



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**ESTRESSE SUBJETIVO E VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO PRATICADA CONTRA
MÃES DE UMA COORTE NO SUL DO BRASIL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

DENISE LIMA MEIRELES

2023



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**



**ESTRESSE SUBJETIVO E VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO PRATICADA CONTRA
MÃES DE UMA COORTE NO SUL DO BRASIL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

DENISE LIMA MEIRELES

Mestranda

CHRISTIAN LORET DE MOLA ZANATTI

Orientador

THAIS MARTINS DA SILVA

Coorientadora

RIO GRANDE, RS, SETEMBRO DE 2023

Ficha Catalográfica

M514e Meireles, Denise Lima.

Estresse subjetivo e violência por parceiro íntimo praticada contra mães de uma Coorte no Sul do Brasil durante a pandemia da COVID-19 / Denise Lima Meireles. – 2023.

126 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Rio Grande/RS, 2023.

Orientador: Dr. Christian Loret de Mola Zanatti.

Coorientadora: Dra. Thais Martins da Silva.

1. Estresse 2. Saúde mental na maternidade 3. Violência contra a mulher 4. COVID19 5. Sobrecarga doméstica I. Zanatti, Christian Loret de Mola II. Silva, Thais Martins da III. Título.

CDU 347-055.2

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

DENISE LIMA MEIRELES

**ESTRESSE SUBJETIVO E VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO PRATICADA CONTRA
MÃES DE UMA COORTE NO SUL DO BRASIL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

**Dissertação de mestrado apresentada como requisito
Parcial para obtenção do título de mestre junto ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio Grande.**

Orientador: Prof. Dr. Christian Loret de Mola Zanatti

RIO GRANDE, RS, SETEMBRO DE 2023

DENISE LIMA MEIRELES

**ESTRESSE SUBJETIVO E VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO PRATICADA CONTRA
MÃES DE UMA COORTE NO SUL DO BRASIL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

Banca examinadora:

Prof. Dr. Christian Loret de Mola Zanatti

Orientador (Presidente)

Profa. Dra. Romina Buffarini

Examinadora externa

Prof. Dr. Lauro Miranda Demenech

Examinador interno

RIO GRANDE, RS, SETEMBRO DE 2023

LISTA DE SIGLAS

VPI	Violência por Parceiro Íntimo
OMS	Organização Mundial da Saúde
COVID-19	Coronavírus
TEA	Transtorno de Estresse Agudo
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
PNAISM	A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAB	A Política Nacional de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
MESH	Medical Subject Heading
EUA	Estados Unidos da América
PHQ-9	Patient Health Questionnaire – 9
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
HTQ	Trauma Questionnaire (HTQ)
DSMIII-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III - Revised
PCL-5	Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5
DASS-21	Depression, Anxiety and Stress Scale
PSS-10	Perceived Stress Scale - 10
REDCap	Research Electronic Data Capture
IES-R	Impact of Event Scale-Revised
SNC	Sistema Nervoso Central
CRH	Hormônio Liberador de Corticotrofina
PVN	Núcleo Paraventricular do Hipotálamo
ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
CORT	Corticosteróides
NFT	Neurofibrilares
LTP	Potenciação de Longo Prazo
MR	Receptores Mineralocorticóides

GR	Receptores de Glicocorticóides
AHN	Neurogênese Hipocampal Adulta
HU-FURG	Hospital Universitário da Universidade Federal de Rio Grande
SCMRG	Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande
IES	Impact of Event Scale
PMRG	Prefeitura Municipal de Rio Grande
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior – Brasil
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%

Estresse subjetivo e violência por parceiro íntimo praticada contra mães de uma coorte no sul do Brasil durante a pandemia da COVID-19

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência de níveis patológicos de estresse subjetivo, relacionado ao contexto vivido durante a pandemia, em mães vítimas de VPI, bem como fatores associados.

Delineamento: Apresenta-se como um estudo observacional de delineamento transversal dentro de um estudo de coorte denominado Coorte de Nascimentos de Rio Grande 2019, conduzido na cidade de Rio Grande, RS, no extremo sul do Brasil.

População alvo: Mulheres residentes da zona urbana, que conceberam seus filhos em alguma das duas maternidades do município no ano de 2019, da qual comporta 99,5% dos partos.

Desfecho: Estresse subjetivo, caracterizado pela resposta patológica a um evento estressor. Foi avaliado por meio do instrumento Event Impact of Scale, sendo este uma escala Likert e 4 pontos.

Análise estatística: A análise univariada descreveu a amostra para calcular a prevalência das variáveis independentes e do estresse subjetivo. A análise bivariada realizada por meio do teste Qui-quadrado de Pearson identificou a distribuição das proporções das variáveis sociodemográficas e de exposição em relação a níveis patológicos e não patológicos de estresse. Também foi realizada a análise multivariada segundo o modelo hierárquico por níveis utilizando a Regressão de Poisson, considerando um valor $p < 0,20$ para permanecerem no modelo.

Resultados: Dentre as 828 mães da amostra, 31,88% apresentaram estresse moderado e 11,2% apresentaram estresse severo. Desde o nascimento do bebê, 14,4% das mães foram vítimas de VPI psicológica, e apenas 2,5% afirmaram ter sofrido violência física e/ou sexual por parceiro íntimo. As mães com níveis de estresse de moderado a severo em sua maioria foram vítimas de violência psicológica por parceiro íntimo (55,5%) e violência física e/ou sexual (61,9%). Em relação a exposição a VPI a maior RP de estresse

subjetivo foi identificada em mães vítimas de violência psicológica (RP=1,09; IC95% 1,02-1,16; p=0,005).

Conclusão: Essas descobertas apoiam a necessidade de explorar características da maternidade que são naturalizadas e impostas às mulheres, mas que podem influenciar diretamente na percepção do estresse subjetivo, pois a falta de uma rede de apoio pode tornar as mulheres mais vulneráveis a sobrecarga de atividades domésticas e a vitimização por VPI.

Descritores: Estresse; saúde mental na maternidade; violência contra a mulher; COVID-19; sobrecarga doméstica.

Subjective stress and intimate partner violence perpetrated against mothers from a cohort in southern Brazil during the COVID-19 pandemic

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of pathological levels of subjective stress, related to the context experienced during a pandemic, in mothers victims of IPV, as well as associated factors.

Design: It is presented as an observational study with a cross-sectional design within a cohort study called Rio Grande Birth Cohort 2019, conducted in the city of Rio Grande, RS, in the extreme south of Brazil.

Target population: Women living in urban areas, who conceived their children in some of the city's two maternity hospitals in 2019, which accounted for 99.5% of births.

Outcome: Subjective stress, characterized by the pathological response to a stressful event. It was evaluated using the Event Impact of Scale instrument, which is a Likert scale and 4 points.

Statistical analysis: Univariate analysis described the sample to calculate the prevalence of independent variables and subjective stress. Bivariate analysis performed using Pearson's Chi-square test established the distribution of proportions of sociodemographic and exposure variables in relation to pathological and non-pathological levels of stress. A multivariate analysis was also carried out according to the hierarchical model by levels using Poisson Regression, considering a p-value <20 to remain in the model.

Results: Among the 828 mothers in the sample, 31.88% presented moderate stress and 11.2% presented severe stress. Since the birth of the baby, 14.4% of mothers have been victims of psychological IPV, and only 2.5% said they have suffered physical and/or sexual violence by intimate partners. Most mothers with moderate to severe stress levels were victims of psychological violence by an intimate partner (55.5%) and physical and/or sexual violence (61.9%). In relation to exposure to IPV, the highest PR of subjective stress was identified in mothers who were victims of psychological violence (PR=1.09; 95%CI 1.02-1.16; p=0.005).

Conclusion: These findings support the need to explore characteristics of motherhood that are naturalized and imposed on women, but that can directly influence the perception of subjective stress, as the lack of a support network can make women more vulnerable to overload. domestic activities and IPV victimization.

Keywords: Stress; maternal mental health; violence against women; COVID-19; household chores overload.

CONTEÚDOS DO VOLUME

1	Projeto	Página 15
2	Normas da Revista Cadernos de Saúde Pública	Página 82
3	Artigo	Página 90
4	Nota à imprensa	Página 116
5	Anexos	Página 119
6	Apêndices	Página 121

SUMÁRIO

1	Introdução	16
1.1	Revisão bibliográfica	20
1.2	Processo de busca de artigos	27
2	Marco teórico	29
2.1	Definição e prevalência do estresse	29
2.2	Fatores associados ao estresse	32
2.2.1	Fatores sociodemográficos	33
2.2.2	Fatores culturais	34
2.2.3	Estilo de vida	34
2.2.4	Fatores ambientais	36
2.2.5	Fatores fisiológicos	39
2.2.6	Percepção da realidade	43
2.3	Prevalência e fatores associados a violência por parceiro íntimo	45
2.4	Pandemia COVID-19	51
3	Justificativa	58
4	Objetivos	60
4.1	Objetivo geral	60
4.2	Objetivos específicos	60
5	Hipóteses	61
6	Método	62
6.1	Delineamento de pesquisa e justificativa da escolha	62
6.2	Local do estudo	62
6.3	Participantes: critérios e inclusão e exclusão do estudo	62
6.4	Poder do estudo	63
6.5	Amostragem	64
6.6	Instrumentos	65
6.7	Variáveis de estudo e suas definições	68
6.7.1	Variáveis independentes	68

6.7.2	Variável de desfecho	69
6.7.3	Variáveis de exposição	69
6.8	Análise de dados	69
6.9	Aspectos éticos	70
7	Divulgação dos resultados	70
8	Orçamento/Financiamento	71
9	Cronograma	72
10	Referências bibliográficas	74
11	Normas da Revista	82
11.1	Artigo	90
11.2	Nota à imprensa	116
12	Anexos	119
12.1	Anexo 1: Cálculo do Poder do Estudo	120
13	Apêndice	121
13.1	Apêndice 1: Modelo Conceitual do Marco Teórico	122
13.2	Apêndice 2: Modelo Conceitual de Análise	123
13.3	Apêndice 3: Escala de estresse	124
13.4	Apêndice 4: Questões acerca da VPI	126

PROJETO

1 INTRODUÇÃO

O estresse é uma ocorrência fisiológica de âmbito físico e emocional necessário para a adaptação do organismo a uma situação desfavorável. Essa ocorrência manifesta-se quando o indivíduo é submetido a uma nova situação, que no ponto de vista psicológico é percebido como uma ameaça, no qual o organismo precisará de estratégias internas para adaptar-se (BORJA, 2003).

O estresse está relacionado tanto a exigências externas do ambiente quanto exigências internas do indivíduo, pois não limita-se a uma resposta de reação orgânica, tampouco a característica de um evento estressor, mas principalmente a capacidade do indivíduo de enfrentar a situação e lidar com adversidades de forma satisfatória (BORJA, 2003; FARO; PEREIRA, 2013). Basicamente o estresse é uma reação protetora que auxilia o organismo a sobreviver em condições e ambientes difíceis, podendo ser definido de duas formas: um nível de estresse controlado auxilia o indivíduo a atingir objetivos e metas, que é caracterizado como um estresse positivo, chamado de “*eustress*”; já situações exaustivas que tendem a diminuir o desempenho e levar ao esgotamento físico e/ou mental, é caracterizado como um estresse patológico, denominado “*distress*” (BRULE; MORGAN, 2018; KUPRIYANOV; ZHDANOV, 2014). Existe uma multiplicidade de fatores que ocasionam essas condições estressoras, e diferenças individuais que contribuem para a presença desses sintomas, estas variam de pessoa para pessoa, ou ainda assim, apresentam variações na mesma pessoa em diferentes fases da vida (BORJA, 2003; FARO; PEREIRA, 2013).

No final do ano de 2019 a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada da ocorrência de uma série de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na província de Hubei, China, de causas desconhecidas até então. Posteriormente foi identificado que os quadros de pneumonia sucederam a contaminação em virtude do novo vírus coronavírus (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a; 2020b). Em 11 de março de 2020 o novo coronavírus (COVID-19) foi caracterizado como uma pandemia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a, 2020b, 2020c).

A doença por COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2. O vírus pode se espalhar pela boca ou nariz de uma pessoa infectada em pequenas partículas líquidas ao tossir, espirrar, falar, cantar ou respirar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s.d.]a). Diante da rápida transmissão do vírus foram adotadas medidas sanitárias que incluíram o isolamento social como estratégia principal, pois visa reduzir o contato entre pessoas infectadas e pessoas suscetíveis a contaminação, com o objetivo de retardar a propagação da doença de forma a não sobrecarregar os cuidados e serviços em saúde (BARBOSA et al., 2021; LIU et al., 2020; WANG et al., 2020).

