - Regressões hierárquicas para testar o papel moderador do coping adaptativo (N = 238).....	35
Tabela 12 - Regressões hierárquicas para testar o papel moderador do coping mal-adaptativo (N = 238).....	35

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo da FeMS.....	28
--------------------------------	----

Introdução

A discriminação de género, entendida como preconceito com base no género, tem vindo a ser amplamente documentada como um fator de risco para o bem-estar e a saúde mental das mulheres em diferentes contextos sociais e culturais (Eagly & Mladinic, 1994; World Health Organization [WHO], 2022). Apesar dos avanços legislativos e sociais em matéria de direitos das mulheres, formas subtis de discriminação continuam a persistir, nomeadamente as microagressões de género, que correspondem a comentários, comportamentos ou práticas quotidianas frequentemente inconscientes ou não intencionais, mas que comunicam hostilidade, desvalorização ou inferioridade relativamente às mulheres (Sue et al., 2007; Pierce, 1970; Nadal, 2008; Barreto & Doyle, 2023). Estas microagressões podem assumir diferentes formas, tais como objetificação sexual, suposições de inferioridade, negação da existência de sexismo, imposição de papéis tradicionais de género, uso de linguagem sexista e experiências ambientais de exclusão, manifestando-se no quotidiano das mulheres e contribuindo para um clima psicológico de desigualdade (Capodilupo et al., 2010; Miyake, 2018).

Vários estudos nacionais e internacionais destacam não só a prevalência destas microagressões, mas também a sua influência negativa na saúde mental das mulheres, traduzido em níveis mais elevados de ansiedade, depressão, ruminação e diminuição da autoestima (Nadal, 2010; Piccinelli et al., 2023; Capodilupo et al., 2010). No contexto português, apesar do reforço legislativo pela igualdade de género e de uma maior participação feminina em todas as esferas sociais, subsistem desigualdades estruturais refletidas na divisão desigual do trabalho doméstico, na sub-representação em cargos de decisão e liderança e na experiência diária de comportamentos discriminatórios subtis (Perista et al., 2016; Torres et al., 2011). Assim, compreender de que forma as microagressões de género afetam a saúde mental da população feminina portuguesa torna-se particularmente relevante, não só pela sua atualidade, mas também pela necessidade de fundamentar políticas públicas e práticas clínicas ajustadas à realidade nacional.

Neste enquadramento, importa considerar também o papel das estratégias de *coping*, entendidas como o conjunto de processos cognitivos e comportamentais utilizados para gerir situações de *stress* ou adversidade. Estas estratégias podem funcionar como fatores de risco ou de proteção perante experiências de microagressão, dependendo do seu carácter adaptativo ou mal-adaptativo (Folkman & Moskowitz, 2004; Goreis et al., 2020). Explorar de que modo

diferentes estratégias de *coping* moderam o impacto das microagressões na saúde mental permite compreender como certos perfis de resposta ao stress podem atenuar ou amplificar os efeitos psicológicos negativos e contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes e culturalmente sensíveis.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo analisar o impacto das microagressões de género na saúde mental de mulheres adultas em Portugal, considerando o papel moderador das estratégias de *coping* adaptativas e mal-adaptativas e contemplando ainda a pertença a grupos minoritários, nomeadamente minorias étnicas, migrantes e LGBTQIA+. Especificamente, pretende-se testar as seguintes hipóteses: (1) mulheres que experienciam mais microagressões apresentam níveis mais baixos de saúde mental; (2) mulheres que pertencem a minorias (nomeadamente a comunidade LGBTQIA+) e sofrem microagressões apresentam níveis mais baixos de saúde mental do que aquelas que não pertencem a nenhuma minoria; e (3) mulheres alvo de microagressões que recorrem a estratégias adaptativas de *coping* apresentam melhor saúde mental do que aquelas que utilizam estratégias mal-adaptativas.

O presente trabalho pretende assim contribuir para o avanço do conhecimento científico nacional, adaptando instrumentos internacionais à realidade portuguesa e aprofundando a compreensão dos processos psicossociais envolvidos na relação entre microagressões, *coping* e saúde mental.

Revisão de Literatura

A conceptualização de preconceito como atitude negativa que molda relações antagônicas entre grupos dominantes e subordinados está na base do estudo do sexismo, entendido enquanto forma específica de preconceito que subordina as mulheres aos homens (Allport, 1954; Eagly & Mladinic, 1994). Contudo, o sexismo pode assumir formas abertamente negativas e violentas ou formas subtis e aparentemente positivas, frequentemente associadas ao papel tradicional da mulher como cuidadora, sendo estas últimas muitas vezes percebidas como inofensivas ou até desejáveis (Eagly & Mladinic, 1994; Fiske et al., 2007). A Teoria do Sexismo Ambivalente (Glick & Fiske, 1996) trouxe um contributo fundamental ao distinguir entre sexismo hostil, de tom abertamente negativo, e sexismo benevolente, de tom aparentemente positivo, mas que reforça o paternalismo e a desigualdade de género. Ambos os componentes estão positivamente correlacionados e cooperam na manutenção da hierarquia de género, sendo documentados em diferentes idades, culturas e contextos sociais (Glick & Fiske, 1996; Glick et al., 2000; Barreto & Doyle, 2023). Investigações demonstram que o sexismo benevolente contribui para a perpetuação dos estereótipos de género, desencorajando as mulheres a rejeitarem papéis e características tradicionalmente atribuídos ao género feminino (Barreto & Doyle, 2023; Jost & Kay, 2005).

No contexto português, apesar do reforço da legislação pela igualdade de género e do aumento da participação feminina em todas as esferas sociais, persistem desigualdades estruturais na divisão do trabalho doméstico, no acesso a cargos de decisão e nas experiências quotidianas de discriminação subtil (Perista et al., 2016; Torres et al., 2011). Estudos nacionais recentes confirmam que as mulheres continuam a ser maioritariamente responsáveis por tarefas domésticas e de cuidado, enfrentando obstáculos ao acesso a posições de liderança e à conciliação entre vida profissional e pessoal, o que reflete a persistência de normas e expectativas tradicionais associadas ao género (Perista et al., 2016; Matias et al., 2012). Esta realidade é especialmente notória quando se consideram interseccionalidades como a orientação sexual, a pertença a minorias étnicas, o estatuto de migrante ou a vivência com deficiência, contextos em que as mulheres relatam experiências acrescidas de discriminação e exclusão (Amâncio & Santos, 2021).

O reforço destas desigualdades através de práticas e discursos subtis encontra paralelo no conceito de microagressões, definido originalmente por Pierce (1970) e desenvolvido

posteriormente por Sue et al. (2007) como manifestações verbais, comportamentais ou ambientais, breves e quotidianas, que comunicam hostilidade, desprezo ou desvalorização, muitas vezes de forma não intencional. Aplicado ao género, o conceito de microagressões de género refere-se a pequenos atos ou comentários, muitas vezes invisíveis, que perpetuam estereótipos e reforçam a posição de subordinação das mulheres, incluindo manifestações de objetificação sexual, dúvidas sobre competência, suposições de inferioridade, uso de linguagem sexista e negação da existência de desigualdade (Capodilupo et al., 2010; Nadal, 2010; Miyake, 2018).

A literatura internacional sublinha que as microagressões de género não só são frequentes como apresentam efeitos cumulativos na saúde mental, sendo associadas ao aumento de sintomas de ansiedade, depressão, insatisfação corporal e menor autoestima (Sue et al., 2007; Capodilupo et al., 2010; Lui & Quezada, 2019). Estudos recentes indicam que o impacto negativo das microagressões tende a ser particularmente acentuado em mulheres pertencentes a minorias, nomeadamente mulheres LGBTQIA+, migrantes ou de minorias étnicas, devido ao efeito interseccional da discriminação (Lewis et al., 2015; P. L. Costa et al., 2023; A. Costa et al., 2023). No contexto português, as investigações também apontam para a persistência de experiências de discriminação subtil e para a associação destas vivências com piores indicadores de saúde mental e bem-estar (Perista et al., 2016).

Neste sentido, a Teoria do Stress das Minorias (Meyer, 2003) constitui um importante referencial, ao explicar como o stress crónico vivido por pessoas pertencentes a grupos marginalizados, como mulheres LGBTQIA+ ou racializadas, afeta negativamente a saúde mental. A acumulação de microagressões quotidianas contribui para sentimentos de hipervigilância, ruminação e desgaste emocional (Nadal et al., 2014; Costa A. et al., 2023).

A Teoria da Interseccionalidade (Crenshaw, 1989) complementa esta análise ao mostrar como a sobreposição de múltiplas identidades marginalizadas pode amplificar os efeitos das microagressões, criando dinâmicas de exclusão específicas que não são captadas por uma análise unidimensional da discriminação (Zelaya et al., 2023).

Além disso, a Teoria da Conservação de Recursos (Hobfoll, 1989) oferece um enquadramento adicional, sugerindo que a perda contínua de recursos psicológicos e emocionais, como autoestima ou apoio social, em resultado da exposição a microagressões, aumenta o risco de colapso psicológico, sobretudo quando os mecanismos de *coping* são mal-adaptativas.

A investigação sobre os mecanismos que podem mitigar o impacto das microagressões, nomeadamente as estratégias de *coping*, tem ganho relevância nos últimos anos. O *coping*, conceptualizado como o conjunto de pensamentos e comportamentos utilizados para lidar com situações percebidas como ameaçadoras ou stressantes, pode assumir formas adaptativas ou mal-adaptativas, sendo que as primeiras tendem a estar associadas a melhor ajustamento psicológico (Lazarus e Folkman, 1984; Nunes et al., 2014). Estudos recentes sugerem que o uso predominante de estratégias adaptativas, como o controlo ativo e a procura de suporte social, pode atenuar os efeitos negativos das microagressões na saúde mental, enquanto estratégias mal-adaptativas, como a recusa e a distração excessiva, tendem a agravar o mal-estar psicológico (A. Costa et al., 2023; Trusczyński et al., 2022; Goreis et al., 2020). Neste estudo, o *coping* é analisado como variável moderadora, ou seja, como um fator que pode influenciar a intensidade da relação entre microagressões de género e saúde mental.

Finalmente, a Abordagem das Capacidades, ou *Capabilities Approach*, proposta por Nussbaum (2000) traz uma perspetiva ética e política à discussão. Esta autora defende que a justiça social deve assegurar a todas as pessoas a possibilidade de desenvolver capacidades humanas essenciais, entre as quais a integridade psicológica e emocional. A exposição a microagressões constitui uma ameaça a essas capacidades, comprometendo o direito das mulheres a uma vida plena e digna. Assim, esta abordagem complementa os modelos explicativos prévios ao destacar a necessidade de promover contextos que permitam às mulheres florescer psicologicamente, para além de meramente evitar o sofrimento.

Estas perspetivas teóricas oferecem uma compreensão abrangente e articulada dos impactos das microagressões de género, enquadrando o presente estudo numa matriz conceptual sólida e alinhada com a literatura internacional.

Apesar do reconhecimento crescente da importância das microagressões de género e do *coping* como variáveis relevantes para a saúde mental das mulheres, a literatura em Portugal sobre o tema ainda é incipiente. Torna-se, por isso, fundamental avançar no estudo destes fenómenos no contexto nacional, aprofundando a compreensão dos seus efeitos, dos fatores que os amplificam ou atenuam, e das estratégias que promovem o bem-estar psicológico, em consonância com as orientações internacionais para a promoção da igualdade de género e da saúde mental (WHO, 2022; Barreto & Doyle, 2023).

Neste quadro conceptual, importa realçar que a investigação empírica tem procurado operacionalizar as microagressões de género através de instrumentos específicos, como a

Female Microaggressions Scale (FeMS; Miyake, 2018), validada recentemente para diferentes contextos culturais e utilizada em estudos internacionais para avaliar a frequência e o impacto destas experiências na vida quotidiana das mulheres (Kim et al., 2024; A. Costa et al., 2023). A estrutura multifatorial da FeMS permite captar as diversas dimensões das microagressões de género, incluindo objetificação sexual, assunção de inferioridade, imposição de papéis tradicionais, invalidação do sexismo, linguagem sexista e ameaças à segurança física, entre outras. O uso desta escala tem permitido demonstrar não só a ubiquidade destas experiências, mas também as suas implicações psicológicas, sociais e mesmo fisiológicas (Kim et al., 2024; Capodilupo et al., 2010; Morando & Platania, 2024).

A nível internacional, estudos como o de Kim et al. (2024) evidenciam que mulheres sujeitas a maior frequência de microagressões de género reportam níveis mais elevados de sintomas depressivos, ansiedade e menor satisfação com a vida, sendo este efeito particularmente acentuado entre mulheres pertencentes a grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade ou hierarquicamente subordinados. Estes resultados convergem com meta-análises recentes que destacam o papel moderador das estratégias de *coping* (isto é, que o *coping* altera a força da associação entre microagressões e saúde mental; níveis mais elevados de *coping* adaptativo tendem a atenuá-la, enquanto *coping* mal-adaptativo a intensifica) na relação entre microagressões e saúde mental, reforçando a importância de promover recursos individuais e contextuais que favoreçam respostas adaptativas ao stress (A. Costa et al., 2023; Trusczyński et al., 2022).

