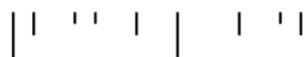


ECOS DE RESISTÊNCIA - O IMPACTO DAS
MICROAGRESSÕES DE GÉNERO NA SAÚDE
MENTAL E AUTOESTIMA DE MULHERES
ADULTAS

Joana Carvalhal

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa para
obtenção de grau de mestre em Educação Social e Intervenção
Comunitária

2024-2025



ECOS DE RESISTÊNCIA - O IMPACTO DAS MICROAGRESSÕES DE GÉNERO NA SAÚDE MENTAL E AUTOESTIMA DE MULHERES ADULTAS

Joana Carvalhal

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa para
obtenção de grau de mestre em Educação Social e Intervenção
Comunitária

Orientador: Tiago Almeida

Júri

Presidente: Catarina Tomás
Arguente: Miguel Mata Pereira
Orientador: Tiago Almeida

2024-2025

| | ' ' | | ' ' |

AGRADECIMENTOS

Quero começar por agradecer às duas pessoas mais importantes na minha vida, a minha mãe e o meu pai, sem a qual eu não estaria aqui hoje, tanto literal como figurativamente. Por toda a compreensão, companheirismo e apoio incondicional e também pelos valores e conhecimento transmitido. Sem vocês, eu não teria tanta força e certeza quando escolho lutar por aquilo que considero justo, nem a esperança de que com resistência e perseverança a mudança será sempre possível. Serão sempre a minha maior inspiração. Obrigado pelos valores e pelo amor.

Não poderia deixar de agradecer à comunidade que escolhi, as minhas amigas Beatriz, Raquel e Filipa. Agradeço principalmente por me ouvirem e acreditarem em mim, pela união, companheirismo e diversão que faz de nós uma família. Por serem o colo que me acolhe, mas também que me faz crescer diariamente como mulher, Obrigada. “Ser abraço, ser família”.

Aos professores que me transmitiram o conhecimento e sentido de responsabilidade para com esta área, e que fomentaram o interesse a alargar a minha experiência profissional agradeço profundamente. Agradeço especialmente ao meu orientador Tiago Almeida, por acreditar em mim e nas minhas ideias e ajudar a concretizá-las.

Por fim, faço questão de manifestar a minha profunda gratidão a todas as pessoas que lutaram e lutam diariamente pelos direitos das mulheres, juntamente com todos aqueles que participam, de forma individual e/ou coletiva, na luta pelos direitos da comunidade LGBTQIA+ e nos movimentos anti-racistas e anti-fascistas, unidos pelo ideal comum de dignidade, igualdade e liberdade para todos. O legado de esperança, coragem e força não será esquecido.

*“The moment we choose to love we begin to move against domination, against oppression.
The moment we choose to love we begin to move towards freedom, to act in ways that liberate
ourselves and others.”*

- Bell Hooks (1994)

Resumo

O presente estudo, com 457 participantes, tem como objetivo compreender a relação entre a frequência de microagressões sexistas, a saúde mental e a autoestima das mulheres em Portugal. Para responder a este objetivo, foi escolhida metodologia mista e realizado um inquérito por questionário. O questionário foi constituído por três escalas previamente validadas, Inventário de Saúde Mental (MHI-5), Escala de autoestima de Rosenberg (RSES) e Escala de Microagressões Sexistas (WoMenS). Os resultados comprovaram que uma maior prevalência destas experiências discriminatórias, está associada a níveis mais baixos de autoestima e saúde mental, como verificado pela literatura existente. A segunda secção do questionário pretendeu analisar a partir das descrições das participantes, as experiências de microagressões vivenciadas ao longo da vida, os impactos emocionais sentidos e a possível discriminação interseccional vivida pelas mulheres. Os resultados demonstram uma grande prevalência de situações de abuso, assédio sexual e violência doméstica, para além das microagressões sexistas sentidas. O presente estudo contribui assim, para o aprofundamento do conhecimento empírico sobre o impacto das microagressões de género e do sexismo, evidenciando as suas implicações na saúde mental e autoestima das mulheres em Portugal, e reforçando a importância de estratégias de intervenção sensíveis ao género, na sua multidimensionalidade.

Palavras-chave: Saúde Mental, Microagressões, Autoestima; Mulheres.

Abstract

The current study, with 457 participants, aims to understand the relationship between the frequency of sexist microaggressions, mental health, and self-esteem among women in Portugal. To address this goal, a mixed-methods approach was chosen, and a questionnaire survey was conducted. The questionnaire consisted of three previously validated scales: the Mental Health Inventory (MHI-5), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), and the Women Microaggressions Scale (WoMenS). The results confirmed that a higher prevalence of these discriminatory experiences is associated with lower levels of self-esteem and mental health, as supported by the existing literature. The second section of the questionnaire sought to analyze, based on participants' descriptions, their experiences of microaggressions throughout their lives, the emotional impacts felt, and potential intersectional discrimination experienced by women. The results revealed a high prevalence of situations of abuse, sexual harassment, and domestic violence, in addition to the sexist microaggressions experienced. The present study thus contributes to deepening empirical knowledge on the impact of gender microaggressions and sexism, highlighting their implications for the mental health and self-esteem of women in Portugal, and reinforcing the importance of gender-sensitive intervention strategies that acknowledge its multidimensional nature.

Keywords: Mental health; Microaggressions; Self-esteem; Women.

Índice

<i>I.</i>	Introdução	2
<i>II.</i>	Enquadramento Teórico	6
	Capítulo 1 - Género, Sexismo e as Microagressões Sexistas	7
	1.1. Género	7
	1.2. Sexismo	8
	1.3. Microagressões Sexistas	11
	Capítulo 2 - Saúde Mental	16
	2.1. Saúde Mental da Mulher	16
	2.2. Autoestima da Mulher	20
	2.3. Relação entre Microagressões, Saúde Mental e Autoestima	22
	Capítulo 3 - Igualdade de Género em Portugal e na Europa	24
<i>III.</i>	Conceptualização da Investigação	27
	1.1. Problemática, objetivos e questão de partida	28
	1.2. Metodologia	29
	1.3. Procedimentos	31
	1.4. Instrumentos de recolha de dados	32
	1.4.1. Inventário de Saúde Mental (versão reduzida) - MHI-5	32
	1.4.2. Escala de Microagressões Sexistas (Miyake et al., 2025) - WoMenS	33
	1.4.3. Escala de Autoestima de Rosenberg (Pechorro et al., 2011) – RSES	33
	1.4.4. Questões Abertas	33
	1.5. Amostra	34
<i>IV.</i>	<i>Apresentação e discussão dos resultados</i>	40
	Apresentação de resultados	41

1.1. Análise Estatística	41
1.1.1. Análise das Características psicométricas das escalas	41
1.1.2. Análise da influência das variáveis sociodemográficas	44
1.1.3. Correlações entre escalas	45
1.2. Análise de Conteúdo	48
Discussão de Resultados	54
<i>V. Conclusão</i>	58
<i>Referências</i>	62
<i>Anexos</i>	68

Índice de Tabelas

Tabela 1: Amostra por faixa etária	36
Tabela 2: Amostra por categoria étnica.	37
Tabela 3: Amostra por orientação sexual.	37
Tabela 4: Amostra por nível de educação.	37
Tabela 5: Amostra por tipo de condição de saúde.	38
Tabela 6: Amostra por área profissional.	39
Tabela 7: Estatística Descritiva WoMenS.	41
Tabela 8: Estatísticas de Fiabilidade das escala WoMenS.	42
Tabela 9: Estatística descritiva MHI-5.	43
Tabela 10: Estatísticas de Fiabilidade da escala MHI-5.	43
Tabela 11: Estatística descritiva RSES.	44
Tabela 12: Estatísticas de Fiabilidade da escala RSES.	44

I. INTRODUÇÃO

| | ' ' | | ' ' |

A saúde mental e a autoestima das mulheres constituem temas de crescente relevância na investigação social, dado o impacto significativo que experiências discriminatórias e microagressões sexistas têm no bem-estar psicológico. Apesar das mudanças sociais que promovem maior igualdade de género, persistem práticas discriminatórias, subtis ou explícitas, que afetam a perceção de valor pessoal, a estabilidade emocional e a participação plena na sociedade. Compreender estas dinâmicas em contexto português é, assim, essencial para fundamentar intervenções sociais e educativas que promovam equidade e bem-estar.

A categorização e hierarquia social surgem a partir da idealização de uma noção de normalidade, relativa e dependente do contexto sociocultural, e reforçada pelos interesses de grupos políticos, económicos e científicos. Esta categorização cria o conceito de “outro”, promovendo preconceito, discriminação e marginalização (Annand, 2020). Maté (2023) e Merlini (2020) salientam que o que é considerado normal é definido socialmente, não necessariamente benéfico, estruturando dicotomias como mente/corpo, sexo/género e natureza/cultura, moldando a saúde e doença como manifestações do microcosmo social. Neste sentido, a educação social desempenha um papel fundamental ao promover desenvolvimento humano, socialização e participação democrática, contribuindo para uma sociedade mais equitativa e consciente (Caride, 2021). A saúde mental e a saúde social são interdependentes, e o bem-estar individual exige envolvimento coletivo de profissionais, políticos e sociedade civil, sendo promovido por uma compreensão crítica da realidade e por ações transformadoras (Caride, 2021).

No contexto português e global, as normas e papéis de género têm-se tornado menos conservadores e mais igualitários, refletindo mudanças sociais mais amplas (Gomes et al., 2022). O aumento da discussão sobre ideologia de género, acompanhado pela expansão da lexicalidade de género e sexo, evidencia formas em evolução de conceptualizar e comunicar o género. A estrutura familiar tem-se tornado mais complexa e menos linear, com o aumento do nascimento de filhos fora do casamento e de casais do mesmo sexo. Paralelamente, tem-se verificado crescente atenção ao sexismo, às desigualdades de género e à necessidade de ação coletiva para promover mudanças sociais. Estas transformações fornecem um contexto importante para compreender as experiências de microagressões sexistas, uma vez que, apesar do progresso social,

práticas discriminatórias persistem e continuam a afetar a saúde mental e a autoestima das mulheres.

A “Revolução do género” traduz-se em oportunidades mais iguais em emprego, educação, participação política e saúde, e na implementação de planos multissetoriais para combater a violência contra as mulheres, embora desigualdades como diferenças salariais de género se mantenham (Bareket & Fiske, 2023). Ao mesmo tempo, as mulheres continuam a enfrentar pressão social e expectativas culturais que moldam os seus papéis e comportamentos, impactando diretamente a saúde mental (Ding, 2024). Estes fatores destacam a relevância de investigar como microagressões sexistas se manifestam e quais os seus efeitos sobre o bem-estar psicológico, tanto em termos de frequência percebida quanto de impacto emocional.

O presente estudo tem como objetivo compreender a relação entre a frequência de microagressões sexistas, a saúde mental e a autoestima de mulheres em Portugal, considerando também o impacto de variáveis sociodemográficas e experiências de discriminação interseccional. Para tal, foi utilizada uma abordagem metodológica mista, combinando análise quantitativa, através de questionário com escalas validadas (MHI-5, RSES e WoMenS), e análise qualitativa das descrições das participantes sobre experiências de microagressões vivenciadas ao longo da vida. As variáveis independentes incluem a frequência de microagressões sexistas e características sociodemográficas (idade, nível de escolaridade, etnia, orientação sexual, condição de saúde), enquanto as variáveis dependentes são a saúde mental e a autoestima. Espera-se que o estudo revele associações negativas consistentes entre a frequência de microagressões e o bem-estar psicológico, fornecendo uma base para compreender melhor o impacto destas experiências e orientar práticas de intervenção.

A estrutura do trabalho foi concebida de forma a apresentar de forma sequencial e coerente a investigação realizada e os seus resultados. O presente capítulo, Capítulo I – Introdução, introduz a temática e apresenta a contextualização teórica; o Capítulo II – Enquadramento teórico, desenvolve a revisão da literatura sobre microagressões sexistas, saúde mental e auto-estima; o Capítulo III - Conceptualização metodológica, detalha a metodologia adotada, incluindo a descrição da amostra, instrumentos e procedimentos de recolha de dados; o Capítulo IV – Apresentação e discussão dos resultados, apresenta os

resultados obtidos, tanto quantitativos como qualitativos e procede à discussão dos mesmos à luz da literatura existente; e, por fim, o Capítulo V - Conclusão oferece a síntese das conclusões, limitações do estudo e sugestões para investigação futura e práticas de intervenção.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

| ' ' | | ' ' |

Capítulo 1 - Género, Sexismo e as Microagressões Sexistas

1.1. Género

As definições de género têm sido alteradas ao longo do tempo dada a crítica ao binário e à dicotomia destas variáveis, prejudicando a natureza multidimensional do género (Annand, 2020). O Conselho da Europa (2016) apresenta os diferentes significados inerentes à sexualidade e identidade de género, aspetos inerentes da natureza humana. Sexo é definido como o conjunto de características biológicas e fisiológicas que diferenciam homens e mulheres (informação que à nascença se torna um facto legal e social). Género refere-se ao conjunto de expectativas, comportamentos e atividades socialmente construídos para os homens e mulheres com base no seu sexo. Estas expectativas sociais variam consoante o contexto socioeconómico, político e cultural e são influenciados por outros fatores como etnia, classe, orientação sexual, religião e idade. Os papéis de género aprendem-se e variam ao longo do contexto histórico e cultural. São estas normas sociais que ensinam cada pessoa a agir segundo o esperado pela sociedade em que se insere, desde a nascença, sofrendo influência da família, escola, trabalho, meios de comunicação, tecnologias e cultura popular.

Género determina o poder diferencial e controlo que as pessoas têm sobre os determinantes socioeconómicos da sua vida e saúde mental, posição social, estatuto e tratamento na sociedade, bem como a sua suscetibilidade e exposição a riscos específicos de saúde mental (World Health Organization, 2014; Macfarlane & Knudson-Martin, 2003). Apesar da socialização ser um processo essencial para cada indivíduo se tornar membro funcional de um grupo, a socialização de género limita as pessoas a explorar os seus talentos e interesses para atingir o seu potencial (necessário para o bem-estar e saúde integral). Género é assim, conceptualizado como um determinante estrutural de saúde mental, visto que as práticas sociais são moldadas pelo género e afetam os nossos estados internos (Anand, 2020; Conselho da Europa, 2016).

A socialização de género começa muito cedo na infância, com cada indivíduo a categorizar os outros com base no género e a associar-lhes diferentes traços e atitudes. Estas associações implícitas consolidam-se na memória de longo prazo e podem ser ativadas automaticamente, podendo influenciar perceções e comportamentos e direcionar rapazes e raparigas para papéis e atividades distintas. Os enviesamentos de género surgem

frequentemente antes da consciência explícita de estereótipos ou da própria identidade de género e são reforçados por representações em livros, nos media e em interações sociais, nas quais homens e mulheres são representados a realizar papéis diferentes. Evidências indicam que estes enviesamentos se começam a manifestar por volta dos cinco anos de idade e tendem a manter-se relativamente estáveis ao longo do desenvolvimento, formando uma base cognitiva que contribui para a manutenção de atitudes sexistas na vida adulta e perpetuação de desigualdades e violência de género (Baron et al., 2014).

A violência de género é um problema de saúde global que reflete e reforça as desigualdades entre homens e mulheres, e é considerada pelo Conselho da Europa (2016) uma das maiores violações dos direitos humanos dos tempos contemporâneos, desafiando a saúde e bem-estar humano. Esta conceptualiza-se como o resultado de condições sociais desiguais e injustas, baseadas no género e em relação com outras dimensões sociais e identitárias como etnia, classe social e cultural, e expressa-se através de violência estrutural. A violência de género afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres e tem uma relação significativa com stress, ansiedade e depressão. Os fatores protetores para violência de género incluem o apoio social, sentido de agência e participação ativa das mulheres (levando inclusive a lutarem contra a invisibilidade causada pelas relações de poder de género) (Veronese et al., 2023).