A chegada do novo coronavírus e a ocorrência de uma pandemia logo atingiu diferentes continentes, acarretando uma série de situações estressoras na vida dos indivíduos. Medo, preocupação e estresse são respostas normais diante de ameaças reais ou percebidas, principalmente perante situações incertas ou desconhecidas, como num contexto de uma pandemia, podendo ocorrer comportamentos sociais negativos motivados pela percepção distorcida de perigo ou ameaça (TORALES et al., 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s.d.]b). Durante esse período a população vivenciou novas realidades, como: medidas restritivas, o medo de contrair o vírus, o homeoffice, desemprego temporário, educação domiciliar dos filhos e da falta de contato físico com outros familiares, amigos e colegas.

Dentro da sociedade existe uma divisão de tarefas bem estabelecida nas culturas patriarcais que designam atividades distintas para os diferentes gêneros. As influências associadas aos papéis culturais de gênero tendem a responsabilizar as mulheres pelas seguintes tarefas: o cuidado das crianças em casa por tempo indeterminado, podendo ser em decorrência do fechamento de escolas e creches ou por mantê-los em casa devido ao medo de contaminação do vírus; os cuidados familiares e domésticos; e principalmente a necessidade de dividir sua atenção entre todas as atividades incluindo muitas vezes o homeoffice (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2020). Há uma elevação nos níveis de estresse durante esse período pandêmico que pode estar relacionado ao aumento da quantidade de trabalho e a falta de apoio social, que pode ocasionar em uma percepção da realidade substancialmente mais estressante (ALMEIDA et al., 2020; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2020). Foi constatado em pesquisas ocorridas durante a pandemia da COVID-19 que mulheres apresentam uma maior

sintomatologia de caráter psicológico nesse período se comparadas aos homens, incluindo dentre eles níveis mais elevados de estresse e maior prevalência de Transtorno de Estresse Agudo (TEA) (BARBOSA et al., 2021; LIU et al., 2020; WANG et al., 2020).

Essa sintomatologia de estresse não está relacionada apenas ao surgimento da doença COVID-19, mas principalmente às medidas implementadas para conter a disseminação do vírus, e também, à mudança de rotina. O apoio social e a capacidade de enfrentamento são aspectos que estão relacionados as condições psicossociais do indivíduo. Mecanismos de enfrentamento disfuncionais e falta de suporte social demonstraram-se fortemente associados a níveis mais elevados de estresse em estudos realizados na pandemia (MINAHAN et al., 2021).

A violência contra a mulher é outro fator que tende a aumentar durante diferentes tipos de emergências, incluindo epidemias e habitação em áreas de conflito (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2020). A violência é definida como qualquer ação intencional executada por um indivíduo, grupo, instituição, classes ou nações, sendo praticada contra outra(s) pessoa(s) ocasionando em prejuízos, danos físicos, sociais, psicológicos e/ou espirituais (MINAYO; SOUZA, 1997). Sucintamente a violência constitui-se como o uso intencional da força ou do poder, seja ele real ou por meio de ameaça, praticado contra outro indivíduo, que acarrete ou tenha a possibilidade de causar uma lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002). Já a violência por parceiro íntimo (VPI) é um fenômeno que se configura como uma violação de direitos dentro de um relacionamento íntimo que cause danos físicos, psicológicos ou sexuais (KRUG et al., 2002).

Estimativas globais publicadas pela OMS indicam que cerca de 1 em cada 3 mulheres (30%) em todo o mundo foram submetidas a violência física e/ou sexual por parceiro íntimo ou violência sexual por não parceiro durante sua vida, entretanto a VPI é constatada na maioria dos casos de violência praticada contra a mulher. As autoridades em saúde incentivaram a população a permanecer em suas casas para garantir a segurança de suas condições de saúde durante o período pandêmico, porém para vítimas de VPI a residência se torna o ambiente menos seguro, pois a implementação de medidas de isolamento aumenta a convivência entre os casais. Nesse período é possível haver um aumento também nos níveis de estresse que são

potencializados pelas perdas econômicas ou de emprego, gerando um período de exposição ainda maior de estresse psicológico e econômico (ALMEIDA et al., 2020; GOLDING, 1999; WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s.d.]a).

As diretrizes de isolamento limitam inclusive as alternativas de se manter na residência de um amigo ou de um familiar; até a procura por atendimento médico pode ser reduzida devido ao medo de exposição (ALMEIDA et al., 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s.d.]a). O estresse e a fragmentação das redes de apoio e de proteção, bem como a restrição ao acesso desses serviços podem exacerbar o risco de violência. A proteção contra essa violência poderia ser fornecida por meio do contato com familiares e amigos (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2020). Uma revisão utilizando diferentes estudos indicou que a prevalência média ponderada de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em mulheres que sofrem violência foi de 63,8% (GOLDING, 1999).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi elaborada em 2004 a partir de uma pesquisa epidemiológica da situação de saúde da mulher no Brasil. A PNAISM se refere a um conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde incluindo a “violência doméstica e sexual” e a “saúde mental e gênero”. Dentre as diretrizes da PNAISM a gestão da Política de Atenção à Saúde (PNAB) deve estabelecer uma dinâmica para atender às demandas emergentes ou demandas antigas (BRASIL, 2004; BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA MULHER, 2016). A saúde materna demonstrou-se tanto uma demanda antiga, quanto emergente durante a pandemia, principalmente pelo fato dos recursos e dispositivos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) serem direcionados e focados para o tratamento dos pacientes com diagnóstico positivo para COVID-19, onde outras demandas e investimentos de recursos poderiam ser negligenciados.

Diante disso, o presente estudo irá descrever a prevalência de estresse subjetivo durante a pandemia, focando-se no “*distress*”, que configura-se na resposta patológica a um evento estressor. É importante enfatizar que o estresse não se constitui como um transtorno, mas sim um conjunto de sintomas, que podem vir a configurar um transtorno específico caso preencham o número de critérios necessários para diagnóstico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). A sintomatologia será

investigada por meio de um instrumento que identifica sintomas de evitação e intrusão, característicos do estresse, construto que será abordado mais detalhadamente nas seções “marco teórico” e “metodologia”. Além disto, o estudo pretende investigar a prevalência e fatores associados a níveis de estresse subjetivo em mães na cidade de Rio Grande durante a pandemia da COVID-19, sintomatologia da qual é influenciada por fatores múltiplos decorrentes do período pandêmico, bem como identificar a prevalência de VPI na amostra, dentre eles: violência sexual, psicológica e física.

1.1 Revisão Bibliográfica

A revisão da literatura foi realizada na base de dados PubMed, a última pesquisa na base de dados foi efetuada no dia 30 de junho de 2022. Para isso foi feita uma busca preliminar utilizando 86 termos Medical Subject Heading (Mesh) com a finalidade de identificar o estado da arte da associação entre estresse psicológico e violência doméstica.

A seguir estão todos os descritores utilizados na busca preliminar: *((("Mothers"[Mesh]) OR ("Women"[Mesh]) OR ("Battered Women"[Mesh])) AND ("Domestic Violence"[Mesh]) OR ("Sex Offenses"[Mesh]) OR ("Sexual Violence"[Mesh]) OR ("Sexual Abuse"[Mesh]) OR ("Offense, Sex"[Mesh]) OR ("Offenses, Sex"[Mesh]) OR ("Sex Offense"[Mesh]) OR ("Sexual Violence"[Mesh]) OR ("Sexual Violences"[Mesh]) OR ("Violence, Sexual"[Mesh]) OR ("Violences, Sexual"[Mesh]) OR ("Abuse, Sexual"[Mesh]) OR ("Abuses, Sexual"[Mesh]) OR ("Sexual Abuses"[Mesh]) OR ("Intimate Partner Violence") OR ("Partner Violence, Intimate"[Mesh]) OR ("Violence, Intimate Partner"[Mesh]) OR ("Intimate Partner Abuse"[Mesh]) OR ("Abuse, Intimate Partner"[Mesh]) OR ("Partner Abuse, Intimate"[Mesh]) OR ("Spouse Abuse"[Mesh]) OR ("Abuse, Spouse"[Mesh]) OR ("Spousal Abuse"[Mesh]) OR ("Abuse, Spousal"[Mesh]) OR ("Partner Abuse"[Mesh]) OR ("Abuse, Partner"[Mesh]) OR ("Wife Abuse"[Mesh]) OR ("Abuse, Wife"[Mesh]) OR ("Gender-Based Violence"[Mesh]) OR ("Violence, Gender-Based"[Mesh]) OR ("Gender Based Violence"[Mesh])))).*

Para identificar o estado da arte na literatura relacionado a associação entre estresse psicológico e a exposição à um evento traumático de risco iminente, utilizou-se

os seguintes termos: (((*"Trauma, Psychological"*[Mesh]) OR (*"Stress, Psychological"*[Mesh])) AND (*"Traumatic Event"*)).

Na literatura a associação entre TEPT e violência por parceiro íntimo está bem estabelecida, pois de acordo com a pesquisa inicial acerca do tema na plataforma PUBMED, foram encontrados 5.277 artigos utilizando a estratégia de busca. A associação entre o TEPT e a exposição à um evento traumático de risco iminente também se demonstra bem estabelecida na literatura, sendo o evento traumático um dos requisitos entre os critérios diagnósticos para o transtorno em questão, pesquisa da qual apresentou 348 resultados na base de dados PUBMED. Entretanto poucos estudos abordam a VPI durante desastres ou catástrofes naturais, ainda que essa associação também seja reconhecida no meio científico. Não foram encontradas pesquisas que abordassem os níveis de estresse subjetivo durante esses eventos, condição essa que é o desfecho de interesse deste estudo, que diferente do TEPT não é caracterizada por uma sintomatologia focada diretamente em uma situação específica, mas sim em um conjunto de características particulares relacionadas a tal evento. Tendo em vista que uma pandemia não se constitui como um evento traumático de acordo com os critérios diagnósticos estabelecidos para o TEPT, esse tipo de diagnóstico não pode ser realizado, porém a série de eventos que envolvem a situação pandêmica podem ocasionar o estresse subjetivo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; DE OLIVEIRA E SILVA; NARDI; HOROWITZ, 2010a).

Devido à falta de resultados encontrados na pesquisa preliminar com as palavras-chave os seguintes termos não encontrados na pesquisa foram retirados da busca: *"Sexual Violence"*, *"Offense, Sex"*, *"Offenses, Sex"*, *"Sex Offense"*, *"Sexual Violence"*, *"Sexual Violences"*, *"Violence, Sexual"*, *"Violences, Sexual"*, *"Abuse, Sexual"*, *"Abuses, Sexual"*, *"Sexual Abuses"*, *"Partner Violence, Intimate"*, *"Violence, Intimate Partner"*, *"Intimate Partner Abuse"*, *"Abuse, Intimate Partner"*, *"Partner Abuse, Intimate"*, *"Abuse, Spouse"*, *"Spousal Abuse"*, *"Abuse, Spousal"*, *"Partner Abuse"*, *"Abuse, Partner"*, *"Wife Abuse"*, *"Abuse, Wife"*, *"Violence, Gender-Based"*. Dessa forma os descritores utilizados para realizar a revisão da literatura desse estudo, bem como a estratégia de busca foi a seguinte: (((*"Mothers"*[Mesh]) OR (*"Women"*[Mesh]) OR (*"Battered Women"*[Mesh])) AND (*"Domestic Violence"*[Mesh]) OR (*"Sex*

Offenses"[Mesh]) OR ("Sexual Abuse"[Mesh]) OR ("Intimate Partner Violence"[Mesh]) OR ("Spouse Abuse"[Mesh]) OR ("Gender-Based Violence"[Mesh]) OR ("Gender Based Violence"[Mesh])) AND (("Stress, Psychological"[Mesh]) OR ("Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh]) OR ("Stress Disorders, Traumatic"[Mesh]))).

A estratégia de busca apresentou um total de 619 resultados do ano de 1979 até o ano de 2022. Foram considerados elegíveis: estudos observacionais sem restrição por data ou idioma, que abordaram os níveis de estresse em mulheres associados à ocorrência de VPI, desde que as mesmas se encontrassem em situações ambientais adversas ou atípicas, como guerras, epidemias ou catástrofes naturais. Dentre os 619 artigos, foram excluídos 2 artigos duplicados, permanecendo 617 artigos para a seleção. A seleção dos artigos foi realizada a partir da leitura dos títulos, primeiramente, onde foram excluídos 138 artigos que não apresentavam no mínimo um dos seguintes termos no título: *"violence"*, *"abuse"*, *"PTSD"* ou *"stress"*, restando 479 artigos. Através da leitura dos títulos e resumos foram excluídos estudos com amostras exclusivamente compostas por adolescentes, amostras compostas apenas por grávidas e puérperas; enfoque do estudo na saúde da criança; enfoque na relação mãe-bebê; enfoque em efetividade de tratamentos para TEPT e manejo de violência doméstica; enfoque exclusivo em abuso sexual de mulheres durante a infância; violência por parceiro não-íntimo; estudos que não eram feitos em situações adversas; e estudos dos quais abordavam violência sem mencionar o estresse. Foram selecionados 5 artigos para a leitura completa, três artigos foram excluídos, um dos artigos foi excluído devido aos resultados entre homens e mulheres não serem separados por sexo, mas sim por grupos de pacientes clínicos e não clínicos, impossibilitando a capacidade de identificar níveis de estresse apenas em mulheres; o segundo artigo foi excluído por abordar apenas violência sexual militar e por parceiro não íntimo; o terceiro artigo também foi excluído por não especificar os indivíduos causadores da violência contra as mulheres das quais na pesquisa em questão eram militares.

