

O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras

Effects of gendered racial microaggressions on the mental health of black women

Tafnes Varela Martins (<https://orcid.org/0000-0002-0916-8665>)¹

Tiago Jessé Souza de Lima (<https://orcid.org/0000-0001-8840-4285>)²

Walberto Silva Santos (<https://orcid.org/0000-0001-6816-0105>)¹

Abstract *This study aims to evaluate the effects of gendered racial microaggressions on the mental health of black women, specifically the influence of the variables identity and self-esteem on the relationship between the frequency of gendered racial microaggressions and mental health. 76 women participated in the study. The mean age was 24.62 years (SD = 6.3). Participants answered four instruments in addition to sociodemographic questions: Gendered Racial Microaggression Scale, Goldberg General Health Questionnaire, Group Identification Scale, and Rosenberg Self-Esteem Scale. The results indicate that the high frequency of gendered racial microaggressions predicts worse levels of mental health and self-esteem. Self-esteem mediates the relationship between microaggressions and general health. It is a protective factor of mental health. Identity moderates this relationship, so that a high identification as a black woman is related to lower levels of mental health when faced with a high frequency of discriminatory events. Despite some limitations, the objectives were achieved. Future studies should contribute with explanations of the relationship between gendered racial microaggressions and mental health.*

Key words *Racism, Sexism, Mental Health, Identity, Self-image*

Resumo *O presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. Especificamente, foram avaliadas a influência das variáveis identidade e autoestima na relação entre a frequência das microagressões raciais de gênero e a saúde mental. Para tanto, participaram 76 mulheres, com idade média de 24,62 anos (DP = 6,3). As participantes responderam, além das questões sociodemográficas, quatro instrumentos: Escala de Microagressões Raciais de Gênero, Questionário de Saúde Geral de Goldberg, Escala de Identificação com o Grupo e a Escala de Autoestima de Rosenberg. Os resultados indicaram que a alta frequência de microagressões raciais de gênero prediz piores níveis de saúde mental e autoestima. Ademais, a autoestima parece mediar a relação entre microagressões e saúde geral, apresentando-se enquanto fator protetor da saúde mental; e a identidade parece moderar essa relação, de modo que alta identificação enquanto mulher negra apresentam menores níveis de saúde mental quando se deparam com uma alta frequência de eventos discriminatórios. Não obstante algumas limitações, ressalta-se que os objetivos foram alcançados, sendo propostos estudos futuros que contribuam para a explicação da relação entre microagressões raciais de gênero e saúde mental.*

Palavras-chave *Racismo, Sexismo, Saúde Mental, Identidade, Autoimagem*

¹ Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Ceará. Campus Universitário Darcy Ribeiro ICC Sul, Asa Norte. 70910-900 Brasília DF Brasil. tiago.souzalima@hotmail.com

² Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

Introdução

A saúde mental é produto de múltiplas e complexas relações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, dependendo de um equilíbrio dinâmico nas interações do indivíduo com os outros, levando em consideração suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares. Nesse sentido, a exposição a eventos de vida traumáticos e estressantes, a exemplo de ambientes familiares instáveis, vivências de violência de gênero, discriminação e exclusão social, de forma única ou sistemática é apontada como um fator preponderante para alterações emocionais negativas na saúde mental dos indivíduos e nas suas vidas de modo geral^{1,2}.

Diante disso, estressores ligados a discriminação racial³, podem afetar a saúde mental por meio de múltiplas vias. Por exemplo, as relações de poder assimétricas entre grupos discriminantes e discriminados refletidas em diferenças no status socioeconômico e no acesso a bens e serviços, bem como a percepção de experiências de discriminação em nível individual, podem culminar em níveis elevados de estresse psicológico e agravos à saúde física e mental⁴. Esse quadro se agrava quando um grande número de eventos estressores é percebido cotidianamente em contextos individuais ou sociais⁵, como é o caso das microagressões – insultos verbais ou comportamentais, intencionais ou não, que comunicam ofensas raciais hostis, depreciativas ou negativas a uma pessoa ou a um grupo-alvo⁶.

De fato, estudos têm sugerido que a exposição a determinados tipos de discriminação de forma frequente tem repercussões negativas na saúde mental de indivíduos negros⁷. Experiências de cunho racista, por exemplo, estão relacionadas ao uso abusivo de substâncias⁸, a baixa autoestima⁹, a transtornos mentais⁴ e a sintomas depressivos de um modo geral¹⁰. Adicionalmente, estudos também têm apontado os efeitos do racismo na saúde mental e, por consequência, na saúde física, indicando correlações elevadas com o estresse e depressão, e com o declínio da saúde física, com maior prevalência de doenças cardiovasculares e obesidade^{11,12}.

Apesar dos achados consistentes relacionando cor da pele e saúde mental, pouco se sabe sobre como outras dimensões da categorização social, a exemplo do gênero e da classe social, interferem nessa relação. As pesquisas sobre racismo tratam frequentemente os negros enquanto grupo monolítico, o que deixa lacunas, por exemplo, no que se refere às potenciais diferenças de gênero

nas experiências de discriminação e seus possíveis efeitos na saúde mental. Especificamente no campo de estudo das microagressões, uma crítica frequente é o fato de a maioria dos estudos serem desenvolvidos no intuito de avaliar somente a forma como as microagressões são desencadeadas pelas identidades singulares de um indivíduo, ser mulher ou ser negro, de forma separada, em vez de entender como as intersecções das múltiplas identidades podem afetar as experiências de microagressão de um indivíduo, como ser mulher e negra¹³.