1.2. Sexismo

Geralmente, o preconceito implica antipatia e pressupõe dinâmicas de competição e conflito, características evidentes em várias relações intergrupais, incluindo as de género, que refletem estruturas de poder historicamente desiguais (Bareket & Fiske, 2023). Contudo, esta perspetiva tradicional tende a negligenciar um elemento central das relações de género heteronormativas: a sua profunda interdependência. Mulheres e homens dependem reciprocamente para satisfazer necessidades socioculturais, sexuais e reprodutivas, vivendo em contacto permanente, partilhando espaços, relações afetivas e cooperando para a continuidade da vida. Esta interdependência gera dinâmicas simultâneas de cooperação e competição, revelando que o sexismo, ao contrário de outros tipos de preconceito, não se caracteriza por antipatia uniforme, mas sim por uma ambivalência estrutural que molda de forma persistente as desigualdades de género (Bareket & Fiske, 2023). O sexismo é uma forma de preconceito baseada em crenças

estereotipadas sobre o sexo ou o gênero e funciona para manter o patriarcado e as hierarquias de gênero que colocam as mulheres em desvantagem. O sexismo e a misoginia estão presentes em toda a sociedade, e estão enraizados em diversos setores, como saúde, indústria, educação, entretenimento, forças policiais e o sistema de justiça (Sayer, et al., 2025).

Sexismo é definido por Glick e Fiske (1996) como uma atitude negativa dirigida a indivíduos com base no seu sexo biológico, expressa através de componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. A Teoria do Sexismo Ambivalente, proposta pelos mesmos autores, sustenta que a coexistência de desigualdades de poder e interdependência entre os gêneros origina duas formas complementares de sexismo: hostil e benevolente. Embora se manifestem de modos distintos, ambas têm efeitos negativos significativos para as mulheres, contribuindo para a manutenção de estruturas sociais desiguais. Baruket e Fiske (2023) sugerem na sua investigação que as duas manifestações de sexismo persistem como um sistema coordenado que sustem a desigualdade de gênero. O sexismo hostil manifesta-se através de dinâmicas de poder, enquanto o sexismo benevolente atua através da diferenciação de papéis, reforçando os papéis de gênero tradicionais.

O **sexismo hostil** constitui uma forma explicitamente negativa de preconceito contra as mulheres, caracterizada por antipatia, distância social e estereótipos depreciativos (Gomes et al., 2022). Está associado à legitimação de desigualdades salariais, à aceitação de injustiças sociais e à diminuição da probabilidade de as mulheres serem selecionadas para posições de liderança. Esta ideologia assume um caráter combativo, representando as mulheres como uma ameaça ao poder masculino, frequentemente acusadas de tentar controlar os homens através da sexualidade, do feminismo ou da ambição profissional (Bareket & Fiske, 2023). Assim, o sexismo hostil perpetua dinâmicas de opressão, hostilidade e discriminação, reforçando assimetrias de gênero.

O **sexismo benevolente**, por sua vez, descreve atitudes aparentemente positivas dirigidas às mulheres, mas que as confinam a papéis estereotipados e restritivos, frequentemente interpretados como traços “naturais” e socialmente desejáveis (Gomes et al., 2022). Apesar de poder promover comportamentos pró-sociais ou íntimos, compromete a performance cognitiva das mulheres ao suscitar dúvidas sobre a sua competência e gera consequências negativas tanto quando é aceite como quando é

rejeitado. Esta ideologia, marcada por discursos de proteção, provisão e admiração, atribui aos homens direitos e responsabilidades especiais sobre as mulheres (Bareket & Fiske, 2023). Embora possa facilitar a cooperação entre géneros, subordina as mulheres ao valorizar a conformidade às expectativas tradicionais e desencorajar a contestação das desigualdades.

O sexismo benevolente é descrito por Sayer et al. (2025) como uma forma subtil, mas mais nociva de sexismo, porque opera como uma ferramenta poderosa que mascara as suas funções ideológicas, ou seja, serve para justificar as hierarquias de género existentes e papéis de género tradicionais, onde os homens são protetores e provedores e as mulheres são dependentes e submissas. Alguns dados referidos pelos autores revelam que as mulheres validam esta forma de sexismo tanto ou mais que os homens, podendo originar com o tempo a aceitação do sexismo hostil, que leva as mulheres a internalizar e perpetuar ideologias sexistas o que pode ajudar a reforçar atitudes nocivas que justifiquem violência contra as mesmas.

As ideologias sexistas influenciam as crenças culturais que moldam os papéis de género convencionais, e a sua aceitação diferenciada resulta em perceções e ações distintas para com membros de ambos os sexos, incluindo dentro do próprio grupo (Glick & Fiske, 2001). Embora socialmente menos aceitável, o sexismo continua a manifestar-se de formas subtis e persistentes, e os aspetos prescritivos dos estereótipos que o sustentam continuam a prejudicar o acesso das mulheres a condições de igualdade, nomeadamente no contexto profissional (Gomes et al., 2022).

Com a crescente inaceitabilidade social da expressão explícita de atitudes sexistas, emergiram formas mais subtis e indiretas de expressão destas crenças. O sexismo moderno, proposto por Swim et al. (1995), caracteriza-se pela negação da discriminação, pela oposição às reivindicações das mulheres e por um antagonismo subtil que se disfarça de defesa de valores igualitários. De modo complementar, o neosexismo, definido por Tougas et al. (1995), diz respeito à oposição a políticas de igualdade que são percebidas como favorecedoras das mulheres e prejudiciais para os homens. Estas formas contemporâneas de sexismo mantêm o *status quo* e os privilégios masculinos, apesar de rejeitarem abertamente a ideia de inferioridade feminina (Gomes et al., 2022).

Consequentemente, o discurso contemporâneo pode reconhecer formalmente as mulheres como iguais e bem-sucedidas, apoiado por políticas sociais orientadas para a igualdade, mas continua a permitir práticas subtis de diferenciação de gênero, nomeadamente no trabalho e na esfera familiar (Gomes et al., 2022).

1.3. Microagressões Sexistas

As microagressões, embora inicialmente estudadas no contexto do racismo, afetam qualquer grupo marginalizado na sociedade atual, incluindo pessoas não brancas, mulheres, pessoas da comunidade LGBTQIA+, pessoas com deficiência e minorias religiosas (Sue, 2010). Estes grupos são frequentemente percebidos de forma negativa, possuem menor estatuto social e encontram-se confinados às margens dos sistemas sociais, culturais, políticos e económicos. Estar na margem da vida convencional implica ser oprimido, perseguido e dominado, ter direitos cívicos negados, viver em padrões baixos de vida, ser despojado da dignidade e humanidade, ter acesso e oportunidades limitados, e ter a sua realidade e experiências invalidadas. O estatuto inferior associado à marginalidade resulta em experiências contínuas e cumulativas de desvalorização social.

As microagressões refletem estas experiências, sendo manifestações ativas de marginalização ou reflexos de uma visão do mundo baseada em inclusão/exclusão, superioridade/inferioridade, normal/anormal e desejável/indesejável (Sue, 2003). Elas podem ser conscientes ou inconscientes e variam desde manifestações diretas e concretas até formas simbólicas ou psicológicas, intencionais ou subtis. A ausência de responsabilização de quem perpetua microagressões preserva a autoimagem dos opressores à custa das vozes dos oprimidos, mantendo desigualdades e impedindo que a opressão seja reconhecida.

Ao contrario das formas diretas de discriminação, como crimes de ódio, as discriminações subtis e codificadas são desafiantes porque enquanto que as pessoas alvo de comentários ou ações podem perceber os incidentes como sendo influenciados por dinâmicas como etnia, gênero e orientação sexual, os perpetradores podem afirmar ter boas intenções, podem racionalizar ou intelectualizar os seus comportamentos, ou tentar *gaslight* (manipular) os alvos para que acreditem que estão a ser paranoicos ou inaptos psicologicamente. Quando os perpetradores têm sucesso a convencer outros que as

microagressões não existem ou não fazem sentido, eles demonstram que os indivíduos com privilégio ou que vêm de posições de poder, realmente têm o poder de definir a realidade (Nadal, 2023).

Segundo Torino et al. (2019), as microagressões são «interações breves e quotidianas que transmitem mensagens depreciativas a certas pessoas por causa da sua pertença a um determinado grupo» e podem manifestar-se através de preconceito explícito ou viés implícito. Este autor distingue que “micro” refere-se à natureza quotidiana dessas interações, não ao impacto das mesmas, enquanto as “macroagressões” designam formas institucionais e sistemáticas de opressão que afetam grupos inteiros. Ainda de acordo com Torino et al. (2019), na literatura são identificados três tipos de microagressões: **microataques** (ataques verbais, não verbais ou ambientais explícitos, com intenção discriminatória), **microinsultos** (comportamentos ou comentários não intencionais que transmitem rudeza ou insensibilidade dirigida à identidade social de uma pessoa) e **microinvalidações** (comentários ou comportamentos que excluem, negam ou descartam a realidade experiencial de grupos marginalizados).

Microagressões podem invalidar a identidade de grupo, humilhar, comunicar inferioridade, sugerir submissão ao grupo maioritário ou ameaçar e intimidar. Contribuem para a desvalorização das identidades de grupos sociais, redução de produtividade laboral e académica, criação de ambientes hostis, perpetuação de estereótipos, problemas de saúde física, e comprometimento da saúde mental, incluindo baixo bem-estar psicológico, esgotamento emocional e diminuição da autoestima. O stress resultante de microagressões crónicas e diárias pode manifestar-se em efeitos biológicos e físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais (Sue, 2010).

No contexto do sexismo, enquanto o sexismo explícito é intencional e inequívoco, o sexismo implícito e subtil está enraizado nas normas culturais e sociais, sendo muitas vezes invisível. Este tipo de sexismo pode invalidar mulheres, descartar as suas conquistas e limitar a sua eficácia em contextos laborais e sociais, causando diminuição do conforto, autoestima, sentimentos de raiva e depressão (Capodilupo et al., 2010). A objetificação sexual das mulheres está associada a depressão, baixa autoestima, disfunção sexual, perturbações alimentares e problemas de autoimagem.

As microagressões de género referem-se a atos quotidianos breves e comuns, verbais, comportamentais ou ambientais, que comunicam mensagens hostis, depreciativas ou sexistas dirigidas às mulheres (Nadal, 2010). Podem ser conscientes ou inconscientes, causando desconforto emocional ou físico, confusão ou problemas significativos de saúde mental (Nadal, 2008; Capodilupo, et al., 2007;). A taxonomia das microagressões de género, proposta originalmente por Sue e Capodilupo (2008) e atualmente aceite, identifica sete temas principais: objetificação sexual, cidadania de segunda classe, pressupostos de inferioridade, negação da realidade do sexismo, adoção de papéis tradicionais de género, uso de linguagem sexista, invalidação do sexismo individual e microagressões ambientais (Nadal, 2010; Capodilupo et al., 2010).

1. **Objetificação Sexual** refere-se a comportamentos e indicadores verbais e não verbais que reduzem uma mulher à sua aparência física e/ou sexualidade e ocorrem quando uma mulher é tratada como um objeto sexual, passando a mensagem que o seu valor está no seu corpo. Acontece quando o corpo, partes do corpo ou sexualidade de uma mulher é separada da sua pessoa e reduzida ao estado de mero instrumento ou visto como se isoladamente fosse suficiente para a representar (Capodilupo et al, 2010; Miyake, 2025)
2. **Cidadania de segunda classe** refere-se a incidentes onde é comunicado direta ou indiretamente a uma mulher que ela não merece as mesmas oportunidades, benefícios ou privilégios que são dados aos homens (Capodilupo et al, 2010; Miyake, 2025).
3. **Suposições de inferioridade** referem-se a incidentes na qual homens assumem que uma mulher é menos capaz, tanto física como mentalmente, e relaciona-se com o sexismo benevolente que assume que as mulheres são gentis, calorosas e uteis (Capodilupo et al, 2010; Miyake, 2025).
4. **Adoção de papéis tradicionais de género** envolvem mensagens implícitas ou explícitas que as mulheres devem ocupar papéis de género tradicionais como ser cuidadora, feminina, ser responsável pelas tarefas domésticas (cozinhar, limpar) (Capodilupo et al, 2010; Miyake, 2025).
5. **Invalidação da realidade do sexismo** está relacionado com o conceito de sexismo moderno no modo que representa a certeza dos homens de que o sexismo deixou de

ser um problema na sociedade e invalida as ocorrências de sexismo reportadas pelas mulheres (Capodilupo et al, 2010; Miyake, 2025).

6. **Linguagem sexista** é o uso de linguagem sexista, isto é, uso da linguagem para denegrir uma mulher, direta ou indiretamente (Capodilupo et al, 2010; Miyake, 2025).
7. **Microagressões ambientais** são pistas nos contextos sociais e ambientais que representam microagressões de gênero ocorrem no nível macro e de natureza sistemática (Capodilupo et al, 2010; Miyake, 2025).

Recentemente Miyake (2025), desenvolveu a Escala de Microagressões Sexistas (WoMenS) para compreender a frequência de microagressões sexistas percebidas pelas mulheres, a partir da taxonomia de Capodilupo et al. (2010), à qual acrescentou duas categorias que são relevantes para a investigação:

8. **Ameaça implícita à segurança física**, refere-se a mensagens indiretas ou implicações capturadas que comuniquem que a segurança de uma mulher está em risco;
9. **Ameaça explícita à segurança física** que se refere a ações explícitas ou diretas que ameaçam o sentido de segurança de uma mulher.

Estudos mostram que estereótipos sobre papéis de gênero tradicionais, objetificação sexual, atenção romântica e comentários sexuais não desejados predominam nas experiências diárias das mulheres, sendo reforçados pelos media, o que pode legitimar comportamentos objetificadores e humilhantes por parte dos homens (Capodilupo et al., 2010).

Segundo Nadal (2023), existem então várias formas de reação às microagressões vividas. Algumas pessoas escolhem confrontar sempre as microagressões, originando discussões consistentes e conseqüentemente *distress* psicológico. Outras podem evitar reagir, ou fazê-lo raramente, potencialmente resultando em emoções internalizadas como culpa, ressentimento ou raiva. Outras pessoas escolhem apenas reagir quando acreditam que vale a pena, ou quando acham que o perpetrador pode ser capaz de ouvir ou esta disponível a aprender com o seu comportamento.

- **Interseccionalidade**

A Teoria das microagressões aborda também outras formas de microagressão com base em questões como etnia e orientação sexual, e vários autores conceptualizaram a taxonomia para cada uma destas realidades.

Nas últimas décadas, o racismo presente interações interpessoais quotidianas passou a realizar-se de forma mais subtil e indireta, levando à conceptualização de novas formas de racismo: racismo moderno, racismo simbólico e racismo aversivo. Segundo a taxonomia de Sue et al, (2007), as categorias mais presentes nas microagressões raciais são: *alien* na sua própria terra; criminalidade/suposições de criminalidade; cidadania de segunda classe; atribuição de inteligência; suposições de inferioridade; ‘*color blindness*’; invalidação da realidade do racismo; patologização de valores culturais/estilos de comunicação; negação do racismo individual; e microagressões raciais ambientais.

A discriminação contra a comunidade LGBTQIA+ também se alterou, e surgiram novos conceitos: preconceito sexual, assédio antigay, heterossexismo moderno, entre outros. Segundo a taxinomia de Nadal (2011), as categorias que representam as microagressões vividas pela comunidade LGBTQIA+ são: uso de terminologia heterossexista; aprovação de comportamentos e cultura heteronormativa; suposições de experiências universais queer; exotização; desconforto ou desaprovação de experiências queer; suposições de patologia sexual ou ‘anormalidade’; negação da realidade do heterossexismo; ameaça física ou assédio; e macroagressões.

O stress minoritário é agravado com a sobreposição de fatores sociais (Saleiro, 2022), isto é, pela interseção de várias formas de opressão baseada em identidades múltiplas e sociais que produzem desigualdade (Dulai, Salway e Ablona, 2023).

Capítulo 2 - Saúde Mental

Saúde mental é definida atualmente como o estado de bem-estar na qual cada indivíduo realiza o seu potencial, lida com os stresses normais da vida, tem capacidade de trabalhar de forma produtiva e prazerosa, e é capaz de contribuir para a sua comunidade. Por outras palavras é a capacidade do indivíduo, do grupo e do ambiente de se relacionarem de forma a promover bem-estar subjetivo, o desenvolvimento ótimo e a utilização das capacidades mentais para atingir objetivos individuais e coletivos baseados na justiça e a manutenção da igualdade (Annand, 2020). Saúde mental positiva implica autorrealização, controlo do próprio ambiente e autonomia, e é fundamental para qualidade de vida, bem-estar, desenvolvimento, autoestima, resultados positivos de educação, coesão social e resiliência.

A saúde mental é determinada por fatores ambientais psicológicos, biológicos, económicos e sociais que interagem entre si de forma complexa, dificultando uma ligação imediata de causalidade (Annand, 2020). Estes determinantes não são apenas individuais (capacidade de gerir as próprias emoções, pensamentos e comportamentos), mas também coletivos (englobando políticas nacionais, proteção social, padrões de vida, condições de trabalho e apoios comunitários); e acumulam-se e interagem entre si potenciando risco ou proteção para a saúde mental.