Dentre os 617 artigos encontrados no início da pesquisa, 10 deles foram realizados no Brasil, entretanto ainda que apresentassem informações que relacionavam a violência doméstica ao estresse, as pesquisas não se enquadravam nos critérios de inclusão para o presente estudo. Os critérios de inclusão vão além da

associação entre a exposição e o desfecho, mas também requerem que a amostra da pesquisa necessariamente estivesse vivenciando condições situacionais adversas, para assemelhar-se a situação da pandemia. Foram incluídos na revisão dois artigos, ambos no idioma inglês, onde um dos estudos foi realizado no ano de 2010 nos Estados Unidos da América (EUA) com delineamento longitudinal, e o segundo estudo foi realizado na Costa do Marfim, no ano de 2014 com delineamento transversal. Ambos os estudos apresentam como desfecho o TEPT, sendo importante reiterar que o TEPT não é o mesmo tipo de estresse a ser estudado na presente pesquisa, porém devido à falta de estudos acerca do *estresse* subjetivo os artigos com TEPT foram utilizados como base em virtude da similaridade entre os diferentes tipos de estresse. Destaca-se que o TEPT possui em seus critérios diagnósticos sintomas que contemplam o *estresse* subjetivo, porém o *estresse* subjetivo não possui todos os sintomas do TEPT, levando em conta que não é um transtorno diagnóstico e sim um conjunto de sintomas.

No primeiro estudo que será apresentado no Quadro 1, realizado nos EUA foi utilizado uma amostra de 445 pessoas com mais de 18 anos no estado de Mississippi, do qual 251 indivíduos da amostra foi composto por mulheres, onde 95,6% das mulheres eram casadas e 4,4% coabitavam com o parceiro. 16,5% das mulheres possuíam um nível de escolaridade inferior ao ensino médio completo e 83,5% possuíam no mínimo o ensino médio completo. Durante a pesquisa foram investigados violência psicológica ocasionada por parceiro íntimo, violência física ocasionada por parceiro íntimo e estressores relacionados ao furacão. Apenas 2,27% das mulheres relataram estressores relacionados ao furacão, 33,6% afirmaram sofrer violência psicológica antes do furacão e houve um aumento de 45,2% após o furacão, já a vitimização física antes do furacão era de 4,2% e passou para 8,3%. 14,6% das mulheres atenderam os critérios para o diagnóstico de TEPT (SCHUMACHER et al., 2010).

Os indivíduos mais jovens e com menos escolaridade sofriam mais com VPI; já os estressores relacionados ao furacão quando analisados apenas no sexo feminino demonstram um valor de Odds Ratio de 8,23 e uma diferença estatisticamente significativa para a vitimização física por parceiro íntimo quando comparado com homens que sofreram um número semelhante de estressores, ou seja, 723% de chances a mais. Após o furacão Katrina houve um aumento de 35% na prevalência de vitimização

psicológica e um aumento de 98% na vitimização física para as mulheres (SCHUMACHER et al., 2010).

O segundo estudo presente no Quadro 1 apresenta um delineamento transversal, realizado na Costa do Marfim. No início dos anos 2000 a Costa do Marfim da África Ocidental foi afetada por um conflito civil denominado "A crise", ou a primeira Guerra Civil da Costa do Marfim. A população civil foi afetada pela violência com terror generalizado em todo o país. O objetivo do estudo foi avaliar a associação entre VPI, violência durante conflitos armados (violência ocorrida em "a crise") e provável TEPT (GUPTA et al., 2014).

A amostra do estudo foi composta por 950 mulheres, residentes da zona rural da Costa do Marfim com mais de 18 anos, e foi investigado a prevalência de VPI, caracterizado no estudo como: tapas, agressão ou lançamento de objetos; empurrão, chute e sufocamento; ameaça com arma ou faca; sexo forçado por ameaça, intimidação ou força física e o fato de arrastar ou queimá-la intencionalmente. Outra variável de exposição analisada foi a violência durante o conflito civil armado, do qual incluía em sua definição: a ameaça contra integrantes da família, grave ferimento ou morte de familiares por ato de violência; violência contra a mulher por ferimento de faca, arma de fogo ou combate por ato de violência; imposição a praticar sexo em troca de comida, proteção ou abrigo e forçada a dormir com alguém que não era seu parceiro. As mulheres também foram questionadas se foram forçadas a fugir de sua aldeia durante ou após o conflito (GUPTA et al., 2014).

Os objetivos da análise foram: avaliar associação entre experiências de VPI e TEPT provável na última semana; avaliar a associação entre experiências violentas durante "a crise" e provável TEPT na última semana, e avaliar as associações entre tipos específicos de exposições violentas e TEPT provável na última semana. Foi utilizada a subescala de 16 itens do Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) para avaliar o TEPT da última semana de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III revisado. O termo TEPT provável é utilizado devido à falta de validação do instrumento em relação a entrevista diagnóstica que era considerada padrão-ouro para a população em questão. As experiências violentas durante "a crise" foram quantificadas por três itens, onde qualquer resposta afirmativa era identificada como

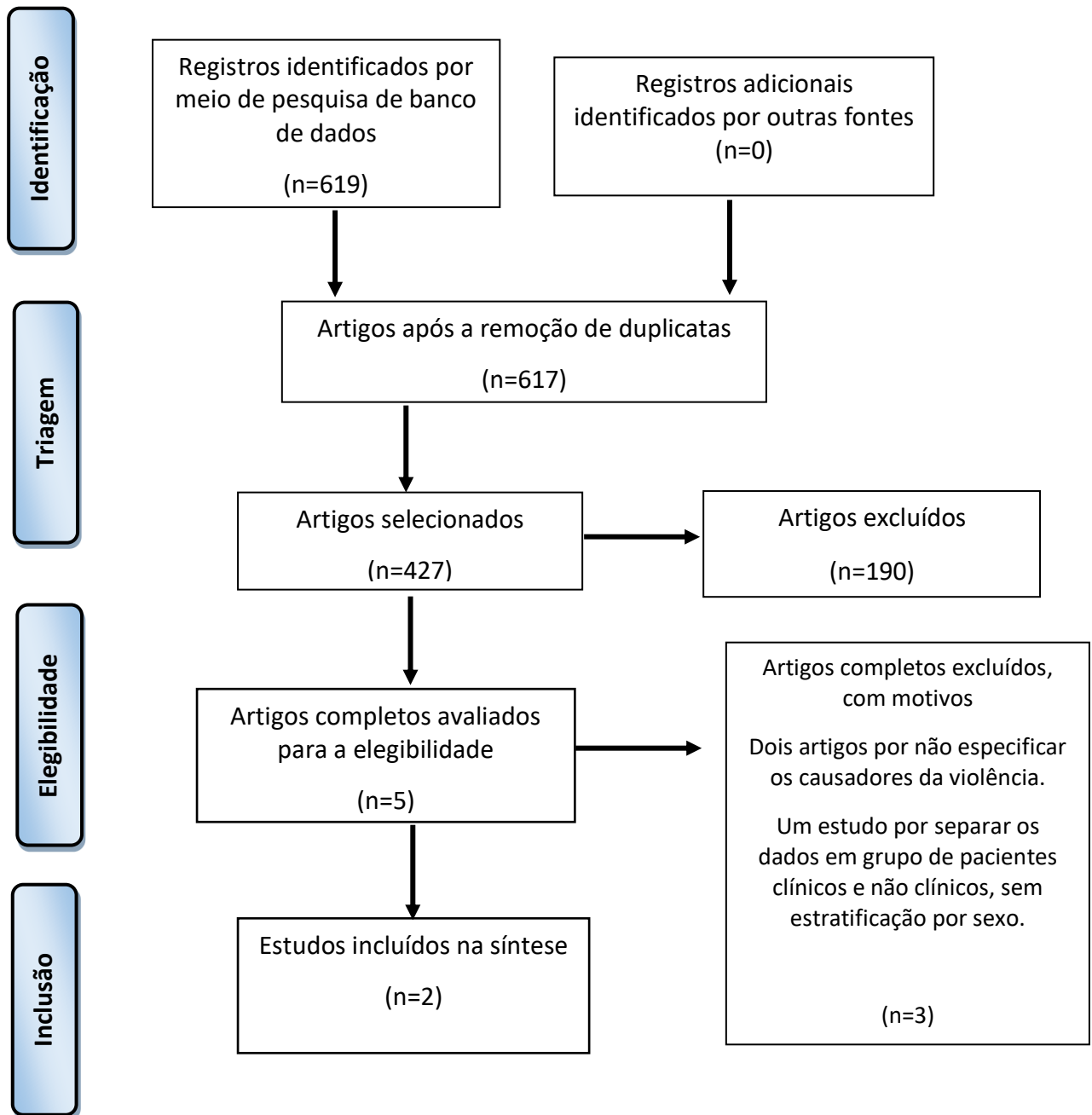
uma confirmação da ocorrência. Os itens foram categorizados em medidas binárias, divididas em violência de crise contra membros da família, violência de crise contra a mulher e ser forçada a fugir. Para investigar a VPI foi utilizada uma variável categórica de três níveis incluindo experiências de VPI física e/ou sexual: VPI remota (que ocorreu ao longo da vida, mas não nos últimos doze meses), VPI no último ano (que ocorreu dentro dos últimos 12 meses) e nunca sofreu VPI (GUPTA et al., 2014).

A idade média das entrevistadas foi de 37,4 anos, e a maioria possuía ensino fundamental incompleto ou nenhum estudo (71,4%). Mais de 40% eram cristãos, e 84,2% eram casadas. 72,6% das mulheres relataram ter sofrido alguma forma de violência durante "a crise", 56,7% foram deslocadas, e 48,4% relataram violência de "crise" contra membros da família. 7,6% relatou violência pessoal direta durante "a crise". 26,2% relatou VPI ao longo da vida, 23,4% relatou VPI no ano passado. Mais de 78% afirmou que VPI física foi a de ocorrência mais comum. 40% das mulheres que sofreram violência remota ou no ano passado afirmaram ter sido fisicamente forçadas a fazer sexo com o parceiro. 13,1% das mulheres atingiram o ponto de corte estabelecido para TEPT provável na última semana. Em associação não ajustada, a comparação de mulheres que não relataram VPI as vítimas de VPI remota apresentaram 1,4 vezes mais chances de apresentar TEPT (IC 95%: 0,8-2,3) (GUPTA et al., 2014).

A VPI no último ano apresentou 1,8 vezes mais chances, ainda que sem significância estatística. A violência relacionada "a crise" apresentou maior probabilidade de provável TEPT, mas não alcançou significância estatística. Dentre as variáveis demográficas, a idade avançada, escolaridade de ensino fundamental, médio ou superior, religião tradicional e outras etnias foram significativamente associados com provável TEPT. Ajustado aos dados demográficos, a VPI remota teve 1,6 vezes mais chances de sintomas provável de TEPT, em comparação com aqueles que não relataram experiências de VPI (IC 95%: 0,9 a 2,6), não havendo significância estatística. A associação entre VPI no último ano e provável TEPT apresentou uma chance de 3,1 vezes maior em comparação a mulheres que não relataram VPI (IC 95%: 1,8-5,3; $p < 0,001$). Experiências de qualquer violência durante "a crise" não foram significativamente associadas com provável TETP. Mulheres que relataram VPI grave (qualquer violência sexual, asfixia, queimadura intencional, ameaça ou uso de arma de fogo, faca ou outra

arma) em algum momento de sua vida tinham maiores chances de provável TEPT em comparação com mulheres que não sofreram VPI grave (OR: 2,9; IC 95%: 1,9 a 4,5; $p < 0,001$) (GUPTA et al., 2014).

1.2 Processo de seleção de artigos



Autor/Ano/País	Delineamento	Participantes	Evento	Instrumentos	Principais resultados
Schumacher, Julie A et al. 2010 Estados Unidos da América	Longitudinal	445 pessoas de 18 anos ou mais, casadas ou em coabitação que residiam em 23 condados ao sul de Mississipi na época do furacão. 251 eram mulheres e 194 eram homens.	Furacão Katrina	“Patient Health Questionnaire –9 (PHQ-9)” para avaliar a presença de depressão “PTSD Module of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI)” para avaliar a presença de TEPT.	33,6% das mulheres relataram sofrer violência doméstica antes do furacão Katrina, e 45,2% após ($p < 0,001$). Os relatos de violência física aumentaram de 4,2% a 8,3% para as mulheres. A VPI estava associada a maiores riscos de depressão pós-Katrina e TEPT.
GUTPA, Jhumka et al. 2014 Costa do Marfim	Transversal	950 mulheres com 18 anos ou mais, residentes da zona rural da Costa do Marfim. A idade média das respondentes foi de 37,4 anos.	Conflito armado (guerra civil)	“Trauma Questionnaire (HTQ)” para avaliar provável TEPT conforme o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Revised III (DSMIII-R).	23,4% das mulheres relataram vitimização por VPI no ano anterior e 26,5% relataram ter experimentado VPI antes do ano passado. 72,6% vivenciaram violência por conflito armado. As entrevistadas que relataram ter sofrido VPI no ano anterior tinham 3,1 vezes mais chances de relatar TEPT em comparação com as que relataram ter sofrido VPI antes do último ano. Exposições violentas durante o conflito armado não foram significativamente associadas com provável TEPT.