Corroborando com essa perspectiva, estudos têm sugerido que a exposição a determinados tipos de discriminação pode variar de acordo com o gênero¹⁴. Por exemplo, os homens negros são frequentemente associados à criminalidade, estando mais propensos a sofrerem agressões físicas e verbais de policiais¹⁴. Já as mulheres negras estão mais suscetíveis a estupros e violência doméstica¹⁵, além de sofrerem uma apatia dos policiais no que se refere a sua proteção individual e de suas respectivas comunidades¹⁶.

Nessa direção, Lewis *et al.*¹⁷ defendem que as vivências de discriminação das mulheres negras se diferenciam daquelas vivenciadas por homens negros e mulheres brancas, pois são fruto de um fenômeno híbrido resultante da combinação do racismo e do sexismo. Tais experiências, denominadas de microagressões raciais de gênero, também incluem os processos de marginalização, silenciamento e objetificação vivenciado por essas mulheres¹⁸, e podem gerar um impacto nas relações interpessoais, levando a uma supressão das emoções e vivência de efeitos negativos em sua saúde mental que diferem daqueles experienciados por mulheres brancas¹⁴. Dados obtidos por Stevens-Watkins *et al.*¹⁹ ratificam essa perspectiva, alertando que as mulheres afro-americanas, por exemplo, reportam 20 vezes mais estresse psicológico que as mulheres brancas. Além disso, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças nos EUA²⁰ também aponta maiores índices de sentimento de tristeza e desesperança em mulheres negras estando relacionados com a ideação e planejamento suicida²¹.

No Brasil, dados do Ministério da Saúde²² apontam que, quando consideradas as principais causas de morte em mulheres, as mulheres negras morrem mais que as mulheres brancas por homicídios, suicídios e mortes mal definidas. Ademais, Araújo *et al.*²³, ao analisar a ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) em função de características sociodemográficas, observaram maior prevalência de TMC entre as mu-

lheres que eram negras ou pardas, tinham baixo nível de escolaridade, não moravam mais com os seus companheiros, que tinham renda média de até um salário mínimo, tinham filhos e eram chefes de família.

Com base no exposto, pode-se inferir que o conhecimento dos determinantes sociais e pessoais de saúde, bem como a forma como essas variáveis se relacionam, é fundamental para o estabelecimento de uma perspectiva preditiva de saúde mental em mulheres negras. Com efeito, para além do esclarecimento da relação entre o estresse decorrente das microagressões raciais e de gênero e a saúde mental, é necessário compreender possíveis fatores intervenientes dessa relação, que funcionem como um protetor ou potencializador do impacto das microagressões na saúde mental. Os indivíduos não reagem da mesma forma a experiências negativas, como a discriminação, em função do efeito de variáveis pessoais, sociais e ambientais²⁴. Por exemplo, alguns estudos têm apontado que o nível de identidade social²⁵ e a autoestima²⁶ podem atuar como variáveis intervenientes no efeito da discriminação na saúde mental.

A identidade social é definida pelos aspectos individuais e pela consciência de pertença a um grupo social e pelo valor e significado emocional dessa pertença²⁷. Nesse sentido, a identidade racial é um construto multidimensional que inclui o senso de pertença ou proximidade ao grupo e a importância atribuída à cor da pele no autoconceito e na autoimagem dos indivíduos^{28,29}. Com efeito, a identidade pode influenciar nas crenças individuais e na expectativa que os indivíduos têm com relação ao tratamento que lhes será dispensado em diferentes contextos^{28,29}, influenciando a percepção da experiência de discriminação^{28,30,31}. Corroborando com esta perspectiva, Sellers e Shelton³² assinalaram uma associação significativa entre a identidade racial e a discriminação racial percebida, de modo que quanto maior é a importância atribuída ao fato de ser negro para a formação do autoconceito, maior a frequência com que experiências de discriminação são percebidas.

Apesar das contribuições dos estudos sobre identidade, há uma lacuna no que se refere a indivíduos que apresentam uma identificação com múltiplas categorias sociais, visto que mais de uma categoria social pode interagir na formação do autoconceito. A exemplo disso, Thomas et al.³³ conduziram um estudo com afro-americanas, as quais afirmaram que a identidade racial de gênero era mais central para o seu autoconceito do

que a sua identidade racial e de gênero consideradas isoladamente. Nessa perspectiva, é necessário compreender as implicações da intersecção de ambas as identidades (ser mulher e ser negra) nas experiências de discriminação e nas suas consequências.

Em se tratando especificamente das implicações da intersecção entre as identidades racial e de gênero, alguns estudos têm apontado que essa pode funcionar tanto como um fator de risco, ao aumentar a percepção de experiências de discriminação, como um fator de proteção, amortecendo os impactos negativos da discriminação na saúde mental^{34,35}. De fato, se identificar como mulher negra pode aumentar a conscientização para experiências de discriminação³⁶, enquanto que, por outro lado, podem contribuir com estratégias de enfrentamento para essas situações, como a capacidade de se sentirem melhor ao focar nos aspectos positivos do pertencer a esse grupo e uma menor internalização das mensagens negativas sobre si^{34,37}.