No caso português, embora ainda exista uma relativa escassez de investigação quantitativa com recurso a escalas específicas como a FeMS, estudos nacionais documentam a presença persistente de discriminação subtil, sexismo moderno e microagressões, bem como o seu impacto negativo na saúde mental e no bem-estar das mulheres (Martins et al., 2020; Perista et al., 2016; Amâncio & Santos, 2021). Destaca-se também a importância de considerar a diversidade de experiências das mulheres em função de variáveis sociodemográficas e identitárias, nomeadamente a orientação sexual, a etnia e o estatuto socioeconómico, tendo em conta que a acumulação de minorias pode amplificar a exposição a microagressões e os seus efeitos deletérios (Torres et al., 2011; Lewis et al., 2015).

Importa ainda referir que o contexto sociopolítico, a evolução das políticas públicas e o discurso mediático têm influência direta sobre a perceção e manifestação das microagressões de género. Por exemplo, o aumento da visibilidade de movimentos feministas e LGBTQIA+, bem como as alterações legislativas relativas à igualdade de género e proteção contra

discriminação, contribuem para uma maior consciencialização destes fenómenos, mas também podem provocar reações opostas e resistência, materializadas em formas mais subtis de sexismo e hostilidade (Anduiza & Rico, 2024; Off et al., 2022). Assim, o estudo das microagressões de género e dos mecanismos de *coping* deve ser contextualizado e ancorado nas dinâmicas sociais e culturais locais, de modo a compreender as especificidades do contexto português e a identificar estratégias de intervenção eficazes.

Por fim, a compreensão do papel das microagressões de género na saúde mental das mulheres, assim como o papel moderador das estratégias de *coping* (isto é, a forma como diferentes estratégias de enfrentamento podem atenuar ou intensificar a associação entre microagressões e saúde mental), reveste-se de particular relevância à luz das diretrizes internacionais que reconhecem a saúde mental como um direito humano fundamental e salientam a necessidade de combater todas as formas de desigualdade e discriminação (World Health Organization, 2022; United Nations, 2023). Este enquadramento pode ainda ser articulado com a *Capabilities Approach* de Martha Nussbaum, que conceptualiza a saúde mental não apenas como ausência de doença, mas como capacidade fundamental para o florescimento humano (Nussbaum, 2011). Este enquadramento reforça a pertinência do presente estudo e a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre estes fenómenos no contexto nacional, com vista à promoção do desenvolvimento de políticas e práticas que promovam a igualdade, o respeito pela diversidade e o bem-estar psicológico de todas as mulheres.

De acordo com a literatura recente, a análise das microagressões de género destaca a sua natureza cumulativa e o efeito prolongado sobre a saúde mental das mulheres. Revisões sistemáticas e meta-análises demonstram que a exposição continuada a microagressões resulta não só em sintomas clínicos, como depressão e ansiedade, mas também em sentimentos de isolamento social, diminuição da autoestima e prejuízo do funcionamento psicológico global (Capodilupo et al., 2010; A. Costa et al., 2023; Lui & Quezada, 2019). Estes efeitos são agravados quando as mulheres pertencem simultaneamente a vários grupos minoritários, como é o caso de mulheres LGBTQIA+, mulheres negras ou imigrantes, que relatam maior frequência e intensidade de microagressões, reforçando a necessidade de um olhar interseccional (Lewis et al., 2015; P. L. Costa et al., 2023; Torres et al., 2011).

Neste contexto, as estratégias de *coping* (ou seja, os esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelos indivíduos para lidar com situações avaliadas como stressantes, de acordo com Lazarus & Folkman, 1984) desempenham um papel fundamental

como moderadoras da relação entre microagressões e saúde mental. A literatura distingue entre estratégias adaptativas, como o suporte social, a resolução ativa de problemas e o enfrentamento reflexivo, e estratégias mal-adaptativas, como a evitação, o isolamento ou a negação (Lazarus & Folkman, 1984; Nunes et al., 2014; Truszczynski et al., 2022). Estudos longitudinais e transversais indicam que mulheres que utilizam predominantemente estratégias adaptativas reportam melhor saúde mental e maior resiliência face às microagressões, ao passo que aquelas que recorrem a estratégias mal-adaptativas evidenciam maior vulnerabilidade a sintomas depressivos e ansiosos, bem como menor autoestima (Kim et al., 2024; A. Costa et al., 2023; Nadal, 2010).

No caso português, investigações recentes sublinham o papel dos fatores contextuais na definição das respostas ao sexismo e às microagressões, nomeadamente o suporte familiar, as redes de amizade e as oportunidades de participação cívica (Perista et al., 2016). A existência de redes de apoio sólidas tem-se revelado protetora, mitigando os efeitos deletérios da discriminação e promovendo o bem-estar psicológico. Por outro lado, a ausência de suporte ou o isolamento aumentam a propensão para recorrer a estratégias mal-adaptativas e potenciam o risco de perturbação emocional (Amâncio & Santos, 2021).

Importa ainda referir que, a nível internacional, a validação da FeMS e de outras escalas afins tem vindo a demonstrar a sua adequação para capturar as diversas manifestações de microagressões em diferentes contextos culturais, incluindo o português (Miyake, 2018; Kim et al., 2024). Estes instrumentos têm-se mostrado sensíveis não apenas à frequência das experiências, mas também à sua intensidade e impacto subjetivo, permitindo análises mais granulares e informadas sobre os fatores de risco e de proteção no percurso psicológico das mulheres.

Finalmente, importa salientar a necessidade de aprofundar a investigação sobre microagressões de género em Portugal, à semelhança do que já se verifica noutros países, reconhecendo as especificidades locais e a influência de fatores estruturais, institucionais e simbólicos na perpetuação da desigualdade. Tal implica um investimento contínuo na recolha de dados empíricos, na validação de instrumentos e na implementação de programas de prevenção e intervenção, contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas mais justas e eficazes na promoção da saúde mental e da igualdade de género (World Health Organization, 2022; United Nations, 2023; Amâncio & Santos, 2021).

Estado da Arte

Apesar dos avanços teóricos e do crescente interesse acadêmico, a investigação empírica sobre microagressões de gênero e as suas consequências para a saúde mental ainda é escassa, especialmente em Portugal. Os primeiros estudos internacionais centraram-se predominantemente no contexto norte-americano, identificando que as microagressões são experiências frequentes e normalizadas, com consequências adversas para o bem-estar psicológico, a autoestima e a participação social das mulheres (Capodilupo et al., 2010; Nadal, 2010). Meta-análises recentes reforçam esta associação negativa, documentando que a exposição recorrente a microagressões está correlacionada com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa, maior frequência de ruminação e sentimentos de injustiça ou desvalorização, sobretudo em mulheres jovens, pertencentes a minorias sexuais, étnicas ou com deficiência (A. Costa et al., 2023; Lui & Quezada, 2019; Kim et al., 2024).

No contexto português, estudos como os de Martins et al. (2020) e Amâncio e Santos (2021) evidenciam que, embora haja uma crescente consciencialização dos direitos das mulheres, as microagressões continuam a ser subestimadas e frequentemente desvalorizadas tanto por homens como por mulheres. Investigações recentes confirmam a persistência de sexismo subtil, especialmente sob a forma de microagressões, e o seu papel negativo na saúde mental das mulheres, traduzindo-se em maior prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e insatisfação com a vida (Martins et al., 2020; Perista et al., 2016). A validação de instrumentos como a Female Microaggressions Scale (FeMS) em contextos internacionais, e a sua recente tradução e adaptação cultural para o contexto português no âmbito do presente estudo, têm permitido aferir de forma mais rigorosa a frequência, tipologia e intensidade das microagressões, destacando a importância de considerar fatores socioculturais e identitários na análise destes fenómenos (Miyake, 2018; Kim et al., 2024).

Estudos longitudinais e transversais têm demonstrado que a utilização de estratégias de *coping* adaptativas, como o suporte social e a resolução ativa de problemas, pode atenuar significativamente o impacto das microagressões na saúde mental, ao passo que estratégias mal-adaptativas, como a evitação ou o isolamento, potenciam a vulnerabilidade psicológica e emocional (Nunes et al., 2014; Trusczyński et al., 2022; Kim et al., 2024). Estes resultados têm implicações relevantes não só para a compreensão dos mecanismos subjacentes à relação entre microagressões e saúde mental, mas também para o desenvolvimento de intervenções e políticas públicas que promovam o empoderamento das mulheres e a sua resiliência face à discriminação.

Apesar da crescente produção científica, subsistem lacunas importantes, nomeadamente ao nível da caracterização das microagressões em grupos minoritários específicos, como mulheres LGBTQIA+, mulheres migrantes ou mulheres com deficiência, e da compreensão dos processos interseccionais que amplificam a vulnerabilidade a estes fenómenos (Lewis et al., 2015; Torres et al., 2011). Torna-se assim premente o desenvolvimento de investigação nacional que aprofunde estes aspetos, contribuindo para uma resposta mais eficaz e informada aos desafios enfrentados pelas mulheres em Portugal.

Justificação e Relevância do Estudo

A relevância de aprofundar o estudo das microagressões de género e do seu impacto na saúde mental das mulheres é sustentada tanto pela literatura internacional como pelos dados nacionais, que convergem na indicação de que estas experiências não só persistem como assumem formas cada vez mais subtis e difíceis de identificar (Capodilupo et al., 2010; Martins et al., 2020). Apesar dos avanços legislativos e sociais registados nas últimas décadas, a discriminação de género mantém-se como um fenómeno estrutural, com repercussões significativas no bem-estar, na autoestima e no desempenho social e académico das mulheres (World Health Organization [WHO], 2022; Amâncio & Santos, 2021). Estudos prévios documentam que o impacto das microagressões se faz sentir tanto a curto como a longo prazo, afetando negativamente a saúde mental, promovendo sintomas depressivos e ansiosos, bem como sentimentos de insegurança e baixa autoeficácia (Barreto & Doyle, 2023; A. Costa et al., 2023; Kim et al., 2024).

Importa ainda sublinhar que a compreensão das estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres face às microagressões se revela fundamental para delinear intervenções eficazes. A evidência aponta para a importância de estratégias de *coping* adaptativas na atenuação dos efeitos negativos destas experiências, enquanto o recurso a estratégias mal-adaptativas tende a agravar o sofrimento psicológico (Nunes et al., 2014; Trusczyński et al., 2022). No contexto português, poucos estudos abordam a relação entre microagressões, *coping* e saúde mental, sendo fundamental colmatar esta lacuna, não só pela atualidade do tema, mas também pela necessidade de fundamentar políticas públicas e práticas de intervenção mais ajustadas à realidade nacional (Martins et al., 2020; Torres et al., 2011).

Deste modo, o presente estudo visa contribuir para o avanço do conhecimento científico sobre o impacto das microagressões de género na saúde mental da população feminina em

Portugal, analisando simultaneamente o papel moderador das estratégias de *coping*, com particular atenção aos contextos interseccionais em que as mulheres se inserem. Tal abordagem permitirá não só enriquecer a literatura nacional e internacional sobre o tema, como também fundamentar recomendações práticas para a promoção da saúde mental e o empoderamento das mulheres, alinhando-se com as orientações da Organização Mundial da Saúde e as metas para a igualdade de género definidas a nível global (WHO, 2022).

Método

O presente estudo recorreu a um desenho quantitativo, transversal e correlacional, com recurso à aplicação de questionários online para a recolha de dados numa amostra de mulheres adultas residentes em Portugal. A utilização de um inquérito online permitiu maior abrangência geográfica e diversidade sociodemográfica, da amostra, procurando garantir a inclusão de participantes com diferentes características e experiências de vida, em consonância com as boas práticas de investigação (Kim et al., 2024; WHO, 2022). Foram estabelecidos critérios de inclusão baseados na identificação de género feminino, idade igual ou superior a 18 anos e residência em território nacional, sendo excluídas respostas incompletas ou provenientes de participantes que não preenchiam estes requisitos.

Participantes

A amostra inicial incluía 239 casos. Após a análise preliminar, 1 caso foi excluído por incoerências, resultando em N = 238 para as análises principais. As participantes tinham idades entre 18 e 74 anos, recolhidas em grupos etários (18–24: 36,1%; 25–34: 27,3%; 35–44: 17,2%; 45–54: 12,6%; 55–64: 5,5%; 65–74: 1,3%). Relativamente à orientação sexual, 59,7% identificaram-se como heterossexuais, 11,8% como homossexuais, 17,6% como bissexuais, 6,3% como pansexuais, 0,8% como demissexuais, 0,4% como assexuais, 2,9% como *queer* e 0,4% como “outra”. A variável “orientação sexual” foi de resposta única e codificada numericamente para análise (1=heterossexual, 2=homossexual, 3=pansexual, 4=bissexual, 5=assexual, 6=demissexual, 7=queer, 8=outra).