Quadro 1. Apresentação dos estudos selecionados

2. MARCO TEÓRICO

O marco teórico apresentará uma revisão narrativa da literatura acerca dos temas “estresse”, “VPI” e “pandemia da COVID-19”. Os itens apresentados associados ao desfecho de interesse, o estresse, serão descritos em relação a sua proximidade e influência sob ele. As características ou contextos serão expostos de forma decrescente de acordo com a percepção da autora, da qual irá basear-se na literatura, a respeito de diferentes aspectos da vida do indivíduo que influenciam no desenvolvimento do desfecho que será analisado no estudo. No Apêndice 1 é possível observar o quadro desenvolvido quanto a proximidade de diferentes fatores que apresentam relação e influência sob o desfecho estresse, começando pelos fatores mais distantes e progressivamente apresentando os fatores mais próximos, sendo eles: fatores sociodemográficos, fatores culturais, estilo de vida, fatores ambientais, fatores fisiológicos e percepção da realidade. A VPI e a pandemia da COVID-19 também serão descritas em sub itens específicos quanto a sua relação com o desfecho, assim como outros fatores associados à sua ocorrência.

2.1 Definição e prevalência do estresse

O estresse está associado à expressão de todos os impulsos inatos e é uma resposta inespecífica do corpo a qualquer demanda feita sobre ele. Os seres vivos estão constantemente sob estresse, que inclui situações agradáveis ou desagradáveis. O estresse não é simplesmente uma tensão nervosa, nem o resultado do dano. Diante de uma exposição à um estressor, ocorre uma resposta inicial de alerta, e diante uma exposição contínua o organismo passa para um estágio de adaptação ou resistência, devido ao fato de um organismo ser incapaz de se manter continuamente em estado de alarme (SELYE, 1976).

Dependendo da gravidade do estressor em que há uma exposição contínua, o organismo pode morrer dentro de algumas horas ou dias durante a reação de alerta. Se sobreviver a esse estágio inicial, passa para um estágio de resistência, onde a maioria dos sintomas iniciais diminui ou desaparece. Se a exposição ao estressor for ainda mais

prologada, o estágio de adaptação é perdido, onde o organismo encara uma terceira fase denominada "exaustão", isso ocorre porque a adaptabilidade de um organismo é finita (SELYE, 1976). Uma resposta adaptativa a demanda, experimentados como agradáveis ou benéficos são denominados como "*eustress*", em oposição ao "*distress*". Ainda assim características essenciais do estresse, como a descarga de hormônios ACTH, corticóides (CORT) e catecolaminas são comuns em ambos os tipos (SELYE, 1975). A avaliação cognitiva à uma situação e as emoções de um indivíduo podem ser modificadas durante o período em que o estressor está agindo sobre ele. Nessas condições é difícil distinguir o *eustress* do *distress*, pois fisiologicamente há apenas uma reação no organismo, a proporção e o número de elementos envolvidos podem diferir, porém o *distress* é considerado um estresse patológico, enquanto o *eustress* aumenta as capacidades adaptativas (KUPRIYANOV; ZHDANOV, 2014; NELSON; SIMMONS, 2003).

Os estressores podem ser identificados como: normotensos, que levariam a estados neutros ou a nenhuma mudança de tensão; benetensivo, que levam a mudança adaptativa; ou maltensivo que leva a mudanças mal-adaptativas. A resposta ao estresse resulta da avaliação cognitiva ao estressor (NELSON; SIMMONS, 2003). O principal objetivo inicial do organismo diante a exposição a um estressor é superar o impacto adverso do ambiente externo. A intensidade da exposição a um estressor não é influenciada apenas pelo seu poder de impacto, mas também pela duração da exposição (KUPRIYANOV; ZHDANOV, 2014).

O estresse crônico é definido como uma resposta fisiológica a um estado aversivo de longo prazo, que pode ser caracterizado como uma exposição contínua e ininterrupta a situações que são percebidas como grandes problemas insolúveis, ameaças ou exigências, que podem se acumular e levar a problemas de saúde de ordem psicológica e física. Esse tipo de estresse ocorre dentro de semanas, meses ou anos. O estresse agudo é definido como uma resposta fisiológica que ocorre em um período de tempo de curto prazo, a grandes ameaças ou demandas, normalmente apresenta um ponto inicial e final que são relativamente claros e bem definidos. Esse estresse tende a ocorrer em minutos e talvez horas, ainda que estressores agudos experimentados repetidamente por um longo período de tempo (dias, semanas ou meses) possam tornar-se estressores crônicos, ambos os estressores são distintos (EGGERS, 2007).

Existem vários questionamentos na literatura entorno do estresse, que envolvem fatores físicos, psicológicos e sociais. Os fatores estressores são heterogêneos. Havendo estressores físicos como esforço, calor, frio, trauma, infecção e inflamação; e estressores psicológicos, como medo e ansiedade, derrota social e humilhação, decepção e até mesmo alegria intensa (MCEWEN; STELLAR, 1993).

A multiplicidade de fatores que circulam esse fenômeno decorre da compreensão de que diferentes aspectos o influenciam, incluindo aspectos cognitivos e comportamentais, que estão presentes durante o ciclo da vida humana, sejam eles no ambiente físico ou nas alterações psicológicas que contribuem para explicações sobre o binômio saúde-doença (LENZI NODARI et al., 2014). A resposta a tais estressores é variável, e ocorrem diferenças individuais tanto fisiológicas quanto comportamentais na maneira como uma pessoa percebe essa ocorrência. Existem também consequências fisiológicas e fisiopatológicas muito reais em indivíduos que vivenciam o estresse, havendo inclusive aspectos crônicos e agudos da resposta ao estresse que contribuem para os processos de adoecimento (MCEWEN; STELLAR, 1993).

Diante de condições estressoras ocorrem reações fisiológicas, essas condições podem ser fruto dos estímulos percebidos pelo indivíduo diante de pressões ambientais, psicológicas ou desajustes biológicos. O efeito do processamento do estímulo no sistema nervoso é determinado parcialmente pela constituição genética, estágio de desenvolvimento biológico e gênero, mas também pela aprendizagem passada e história social. O corpo é alertado e apresenta um estado de alarme, a atividade autônoma é disparada onde se apresenta um estado de resistência até que seja dissipado o caráter estressor ou que o organismo sucumba diante da magnitude e/ou ação do tempo à exposição. Quando essa condição dura por longos períodos provoca danos e ocorre o esgotamento, levando a um estado de exaustão (BORJA, 2003; FARO, 2014; MCEWEN; STELLAR, 1993).

Entretanto o quadro não é causado exclusivamente pela forma de perceber as experiências, pois mesmo diante de recursos adaptativos, sucessivas transformações e perdas podem ocasionar no adoecimento do organismo (FARO, 2014). O padrão e a magnitude da resposta ao estresse dependem de diferentes condições, como a duração da exposição ao estresse, o tipo de estresse, o contexto em que ocorre e o

desenvolvimento do indivíduo (LENZI NODARI et al., 2014). Os efeitos do estresse agudo e crônico na saúde envolvem uma interação entre características comportamentais, neurobiológicas, endócrinas e imunológicas (MCEWEN; STELLAR, 1993).

Uma revisão sistemática realizada no ano de 2020, baseando-se em estudos produzidos por diferentes países desde o início da pandemia até maio de 2020, constatou que a prevalência de estresse na população geral foi de 29,6% (NECHO et al., 2021). Outro estudo visando a população mundial realizado durante a pandemia em 4 países diferentes identificou uma prevalência de estresse de 57,4%, onde 32,2% apresentaram estresse leve, 17% apresentaram estresse moderado, 6,6% estresse grave e 1,6% estresse extremamente severo (SHAH et al., 2021). Já um estudo realizado com a população geral brasileira, tendo seus dados coletados entre maio e julho de 2020, durante o período de pico de contágio da COVID-19, investigou o impacto psicológico da COVID-19, avaliado por meio da escala Impact of Event Scale-Revised (IES-R), o qual apresentou uma prevalência de 34,2% na sintomatologia de TEPT (GOULARTE et al., 2021).

Contudo, um estudo de coorte composto por uma amostra de mães em um acompanhamento de aproximadamente 8 anos, realizado na cidade de Recife, no Brasil do qual foi publicado no ano de 2020, ainda que nenhum de seus dados tenha sido obtido na pandemia, apresentou uma prevalência de TEPT de 16% (NETO et al., 2020). O TEPT é um diagnóstico de transtorno do estresse que surge após a exposição de um indivíduo a um evento traumático ou risco de vida, e as consequências incluem sofrimento emocional, comprometimento funcional e comorbidades de saúde mental que diminuem consideravelmente a qualidade de vida e o bem-estar (ROBLES-GARCÍA; FRESÁN; YOLDI, 2020). Quanto mais intensa e frequente for a exposição a eventos traumáticos maior a probabilidade do desenvolvimento dos sintomas de TEPT, bem como o aumento relativo da intensidade da condição (CASSADO; GALLO; ALBUQUERQUE, 2003). As causas do estresse podem variar de mulher para mulher, bem como sua reação ao estresse a sua capacidade de gerenciá-lo ou adaptar-se a ele (ANDHAVARAPU et al., 2021).

2.2 Fatores associados ao estresse

2.2.1 Fatores sociodemográficos

Estudos prévios sugerem inúmeros fatores sociodemográficos relacionados ao estresse, como o sexo, a renda, a idade, estado civil, nível de escolaridade, entre outros. As mulheres geralmente estão em maior desvantagem socioeconômica e são vítimas de violência coletiva e doméstica com mais frequência do que os homens, sendo estas moradoras de áreas urbanas estão mais expostas a eventos traumáticos do que mulheres rurais e homens rurais e urbanos, principalmente quando já existe um histórico de violência interpessoal e a falta de proteção e apoio social e familiar (ROBLES-GARCÍA; FRESÁN; YOLDI, 2020).

A diminuição da renda familiar é um fator estressante também durante a maternidade, pois os cuidados necessários ocasionam um aumento nas despesas para os cuidados com o bebê e possivelmente outras crianças já pertencentes a família (ANDHAVARAPU et al., 2021). A exposição à pobreza pode aumentar a vulnerabilidade ao estresse, pois os impactos gerados nas atividades econômicas com diminuição da renda mensal dificultam o custeio de itens básicos de sobrevivência, como alimentos, água e roupas (MGOQI-MBALO; ZHANG; NTULI, 2017; SOUSA; SANTOS; ANTONIETTI, 2021). A urbanização tem uma maior concentração de pobreza e uso de substâncias, o que pode aumentar o risco de TEPT (ROBLES-GARCÍA; FRESÁN; YOLDI, 2020). As mulheres estão mais propensas a vivenciar situações estressantes em comparação aos homens (SHAH et al., 2021).

Adultos jovens entre 18 e 24 anos tendem a experimentar mais estresse em comparação com outras faixas etárias (SHAH et al., 2021). Escores de estresse significativamente mais altos são percebidos entre pessoas separadas ou em um relacionamento não conjugal (ROBLES-GARCÍA; FRESÁN; YOLDI, 2020). Indivíduos com maior escolaridade podem reduzir os níveis de estresse pelos mecanismos que são gerados devido a diversas circunstâncias, como as oportunidades de emprego e renda adequadas, diferentes estratégias de enfrentamento e conhecimento, e acessibilidade a diferentes profissionais (ANDHAVARAPU et al., 2021).

2.2.2 Fatores culturais

A literatura sugere uma relação entre fatores culturais e estresse como a constituição familiar e religião praticadas. Fatores culturais podem influenciar na saúde mental, pois afeta o processo de percepção. Se na ocorrência de violência conjugal a mulher não percebe a agressão física, emocional ou verbal do cônjuge como estressante, sua saúde mental não seria afetada, e essas medidas permaneceriam inalteradas (ANDHAVARAPU et al., 2021). Em grande parte dos núcleos familiares brasileiros o homem é o provedor, e nele é centralizada a responsabilidade de fornecer itens essenciais e custear as contas; sendo fácil negar o acesso da mulher a itens básicos devido a condição da pandemia (SANTOS LUISA SOUZA ERTHAL et al., 2020).

