Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Microagressões de gênero na assistência à saúde de mulheres: impactos psicológicos e desafios do cuidado

Gender microaggressions in women's health care: psychological impacts and challenges of care

Microagresiones de género en la atención a la salud de las mujeres: impactos psicológicos y desafíos del cuidado

Ariely de Souza Pereira[1], Marcelo Domingues de Faria[1], Viviane Conceição Silva[1], Beatriz Brandão Rodrigues Medrado[1], Samuel Souza Rios Lima Araújo[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar as contribuições mais recentes sobre o tema, explorando seus impactos e desafios enfrentados por pacientes mulheres no contexto da saúde. **Revisão bibliográfica:** As microagressões de gênero podem se manifestar de forma sutil, por meio de estereótipos, descrença nas queixas femininas e negligência no cuidado, o que pode comprometer a relação médico-paciente e a adesão aos tratamentos. Além disso, os estudos analisados indicam que essas experiências estão associadas a níveis elevados de estresse, ansiedade e menor confiança no sistema de saúde, refletindo um impacto significativo na qualidade do atendimento. Como estratégias de combate, destacam-se a capacitação de profissionais, implementação de práticas inclusivas e criação de mecanismos de acolhimento para as pacientes afetadas. **Considerações finais:** Embora haja avanços na conscientização sobre as microagressões de gênero, persistem desafios na efetivação de mudanças estruturais no atendimento em saúde. O estudo enfatiza a necessidade de compreender a saúde como experiência que ultrapassa a lógica fisiológica, condição indispensável para desconstruir práticas excludentes e promover um cuidado verdadeiramente integral a esse público.

Palavras-chave: Microagressão, Saúde mental, Saúde da mulher, Serviços de saúde, Violência contra a mulher.

ABSTRACT

Objective: To analyze the most recent contributions on the topic, exploring its impacts and challenges faced by women patients in the context of health. **Literature review:** Gender microaggressions may manifest in a subtle way, through stereotypes, disbelief in female complaints and neglect of care, which can compromise the doctor-patient relationship and adherence to treatments. In addition, the studies analyzed indicate that these experiences are associated with high levels of stress, anxiety and lower confidence in the health system, reflecting a significant impact on the quality of care. As combat strategies, we highlight the training of professionals, implementation of inclusive practices and creation of reception mechanisms for affected patients. **Final considerations:** Although there are advances in awareness of gender microaggressions, challenges persist in effecting structural changes in health care. The study emphasizes the need to

[1] Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina - PE.

SUBMETIDO EM: 8/2025 | **ACEITO EM: 9/2025** | **PUBLICADO EM: 10/2025**

understand health as an experience that goes beyond physiological logic, an indispensable condition for deconstructing exclusionary practices and promoting truly integral care to this public.

Keywords: Microaggression, Mental health, Women's health, Health services, Violence against women.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las contribuciones más recientes sobre el tema, explorando sus impactos y desafíos enfrentados por pacientes mujeres en el contexto de la salud. **Revisión bibliográfica:** Las microagresiones de género pueden manifestarse de forma sutil, por medio de estereotipos, incredulidad en las quejas femeninas y negligencia en el cuidado, lo que puede comprometer la relación médico-paciente y la adhesión a los tratamientos. Además, los estudios analizados indican que estas experiencias están asociadas con altos niveles de estrés, ansiedad y menor confianza en el sistema de salud, reflejando un impacto significativo en la calidad del cuidado. Como estrategias de combate, destacan la capacitación de profesionales, implementación de prácticas inclusivas y creación de mecanismos de acogida para las pacientes afectadas. **Consideraciones finales:** Aunque hay avances en la concientización sobre las microagresiones de género, persisten desafíos en la efectividad de cambios estructurales en la atención sanitaria. El estudio enfatiza la necesidad de comprender la salud como una experiencia que trasciende la lógica fisiológica, condición indispensable para desconstruir las prácticas excluyentes y promover un cuidado verdaderamente integral a este público.

Palabras clave: Microagresión, Salud mental, Salud de la mujer, Servicios de salud, Violencia contra la mujer.

INTRODUÇÃO

As microagressões são interações verbais ou comportamentais, muitas vezes inconscientes, que transmitem mensagens negativas ou depreciativas a grupos historicamente marginalizados (SUE DW, et al., 2007). Embora Inicialmente estudadas no contexto racial, pesquisas de gênero ampliaram o conceito, reconhecendo que o fenômeno também atinge mulheres, manifestando-se como discriminação em diversos contextos, inclusive na área da saúde.