Nesse sentido, a centralidade da identidade racial e de gênero pode também interagir com a autoestima já que pode ocorrer uma menor probabilidade de internalização das mensagens negativas sobre ser uma mulher negra³⁸. A autoestima se refere às avaliações globais de valor pessoal que fazemos sobre nós mesmos^{39,40}, sendo reconhecida por alguns teóricos como um aspecto central para o bem-estar psicológico e preditora da satisfação com a vida⁴¹. Ademais, a autoestima encontra-se fortemente associada à maneira como os indivíduos se relacionam consigo e com a sociedade, de modo que indivíduos com altos níveis de autoestima tendem a ter uma visão mais positiva sobre si e suas capacidades⁴².

Ainda que aspectos individuais sejam importantes para a conformação da autoestima, os sentimentos de valor próprio também parecem sofrer a influência de aspectos coletivos. À luz da teoria da identidade social²⁷, isso ocorre porque existe uma parte da nossa identidade que é influenciada pela participação em grupos sociais e pelo valor e importância emocional atribuídos a eles, envolvendo a forma como o indivíduo avalia seu grupo de pertença, as percepções sobre as avaliações que os outros fazem sobre esse e o quanto este sujeito se identifica com esse grupo. De fato, apresentar um forte senso de pertença a um grupo, pode contribuir para os aspectos do bem-estar psicológico dos indivíduos, como a autoestima⁴³. No entanto, alguns estudos têm apontado que as experiências de discriminação estão associadas à baixa autoestima^{30,36,44}. Ade-

mais, a autoestima tem sido apontada com um possível mediador da relação entre a discriminação e quadros de sintomas depressivos entre pessoas de grupos minoritários^{9,44,45}, ou seja, a autoestima pode amortecer os efeitos negativos das vivências de discriminação na saúde mental.

Mediante essa contextualização, o presente artigo tem como objetivo principal avaliar os impactos das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras, assim como testar o papel moderador da identidade social e mediador da autoestima nessa relação. Com base na revisão teórica, foram propostas quatro hipóteses. A *Hipótese 1* (H1) afirma que a maior frequência de microagressões prediz níveis mais baixos de saúde mental. A *Hipótese 2* (H2) propõe que a maior frequência de microagressões irá predizer níveis mais baixos de autoestima. De fato, alguns estudos internacionais têm indicado que a percepção mais frequente de discriminação está relacionada com piores níveis de saúde mental³ e também com níveis mais baixos de autoestima⁴⁶.

Ademais, o presente estudo propõe que o efeito da frequência das microagressões na saúde geral será mediado pela autoestima (*Hipótese 3*, H3) e moderado pela identidade social (*Hipótese 4*, H4). Alguns estudos já têm indicado que uma diminuição na autoestima pode ser o fator explicativo do impacto das microagressões para a saúde dos indivíduos⁴⁷. Por outro lado, os resultados observados sobre o papel moderador da identidade social são conflitantes, com alguns estudos apontando que uma maior identificação social com o grupo de pertença pode funcionar como fator protetivo⁴⁸, amortecendo o efeito da discriminação na saúde mental, enquanto outros sugerem que a maior identificação tem um efeito amplificador, aumentando a percepção de situações de discriminação e o consequente efeito negativo na saúde mental²⁵.

Método

Amostra

Adotou-se como critério de inclusão na amostra apenas as mulheres que se auto identificassem como negras, tendo sido excluídas as que não se encaixassem nesse perfil. A amostra foi composta por 76 mulheres negras, com idades compreendidas entre 18 e 56 anos ($M = 24,62$; $DP = 6,23$). Entre as que reportaram os dados socioeconômicos, a maioria informou ser hete-

rossexual (69,7%), solteira (53,9%), com ensino superior incompleto (47,4%) e renda familiar acima de quatro salários mínimos (36,8%). Por ser uma amostra de conveniência (não-probabilística), participaram apenas as pessoas que, ao serem convidadas, concordaram em contribuir com o estudo.

Instrumentos

Além de informarem dados referentes a variáveis sociodemográficas, as participantes responderam os seguintes instrumentos:

Escala de Microagressões Raciais de Gênero (EMRG). Produzida originalmente por Lewis e Neville¹⁸, é composta por 39 itens, para os quais as participantes reportam a frequência (0 = Nunca; 5 = Uma vez por semana ou mais) e o quanto o evento foi experienciado como estressante (0 = Isso nunca aconteceu comigo; 5 = Extremamente estressante). Para o presente estudo, foi realizada a tradução e adaptação desse instrumento para o português. Inicialmente, esse procedimento foi realizado por dois pesquisadores fluentes em inglês, tendo sido realizada uma síntese das versões traduzidas. Essa síntese foi traduzida de volta para o inglês para avaliar a manutenção dos conteúdos originais. Para testar sua validade de construto, uma análise fatorial, com método dos eixos principais, indicou a extração de um fator geral, que explicou 50,2% da variância, com cargas fatoriais variando entre 0,90 e 0,49. Uma análise da consistência interna da medida apontou que ela pode ser utilizada como um instrumento unifatorial (alfa de Cronbach = 0,97).

Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG-12). Produzido originalmente por Goldberg⁴⁹ e adaptado para o Brasil por Gouveia et al.⁵⁰, o instrumento é composto por 12 itens que medem a saúde mental e a disfunção social⁵⁰. Devido o enfoque desse estudo, foram utilizados apenas os itens referentes à saúde mental, respondidos em uma escala tipo *Likert* de quatro pontos; para os itens invertidos as alternativas de resposta variam entre 1 = *Absolutamente, não* e 4 = *Muito mais que de costume*; no caso de itens afirmativos, as respostas podem variar de 1 = *Mais que de costume* a 4 = *Muito menos que de costume*. Para fins práticos, as pontuações obtidas foram invertidas, de modo que maior pontuação é a indicação de melhor nível de saúde mental. O fator saúde mental apresentou α de 0,85.