O poder cultural e a hierarquização dos homens sobre as mulheres ainda é um aspecto em evidência, do qual é necessário compreender durante o período de pandemia havendo uma instrumentalização feminina (SOUSA; SANTOS; ANTONIETTI, 2021). É notória a fragilidade e a aniquilação do poder legítimo e o funcionamento não igualitário das relações, que se dão pela perda da "condição humana" relacionada a violência doméstica (SOUSA; SANTOS; ANTONIETTI, 2021). O relacionamento disfuncional entre o agressor e a vítima é um grande prejuízo para a necessidade de relacionamentos da mulher (SANTOS LUISA SOUZA ERTHAL et al., 2020). A presença da família pode ser um indicativo de fator protetor e fonte de alívio, pois pessoas que residiam com a família apresentaram escores de estresse significativamente mais baixos (SHAH et al., 2021).

A religião também influencia positivamente sobre o estado de saúde, pois incentivam comportamentos de proteção e atitudes positivas como a oração ou meditação, que oferecem conforto emocional e redução do estresse (MURAKAMI I et al., 2012). A religião ou espiritualidade é tipicamente associada ao otimismo e emoções positivas, propósito e significado na vida, maior acesso à recursos e apoios através da frequência regular à igreja e cultos, e um estilo de vida mais saudável, associados com a resistência ao estresse (SOUTHWICK; VYTHILINGAM; CHARNEY, 2005).

2.2.3 Estilo de vida

Diversas condições relacionadas ao estilo de vida podem contribuir para níveis mais elevados de estresse como a atividade organizacional, exposição a criminalidade e violência, meios de transporte utilizados e outros aspectos de vida relacionados ao cotidiano. Com base em uma definição estabelecida pela OMS, o estilo de vida são um conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, incentivados ou limitados pelo processo de socialização ao longo da vida. Esses hábitos podem incluir uso de substâncias, dietas, atividades, entre outros aspectos que tem implicações para a saúde do indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Muitos eventos podem ser percebidos como estressores na atividade e ambiente organizacional, dos quais incluem pressão ou cobrança da chefia, exigência de metas, possibilidade de ser responsabilizado por perdas de valores, insuficiência de recursos humanos, preocupação com a avaliação do desempenho e ascensão, acúmulo de funções e responsabilidade, necessidade de seguir ordens contrárias ao próprio interesse, pressão de clientes, risco de assaltos e número de horas trabalhadas (KOLTERMANN et al., 2011). Há uma relação positiva entre número de horas trabalhadas durante a semana e o estresse (VIEIRA; SCHERMANN, 2015). Outra condição que também contribui para pontuações mais elevadas de estresse é o status ocupacional, como por exemplo em indivíduos desempregados, trabalhadores não essenciais que não puderam trabalhar durante a pandemia devido a restrições e estudantes, que decorrem tanto pela falta de trabalho quanto a incerteza em relação ao trabalho ou funções (SHAH et al., 2021).

Os meios de locomoção utilizados cotidianamente também influenciam na sintomatologia do estresse, onde pessoas que utilizam transporte coletivo apresentam uma maior tendência para essa condição. Assim como o período em atividade e o período em repouso apresentam uma relação com a presença ou ausência de estresse. Indivíduos que identificaram-se como sedentários, que não praticavam nenhum tipo de atividade física, que relataram passar mais tempo sentados e que reduziram comportamentos de estilo de vida saudáveis, evidenciam maiores níveis de estresse em comparação com indivíduos que dedicam mais tempo a realização de atividades físicas e tempo dormindo (MORIARTY et al., 2021; SHAH et al., 2021; VIEIRA; SCHERMANN, 2015).

Níveis elevados de TEPT podem estar relacionados a uma resposta de sobrevivência ao trauma da violência sexual, mas também ser resultado da exposição a múltiplas experiências traumáticas no ambiente. A exposição a altos índices de criminalidade também pode ter efeito latente na saúde mental de indivíduos após a vitimização sexual. Mulheres vítimas de violência sexual tendem a apresentar altos níveis de sintomatologia de TEPT. Dentre as vítimas de violência sexual, mulheres solteiras apresentam uma maior sintomatologia de estresse em comparação com mulheres casadas ou coabitantes (MGOQI-MBALO; ZHANG; NTULI, 2017). Em situações de violência outro fator que pode influenciar o estresse é a gravidade e frequência dessa violência, e se o agressor tinha ou não alguma intenção de prejudicar a vítima (ANDHAVARAPU et al., 2021).

Outro processo de mudanças intensas que ocorrem na mulher sucedem a maternidade. No pré-natal ocorrem diferentes estímulos que influenciam os sintomas de estresse em uma mulher, dentre eles: sintomas hormonais da gravidez, como por exemplo, vômitos, náuseas, constipação, fadiga, dor e falta de sono; e efeitos emocionais que ocorrem na gravidez, como a preocupação com o trabalho de parto, o estabelecimento da amamentação, o futuro do bebê, e o aumento da responsabilidade familiar (ANDHAVARAPU et al., 2021). Essas situações em conjunto podem ser particularmente estressantes.

2.2.4 Fatores ambientais

O estresse ambiental pode ser constituído por estresses agudos ou crônicos, e envolvem interferências sensoriais negativas percebidas pelo organismo. O estresse ocasionado pelo ruído tornou-se constante devido ao aumento da urbanização, uso de automóveis, ocupação baseada em ruído e modificações no estilo de vida. O ruído afeta não apenas o sistema auditivo, mas também pode debilitar outros sistemas em humanos e animais, havendo o potencial de afetar o Sistema Nervoso Central (SNC) de formas heterogêneas (ARJUNAN; RAJAN, 2020). Na literatura há extensas evidências epidemiológicas para uma relação significativa entre a exposição de ruídos ambientais,

em particular para a exposição ao ruído do tráfego rodoviário, ferroviário e aéreo, e desfechos psicológicos (HAHAD et al., 2019).

O ruído interfere na comunicação, perturba atividades diárias e ao sono, levando assim ao estresse mental. Após a exposição crônica, as respostas ao estresse devido ao aumento dos níveis de hormônio do estresse levam ao desequilíbrio autonômico, estresse oxidativo, inflamação e disfunção endotelial. Portanto é acelerado o desenvolvimento de fatores de risco cerebrocardiovasculares e doenças, incluindo sintomas e distúrbios psicológicos (HAHAD et al., 2019). Quando o ruído atinge o cérebro pela via auditiva inicia a secreção do Hormônio Liberador de Corticotrofina (CRH) pelo Núcleo Paraventricular do Hipotálamo (PVN). O CRH atua nas células corticotróficas da hipófise anterior e sua síntese e o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) que entram na circulação, e atingem a glândula adrenal (ARJUNAN; RAJAN, 2020).

O córtex adrenal sintetiza corticosteróides (CORT). Quando o nível de CORT aumenta, ele se liga aos receptores de glicocorticóides Tipo I e Tipo II presentes nos neurônios, seguindo várias vias inflamatórias, como TNF- α , NF- κ B. Há a ativação de citocinas pró-inflamatórias, estresse oxidativo que alerta a síntese, bem como a secreção e neurotoxicidade do neurotransmissor. O excesso de radicais livres e citocinas inflamatórias causam formação de tangentes neurofibrilares (NFT), encolhimento de dendritos no soma, diminuição da produção de mRNA, a metilação do DNA e a fragmentação do DNA no núcleo prejudicam a potenciação de longo prazo (LTP), a cognição e a neurodegeneração (ARJUNAN; RAJAN, 2020).

A poluição sonora aumentou o estresse no dia-a-dia, tornando-se um perigo para o bem-estar físico, mental e social de um indivíduo que trabalha em ambiente ruidoso ou daqueles que estão mais vulneráveis a exposição ao ruído (ARJUNAN; RAJAN, 2020). Um aumento na formação de espécies reativas de oxigênio e estresse oxidativo pode estar relacionado a alterações endoteliais induzidas por ruído, pois ocorrem mecanismos fisiopatológicos pelos quais o ruído induz efeitos adversos à saúde (HAHAD et al., 2019). Entretanto existem outros estressores ambientais que vão além da poluição sonora, como por exemplo a poluição atmosférica que também afetam o cotidiano de um indivíduo.

Os poluentes naturais podem surgir tanto de fontes naturais, como por exemplo incêndios florestais, erupções vulcânicas, solo aerossolizado e poeiras, pólen e bolores; como surgir de fontes antropogênicas, que seriam indústrias, centrais elétricas, tráfego, aquecimento doméstico, cozinha, construção, desgaste mecânico, agricultura, entre outros. A poluição do ar ambiente se refere a poluição ao ar livre, e se concentra principalmente em área urbana, devido à alta densidade de população, crescente urbanização e maiores níveis de emissão derivadas do tráfego. A estreita interação entre estresse oxidativo e inflamação representa um meio provável onde as ações da poluição do ar podem ser amplificadores na produção de efeitos fisiopatológicos no organismo (MILLER, 2020).

Maior poluição no ar apresentou correlação com uma maior prevalência de estresse mental. O número de habitantes em uma cidade e a poluição do ar estão significativamente associados ao estresse mental, onde uma maior poluição do ar indica níveis mais elevados de estresse, e um número maior de habitantes indica menos estresse mental, que pode estar relacionado ao acesso de serviços e recursos em cidades maiores, podendo apresentar um efeito moderador sob a condição de saúde (ZHANG et al., 2021). Devido as mudanças climáticas é esperado que ondas de calor tornem-se mais frequentes em um futuro próximo. O estresse térmico não é causado apenas por altas temperaturas ambientais. Diante de uma condição de esforço físico há um aumento na produção de calor dentro do organismo, caso não haja perda o suficiente de calor, existe o risco de estresse térmico por esforço (LEYK et al., 2019).

Existem também outros fatores que isoladamente ou quando combinados podem dar origem ao estresse por calor, dentre eles o vestuário, clima e fatores individuais. Propriedades isolantes em uma roupa reduzem a evaporação de suor, um mecanismo fisiológico de resfriamento. Além disso, ondas de calor repentina ou mudanças climáticas aumentam o risco de um evento de saúde relacionado ao calor. Excesso de peso, baixo condicionamento físico, infecções agudas, doenças, desidratação entre outros também reduzem a tolerância ao calor. Os riscos de eventos de saúde relacionados ao calor são maiores em atividades esportivas e de trabalho, das quais envolvem intensa produção metabólica de calor e/ou onde a dissipação de calor é restrita. A tolerância ao calor pode variar muito devido a infecções e doenças agudas,

desidratação, ingestão de medicamentos, aclimação insuficiente, entre outros (LEYK et al., 2019).

O estresse térmico é derivado de componentes amplamente independentes que provocam resposta termorregulatórias específicas. A temperatura do ar e a radiação térmica determinam a temperatura da pele, sendo essa influenciada pelo ambiente. A capacidade evaporativa do ambiente deve permitir a evaporação do suor suficiente para atingir o equilíbrio térmico e o controle da temperatura central. A temperatura central do corpo é independente do ambiente, mas ainda assim é impulsionada pela produção metabólica de calor em relação à potência aeróbica máxima individual. Tensões combinadas são integradas para aumentar a taxa de suor. O ambiente deve permitir a produção de suor fisiológico para evaporar, garantindo assim o equilíbrio térmico e o controle da temperatura central (BROTHERHOOD, 2008).

O calor é mantido no corpo em função de sua massa, do calor específico médio dos tecidos do corpo e de sua temperatura média. Mudanças na proporção de calor corporal resultam em mudanças na temperatura corporal. Para manter a temperatura corporal tolerável durante o exercício, a carga metabólica de calor deve ser equilibrada por uma transferência igual de calor do corpo para o ambiente. A transferência de calor entre o corpo e o ambiente ocorre pelo fluxo de calor para baixo dos gradientes de temperatura e umidade através de três processos que atuam independentemente: radiação térmica, convecção e vaporização. O calor também pode ser obtido do ambiente para aumentar a carga metabólica de calor, as condições ambientais podem impedir a perda de calor adequada (BROTHERHOOD, 2008).

2.2.5 Fatores fisiológicos

A compreensão do estresse no cérebro evoluiu ao longo da história. O conceito atual da ação dos CORT no cérebro se baseia em pesquisas do período de 1964 a 1976, que trazem observações a respeito da descoberta de receptores nucleares de corticosterona no sistema límbico do cérebro que medeiam o controle sobre os circuitos neuronais subjacentes à atividade hipotálamo-pituitária-adrenal e adaptação comportamental. Já no período de 1977 a 1989 houveram alguns aspectos do conceito

de neuropeptídeo, a implementação da micro-neuroquímica usando o “Palkovits punch” e a aplicação de autorradiografia in vitro. Dois tipos distintos de receptores nucleares para CORT foram identificados: receptores mineralocorticoides (MR) e receptores de glicocorticóides (GR) que medeiam de maneira coordenada o controle esteróide da atividade e comportamento do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (DE KLOET, 2000).