Nos serviços de saúde, as microagressões de gênero referem-se a interações sutis, frequentemente não intencionais, que reforçam desigualdades e prejudicam a experiência dos usuários (SUE DW, 2010; LEWIS JA, et al., 2016). Estas se expressam por meio de comentários, atitudes ou práticas institucionais que invalidam a autonomia e o sofrimento das mulheres, impactando a satisfação, adesão e acesso a cuidados de qualidade (GONZÁLEZ CM, et al., 2021). Apesar da relevância do tema, ainda há lacunas na literatura sobre a sistematização das evidências no contexto brasileiro e aplicação à prática cotidiana em saúde.

O impacto das microagressões vai além da experiência imediata de atendimento, conectando-se a processos mais amplos de sofrimento psíquico. Evidências indicam que a exposição de mulheres a microagressões em contextos de saúde está associada ao aumento de estresse, ansiedade e menor adesão aos tratamentos recomendados (HUGHES M, et al., 2020; SMITH LR, et al., 2022). Quando combinadas com outros marcadores sociais, como raça e sexualidade, os efeitos sobre a saúde mental, o acesso e o tratamento tornam-se mais complexos.

Por exemplo, em mulheres negras, observa-se correlação com níveis mais elevados de ansiedade, depressão, estresse traumático e outros desfechos negativos em saúde mental (MIZAEL TM, 2024). Mulheres lésbicas e bissexuais enfrentam preconceitos, invisibilização, menor acesso a cuidados ginecológicos e ausência de esclarecimentos por parte dos profissionais (LIMA MAS e SALDANHA AA, 2020). Esse construto também afeta profissionais e mulheres em outras posições nos serviços de saúde, como quando médicas são confundidas com enfermeiras ou têm liderança questionada com maior frequência (BOGE LA, et al., 2019; ADAMAKOS F, 2021; EHIE O, et al., 2021).

Compreender esse fenômeno é fundamental para que serviços de saúde avancem em direção a práticas mais inclusivas, equitativas e comprometidas com a integralidade do cuidado. Este estudo aponta a importância de apoiar a elaboração de medidas de atendimento e treinamentos inclusivos, bem como orientar políticas públicas voltadas à prevenção e mitigação de microagressões contra mulheres nesses cenários.

Diante disso, este artigo busca sintetizar evidências sobre microagressões contra pacientes mulheres nos serviços de saúde e propor caminhos práticos para prevenção. Na sequência, discutimos definições, impactos, desafios e possibilidades no combate às microagressões, articulando evidências com recomendações para a prática em saúde.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Microagressão e o contexto de cuidado em saúde

O termo “microagressão” foi introduzido na literatura por Chester Pierce, em 1970, ao analisar a vivência de negros norte-americanos e popularizado pelos estudos de Derald Sue, em 2007. As microagressões podem ser descritas como insultos sutis, intencionais ou não, dirigidos a pessoas não brancas, geralmente de forma automática e inconsciente (SUE DW, et al., 2007; SUE DW, 2010; MIZAEL TM, 2024). Sua estrutura é classificada em micro insultos, micro invalidações e micro ataques. Os micros insultos referem-se à comunicação que transmite grosseria e menosprezo à herança racial ou identidade da pessoa, sendo, muitas vezes, imperceptíveis para o perpetrador, mas reconhecidos como insultos pelo receptor. As micro invalidações, por sua vez, baseiam-se em comunicações que excluem, negam ou anulam as ideias, sentimentos ou vivências de pessoas racializadas. Já os micros ataques são derrogações raciais explícitas, com o objetivo de ferir a vítima por meio de xingamentos, comportamentos evasivos ou ações discriminatórias deliberadas, podendo ocorrer de forma verbal ou não verbal (SUE DW, et al., 2007; SUE DW, 2010).

Embora os estudos sobre microagressões tenham surgido no contexto racial, as contribuições de Sue e Pierce evidenciaram que o conceito não se restringe apenas a esse campo (TAVARES PB, et al., 2024). Além da classificação inicial da estrutura da microagressão, outros grupos vulnerabilizados também podem ser alvo dessas violências, entre eles as mulheres, cujas experiências refletem dinâmicas particulares de gênero (PINHEIROS DAR e BAHIA AGMFM, 2023; PICCINELLI E, et al., 2020). Assim, o construto mostra-se essencial para compreender a vivência feminina em diferentes contextos e suas implicações sociais e psicológicas.