Escala de Identificação com o Grupo. Produzida originalmente para o contexto brasileiro por Wachelke⁵¹, essa escala foi proposta como uma

medida unidimensional de identificação grupal, que pode ser empregada para avaliar a identificação com diferentes grupos sociais. É composta por seis itens que podem ser adaptados para qualquer grupo de referência. Como exemplo de itens, temos: “Ser um(a) ___ é uma parte importante de como me vejo”. Para o presente estudo foi utilizado como grupo de referência ser “mulher negra” (por exemplo: Ser uma mulher negra é uma parte importante de como me vejo). Os itens foram respondidos em uma escala *Likert*, variando entre 1 = *discordo fortemente* e 7 = *concordo fortemente*. Neste sentido, quanto maior o escore, maior o nível de identificação com o grupo. A escala apresentou um alfa de Cronbach de 0,86.

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). Produzida originalmente por Rosenberg⁴⁰ e validada para o contexto brasileiro por Hutz⁵², é composta por dez afirmações que avaliam a autoestima global, ou seja, o conjunto de pensamentos e sentimentos referentes a si mesmo (por exemplo: Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas; Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso). Os itens foram respondidos em uma escala do tipo *Likert* variando entre 1 = *discordo fortemente* e 7 = *concordo fortemente*. Neste sentido, quanto maior o escore, maior o nível da autoestima global. A EAR apresentou um alfa de Cronbach de 0,86.

Procedimento

A aplicação dos instrumentos ocorreu por meio eletrônico, com divulgação online, e por meio de questionários impressos. Para a divulgação online, enviou-se o link da pesquisa para grupos específicos de mulheres negras, murais e caixas de mensagens de usuárias do Facebook. Ao ter acesso ao questionário nessa versão, a respondente era solicitada a acessar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que apresentava os objetivos do estudo e enfatizava o caráter anônimo e voluntário da participação. Ao concordar em participar, a mesma deveria clicar em “Prosseguir” para ser direcionada ao questionário. Em média, foram necessários 30 minutos para concluir a participação. Os questionários impressos foram aplicados em locais públicos na cidade de Fortaleza (CE), como praças e shoppings em que grupos de mulheres se reúnem para eventos específicos relacionados a cultura afro-brasileira, a partir de um agendamento prévio com as organizadoras dos eventos por redes sociais. Adicionalmente, os questionários foram aplicados em uma

universidade pública localizada em um município no interior do Ceará.

Análise de Dados

Inicialmente, foram realizadas correlações de *Pearson*, para avaliar a correlação entre as variáveis identidade, autoestima, depressão e a frequência de microagressões raciais de gênero. Em seguida, foram efetuadas análises de regressão (método *Enter*) para testar as relações entre as variáveis das Hipóteses 1 e 2. Para as análises de mediação e moderação (H3 e H4) foi utilizada a macro PROCESS (versão 2.16) desenvolvida para o SPSS por Hayes⁵³. Para avaliar a significância da mediação, especificamente a confiabilidade dos efeitos indiretos, foi utilizado o *bootstrapping* e o teste de Sobel⁵⁴. O *bootstrapping* é um método computacional que envolve repetidas amostras extraídas do conjunto de dados, estimando o efeito indireto em cada uma delas⁵⁵. A hipótese da mediação é aceita se os intervalos de confiança obtidos através do *bootstrapping* não contenham o valor zero, ou seja, o efeito indireto teria um valor diferente de zero⁵⁶. Foram computadas 1.000 amostras de *bootstrapping* e o intervalo de confiança adotado foi de 90%, sendo calculados através do método *bias corrected and accelerated* (BCa). Para testar a existência da moderação, deve-se obter um efeito de interação significativa entre a variável moderadora e a variável independente, indicando que o efeito da variável independente na dependente irá variar de acordo com os níveis do moderador⁵³.

Resultados

Inicialmente, foram realizadas análises de correlação entre as variáveis utilizadas no estudo. Como pode ser observado na Tabela 1, a frequência de microagressões se correlacionou ($p < 0,01$) positivamente com o nível de estresse e de forma negativa com a saúde mental e a autoestima. Ademais, o estresse das microagressões apresentou correlações ($p < 0,01$) negativas com a saúde mental e a autoestima e positiva com a identidade de mulher. Foram observadas ainda uma correlação negativa ($p < 0,01$) entre a saúde mental e a identificação enquanto mulher negra e uma correlação positiva ($p < 0,01$) entre saúde mental e autoestima.

Posteriormente, foram realizadas análises de regressão buscando conhecer o poder preditivo da frequência de microagressões raciais de gênero

ro para explicar os indicadores de saúde mental (H1). Como pode ser observado na Tabela 2, no 1º passo, a saúde mental foi regredida na frequência de microagressões. A frequência das microagressões explica, de forma significativa, 6% da variância da saúde mental, $F(1, 74) = 5,07$, $R = 0,26$, $R^2_{\text{ajustado}} = 0,06$. Os pesos de regressão permitem verificar que a variável frequência de microagressões apresenta uma relação inversa e significativa com a saúde mental ($b = -0,14$; $p < 0,05$), de modo que a maior frequência de microagressões prediz piores níveis de saúde mental, corroborando a H1. No 2º passo, com o objetivo de conhecer o poder preditivo da frequência de microagressões raciais de gênero para a autoestima (H2), foi realizada outra análise na qual se regrediu a autoestima nas microagressões. Considerando a autoestima, a frequência de microagressões permitiu explicar 10% da variância, $F(1, 74) = 8,08$, $p < 0,01$, $R = 0,31$, $R^2_{\text{ajustado}} = 0,10$. De forma similar, a maior frequência de microagressões prediz menores níveis de autoestima ($b = -0,35$, $p < 0,01$), corroborando a H2. Tendo em conta que as microagressões predizem significati-

vamente tanto a autoestima quanto a saúde mental, foi possível proceder com o teste da hipótese de mediação da autoestima (H3) no 3º passo, no qual se regrediu a saúde mental nas microagressões e na autoestima.