No que concerne à posição socioeconómica, 38,2% situaram-se no nível médio e 45,4% no médio-alto, sendo que apenas 0,8% se classificaram como muito baixo, 9,2% como baixo, 5,9% como alto e 0,4% como muito alto.

Em termos de grau de escolaridade, 41,6% tinham licenciatura, 26,5% mestrado, 2,1% doutoramento, 13,4% ensino superior incompleto, 14,7% 12.º ano completo, 0,8% ensino secundário incompleto, 0,4% 3.º ciclo (9.º ano) e 0,4% 2.º ciclo (6.º ano).

No que respeita à etnia, a maioria das participantes identificou-se como branca ou europeia (85,7%), seguida de afrodescendentes (3,8%), asiáticas (1,7%), mistas (2,9%) e latino-americanas (5,9%).

Quanto ao estatuto de migrante, 7,1% eram migrantes e 92,9% não migrantes. O estado civil revelou que 64,3% eram solteiras, 14,7% casadas, 10,1% divorciadas, 0,4% viúvas e 10,5% viviam em união de facto.

Por fim, relativamente à presença de deficiência ou doença crónica, 16,8% reportaram esta condição, enquanto 83,2% não a apresentavam.

Instrumentos

Neste estudo, para a operacionalização das variáveis principais, foram utilizados instrumentos validados internacionalmente e adaptados para o contexto português. Todos os instrumentos utilizados revelaram boas propriedades psicométricas na amostra estudada, assegurando a robustez das medidas obtidas e dos resultados subsequentes.

Escala de Microagressões Femininas (FeMS)

A Female Microaggressions Scale (FeMS), desenvolvida por Miyake (2018), foi utilizada para avaliar a frequência de experiências de microagressões de género. A versão portuguesa foi obtida através de um processo de tradução-retrotradução, verificado por um grupo de especialistas bilingues em português e inglês e testado num grupo piloto de mulheres portuguesas, a fim de garantir a equivalência conceptual e a adequação cultural. O processo de tradução incluiu a análise fatorial confirmatória, de acordo com o modelo proposto por Miyake (2018).

A escala contém 34 itens, distribuídos por oito fatores: Assunções de Papéis Tradicionais, Invalidação da Realidade do Sexismo, Ameaça Física Implícita, Inferioridade/Cidadania de Segunda Classe, Ameaça Física Explícita, Microagressões Ambientais, Linguagem Sexista e Objetificação Sexual. Cada item é respondido numa escala de Likert de 1 (Nunca) a 5 (Muito frequentemente). Exemplos de itens incluem: “Alguém assumiu que eu não era inteligente por causa do meu género” e “Alguém me elogiou pela minha aparência antes de falar sobre outra coisa”.

No estudo original de Miyake (2018), a FeMS foi aplicada a duas amostras independentes de mulheres (N = 582 e N = 325), tendo-se obtido valores médios consistentes entre os estudos. No primeiro estudo, as médias situaram-se entre 2,02 (Linguagem Sexista) e 3,41 (Microagressões Ambientais), sendo os desvios-padrão compreendidos entre 0,60 e 0,82.

Mais concretamente, reportaram-se os seguintes valores: Assunções de Papéis Tradicionais (M = 2,95; DP = 0,82), Invalidação da Realidade do Sexismo (M = 2,68; DP = 0,74), Ameaça Física Implícita (M = 3,01; DP = 0,77), Ameaça Física Explícita (M = 2,23; DP = 0,69), Inferioridade/Cidadania de Segunda Classe (M = 2,06; DP = 0,77), Microagressões Ambientais (M = 3,41; DP = 0,60), Linguagem Sexista (M = 2,02; DP = 0,72) e Objetificação Sexual (M = 2,89; DP = 0,65). A pontuação geral apresentou média de 2,64 (DP = 0,53). No segundo estudo, os resultados mantiveram a mesma tendência, com valores médios entre 2,10 (Linguagem Sexista) e 3,41 (Microagressões Ambientais), e desvios-padrão entre 0,64 e 0,84: Assunções de Papéis Tradicionais (M = 2,85; DP = 0,84), Invalidação da Realidade do Sexismo (M = 2,80; DP = 0,64), Ameaça Física Implícita (M = 2,96; DP = 0,75), Ameaça Física Explícita (M = 2,34; DP = 0,67), Inferioridade/Cidadania de Segunda Classe (M = 2,22; DP = 0,77), Microagressões Ambientais (M = 3,41; DP = 0,64), Linguagem Sexista (M = 2,10; DP = 0,79) e Objetificação Sexual (M = 2,89; DP = 0,71), com score geral de 2,69 (DP = 0,53).

Relativamente à consistência interna, todas as subescalas apresentaram valores adequados de α de Cronbach em ambas as amostras. No primeiro estudo, os valores oscilaram entre $\alpha = 0,73$ (Objetificação Sexual) e $\alpha = 0,84$ (Assunções de Papéis Tradicionais e Linguagem Sexista), enquanto no segundo estudo variaram entre $\alpha = 0,74$ (Invalidação da Realidade do Sexismo e Objetificação Sexual) e $\alpha = 0,83$ (Linguagem Sexista). Estes resultados confirmam a fiabilidade da FeMS, demonstrando que as dimensões apresentam consistência interna elevada e comparável entre as duas amostras.

Estes valores demonstram que, na conceção original da escala, as formas mais frequentemente reportadas de microagressões foram as ambientais (como representações mediáticas e desigualdades estruturais), seguidas das ameaças físicas implícitas e das assunções de papéis tradicionais. Já as dimensões menos reportadas foram a linguagem sexista e a inferioridade/cidadania de segunda classe, ainda que presentes de forma consistente nas duas amostras.

A escala FeMS não possui um ponto de corte formal validado que permita classificar de modo binário quem “sofre microagressões” *versus* quem não sofre. Por isso, neste estudo considerou-se que participantes com pontuações iguais ou superiores à média da escala indicam uma frequência relativamente alta de microagressões. Este procedimento é coerente com a prática em estudos semelhantes, que utilizam scores médios ou latentes para indicar maior exposição quando não há limiar claramente estabelecido, por exemplo, Matsuzaka et al. (2022) na Gendered Racial Microaggressions Scale com comparação de médias latentes entre grupos.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

A saúde mental foi avaliada pela versão portuguesa da EADS-21, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21; Pais-Ribeiro et al., 2004), originalmente desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995). A escala contém 21 itens divididos em três subescalas: Ansiedade, Depressão e Stress, cada uma com sete itens. Os itens são avaliados numa escala de 0 (“Não se aplicou de todo”) a 3 (“Aplicou-se muito ou na maioria do tempo”). Exemplos incluem: “Senti-me assustado sem motivo” (Ansiedade) e “Senti que não tinha nada pelo que esperar” (Depressão).

Cada subescala tem uma pontuação mínima de 0 e máximo de 21, enquanto a pontuação total pode variar entre 0 e 63. Valores mais elevados em cada subescala indicam níveis mais altos de sintomatologia específica, enquanto a pontuação total reflete um indicador global de saúde mental, correspondendo a piores indicadores de bem-estar psicológico.

Na versão original (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995), a escala apresentou consistência interna elevada, com α de Cronbach de 0,91 para Depressão, 0,84 para Ansiedade e 0,90 para Stress. Na adaptação portuguesa (EADS-21; Pais-Ribeiro et al., 2004), obtiveram-se valores igualmente satisfatórios: $\alpha = 0,85$ para Depressão, $\alpha = 0,74$ para Ansiedade e $\alpha = 0,81$ para Stress. Estes resultados confirmam que tanto a versão original como a versão portuguesa apresentam boas propriedades psicométricas, assegurando a adequação do instrumento para a avaliação da sintomatologia de ansiedade, depressão e stress em populações adultas.

Escala Toulousiana de Coping – Reduzida

As estratégias de coping foram avaliadas através da Escala Toulousiana de Coping – Reduzida (ETC-R; Nunes et al., 2014), permitindo a análise das dimensões adaptativas e mal-adaptativas. A versão original da Escala Toulousiana de Coping foi desenvolvida em França por Bruchon-Schweitzer e Paulhan (1993), sendo composta por 62 itens que avaliavam diferentes estilos de coping em situações de stresse. A versão reduzida utilizada neste estudo (ETC-R), adaptada e validada para a população portuguesa por Nunes et al. (2014), é composta por 18 itens distribuídos em cinco fatores: Controlo, Recusa, Conversão, Suporte Social e Distração. Cada fator reflete uma dimensão específica das estratégias de coping, que podem ser classificadas como adaptativas (Controlo, Suporte Social, Distração) ou mal-adaptativas

(Recusa, Conversão), segundo a literatura internacional (Carver & Connor-Smith, 2010; Goreis et al., 2020).

Cada item é respondido numa escala de 1 (Nunca) a 5 (Muito frequentemente). Exemplos de itens incluem: “Enfrento a situação” (Controlo) e “Evito encontrar-me com pessoas” (Conversão). As pontuações mínimas e máximas possíveis variam entre 1 e 5 por item, podendo cada fator apresentar valores médios entre 1 e 5, enquanto a soma total dos 18 itens pode variar entre 18 e 90 pontos.

No estudo original francês (Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1993), a escala apresentou consistência interna adequada, com alfas de Cronbach geralmente acima de 0,70 para os principais fatores. Na versão portuguesa reduzida (Nunes et al., 2014), a escala total apresentou um α de Cronbach de 0,70, considerado aceitável para medidas psicométricas em contexto de investigação. Ao nível das subescalas, a consistência interna variou entre $\alpha = 0,59$ e $\alpha = 0,80$: Controlo ($\alpha = 0,80$), Recusa ($\alpha = 0,67$), Conversão ($\alpha = 0,66$), Suporte Social ($\alpha = 0,64$) e Distração ($\alpha = 0,59$). Apesar de algumas subescalas apresentarem valores abaixo do ponto de referência clássico (0,70), estes são considerados aceitáveis em escalas curtas, refletindo estabilidade psicométrica.

Deste modo, a ETC-R permite calcular pontuações médias por subescala e uma pontuação total. Valores mais elevados em fatores adaptativos refletem maior tendência para respostas eficazes de enfrentamento, enquanto valores mais elevados em fatores mal-adaptativos indicam maior recurso a estratégias disfuncionais de *coping*.

Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico foi especificamente para este estudo, incluindo variáveis como idade, escolaridade, orientação sexual, etnia, estatuto de migrante, estado civil e presença de deficiência ou doença crónica. As perguntas foram fechadas, organizadas por categorias, e visaram caracterizar de forma detalhada a amostra e identificar possíveis variáveis de controlo. Exemplos de perguntas incluem: “Qual a sua idade?” (resposta em grupos etários) e “A sua orientação sexual é...?” (com várias opções, incluindo a possibilidade de resposta aberta).

Procedimento

Antes de iniciar a investigação e aplicar os instrumentos psicométricos, procedeu-se à obtenção formal de autorização junto dos respetivos autores/detentores dos direitos de propriedade intelectual. Tal como recomendado nas diretrizes do International Test Commission, qualquer tradução ou adaptação de um teste requer que se obtenha primeiro o consentimento do titular dos direitos de autor, pois as escalas são criações protegidas e apenas podem ser reproduzidas ou modificadas mediante autorização (International Test Commission, 2017). Seguindo este princípio, foi enviado um pedido escrito aos autores dos instrumentos utilizados neste estudo, que autorizaram a sua utilização e adaptação para a população portuguesa (Anexo A).

A recolha de dados foi realizada entre março e maio de 2025, através da divulgação do formulário (Anexo B) por redes sociais, email, contactos institucionais e pedidos de divulgação a associações de mulheres e estudantes, de modo a garantir a máxima heterogeneidade possível. A participação foi voluntária, anónima e realizada mediante consentimento informado, salvaguardando os princípios éticos da investigação científica e de acordo com as orientações da APA (American Psychological Association [APA], 2020) e da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Análise de Dados

Após a recolha dos dados, estes foram tratados e analisados no IBM SPSS Statistics 30 e no AMOS 30, seguindo as recomendações internacionais para análise estatística em ciências sociais (Field, 2020; Kline, 2016).

Inicialmente, foi efetuada a limpeza da base de dados e a verificação de valores atípicos, tendo sido eliminado o participante 133 por apresentar valores extremos e incoerentes. De seguida, as estatísticas descritivas foram calculadas para todas as variáveis principais e sociodemográficas, incluindo médias, desvios-padrão, frequências e percentagens, bem como as estatísticas de assimetria (skewness) e curtose (kurtosis) para avaliação preliminar da normalidade dos dados, de acordo com as recomendações de George e Mallery (2022).

Para além da análise descritiva, foi realizada a verificação da normalidade das principais variáveis (EADS-21, FeMS total e subescalas, *coping* total e subescalas) através do teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo considerado $p < 0,05$ indicativo de desvio da normalidade. Foram ainda inspecionados graficamente os histogramas, Q-Q plots e boxplots.