No âmbito da assistência à saúde, o estudo da temática torna-se ainda mais relevante, uma vez que esse ambiente exerce autoridade social sobre os usuários, que, em contrapartida, encontram-se em situação de vulnerabilidade — seja física, psicológica ou social. Essa assimetria pode gerar experiências complexas, com impactos significativos na saúde e no bem-estar dos pacientes, sobretudo em grupos minoritários (PICCINELLI E, et al., 2020). Apesar de ainda escassos, estudos como o de Smith-Oka V (2015), realizado em um hospital no México, apontam causas estruturais para essas microagressões: (1) um sistema hospitalar inadequado para populações empobrecidas e (2) discursos históricos ligados à classe, gênero e etnia. Dessa forma, compreender o fenômeno neste campo exige considerar suas raízes sociais e históricas, que atravessam tanto a população atendida quanto os profissionais de saúde.

Além disso, quando outros marcadores sociais se interseccionam ao gênero, as experiências de microagressão tornam-se ainda mais intensas. No caso da raça e etnia, verificam-se suposições sobre identidade, renda ou escolaridade com base em atributos físicos. Já em relação à orientação sexual, observa-se a patologização da diversidade e o pressuposto automático da heterossexualidade (PICCINELLI E, et al., 2020).

Nesse contexto mais amplo, Sue DW e Sue D (2008) identificaram seis formas recorrentes de microagressões de gênero dirigidas às mulheres. Posteriormente, Nadal KL (2010) ampliou essa tipologia, acrescentando a negação do sexismo individual e as microagressões ambientais.

O **Quadro 1** apresenta uma síntese das formas de microagressões de gênero com exemplos aplicados ao contexto de assistência à saúde, evidenciando desde práticas de invisibilização até condutas de descrédito das experiências das usuárias. Esses dados não apenas ilustram comportamentos sutis de exclusão, mas também revelam como tais práticas se articulam com estruturas sociais mais amplas.

Quadro 1 - Categorias de microagressões de gênero direcionadas às mulheres.

Categoria	Definição	Exemplo
Objetificação sexual	Redução da mulher a objeto	Menor cautela com o corpo feminino durante o parto.
Cidadã de segunda classe	Atribuição de maior valor social aos homens em relação às mulheres.	O profissional de saúde direciona explicações ao marido da paciente, desconsiderando sua autonomia e experiência.
Suposições de inferioridade	Crença de que mulheres seriam menos capazes e competentes.	Tratar a paciente como incapaz de compreender suas condições de saúde.
Negação da realidade do sexismo	Minimização ou descrédito das experiências femininas de discriminação.	Culpabilizar a paciente por permanecer em uma relação abusiva, sugerindo que ela 'gosta de sofrer'.
Suposições de papéis tradicionais de gênero	Expectativa de que as mulheres se restrinjam a funções socialmente prescritas.	Direcionar informações sobre um recém-nascido ao pai, assumindo que a mãe é apenas cuidadora e o pai o decisor.
Linguagem sexista	Uso de termos pejorativos ou discriminatórios dirigidos às mulheres.	Atribuir comportamentos à tensão pré-menstrual (TPM).
Negação do sexismo individual	Recusa, por parte dos homens, de reconhecer seus próprios preconceitos.	O profissional afirma tratar homens e mulheres igualmente, mas minimiza as queixas femininas ao atribuí-las a fatores emocionais.
Microagressões ambientais	Formas estruturais de desigualdade.	Em clínicas, materiais e comunicação mostram principalmente homens, fazendo mulheres se sentirem sub-representadas.

Fonte: Pereira AS, et al., 2025**.** Fundamentado em: Sue DW e Sue D (2008), Nadal KL (2010) e Piccinelli E, et al., 2020.

Contudo, ainda que facilitem a identificação das microagressões, é importante destacar que algumas manifestações do construto se caracterizam por estereótipos específicos no contexto da saúde, não sendo observadas em outros âmbitos. Além disso, ao considerarmos mulheres pertencentes a múltiplos grupos minoritários, observamos formas de microagressões distintas daquelas vivenciadas por outras mulheres. Assim, mesmo diante de classificações já consolidadas, o fenômeno pode assumir novas facetas, para além das definidas por Sue D. (2007), Sue D. (2010) e Nadal KL (2010).

Nesse sentido, ao analisarmos especificamente as experiências das mulheres, é evidente que a questão de gênero ocupa papel central, uma vez que muitas das microagressões relatadas refletem a negação ou a minimização das desigualdades que historicamente marcam as relações sociais entre homens e mulheres.