Os resultados observados na Tabela 2 apontam que, ao adicionar a autoestima no modelo, as microagressões deixam de predizer significativamente a saúde mental. O efeito total das microagressões na saúde mental, que era de $b = -0,14$ ($p < 0,05$), foi composto por um efeito direto, não significativo, $b = 0,05$ ($p = 0,40$) e por um efeito indireto, através da autoestima, $b = -0,09$ ($p < 0,01$). Esse efeito indireto apresenta um intervalo de confiança que não inclui o valor zero, IC90% [-0,17; -0,04], indicando um efeito de mediação significativo, corroborado pelo teste de Sobel ($Z = -2,47$, $p < 0,01$). Como o efeito direto das microagressões na saúde mental passou a ser não significativo após a inserção da autoestima, podemos afirmar que a mediação é completa, corroborando nossa H3. Ou seja, o efeito das microagressões na saúde mental foi completamente mediado pela autoestima.

Tabela 1. Correlação entre as pontuações obtidas nas escalas de frequência e intensidade de estresse da EMRG, de saúde mental, de identidade e de autoestima.

	M	DP	1	2	3	4
1. Frequência Microagressões	3,14	1,36	-			
2. Nível de Estresse das Microagressões	3,62	1,49	0,67**	-		
3. Saúde Mental	2,44	0,73	-0,25*	-0,51**	-	
4. Id. Mulher Negra	6,10	1,27	0,10	0,41**	-0,28*	-
5. Autoestima	4,86	1,47	-0,31**	-0,34**	0,56**	-0,18

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Tabela 2. Análises de regressão.

	Passo 1:	Passo 2:	Passo 3:	Passo 4:	η^2_p
	Saúde mental	Autoestima	Saúde mental	Saúde mental	
	b	b	b	b	
Constante	3,00	5,96***	1,46	-0,67	
Microagressões (MA)	-0,14*	-0,35**	-0,05	-0,08	0,03
Autoestima			0,26***	0,27***	0,34
Identidade (ID)				-0,04	0,01
MA x ID				-0,13***	0,22
	R = 0,26	R = 0,31	R = 0,57		R = 0,71
	R ² = 0,06	R ² = 0,10	R ² = 0,32		R ² = 0,50
	F (1, 74) = 5,07	F (1, 74) = 8,08	F (2, 73) = 17,4		F (4, 71) = 17,80
	p < 0,05	p < 0,01	p < 0,01		p < 0,001

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tendo sido corroborado o efeito de mediação da autoestima, foi testada na sequência a H4, de que a identidade iria moderar o efeito das microagressões na saúde mental. Para tanto, no 4º passo regredimos a saúde mental nas microagressões, na autoestima, na identidade e no termo de interação entre as microagressões e a identidade. Para calcular o termo de interação, as variáveis microagressões e identidade foram centradas (subtraídas da sua média). Os resultados apontam que os efeitos principais das microagressões e da identidade foram não significativos, enquanto que o efeito da autoestima se mantém significativo. Ao interpretarmos o efeito principal da autoestima, observamos que maior autoestima está relacionada com melhores níveis de saúde mental ($b = 0,27$; $p < 0,001$; $\eta^2_p = 0,34$).

O mais relevante para a análise de moderação foi o efeito do termo de interação das microagressões com a identidade ter predito de forma significativa a saúde mental ($b = -0,13$; $p < 0,001$; $\eta^2_p = 0,22$). Esse resultado aponta que o efeito das microagressões na saúde mental é moderado pela identidade. Ao decompor o efeito, avaliando o impacto das microagressões condicionado aos níveis da identidade, observamos que nos participantes com baixa identidade (1 DP abaixo da média) as microagressões não predizem a saúde mental ($b = 0,09$; $p = 0,12$). Por outro lado, nas participantes com alta identidade (1 DP acima da média), as microagressões predizem significativamente a saúde mental ($b = -0,19$; $p < 0,001$). Portanto, o efeito das microagressões na saúde mental só ocorre entre as participantes que apresentam maior identidade, o que configura um efeito condicionado aos valores da identidade, corroborando a Hipótese 4.

Discussão

O presente artigo teve por objetivo avaliar os impactos das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras, assim como testar o papel moderador da identidade social e mediador da autoestima nessa relação. Os resultados obtidos forneceram evidências satisfatórias para corroborar as hipóteses testadas, obtendo-se resultados coerentes com a literatura na área. A seguir, serão discutidos os resultados observados para cada hipótese.