Entre 1990 a 2000 o foco foi no equilíbrio das ações mediadas por MR e GR no controle da homeostase como um determinante de saúde e da doença. O MR opera de maneira proativa para evitar distúrbios homeostáticos, enquanto a ativação GR adicional promove de forma reativa a recuperação após o estresse. Um desequilíbrio em MR e GR está associado a déficits comportamentais e distúrbios neuroendócrinos, aumentando a vulnerabilidade para distúrbios cerebrais relacionados ao estresse (DE KLOET, 2000).

Os hormônios CORT agem no sistema nervoso central após o estresse, sendo secretados de maneira circadiana. Como resultado da secreção adenocortical, o hormônio do estresse atua em conjunto com outros componentes do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal para facilitar o enfrentamento do estresse e adaptação comportamental, preparando o organismo. Para que seja efetivo os CORT exercem controle de longo prazo sobre o metabolismo celular garantindo combustível suficiente para processos neurais que demandam energia. Eles controlam a excitabilidade neuronal e a atividade de sistemas neurotransmissores e neuropeptídes específicos (DE KLOET, 2000).

Os hormônios corticosteroides são secretados pelo córtex adrenal e protegem o cérebro contra eventos adversos, eles são essenciais para o desempenho cognitivo. Os MR e GR possuem papéis específicos nos vários estágios do processamento da informação, onde o contexto no qual ocorre a ativação do receptor corticosteroide é crucial para determinar os efeitos mediados por esteróides. Esses efeitos geralmente favorecem o comportamento adaptativo mais relevante para a situação, entretanto os efeitos dos CORT na cognição podem passar de adaptativos para desadaptativos (DE KLOET; OITZL; JOËLS, 1999).

Aparentemente a reatividade comportamental é aumentada de forma inadequada na ausência de CORT, assim como altas doses de corticosterona que levam à ocupação tanto dos MR quando dos GR. Já a ativação predominante de MR produzida por uma dose baixa de corticosterona normalizou esse comportamento (YÖRÜK; GÜLER, 2021). A ativação dos MR tornam-se essenciais para a interpretação dos estímulos ambientais e seleção de uma resposta comportamental. Entradas ambientais que ativam vias neuronais específicas provavelmente influenciam as mudanças mediadas por receptores de esteroides na atividade límbica (DE KLOET; OITZL; JOËLS, 1999).

Os receptores nucleares MR e GR operam de maneira coordenada para controlar a expressão de produtos gênicos, com uma função crítica na plasticidade neuronal e na adaptação comportamental. O cérebro e o comportamento possuem a capacidade de mudar a adaptar-se. A corticosterona é um hormônio do estresse e quando retido no hipocampo, área com função crítica na cognição e afeto, tem maior ação no cérebro do que o hipotálamo. A programação da função cerebral depende essencialmente dos CORT, pois dependendo da natureza de um estímulo, o processamento ocorre em vias neuronais específicas, produzindo vários coquetéis de secretagogos que estimulam a ACTH e liberação de corticosterona adrenal. A secreção de CORT ocorre de maneira inespecífica em relação a resposta a cada estímulo, que perturba ou ameaça perturbar a homeostase, sua ação em órgãos-alvo como o cérebro possuem grande diversidade (DE KLOET, 2000).

Os mecanismos dos efeitos do estresse por intermédio dos sistemas neurais e neuroendócrinos que leva a alterações específicas nos tecidos imunológico e cardiovascular e neural e adiposo produzem resultados específicos da doença. A tensão produzida pela constante variação na resposta fisiológica, assim como as mudanças no metabolismo e o impacto do desgaste em vários órgãos e tecidos podem predispor o organismo a doenças. Esse estado do organismo é definido como carga alostática. Entretanto a alostase não leva em consideração os efeitos a longo prazo de estresse repetido e desgaste ou outras alterações que podem predispor um indivíduo a doença (MCEWEN; STELLAR, 1993).

A carga alostática representa as consequências fisiológicas da exposição prolongada a estressores que interagem com a sensibilidade individual do organismo.

Enquanto os sistemas de resposta ao estresse evoluíram de forma a responder estressores agudos proporcionando uma vantagem de sobrevivência, a ativação crônica impõe um fardo que pode alterar a capacidade de resposta a novos desafios, deixando o indivíduo mais vulnerável a novos estressores e contribuindo para os processos de doença. Esse contexto juntamente com a variabilidade interindividual nas respostas ao estresse pode explicar as variações de níveis de tolerância de um estressor em comparação de um indivíduo para outro (THOMSON, 2019).

A complexa interação de fatores biopsicológicos pode contribuir para a suscetibilidade da mulher em desenvolver TEPT, bem como apresentar uma sintomatologia crônica (ROBLES-GARCÍA; FRESÁN; YOLDI, 2020). O estresse pode aumentar a vulnerabilidade a doenças por desviar a energia do sistema imunológico; havendo até mesmo uma relação entre estresse e doenças cardiovasculares (LENZI NODARI et al., 2014).

Os estressores podem ameaçar diretamente a homeostase do sujeito, como também seu conforto, status social, objetivos ou pensamentos introspectivos dentre outros fatores. A neurogênese hipocampal adulta (AHN) aparentemente apresenta um papel modulador na resposta ao estresse, e é fundamental para moldar a adaptação a ambientes exigentes, pois estão envolvidas na expressão de resposta ao estresse nos níveis comportamental, afetivo, cognitivo e fisiológicos. Em indivíduos que são submetidos a estresse crônico ou traumático, a AHN seria rompida juntamente com outras áreas do cérebro envolvidas na avaliação e regulação das emoções, resultando potencialmente em neuropatologias afetivas (SURGET; BELZUNG, 2022).

O acúmulo de eventos estressantes na vida pode contribuir para alterações do estresse oxidativo no corpo, onde eventos de estresse da vida podem elevar os níveis de 8-isoprostano, mas diminuir os níveis de antioxidantes (KIM et al., 2017). O aumento da atividade da amígdala é outro fator que está relacionada a maior carga de estresse emocional (HAHAD et al., 2019). Marcadores de estresse oxidativo como níveis de 8-isoprostano tende a ser significativamente maiores em mulheres abusadas, quando comparado a não abusadas. Já os níveis de antioxidantes são significativamente mais baixos em mulheres abusadas em comparação a mulheres não abusadas (KIM et al., 2017).

A relação cortisona/cortisol está mais relacionada a faixa etária adolescente. Que pode estar associado a um marcador indireto da atividade local da enzima 11 β -hidroxiesteroide desidrogenase, que converte cortisol em cortisona. Concentrações mais altas de cortisona ou de cortisol mais baixas e o estirão de crescimento em adolescentes pode explicar a cortisona mais alta pela conversão de níveis mais altos de cortisol circulante, que reflete em um mecanismo biológico normal. Há um impacto na desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal ocasionado pela exposição a longo prazo de múltiplas formas de violência, que podem ser percebidos por níveis mais elevados de cortisol (ANDHAVARAPU et al., 2021).

2.2.6 Percepção da realidade

Um conjunto de fatores pode influenciar a interpretação do indivíduo em relação a forma como um estressor é vivenciado. Não depende da caracterização do estressor exclusivamente, mas principalmente da autoeficácia do indivíduo, percepção de controle e disposição afetiva. Esse processo interpretativo torna o indivíduo protagonista na experiência do estresse (LE FEVRE; MATHENY; KOLT, 2003).

Existe um conjunto de características pessoais internas relacionadas ao estresse, como a percepção externa, autoestima e resiliência, e estas influenciam na percepção e resposta de um indivíduo diante de um evento estressor. Os indivíduos tentam atingir seus objetivos da maneira mais eficaz e gratificante possível, o desejo de responder adequadamente a uma situação social exige uma percepção acurada da realidade. Para isso são necessárias capacidades de interpretar e reagir corretamente as informações percebidas. Uma percepção, cognição ou comportamento imprecisos pode afetar na possibilidade entre conseguir uma barganha ou ser enganado. A forma como se processa as informações e a interpretação acerca dela afetam a resposta à situação (CIALDINI; GOLDSTEIN, 2004).

O estresse é um mecanismo importante no organismo humano para a adaptação ao ambiente, pois o episódio gerador de estresse ou estímulo atinge o indivíduo de maneira variada e através da resposta é permitido o enfrentamento ou a proteção frente a uma situação de perigo. Os eventos ou agentes estressores exercem um efeito

estimulante, e conseqüentemente ocasionam respostas comportamentais e fisiológicas empregadas para enfrentar estes desafios (BOFF; OLIVEIRA, 2021).

Essa exposição coloca o indivíduo em alerta e prepara-o para uma ação, proporcionando a melhora do desempenho. Entretanto quando o estímulo estressor é persistente e crônico, ele deixa de ser saudável e passa a trazer danos ao organismo, apresentando efeitos maléficos que comprometem o bem estar, e de modo a reduzir a qualidade de vida. Existem variações individuais ao lidar com o estresse, havendo mecanismos que fundamentam nossa resposta ao estresse suportando as funções fisiológicas, que envolvem a participação de diferentes sistemas na tentativa de manter a homeostase perturbada pelo estímulo ou agente estressor, contribuindo para a adaptação. A manutenção da homeostase é importante e necessária para que o organismo tenha um funcionamento fisiológico favorável, pois desequilíbrios na homeostase podem resultar em estados patológicos (BOFF; OLIVEIRA, 2021). Apesar disso, parte dessa capacidade de adaptação está relacionada a percepção do próprio sujeito.

Múltiplos fatores operam em seqüência na ocorrência de estresse. No aspecto comportamental como o indivíduo interpreta e reage a situação tem uma maior influência. Sua reação diante a estímulos físicos e psicológicos é determinada parcialmente pelo contexto social em que ocorrem e pelo status social do indivíduo (MCEWEN; STELLAR, 1993). Diversos tipos de avaliação a um evento traumático podem produzir uma sensação de ameaça atual. Quando ocorre a generalização demasiada de um evento, conseqüentemente perceber-se erroneamente uma série de atividades que seriam consideradas normais como mais perigosas do que realmente são. Pode haver uma exacerbação na crença da probabilidade de ocorrência de outros eventos catastróficos em geral, ou perceberem-se como portador de um “magnetismo” para situações ruins em comparação a outras pessoas após um evento traumático. Esse tipo de avaliação não gera apenas um medo situacional, mas também a evitação em conseqüência a um medo generalizado (EHLERS; CLARK, 2000).

A autoestima é uma capacidade que está diretamente ligada a autopercepção, sendo compreendida como uma atitude de respeito por sua própria natureza ou caráter e está relacionada a sentimentos de autovalor, mérito e valor pessoal de modo geral. A

estima por parte de outras pessoas é definida como o que um indivíduo recebe dos outros em relação a sua natureza pessoal, sendo assim, a necessidade de estima é influenciada pela falta de respeito que alguém tem por si mesmo ou que recebe de outras pessoas (SANTOS LUISA SOUZA ERTHAL et al., 2020).

É chamado de resiliência psicológica a capacidade de agir e recuperar-se efetivamente em um processo de adaptação, que normalmente é demorado e contínuo. Essa é uma característica importante na adaptação e na luta contra eventos desafiadores da vida. Quanto maior a resiliência, melhor as condições de saúde mental, e o aumento dessa capacidade está associado à redução dos sintomas de estresse e exaustão emocional (YÖRÜK; GÜLER, 2021). Pessoas que abarcam maior conhecimento educacional apresentam diferenças nas percepções de eventos específicos como estressantes, e conseguem gerenciar melhor situações de estresse, o que inclui estratégias de enfrentamento, melhor disponibilidade de recursos para lidar com eficácia e a acessibilidade ao apoio psicológico (ANDHAVARAPU et al., 2021).

Mulheres que estão expostas a violência tem seu espaço para construção de um universo moral limitado, onde muitas vezes não conseguem desenvolver plenamente a criatividade que incorpore espontaneidade e aceitação de fatos, tendo limitações na resolução de problemas, ressignificação de preconceitos, auto respeito e respeito ao outro. Vítimas de violência principalmente em um contexto de pandemia, com a condição de reclusão com o agressor, passam a viver uma complexa introjeção da forma como são vistas e tratadas pelos agressores. Essas condições ocasionam um desequilíbrio psicológico, onde a mulher não encontra forças emocionais para desenvolver sua própria autoestima. Frequentemente pode sentir-se inferiorizada na relação, a ponto de não identificar-se como agente de transformação da situação em que vive. Havendo limitações diante da percepção de seu potencial e de identificar possibilidades de novos ou melhores cenários em relação a sua situação atual (SANTOS LUISA SOUZA ERTHAL et al., 2020).