Em termos de análise de fiabilidade, o alfa de Cronbach foi calculado para todas as escalas e subescalas, sendo considerados valores $\geq 0,70$ como indicadores de boa consistência interna (Nunnally & Bernstein, 1994). Para aferir a adequação dos dados à análise fatorial confirmatória (AFC), foram efetuados o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett, com valores de KMO superiores a 0,80 e significância no teste de Bartlett ($p < 0,001$) a indicarem condições apropriadas para a AFC (Kaiser, 1974; Bartlett, 1954; Hair et al., 2019; Field, 2020).

No AMOS, foi testado o modelo da escala FeMS, com oito fatores correspondentes às subescalas, avaliando-se o ajustamento do modelo pelos principais índices (χ^2/df , CFI, TLI, RMSEA, SRMR), sendo aceites valores de CFI e TLI superiores a 0,90, RMSEA inferior a 0,08 e SRMR inferior a 0,08, conforme os critérios de Hu e Bentler (1999).

A normalidade univariada foi avaliada pelos coeficientes de assimetria e curtose dos itens. Seguindo West, Finch e Curran (1995), considerou-se aceitável $|\text{skew}| < 2$ e $|\text{kurtosis}| < 7$. Adicionalmente, tomaram-se como referência os limiares de não-normalidade severa propostos por Kline (2016) ($\text{skew} > 3$ ou $\text{kurtosis} > 10-11$). A avaliação formal foi complementada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov (para $N > 50$) e pela inspeção de histogramas, Q-Q plots e boxplots para confirmar a forma das distribuições e detetar possíveis outliers.

A análise das hipóteses do estudo começou pela verificação de correlações entre as variáveis principais (microagressões, saúde mental e *coping*), recorrendo-se ao coeficiente de Spearman ou ao coeficiente de Pearson, consoante a confirmação do requisito de normalidade da distribuição das variáveis. Nas correlações, reporteii estimativas de Pearson acompanhadas de intervalos de confiança a 95% obtidos por bootstrapping com 5.000 reamostragens (método bias-corrected and accelerated) e, para sensibilidade, estimei Spearman, que reproduziu o mesmo padrão de direção e significância. Com base no critério de normalidade, foram também utilizados testes paramétricos (teste t de Student) ou não paramétricos (Mann-Whitney U/ Wilcoxon), para comparação de médias entre grupos, nomeadamente, no caso de mulheres pertencentes ou não à comunidade LGBTQIA+. Nas comparações entre grupos, utilizei t de Student e, quando a homogeneidade de variâncias foi rejeitada pelo teste de Levene, recorri ao t de Welch, apresentando igualmente intervalos de confiança bootstrapped; como verificação adicional, comparei os resultados com alternativas não paramétricas (Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis, conforme aplicável), que confirmaram as conclusões dos testes paramétricos.

A análise das hipóteses principais foi efetuada através de regressões lineares e hierárquicas. Foram verificados os pressupostos de linearidade, independência dos erros (Durbin–Watson), homocedasticidade e ausência de multicolinearidade (VIF). Nas regressões e nos modelos de moderação, estimei os coeficientes por MQO com erros-padrão robustos (HC3) e intervalos de confiança bootstrapped (5.000 reamostragens), testei a heterocedasticidade (Breusch–Pagan) e verifiquei a ausência de multicolinearidade problemática ($VIF < 5$). Avaliei ainda transformações monotónicas (e.g., Yeo–Johnson), mas, por não alterarem o padrão de resultados e por razões de interpretabilidade, mantive as escalas originais. Para testar os efeitos de moderação, as variáveis independentes e moderadoras (microagressões, *coping* adaptativo e *coping* mal-adaptativo) foram centradas na média, e os termos de interação foram incluídos em blocos sucessivos. A moderação foi considerada significativa quando o termo de interação apresentou coeficiente estatisticamente significativo e ΔR^2 relevante.

Para as análises de moderação, as variáveis microagressões, *coping* adaptativo e *coping* mal-adaptativo foram previamente centradas pela subtração da média, conforme recomendado para regressões hierárquicas com variáveis de interação (Aiken & West, 1991; Hayes, 2018). Foram então criadas as variáveis de interação “microagressões_centrado x *coping*_adaptativo_centrado” e “microagressões_centrado x *coping*_mal-adaptativo_centrado”. Para testar a hipótese da moderação, foi realizada uma regressão múltipla hierárquica em três blocos: no primeiro bloco foram inseridas as variáveis sociodemográficas de controlo, no segundo bloco as variáveis microagressões e *coping* (adaptativo ou mal-adaptativo), e no terceiro bloco a variável de interação correspondente. Este procedimento permitiu avaliar se o *coping* modificava a força da relação entre as microagressões e a saúde mental das participantes, interpretando-se como moderação significativa a existência de um efeito estatisticamente significativo da interação no último bloco.

Em suma, as conclusões assentam em modelos paramétricos e revelaram-se robustas a estimativas bootstrapped, erros-padrão robustos e testes não paramétricos, mitigando preocupações decorrentes da não normalidade estatística detetada pelo Kolmogorov–Smirnov em amostras grandes (Field, 2020; West, Finch, & Curran, 1995; Kline, 2016). Todos os procedimentos foram realizados com o rigor científico adequado, garantindo a validade dos resultados apresentados.

Resultados

Análise Fatorial Confirmatória da FeMS

O teste KMO foi superior a 0,90, e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ($p < 0,001$), indicando a adequação dos dados para análise fatorial (Anexo C). Todos os itens apresentaram valores de assimetria e curtose dentro dos parâmetros recomendados ($|\text{skew}| < 2$; $|\text{kurtosis}| < 7$), indicadores usuais de ausência de desvio severo à normalidade (West et al., 1995; Hair et al., 2019). Adicionalmente, não foram observados valores que excedam $\text{skew} \approx 3$ ou $\text{kurtosis} \approx 10-11$, patamares a partir dos quais se considera não-normalidade severa em modelos fatoriais/SEM (Kline, 2016; Byrne, 2016). (Tabela 1).

A análise fatorial confirmatória do modelo, realizada por modelação de equações estruturais (SEM) com estimador ML (Figura 1), confirmou a estrutura de oito fatores proposta por Miyake (2018), apresentando bons índices de ajustamento: $\chi^2/df = 2,01$; CFI = 0,928; TLI = 0,913; RMSEA = 0,065; SRMR = 0,059; RMR padronizado = 0,057 (ver Anexo C; Kline, 2016; Byrne, 2016). Os valores observados cumprem as recomendações usuais (CFI/TLI $\geq 0,90$; RMSEA $\leq 0,08$; SRMR $\leq 0,08$), sugerindo ajustamento global adequado (Kline, 2016).

Tabela 1

Estatística descritiva dos itens da FeMS (N = 238)

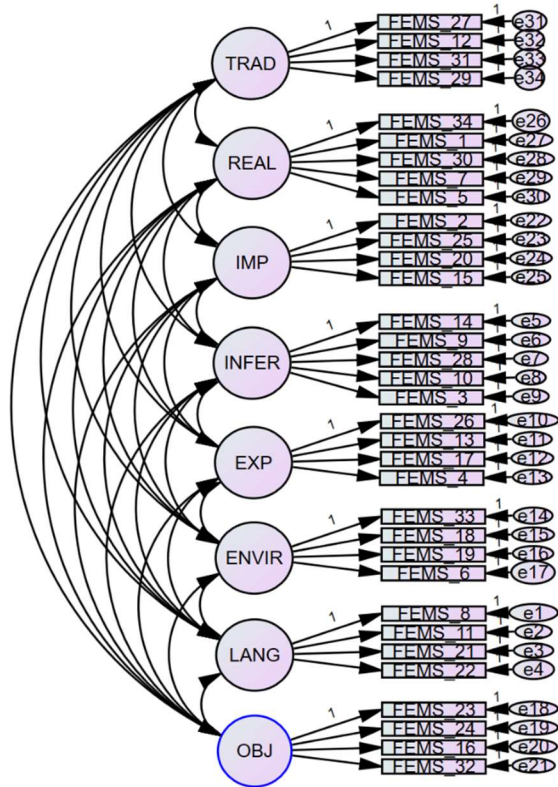
Item	M	DP	Min	Max	Assimetria	Curtose
FeMS_1	2,56	1,08	1	5	0,47	-0,65
FeMS_2	3,05	0,99	1	5	-0,21	-0,73
FeMS_3	1,94	1,06	1	5	1,06	0,18
FeMS_4	2,49	0,97	1	5	0,27	-0,6
FeMS_5	3,24	0,91	1	5	-0,34	-0,31
FeMS_6	3,28	0,85	1	5	-0,21	-0,23
FeMS_7	3,05	0,92	1	5	-0,14	-0,33
FeMS_8	1,95	0,96	1	5	0,93	0,47
FeMS_9	2,03	1,03	1	5	0,85	-0,01
FeMS_10	2,03	1,02	1	5	0,89	0,07
FeMS_11	1,82	0,96	1	5	1,25	0,93
FeMS_12	2,81	1,13	1	5	0,01	-0,92
FeMS_13	2,21	0,97	1	5	0,71	-0,18
FeMS_14	1,7	0,95	1	5	1,57	2,22
FeMS_15	3,13	0,91	1	5	-0,07	-0,24
FeMS_16	2,39	0,98	1	5	0,55	-0,29
FeMS_17	2,48	1,03	1	5	0,37	-0,56

FeMS_18	3,23	0,85	1	5	-0,26	-0,11
FeMS_19	3,31	0,82	1	5	-0,38	-0,12
FeMS_20	2,74	1,14	1	5	0,19	-0,89
FeMS_21	1,85	0,94	1	5	1,28	1,15
FeMS_22	2,07	1,01	1	5	0,82	0,1
FeMS_23	2,93	0,9	1	5	-0,06	-0,3
FeMS_24	2,98	0,85	1	5	-0,17	-0,01
FeMS_25	2,39	1,04	1	5	0,54	-0,49
FeMS_26	2,66	0,87	1	5	0,31	-0,08
FeMS_27	2,85	1,16	1	5	0,15	-0,95
FeMS_28	1,94	1,04	1	5	1	0,46
FeMS_29	3,05	0,99	1	5	-0,19	-0,6
FeMS_30	2,98	0,97	1	5	-0,04	-0,64
FeMS_31	2,75	1,07	1	5	0,22	-0,6
FeMS_32	3,51	0,7	1	5	-0,51	0,43
FeMS_33	3,58	0,76	1	5	-0,61	0,4
FeMS_34	2,95	0,95	1	5	0,01	-0,38

Nota. M = média; DP = desvio-padrão.

Figura 1

Modelo da FeMS



Análise de Consistência Interna das Escalas

O alfa de Cronbach da FeMS total para a amostra deste estudo foi de $\alpha = 0,947$, com valores por subescala variando entre $\alpha = 0,712$ (Objetificação Sexual) e $\alpha = 0,848$ (Linguagem Sexista e Inferioridade/ Cidadania de Segunda Classe), refletindo excelente consistência interna na escala total e boa a muito boa nas subescalas, de acordo com critérios usuais ($\alpha \geq .90$ excelente; $\geq .80$ bom; $\geq .70$ aceitável) (George & Mallery, 2022).

Na presente amostra, a escala EADS-21 apresentou excelente consistência interna ($\alpha = 0,930$), em linha com o valor da validação portuguesa original ($\alpha = 0,920$; Pais-Ribeiro et al., 2004), bem como com os valores reportados no estudo original de Lovibond e Lovibond (1995).

Os valores de alfa de Cronbach da ETC-R foram de 0,87 para a escala total, com os fatores apresentando valores entre 0,75 e 0,84, indicando boa fiabilidade. Estes resultados estão em linha com os estudos originais de validação da escala (Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1993; Nunes et al., 2014).

Estatísticas Descritivas das Escalas

No estudo original da FeMS (Miyake, 2018) não foram estabelecidos pontos de corte; a interpretação é dimensional, baseada em médias e desvios-padrão por item/fator e na proporção de respostas elevadas por item (valores 3–4, “moderadamente/frequentemente”).

De forma convergente, estudos subsequentes (e.g., Kim et al., 2024) trataram a FeMS como variável contínua em análises de regressão, moderação e correlação, sem definir limiares de “alta exposição”. Em linha com esta prática, não utilizei classificações dicotómicas (e.g., “baixa” vs. “alta” exposição com base na média). Em vez disso, reporto: (i) médias e desvios-padrão das pontuações por fator e total; (ii) a distribuição das pontuações (assimetria/curtose) e (iii) a proporção de participantes que assinalaram valores 3-4 em cada item/fator, como indicador descritivo de exposição elevada *ao nível do item/fator*, conforme o procedimento do estudo original. Todas as análises inferenciais (associações com saúde mental e testes de moderação) foram conduzidas com a pontuação contínua da FeMS.