Gênero

O conceito de gênero é amplamente debatido e estudado na literatura contemporânea, com diferentes definições. A primeira menção ao termo remete à segunda onda do movimento feminista, na década de 1960, com o auxílio dos estudos de John Money e Robert Stoller, pesquisadores da área da saúde. Na época, a concepção de gênero estava ancorada na diferença biológica binária (entre homem e mulher), cuja interpretação social servia de fundamento para sua compreensão. Assim, o conceito estava associado à construção de estereótipos e representações sociais, vinculando a feminilidade a bondade, ao cuidado e a maternidade, enquanto a masculinidade era relacionada ao trabalho, à produtividade e a frieza emocional (ZANELLO V, 2022; ZANELLO V et al., 2015).

A partir dos estudos de Judith Butler — figura central da terceira onda do feminismo —, o conceito de gênero passou a ser repensado (ZANELLO V, 2022). Butler argumenta que o gênero não se baseia apenas

na construção social derivada da diferença sexual, mas que a própria diferença sexual é uma construção de gênero, sustentada pela percepção social.

Os estudos de Laqueur também contribuíram para a compreensão histórica das construções de gênero, evidenciando que as diferenças entre “macho” e “fêmea" foram reconhecidas apenas depois que o padrão masculino já havia sido estabelecido como norma. Dessa forma, as representações de gênero foram moldadas por uma política de poder que posiciona o sexo masculino como dominante e o feminino como subalterno (OLIVEIRA JP, et al., 2019).

Portanto, gênero deve ser compreendido como um construto relacional, intrinsecamente associado a relações de poder, prestígio e privilégios. A análise crítica das associações entre determinadas características e os gêneros é essencial para evidenciar essas dinâmicas. Por exemplo, a ideia de “disponibilidade para ajudar os outros”, frequentemente atribuída às mulheres, impacta suas trajetórias de vida, influenciando tanto a esfera pessoal quanto a profissional, ao reforçar expectativas sociais sobre papéis de cuidado (ZANELLO V, 2022).

Compreender o gênero como construto social evidência que estereótipos historicamente atribuídos às mulheres moldam seu tratamento em diversos contextos, incluindo na assistência à saúde. Essas expectativas criam condições para as microagressões, cujas experiências repetidas podem impactar negativamente o bem-estar, a saúde mental e a adesão ao cuidado.

Impactos psicológicos das microagressões de gênero

A saúde mental resulta de múltiplos fatores e suas inter-relações, incluindo aspectos biológicos, sociais, históricos e culturais (MARTINS TV, et al., 2020). Ao considerar as microagressões de gênero, é importante frisar o seu caráter recorrente e acumulativo, que impacta diretamente as usuárias de serviços de saúde coletiva (PINHEIRO DAR e BAHIA AGMFM, 2023).

Mulheres vítimas de violência experimentam maior medo e mais problemas crônicos de saúde mental e física que homens, gerando maior carga de doenças e alterações emocionais (MARTINS TV, et al., 2020; HEGARTY KL, et al., 2022). Além disso, a violência de gênero tem sido associada a diversos transtornos psiquiátricos (PEDROSO e ZANELLO V, 2016). Entretanto, a escassez de estudos contínuos sobre os impactos do fenômeno no contexto brasileiro limita a compreensão da temática e seus efeitos psicológicos sobre as mulheres (TAVARES PB, et al., 2024).

O estudo de Punches BE, et al. (2023) sobre microagressões em pronto-socorros mostrou que os participantes relataram preocupações com discriminação baseada em sexo, raça, idade e aparência física. Além disso, a experiência do paciente durante o atendimento revelou-se preditora para a utilização futura dos serviços, evidenciando a importância do comportamento profissional na adesão ao tratamento (WEECH-MALDONADO R, et al., 2013; PUNCHES BE, et al., 2023). Nesse contexto, as microagressões de gênero representam desafios significativos no atendimento à saúde de mulheres, prejudicando a qualidade do cuidado, comprometendo a experiência do paciente e afetando a eficácia dos serviços.

No entanto, diversos desafios permanecem, incluindo a identificação das microagressões, preconceitos e barreiras estruturais que impactam negativamente a experiência do paciente, dificultando a equidade e a efetividade do cuidado.

Desafios no atendimento

Pedrosa M e Zanello V (2016) investigaram a invisibilidade da violência de gênero no atendimento a mulheres por profissionais de uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), evidenciando como formas sutis de violência - como as microagressões de gênero - permanecem desconsideradas nas práticas cotidianas. Por meio de entrevistas com psiquiatras, terapeutas ocupacionais, técnicos, enfermeiros e psicólogos, o estudo identificou cinco categorias centrais de análise: (1) percepção diferenciada das demandas apresentadas por homens e mulheres; (2) experiências no atendimento a mulheres em situação de violência; (3) relação entre violência e saúde mental; (4) conhecimento sobre a Lei Maria da Penha e políticas públicas para mulheres; e (5) (des)conhecimento da notificação compulsória de casos de violência.