2.3 Prevalência e fatores associados a violência por parceiro íntimo

A VPI é uma fonte aguda de estresse, que pode ocasionar sintomas de saúde física e TEPT, podendo ser também um estressor crônico e prolongado, que afeta ainda mais o equilíbrio fisiológico geral e o bem-estar (LUTGENDORF, 2019; WOODS et al., 2008). Esse estressor é complexo, inclui o ciclo de violência, a intensidade e duração da violência, história pregressa de abuso, a ocorrência concomitante de outros estressores, se a VPI se constituiu em um trauma para a vítima, e se ela ainda está em um relacionamento íntimo com o agressor (YIM; KOFMAN, 2019). Mundialmente 38% dos homicídios de mulheres são ocasionados pelo parceiro íntimo, e quase 1/3 das mulheres de 15 a 49 anos relataram que já foram submetidas a alguma forma de violência sexual e/ou física por parte de seu parceiro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A VPI é todo e qualquer comportamento de violência cometido em uma relação íntima de afeto, seja ela atual ou pregressa, independentemente de coabitação, que inclui violência física, psicológica, sexual, moral, patrimonial e comportamento controlador, dos quais estão inclusos na Lei Nº 11.340, de 2006, também denominada Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006; KRUG et al., 2002). Já a violência contra a mulher em geral pode ser praticada por parceiros, familiares, ou desconhecidos de ambos os sexos (SANTOS LUISA SOUZA ERTHAL et al., 2020). Na área da saúde esse tipo de violência usualmente é dividido em quatro modalidades de expressão: violência psicológica, física, sexual e de abandono ou negligência (KRUG et al., 2002).

De acordo com a OMS, a VPI pode ser explicada pela abordagem ecológica que classifica influências ambientais e de contexto no desenvolvimento dos indivíduos, onde um maior risco de violência interpessoal pode ser ocasionado por diferentes fatores que incluem características socioculturais, comunitárias familiares e individuais, mais especificamente a interação entre esses quatro fatores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [s.d.]). A VPI está relacionada a normas hierárquicas de gênero presentes em uma sociedade patriarcal, onde o homem ocupa uma posição de poder, privilégio e liderança, possuindo o direito ao controle sobre os bens, o corpo e os comportamentos femininos (DOUGHERTY, 2008; NAMY et al., 2017). O fato de sentir que esse controle é desafiado ou ameaçado pode influenciar na ocorrência de atos violentos. Condições socioeconômicas precárias também estão associadas ao risco de VPI. O estresse relacionado a condições

precárias de vida e a não-garantia de acesso a bens e serviços culmina em dimensões relativas ao gênero (LUCAS D'OLIVEIRA et al., 2009).

A VPI afeta a saúde física e mental da mulher e é um importante problema de saúde pública, e pode ser expresso por meio de abusos físicos e sexuais, perseguição e agressão psicológica. Um estudo realizado pela OMS nos anos de 2000 a 2003 demonstrou que em dez países cerca de 15 a 71% das mulheres de 15 a 49 anos moradoras de áreas urbanas e rurais sofreram violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo em algum momento da vida (MASCARENHAS et al., 2020; ELLSBERG et al., 2008). Entre os anos de 2005 e 2006 a prevalência de VPI em um estudo realizado no Nordeste do Brasil comparando antes, durante e/ou depois da gestação foi de 47,4%, 32,4%, 31% e 22,6% respectivamente. Mulheres que sofreram violência antes da gravidez apresentaram um Odds 11,6 vezes maior de relatar violência durante a gravidez. Em mulheres que sofreram violência durante a gravidez, o Odds de violência pós-parto foi de 8,2 vezes maior. A prevalência de violência psicológica nos três períodos foi quase duas vezes maior (42,0%) que a física (28,6%), e quatro vezes maior que a sexual (9,8%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Um estudo realizado no ano de 2010 no Estado de São Paulo constatou a prevalência de violência física por parceiro íntimo entre 26% de mães que residiam com filhos menores de 18 anos (DE MELO MIRANDA; DE PAULA; BORDIN, 2010). Em um estudo publicado no ano de 2015 nos Estados Unidos constatou-se uma prevalência de violência psicológica, violência física e violência sexual de 31%, 19% e 7% respectivamente (MONTGOMERY et al., 2015). Em uma amostra etnicamente diversa de 157 mulheres, dentro de um período de 9 meses, 53,5% da amostra que procurou um profissional de saúde apresentou um ou mais sintomas de estresse, e 35% sintomas ginecológicos. Na amostra em questão as mulheres experimentaram violência física, abuso emocional, violência sexual, ameaças de violência e risco de homicídio em seus relacionamentos íntimos atuais. Foram identificados altos níveis de gravidade da sintomatologia de TEPT, onde 92,4% preencheram critérios para diagnóstico clínico. Níveis mais altos foram associados a sintomatologia de TEPT, e todos os tipos de VPI foram associados a sintomas de estresse (WOODS et al., 2008).

Em um estudo realizado nos EUA com uma amostra de 732 indivíduos, aproximadamente 24% das mulheres na amostra relataram ter experimentado um ou mais subtipos de VPI (9% física, 12% sexual, 19% psicológica). As taxas de níveis diagnósticos de sintomas de TEPT nas mulheres foram de 25%. Os subtipos de VPI demonstraram altas correlações entre si (0,50) e correlações mais modestas com sintomas de TEPT (0,26). Todos os três subtipos de VPI demonstraram efeitos pequenos, mas estatisticamente significativos nos sintomas de TEPT. Os resultados sugeriram ainda que a exposição a todas as três formas de VPI foi a forma mais comum de exposição à VPI e foi associada a níveis diagnósticos de sintomas de TEPT, principalmente a VPI psicológica e sexual. A co-ocorrência de todos os três subtipos de VPI foi a forma mais comum de exposição à VPI, sendo o efeito cumulativo de múltiplas formas de VPI mais influente nas sequelas pós-traumáticas para mulheres (YALCH; RICKMAN, 2021).

No ano de 2014 foi divulgado um estudo com o objetivo de identificar a relação entre VPI e gravidade de TEPT. Dentre as mulheres que apresentaram baixa gravidade de TEPT, 34% classificou sua vitimização de VPI como um estressor de critério diagnóstico A (ou seja, perigo de prejudicar a si mesma ou aos outros, experienciando medo, desamparo ou horror), 53,5% classificaram como compatível ao critério F (ou seja, comprometimento funcional relacionado a sintomas de estresse pós-traumático), e 8,8% preencheram todos os critérios diagnósticos para TEPT. Dentre as mulheres com gravidade moderada de TEPT 57,9% classificaram a VPI como estressor critério A, 87,6% como critério F e 50,3% preencheram todos os critérios. Dentre as mulheres de alta gravidade para TEPT, 87% classificou a VPI como um estressor critério A, 95,7% com comprometimento funcional compatível com o critério F, e 80,4% preencheram todos os critérios para TEPT. A maior proporção de mulheres foi encontrada no grupo de alta gravidade, e mulheres nas gravidades alta e moderada relataram VPI psicológica e física mais grave em comparação a mulheres de gravidade mais baixa (HELLMUTH et al., 2014).

Especificamente a violência psicológica possui desafios em sua conceituação, decorrentes do continuum de abuso que caracteriza esse tipo de violência. A violência psicológica normalmente começa com o que é denominado de “agressão psicológica”, constituída por gritos e insultos, que posteriormente se estende a “coerção”, que é o controle e isolamento da vítima. A associação entre violência psicológica em mulheres

e TEPT apresentou um grande tamanho de efeito em um estudo de revisão sistemática publicado em 2022 por meio de metanálises de Hedges g (0,54 [0,41; 0,67]). A razão de chances de TEPT para vítimas do sexo feminino foi de 2,23 (IC 1,37-3,64) (DOKKEDAHN et al., 2022). Com base em definições presentes nas escalas Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI) e a Coercion in Intimate Partner Relationships (DUTTON; GOODMAN, 2005; TOLMAN, 1989), foram divididos três subtipos de violência psicológica no estudo em questão: emocional/verbal, dominância/isolamento e controle coercitivo. Todos os subtipos de violência psicológica estão associados a sintomas de TEPT, tendo como maior tamanho de efeito o controle coercitivo (Hedges $g=1,23$) seguidos pelo subtipo emocional verbal e domínio/isolamento (Hedges $g= 0,91$ e $0,83$, respectivamente) (DOKKEDAHN et al., 2022).

A violência psicológica é latente e sutil, tornando por vezes de difícil identificação para o indivíduo. Raramente é caracterizada por um único evento, tornando a vitimização repetida e prolongada, podendo ser extremamente ameaçadora e traumática para quem sofre com essa condição (DOKKEDAHN et al., 2022). Mulheres exposta a diferentes tipos de violência tendem a apresentar níveis educacionais mais baixos, alto índice de desemprego e também terem sido submetidas a abuso sexual na infância, apresentando maior propensão a enfrentar outros tipos de abuso ao longo da vida em comparação a mulheres sem histórico de abuso (MGOQI-MBALO; ZHANG; NTULI, 2017; ROBLES-GARCÍA; FRESÁN; YOLDI, 2020). Vítimas de abuso por seus parceiros relatam a experiência de eventos de estresse de vida significativamente maiores (KIM et al., 2017).

Vítimas de violência relatam perceber suas condições de saúde como ruins ou muito ruins (ELLSBERG et al., 2008). A violência de gênero é frequentemente encontrada na sociedade patriarcal capitalista e existe uma tentativa constante de subjugar a mulher a condição de inferioridade, que podem intensificar-se conforme os costumes e a cultura socialmente construídos ao longo da história da humanidade. Experiências de violência na família de origem demonstram uma associação consistente ao risco de sofrer violência por parceiro íntimo na vida adulta (SILVA et al., 2011). Existem elementos preconceituosos e arcaicos que compõem a cultura brasileira excedendo a categoria de gênero, como por exemplo a etnia, onde mulheres pretas e pardas vivenciam a violência de modo diferente das mulheres brancas. Essas mulheres encontram-se historicamente

vinculadas a situações de violência, e sofrem uma maior dificuldade no combate a esse ciclo, principalmente em casa e no trabalho (SIQUEIRA et al., 2018).

A violência psicológica por parceiro íntimo está diretamente relacionada com a presença de sintomas pós-traumáticos e dependem também da duração da relação psicologicamente abusiva, onde a dissipação da sintomatologia é influenciada pelo tempo decorrido após o término do relacionamento. A experiência de estar em um relacionamento abusivo é um forte preditor de transtornos afetivos, sendo assim, violências não físicas também apresentam grande impacto sob a saúde mental, e podem ser afetados pela gravidade e extensão da exposição (COMEÇANHA; BASTO-PEREIRA; MAIA, 2017).

Na literatura não existe um padrão de perfil socioeconômico entre as vítimas de violência por parceiro íntimo, pois a ocorrência de violência é influenciada por diferentes características de acordo com a região e cultura, sofrendo assim uma variação. Estudos demonstram que a violência psicológica pode estar mais associada a mulheres mais jovens com faixas etárias entre 20 a 29 anos, e pode estar relacionado a imaturidade emocional e a dificuldade dessas mulheres reconhecerem-se em situação de violência, onde o agressor exerce uma situação de domínio. Um maior nível de escolaridade foi associado positivamente a violência psicológica, e pode estar relacionado a pouca aceitação do companheiro a ascensão feminidade em relação à escolaridade e ao mercado de trabalho (SIQUEIRA et al., 2018). Em contrapartida a parceiros com nível de escolaridade superior, que tendem a ser um fator protetor para as situações de violência (ANDHAVARAPU et al., 2021).

Mulheres com menor escolaridade apresentaram maior probabilidade de relatar violência física e emocional. Já mulheres que sofreram violência física, emocional e sexual apresentaram menor poder aquisitivo e essa ocorrência foi mais prevalente em mulheres que possuíam filhos, ainda que essas informações variem entre os estudos acerca do tema, não havendo um consenso a respeito de certas características das vítimas (ELLSBERG et al., 2008; SIQUEIRA et al., 2018). Ainda que a VPI seja o tipo de violência contra a mulher mais recorrente difere entre países e níveis socioeconômicos distintos, em países desenvolvido estima-se que uma em cada três mulheres seja vítima

de abuso cometido pelo parceiro, e acredita-se que esse índice seja ainda maior em países em desenvolvimento (FIDAN; BUI, 2016).

Acredita-se também que há uma baixa denúncia de casos de abuso psicológico nos sistemas de informação, que tende a ser mais negligenciado e dificilmente reconhecido. Na maioria dos casos as mulheres optam por recorrer ao atendimento de saúde ou ao auxílio policial apenas quando a violência ultrapassa danos psicológicos e passa a ocasionar lesões físicas. Em dispositivos de saúde a violência psicológica é relatada através de dores crônicas, síndrome do pânico, depressão, tentativa de suicídio, distúrbios alimentares, entre outros, que fazem com que a violência seja pouco investigada, gerando assim uma subnotificação da violência psicológica ocasionada pelo parceiro (DA SILVA; COELHO; DE CAPONI, 2007; DE OLIVEIRA; FERIGATO, 2019; MASCARENHAS et al., 2020; SIQUEIRA et al., 2018).