As participantes reportaram níveis moderados-elevados de exposição a microagressões de género, com pontuação total média na FeMS de $M = 89,95$ ($DP = 19,80$; variação: 34–159) (Tabela 2). A distribuição da pontuação total apresentou assimetria ligeira ($skew \approx -0,08$) e curtose próxima de zero ($kurtosis \approx -0,10$), ambas dentro dos limites usuais ($|skew| < 2$; $|kurtosis|$

< 7), o que indica ausência de desvio severo à normalidade e suporta o uso de métodos baseados em máxima verossimilhança (West, Finch, & Curran, 1995; Hair et al., 2019; Kline, 2016; Byrne, 2016).

Tabela 2

Estatística descritiva das subescalas e escala total FeMS.

Variável	M	DP	Min	Max	Assimetria	Curtose
FeMS_TRAD	11,48	3,47	4	16	-0,48	-0,76
FeMS_REAL	14,79	3,75	5	20	-0,37	-0,67
FeMS_IMP	11,29	3,27	4	16	-0,42	-0,65
FeMS_INFER	9,64	4,03	5	20	0,83	-0,05
FeMS_EXP	9,8	3,07	4	16	0,22	-0,62
FeMS_ENVIR	13,4	2,55	5	16	-1,13	0,85
FeMS_LANG	7,7	3,21	4	16	0,8	0
FeMS_OBJ	11,84	2,5	5	16	-0,36	-0,25
FeMS_TOTAL	89,95	19,8	42	136	-0,08	-0,12

Nota. M = média; DP = desvio-padrão.

Os sintomas de saúde mental avaliados pela EADS-21 apresentaram $M = 24,996$ ($\approx 25,00$) e $DP = 15,03$ (variação: 0-62), indicando níveis moderados de sintomatologia global (depressão, ansiedade e stress) na amostra (Tabela 3). A distribuição mostrou ligeira assimetria positiva ($skew = 0,35$) e curtose negativa ($kurtosis = -0,58$, platicúrtica), ambas dentro dos limites usuais ($|skew| < 2$; $|kurtosis| < 7$), sinalizando ausência de não-normalidade severa e suportando o uso de métodos baseados em máxima verossimilhança (West, Finch, & Curran, 1995; Hair et al., 2019; Kline, 2016; Byrne, 2016).

Tabela 3

Estatística descritiva das subescalas e escala total EADS-21

Variável	M	DP	Min	Max	Assimetria	Curtose
EADS_Depressão	7,68	5,67	0	21	0,48	-0,67
EADS_Ansiedade	6,81	5,68	0	21	0,7	-0,56
EADS_Stress	10,51	5,24	0	21	-0,05	-0,67
EADS_TOTAL	25,00	15,03	0	62	0,35	-0,59

Nota. M = média; DP = desvio-padrão.

A subescala de *Coping* Adaptativo (“Controlo”) apresentou $M = 3,42$ ($DP = 0,76$), enquanto o *Coping* Mal-adaptativo (média composta de “Recusa”, “Conversão” e “Distração”) apresentou $M = 2,84$ ($DP = 0,71$), sugerindo recurso mais frequente a estratégias adaptativas do que mal-adaptativas (Tabela 4). A distribuição do *Coping* Adaptativo evidenciou ligeira assimetria negativa ($skew \approx -0,25$) e curtose ligeiramente platicúrtica ($kurtosis \approx -0,39$), ao passo que o *Coping* Mal-adaptativo apresentou ligeira assimetria positiva ($skew \approx 0,19$) e curtose próxima de zero ($kurtosis \approx 0,10$). Em ambos os casos, os valores situam-se dentro dos limites usuais ($|skew| < 2$; $|kurtosis| < 7$), indicando ausência de não-normalidade severa e suportando o uso de estimativas baseadas em máxima verosimilhança (West, Finch, & Curran, 1995; Hair et al., 2019; Kline, 2016; Byrne, 2016).

Tabela 4

Estatística descritiva das subescalas ETC-R

Variável	M	DP	Min	Max	Assimetria	Curtose
<i>Coping</i> _Controle	17,16	4,58	5	25	-0,33	-0,47
<i>Coping</i> _Recusa	9,36	3,12	4	20	0,43	-0,04
<i>Coping</i> _Conversão	7,33	2,9	3	15	0,39	-0,54
<i>Coping</i> _S.Social	9,64	2,91	3	15	-0,13	-0,7
<i>Coping</i> _Distração	9,08	2,76	3	15	0,08	-0,56
<i>Coping</i> _Adaptativo	26,8	6,45	8	40	-0,25	-0,41
<i>Coping</i> _Mal-adaptativo	25,76	6,82	10	50	0,19	0,07

Nota. M = média; DP = desvio-padrão.

Testes de Normalidade

Inspecionei graficamente os histogramas, Q-Q plots e boxplots das variáveis principais – FeMS_TOTAL, EADS_TOTAL e as subescalas de *coping* (*Coping* Adaptativo e *Coping* Mal-adaptativo) – bem como, de forma exploratória, as subescalas da EADS-21 (Depressão, Ansiedade, Stress). A FeMS_TOTAL apresentou distribuição aproximadamente simétrica; EADS_TOTAL e as subescalas de *coping* exibiram ligeira assimetria (consistente com os valores de *skew* e *kurtosis* reportados), e as subescalas Depressão, Ansiedade e Stress mostraram desvios modestos à normalidade esperada para medidas de sintomas.

Embora a avaliação preliminar (assimetria, curtose e inspeção gráfica) indicasse adequação global das distribuições, procedi à avaliação formal com o teste de Kolmogorov–Smirnov, recomendado para amostras superiores a 50 (Field, 2020). Os resultados indicaram

desvio significativo da normalidade para EADS_TOTAL ($p < 0,001$), para *Coping* Adaptativo e *Coping* Maldaptativo ($p < 0,050$), bem como para as subescalas Depressão, Ansiedade e Stress ($p < 0,050$). Em contraste, a FeMS_TOTAL apresentou não-significância ($p = 0,073$), compatível com a inspeção visual (Tabela 5).

Tabela 5

Teste de normalidade (Kolmogorov–Smirnov) para escalas e subescalas

Variável	K-S	<i>p</i>
FeMS_TRAD	0,06	0,086
FeMS_REAL	0,06	0,099
FeMS_IMP	0,06	0,1
FeMS_INFER	0,09	0,001
FeMS_EXP	0,07	0,021
FeMS_ENVIR	0,06	0,109
FeMS_LANG	0,07	0,039
FeMS_OBJ	0,09	0,001
FeMS_TOTAL	0,04	0,751
EADS_Depressao	0,07	0,008
EADS_Ansiedade	0,09	< 0,001
EADS_Stress	0,06	0,088
EADS_TOTAL	0,07	0,01
<i>Coping</i> _Controle	0,07	0,03
<i>Coping</i> _Recusa	0,08	0,002
<i>Coping</i> _Conversão	0,07	0,032
<i>Coping</i> _S.Social	0,08	0,004
<i>Coping</i> _Distração	0,06	0,049
<i>Coping</i> _Adaptativo	0,06	0,369
<i>Coping</i> _Mal-adaptativo	0,05	0,513

Nota. K-S = Kolmogorov-Smirnov; *p* = nível de significância.

Apesar de várias subescalas apresentarem resultados significativos no teste de Kolmogorov–Smirnov, os coeficientes de assimetria e curtose mantiveram-se dentro de limites usuais ($|skew| < 2$; $|kurtosis| < 7$) e a inspeção gráfica (histogramas, Q-Q plots e boxplots) indicou desvios apenas ligeiros. Assim, conduzi as análises principais com métodos paramétricos, assegurando a sua robustez por meio de procedimentos complementares.

Testes de Hipóteses

A hipótese 1 (H1) de que maiores níveis de microagressões de género estariam associados a pior saúde mental foi testada inicialmente através da correlação de Spearman entre o total da FeMS (microagressões) e a EADS-21 (saúde mental). Observou-se uma correlação positiva, forte e estatisticamente significativa ($\rho = 0,610$; $p < 0,001$), indicando que a exposição a microagressões está associada a um agravamento dos sintomas de depressão, ansiedade e stress (Tabela 6).

Tabela 6

Coefficientes de correlação de Pearson e Spearman entre microagressões (FeMS_TOTAL) e saúde mental (EADS_TOTAL)

Método	Coefficiente (r / ρ)	p
Pearson r	0,42	$< 0,001$
Spearman ρ	0,42	$< 0,001$

Nota. r = coeficiente de correlação de Pearson; ρ = coeficiente de correlação de Spearman; p = nível de significância.

Para reforçar a evidência de que as microagressões predizem pior saúde mental, estimei uma regressão linear simples com a pontuação total de microagressões (FeMS total) a predizer a sintomatologia global (EADS-21 total). O modelo foi significativo, explicando 18% da variância, $R^2 = 0,18$, $F(1, 236) = 51,37$, $p < 0,001$. O coeficiente não padronizado foi $B = 0,08$ (IC 95% [0,06; 0,10]), $t(236) = 7,17$, $p < 0,001$, correspondendo a um coeficiente padronizado $\beta = 0,42$. Em termos práticos, um aumento de 10 pontos na FeMS associa-se, em média, a um acréscimo de 0,80 pontos na EADS; por sua vez, um aumento de 1 DP na FeMS está associado a 0,42 DP na EADS (Tabela 7).

Tabela 7

Regressão linear da variável FeMS_TOTAL na saúde mental (EADS_TOTAL)

Parâmetro	B	EPB	β	t	p
Intercepto	-3,87	4,12	—	-0,94	0,35
FeMS_TOTAL	0,32	0,05	0,42	7,17	$< 0,001$

Nota. B = coeficiente não padronizado; EPB = erro padrão de B ; β = coeficiente padronizado; t = valor do teste t ; p = nível de significância.

Para analisar se as mulheres pertencentes à comunidade LGBTQIA+ apresentavam pior saúde mental e mais microagressões do que as mulheres não pertencentes a minorias – hipótese 2 (H2), foram utilizadas análises descritivas (médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos, assimetria e curtose por grupo (Tabela 8) e o teste de Mann-Whitney U.

Tabela 8

Estatística descritiva por grupo (LGBTQIA+ vs. não minoria) para as escalas FEMS_TOTAL e EADS_TOTAL

Variável	Grupo	N	Min	Max	M	DP	Assimetria	Curtose
FEMS_TOTAL	Não minoria	142	34	151	85,35	19,79	0,264	-0,43
FEMS_TOTAL	Minoria	96	57	159	96,75	17,86	-0,07	0,25
EADS_TOTAL	Não minoria	142	0	62	22,62	14,8	0,489	-0,375
EADS_TOTAL	Minoria	96	0	62	28,88	14,6	0,198	-0,669

Nota. N = tamanho da amostra; M = média; DP = desvio-padrão

O teste de Mann-Whitney U indicou que as participantes LGBTQIA+ apresentaram postos médios significativamente superiores na escala EADS_TOTAL ($U = 5029,5$, $Z = -3,43$, $p < 0,001$), indicando pior saúde mental. Os postos médios foram 138,11 (minoria) e 106,92 (não minoria) (Tabela 9).

Tabela 9

Resultados do teste de Mann-Whitney U para EADS_TOTAL por pertença a minoria sexual

Grupo	N	Posto médio	Soma dos postos
Não minoria	142	106,92	15182,50
Minoria	96	138,11	13258,50

Nota. N = número total de casos; $U = 5029,50$; $Z = -3,43$; p (bilateral) $< 0,001$.

No teste t para amostras independentes, observou-se também uma diferença significativa ($t(236) = -3,17$; $p = 0,002$; diferença média = -6,17; IC 95% [-10,01; -2,33]), com um tamanho de efeito moderado ($d = -0,418$). Para a variável FeMS_TOTAL, as mulheres LGBTQIA+ apresentaram valores significativamente mais elevados do que as não minorias ($t(236) = -4,53$; $p < 0,001$; diferença média = -11,40; IC 95% [-16,35; -6,44]; $d = -0,57$) (Tabela 10).

Tabela 10

Resultados do teste t para FeMS_TOTAL por pertença a minoria sexual

Grupo	N	M	DP
Não minoria	142	85,35	19,79
Minoria	96	96,75	17,86

Nota. $T(236) = -4,53$; $p < 0,001$; diferença = -11,40; IC 95% [-16,35; -6,44]; $d = -0,60$.

Para testar o papel moderador das estratégias de *coping* – hipótese 3 (H3), foram conduzidas regressões múltiplas hierárquicas. No modelo que considerou o *coping* adaptativo (“controlo”), o termo de interação entre microagressões e *coping* adaptativo não atingiu significância estatística ($\beta = 0,058$; $p = 0,335$), indicando que esta estratégia não exerceu efeito moderador significativo na amostra estudada (Tabela 11).