A análise revela obstáculos significativos enfrentados por profissionais e serviços de saúde mental na identificação e enfrentamento da violência de gênero, sobretudo em suas expressões sutis. A seguir, discute-se algumas das categorias descritas, destacando os principais achados e suas implicações na assistência à saúde de mulheres.

Percepção das demandas

Cerca de 58,7% dos profissionais entrevistados perceberam distinção entre demandas de homens e mulheres. O grupo feminino tende a buscar mais serviços, falar sobre si e relatar maior número de demandas relacionadas a relacionamentos e violência. No entanto, muitos profissionais desconsideram ou minimizam esse sofrimento, rotulando as pacientes como “reclamonas” e “poliqueixosas” (PEDROSA M e ZANELLO V, 2016).

Pedrosa M e Zanello V (2016) afirmam que essa rotulação do sofrimento feminino é problemática, desqualificando a dor dessas mulheres. Sob a ótica das microagressões, essa percepção pode ser analisada como uma forma de micro invalidação, por diminuir o sofrimento subjetivo e reforçar uma linguagem sexista ao atribuir tais rótulos a esse grupo.

Além disso, destaca-se que alguns profissionais afirmaram não perceber diferenciação de gênero nos serviços de saúde, defendendo um tratamento igualitário para todos os pacientes. No entanto, a literatura científica, o tratamento em saúde e a realidade de gênero, apontam uma série de efeitos negativos à rejeição da desigualdade de gênero na manutenção de preconceitos e discriminações, um exemplo da negação da realidade do sexismo descrita por Sue DW e Sue D (2008).

Diante desse cenário, os autores do estudo destacam que a ausência de uma abordagem específica para as demandas femininas pode comprometer a adesão de pacientes e a construção de tratamentos mais equitativos. Nesse mesmo sentido, Maciel L et al. (2020) reforça a importância de considerar as especificidades de gênero, apontando que a baixa procura por serviços especializados está relacionada a vergonha, medo do julgamento social — inclusive por parte dos próprios profissionais — e a falta de inclusão das questões de gênero nos modelos de cuidado.

Atendimento a mulheres vítimas de violência e relação entre violência e saúde mental

No atendimento a mulheres vítimas de violência, identificaram-se três categorias de comportamento profissional: passivas/acolhedoras, interventivas e indiferentes. As atitudes interventivas merecem destaque, incluindo a notificação da violência, visitas domiciliares e prescrição medicamentosa. Entretanto, Pedrosa M e Zanello V (2016) alertam que essas intervenções nem sempre são adequadas, sendo problemático, por exemplo, o uso excessivo da medicalização sem considerar os fatores subjacentes ao sofrimento.

Um profissional exemplifica: "Em relação à conduta médica, medicamentosa, havendo ou não violência, eu vou medicar para o quadro depressivo. Se é motivado ou não pela violência, isso não muda minha conduta." Essa fala exibe a redução dos sintomas sem avaliar os demais fatores que influenciam o sofrimento das pacientes.

Teixeira JMS e Paiva SP (2021) identificaram comportamentos semelhantes entre profissionais de uma unidade do CAPS ao investigarem a relação entre a violência sofrida pelas pacientes e o adoecimento mental. Os discursos associam a violência a “trauma” e “sintomas psicopatológicos”, tratando-a como evento passado. Assim, o atendimento foca no tratamento das consequências — depressão e estresse pós-traumático — em vez de intervir diretamente na situação de violência.

Essa perspectiva pode limitar ações preventivas e reforçar a tendência de reduzir experiências marcadas por processos sociais complexos à sintomatologia biomédica, que, sozinha, não contempla os aspectos sociais das microagressões de gênero decorrentes de desigualdades estruturais. Consequentemente, os sujeitos são analisados isoladamente de seus contextos, que impactam diretamente sua saúde, especialmente quando esta é entendida de forma integral, e não apenas como ausência de doença (MAMEDES WS et al., 2023; CAMARGO KR, 2021; PAIM JS, 2015).

Outro comportamento preocupante observado foi a culpabilização das vítimas por parte de alguns profissionais. Em seus relatos, testemunha-se a ideia de que a violência sofrida não eximiria a mulher de responsabilidades, sendo esperado que assumisse total autonomia sobre sua vida. Essa postura, entretanto, pode reforçar a responsabilização individual e invisibilizar os fatores estruturais que sustentam situações de violência.