A *Hipótese 1* afirmava que uma maior frequência de microagressões raciais de gênero iria predizer um menor nível de saúde mental. Os resultados observados neste estudo corroboram

os achados da metanálise realizada por Paradies et al.⁴ sobre o impacto da discriminação na saúde física e mental, tendo sido observadas correlações entre experiências de discriminação, transtornos mentais, estresse e sintomas depressivos de uma forma geral. Ademais, Stevens-Watkins et al.¹⁹ e Teng et al.²¹ apontam as consequências negativas de uma alta frequência de experiências discriminatórias na saúde mental, sugerindo que, de fato, a convivência com estressores ambientais crônicos prediz piores índices de saúde mental. Cabe salientar que, apesar da baixa variância observada entre a frequência das microagressões e a saúde mental, pode estar relacionada ao papel central de outras variáveis, a exemplo da autoestima e identidade social, na explicação da saúde mental.

A *Hipótese 2* afirmava que a frequência de microagressões iria predizer negativamente a autoestima. Os resultados ratificaram a hipótese, corroborando os achados da literatura sobre o efeito negativo da discriminação na autoestima^{9,30,36,44}. De fato, estar exposta a uma maior frequência de discriminação racial de gênero afeta negativamente a autoestima de mulheres negras. Pode-se compreender essa redução na autoestima em função desse conceito estar relacionado a forma como os outros nos veem, assim, pessoas que tem características desvalorizadas socialmente tenderiam a internalizar parcialmente essas opiniões, de forma que apresentariam uma autoestima mais baixa do que indivíduos pertencentes à grupos mais valorizados²⁶.

Ainda nesse sentido, a *Hipótese 3* buscou avaliar se o impacto das microagressões raciais de gênero na saúde mental era mediado pela autoestima. Os resultados apontaram que o efeito direto das microagressões na saúde geral não foi significativo, mas que o efeito indireto, mediado pela autoestima, foi significativo. Tais resultados permitem inferir que o efeito das microagressões na saúde mental é completamente mediado pela autoestima, ou seja, a autoestima parece ser um importante fator protetor para a saúde mental no contexto da discriminação. Esses resultados são compatíveis com os observados em outros estudos que também testaram o papel mediador da autoestima^{9,44,45}. Mereish et al.⁴⁴, por exemplo, obtiveram resultados semelhantes em um estudo feito com negros americanos e caribenhos nos Estados Unidos, apontando que a autoestima exerce um papel moderador no impacto das discriminações cotidianas nos indicadores de depressão dessa amostra.

Por fim, testou-se na *Hipótese 4* o papel moderador da identidade social na relação en-

tre microagressões raciais e saúde mental. Os dados indicaram que a identidade social atua como moderador nessa relação. Ao decompor o efeito, observamos que nos participantes com baixa identidade as microagressões não predizem significativamente a saúde mental, de forma que o efeito das microagressões na saúde mental só ocorre entre as participantes que apresentam maior identidade. Esse resultado é consistente com outros estudos que buscam esclarecer o papel da identidade nas experiências de discriminação^{28,30,57}. Crocker e Major³⁰, por exemplo, sinalizaram que a identificação com grupos minoritários pode facilitar a percepção de tratamentos negativos recebidos como sendo comportamentos discriminatórios em função da sua pertença grupal. De forma similar, Shelton e Sellers³² observaram que as pessoas negras que tinham a cor da pele como um componente central de sua identidade tinham maior probabilidade de perceber situações com interpretações ambíguas como decorrentes da discriminação. Major *et al.*⁵⁸, por exemplo, também observaram que altos níveis de identificação racial estão associados a uma maior percepção de vulnerabilidade à discriminação, culminando em um estresse crônico que pode ocasionar menores índices de saúde mental⁵⁹. Portanto, a maior identificação grupal tem um efeito amplificador, aumentando a percepção de situações de discriminação e o consequente efeito negativo na saúde mental²⁵.

Embora os resultados aqui apresentados forneçam evidências satisfatórias para as hipóteses testadas, algumas limitações podem ser apontadas. O delineamento transversal adotado não contempla os efeitos cumulativos das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras, assim como não permite afirmar relações causais. Estudos com delineamentos longitudinais poderiam fornecer evidências mais robustas para as relações preditivas observadas entre discriminação, identidade, autoestima e saúde mental. Observou-se também que a identidade social pode funcionar como um *buffer* na relação entre as microagressões raciais e de gênero, no entanto, esse resultado deve ser visto com ressalvas, já que a baixa identidade social pode impedir que os indivíduos detectem e denunciem o racismo de gênero quando o experimentam, mas isso não significa que essas experiências não possam afetar negativamente o bem-estar psicológico em um nível de processamento automático²⁵.

Outra limitação diz respeito ao tamanho reduzido da amostra, fato que pode ter ocorrido

principalmente por parte das mulheres convidadas a responder a pesquisa não se identificarem como negras, mas como morenas ou pardas, o que pode ter levado a perda de muitos participantes na amostra final. A amostra final obtida também apresenta características sociodemográficas distintas da maioria das mulheres negras no Brasil, o que reduz a possibilidade de generalização dos resultados aqui obtidos. Ademais, a maioria das participantes estavam engajadas em grupos ou atividades que ressaltavam a identidade da mulher negra, o que pode implicar em uma média de identificação grupal maior comparativamente a outras mulheres negras que não participam de tais grupos. Estudos futuros sobre o racismo de gênero devem contemplar amostras com uma maior diversidade sociodemográfica, o que proporcionaria maior variabilidade nas possíveis experiências raciais de gênero. Poderão também incluir outras variáveis mediadoras/moderadoras da relação entre microagressões raciais de gênero e saúde mental, a exemplo do suporte social e o envolvimento com movimentos sociais.