Tabela 11

Regressões hierárquicas para testar o papel moderador do coping adaptativo (N = 238)

Parâmetro	B	EPB	β	t	p
Intercepto	24,966	0,887	0	28,145	< 0,001
FeMS_TOTAL (centrado)	0,321	0,045	0,423	7,144	< 0,001
<i>Coping</i> adaptativo (centrado)	-0,03	0,14	-0,013	-0,216	0,829
Interação	0,006	0,006	0,058	0,966	0,335

Nota. R^2 (sem interação) = 0,179; R^2 (com interação) = 0,183; $\Delta R^2 = 0,003$; $F\Delta = 0,93$; $p\Delta = 0,335$. Variáveis independentes foram centradas antes da criação dos termos de interação.

No modelo que considerou o *coping* mal-adaptativo (soma de “recusa”, “conversão” e “distração”), o termo de interação entre microagressões e *coping* mal-adaptativo não atingiu significância estatística ($B = -0,002$; $\beta = -0,018$; $t = -0,301$; $p = 0,764$). O modelo com a interação explicou a mesma proporção de variância que o modelo anterior ($R^2 = 0,196$; $\Delta R^2 = 0,000$). Assim, o *coping* mal-adaptativo não moderou significativamente a relação entre microagressões e saúde mental nesta amostra. (Tabela 12).

Tabela 12*Regressões hierárquicas para testar o papel moderador do coping mal-adaptativo (N = 238)*

Parâmetro	B	EPB	β	t	p
Intercepto	25,062	0,906	0	27,653	< 0,001
FeMS_TOTAL (centrado)	0,291	0,046	0,383	6,257	< 0,001
Coping mal-adaptativo (centrado)	0,308	0,137	0,14	2,256	0,025
Interação	-0,002	0,006	-0,018	-0,301	0,764

Nota. R^2 (sem interação) = 0,196; R^2 (com interação) = 0,196; $\Delta R^2 = 0,000$; $F\Delta = 0,09$; $p\Delta = 0,764$. Variáveis independentes foram centradas antes da criação dos termos de interação.

Não foram conduzidas análises exploratórias adicionais com variáveis sociodemográficas (ex.: idade, escolaridade, etnia, estado civil, deficiência/doença crônica), por três razões principais: (1) várias categorias apresentavam um número muito reduzido de participantes e distribuição assimétrica, comprometendo a robustez estatística; (2) verificou-se um forte desequilíbrio amostral entre grupos, como por exemplo a predominância de mulheres jovens, brancas/europeias e heterossexuais, face a categorias minoritárias com frequências residuais; e (3) o desenho do estudo foi delineado para testar hipóteses específicas centradas nas microagressões, *coping* e saúde mental, pelo que a realização de análises exploratórias adicionais poderia aumentar o risco de erro tipo I. Assim, optou-se metodologicamente por não realizar essas análises no presente trabalho. Estas poderão, contudo, ser consideradas em futuros estudos com amostras maiores e mais equilibradas.

Discussão

Os resultados indicam uma associação positiva e estatisticamente significativa entre a frequência de microagressões de gênero e a sintomatologia de saúde mental. À medida que aumentam as pontuações na FeMS_TOTAL (maior exposição a microagressões), observam-se pontuações mais elevadas na EADS_TOTAL (maior gravidade de sintomas de depressão, ansiedade e stress).

Estes resultados estão em consonância com a literatura existente, que tem documentado vínculos consistentes entre as microagressões e o bem-estar psicológico das mulheres (Capodilupo et al., 2010; Nadal et al., 2011; A. Costa et al., 2023). Tal como sugerido por Meyer (2003), na sua Teoria do Stress das Minorias, as microagressões funcionam como fatores de stress crónico que se acumulam ao longo do tempo, contribuindo para a deterioração da saúde mental em populações marginalizadas, contudo, o presente desenho não permite inferir direção temporal ou relações causais. A vulnerabilidade é agravada pela internalização do sexismo, pela falta de reconhecimento social dessas agressões e pelo carácter ambíguo que as torna difíceis de denunciar (Sue et al., 2007).

A regressão linear simples evidenciou uma relação estatisticamente significativa entre microagressões (FeMS_TOTAL) e saúde mental (EADS_TOTAL), explicando 18% da variância ($R^2 = .18$; $F(1,236) = 51,37$; $p < .001$), com $B = 0,32$ ($\beta = .42$; $p < .001$). Apesar do modelo não explicar a totalidade da variabilidade, o $R^2 = .18$ é consistente com investigações anteriores que reportam associações de magnitude pequena a moderada e demonstram o papel das microagressões como gatilhos de sofrimento emocional acumulado (Kim et al., 2024; Lui & Quezada, 2019; Miyake, 2018).

A literatura também tem apontado para os mecanismos através dos quais essas experiências afetam a saúde mental: desde a ruminação cognitiva, a hipervigilância e a desregulação emocional (Nadal et al., 2014; Costa A. et al., 2023). Estudos como o de Capodilupo et al. (2010) demonstram empiricamente que mulheres expostas a microagressões têm maior prevalência de depressão e ansiedade, mesmo quando comparadas com outras formas de discriminação mais evidentes. Num plano mais filosófico, Simone de Beauvoir (1949) já destacava o modo como a construção do “Outro feminino” implica uma violência simbólica constante, muitas vezes invisível, mas profundamente nociva.

No contexto nacional, estudos como os de Amâncio e Santos (2021) e Antunes et al. (2024) documentam a presença recorrente de microagressões em ambientes laborais, escolares e institucionais portugueses. Além disso, relatórios da CIG (2024) evidenciam uma correlação entre sexismo subtil e piores indicadores de saúde mental nas mulheres, reforçando a pertinência dos resultados obtidos neste estudo, apesar de não estar estabelecida a causalidade.

Os resultados obtidos confirmam a hipótese de que as mulheres pertencentes à comunidade LGBTQIA+ experienciam um número significativamente maior de microagressões e apresentam piores indicadores de saúde mental quando comparadas com mulheres não pertencentes a minorias. O teste de Mann-Whitney U indicou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para a variável EADS_TOTAL, e os tamanhos de efeito (d de Cohen) foram de magnitude moderada para ambas as variáveis.

Relativamente à análise por subgrupos, as participantes que se identificaram como LGBTQIA+ apresentaram pontuações mais elevadas tanto em exposição a microagressões como em sintomatologia. O teste de Mann-Whitney U indicou diferenças estatisticamente significativas entre grupos na EADS_TOTAL, com tamanhos de efeito moderados. Estes padrões são compatíveis com a hipótese de vulnerabilidade interseccional (Meyer, 2003; Crenshaw, 1989; Nadal et al., 2011; Zelaya et al., 2023). As mulheres LGBTQIA+ estão expostas a esta forma particular de vulnerabilidade interseccional: não apenas sofrem sexismo, mas também homo/bi/transfobia, o que duplica ou triplica as fontes de microagressão. Esse contexto de stress constante pode contribuir tanto para o agravamento da saúde mental quanto para uma maior perceção e sensibilidade às microagressões, formando um ciclo mutuamente reforçador. Ou seja, não só as mulheres LGBTQIA+ sofrem mais microagressões, como estas podem ter um impacto cumulativo mais severo na sua saúde mental, o que, por sua vez, pode aumentar a vulnerabilidade psicológica, gerando maior hipervigilância e perceção ampliada de estímulos hostis (Meyer, 2003; Nadal et al., 2011).

Este ciclo pode ser entendido à luz da Teoria da Interseccionalidade (Crenshaw, 1989) e reforçado por estudos sobre minorias sexuais e saúde mental (Zelaya et al., 2023).

Os resultados sugerem que as microagressões estão associadas a piores indicadores de saúde mental, mas as estratégias de *coping* mal-adaptativas não amplificaram significativamente esse efeito negativo. Tanto as estratégias adaptativas quanto as mal-adaptativas não exerceram um papel moderador estatisticamente significativo na relação entre

microagressões e saúde mental, embora o *coping* adaptativo continue a associar-se a melhores resultados globais de bem-estar psicológico.

Esta ausência de moderação significativa pode estar relacionada com o facto de as estratégias de *coping*, por si só, não serem suficientes para mitigar o impacto de experiências de stresse social crónico, como as microagressões. Em contextos onde estas são frequentes e subtilmente normalizadas, as respostas de *coping* tendem a ser condicionadas por fatores culturais e emocionais. Estratégias como a recusa ou a distração podem servir, a curto prazo, como mecanismos de autoproteção, evitando o confronto direto com o agressor e reduzindo o desconforto imediato. No entanto, a sua eficácia pode ser limitada, não prevenindo o desgaste emocional cumulativo (Szymanski & Lewis, 2016).

Além disso, a ausência de moderação pode refletir uma falta de estratégias de *coping* adaptativas especificamente orientadas para lidar com microagressões de género. Como argumentam Szymanski e Lewis (2016), as pessoas raramente recebem formação ou apoio psicológico que lhes permita identificar e gerir adequadamente o sexismo subtil, o que dificulta o desenvolvimento de respostas de enfrentamento eficazes. Assim, o *coping* mal-adaptativo pode não intensificar estatisticamente o efeito das microagressões, mas revela-se insuficiente para proteger contra os seus efeitos prejudiciais.

À luz da Teoria da Conservação de Recursos (Hobfoll, 1989), a exposição prolongada a microagressões pode esgotar recursos emocionais e cognitivos, independentemente do tipo de *coping* utilizado, levando a um declínio na capacidade de adaptação. Deste modo, a ausência de um efeito moderador significativo não implica ausência de influência psicológica do *coping*, mas pode indicar que, perante níveis elevados de stresse crónico, até as estratégias mais adaptativas se tornam menos eficazes.

Assim, estes resultados sublinham a necessidade de intervenções psicológicas e educativas que não apenas ensinem estratégias de *coping*, mas também promovam contextos sociais que reduzam a exposição a microagressões e validem as experiências das mulheres.

Limitações e Sugestões Futuras

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados e na orientação de futuras investigações. Em primeiro lugar, trata-se de um estudo transversal, limitando a possibilidade de estabelecer relações causais entre as variáveis analisadas. Estudos longitudinais são necessários para clarificar a direção das associações entre

microagressões, estratégias de *coping* e saúde mental, bem como para compreender potenciais efeitos acumulativos destas experiências ao longo do tempo (Nadal et al., 2011).

A amostra foi recrutada através de métodos não probabilísticos, especificamente por amostragem por conveniência e bola de neve, o que pode introduzir enviesamentos de seleção e comprometer a representatividade da população-alvo (Kim et al., 2024). Este tipo de amostragem pode privilegiar participantes com maior acesso à internet e redes sociais, ou com maior interesse na temática, reduzindo a diversidade de experiências e dificultando a generalização dos resultados (Perista et al., 2016; A. Costa et al., 2023). Para além disso, embora o foco na população feminina portuguesa seja uma mais-valia em termos de contributo nacional, os resultados devem ser interpretados com cautela quando considerados para contextos socioculturais distintos, dada a influência do enquadramento cultural na manifestação de sexismo e microagressões (Amâncio & Santos, 2021; Torres et al., 2011).

Outra limitação relevante reside na utilização de instrumentos de autorresposta, o que pode potenciar enviesamentos de desejabilidade social ou memória (Nadal, 2010). Estudos anteriores sugerem que a tendência a minimizar experiências negativas ou a responder de acordo com normas sociais pode subestimar a frequência real de microagressões e sintomas psicopatológicos (Barreto & Doyle, 2023; Sue et al., 2007). Adicionalmente, a tradução e adaptação cultural de escalas, embora tenham seguido boas práticas, carecem ainda de maior validação em amostras independentes e diversificadas para garantir equivalência conceptual (Miyake, 2018; Nunes et al., 2014).

Apesar de se ter considerado uma abordagem interseccional na análise dos dados sociodemográficos, a amostra apresentou alguma homogeneidade em termos de escolaridade e localização geográfica, bem como reduzida representatividade em certas categorias minoritárias (ex.: etnia, orientação sexual, deficiência/doença crónica). Este cenário limita a análise de subgrupos minoritários e a compreensão aprofundada de experiências interseccionais de discriminação (Lewis et al., 2017; A. Costa et al., 2023). Futuras investigações deverão privilegiar a recolha de amostras mais heterogéneas, incluindo mulheres de diferentes níveis socioeconómicos, identidades de género não-binárias, etnias e regiões do país, bem como considerar grupos populacionais masculinos e não-binários para melhor compreensão das diferenças e especificidades de género.

Sugere-se ainda a utilização de métodos mistos, incluindo entrevistas qualitativas e diários experienciais, para captar nuances das experiências de microagressão e estratégias de

coping que podem não ser plenamente abrangidas por questionários quantitativos (Lewis et al., 2017; Nadal, 2010). A triangulação de métodos permitiria validar os dados recolhidos e aprofundar o entendimento dos mecanismos subjacentes às relações identificadas.