A cultura é um dos determinantes etiológicos da doença mental, visto que molda a perceção do próprio e da realidade, dando a noção de normal e anormal, e definindo o que constitui social e culturalmente uma doença mental (Annan, 2020). As conceções de género, que levam homens e mulheres para diferentes formas de psicopatologia, por detrás dos fatores de risco são potencializadas através da socialização e pelas instituições sociais principais como as escolas, famílias e locais de trabalho (Anand, 2020).

2.1. Saúde Mental da Mulher

Apesar de séculos de progresso e resistência feminina, continuamos enquanto sociedade a considerar a cultura de patriarcado como algo normal, ignorando as dinâmicas de poder masculino subliminares a ela (Maté, 2023). Tendo em conta toda a informação empírica sobre a natureza biopsicossocial do ser humano, bem como sobre unidade corpórea é expectável que este *gap* entre géneros seja notado na saúde das mulheres (Maté, 2023).

As exigências que atualmente são colocadas às mulheres e minorias de gênero sob o domínio do sistema heteropatriarcal, seja em conformidade ou a oposição das normas de gênero impostas, constituem um fator de risco para a sua saúde mental (Cabezzas-Rodriguez, et al., 2021), justificando a importância de maior estudo. Historicamente os processos de gênero têm como base a relação desequilibrada de poder entre homens e mulheres, sendo que ambos aprenderam a interagir de forma a minimizar o poder feminino, e ao mesmo tempo, a empoderar a competência masculina. Estas desigualdades estruturais passam despercebidas porque são mantidas por processos hegemônicos que são parte da socialização cultural de todos os indivíduos e assim, são absorvidos e agidos sem consciência (Macfarlane & Knudson-Martin, 2003).

A literatura mostra-se consistente (Anand, 2020; Toribio-Caballero, et al., 2022, Perez, 2020) ao relatar rácios maiores de mal-estar psicológico e diagnósticos de saúde mental nas mulheres relativamente os homens. As mulheres são duas vezes mais prováveis de ter doença mental; apresentam maior risco de ter doenças crônicas; mais anos com menor qualidade de vida, com problemas e incapacidades; dobro das incidências em perturbações internalizantes como ansiedade e depressão (Toribio-Caballero, et al., 2022).

As diferenças socioculturais são de extrema importância para a identificação de disparidades entre homens e mulheres a nível do risco, prevalência, apresentação, curso e tratamento de doenças mentais em três âmbitos: a desproporcionalidade identificada na vivência de fatores de risco; as diferenças de gênero na procura e receção de tratamento nos serviços de saúde mental; e por fim as barreiras económicas (Annand, 2020). A literatura sugere inclusive que os conceitos de masculino e feminino afetam a maior parte dos fatores de risco para internalização, aumentando a probabilidade de terem uma saúde mental fraca, incluindo os stressores a que estão expostas, as estratégias de *coping* que utilizam, as relações sociais, os recursos pessoais e as vulnerabilidades que desenvolvem. Os movimentos feministas já abordavam este tópico, dando ênfase aos efeitos da socialização opressiva das mulheres e às consequências da desvalorização das capacidades e características das mulheres, destacando a corporalidade e relação com o “eu” (Annand, 2020).

Segundo Perez (2020), tudo no mundo esteve e está marcado pela ausência de forma feminina, considerando a vida e a experiência masculina como a generalidade dos seres humanos. Esta universalidade masculina causa um déficit informacional de gênero e posiciona como “minorias” metade da população mundial, produzindo a falsa ideia de que as mulheres são invisíveis e dispensáveis da cultura, história e dados, quando na verdade não há justificativa para estas continuarem sub-representadas. (Perez, 2020). Este déficit informacional prejudica as mulheres no trabalho, política, planejamento urbano, e também na saúde e educação (Pérez, 2020).

O enviesamento masculino modifica, em frequência e amplitude, os dados que devem ser objetivos, tendo em conta que são usados diariamente para governar a vida de todos os seres humanos. As mulheres são ainda excluídas da investigação médica, enquanto os resultados de ensaios clínicos apenas testados em homens, são considerados válidos para as mulheres (mesmo em doenças com prevalência maior no sexo feminino, e sabendo que o mesmo fármaco pode ter resultados opostos mediante o sexo) (Pérez, 2020).

Um dos motivos usados para justificar a ausência de investimento na investigação do feminino é a desculpa que os corpos femininos de humanos e animais são demasiado complexos e variáveis, tornando a investigação dispendiosa em recursos (Perez, 2020). De acordo com esta justificação, encontra-se também a recusa de integrar sexo e gênero nestes processos. Para além disso, a ausência de dados organizados por sexo afeta a capacidade estrutural de oferecer aconselhamento médico fiável às pessoas do sexo feminino, tornando este debate assente numa necessidade ética que está a ser ignorada, a de incluir na pesquisa a versão fêmea das células, dos animais e dos humanos (Perez, 2020).

Um outro contexto onde é sentido o déficit informacional de gênero é na Medicina, onde os problemas de saúde relacionados com gênero e sexo não são abordados nos currículos de forma sistemática e, quando são, restringem-se à saúde obstétrica e ginecológica. Estes dados são graves, principalmente se considerarmos a existência de dados empíricos relativamente as diferenças substanciais entre os sexos, em todos os tecidos e sistemas orgânicos do corpo humano, a nível celular, bem como na evolução, gravidade e frequência da maioria das doenças humanas comuns (Perez, 2020).

As doenças específicas do sexo feminino são muito pouco estudadas, como a Tensão Pré-Menstrual (que afeta 90% das mulheres, e 40% destas não respondem ao tratamento) e a dismenorreia (que também afeta 90% das mulheres e afeta o quotidiano de uma em cada cinco). O fraco investimento é justificado pelo facto destas doenças não serem prioritárias para a saúde pública, mesmo sabendo que afetam diariamente tantas mulheres (Perez, 2020). O “Síndrome de Yentl” é definido como o diagnóstico e tratamento incorreto feito às mulheres quando os seus sintomas e doenças diferem dos homens. Isto começa na incapacidade de considerar as funções femininas socialmente esperadas, que estão intimamente ligadas à doença, juntamente com a ausência de dados organizados por sexo (Perez, 2020).

Os sintomas psicológicos das mulheres estão relacionados com os papéis de género adotados. A depressão relaciona-se com padrões relacionais de desequilíbrio de poder e ausência de intimidade, caracterizados pela sensação de responsabilidade pela qualidade das mesmas e pelo bem-estar dos membros da família (Macfarlane & Knudson-Martin, 2003)

O ignorar da socialização de género pode também conduzir as mulheres a viverem durante grandes períodos sem diagnóstico de perturbações do comportamento, visto que este processo leva muitas raparigas a mascarar os sintomas, pela expectativa de manter os padrões acessibilidade e amabilidade esperadas (Perez, 2020).

Toribio-Caballero, et al., (2022); Annand (2020) e o Conselho da Europa (2016) apresentam alguns dos fatores que podem justificar a saúde mental mais pobre das mulheres, como a feminização da pobreza, maior exposição a abuso, violência de género, divisão sexual no trabalho, turnos duplos ou triplos entre o trabalho e o papel de cuidadora/doméstico, ideais de beleza marcados por pressão social no corpo, entre outros. As noções de organização social tradicionais relativas à esfera familiar e ao mercado de trabalho perpetuam as desigualdades de género na saúde mental (Cabezas-Rodriguez, et al., 2021; Conselho da Europa, 2016).

As características desiguais do mercado laboral, tanto no acesso como participação das mulheres, levam a segregação horizontal e vertical, limitando as oportunidades e agravando as condições das mulheres, resultando em menos saúde mental para as mesmas. Algumas destas barreiras “invisíveis” são já conhecidas, como o *gap* de

pagamento entre homens e mulheres, maior insegurança laboral, contratos mais curtos, trabalho em part-time (Cabezas-Rodriguez et al., 2021). Para além das condições laborais, as mulheres são em grande parte responsáveis pelo trabalho doméstico e de cuidadoras, tendo um leque de responsabilidades acrescidas, que levam muitas vezes a uma autoperceção de saúde psicossocial mais fraca, bem com mais sintomas de ansiedade e depressão.

O apoio social atua nesta situação como fator protetor da saúde mental das mulheres, ajudando a atingir um equilíbrio entre o seu trabalho e o papel de cuidadora (Cabezas-Rodriguez et al., 2021; Veronese et al., 2023). Este suporte mostrou-se essencial ao moderar a relação entre violência de género e sintomas de depressão e ansiedade entre as mulheres e, é até considerado por Veronese et al. (2023) como o fator mais importante para uma melhor saúde, dado demonstrar melhor saúde física, mental e oral, bem como um menor nível de mal-estar psicológico.

Um condicionamento social persistente por género reforça os mecanismos de auto-supressão da primeira infância, levando as mulheres a se auto silenciarem, a nível dos seus pensamentos, sentimentos, de forma a manter as suas relações seguras. Esta característica, juntamente com os atos compulsivos de servir os outros, supressão de fúria e preocupação com a aceitação social, predispõe as mulheres para doenças. Por exemplo, pessoas com problemas de autoimunidade apresentam uma personalidade altamente marcada por estes traços, correspondentes ao que a sociedade patriarcal exige das mulheres (Maté, 2023). A tarefa de cuidar recai largamente sobre as mulheres (Maté, 2023), reforçando nos homens a sensação de que têm o direito de ser cuidados pelas mulheres, levando estas a absorver as angústias masculinas e até assumirem responsabilidade sobre elas, chegando à declaração de Maté (2023) afirma que “as mulheres estão a tomar pelos dois sexos os antidepressivos e ansiolíticos”.

2.2. Autoestima da Mulher

Inicialmente, a autoestima foi conceptualizada por Rosenberg (1965) como o valor ou autoimagem subjetiva de um individuo sobre si mesmo. Mais tarde, Rosenberg (1989) definiu autoestima como a orientação positiva ou negativa de cada individuo relativamente a si mesmo, e é um dos componentes do autoconceito que por sua vez é a

conceptualizado pela mesma autora como a totalidade dos pensamentos e sentimentos do indivíduo com referência a si próprio como objeto.

Segundo Ding (2024) e Walters et al. (2023), a autoestima é uma componente crucial da saúde psicológica, e refere-se ao sentido geral de valor próprio de um indivíduo. É um aspeto fundamental de como os indivíduos se percebem a si e às suas habilidades, influenciando o seu comportamento e tomada de decisão.

A literatura indica de forma clara que as mulheres geralmente têm níveis mais baixos de autoestima, em comparação com os homens (Walters et al, 2023). As expectativas sociais têm um impacto direto e nocivo na autoestima das mulheres. Quando as mulheres percebem a diferença entre os ideais da sociedade e as suas vidas e experiências, nota-se uma diminuição na autoestima que leva a uma percepção negativa de si e menor confiança, especialmente em áreas como a aparência física, cujos padrões da sociedade são normalmente irrealistas e inalcançáveis para a maioria (Ding, 2024).

A autoestima para além de agir como um fator de proteção contra os efeitos negativos das expectativas sociais sobre as mulheres, desempenha também um papel fundamental na forma como estas enfrentam interações sociais e desafios pessoais. Autoestima elevada está associada a resultados positivos de saúde mental, incluindo maior resiliência, melhor gestão do stress e satisfação geral com a vida. Em contraste, uma autoestima baixa contribui para vários problemas psicológicos, incluindo depressão, ansiedade e um sentido diminuído de autoeficácia (Ding, 2024; Walters et al., 2023).

Mulheres com autoestima elevada são mais prováveis de impor as suas necessidades, definir limites e procurar relações de apoio, tudo fatores que contribuem para uma melhor saúde psicológica (Ding, 2024). A autoestima elevada tem o poder de influenciar as emoções, comportamentos, o bem-estar geral, aceitação e respeito de uma pessoa sobre si mesma. Está também associada a resultados positivos como melhor performance académica, satisfação profissional, relações gratificantes e satisfação com a vida, com consequências positivas para a saúde física e mental, e atuando como fator protetor contra *distress* psicológico e sintomas psiquiátricos (Brien, 2023).

Para além disso, a autoestima elevada promove também resiliência, o que facilita os processos de recuperação das mulheres perante contratempos e fornece ferramentas para que resistam à internalização de mensagens negativas da sociedade. A resiliência é

crucial em ambientes onde as mulheres são constantemente confrontadas com expectativas irrealistas, seja nos media, trabalho ou dentro das suas comunidades (Ding, 2024).

A baixa autoestima exacerba o impacto psicológico das expectativas da sociedade. Mulheres com pior perceção de si são mais prováveis de internalizar críticas sociais e menos prováveis de resistir a mensagens sociais nocivas, levando a um ciclo de auto-perceção negativa e saúde mental pobre, que pode levar a uma variedade de comportamentos maladaptativos e padrões cognitivos, como auto-criticismo, ruminação e evitação, que exacerbam problemas de saúde mental. Mulheres com baixa autoestima são também mais prováveis de adquirir estratégias de *coping* não saudáveis, como abuso de substâncias, comportamentos alimentares desaconselhados, ou isolamento social, numa tentativa de gerir o stress associado com as pressões sociais. Estes comportamentos, embora aliviem o stress, contribuem para o degradar progressivo da saúde mental, reforçando o impacto negativo das expectativas sociais (Ding, 2024).

Brien (2023) revela que os eventos de discriminação de género interferem diretamente com o sentido de pertença, autossilenciamento, auto-dúvida, e criam obstáculos para o desenvolvimento pessoal e profissional, todos eles fatores que interferem diretamente com a autoestima das mulheres. De forma mais global, o mesmo autor refere que comentários discriminatórios, tratamento desigual e assédio estão associados a uma diminuição da autoestima e aumento do *distress* psicológico.

2.3. Relação entre Microagressões, Saúde Mental e Autoestima

A experiência repetida de microagressões sexistas pode levar a sentimentos de desvalorização e dúvida sobre as próprias competências, afetando negativamente a autoestima. A autoestima atua como um fator de proteção, modulando a resposta emocional e psicológica das mulheres perante experiências de desvalorização ou discriminação.

Segundo Sayer et al. (2015), as consequências dos atos de sexismo quotidiano dependem do nível de sexismo internalizado de cada mulher e portanto, verificou-se que uma mulher que rejeita o sexismo tem efeitos mais severos após esta experiência, em comparação com as mulheres que validam o mesmo fenómeno. A exposição a estes comportamentos afeta o bem-estar e autoestima das mulheres, e induz ansiedade, redução

da performance em tarefas cognitivas e autoeficácia. As mulheres que sentem que foram discriminadas com base no seu gênero apresentam maior prevalência de depressão, aumento no *distress* psicológico, funcionamento mental, satisfação de vida e uma autoavaliação de saúde mais pobre (Hacket et al., 2019).

A investigação evidencia que microagressões afetam negativamente a saúde mental e física, aumentando sintomas de depressão, ansiedade, trauma e problemas comportamentais, como consumo de álcool e perturbações alimentares. Também influenciam construtos psicológicos como autoestima, percepção do mundo e desempenho acadêmico, além de causar dor, fadiga e dificuldades no funcionamento físico (Capodilupo et al., 2010; Torino et al., 2019). Apesar de poderem parecer inofensivas ou corriqueiras, as microagressões têm um impacto significativo no bem-estar de grupos marginalizados, perpetuando desigualdades em saúde, educação e emprego.

A literatura também sugere que confrontar a discriminação pode atuar como um fator de proteção contra alguns dos efeitos físicos e psicológicos de experienciar discriminação (Chaney et al., 2015). Esses efeitos de proteção incluem maior bem-estar, sensação de empoderamento e capacidade de promover mudanças, menor sofrimento reportado por quem desafia a discriminação e menor sofrimento mediado por um sentido de autonomia. Há também evidências de que, quando as mulheres confrontam o sexismo, percecionam-se de forma mais positiva. Por exemplo, confrontar comentários sexistas tem sido associado ao aumento da competência, autoestima, sensação de empoderamento e bem-estar, desde que o confronto seja considerado eficaz na alteração do comportamento do perpetrador. Confrontar preconceitos pode ainda reduzir a utilização de estereótipos por parte de quem pratica discriminação e de observadores. Estes resultados promissores têm levado a apelos para mais investigação sobre o confronto ao sexismo como intervenção para reduzir a cultura sexista (Sayer et al., 2025).