Considerações finais

O presente estudo forneceu evidências empíricas do efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras, assim como do papel da identidade social e da autoestima como variáveis intervenientes nessa relação, que podem auxiliar em medidas de promoção de saúde mental e bem-estar nessa população. Os achados aqui observados enfatizam a importância de incorporar processos psicológicos gerais na compreensão dos vínculos entre discriminação e sofrimento psíquico entre pessoas de grupos socialmente marginalizados.

Colaboradores

TV Martins contribuiu na elaboração da introdução, coleta dos dados e discussão dos resultados. TJS Lima colaborou na elaboração da introdução, análise dos dados e discussão dos resultados. WS Santos participou na discussão dos resultados e revisão final do manuscrito.

Referências

- Alves AA, Rodrigues NF. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. *Rev Port Saúde Pública* 2010; 28(2):127-131.
- Helms JL, Nicolas G, Green CE. Racism and Ethnoviolence as Trauma: Enhancing Professional Training. *Traumatology* 2010; 16(4):53-62.
- Wei M, Liao KY, Chao RC, Mallinckrodt B, Tsai PC, Botello-Zamarron R. Minority stress, perceived bicultural competence, and depressive symptoms among ethnic minority college students. *J Counseling Psychol* 2010; 57(4):411-422.
- Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, Gupta A, Kelaher M, Gee G. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015; 10(9):e0138511.
- Mata VP, Pelisoli CL. Expressões do racismo como fator desencadeante de estresse agudo pós-traumático. *Rev Bras Psicol* 2016; 3:128-140.
- Sue DW, Capodilupo CM, Torino GC, Bucceri JM, Holder A, Nadal KL, Esquilin M. Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *Am Psychol* 2007; 62(4):271-286.
- Lambert SF, Herman KC, Bynum MS, Ialongo NS. Perceptions of racism and depressive symptoms in African American adolescents: The role of perceived academic and social control. *J Youth Adolesc* 2009; 38(4):519-531.
- Clark TT, Salas-Wright CP, Vaughn MG, Whitfield KE. Everyday discrimination and mood and substance use disorders: a latent profile analysis with African Americans and Caribbean Blacks. *Addict Behav* 2015; 40:119-125.
- Molina KM, James D. Discrimination, internalized racism, and depression: A comparative study of African American and Afro-Caribbean adults in the US. *Group Process Intergroup Relat* 2016; 19(4):439-461.
- Shulz AJ, Gravlee CC, Williams DR, Israel BA, Mentz G, Rowe Z. Discrimination, symptoms of depression, and self-rated health among African American women in Detroit: results from longitudinal analysis. *Am J Public Health* 2006; 96(7):1265-1270.
- Davis GY, Stevenson HC. Racial socialization and symptoms of depression among black youth. *J Child Fam Stud* 2006; 15:293-307.
- Lambert SF, Herman KC, Bynum MS, Ialongo NS. Perceptions of racism and depressive symptoms in African American adolescents: The role of perceived academic and social control. *J Youth Adolesc* 2009; 38(4):519-531.
- Nadal KL, Davidoff KC, Davis LS, Wong Y, Marshall D, McKenzie V. A quantitative approach to intersectional microaggressions: Understanding influences of race, ethnicity, gender, sexuality, and religion. *Qualit Psychol* 2015; 2:147-163.
- Greer TM, Laseter A, Asiamah D. Gender as a moderator of the relation between race-related stress and mental health symptoms for African Americans. *Am Psychol Assoc* 2009; 33(3):295-307.
- Esqueda CW, Harrison LA. The influence of gender role stereotypes, the woman's race and level of provocation and resistance on domestic culpability attributions. *Sex Roles* 2005; 53:821-834.
- Brunson RK, Miller J. Young Black men and urban policing in the United States. *Br J Criminol* 2006; 46(4):613-640.
- Lewis JA, Mendenhall R, Harwood SA, Hunt MB. Coping with gendered racial microaggressions among Black women college students. *J African Am Stud* 2013; 17:51-73.
- Lewis JA, Neville HA. Construction and Initial Validation of the Gendered Racial Microaggressions Scale for Black Women. *J Couns Psychol* 2015; 62(2):289-302.
- Stevens-Watkins D, Perry B, Pullen E, Jewell J, Oser CB. Examining the associations of racism, sexism, and stressful life events on psychological distress among African-American women. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2014; 20(4):561-569.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Summary of Health Statistics for U.S. Adults: National Health Interview Survey 2010*. Washington: CDC; 2012.
- Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clínica* 2005; 32(3):149-159.
- Brasil. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília: Editora MS; 2004.
- Araújo TM, Pinho PS, Almeida MM. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2005; 5(3):337-348.
- Panchanadeswaran S, Dawson BA. How discrimination and stress affects self-esteem among Dominican immigrant women: an exploratory study. *Soc Work Public Health* 2011; 26(1):60-77.
- Szymanski DM, Lewis JA. Gendered racism, coping, identity centrality, and African American college women's psychological distress. *Psychol Women Quarterly* 2016; 40(2):229-243.
- Crabtree JW, Haslam SA, Postmes T, Haslam C. Mental health support groups, stigma, and self-esteem: positive and negative implications of group identification. *J Soc Issues* 2010; 66(3):553-569.
- Tajfel H, Turner JC. An integrative theory of intergroup conflict. *Soc Psychol Interg Relat* 1979; 33:33-47.
- Sellers RM, Rowley SA, Chavous TM, Shelton JN, Smith MA. Multidimensional Inventory of Black Identity: A preliminary investigation of reliability and construct validity. *J Personal Soc Psychol* 1997; 73(4):805-815.
- Pascoe EA, Smart-Richman L. Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychol Bull* 2009; 135(4):531-554.
- Crocker J, Major B. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychol Rev* 1989; 96(4):608-630.
- MacCoy SK, Major B. Group identification moderates emotional response to perceived prejudice. *Pers Soc Psychol Bull* 2003; 29(8):1005-1017.
- Sellers RM, Shelton JN. The role of racial identity in perceived racial discrimination. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84(5):1079-1092.