Por fim, recomenda-se que futuras investigações explorem o papel de variáveis moderadoras e mediadoras adicionais, tais como apoio social, resiliência, estilos parentais, ambiente escolar e laboral, bem como a influência de fatores macroestruturais, como políticas públicas de igualdade de género e campanhas de sensibilização (Jost & Kay, 2005; WHO, 2022). A compreensão da combinação destes fatores permitirá desenhar intervenções mais eficazes e sensíveis às necessidades de diferentes subgrupos de mulheres, contribuindo para a promoção da saúde mental e da equidade de género em Portugal e noutros contextos.

Conclusão

O presente estudo permitiu aprofundar a compreensão sobre o papel das microagressões de género na saúde mental de mulheres adultas em Portugal, destacando ainda a relevância das estratégias de *coping* no ajustamento psicológico. Sustentados numa amostra diversificada e em instrumentos validados e adaptados ao contexto nacional, os resultados vêm confirmar a atualidade e pertinência das microagressões enquanto forma subtil e persistente de sexismo, que continua a afetar o quotidiano feminino mesmo em sociedades com avanços legislativos e culturais significativos.

Do ponto de vista empírico, demonstrou-se que a frequência das microagressões está significativamente associada a piores indicadores de saúde mental, nomeadamente sintomas de ansiedade, depressão e stress, em consonância com a literatura internacional (Kim et al., 2024; Capodilupo et al., 2010; A. Costa et al., 2023). Estes achados reforçam que, mesmo expressões subtis de discriminação, como as microagressões, têm efeitos mensuráveis e prejudiciais no bem-estar psicológico das mulheres.

No plano teórico, os dados corroboram a Teoria do Stress das Minorias (Meyer, 2003) e a Teoria da Conservação de Recursos (Hobfoll, 1989), evidenciando que o stress crónico gerado por experiências de microagressão consome recursos emocionais e psicológicos, aumentando o risco de sofrimento mental. A realidade portuguesa, tal como documentada por Amâncio e Santos (2021) e Torres et al. (2011), confirma que o sexismo subtil continua enraizado e se associa negativamente à saúde mental feminina.

A análise interseccional revelou que mulheres pertencentes a minorias sexuais experienciam níveis mais elevados de microagressões e pior saúde mental. Este fenómeno pode ser compreendido à luz da discriminação interseccional (Crenshaw, 1989), que intensifica a vulnerabilidade psicológica e contribui para uma maior exposição a contextos de stress social. O ciclo de agravamento da saúde mental alimenta-se da hipervigilância e da perceção contínua de ameaças, tornando as microagressões ainda mais perniciosas (Nadal et al., 2012; Zelaya et al., 2023). Tal reforça a importância de uma abordagem interseccional na investigação e intervenção psicológica.

No que respeita às estratégias de *coping*, observou-se que as estratégias adaptativas se associam a melhor saúde mental, enquanto as estratégias mal-adaptativas, como recusa e distração, se relacionam com piores resultados psicológicos. Contudo, contrariamente à

hipótese inicial, o *coping* mal-adaptativo não moderou significativamente a relação entre microagressões e saúde mental. Este resultado sugere que, embora o *coping* influencie o bem-estar psicológico, o efeito das microagressões pode ser tão penetrante e cumulativo que ultrapassa o impacto das respostas individuais de enfrentamento.

Do ponto de vista teórico, esta ausência de moderação pode dever-se ao facto de muitas das estratégias consideradas mal-adaptativas funcionarem, em determinados contextos, como respostas de autoproteção momentânea, reduzindo o desconforto imediato sem necessariamente agravar o sofrimento a longo prazo (Szymanski & Lewis, 2016). Além disso, a falta de preparação psicológica e educacional para lidar com o sexismo subtil pode limitar o desenvolvimento de estratégias de *coping* mais eficazes (Szymanski & Lewis, 2016). Assim, o presente estudo realça a necessidade de intervenções culturalmente sensíveis que promovam o reconhecimento das microagressões e o desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas e sustentáveis, tanto em contextos individuais como institucionais.

Em suma, este trabalho contribui para a compreensão do impacto das microagressões de género na saúde mental e destaca a importância de abordar estas dinâmicas a partir de uma perspectiva integradora, interseccional e promotora de bem-estar psicológico e igualdade de género.

Referências Bibliográficas

- Adorean, E.C., Botelho, D. F., Pimenta, I., Duarte de Carvalho, G. S., & Costa, M. (2023). *Employment and gender inequalities: Towards a more cohesive and genderneutral transport sector in Portugal*. *Work*, 76(2), 835–851. <https://doi.org/10.3233/WOR-210458>
- Anduiza, E., & Rico, G. (2024). *Sexism and the far-right vote: The individual dynamics of gender backlash*. *American Journal of Political Science*. <https://doi.org/10.1111/ajps.12759>
- Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Sage.
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Addison-Wesley.
- Amâncio, L., & Santos, M. H. (2021). *Gender Equality and Modernity in Portugal. An Analysis on the Obstacles to Gender Equality in Highly Qualified Professions*. *Social Sciences*, 10(5), 162. <https://doi.org/10.3390/socsci10050162>
- Antunes, F. M., Cardoso, F., & Ferreira, P. (2024). Microagressões, exaustão e sofrimentos ético e por fenómeno impostor na imagiologia nacional. *Revista Portuguesa de Imagiologia Médica e Radioterapia*, 36(2), 17–27. https://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-13512024000200005
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). APA.
- Barreto, M., & Doyle, D. M. (2023). *Benevolent and hostile sexism in a shifting global context*. *Nature reviews psychology*, 2(2), 98-111. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00136-x>
- Bartlett, M. S. (1954). A note on the multiplying factors for various χ^2 approximations. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)*, 16(2), 296–298.
- Beauvoir, S. de. (1949). *Le deuxième sexe*. Gallimard.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1993). *Le coping: stratégies d'ajustement au stress*. Presses Universitaires de France.
- Byrne, B. M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (3rd ed.). Routledge.

- Capodilupo, C., Nadal, K. L., Corman, L., Hamit, S., Lyons, O. B., & Weinberg, A. (2010). *The manifestation of gender microaggressions*. In D. Sue, *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact* (p. 193-216). John Wiley and Sons.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). *Personality and coping*. *Annual Review of Psychology*, *61*, 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2024). *Igualdade de género em Portugal: Boletim estatístico 2024*. CIG. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2025/05/boletim-estatistico2024_FINAL.pdf
- Costa, A., Santos, P., & Matos, M. (2023). *Gender microaggressions and mental health outcomes: Evidence from Portugal*. *Psychologica*, *66*(1), 101–119. <https://impactum-journals.uc.pt/psychologica>
- Costa, P. L., McDuffie, J. W., Brown, S. E. V., He, Y., Ikner, B. N., Sabat, I. E., & Miner, K. N. (2023). Microaggressions: Mega problems or micro issues? A meta-analysis. *Journal of Community Psychology*, *51*(1), 137–153. <https://doi.org/10.1002/jcop.22885>
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the intersection of race and sex*. *University of Chicago Legal Forum*, *1989*(1), 139–167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Eagly, A. H., & Mladinic, A. (1994). *Are people prejudiced against women? Some answers from research on attitudes, gender stereotypes, and judgments of competence*. *European Review of Social Psychology*, *5*(1), 1–35. <https://doi.org/10.1080/14792779543000002>
- Field, A. (2020). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). Sage.
- George, D., & Mallery, P. (2022). *IBM SPSS statistics 28 step by step: A simple guide and reference* (18th ed.). Routledge.
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). *The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism*. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(3), 491–512. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.491>
- Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Saiz, J. L., Abrams, D., Masser, B., ... & López, W. (2000). *Beyond prejudice as simple antipathy*. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*(5), 763–775. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.5.763>

- Goreis, A., Asbrock, F., Nater, U. M., & Mewes, R. (2020). What mediates the relationship between ethnic discrimination and stress? Coping strategies and perceived social support of Russian immigrants in Germany. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 557148. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.557148>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hobfoll, S. E. (1989). *Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist, 44*(3), 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). *Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis. Structural Equation Modeling, 6*(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- International Test Commission. (2017). *The ITC guidelines for translating and adapting tests* (2nd ed.). https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf
- Jost, J. T., & Kay, A. C. (2005). *Exposure to benevolent sexism and complementary gender stereotypes: Consequences for specific and diffuse forms of system justification. Journal of Personality and Social Psychology, 88*(3), 498–509. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.3.498>
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika, 39*(1), 31–36.
- Kim, Y., Dimberg, S. K., Spanierman, L. B., & Clark, D. A. (2024). *Gender Microaggressions That Target Women in the U.S. Military: Examining Links with Depression and the Moderating Role of Rank and Coping. Psychology of Women Quarterly, 48*(1), 108–120. <https://doi.org/10.1177/03616843231202706>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lewis, J. A., Mendenhall, R., Harwood, S. A., & Hunt, M. B. (2013). Coping with gendered racial microaggressions among Black women college students. *Journal of African American Studies, 17*(1), 51–73. <https://doi.org/10.1007/s12111-012-9219-0>

- Lewis, J. A., Williams, M. G., Peppers, E. J., & Gadson, C. A. (2017). Applying intersectionality to explore the relations between gendered racism and health among Black women. *Journal of Counseling Psychology, 64*(5), 475–486. <https://doi.org/10.1037/cou0000231>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Psychology Foundation of Australia.
- Lui, P. P., & Quezada, L. (2019). Associations between microaggression and adjustment outcomes: A meta-analytic and narrative review. *Psychological Bulletin, 145*(1), 45–78. <https://doi.org/10.1037/bul0000172>
- Martins, T. V., Santos, V. C., & Silva, R. A. (2020). O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva, 25*(7), 2793–2802. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.24322018>
- Matias, M., Andrade, C., & Fontaine, A. M. (2012). The interplay of gender, work and family in Portuguese families. *Work, Organization, Labour & Globalization, 6*(1), 11–26.
- Matsuzaka, S., Jamison, L., Avery, L. R., Schmidt, K. M., Stanton, A. G., & Debnam, K. (2022). Gendered Racial Microaggressions Scale: Measurement invariance across sexual orientation. *Psychology of Women Quarterly, 46*(2), 236–251. <https://doi.org/10.1177/03616843221118339>
- Meyer, I. H. (2003). *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence*. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Miyake, E. (2018). *Female microaggressions scale (FeMS): A comprehensive sexism scale* [Tese de doutoramento, Arizona State University]. ASU Digital Repository. <https://core.ac.uk/download/161995341.pdf>
- 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>
- Nadal, K. L. (2008). Preventing racial, ethnic, gender, sexual minority, disability, and religious microaggressions: Recommendations for promoting positive mental health. *Prevention in Counseling Psychology: Theory, research, practice and training, 2*(1), 22–27.

- Nadal, K. L. (2010). Gender microaggressions: Implications for mental health. *Feminism and women's rights worldwide*, 2, 155-175.
- Nadal, K. L., Wong, Y., Issa, M.-A., Meterko, V., Leon, J., & Wideman, M. (2011). Sexual orientation microaggressions: Processes and coping mechanisms for lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 5(1), 21–46. <https://doi.org/10.1080/15538605.2011.554606>
- Nadal, K. L., & Haynes, K. (2012). The effects of sexism, gender microaggressions, and other forms of discrimination on women's mental health and development. In P. K. Lundberg-Love, K. L. Nadal, & M. A. Paludi (Eds.), *Women and mental disorders* (pp. 87–101). Praeger/ABC-CLIO.
- Nunes, O., Brites, R., Pires, M., & Hipólito, J. (2014). *Relatório técnico – Escala toulousiana de coping (versão reduzida) ETC-R : manual técnico de utilização*. Lisboa, Portugal: Universidade Autónoma de Lisboa, Centro de Investigação em Psicologia. <https://repositorio.ual.pt/bitstreams/810910b4-e954-4e47-b206-5864d1d7ff0a/download>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Nussbaum, M. (2011). *Creating capabilities: The human development approach*. Belknap Press.
- Off, G., Charron, N., & Alexander, A. C. (2022). Who perceives women's rights as threatening to men and boys? Explaining modern sexism among young men in Europe. *Frontiers in Political Science*, 4, 909811. <https://doi.org/10.3389/fpos.2022.909811>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. (2004). *Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond*. *Psicologia, saúde & doenças*, 5(2), 229-239.
- Perista, H., Cardoso, A., Brázia, A., Abrantes, M., & Perista, P. (2016). *Os usos do tempo de homens e de mulheres em Portugal*. CESIS – Centro de Estudos para a Intervenção Social e CITE – Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego. https://eeagrants.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2019/02/INUT_livro_digital.pdf
- Piccinelli, E., Martinho, S., & Vauclair, C.-M. (2023). Expressões de microagressões dirigidas a mulheres no contexto do sistema de saúde: uma abordagem baseada em incidentes