Embora atos quotidianos de sexismo possam parecer inofensivos, eles podem ter diversas consequências negativas a nível pessoal, como prejuízo da autoestima e tendência para a autocrítica após agressões sexuais, bem como consequências interpessoais, como maior aceitação das desigualdades de gênero sistêmicas e maior propensão para culpar as vítimas de violação e agressão sexual. Estas consequências reforçam as desigualdades de gênero pré-existentes e as atitudes negativas para com as

mulheres, impedindo avanços no seu estatuto social. Como a cultura sexista está na raiz de muitos desses desfechos negativos e perigosos para as mulheres, reduzir a presença de atitudes sexistas constitui uma urgência global, em linha com os Objetivos de Desenvolvimento das Nações Unidas. (Sayer et al., 2025).

Capítulo 3 - Igualdade de Género em Portugal e na Europa

O contexto global da igualdade de género evidencia que, apesar dos avanços das últimas décadas, persistem desafios significativos que ameaçam os direitos das mulheres e raparigas. Sendo assim, torna-se relevante para a presente investigação apresentar e analisar de forma breve os dados mais recentes referentes à igualdade de género na Europa e em Portugal, de forma a contextualizar o estudo e a amostra na realidade atual, com recurso a dados estatísticos e relatórios de instituições e organizações reconhecidas neste âmbito. O Plano Estratégico 2026–2029 da ONU Mulheres visa responder às desigualdades de género através de soluções integradas que atuam nas causas estruturais e promovem mudanças sistemáticas. O período atual de polarização política, volatilidade económica, crises planetárias e conflitos armados coloca em risco os ganhos alcançados, enquanto a oposição organizada à igualdade de género compromete direitos fundamentais, especialmente para as mulheres e raparigas mais marginalizadas. Barreiras persistentes, normas sociais discriminatórias, financiamento inadequado e acesso insuficiente a serviços essenciais reforçam a posição subordinada das mulheres, aumentando a vulnerabilidade e os riscos à saúde, educação e bem-estar (ONU Mulheres, 2024).

O Índice de Igualdade de Género da União Europeia (EIGE, 2024) avalia a igualdade em múltiplos domínios: trabalho, dinheiro, educação, tempo, poder e saúde. Em 2024, a pontuação global foi de 71/100, enquanto Portugal atingiu 68,7, evidenciando avanços, mas também desigualdades persistentes.

No domínio do trabalho, observa-se diminuição ligeira da disparidade no emprego, mas aumento da segregação sectorial e elevada prevalência de violência e assédio sexual, tanto em setores tradicionalmente masculinos como femininos, reforçando barreiras à progressão e disparidade salarial. No domínio financeiro, apesar de mitigação parcial pós-covid, a desigualdade nos ganhos individuais persiste devido ao

trabalho não remunerado e à segregação ocupacional. Na educação, as mulheres tendem a ter vantagem, mas a violência de género em espaços académicos continua a impactar o bem-estar, carreira e performance (EIGE, 2024).

O domínio do tempo revela a clara desigualdade na distribuição de cuidados e tarefas domésticas, limitando a participação feminina em atividades culturais, de lazer e voluntariado. O domínio do poder permanece o mais desigual, com sub-representação feminina em cargos de decisão e liderança e crescente violência contra mulheres nesses contextos, desencorajando carreiras corporativas e políticas. O domínio da saúde apresenta índices mais elevados, mas o progresso é lento e desigual, especialmente entre mulheres com deficiência, baixo nível de educação, solteiras, idosas e membros da comunidade LGBTQIA+ (EIGE, 2024).

Segundo o relatório da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG, 2024), em 2023 existiam 5,556 milhões de mulheres em Portugal, correspondendo a 52,2% da população total. Apesar de apresentarem maior esperança média de vida do que os homens (83,7 anos para 78,4 anos), as mulheres registam menos anos de vida saudável após os 65 anos (7,3 para 8,6 nos homens).

No domínio da educação, verifica-se que existem mais mulheres que homens sem escolaridade completa, mas também mais mulheres com ensino superior completo (58,9%). No entanto, esta vantagem educativa não se traduz em maior participação em cargos de decisão económica, política ou académica (CIG, 2024; Gomes et al., 2022).

O mercado de trabalho evidencia desigualdades persistentes: maior desemprego feminino (6,9%), maior prevalência de emprego a tempo parcial (64,4% mulheres), diferenças salariais significativas (16% de diferença média, podendo chegar a 26,3% em função da qualificação e 18,9% segundo antiguidade) e pensões inferiores (diferença média de 27,6%), elevando o risco de pobreza e vulnerabilidade em mulheres em idade avançada. As medidas políticas implementadas desde 1990, como a criação da Comissão para a Igualdade no Trabalho e Emprego e a Lei da Paridade (2006, ajustada recentemente para 40%), visam prevenir discriminação e assegurar oportunidades iguais, mas os dados mostram que as disparidades persistem (Gomes et al., 2022). Além disso, a responsabilidade pelo cuidado e tarefas domésticas recai maioritariamente sobre as mulheres (CIG, 2024).

A violência doméstica continua a afetar principalmente as mulheres, com 69,3% das vítimas e 79% dos agressores do sexo masculino. Em 2023, registaram-se 30.461 ocorrências, aproximadamente 83 por dia, das quais apenas 1.704 resultaram em condenação (5,6% do total) (CIG, 2024). Apesar dos avanços legais e sociais, Portugal mantém desafios estruturais que limitam a participação plena das mulheres e da comunidade LGBTI+, com persistência de estigmas e discriminação (Saleiro, 2022; Conselho da Europa, 2016).

A integração do contexto global fornecido pela ONU Mulheres com os dados nacionais e europeus permite compreender que, apesar dos avanços legislativos e sociais, a desigualdade de género permanece estrutural e multifacetada. Barreiras persistentes, discriminação interseccional, violência de género e sub-representação política e económica demonstram que os ganhos alcançados são frágeis e que o progresso é lento e desigual. Estes fatores reforçam a relevância da presente investigação sobre microagressões sexistas, saúde mental e autoestima das mulheres, evidenciando a necessidade de compreender a experiência vivida para promover estratégias de intervenção mais eficazes (ONU Mulheres, 2024).

III. CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

| | " | | " |

1.1. Problemática, objetivos e questão de partida

O conceito de género tem vindo a ganhar crescente atenção pública, tanto social como politicamente, acompanhada por discursos polarizados e frequentemente marcados por controvérsias. Este debate, amplificado pela presença de narrativas conservadoras e pelo avanço de movimentos e partidos de extrema-direita, tem conduzido a retrocessos na legislação e nas políticas públicas que visam proteger os direitos das mulheres e de outras identidades marginalizadas. Estas dinâmicas sociopolíticas repercutem-se no quotidiano das pessoas, afetando de forma particular aquelas cujas identidades divergem das normas hegemónicas de género. Neste cenário, a investigação sobre microagressões sexistas e saúde mental assume especial relevância, na medida em que possibilita uma discussão informada e sustentada em evidência científica. Este conhecimento é fundamental para apoiar práticas educativas e sociais que promovam progressos efetivos, incentivem uma educação inclusiva, reconheçam a pluralidade das identidades e reforcem a empatia e a compreensão nas comunidades.

A literatura internacional evidencia que as microagressões têm impactos significativos no bem-estar psicológico, associando-se a níveis superiores de *distress*, diminuição da autoestima e deterioração da saúde mental (Capodilupo et al., 2010; Nadal et al., 2015; Sue, 2010). No entanto, não foi produzido ainda conhecimento suficiente em Portugal que analise e relacione microagressões de género com indicadores de saúde mental e autoestima, revelando uma lacuna importante na produção científica nacional. Esta ausência de estudos torna particularmente pertinente uma abordagem situada nos estudos de género e nas ciências sociais, capaz de analisar criticamente estes fenómenos em contexto. Simultaneamente, importa integrar a perspetiva interseccional (Crenshaw, 1991), reconhecendo que experiências de discriminação são moldadas pela sobreposição de múltiplas dimensões identitárias, como etnia, classe social, orientação sexual ou expressão de género.

Esta problemática possui relevância direta para o campo da Educação Social e Intervenção Comunitária visto que a compreensão do impacto das microagressões sexistas na saúde mental e na autoestima das mulheres permite fundamentar estratégias de intervenção que promovam a igualdade de género, o empoderamento feminino e o bem-estar psicossocial. Ao produzir conhecimento sobre estes processos, esta

investigação contribui para práticas educativas, comunitárias e institucionais mais conscientes, transformadoras e alinhadas com a promoção dos direitos humanos.

À luz das evidências e reflexões anteriores, torna-se pertinente aprofundar a forma como as microagressões de género se articulam com indicadores de bem-estar psicológico no contexto português. Assim, a investigação guia-se pela seguinte questão de partida: “Qual a relação entre a frequência percebida de microagressões sexistas, a saúde mental e a autoestima das mulheres em Portugal?”. Para responder a esta questão, definiu-se como objetivo geral compreender a relação entre estas variáveis, estabelecendo-se três objetivos específicos: (i) caracterizar no âmbito sociodemográfico a amostra; (ii) analisar a relação entre a perceção de frequência de microagressões de género, a saúde mental e a autoestima das participantes; e (iii) explorar as experiências relatadas de microagressões, considerando possíveis interseções com outras dimensões identitárias. Este conjunto de objetivos estrutura a investigação de forma integrada, articulando a análise quantitativa com uma compreensão crítica, feminista e contextualizada das vivências das participantes.

1.2. Metodologia

O presente estudo adota uma epistemologia sócio-crítica com enfoque no feminismo interseccional, entendendo que o conhecimento é socialmente situado e condicionado por relações estruturais de poder, incluindo género, etnia, classe, orientação sexual e outras dimensões interseccionais de opressão. Esta perspetiva permite analisar as microagressões de género enquanto manifestações de opressão simbólica e estrutural, valorizando as vozes de grupos historicamente marginalizados e considerando a investigação como instrumento de problematização e transformação social (Freire, 1996; Harding, 2004; Hesse-Biber, 2012).

No plano paradigmático, o estudo enquadra-se num paradigma crítico-interpretativo, que combina a análise reflexiva das estruturas de poder com a interpretação subjetiva das experiências das participantes. Esta abordagem possibilita compreender os significados atribuídos às microagressões e como estas se interligam com dimensões identitárias múltiplas, sem perder de vista a crítica às desigualdades sociais.

O estudo adota uma abordagem metodológica mista, integrando procedimentos quantitativos e qualitativos, com o objetivo de compreender de forma abrangente o

fenómeno das microagressões de género e os seus impactos na saúde mental e na autoestima das mulheres. A opção por métodos mistos segue recomendações consolidadas na literatura metodológica, que valorizam a integração intencional de dados quantitativos e qualitativos para aprofundar fenómenos sociais complexos (Coutinho, 2024).

O método de recolha de dados escolhido foi o inquérito, operacionalizado através da técnica de questionário estruturado, adequada para medir perceções, atitudes e indicadores psicológicos em amostras amplas (Coutinho, 2024). O questionário incluiu três escalas validadas: versão reduzida da Escala de Microagressões Sexistas - *WoMenS* (Miyake et al., 2025), versão reduzida do Inventário de Saúde Mental - MHI-5 (Ribeiro, 2001) e Escala de Autoestima de Rosenberg – RSES (Pechorro et al., 2011). Por fim inclui três perguntas abertas que permitiram explorar dimensões vivenciais e contextuais não acessíveis apenas por via quantitativa, complementadas por uma secção sociodemográfica essencial para contextualizar a amostra e analisar padrões associados a variáveis identitárias.

A natureza do estudo é descritivo-correlacional e exploratória. É descritivo porque procura caracterizar experiências de microagressões de género, níveis de saúde mental e autoestima das participantes, correlacional porque analisa associações entre estas variáveis, e exploratório porque visa compreender fenómenos pouco investigados ou invisibilizados, considerando como diferentes eixos identitários se intersectam nas experiências das participantes (Coutinho, 2024).

A recolha de dados foi realizada através da plataforma ‘Google Forms’, e a divulgação do questionário baseou-se em amostragem por bola de neve (*snowball sampling*).

A integração destas componentes metodológicas possibilita a triangulação de dados (metodológica, de fontes e teórica) aumentando a robustez e a densidade interpretativa dos resultados. Esta configuração metodológica garante que a investigação é rigorosa, crítica e reflexiva, permitindo analisar de forma integrada as experiências de microagressões de género e os seus impactos na saúde mental e autoestima, enquadrando-as numa perspetiva crítica e interseccional.

A análise dos resultados do questionário realizou-se em duas fases distintas. Primeiramente procedeu-se à análise estatística dos dados (descritiva e inferencial), na plataforma *Jamovi*, com recurso às normas de cotação das escalas utilizadas. De seguida, realizou-se a análise de conteúdo das respostas às questões abertas do questionário, procurando as categorias e subcategorias definidas a priori com base na taxonomia da Teoria das Microagressões Sexistas (Miyake et al., 2025; Capodilupo et al., 2010)

1.3. Procedimentos

A recolha de dados foi realizada online, assegurando o anonimato e a confidencialidade das respostas. Antes de iniciar o questionário, todas as participantes foram devidamente informadas acerca dos objetivos do estudo, da natureza voluntária da sua participação e do direito de desistir a qualquer momento, tendo sido solicitado o seu consentimento informado. As respostas foram codificadas e armazenadas de forma segura, com acesso restrito exclusivamente à responsável pela investigação.

O questionário utilizado incluiu três escalas validadas e adaptadas para o contexto português: a MHI-5 (5 itens, versão reduzida do Inventário de Saúde Mental, traduzido e validado por Ribeiro (2001), a RSES (Escala de Auto-estima de Rosenberg, 10 itens, traduzida e validada por Pechorro et al., 2011) e a WoMenS (Women's Microaggression Scale) validade em 2025 por , traduzida e adaptada para esta investigação, com 24 dos 32 itens originais selecionados de forma a reduzir a extensão da escala, retirando um dos três itens por subescala). Foram ainda incluídas três perguntas abertas, das quais as duas primeiras visaram explorar experiências pessoais de microagressões e situações específicas em contextos sociais e profissionais, enquanto a terceira funcionou como espaço para reflexões livres das participantes sobre o tema em estudo.

As participantes receberam instruções claras para responder de forma honesta e anónima, sem obrigatoriedade de preenchimento das perguntas abertas. No final do questionário, foi disponibilizado um campo opcional para que pudessem deixar o e-mail caso desejassem ser informadas dos resultados do estudo. O tempo médio de preenchimento situou-se entre 5 a 10 minutos, sendo compatível com a extensão e complexidade do instrumento.

Os dados quantitativos recolhidos foram posteriormente tratados estatisticamente, permitindo identificar correlações e padrões entre microagressões, saúde mental e

autoestima. Paralelamente, os dados qualitativos provenientes das perguntas abertas foram submetidos a uma análise de conteúdo temática, de modo a complementar e aprofundar a interpretação dos resultados, garantindo uma compreensão integrada e mais abrangente do fenómeno em estudo.

A metodologia adotada permite assegurar a validade e fiabilidade dos resultados, contribuindo para uma análise rigorosa e fundamentada das microagressões de género e dos seus impactos sobre a saúde mental e a autoestima das mulheres. Paralelamente, oferece subsídios para a formulação de estratégias de intervenção em Educação Social e Comunitária, com enfoque na promoção da igualdade de género, no empoderamento feminino e no bem-estar psicológico.

Por fim, importa referir que o estudo foi conduzido segundo um cronograma estruturado, contemplando todas as fases desde o planeamento e pré-teste do questionário, passando pela divulgação e recolha de dados, até ao tratamento e análise final. Cada etapa foi organizada de forma sequencial e sistemática, sendo que a especificação detalhada das datas será apresentada oportunamente.

1.4. Instrumentos de recolha de dados

Para a presente investigação, a recolha de dados foi realizada através de um questionário estruturado, definido por Coutinho (2024) como um instrumento de investigação que permite obter informações padronizadas de uma amostra sobre determinados fenómenos, utilizando itens previamente formulados e organizados de forma lógica, garantindo consistência e comparabilidade das respostas. O questionário utilizado nesta investigação foi composto por instrumentos validados, perguntas abertas e uma secção de caracterização sociodemográfica, permitindo a análise integrada de dimensões quantitativas e qualitativas, e assegurando a obtenção de dados robustos sobre microagressões de género, saúde mental e autoestima, bem como sobre características individuais relevantes da amostra.