O enfoque na culpabilização de mulheres vítimas de violência é uma representação social que se apresenta comum nos estudos sobre violência de gênero (FERNANDES SCS, et al., 2025). Esse discurso parte da lógica punitiva que ignora as dinâmicas de opressão e desigualdade de gênero, reforçando que a mulher seria responsável por permanecer ou sair da situação de violência —contribuindo para sua revitimização. Neves APDC e Lima FF (2022) denominam essa prática como violência institucional, exercida por órgãos que, embora destinados à proteção, reproduzem agressões simbólicas contra o grupo que deveriam acolher. Nesse contexto, a micro invalidação e microagressões ambientais se mostram evidentes, manifestadas por negligência, recusa ou distanciamento no atendimento e ampliando a exclusão das mulheres.

Por fim, a limitação de atuação diante da violência contra a mulher se estende aos prestadores de saúde. A categoria de “atitudes indiferentes” também se destaca, marcada pela omissão diante da violência, seja pela recusa em nomeá-la, seja pela evitação do tema durante o atendimento. Fernandes SCS et al. (2025) destacam que os profissionais categorizam esse tema como “íntimo” e “doloroso” e mostram que o papel da equipe de saúde é necessário para auxiliar mulheres vítimas de violência, podendo contribuir com a detecção, avaliação de risco, acompanhamento e encaminhamento adequados.

Dessa forma, a ausência de escuta qualificada e de comunicação sensível representa não apenas uma falha ética, mas uma barreira estrutural ao enfrentamento da violência. Quando o cuidado é atravessado por silêncios e negligências, os profissionais de saúde, em vez de atuarem como promotores de qualidade de vida, acabam reproduzindo as mesmas violências simbólicas e institucionais que adoecem essas mulheres.

Conhecimento sobre a Lei Maria da Penha e políticas públicas

Apesar de 50% dos profissionais mencionarem a Lei Maria da Penha em suas respostas, a maioria demonstrou um conhecimento superficial sobre seu conteúdo. Os psicólogos entrevistados relataram maior familiaridade com a lei, mas com foco prático e não teórico. Em alguns relatos, notam-se percepções distorcidas acerca da legislação, especialmente no que diz respeito à Lei Maria da Penha. Alguns profissionais acreditam que a norma teria um caráter excessivamente criminalizador dos homens, além de sugerirem que ela poderia ser utilizada de forma manipuladora pelas mulheres em situações de violência.

Essas falas demonstram como mitos sociais influenciam a percepção dos profissionais sobre a Lei Maria da Penha e a violência de gênero, sustentando julgamentos morais que retratam as mulheres como vilãs ou oportunistas. Nessa lógica, os benefícios provenientes de políticas públicas voltadas às mulheres são interpretados como formas de prejudicar os homens — uma argumentação difundida no senso comum (PEDROSA M e ZANELLO V, 2016; AGUIAR JM, et al., 2023).

Combinadas às práticas de atendimento e o conhecimento limitado sobre serviços especializados, essas concepções reforçam a forma como microagressões de gênero são internalizadas por esses profissionais, impactando suas condutas e promovendo micro invalidações recorrentes (MAMEDES WS, et al., 2023; AGUIAR JM, et al., 2023). Esse cenário indica a urgência de ações de sensibilização e capacitação, de modo que o cuidado em saúde não perpetue estruturas de violência, mas contribua efetivamente para a autonomia e o bem-estar das pacientes.

Possibilidades no combate às microagressões no atendimento de saúde

O combate efetivo às microagressões no contexto da saúde é um desafio complexo, pois envolve dimensões históricas, políticas, sociais e culturais. Uma das principais barreiras para esse enfrentamento é a dificuldade em reconhecer o gênero como determinante social da saúde. Notabiliza-se que o tema ainda não é compreendido como uma estrutura que organiza desigualdades na sociedade e, consequentemente,

como fator que influencia diretamente os processos de saúde e adoecimento dos sujeitos. Assim, a desigualdade de gênero — embora seja uma construção social — pode ser desconstruída por meio da inserção crítica dessa temática tanto na formação quanto na prática cotidiana dos profissionais de saúde (MAMEDES WS, et al., 2023).