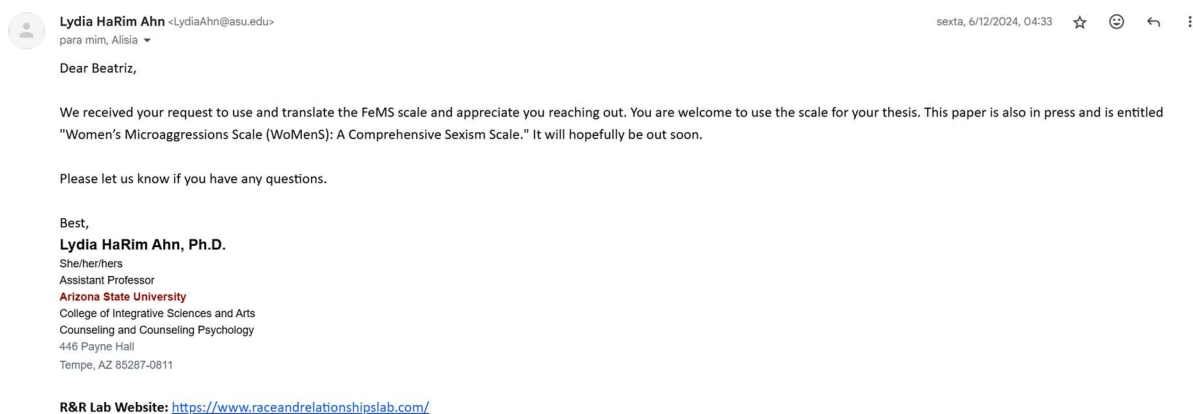
críticos. *Análise Psicológica*, 41(1), 75–91.
<https://repositorio.ual.pt/entities/publication/150ea85b-bdaa-43c0-9487-6c5870cabd03>

- Pierce, C. (1970). Offensive mechanisms. In F. B. Barbour (Ed.), *The black seventies* (pp. 265–282). Porter Sargent.
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). *Racial microaggressions in everyday life*. *American Psychologist*, 62(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Szymanski, D. M., & Lewis, J. A. (2016). Gendered racism, coping, identity centrality, and African American college women’s psychological distress. *Psychology of Women Quarterly*, 40(2), 229–243. <https://doi.org/10.1177/0361684315616113>
- Torres, A., Mendes, H., & Lapa, T. (2011). *Desigualdades de género em Portugal: Trabalho, família e valores sociais*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-ULisboa).
- Truszczynski, N., Brown, L., & Seelman, K. L. (2022). The discrimination experiences and coping responses of non-binary and trans people. *Journal of Social Issues*, 78(4), 1021–1043. <https://doi.org/10.1111/josi.12513>
- United Nations. (2023). *Progress on the Sustainable Development Goals: Gender snapshot 2023*. UN Women. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications>
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 56–75). Sage.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.
- Zelaya, D. G., DeBlaere, C., & Velez, B. L. (2023). Psychometric validation and extension of the LGBT people of Color Microaggressions Scale with a sample of sexual minority BIPOC college students. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 10(3), 405.

Anexos

Anexo A – Autorização dos Autores para Utilização dos Instrumentos


Autorização de utilização e tradução da Female Microaggressions Scale (FeMS) concedida pela autora Lydia HaRim Ahn (esta é a autora Myake, no entanto, apenas utiliza o seu último nome na publicação de artigos) (Arizona State University), recebida por e-mail a 6 de dezembro de 2024.



Autorização de utilização da versão portuguesa da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) concedida pelo autor José Luís Pais Ribeiro (Universidade do Porto), recebida por e-mail a 11 de novembro de 2024.




Autorização de envio do material solicitado relativa à Escala Toulousiana de Coping – Reduzida (ETC-R), concedida pela Professora Catedrática Rute Brites (Universidade Autónoma de Lisboa), recebida por e-mail a 9 de dezembro de 2024.

 **Rute Brites** <rbrites@autonomia.pt>
para mim, Joao, Odete, Monica ▾ segunda, 9/12/2024, 16:26 ☆ 😊 ↶ ⋮

Cara Beatriz, boa tarde.

Envio em anexo o material solicitado, desejando-lhe todo o sucesso para o seu trabalho académico.

Com os cumprimentos,







UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA

RUTE BRITES
Professora Catedrática
Subdiretora do Departamento de Psicologia
Diretora do CIP - UAL
rbrites@autonomia.pt | 213 177 658

CEU – Cooperativa de Ensino Universitário, CRL
Palácio dos Condes do Redondo
Rua de Santa Marta 56 – 1169-023 Lisboa

Este e-mail, e qualquer documento anexado, é confidencial e destinado exclusivamente ao seu destinatário.



Anexo B – Formulário de Investigação

* Indica uma pergunta obrigatória

No âmbito desta investigação, é pedida a sua colaboração, participando num questionário totalmente anónimo que pretende averiguar como as mulheres se sentem quando colocadas em certas situações. Serão questionados conteúdos relacionados com a sua experiência de vida e algumas dimensões que se relacionam com a forma como lida com situações desafiantes.

Esta investigação está a ser realizada no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, no ISPA-IU, sob orientação da Prof. Dra. Marta Miguel.

Condições de participação:

- É necessário que tenha idade superior ou igual a 18 anos.
- É necessário identificar-se com o género feminino.

Contactos: 31587@alunos.ispa.pt

Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar a participação neste estudo e permito a utilização dos dados, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela responsável.

1. Consentimento *

Marcar apenas uma oval.

- Li e concordo com os termos
- Li e não concordo com os termos

Dados Sociodemográficos

Abaixo peço algumas informações de forma a melhor descrevê-la. Por favor responda ao pedido.

2. Idade *

Marcar apenas uma oval.

- 18 - 24
- 25 - 34
- 35 - 44
- 45 - 54
- 55 - 64
- 65 - 74
- 75 – 84

3. Orientação Sexual *

Marcar apenas uma oval.

- Heterossexual
- Homossexual
- Pansexual
- Bissexual
- Asexual
- Demissexual
- Queer
- Outra

4. Qual a sua origem étnica? *

Marcar apenas uma oval.

- Afrodescendente
- Branca ou Europeia
- Asiática
- Origem étnica mista
- Romani
- Árabe
- Latino- Americana
- Índigena
- Outra

5. Posição Socioeconómica *

Coloque-se na escala, onde considera estar a nível socioeconómico. Sendo que 1 é o nível socioeconómico Mais Baixo e 6 é o Mais Alto.

Marcar apenas uma oval.

- Baixa
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- Alta

6. Grau de Escolaridade Completo até ao momento *

- Sem escolaridade
- 1.º Ciclo do Ensino Básico (4.º ano concluído)
- 2.º Ciclo do Ensino Básico (6.º ano concluído)

- 3.º Ciclo do Ensino Básico (9.º ano concluído)
- Ensino Secundário Incompleto
- Ensino Secundário ou equivalente Completo (12.º ano)
- Ensino Superior Incompleto
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

7. Estatuto de Migrante *

- Sim
- Não

8. Estado Civil *

- Solteira
- Casada
- Divorciada
- Viúva
- União de facto

9. Portador de deficiência, diferença visível ou doença crónica *

- Sim
- Não

A experiência da mulher

Pense nas suas experiências relacionadas com o seu género. Indique com que frequência experienciou cada item DURANTE A SUA VIDA, utilizando a seguinte escala: 1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Às vezes e 4 = Frequentemente.

Item	1	2	3	4
Alguém me disse que o sexismo já não é uma questão social importante.				
Alguém me disse para vigiar a minha bebida quando estou num ambiente social.				
Alguém atribuiu incorretamente o trabalho feito por mim a um homem.				
Alguém me tocou sem o meu consentimento.				
Alguém me disse que "nem todos os homens são assim" (ou algo semelhante) enquanto discutíamos sexismo.				
Observei mulheres representadas como donas de casa na televisão.				
Alguém me disse que as mulheres estão a ser muito sensíveis quando dizem que experienciam discriminação de género.				

Alguém me chamou de "puta".				
Alguém assumiu que eu não sou inteligente por causa do meu género.				
Alguém assumiu que eu não sou atlética por causa do meu género.				
Alguém me chamou "oferecida".				
Alguém assumiu que me quero casar por causa do meu género.				
Um homem (um estranho) seguiu-me num lugar público.				
Alguém assumiu que eu não sou boa a matemática por causa do meu género.				
Alguém me disse para não andar sozinha porque poderia ser violada ou agredida.				
Alguém disse que sou bonita demais para estar triste.				
Um homem olhou fixamente para mim de forma ameaçadora.				
Observei nos meios de comunicação que não acreditam nas mulheres quando dizem ter sido assediadas sexualmente.				
Observei que nos meios de comunicação as pessoas desculpam o comportamento dos homens dizendo "já sabes como são os homens" (ou algo semelhante).				
Alguém me disse que deveria ter um plano de segurança ao sair num primeiro encontro (como avisar uma amiga onde estou).				
Alguém me chamou de "cabra".				
Alguém me chamou de "provocadora".				
Alguém fez-me elogios sobre a minha aparência antes de começar a falar de outro assunto.				
Alguém me mandou piropos ou assobiou enquanto eu andava na rua.				
Alguém me disse para ter algum tipo de defesa pessoal (como gás-pimenta) ao sair em público.				
Um homem disse algo que me fez sentir em perigo.				
Alguém assumiu que eu quero ter filhos por causa do meu género.				
Alguém não perguntou sobre a minha carreira ou conquistas ao conhecer-me pela primeira vez, por causa do meu género.				
Alguém esperava que eu cozinhasse e limpasse por causa do meu género.				
Alguém me disse que as mulheres têm as mesmas oportunidades que os homens.				
Alguém assumiu que sou maternal por causa do meu género.				
Vi alguém a olhar fixamente para o corpo de uma mulher.				
Observei que os homens ocupam mais posições de liderança na sociedade do que as mulheres.				
Alguém me disse que os homens também sofrem discriminação, enquanto discutíamos sexismo.				

Reação

Sempre que enfrenta uma situação difícil, provavelmente reage de forma variável. Depois de ter escolhido uma situação difícil (que esteja ou não a viver atualmente), que lhe diga respeito a si e que seja angustiante ou stressante, escreva a situação difícil que escolheu. *

[Espaço para resposta aberta]

Depois, indique em que medida utiliza cada afirmação a seguir, de 1 (nunca) a 5 (muito frequentemente). Marque a opção que melhor corresponde à sua reação habitual a essa situação. *

Item	1	2	3	4	5
Enfrento a situação					
Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer					
Tento não pensar no problema					
Evito encontrar-me com pessoas					
Mudo a minha forma de viver					
Analiso a situação para melhor a compreender					
Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto					
Procuro atividades coletivas					
Sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o alcançar					
Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades					
Resisto ao desejo de agir, até que a situação mo permita					
Reajo como se o problema não existisse					
Procuro a ajuda dos meus amigos para acalmar a minha ansiedade					
Afasto-me dos outros					
Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema					
Digo a mim próprio que este problema não tem importância					
Centro-me noutras atividades para me distrair					
Reflico nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema					

Como me senti na semana passada (EADS-21) *

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada.

0 – não se aplicou nada a mim; 1 – aplicou-se a mim algumas vezes; 2 – aplicou-se a mim muitas vezes; 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes.

Item	0	1	2	3
Tive dificuldades em me acalmar				
Senti a minha boca seca				
Não consegui sentir nenhum sentimento positivo				
Senti dificuldades em respirar				
Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas				
Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações				
Senti tremores (por ex., nas mãos)				

Senti que estava a utilizar muita energia nervosa				
Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula				
Senti que não tinha nada a esperar do futuro				
Dei por mim a ficar agitada				
Senti dificuldade em me relaxar				
Senti-me desanimada e melancólica				
Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer				
Senti-me quase a entrar em pânico				
Não fui capaz de ter entusiasmo por nada				
Senti que não tinha muito valor como pessoa				
Senti que por vezes estava sensível				
Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico				
Senti-me assustada sem ter tido uma boa razão para isso				
Senti que a vida não tinha sentido				

Anexo C – Outputs Complementares da Análise Estatística

Análise Fatorial Confirmatória da FeMS

Tabela 13

Indicadores de fatorabilidade dos dados da FeMS

Medida	Valor
KMO	0,93
Bartlett χ^2 (gl = 561)	4225,55
<i>p</i>	< 0,001

Nota. KMO = teste de Kaiser-Meyer-Olkin; p = nível de significância

Tabela 14

Índices de qualidade de ajustamento do modelo confirmatório (FeMS; AMOS, ML; N = 238)

Índice	Valor
χ^2	843,14
gl	499
<i>p</i>	< 0,001
χ^2 /gl (<i>Cmin/df</i>)	1,69
RMR	0,053
GFI	0,829
AGFI	0,797
PGFI	0,696
NFI (Delta1)	0,811
RFI (rho1)	0,788
IFI (Delta2)	0,913
TLI (rho2)	0,901
CFI	0,912
RMSEA	0,054
RMSEA IC 90% (LO–HI)	0,048–0,060
PCLOSE (<i>p</i> de RMSEA \leq .05)	0,150

Nota. Estimador ML. Critérios usuais de referência: CFI/TLI \geq 0,90-0,95; RMSEA \leq 0,06-0,08; SRMR \leq 0,08