1.4.1. Inventário de Saúde Mental (versão reduzida) - MHI-5

O MHI-5 consiste numa versão reduzida do Inventário de Saúde Mental, composta por 5 itens, e possui duas subescalas que avaliam dois domínios da saúde mental: distress psicológico e afeto positivo. Os itens avaliam sintomas de ansiedade, afeto positivo, perda de controlo emocional e comportamental e depressão. Esta escala

foi traduzida e validada para o contexto português por Ribeiro (2001), apresentando boas propriedades psicométricas. Na presente investigação, o MHI-5 foi utilizado para identificar níveis de saúde mental percebida pelas participantes, permitindo analisar a relação entre microagressões de género e indicadores psicológicos.

1.4.2. Escala de Microagressões Sexistas (Miyake et al., 2025) - WoMenS

A WoMenS, desenvolvida por Miyake, Ahn, Tran e Atkin (2025), é uma escala destinada a medir a frequência percebida de microagressões de género em mulheres. Para esta investigação, a escala foi traduzida e adaptada ao contexto português, com 24 dos 32 itens originais selecionados, retirando um item por subescala para reduzir a extensão sem comprometer a validade da medida. A WoMenS é constituída por 8 subescalas, correspondentes aos oito temas gerais identificados no quadro teórico das microagressões sexistas, por Capodilupo et al. (2010): Papéis de género tradicionais, Linguagem sexista, Ameaça implícita à segurança física, Ameaça explícita à segurança física, Invalidação da realidade do sexismo, Suposições de inferioridade/Cidadania de segunda classe, Microagressões ambientais e Objetificação sexual. Cada item é respondido relativamente à frequência percebida de várias microagressões, através de uma escala Likert, com as opções “nunca”, “raramente”, “algumas vezes” e “frequentemente”, permitindo quantificar a perceção de microagressões e relacioná-la com indicadores de saúde mental e autoestima (Miyake, et al., 2025).

1.4.3. Escala de Autoestima de Rosenberg (Pechorro et al., 2011)– RSES

A RSES é uma escala de autoestima global, desenvolvida por Rosenberg (1965) e adaptada para Portugal por Pechorro et al. (2011). Composta por 10 itens (5 itens com pontuação invertida), avaliados em escala Likert, permite analisar perceções de valor pessoal e autoconfiança. Esta escala é amplamente utilizada em contextos de investigação psicológica e social, sendo adequada para examinar relações entre experiências de microagressões de género e autoestima.

1.4.4. Questões Abertas

O questionário incluiu ainda três perguntas abertas, permitindo captar experiências e perceções que não podiam ser exploradas na totalidade pelas escalas quantitativas utilizadas. As perguntas foram formuladas da seguinte forma:

QA1) “Gostaria de partilhar uma experiência pessoal em que sentiu ter sido alvo de microagressões devido ao seu género? Pode incluir o contexto (profissional, académico, familiar, etc.) e como se sentiu na altura, se desejar.”, destinada a recolher experiências de microagressões concretas, contextos e possivelmente o impacto das mesmas;

QA2) “Já sentiu, no seu quotidiano, microagressões ou discriminação relacionadas com outras dimensões da sua identidade? Se sim, qual o impacto que tem no seu bem-estar e em que contextos aconteceu?”, cujo objetivo foi captar a interseccionalidade de microagressões sentidas pelas mulheres participantes, que impactem de uma forma ainda mais complexa o seu bem-estar;

QA3) “Há algo mais que gostasse de partilhar sobre este tema ou sobre as suas vivências pessoais? (Espaço aberto para qualquer outra reflexão ou comentário.)” para que as participantes pudessem expressar experiências ou observações adicionais.

A inclusão destas questões teve como objetivo aprofundar a compreensão qualitativa do fenómeno e complementar a análise quantitativa com experiências, contextos e impactos vividos pelas participantes deste estudo, representativas das experiências femininas de discriminação na sociedade, que não se restringem ao género mas também a etnia, orientação sexual, classe social e tantas outras dimensões que merecem atenção.

1.5. Amostra

Segundo Coutinho (2024), a amostragem é o processo de seleção de sujeitos para participar num determinado estudo, enquanto a amostra é o conjunto de sujeitos selecionados que representa a população da qual fazem parte. No presente estudo, a amostragem foi realizada através da técnica de bola de neve, na qual se identifica inicialmente um membro da população-alvo e se solicita que indique outros membros da mesma população e estudo, neste caso, mulheres adultas, permitindo que a rede de participantes seja progressivamente alargada. Esta técnica é particularmente adequada para investigar participantes sobre temas sensíveis ou para populações difíceis de aceder (Coutinho, 2024).

A secção de caracterização sociodemográfica do questionário destinou-se a recolher informações relevantes para contextualizar a amostra e permitir análises

exploratórias e comparativas. Os itens incluídos pretendiam categorizar a amostra segundo idade, identidade de género, etnia, escolaridade, área de atividade profissional, condição de saúde e orientação sexual. O objetivo desta secção é recolher informações que permitam responder às questões de investigação, e analisar se os dados demográficos recolhidos para determinar se a identidade influencia a perceção de frequência de microagressões sexistas (variável independente) ou se determinados fatores influenciam a saúde mental e autoestima das participantes (variáveis dependentes) (Coutinho, 2024).

É importante salientar que muitas perguntas demográficas em estudos de inquérito podem ser consideradas sensíveis pelos participantes, uma vez que a forma como são formuladas frequentemente ignora a complexidade da identidade. A identidade não é simples, e pedir aos participantes para se classificarem em categorias que não correspondem à sua realidade pode gerar frustração e incerteza sobre como responder. Por este motivo, a formulação das perguntas sociodemográficas nesta investigação seguiu as recomendações de Bareket e Fiske (2023) com o objetivo de minimizar o desconforto dos participantes e ser o mais sensível possível, garantindo que cada questão fosse clara, respeitosa e inclusiva.

Além disso, seguindo recomendações metodológicas, esta secção foi colocada no final do questionário, com o objetivo de manter o interesse do participante, evitar desconforto devido à natureza sensível das questões e porque estas perguntas são mais fáceis de responder quando o participante já está habituado ao questionário e possivelmente apresenta fadiga de resposta (Bareket & Fiske, 2023)

A amostra do presente estudo é constituída por 457 mulheres, selecionadas a partir de um total inicial de 504 participantes. Foram excluídas do presente estudo 47 participantes devido a critérios pré-estabelecidos: identidade de género (duas pessoas que se identificavam como não binária), idade (três participantes menores de idade, 15, 16 e 17 anos) e *missing data* na escala WoMenS e RSES (42 participantes). Estes critérios foram aplicados para garantir a coerência da análise relativamente ao público-alvo do estudo e à validade das respostas das escalas utilizadas.

Relativamente à **identidade de género**, todas as participantes incluídas identificaram-se como “Mulher”, “feminina”, “género feminino”, “mulher cisgénero” ou “mulher cis dissidente”, tendo sido uniformizado o termo Mulher. Desta forma, não é

possível verificar se existem mulheres trans na amostra, constituindo uma limitação na formulação do questionário.

A **idade** das participantes variou entre 19 e 84 anos, com uma média de 44,5 anos, mediana de 47 anos e um desvio padrão de 14,6. Para uma melhor análise, foi realizada a categorização da amostra (cf. Tabela 1) por intervalos etários segundo uma análise da literatura, operacionalizando as categorias de: Mulher Jovem (18 a 29 anos), Mulher Adulta Jovem (30 a 49 anos), Mulher Adulta Madura (50 a 65) e Mulher em Idade Avançada (+ 65 anos). Assim, quanto à faixa etária, 123 participantes foram classificadas como Mulheres Jovens (27%), 151 como Mulheres Adultas Jovem (33,1%), 159 como Mulheres Adultas Maduras (34,9%), 23 como Mulheres em Idade Avançada (5%). Por fim, houve uma participante que não preencheu o campo da idade, mas, por ter referido que terminou a licenciatura, as suas respostas ao questionário foram consideradas na mesma como relevante e válidas, visto que para a obtenção desse grau é garantido que é maior de idade. No entanto, esta participante não foi incluída em nenhuma categoria ou análise de frequências relativas à idade visto que não é possível deduzir de forma exata a qual pertence.

Tabela 1
Amostra por faixa etária

Idade categorizada	Contagens	% do Total	% acumulada
Mulher idade avançada	23	5.0%	5.0%
Mulher adulta madura	159	34.9%	39.9%
Mulher adulta jovem	151	33.1%	73.0%
Mulher jovem	123	27.0%	100.0%

No que se refere à **origem/etnia** (cf. Tabela 2), a grande maioria das participantes da amostra diz ser branca (430; 94,1%), 22 participantes são negras (4,8%), 4 participantes não especificam a sua etnia ou preferem não responder (0,8%), sendo que esta última categoria incluiu respostas do tipo “1/2 judia” ou respostas incompletas.

Tabela 2
Amostra por categoria étnica.

Etnia categorizada	Contagens	% do Total	% acumulada
Branca	430	94.1%	94.1%
NE/PNR	4	0.9%	95.0%
Negra	22	4.8%	99.8%
Cigana	1	0.2%	100.0%

A maioria das participantes identifica-se, relativamente à **orientação sexual** (cf. Tabela 3), como Heterossexual (84,9%); 8,3% como bissexual; 3,7% como homossexual; 1,3% como pansexual; 1,3% como assexual; e 0,4% não especificaram.

Tabela 3
Amostra por orientação sexual.

Orientação sexual	Contagens	% do Total	% acumulada
Assexual	6	1.3%	1.3%
Bissexual	38	8.3%	9.6%
Heterossexual	388	84.9%	94.5%
Homossexual	17	3.7%	98.2%
Não especificado	2	0.4%	98.7%
Pansexual	6	1.3%	100.0%

Relativamente à **escolaridade** (cf. Tabela 4), 71 participantes (15,5%) concluíram o ensino secundário, 238 licenciatura (52,1%), 7 pós-graduação (1,5%), 124 mestrado (27,1%) e 17 doutoramento (3,7%).

Tabela 4
Amostra por nível de educação.

Nível de Educação	Contagens	% do Total	% acumulada
Secundário	71	15.5%	15.5%

Nível de Educação	Contagens	% do Total	% acumulada
Licenciatura	238	52.1%	67.6%
Pós-graduação	7	1.5%	69.1%
Mestrado	124	27.1%	96.3%
Doutoramento	17	3.7%	100.0%

No que se refere à **condição de saúde** (cf. Tabela 5), 420 participantes não possuíam qualquer condição de saúde (91,9%) e 30 afirmaram viver com alguma condição (6,6%). As condições de saúde foram categorizadas em: problemas de Saúde física (15; 53,6%), Saúde mental (5; 17,9%), Neurodesenvolvimento (3; 10,7%), Oncológico (2; 7,1%) ou não especificados (3; 10,7%). Por fim, 7 participantes preferiram não responder (1,4%).

Tabela 5
Amostra por tipo de condição de saúde.

Condição de saúde	Contagens	% do Total	% acumulada
Física	15	53.6%	53.6%
Oncológica	2	7.1%	60.7%
Saúde Mental	5	17.9%	78.6%
Não especificada	3	10.7%	89.3%
Neurodesenvolvimento	3	10.7%	100.0%

Por fim, quanto à **área de atividade profissional** e/ou de estudo (cf. Tabela 6), a distribuição foi categorizada da seguinte forma: ‘Saúde’ (132; 28,9%), ‘Comércio, serviços e administração’ (89; 19,5%), ‘Ciências sociais’ (63; 13,8%), ‘Educação e formação’ (64; 14%), ‘Comunicação’ (27; 5,9%), ‘Tecnologia, engenharias e ciências exatas’ (42; 9,2%), ‘Artes e cultura’ (22; 4,8%), ‘Finanças e contabilidade’ (10; 2,2%) e ‘Direito e administração pública’ (5; 1,1%). Outras áreas, incluindo aposentações, foram agrupadas na categoria ‘Outros’ (3; 0,7%).

Tabela 6
Amostra por área profissional.

Área Profissional	Contagens	% do Total	% acumulada
Artes e cultura	22	4.8%	4.8%
Ciências sociais	63	13.8%	18.6%
Comunicação	27	5.9%	24.5%
Comércio, serviços e administração	89	19.5%	44.0%
Saúde	132	28.9%	72.9%
Educação e formação	64	14.0%	86.9%
Outros	3	0.7%	87.5%
Finanças e contabilidade	10	2.2%	89.7%
Direito e administração pública	5	1.1%	90.8%
Tecnologia, engenharias e ciências exatas	42	9.2%	100.0%

IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

| ' ' | ' ' |

1. Apresentação de resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos através do questionário aplicado, organizados em duas partes distintas: a análise estatística dos dados quantitativos e a análise de conteúdo das respostas às questões abertas. Cada subcapítulo descreve de forma sistemática as principais evidências, permitindo uma compreensão abrangente dos fenómenos estudados.

1.1. Análise Estatística

Neste subcapítulo apresentam-se os resultados da análise estatística realizada no software *Jamovi*, incluindo procedimentos de estatística descritiva, avaliação da fiabilidade interna das escalas, testes de normalidade, análises de variância (ANOVA), correlações e modelos de regressão linear. Estes procedimentos permitiram caracterizar as variáveis em estudo e explorar as relações entre microagressões de género, saúde mental e autoestima.

1.1.1. Análise das Características psicométricas das escalas

a) Escala de Microagressões sexistas

Na presente amostra, a análise descritiva (cf. Tabela 7) revelou que as médias mais elevadas surgem nas dimensões **Ambiental** (M = 9.28; DP = 2.12), **Invalidação da realidade do sexismo** (M = 8.42; DP = 2.21) e Papéis de Género tradicionais (M= 8.33; DP = 2.99) sugerindo maior frequência percebida destas formas de microagressão. Em contraste, a dimensão **Suposições de inferioridade** apresentou a média mais baixa (M = 5.44; DP = 2.30), indicando menor perceção deste tipo de microagressão. O **WoMenS Score total** apresentou média de **59.62** (DP = 14.44), com valores entre 24 e 96, refletindo níveis moderados de perceção global de microagressões de género. As medianas aproximam-se das médias, sugerindo uma distribuição relativamente simétrica dos dados.

Tabela 7
Estatística Descritiva WoMenS.

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Papéis de Género Tradicionais	8.33	9.00	2.99	3.00	12.0
Linguagem sexista	6.15	6.00	2.58	3.00	12.0

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Ameaça implícita à segurança física	7.39	7.00	2.82	3.00	12.0
Ameaça explícita à segurança física	6.69	6.00	2.24	3.00	12.0
Invalidação da realidade do sexismo	8.42	9.00	2.21	3.00	12.0
Suposições de inferioridade	5.44	5.00	2.30	3.00	12.0
Ambiental	9.28	9.00	2.12	3.00	12.0
Objetificação sexual	7.92	8.00	2.16	3.00	12.0
WoMenS Score total	59.62	60.00	14.44	24.00	96.0

Em termos de **fiabilidade interna** (cf. Tabela 8), a escala apresentou α de **Cronbach = 0.932**, indicando consistência interna elevada, adequada para a utilização da escala em investigação nesta população. A média dos itens foi de **2.48** (DP = 0.602), corroborando a estabilidade dos resultados entre os participantes. O score total da WoMenS apresentou $W = 0.990$, $p = 0.003$ no teste de Shapiro-Wilk. Apesar do desvio estatístico significativo, a distribuição aproxima-se da normalidade, permitindo análises paramétricas.

Tabela 8
Estatísticas de Fiabilidade das escala WoMenS.

	Média	Desvio-padrão	α de Cronbach
WoMenS	2.48	0.602	0.932

b) Inventário de Saúde Mental – reduzido

Na presente amostra, os itens individuais da MHI-5 (cf. Tabela 9) apresentaram médias entre 3.67 e 4.52, com o valor mais elevado na dimensão de **depressão** ($M = 4.52$; $DP = 1.19$), indicando percepção baixa a moderada de sintomas depressivos. As médias do afeto positivo e do *distress* psicológico foram 3.83 ($DP = 0.94$) e 4.03 ($DP = 0.91$), respetivamente, sugerindo níveis equilibrados de bem-estar emocional. O **score total** da escala apresentou média de 19.75 ($DP = 4.20$), variando entre 6 e 29.

Tabela 9
Estatística descritiva MHI-5.