Nesse sentido, Fernandes SCS, et al. (2025), por meio de uma revisão de escopo, identificaram ações preventivas voltadas à violência baseada em gênero ao longo dos últimos anos. Entre 2008 e 2014, os estudos focaram em projetos de conscientização das mulheres sobre seus direitos, elaboração de políticas públicas de prevenção e criação de espaços seguros de debate. Entre 2015 e 2019, as ações priorizaram fortalecimento da educação pública e valorização das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas mulheres em ambientes abusivos, incluindo o uso de tecnologias de informação e comunicação como ferramentas de conscientização. Já no período de 2020 a 2023, observou-se predomínio de estratégias voltadas ao combate de estereótipos de gênero, com foco na ressignificação dos papéis sociais e na problematização de suas manifestações, inclusive em redes sociais. A partir dessas discussões, destacam-se algumas possibilidades de enfrentamento às microagressões nos serviços de saúde:

Treinamento para profissionais

Investir em formação continuada é fundamental para a redução das microagressões no atendimento. Programas de capacitação devem abordar não apenas o reconhecimento das dinâmicas de gênero e das formas sutis de discriminação, mas também estratégias práticas para evitá-las, promovendo um ambiente mais acolhedor e inclusivo (GONZÁLEZ CM, et al., 2021).

Práticas mais inclusivas

É necessário adotar condutas que respeitem as diferentes identidades de gênero e considerem as experiências específicas de violência e discriminação vivenciadas pelos pacientes. A implementação de protocolos que assegurem integridade, humanidade e não estigmatização é essencial para evitar a reprodução das microagressões nos atendimentos (SMITH LR e CALHOUN AW, 2022; SILVA DC, et al., 2023).

Estratégias para acolher pacientes afetados

A criação de espaços de escuta ativa, validação emocional e respeito é indispensável para o acolhimento de pacientes afetados por microagressões. Isso inclui o suporte psicológico adequado, bem como ambientes seguros para que os pacientes possam expressar suas vivências sem medo de julgamento ou discriminação (HUGHES M e GILES AR, et al., 2020).

Políticas institucionais de educação em saúde

Para garantir a sustentabilidade dessas ações, é fundamental que as instituições de saúde adotem políticas claras de combate às microagressões, com canais de denúncia, acompanhamento dos casos e responsabilização dos profissionais envolvidos. Além disso, campanhas educativas voltadas a profissionais e usuários — como as ações de Educação Permanente em Saúde — são estratégias eficazes para qualificar as práticas e fortalecer uma cultura de cuidado comprometida com a equidade (SANTOS GG, et al., 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As microagressões de gênero no contexto da saúde representam um obstáculo relevante ao bem-estar psicológico das mulheres, reforçando desigualdades e gerando desconfiança nos serviços. Seus efeitos ultrapassam o atendimento, comprometendo autoestima, adesão aos tratamentos e saúde mental. Para enfrentar esse cenário, é fundamental que instituições e profissionais implementem ações concretas que promovam ambientes acolhedores e respeitosos. Isso exige dos profissionais não apenas habilidades técnicas, mas também posicionamento crítico diante dos fenômenos culturais e sociais que atravessam a prática em saúde. Reconhecer a saúde como experiência que vai além da lógica biomédica é condição indispensável para desconstruir práticas excludentes e produzir cuidado verdadeiramente integral.