33. Thomas AJ, Hacker JD, Hoxha D. Gendered racial identity of Black young women. *Sex Roles* 2011; 64(7-8):530-542.
34. Neblett EW, Rivas-Drake D, Umaña-Taylor AJ. The promise of racial and ethnic protective factors in promoting ethnic minority youth development. *Child Develop Pers* 2012; 6(3):295-303.
35. Sellers RM, Caldwell CH, Schmeelk-Cone KH, Zimmerman MA. Racial identity, racial discrimination, perceived stress, and psychological distress, and psychological distress among African American young adults. *J Health Soc Behav* 2003; 44(3):302-317.
36. Seaton EK, Caldwell CH, Sellers RM, Jackson JS. The prevalence of perceived discrimination among African American and Caribbean Black youth. *Dev Psychol* 2008; 44(5):1288-1297.
37. DeBlaere C, Bertsch KN. Perceived sexist events and psychological distress of sexual minority women of color: The moderating role of womanism. *Psychol Women Quarterly* 2013; 37(2):167-178.
38. Szymanski DM, Lewis JA. Race-related stress and racial identity as predictors of African American activism. *J Black Psychol* 2015; 41(2):170-191.
39. Orth U, Robins RW. The development of self-esteem. *Current Directions Psychol Sci* 2014; 23(5):381-387.
40. Rosenbeg M. Conceiving the self. *Int J Aging Human Dev* 1989; 38:221-235.
41. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess* 1985; 49(1):71-75.
42. Crocker J, Luhtanen R, Blaine B, Broadnax S. Collective self-esteem and psychological well-being among White, Black, and Asian college students. *Personality Soc Psychol Bull* 1994; 20(5):503-513.
43. Xu Y, Farver JA, Pauker K. Ethnic identity and self-esteem among Asian and European Americans: When a minority is the majority and the majority is a minority. *Eur J Soc Psychol* 2005; 45(1):62-76.
44. Mereish EH, N'cho HS, Green CE, Jernigan MM, Helms JE. Discrimination and Depressive Symptoms Among Black American Men: Moderated-Mediation Effects of Ethnicity and Self-Esteem. *Behav Med* 2016; 42(3):190-196.
45. Liang CT, Fassinger RE. The role of collective self-esteem for Asian Americans experiencing racism-related stress: A test of moderator and mediator hypotheses. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2008; 14(1):19-28.
46. Nadal KL, Wong Y, Griffin KE, Davidoff K, Sriken J. The adverse impact of racial microaggressions on college students' self-esteem. *J College Student Dev* 2014; 55(5):461-474.
47. Wong-Padoongpatt G, Zane N, Okazaki S, Saw A. Decreases in implicit self-esteem explain the racial impact of microaggressions among Asian Americans. *J Couns Psychol* 2017; 64(5):574-583.
48. Torres L, Taknint JT. Ethnic microaggression, traumatic stress symptoms, and Latino depression: A moderated mediational model. *J Couns Psychol* 2015; 62(3):393-401.
49. Goldberg D. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Londres: Oxford University Press; 1972.
50. Gouveia VV, Lima TJ, Gouveia RS, Freires LA, Barbosa LH. Questionário de Saúde Geral (QSG-12): o efeito de itens negativos em sua estrutura fatorial. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(2):375-384.
51. Wachelke JF. Identificação com o grupo: adaptação e validação de uma medida geral para o contexto brasileiro. *Psicol Saber Soc* 2013; 1(2):187-200.
52. Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica* 2011; 10(1):41-49.
53. Hayes AE. *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Nova York: Guilford Publication; 2017.
54. Sobel ME. Some new results on indirect effects and their standard errors in covariance structure models. *Am Psychol Assoc* 1986; 16:159-186.
55. Souza LA, Torres AR, Barbosa GA, Lima TJ, Souza LE. Subjective Well-Being and Burnout in Military Cadets: the mediating role of self-efficacy. *Psicol Reflex Crít* 2015; 28(4):744-752.
56. MacKinnon DP, Lockwood CM, Williams J. Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behav Res* 2004; 39(1):99-128.
57. Kahn KB, Lee JK, Renauer B, Henning KR, Stewart G. The effects of perceived phenotypic racial stereotypicality and social identity threat on racial minorities' attitudes about police. *J Soc Psychol* 2017; 157(4):416-428.
58. Major B, Gramzow RH, McCoy SK, Levin S, Schmadler T, Sidanius J. Perceiving personal discrimination: the role of group status and legitimizing ideology. *J Pers Soc Psychol* 2002; 82(3):269-282.
59. Ahmed AT, Mohammed SA, Williams DR. Racial discrimination & health: Pathways & evidence. *Indian J Med Res* 2007; 126(4):318-327.

Artigo apresentado em 24/07/2018

Aprovado em 05/11/2018

Versão final apresentada em 07/11/2018