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
MHI1 - Ansiedade	3.70	4	1.017	1	6
MHI2 - Afeto Positivo	3.67	4	0.971	1	6
MHI3 - Perda de Controlo Emocional e Comportamental	3.87	4	0.976	1	6
MHI4 - Depressão	4.52	5	1.190	1	6
MHI5 - Afeto Positivo	3.99	4	1.119	1	6
Subescala: Afeto Positivo	3.83	4.00	0.935	1.50	6.00
Subescala: Distress Psicológico	4.03	4.00	0.909	1.00	6.00
MHI Score total	19.75	20.00	4.201	6.00	29.00

A consistência interna da MHI-5 foi elevada (cf. Tabela 10), com α de Cronbach = 0.853, evidenciando fiabilidade adequada para a avaliação do estado de saúde mental nesta população. A média dos itens foi de 3.95 (DP = 0.84), indicando estabilidade dos itens na medição do construto. O score total da MHI-5 apresentou $W = 0.987$, $p < .001$ no teste de Shapiro-Wilk. Apesar do p-valor indicar desvio significativo da normalidade, a distribuição é suficientemente próxima da normal para permitir análises paramétricas.

Tabela 10
Estatísticas de Fiabilidade da escala MHI-5.

	Média	Desvio-padrão	α de Cronbach
MHI-5	3.95	0.840	0.853

c) Escala de Auto-estima de Rosenberg

A *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) foi utilizada para avaliar o nível de autoestima global (cf. Tabela 11). Nesta amostra, o score total médio foi de 31.7 (DP =

5.53), com uma mediana de 32.0 e valores variando entre 15 e 40, refletindo níveis moderados de autoestima entre os participantes.

Tabela 11
Estatística descritiva RSES.

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Score total de Auto-estima	31.7	32.0	5.53	15.0	40.0

A consistência interna da RSES apresentou α de Cronbach = 0.875, indicando elevada fiabilidade da escala (cf. Tabela 12). A média dos itens foi de 3.14 (DP = 0.551), mostrando que os itens foram homogêneos e estáveis na avaliação da auto-estima nesta amostra. O score total da RSES apresentou $W = 0.962$, $p < .001$ no teste de Shapiro-Wilk. Apesar do desvio significativo, a distribuição é suficientemente próxima da normal para a aplicação de análises paramétricas.

Tabela 12
Estatísticas de Fiabilidade da escala RSES.

	Média	Desvio-padrão	α de Cronbach
RSES	3.14	0.551	0.875

1.1.2. Análise da influência das variáveis sociodemográficas

Foram conduzidas análises de variância (ANOVA) univariadas para comparar os scores de saúde mental (MHI-5), auto-estima (RSES) e microagressões (WoMenS) entre diferentes grupos de idade, nível de educação, etnia, orientação sexual e condição de saúde.

Em relação à **idade**, verificaram-se diferenças significativas em MHI-5, RSES e WoMenS, com os grupos mais jovens apresentando médias mais baixas de saúde mental e auto-estima, e médias mais elevadas de exposição a microagressões, $F(3, 96.6) = 7.18$, $p < 0.001$ para MHI-5; $F(3, 100.9) = 17.4$, $p < 0.001$ para RSES; $F(3, 96.5) = 49.4$, $p < 0.001$ para WoMenS. Os testes post-hoc indicaram que as diferenças se concentram

principalmente entre os grupos mais jovens e os mais velhos, enquanto os grupos intermediários não diferem significativamente entre si.

Para o **nível de educação**, não se observaram diferenças significativas em nenhuma das escalas analisadas (MHI-5: $F(4, 34.4) = 1.32, p = 0.283$; RSES: $F(4, 33.8) = 1.08, p = 0.383$; WoMenS: $F(4, 33.7) = 2.38, p = 0.071$), indicando que a escolaridade não está associada a alterações nos scores de saúde mental, autoestima ou microagressões nesta amostra.

Em relação à **etnia**, também não se observaram diferenças significativas entre grupos em nenhuma das escalas (MHI-5: $F(2, 9.84) = 0.426, p = 0.665$; RSES: $F(2, 9.42) = 1.64, p = 0.245$; WoMenS: $F(2, 9.23) = 2.431, p = 0.142$). Deve-se ter em conta que alguns grupos estão sub-representados na amostra (por exemplo, PNR = 5, Negra = 22), limitando a generalização dos resultados.

Para a **orientação sexual**, não se observaram diferenças significativas em RSES ($F(5, 7.96) = 1.63, p = 0.258$), mas foram encontradas diferenças significativas em MHI-5 ($F(5, 8.32) = 3.71, p = 0.047$) e WoMenS ($F(5, 9.04) = 7.52, p = 0.005$). Observa-se que os grupos menores, com médias mais extremas (Assexual, Panssexual), contribuíram mais para a significância, embora a pouca representatividade destes grupos limite a generalização para a população.

Por fim, relativamente à **condição de saúde**, verificaram-se diferenças significativas em RSES ($F(2, 13.8) = 7.11, p = 0.008$) e MHI-5 ($F(2, 13.8) = 5.04, p = 0.023$), indicando que participantes com condição de saúde ou que preferiram não responder apresentaram médias mais baixas de auto-estima e saúde mental em comparação com aqueles sem condição de saúde. Não se observaram diferenças significativas em WoMenS ($F(2, 13.7) = 1.01, p = 0.390$). Deve-se considerar que alguns grupos são pequenos ($n = 7-30$), aumentando a variabilidade e limitando a generalização dos resultados.

1.1.3. Correlações entre escalas

a) **Microagressões Sexistas e Saúde Mental** (WoMenS e MHI-5)

A regressão linear simples evidenciou uma **associação negativa e significativa** entre o score total da WoMenS e o MHI-5 ($B = -0.0839, t = -6.42, p < .001$). O modelo revelou-se globalmente significativo ($F(1, 455) = 41.20, p < .001$) e

explicou 8,3% da variância na saúde mental ($R^2 = 0.083$). Estes resultados indicam que níveis mais elevados de percepção de frequência de microagressões de género estão associados a níveis mais baixos de saúde mental, sugerindo um efeito negativo consistente, de magnitude moderada, mas estatisticamente robusto.

No que diz respeito à **saúde mental**, verificaram-se correlações negativas e significativas entre todas as subescalas do WoMenS e o MHI-5. A subescala que apresentou a correlação negativa mais forte foi a **Ameaça Explícita à segurança física** ($\rho = -0.307$), seguida de perto pela **Linguagem sexista** ($\rho = -0.253$), **Suposições de inferioridade e Objetificação sexual** (ambas $\rho = -0.205$), Ameaça implícita à segurança física ($\rho = -0.194$) e Papeis de género tradicionais ($\rho = -0.158$). As correlações mais fracas, embora ainda significativas, foram observadas nas subescalas Invalidação da realidade do sexismo ($\rho = -0.148$) e Ambiental ($\rho = -0.131$). Este padrão mostra que as microagressões que envolvem ameaça física explícita, linguagem hostil ou afirmações de inferioridade feminina parecem exercer um impacto mais intenso no bem-estar psicológico, enquanto formas mais subtis de microagressão, como a invalidação da experiência de sexismo ou a presença de mensagens simbólicas discriminatórias no ambiente, têm um efeito negativo mais ligeiro.

A análise das correlações entre o score total da escala WoMenS e as dimensões do MHI-5, Afeto Positivo e Distress Psicológico, revelou a existência de relações negativas e estatisticamente significativas, ainda que de magnitudes distintas. Observou-se que a frequência de microagressões apresenta uma correlação negativa fraca com o Distress Psicológico ($\rho = -0.219$, $p < .001$), indicando que níveis mais elevados de microagressões se associam a maiores níveis de sofrimento emocional. Esta relação, embora significativa, apresenta uma magnitude inferior à observada com outras variáveis psicológicas.

A relação entre as microagressões e o Afeto Positivo foi ligeiramente mais elevada ($\rho = -0.260$, $p < .001$), sugerindo que a exposição a microagressões está associada a uma redução dos sentimentos de calma, satisfação e bem-estar. Estes resultados indicam que as microagressões parecem ter um impacto relativamente mais forte na diminuição dos afetos positivos do que no aumento do distress emocional.

b) **Microagressões sexistas e Autoestima (WoMenS e RSES)**

Em relação à **autoestima**, todas as subescalas do WoMenS apresentaram também correlações negativas e estatisticamente significativas, revelando um impacto transversal das microagressões sobre a percepção de valor pessoal. Tal como na saúde mental, a subescala com maior correlação negativa foi **Ameaça explícita à segurança física** ($\rho = -0.341$), indicando que situações direta e verbalmente ameaçadoras têm um impacto particularmente elevado na autoestima. Seguiram-se, com magnitudes semelhantes, **Ameaça implícita à segurança física** ($\rho = -0.302$), **Suposições de inferioridade** ($\rho = -0.276$) e **Linguagem sexista** ($\rho = -0.249$). As correlações mais fracas foram encontradas em Papeis de género tradicionais ($\rho = -0.189$), Invalidação da realidade do sexismo ($\rho = -0.174$), Objetificação sexual ($\rho = -0.223$) e Ambiental ($\rho = -0.241$). Apesar de variarem em intensidade, todas estas dimensões evidenciam que a exposição a microagressões, independentemente da sua gravidade aparente, contribui para a diminuição da autoestima.

No que se refere à autoestima, verificou-se a correlação negativa mais forte com o score total do WoMenS ($\rho = -0.327$, $p < .001$). Este resultado sugere que a autoestima é particularmente sensível aos efeitos das microagressões, apresentando uma deterioração mais pronunciada à medida que aumenta a frequência destas experiências. Assim, as microagressões de género parecem afetar sobretudo a percepção de valor pessoal, seguidas do afeto positivo e, por último, do distress psicológico.

c) **Saúde Mental e Autoestima** (MHI-5 e RSES)

As correlações internas entre as variáveis psicológicas também revelaram associações robustas: a autoestima correlacionou-se positivamente tanto com o Afeto Positivo ($\rho = 0.536$, $p < .001$) como com a ausência de distress psicológico ($\rho = 0.528$, $p < .001$), enquanto as duas dimensões do MHI-5 apresentaram entre si uma correlação forte ($\rho = 0.661$, $p < .001$). Estes resultados refletem a coerência interna das dimensões do bem-estar psicológico e o seu alinhamento com a literatura existente.

Em resumo, os resultados indicam que microagressões de género estão associadas a menor autoestima e saúde mental, especialmente quando envolvem ameaças explícitas ou linguagem sexista. Variáveis sociodemográficas como idade e condição de saúde influenciam parcialmente estas associações, enquanto escolaridade e etnia parecem ter impacto limitado na amostra estudada.

1.2. Análise de Conteúdo

A análise de conteúdo é uma técnica de análise de dados que tem como principal objetivo condensar ideias, identificar significados e construir categorias de interpretação. Segundo Bardin (2011, p. 48), trata-se de um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens”.

De acordo com Amado (2000), o propósito desta técnica é proceder a uma descrição objetiva, sistemática e até quantitativa da informação, permitindo, através da inferência, compreender as representações, pressupostos e intenções das fontes de comunicação, bem como certas variáveis sociodemográficas associadas. No caso do presente estudo, o objetivo da análise de conteúdo foi analisar e interpretar as respostas às três perguntas abertas (não obrigatórias) da secção qualitativa do questionário construído, de forma a analisar e quantificar os contextos, impactos emocionais, interseccionalidade de microagressões vividas e os temas mais frequentes na experiência de microagressões de género. A análise destas perguntas foi realizada de forma transversal visto que as categorias e subcategorias em análise se encontravam dispersas pelas três questões e nem todas as participantes respondiam à pergunta no local indicado. Assim, foram consideradas as respostas de 158 participantes.

Segundo Coutinho (2024), a análise de conteúdo envolve três dimensões essenciais, a teorização (realizada através da categorização); a seleção (processo de codificação dos dados); e análise (redução dos dados).

Para Amado (2000), a categorização é um processo central que consiste na classificação e reagrupamento de elementos com base em critérios previamente definidos. Cada categoria é representada por uma palavra-chave que expressa o significado central do conceito, podendo incluir subcategorias para explicitar nuances e significados complementares. As categorias, neste estudo, foram estabelecidas *a priori* a partir do quadro teórico da Teoria das Microagressões Sexistas de Capodilupo et al. (2010), adaptada por (Miyake et al., 2025). Foram definidas quatro categorias e subcategorias como base para a análise e codificação das respostas. Utilizou-se a mesma

taxonomia da escala utilizada para medir as microagressões sexistas de forma a uniformizar os resultados da presente investigação.

A primeira categoria “Microagressões sexistas” engloba oito subcategorias, correspondentes às categorias operacionalizadas na Escala de Microagressões Sexistas; A segunda categoria “Microagressões Interseccionais” engloba três subcategorias iniciais: etnia, orientação sexual e classe social, às quais se acrescentou *à posteriori* outras três: aparência física, ideologias religiosas e políticas e nacionalidade. De seguida, “Contextos de microagressões”, apresenta cinco subcategorias: familiar, profissional, esfera público, relacionamento e amizades/pares. Por fim, a última categoria “Impacto no bem-estar”, não foi conceptualizada com definição prévia de subcategorias. Para operacionalizar este processo e os principais resultados, realizou-se uma Quadro de Análise de Conteúdo (cf. **tabela A1**).

A análise de conteúdo revelou que as participantes experienciaram uma variedade de microagressões sexistas e interseccionais, distribuídas por diferentes contextos da vida quotidiana e associadas a diversas emoções, todas negativas e com possível impacto no bem-estar.

a) Microagressões Sexistas

Entre os temas das microagressões sexistas vivenciadas, destacaram-se as suposições de inferioridade (48 ocorrências), ameaças explícitas à segurança física (37), papéis de género tradicionais (36) e objetificação sexual (28), indicando padrões recorrentes de discriminação estrutural e social. Outras formas de microagressão sexista, como linguagem sexista, invalidação do sexismo percebido, ameaças implícitas à segurança física e fatores ambientais, também foram relatadas, embora com menor frequência. Para uma melhor compreensão das experiências de microagressão vivenciadas pelas participantes, irei expor alguns dos temas mais comuns que surgiram dentro das categorias com maior número de ocorrências.

O tema ‘Suposições de inferioridade’ foi reportado por um grande número de mulheres, principalmente associado ao contexto profissional, com vários relatos de desvalorização, descredibilização ou suposição de incompetência com base no género (‘colegas (homens) que entraram para posições a baixo das minha com um salário melhor’ e ‘por ser mulher tive que provar tudo para mostrar que a competência não está no

gênero’), bem como suposição de inferioridade relacionada com a maternidade (‘Não me deixaram progredir na minha profissão porque estou a tentar engravidar’ e ‘pressão sobre minha fertilidade por chefes homens’). Este último tema surgiu inúmeras dúvidas e causou alguma dúvida no processo de categorização, visto que as decisões, comentários e ações influenciadas pela maternidade, têm também origem nos ‘Papeis Tradicionais de Género’. No entanto, as decisões laborais que impedem a mulher de progredir na carreira, manter ou obter um emprego e ter tratamento digno, influenciadas pela decisão de ter ou não filhos, e de querer ou não engravidar, são reflexo de uma crença da inferioridade da mulher, neste caso no papel de mãe. Os homens também lidam com os desafios da paternidade, também têm o papel de pai, e não recebem o mesmo tratamento desigual no emprego.

O tema ‘Ameaças explícitas à segurança física’ foi reportado por 37 mulheres (várias delas com vários acontecimentos dentro deste tema, não contabilizados), na maioria experienciados na esfera pública e em contexto familiar. Este tema englobou vários temas sensíveis e por isso algumas citações relevantes irão ser deixadas de parte. As participantes referiram ter sido perseguidas na rua, tocadas sem consentimento (‘Quando era adolescente fui seguida na rua e temi pelo pior’, ‘toques intencionais na noite’; ‘sentiu-se no direito de me agarrar e puxar me para o corpo dele, sem consentimento’ e ‘o médico que me operou tentou-me beijar na boca’), tanto por desconhecidos como por familiares (maioritariamente na infância e adolescência). Alguns casos de assédio sexual e violência doméstica foram mencionados pelas participantes e é importante esclarecer que esses acontecimentos e vivências são considerados crime e devem ser reportados como tal. Sendo assim, não são microagressões, apesar da linha conceptual que separa o que é assédio sexual e uma ameaça explícita à segurança física ser muito ténue. Sendo que muitas das situações partilhadas, relativamente a toque sem consentimento, são consideradas em teoria assédio sexual e, portanto, crime.

O tema ‘Papeis de género tradicionais’ refere-se a respostas das participantes que descrevem comentários e ações que transmitem a mensagem que as mulheres têm papéis de género específicos que devem cumprir, associados ao cuidado da casa e dos outros, como ser “senhora de casa por ser menina”, “feita para cuidar da casa e ter filhos (...) e servir um homem”, “limpeza é tarefa de mulher”, “o lugar das mulheres é na cozinha”,

“expectativa básica de serviço mãe e mulher”. Mas também comentários que supõem que todas as mulheres querem ser mães e casar; a subvalorização das tarefas que muitas mulheres assumem em casa e na família, o trabalho invisível e não remunerada, citando “desvalorização das tarefas domésticas e da sobrecarga enquanto mãe porque “faz parte do meu trabalho”.”. Estas microagressões acontecem principalmente em contextos familiar, profissional e de relacionamento.