REFERÊNCIAS

1. ADAMAKOS F, et al. What are gender micro- and macroaggressions in medicine and what are the solutions? AEM Education and Training, 2021; 5(4): e10615.
2. AGUIAR JM, et al. Atenção primária à saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais. Saúde e Sociedade, 2023; 32(1): e220266.
3. BOGE LA, et al. The relationship between physician/nurse gender and patients' correct identification of health care professional roles in the emergency department. Journal of Women's Health, 2019; 28(7): 961–964.
4. CAMARGO KR. Science, health, and human rights. Global Public Health, 2021; 17(11): 3109-3118.
5. EHIE O, et al. Professionalism: microaggression in the healthcare setting. Current Opinion in Anaesthesiology, 2021; 34(2): 131-136.
6. FERNANDES SCS, et al. Violência contra a mulher baseada no gênero: uma revisão de escopo. Ciência & Saúde Coletiva, 2025; 30(5): e02142025.
7. GONZÁLEZ CM, et al. Reducing health care disparities and promoting diversity in academic medicine: The role of institutional climate and culture. Academic Medicine, 2021; 96(5): 635-643.
8. HEGARTY KL, et al. Transforming health settings to address gender-based violence in Australia. Medical Journal of Australia, 2022; 217(3): 159–166.
9. HUGHES M, GILES AR. Microaggressions in health care: A scoping review. BMC Public Health, 2020; 20(1): 1-11.
10. LEWIS JA, et al. "Ain't I a Woman?": Perceived gendered racial microaggressions experienced by Black women. The Counseling Psychologist, 2016; 44(5): 758-780.
11. LIMA FF, et al. Percepções e experiências de mulheres atuantes no campo da saúde sobre violências de gênero. Saúde em Debate, 2022; 46(132): 76-92.
12. LIMA MAS, SALDANHA AAW. (In)visibilidade lésbica na saúde: análise de fatores de vulnerabilidade no cuidado em saúde sexual de lésbicas. Psicologia: Ciência e Profissão, 2020; 40: e202845, p. 1-13.
13. MACIEL L, et al. Percepções de profissionais sobre atendimentos em saúde para mulheres usuárias de crack. Psicologia: Ciência e Profissão, 2020; 40: e192955.
14. MAMEDES WS, et al. Desigualdade de gênero na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa da literatura. New Trends in Qualitative Research, 2023; 18: e891.
15. MARTINS TV, et al. O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. Ciência & Saúde Coletiva, 2020; 25(7): 2793-2802.
16. MIZAEL TM. Microagressões raciais de gênero experienciadas por mulheres negras: revisão da literatura. Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negres – ABPN, 2024; 15(43): 148-175. DOI 10.31418/2177-2770.2024.v.15.n.43.
17. NADAL KL, et al. Gender microaggressions: including denial of individual sexism and environmental microaggressions. Women & Therapy, 2010; 33(3–4): 343-347.
18. NEVES APDC, LIMA AP. A revitimização de mulheres em situação de violência pelas narrativas de jornais diários de Goiânia e dos boletins de ocorrência/RAIs. Humanidades & Inovação, 2017; 8: [páginas não especificadas].
19. OLIVEIRA JP, et al. A construção do sexo e do gênero. Caderno Espaço Feminino, 2019; 32(1): 492-497.
20. PAIM JS, organizador. O Que É o SUS: e-book interativo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
21. PEDROSA M, ZANELLO V. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2016; 32(n. esp.): e32ne214.
22. PICCINELLI E, et al. Expressões de microagressões dirigidas a mulheres no contexto do sistema de saúde: uma abordagem baseada em incidentes críticos. Revista PSIQUE, 2020; XVI(1): 44–64.
23. PINHEIRO DAR, BAHIA AGMFM. As recomendações em saúde pública como microagressões: varíola dos macacos e populações LGBTQIA+. Cadernos de Saúde Pública, 2025; 39(10): e00020623.
24. PUNCHES BE, et al. Patient perceptions of microaggressions and discrimination toward patients during emergency department care. Academic Emergency Medicine, 2023; 30(12): 1192-1200.

25. SANTOS GG, et al. Atenção Primária à Saúde diante da violência contra a mulher: revisão integrativa. New Trends in Qualitative Research, 2023; 18: e904.
26. SILVA DC, et al. A questão de gênero na percepção do processo saúde-doença de pessoas privadas de liberdade em delegacias. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 2021; 25: e200199.
27. SILVA MB, et al. O papel dos serviços em saúde no combate à violência contra as mulheres: uma análise da atuação da Atenção Primária à Saúde. RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar, 2023; 4(5): e453148.
28. SMITH-OKA V. Microagressões e a reprodução das desigualdades sociais nos atendimentos médicos no México. Soc Sci Med. 2015;143:9–16.
29. SMITH LR, CALHOUN AW. Addressing microaggressions in health care: A guide for practitioners. The Journal of Clinical Ethics, 2022; 33(1): 55-64.
30. SUE DW, SUE D. Counseling the culturally diverse: Theory and practice. 5 ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2008; 105p.
31. SUE DW. Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation. Wiley, 2010.
32. SUE DW, et al. Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. American Psychologist, 2007; 62(4): 271-286.
33. TAVARES PB, et al. Microataques de gênero no ambiente de trabalho: uma investigação empírica. Poíesis Pedagógica, 2024; 22: e2024028.
34. TEIXEIRA JMS, PAIVA SP. Violência contra a mulher e adoecimento mental: percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2021; 31(2): e310214.
35. WEECH-MALDONADO R, et al. The relationship between perceived discrimination and patient experiences with health care. Medical Care, 2013; 50(9 Suppl 2): S62-S68.
36. ZANELLO V. A prateleira do amor: sobre mulheres, homens e relações. Curitiba: Appris; 2022; 144 p.
37. ZANELLO V, et al. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. Fractal: Revista de Psicologia, 2015; 27(3): 238-246.