A ‘Objetificação sexual’ englobou as repostas que transmitiam a ideia de que a mulher era primeiro um objeto estético ou sexual e depois uma pessoa, manifesta através de comentários como: ‘és tão linda para...’, ‘...se tivesse as minhas pernas também fazia muita coisa’ ou comentários sexualizados sobre partes íntimas; e através de ações que sexualizam as mulheres como ‘piropos’ (mais especificamente comentários inapropriados e objetificadores, assobios e buzínadelas), usar o corpo e aparência da mulher como tema de conversa; ou suposições a partir da roupa das mulheres. Este tema manifesta-se também no contexto profissional quando o mérito de uma mulher é associado à sua beleza, em vez da sua performance.

b) Microagressões interseccionais

As microagressões interseccionais relatadas referiam-se a questões identitárias tipicamente marginalizadas, como a orientação sexual (22 ocorrências), classe social (11), etnia (9), bem como outras questões associadas a características identitárias e crenças pessoais: idade (6), ideologias políticas e religiosas (6), aparência física (4) e nacionalidade (3), demonstrando que a discriminação pode ser experienciada simultaneamente em múltiplas dimensões.

As microagressões relativas à **orientação sexual** foram aquelas que apresentaram maior número de ocorrências (22), a maior parte das vezes sentida em contexto familiar. Nomeadamente sentir discriminação por parte dos pais relativamente à sua sexualidade, com efeitos notórios como: “proibiu-me de falar com a rapariga que estava a começar a ficar interessada”. Mas também na esfera pública, receber ameaças e ouvir comentários em saídas à noite como: “gostas de mulheres porque nunca experimentaste um homem a sério.”, associada a um sentimento de repulsa, inquietação e insegurança. A nível profissional também se verificou discriminação a partir do momento que se assume uma relação homossexual e muda o comportamento dos colegas, “mesmo sabendo tudo o que

precisam de saber de mim para trabalhar comigo, tivessem a trabalhar com uma pessoa nova e deixassem de ser pessoas, como se, de repente, não soubessem estar comigo”. Outra das experiências sentidas foi a discriminação ao nível da parentalidade (“quando engravidei perguntaram-me porque queria ter filhos, sendo lésbica, em vez de me felicitar, como acontece normalmente”). O sentimento geral associado a quem referia passar por estas microagressões era de solidão e silenciamento durante vários anos da sua vida, por não se enquadrarem nas normas impostas pela sociedade heteronormativa e patriarcal, isto porque não se pode ignorar que as mulheres pertencentes à comunidade LGBTQIA+ são mulheres, e, portanto, sofrem discriminação de género e de orientação sexual, causando um duplo impacto.

As microagressões raciais/étnicas apareceram mencionadas 9 vezes, quase sempre no contexto profissional e esfera pública. Neste caso, os temas envolviam suposições de inferioridade no local de trabalho, como presumir que uma técnica superior é “funcionária da limpeza ou auxiliar de saúde” ou “gostava de ser atendido por um homem médico e branco”; *color blindness* e atribuição de inteligência com comentários que dizem que uma mulher é muita bonita e inteligente para o seu “tom de pele”, ou dizer que a uma mulher que ela é diferente das pessoas da sua etnia. Por fim acho importante referir a reflexão de uma mulher negra, sobre a dificuldade de separar e avaliar as experiências de discriminação de género e de etnia: “Para pessoas que possuem, como eu, outras “identidades” marginalizadas é quase impossível definir e separar as experiências de discriminação e microagressão por motivo de género daquelas que são resultantes das outras dimensões da nossa identidade.”. O impacto relatado destas experiências parece alterar ao longo do seu crescimento, para várias participantes, em que na infância e adolescência “ativava sentimentos de revolta, solidão, rejeição e tristeza que impactavam a minha autoestima e relação com as outras pessoas” e na idade adulta “o impacto é mais reduzido, resultando maioritariamente em irritação e impaciência para com o comportamento alheio.”.

As 11 ocorrências de microagressões sentidas pela **classe social** foram apenas indicadas e não descritas pelas participantes, não podendo assim compreender como, quando, onde e com quem acontecem. A **aparência física** aparece na presente investigação como tema de microagressão dado que foi referido 4 vezes (estatura, peso e

traços físicos) mas não é considerada pela teoria das microagressões existentes, podendo ter um impacto superior nas mulheres dada a atenção e expectativa social sobre a aparência das mesmas. A idade segue o mesmo critério da categoria anterior, não é englobada pela teoria das microagressões, mas é mencionada 6 vezes, sempre em contexto profissional associado à suposição de inferioridade das mulheres jovens. Por fim, as ideologias políticas e religiosas e a nacionalidade apresentaram 6 e 3 ocorrências, respetivamente, sem descrição exata das situações de discriminação, consideradas microagressões.

c) Contexto das microagressões

Em relação ao **contexto** das microagressões, o ambiente profissional tem o maior número de ocorrências percebidas (60), segue-se a esfera pública (33) e familiar (30), e com menor referência, mas ainda assim relevante, foram referidas 8 ocorrências de relacionamentos, pares (3) e académico (2), evidenciando que tais experiências ocorrem tanto em espaços formais como informais, íntimos e públicos, da vida das participantes. As ocorrências na esfera pública associaram-se maioritariamente a ameaças explícitas à segurança física, realizadas por homens desconhecidos; as ocorrências no local de trabalho associaram-se maioritariamente a suposições de inferioridade e objetificação sexual, práticas por parte de colegas e superiores; e as ocorrências no contexto familiar, relacionamentos e pares relacionavam-se com papéis tradicionais de género e ameaças explícitas à segurança física. Foi também neste contexto que surgiram relatos de violência doméstica e assédio sexual, muitas vezes perpetuados por familiares ou amigos de família.

d) Impacto emocional e/ou psicológico

A análise das **emoções** associadas às microagressões revelou predominância de sentimentos negativos. Os mais frequentes foram medo, ansiedade e vulnerabilidade (16 ocorrências), seguidos de raiva, irritação e revolta (12) e tristeza, dor e solidão (10). Outras emoções relevantes incluíram frustração e injustiça (9), nojo e repulsa (6), vergonha e constrangimento (5), mal-estar psicológico (desconforto, “em baixo”, asfixiante, incrédula; 4) e cansaço e impotência (3), enquanto sentimentos como egoísmo ou confusão/ameaça mental foram menos recorrentes.

De forma geral, os resultados indicam que as participantes experienciam microagressões frequentes e multidimensionais, com maior incidência de microagressões sexistas em contextos profissionais e públicos, acompanhadas de respostas emocionais negativas, que incluem medo, vulnerabilidade, raiva e tristeza.

2. Discussão de Resultados

Segue-se a discussão dos resultados, analisando-os à luz da teoria e de estudos prévios. Esta secção procura interpretar criticamente os dados recolhidos, relacionando-os com a evidência científica existente e identificando convergências, divergências e implicações teóricas e práticas. A análise desenvolvida permite compreender o contributo dos resultados para o conhecimento sobre microagressões de género, saúde mental e autoestima das mulheres.

Os resultados obtidos mostram que as mulheres participantes experienciam diversos tipos de microagressões de género, de forma consistente com o que a literatura descreve como manifestações subtis, quotidianas e persistentes de desigualdade (Sue, 2010; Nadal, 2008). Tal como argumentado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) e por Macfarlane e Knudson-Martin (2003), o género constitui um determinante estrutural de poder e de controlo sobre os recursos, oportunidades e condições de vida. Os dados deste estudo reforçam essa premissa: as microagressões reportadas desde a objetificação sexual à desvalorização de competências, interrupções em contexto académico e social ou pressupostos sobre papéis de género ilustram precisamente como o género molda as experiências quotidianas das mulheres e a sua exposição a riscos acrescidos para a saúde mental.

A elevada prevalência de comportamentos associados ao sexismo quotidiano observada nos resultados está alinhada com a literatura sobre sexismo hostil e benevolente. Tal como defendem Bareket e Fiske (2023), o sexismo hostil perpetua dinâmicas explícitas de opressão e hostilidade, reforçando hierarquias de género. Paralelamente, o sexismo benevolente, validado frequentemente pelas próprias mulheres (Gomes et al., 2022; Sayer et al., 2025), contribui para a interiorização de ideologias tradicionais e, conseqüentemente, para a aceitação de comportamentos discriminatórios que reforçam a desvalorização feminina. Os resultados desta investigação demonstram precisamente essa ambivalência: algumas respostas evidenciam a naturalização de

práticas paternalistas, enquanto outras revelam desconforto, questionamento e resistência, confirmando que a internalização do sexismo modera o impacto emocional e psicológico destas experiências (Sayer et al., 2015).

Os efeitos das microagressões na saúde mental, identificados neste estudo, também estão profundamente alinhados com a literatura. As participantes que relataram maior exposição a formas subtis de discriminação tendem a apresentar níveis mais baixos de bem-estar emocional e maior vulnerabilidade psicológica, como descrito por Capodilupo et al. (2010) e Torino et al. (2019). O padrão observado nos dados, diminuição da autoestima e relatos de desconforto e exaustão emocional, é coerente com o que Sue (2010) descreve como o efeito cumulativo do stress das microagressões. A associação encontrada entre experiências de desigualdade e níveis mais fracos de saúde mental também dialoga com os argumentos de Annand (2020), que destaca como fatores socioculturais, económicos e relacionais moldam o risco de adoecimento psicológico entre as mulheres.

Os resultados relativos à autoestima reforçam esta relação: participantes que reportam maiores níveis de microagressões tendem a apresentar menor autoestima e maior autocrítica. Tal como Ding (2024), Walter et al. (2023) e Brien (2023) descrevem, a autoestima desempenha um papel crucial como mediadora entre desigualdade de género e saúde mental, funcionando simultaneamente como fator de risco e de proteção. As microagressões contribuem para sentimentos de invalidação, autossilenciamento e dúvida em relação às competências, o que é consistente com o padrão observado no estudo. A correspondência entre estes resultados e a literatura reforça a ideia de que a autoestima é profundamente afetada por fatores estruturais e relacionais, e não apenas por características individuais.

A análise combinada de dados quantitativos e qualitativos permitiu identificar nuances importantes. Embora a escala utilizada revele que os temas de microagressões percebidas com maior frequência pelas mulheres sejam os papéis de género, a invalidação da realidade do sexismo e as microagressões ambientais, e a menos percebida seja a suposição de inferioridade, as questões abertas mostraram padrões diferentes, com relatos mais frequentes sobre suposição de inferioridade, ameaça explícita à segurança física, objetificação sexual e papéis de género. Uma possível explicação é

que a maior frequência de relatos voluntários não significa necessariamente maior ocorrência, mas sim um maior impacto destas experiências na vida diária e na saúde mental das participantes. Esta interpretação é corroborada pela análise estatística, que indica que embora todos os tipos de microagressão analisados tenham impacto negativo na autoestima e saúde mental, os fatores com maior efeito são aqueles que foram relatados com maior frequência pelas participantes nas questões abertas, enquanto a invalidação da realidade do sexismo e microagressões ambientais têm menor impacto.

Neste estudo também emergiram relações claras entre experiências de desvalorização, sintomas depressivos e papéis de género tradicionalmente atribuídos às mulheres. Como Macfarlane e Knudson-Martin (2003) argumenta, padrões relacionais baseados na desigualdade de poder e na responsabilização emocional das mulheres aumentam a probabilidade de experiências depressivas, um fenómeno corroborado quando se observa que várias participantes associaram sentimentos de esgotamento, frustração ou tristeza ao cumprimento de expectativas sociais de cuidado, disponibilidade emocional e competência contínua.

De forma particularmente relevante, os dados qualitativos revelaram que as experiências de microagressão não ocorrem num vazio social, mas antes na intersecção entre múltiplas dimensões identitárias. Algumas participantes referiram explicitamente que fatores como classe social, etnia, aparência física, idade, orientação sexual ou expressão de género intensificavam episódios de discriminação ou contribuíam para uma perceção mais forte de desigualdade. Estes resultados confirmam que a interseccionalidade é fundamental para compreender a diversidade das experiências de microagressão, uma vez que diferentes posições sociais produzem vulnerabilidades diferenciadas, tal como defendido pelos feminismos pós-modernos (Marques et al., 2003) e pela literatura contemporânea sobre desigualdades estruturais. No contexto deste estudo, isto significa que os impactos na saúde mental e na autoestima não são uniformes: são amplificados quando o género se articula com outros eixos de marginalização, reforçando a importância de abordagens sensíveis a múltiplas identidades na análise e intervenção.

Finalmente, a articulação dos resultados com a literatura evidencia que as microagressões de género têm implicações profundas na vida das mulheres, na sua saúde

mental, no seu sentido de valor próprio e na sua participação social. Os padrões encontrados reforçam a necessidade de intervenções comunitárias, educativas e políticas que não se limitem a abordar o sexismo de forma isolada, mas que integrem uma compreensão estrutural das desigualdades e promovam espaços mais seguros, equitativos e inclusivos. Tal como sugerido por Annand (2020), Conselho da Europa (2016) e Toribio-Caballero et al. (2022), estratégias eficazes devem considerar fatores económicos, sociais, culturais e identitários, garantindo respostas ajustadas à complexidade da experiência vivida pelas mulheres.

V. CONCLUSÃO

| ' ' | | ' ' |

Os resultados e a análise do presente estudo reforçam a ideia de que a exclusão das mulheres não se deve apenas ao sexo, mas sobretudo ao género, ou seja, ao sentido social atribuído ao corpo feminino e à incapacidade, socialmente determinada, de considerá-lo de forma equitativa (Perez, 2020). A ONU Mulheres (Conselho da Europa, 2016) identifica cinco áreas prioritárias para promover a igualdade de género e potenciar mudanças em larga escala: violência contra as mulheres, paz e segurança, liderança e participação, capacitação económica e planeamento orçamental nacional.

As expectativas sociais e culturais continuam a impactar negativamente a saúde psicológica das mulheres, reforçando a necessidade de intervenções tanto individuais como coletivas. Entre estas, destacam-se: a promoção de representações mais diversas e realistas das mulheres nos media e na cultura popular; iniciativas educativas que incentivem o pensamento crítico, a literacia mediática e a construção da autoestima; e medidas políticas que apoiem as mulheres a equilibrar as múltiplas exigências impostas pela sociedade (Ding, 2024).

O Feminismo Pós-Moderno, conforme apresentado por Marques et al. (2003), oferece um quadro teórico útil, recusando o essencialismo e defendendo a pluralidade das identidades sociais. Esta perspetiva enfatiza que categorias como género, etnia, idade, orientação sexual e classe estão em constante articulação e podem ser fontes tanto de opressão como de negociação de poder, abrindo espaço para a construção de cidadanias equitativas e inclusivas.

A Educação Social surge como um instrumento central para abordar estas desigualdades, adotando uma abordagem multidisciplinar e holística que considera o ser humano como biopsicosociocultural (Vieira et al., 2021). Os educadores sociais atuam tanto no domínio preventivo como em estratégias socioeducativas, visando o bem-estar individual e coletivo, com foco particular em grupos em situação de desigualdade social (Capul & Lemay, 2005). A integração de discursos de diversidade fortalece a prática educativa, promovendo mudanças sociais que ambicionem uma sociedade mais justa e equitativa (Caride, 2021).

Outro fator relevante identificado na literatura é a pertença comunitária, ou seja, o grau em que o indivíduo se sente conectado à sua comunidade. Esta dimensão tem mostrado atuar como moderador dos efeitos da discriminação sobre a saúde mental (Dulai

et al., 2023). Quanto maior o sentimento de pertença, melhor é a saúde mental auto-percebida, tanto em populações predominantemente heterossexuais como em minorias de género e sexuais. Assim, futuras intervenções comunitárias devem procurar fortalecer conexões sociais, promovendo o bem-estar coletivo.

A educação social e a intervenção comunitária podem transformar a sensibilização sobre microagressões em ação concreta, criando espaços de partilha, empoderamento e participação ativa que reforcem a resiliência das mulheres e promovam mudanças culturais sustentáveis. Ao integrar atividades de literacia de género, desenvolvimento socioemocional e formação de profissionais, estas intervenções não apenas fortalecem o bem-estar individual, mas também contribuem para a construção de comunidades mais inclusivas e equitativas, onde a igualdade de género se torna prática quotidiana.

Finalmente, conforme Merlini (2020), o percurso para uma legislação que reconheça o género como direito humano depende da autenticidade e da democratização da diversidade individual. Os corpos, sintomas e doenças que afetam diariamente metade da população mundial continuam a ser desvalorizados e ignorados, reforçando a necessidade de evoluir na investigação e nas práticas de saúde mental. A continuação de estudos como o presente é essencial para contribuir para projetos de intervenção na comunidade que diminuam desigualdades, promovam o bem-estar e melhorem a qualidade de vida das mulheres e da sociedade como um todo. Para futuras ações, recomenda-se deslocar o foco das intervenções do normativo para uma abordagem baseada nas capacidades individuais.

Em última análise, inspirando-me nas palavras de Bell Hooks (2020), “A formação e a prática de uma teoria feminista emancipadora é uma responsabilidade coletiva que deve ser partilhada. Para garantirmos que nos estamos a dirigir no sentido de um futuro feminista, ainda precisamos de uma teoria que chegue a todos. Esta irá sempre desafiar, agitar, provocar, mudar os nossos paradigmas, mudar a nossa forma de pensar, mudar a nossa atitude. É isto que a revolução faz. E a revolução feminista é necessária se queremos viver num mundo sem sexismo; onde predomine a paz, a liberdade, a justiça; onde não haja dominação.” O meu maior desejo é que esta investigação contribua para esse caminho emancipador e que os ecos de resistência captados neste estudo ressoem para além das páginas, carregando as histórias destas mulheres e lembrando-nos que cada

voz que se ergue em defesa da igualdade deixa uma marca permanente no tecido da sociedade.

Referências

| ' ' | | ' ' |

- Adedeji, A., Olonisakin, T. T., Metzner, F., Buchcik, J., Tsabedze, W., Boehnke, K., & Idemudia, E. S. (2023). Interpreting Microaggression as a Determinant of Wellbeing. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, *10*(5), 2470–2481. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01426-z>
- Amado, J. S. (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*, *5*, 53–62.
- Anand, M. (Ed.). (2020). *Gender and Mental Health*. Springer Singapore. <https://doi.org/10.1007/978-981-15-5393-6>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bareket, O., & Fiske, S. T. (2023a). A systematic review of the ambivalent sexism literature: Hostile sexism protects men’s power; benevolent sexism guards traditional gender roles. *Psychological Bulletin*, *149*(11–12), 637–698. <https://doi.org/10.1037/bul0000400>
- Bareket, O., & Fiske, S. T. (2023b). Supplemental Material for A Systematic Review of the Ambivalent Sexism Literature: Hostile Sexism Protects Men’s Power; Benevolent Sexism Guards Traditional Gender Roles. *Psychological Bulletin*. <https://doi.org/10.1037/bul0000400.supp>
- Baron, A., Schmader, T., Cvencek, D., & Meltzoff, A. (2014). The gendered self-concept: How implicit gender stereotypes and attitudes shape self-definition. In P. Leman & H. Tenenbaum (Eds.), *Gender and Development* (pp. 109–132). Psychology Press.
- Barreto, M., & Doyle, D. M. (2023). Benevolent and hostile sexism in a shifting global context. In *Nature Reviews Psychology* (Vol. 2, Issue 2, pp. 98–111). Nature Publishing Group. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00136-x>
- Boyle, K. M., Culatta, E., Turner, J. L., & Sutton, T. E. (2022). Microaggressions and Mental Health at the Intersections of Race, Gender, and Sexual Orientation in Graduate and Law School. *Journal of Women and Gender in Higher Education*, *15*(2), 157–180. <https://doi.org/10.1080/26379112.2022.2068149>
- Brien, S. (2023). *Assessing the effects of sexism on self-esteem and resilience and resilience as a moderator*.
- Cabezas-Rodríguez, A., Utzet, M., & Bacigalupe, A. (2021). Which are the intermediate determinants of gender inequalities in mental health?: A scoping review. *International Journal of Social Psychiatry*, *67*(8), 1005–1025. <https://doi.org/10.1177/00207640211015708>

- Capodilupo, C., Nadal, K., Corman, L., Hamit, S., Lyons, O., & Weinberg, A. (2010). The Manifestation of Gender Microaggressions. In D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and Marginality Manifestation, Dynamics, and Impact* (pp. 193–213).
- Capul, M., & Lemay, M. (2003). *Da Educação à Intervenção Social.: Vol. 1º* (Porto Editora).
- Capodilupo, C. M., Copeland, K., & Chen, Y. (2007). *The experience of race- and gender-based microaggressions among women of color in the workplace. Journal of Vocational Behavior, 71*(2), 236–252. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2007.05.001>
- Caride, J. (2021). Conocer para actuar en Educación Social. In R. Barros & A. Fragoso (Eds.), *Investigação em Educação Social – Prática e Reflexão : Vol. II* (pp. 21–34). Universidade do Algarve.
- Chaney, K. E., Young, D. M., & Sanchez, D. T. (2015). Confrontation’s health outcomes and promotion of egalitarianism (C-HOPE) framework. *Translational Issues in Psychological Science, 1*(4), 363–371. <https://doi.org/10.1037/tps0000042>
- Conselho da Europa. (2016). *Compass: Manual para a Educação para os Direitos Humanos com Jovens*. Dínamo–Associação de Dinamização Sócio-Cultural para a tradução em Língua Portuguesa.
- Coutinho, C. P. (2024). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (2.ª ed., reimpressão 2024). Almedina.
- Ding, X. (2024). The Impact of Societal Expectations on Women’s Self-Esteem and Psychological Health. *Interdisciplinary Humanities and Communication Studies, 1*(9). <https://doi.org/10.61173/z57s8b86>
- Dulai, J. J. S., Salway, T., & Ablona, A. (2023). Strong community belonging moderates poor mental health in lesbian, gay, and bisexual individuals living in Canada: an intersectional analysis of a national population-based survey. *Canadian Journal of Public Health, 114*(6), 916–927. <https://doi.org/10.17269/s41997-023-00794-1>
- Feigt, N. D., Domenech Rodríguez, M. M., & Vázquez, A. L. (2022). The impact of gender-based microaggressions and internalized sexism on mental health outcomes: A mother–daughter study. *Family Relations, 71*(1), 201–219. <https://doi.org/10.1111/fare.12622>
- Gartner, R., Sterzing, P., Fisher, C., Woodford, M., Kinney, M., & Victor, B. (2020). Measures Assessing Gender Microaggressions Against Women. *Psychology of Women Quarterly, 0*(00), 1–24. <https://doi.org/10.1177/0361684320920834>

- 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>
- Gomes, A., Gonçalves, G., Sousa, C., Santos, J., & Giger, J. C. (2022). Are We Getting Less Sexist? A Ten-Year Gap Comparison Analysis of Sexism in a Portuguese Sample. *Psychological Reports*, 125(4), 2160–2177. <https://doi.org/10.1177/00332941211011073>
- Hackett, R. A., Steptoe, A., & Jackson, S. E. (2019). Sex discrimination and mental health in women: A prospective analysis. *Health Psychology*, 38(11), 1014–1024. <https://doi.org/10.1037/hea0000796>
- Hooks, B. (1994). *Outlaw culture: Resisting representations*. Routledge.
- Hooks, B. (2020). *Teoria feminista: Da margem ao centro* (M. F. Duarte, Trad.). Orfeu Negro.
- Kim, J. Y., & Meister, A. (2023). Microaggressions, Interrupted: The Experience and Effects of Gender Microaggressions for Women in STEM. *Journal of Business Ethics*, 185(3), 513–531. <https://doi.org/10.1007/s10551-022-05203-0>
- Macfarlane, M. M., & Knudson-Martin, C. (2003). How to Avoid Gender Bias in Mental Health Treatment. *Journal of Family Psychotherapy*, 14(3), 45–66. https://doi.org/10.1300/J085v14n03_04
- Marques, C., Nogueira, C., Magalhães, M. J., & Silva, S. M. (Eds.). (2003). *Um olhar sobre os feminismos: pensar a democracia no mundo da vida*. União de Mulheres Alternativa Resposta (UMAR).
- Maté, G. (2023). *O Mito do Normal – Trauma, doença e cura numa cultura tóxica*. Lua de Papel.
- Merlini, S. (2020). *Género e Transgressão: Des/fazendo o masculino e o feminino em Portugal e no Reino Unido*. Imprensa de Ciências Sociais.
- Miyake, E., Ahn, L. H., Tran, A. G. T. T., & Atkin, A. L. (2025). Women’s Microaggressions Scale (WoMenS): A Comprehensive Sexism Scale. *The Counseling Psychologist*, 53(2), 174–209. <https://doi.org/10.1177/00110000241310135>
- Monteiro, P. (Ed.). (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Morando, M. (2023). Disentangling Workplace Sexism in Age Generations: A Multi-Group Analysis on the Effects on Job Satisfaction and Task Performance. *Administrative Sciences*, 13(9). <https://doi.org/10.3390/admsci13090210>

- Nadal, K. L. Y. (2023). *Dismantling Everyday Discrimination: Microaggressions toward LGBTQ People* (2^a ed.). American Psychological Association.
- Nadal, K. L. (2011). *Filipino American psychology: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Wiley.
- ONU Mulheres. (2024). *Plano Estratégico 2026–2029 para a Igualdade de Género e o Empoderamento das Mulheres*. ONU Mulheres. <https://www.unwomen.org>
- Pechorro, P., Mâroco, J., Poiares, C., & Vieira, R. X. (2011). Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg com Adolescentes Portugueses em Contexto Forense e Escolar. *Arquivos de Medicina*, 25(5/6).
- Perez, C. C. (2020). *Mulheres Invisíveis: Como os dados configuram o mundo feito para os homens*. Relógio D'Água.
- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 77–99.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Saleiro, S. P. (2022). *Estudo Nacional sobre as necessidades das pessoas LGBTI e sobre a discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais*.
- Sayer, H., Juanchich, M., Lamarche, V. M., & Whiley, L. A. (2025). Standing Up to Sexism: Does Challenging Sexist Comments Have Transformational Benefits in How Women Value Themselves and Other Women? *Sex Roles*, 91(6), 44. <https://doi.org/10.1007/s11199-025-01594-2>
- Sue, D. W. (2010). Microaggressions, Marginality, and Oppression: An Introduction. In D. W. Sue (Ed.), *Microaggressions and Marginality Manifestation, Dynamics, and Impact* (pp. 3–24). John Wiley & Sons, Inc.
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). *Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice*. *American Psychologist*, 62(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., & Holder, A. M. B. (2008). *Racial microaggressions in the life experience of Black Americans*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 329–336. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.329>

- Swim, J. K., Aikin, K. J., Hall, W. S., & Hunter, B. A. (1995). Sexism and racism: Old-fashioned and modern prejudices. *Journal of Personality and Social Psychology*, *68*(2), 199–214.
- Toribio Caballero, S., Cardenal Hernández, V., Ávila Espada, A., & Ovejero Bruna, M. M. (2022). Gender roles and women's mental health: their influence on the demand for psychological care. *Anales de Psicología*, *38*(1), 7–16. <https://doi.org/10.6018/analesps.450331>
- Torino, G. C., Rivera, D. P., Capodilupo, C. M., Nadal, K. L., Wing, D., & Microaggression, S. (2019). *Microaggression Theory: Influence and Implications* (G. C. Torino, D. P. Rivera, C. M. Capodilupo, K. Nadal, & D. W. Sue, Eds.). John Wiley & Sons, Inc.
- Torre-Pérez, L., Oliver-Parra, A., Torres, X., & Bertran, M. J. (2022). How do we measure gender discrimination? Proposing a construct of gender discrimination through a systematic scoping review. *International Journal for Equity in Health*, *21*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01581-5>
- Tougas, F., Brown, R., Beaton, A. M., & Joly, S. (1995). Neosexism: Plus Ça Change, Plus C'est Pareil. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *21*(8), 842–849. <https://doi.org/10.1177/0146167295218007>
- Veronese, G., Mahmud, F. A., & Bdier, D. (2023). Gender-Based Violence, Subjective Quality of Life, and Mental Health Outcomes Among Palestinian Women: The Mediating Role of Social Support and Agency. *Violence Against Women*, *29*(5), 925–948. <https://doi.org/10.1177/10778012221099988>
- Vieira, A., Vieira, R., & Marques, J. (2021). *Temas e contextos de pedagogia – Educação Social*. Edições Afrontamento.
- Walters, C., Ronnie, L., Plessis, M. du, & Jansen, J. (2023). Academics in Lockdown: A Gendered Perspective on Self-Esteem in Academia during the COVID-19 Pandemic Lockdown. *Sustainability*, *15*(6), 4999. <https://doi.org/10.3390/su15064999>
- World Health Organization. (2014). *Gender disparities in mental health*.

Anexos

Tabela A1

Tabela de Análise de Conteúdo

Tema	Categorias	Subcategorias	Unidades de análise	Frequência
Microagressões vivenciadas	Microagressões sexistas	Papéis de género tradicionais	‘fui feita para tomar conta da casa e ter filhos’; ‘facto de ser mulher me atribuía papéis de cuidadora, de realizadora de tarefas no lar e menos no exterior’	36
		Linguagem sexista	‘fui chamada de histérica’	9
		Ameaça Implícita à segurança física	‘não me deixar vestir saias curtas para não me colocar em situações complicadas’	1
		Ameaça explícita à segurança física	‘obrigar a tocar nos seus órgãos genitais’; ‘apalpada na rua’; ‘seguida na rua por um homem’; ‘o medico que me operou tentou-me beijar na boca’; ‘vulgar tentativa de toque’	37
		Invalidação da realidade do sexismo	‘as alterações climáticas ser “coisa inventada pelas feministas”’;	2
		Suposições de inferioridade	‘mansplaining’; ‘tratava com condescendência’; ‘Não me deixaram progredir na minha profissão porque estou a tentar engravidar’; ‘Desvalorizam a capacidade de raciocino’; ‘desconsiderada, posta em causa, ignorada’; só podia ser mulher a conduzir’; “os rapazes fazem isto mas voces não conseguem...”	48

		Ambiental	‘A liderança ainda é mais patente no homem’; ‘Ser uma mulher livre, independente ainda não é vista com os mesmos olhos’	20
		Objetificação sexual	‘és tão linda para...’; ‘se tivesse as minhas pernas também fazia muita coisa’; ‘dizia que me tentaram violar pela forma como eu me vestia’; ‘homens a olhar, buzinar ou até tecer comentários’	28
Microagressões interseccionais	Etnia	‘em relação á minha etnia’; ‘psicóloga negra não pode usar transas não é formal’	9	
	Orientação Sexual	‘em relação à minha orientação sexual e expressão de género’; ‘Gostas de mulheres porque nunca experimentaste um homem a sério’	22	
	Classe Social	‘relação à minha classe social’	11	
	Idade	‘pela idade’	6	
	Nacionalidade	‘nacionalidade’	3	
	Ideologias políticas e religiosas	Escolhas políticas’; ‘religião’	6	
	Aparência Física*	‘por eu ter baixa estatura me tenham desvalorizado’; ‘piadas sobre as loiras serem burras’	4	
Contexto	Profissional	‘colegas’; ‘chefe’; ‘diretor’	60	
	Familiar	‘a minha avó’; ‘os meus pais’; ‘a minha mãe’; ‘primo’; ‘o meu pai’	30	

		Esfera Pública	‘rua’; ‘desporto’; ‘café’; ‘concertos’	33
		Pares	‘amigos’	3
		Relacionamentos	‘o meu parceiro’; ‘num <i>date</i> ’	8
		Académico	‘faculdade’; ‘escola’	2
	Impacto no bem-estar	Revolta, raiva e frustração	‘muito frustrante, incorretos e injusto’; ‘irritada’	21
		Insegurança, ansiedade e medo	‘medo terrível de não conseguir fugir’; ‘insegura’	16
		Tristeza, dor e solidão	‘Sinto-me sempre extremamente magoada e triste’	14
		Nojo e Repulsa	‘sentimento de nojo/repulsa’	6
		Desvalorização e Baixa auto-estima	‘impactavam a minha autoestima’	5
		Constrangimento	‘senti-me constrangida’	5
		Cansaço e aborrecimento	‘acumulam-se e acabam por gerar cansaço’	5
		Silenciamento	‘fechamento’; ‘me levaram a negá-la e escondê-la durante anos’	2
		Abusada e invalidada	‘sensação foi literalmente de abuso’; ‘desprotegida’;	3