A grande variabilidade de termos e rótulos para se referir a violência psicológica em diferentes estudos e na constituição do próprio fenômeno causam o desentendimento na linguagem, interferindo na comunicação entre os diversos pesquisadores e a própria população em geral que passa a não entender como se caracteriza e o que compõe a condição, bem como sua gravidade (DOKKEDAHN et al., 2022). Durante a pandemia, ainda que o número de registros oficiais em boletins de ocorrência tenha diminuído, a subnotificação identificada por feminicídios e homicídios femininos apresentou um crescimento, indicando um aumento na violência doméstica (SOUSA; SANTOS; ANTONIETTI, 2021). O aumento da violência contra a mulher está relacionado a preocupações com segurança, saúde e dinheiro e a redução drástica do número de abertura de boletins de ocorrência acerca da violência doméstica indica que as mulheres não conseguem acessar os locais de denúncia (SANTOS LUISA SOUZA ERTHAL et al., 2020; SOUSA; SANTOS; ANTONIETTI, 2021).

2.4 Pandemia COVID-19

A pandemia da COVID-19 pode ser caracterizada como um estressor universal e crônico, por afetar todas as pessoas do mundo em diferentes setores da sociedade (PFEIFER et al., 2021). Entretanto essa condição não se qualifica como um evento

traumático de acordo com os modelos e critérios diagnósticos para o TEPT, mas pesquisas emergentes demonstram sintomas de estresse traumático como resultado desse estressor global contínuo (BRIDGLAND et al., 2021).

Essa condição inclui também estressores adicionais devido as implicações para a saúde e o bem-estar, além do fato das medidas impostas para controle do vírus também serem percebidas como estressantes (PFEIFER et al., 2021). Estresses traumáticos normalmente estão associados a eventos passados com exposição direta que ameaçam a vida ou a integridade, entretanto eventos futuros com exposição indireta a traumas também podem levar a reações de estresse traumático. Condições de exposição indireta ou eventos ainda não ocorridos são incondizentes com os critérios diagnósticos presentes no Critério A do TEPT, no entanto a sintomatologia de estresse traumático durante a pandemia da COVID-19 apresentou-se mais relacionadas ao futuro, a exposição indireta por meio da cobertura da mídia, e a eventos estressantes, como o isolamento, desemprego e doença/morte não súbita (BRIDGLAND et al., 2021).

Existe uma profunda distinção ontológica entre algo que aconteceu no passado e algo que poderá acontecer no futuro, ainda assim é possível que reações patológicas possam ocorrer em resposta a qualquer experiência mentalmente representada, seja ela lembrada e/ou imaginada, sendo possível sintomas de TEPT diante a antecipação de eventos futuros negativos. A sintomatologia do TEPT é encontrada em membros do público geral que são apenas expostos a material traumático, geralmente através de mídias de notícias. Divórcio, perda de emprego e eventos médicos não repentinos são uma série de eventos que pode ser ocasionada durante uma pandemia, mas não se caracterizam como eventos de ameaça imediata a vida ou lesão física, portando não se qualificam para o diagnóstico de TEPT (BRIDGLAND et al., 2021).

Em um estudo realizado em cinco países diferentes com uma composição socioeconômica semelhante que incluiu EUA, Reino Unido, Canadá, Austrália e Nova Zelândia foi investigada a percepção de indivíduos durante a pandemia COVID-19. De acordo com os escores do Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) 13,2% dos participantes podem ser classificados como positivos para TEPT e de acordo com a escala Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) 63,0% da amostra apresentou níveis normais de estresse, 22,6% apresentou níveis de leve a moderado e

14,4% níveis graves e extremamente grave. As piores experiências vivenciadas relatadas com maior frequência durante esse período foram confinamento (13,1%), problemas para obter suprimentos (11,2%) e auto-isolamento voluntário (10,8%). A pior experiência antecipada mais comum foi o falecimento de família/amigos próximos (38,1%), seguido por adoecimento ou falecimento (22,2%) e familiares/amigos próximos com teste positivo (9,2%). Os participantes apresentaram sintomas semelhantes aos do TEPT para eventos que ainda não haviam acontecido (BRIDGLAND et al., 2021).

Em um estudo que objetivava identificar a percepção de estresse durante a pandemia utilizando o instrumento Perceived Stress Scale - 10 (PSS-10), a média do escore foi de 17,4 indicando pontuações significativamente mais altas entre mulheres, jovens, estudantes, pessoas que se consideravam mais suscetíveis ao coronavírus e aqueles que expressaram preocupação em se infectar (SINTA et al., 2020). Uma metanálise realizada com 63 estudos, incluindo 23 países de três continentes distintos (Ásia, América e Europa), identificou que indivíduos que sofreram exposição direta ou eram sobreviventes da COVID-19 tiveram uma menor proporção de TEPT de 15,45%; grupos que testemunharam a exposição ou atuaram como profissionais da saúde apresentaram uma taxa de prevalência de TEPT de 17,23%; já a população em geral que não foi diretamente exposta teve uma taxa de prevalência de 17,34%. As pessoas infectadas pela COVID-19 experienciaram os sentimentos de trauma devido a hospitalização, a quarentena, as próprias ocorrências da doença e/ou a estigmatização de amigos e familiares pós recuperação. Em contraponto as pessoas que não foram diretamente expostas ao vírus sofreram com situações de estresse devido aos bloqueios, isolamento social, instabilidade econômica e informações divulgadas pela mídia (YUNITRI et al., 2022).

Em pandemias, especialmente como na COVID-19, ocorrem circunstâncias semelhantes às consequências de desastres naturais. Devido ao bloqueio nacional necessário para o controle da disseminação do vírus a sociedade enfrenta situações como a diminuição de transporte, alimentação e segurança geral. Sendo assim ocorre um isolamento de período mais longo nas famílias em contraposição ao apoio social geralmente incentivado após desastres naturais (SIQUEIRA et al., 2018). Houve uma diminuição do transporte público, assim como restrição no seu funcionamento. A

maioria dos grandes eventos foram cancelados, fossem eles culturais, religiosos ou esportivos, como shows e festivais. Também ocorreu a restrição do funcionamento de locais, como o fechamento temporário de cafeterias, restaurantes, museus ou teatros. Todas essas mudanças geraram uma ameaça ao bem-estar psicológico e o ambiente social (KOWAL et al., 2020).

As condições da pandemia passaram a gerar um sofrimento na população mundial, pois muitas pessoas ficaram preocupadas com os efeitos imediatos do vírus a saúde e as consequências do isolamento físico. O medo da infecção, morte e perda dos familiares está presente na realidade dos indivíduos, que também foram fisicamente distanciados de seus entes queridos (UNITED NATIONS, 2020). A pandemia desencadeou alterações bruscas no estilo de vida das famílias e população em geral, com influências negativas nas atividades econômicas, além disso o distanciamento social imposto pelas medidas sanitárias trouxe repercussões nos relacionamentos interpessoais, principalmente entre parceiros íntimos (SOUSA; SANTOS; ANTONIETTI, 2021).

A presença ou ausência de outras pessoas é um fator que pode influenciar os níveis de estresse das pessoas em quarentena ou isolamento. Em circunstâncias de um ambiente físico e socialmente restrito é possível que sejam relatados altos índices de conduta e sintomatologia hostil severa, depressão, insônia e ansiedade. No período pandêmico existem pessoas que permanecerão no conforto de suas casas cercado por amigos ou parentes, e outras que passarão por esse momento sozinhas. É difícil prever se essas condições ocasionarão efeitos positivos ou negativos, tendo em vista que a variabilidade da personalidade individual pode experimentar um maior estresse tanto para aqueles que vivem sozinhos, quanto para aqueles que estão perto de outras pessoas. Especificamente sujeitos submetidos a superlotação ou aglomeração residencial e sujeitos em total isolamento estão sujeitos a experimentarem níveis mais altos de estresse e maiores prejuízos à saúde mental, tendo uma curva em forma de U devido as condições extremas (KOWAL et al., 2020).

Muitas pessoas precisam lidar com os problemas provenientes da perda econômica ou do risco de perder seus rendimentos e meios de subsistência. Grande parte do comércio e indústrias sofreram uma desaceleração no seu desempenho, dificultando o custeio de itens básicos de sobrevivência, como alimentos, água e roupas (SANTOS LUISA

SOUZA ERTHAL et al., 2020). As taxas de desemprego atingiram níveis semelhantes a Grande Depressão e as dificuldades financeiras pode levar as pessoas a serem despejadas de seus alugueis (ALMEIDA et al., 2020). Famílias se viram impossibilitadas de realizar o pagamento de contas básicas, como água, esgoto e luz elétrica, sendo esses postergados para priorizar itens de primeira necessidade(SANTOS LUISA SOUZA ERTHAL et al., 2020). Indivíduos que estão perdendo seus empregos podem experimentar uma diminuição na autoestima, e essa sintomatologia também pode estar associada a VPI, assim como maiores índices de depressão, ansiedade e estresse, tanto em homens quanto em mulheres (AKEL et al., 2021).

O distanciamento social forçou as pessoas a renunciarem o prazer pessoal para priorizar as necessidades do grupo, deixando de comparecer a reuniões sociais, shows, viagens, atividades esportivas e compras, situações de grande valor emocional para as culturas individualistas. Culturas coletivas tentem a se concentrar no cuidado aos outros, que aliviam consequências psicológicas negativas do isolamento, já as culturas individualistas apresentam maior nível de estresse (KOWAL et al., 2020). O isolamento social imposto pelas autoridades nacionais, sanitárias e epidemiológicas tornou as mulheres vítimas de violência mais vulneráveis. Devido a convivência no mesmo ambiente familiar essas mulheres são obrigadas a se manter em casa junto com seus agressores, vivendo um cenário de reclusão durante a pandemia do qual não é um ambiente seguro. Muitas vezes são impedidas de manter contato social com qualquer outra pessoa além do agressor, o que dificulta a realização de denúncias, pedidos de ajuda, assim como o medo e a incerteza de sair de casa e se expor ao vírus (SANTOS LUISA SOUZA ERTHAL et al., 2020; SOUSA; SANTOS; ANTONIETTI, 2021).

Devido as condições econômicas o estresse psicológico pode ocasionar a violência por parceiro íntimo dentro de lares onde antes isso não era um problema. Ressalta-se que o número de vítimas provavelmente está sub-representado devido a privação ao contato com o mundo exterior e principalmente o medo de retaliação. Ir para um abrigo de violência doméstica ou até mesmo entrar com uma ordem de proteção pode ser um desafio (ALMEIDA et al., 2020). O estresse esteve prevalente na população global durante a quarentena e isolamento social ocasionado pela pandemia da COVID-19, um número

prolongado de dias em quarentena foi associado a valores mais elevados nos escores de estresse (SHAH et al., 2021).

A desinformação gerada por fake news em relação ao vírus é outra grande fonte de preocupação, e nesse período pandêmico as mulheres estão sofrendo principalmente com os estresses domésticos (UNITED NATIONS, 2020). Mulheres que possuem filhos beneficiários de pensões alimentícias pagas por companheiros, podem sofrer com a negação ao pagamento da pensão alimentícia devido a diminuição da renda do homem, onde a vítima tem acesso insuficiente aos itens básicos para ela e seus filhos. As restrições de deslocamento também limitam a solicitação de auxílio judicial diante da falta de pagamento da pensão. A pandemia da COVID-19 pode dificultar, ou até inviabilizar que mulheres tenham suas necessidades básicas atendidas, pois comida e água são essenciais para a sobrevivência do indivíduo, e a ausência destes tem efeitos extremamente prejudiciais sobre a saúde física e mental (SANTOS LUISA SOUZA ERTHAL et al., 2020).

Mulheres enfrentam estressores relacionados a pandemia específicos do funcionamento e dos estágios reprodutivos (ALMEIDA et al., 2020). Uma revisão sistemática contando com 26 países constatou que ser mais jovem, mulher, solteira, com baixa escolaridade, ter um maior número de filhos ou ficar mais tempo com os filhos, e residente de países com maior gravidade da COVID-19 estiveram mais associados ao estresse durante a pandemia (KOWAL et al., 2020). Ter filhos é uma experiência muito positiva, pois geralmente está relacionada com uma maior satisfação com a vida, entretanto ter filhos também pode elevar níveis de estresse no período de isolamento. A pandemia da COVID-19 compromete as práticas parentais e de cuidado infantil, pois a maioria dos pais precisou educar seus filhos em casa (KOWAL et al., 2020). A carga de estresse das mães durante a pandemia vai para além dos cuidados com a criança, pois na maior parte do mundo as mulheres são responsáveis também pelo cuidado dos idosos, ou seja, as mulheres são desproporcionalmente responsáveis pela maior parte das tarefas domésticas (ALMEIDA et al., 2020).

No período perinatal, da gravidez até o primeiro ano pós-parto é um momento de alta vulnerabilidade para a saúde mental, devido a obrigatoriedade do uso de máscara a relação entre a paciente e os profissionais da saúde pode tomar um rumo

negativo. Mulheres que sofreram traumas anteriores, como sofrerem uma tentativa de sufocamento por parceiro íntimo, podem sentir-se ansiosas com o uso de máscara. Outras preocupações em mães relacionadas a pandemia é a vulnerabilidade do bebê ao COVID-19, a possibilidade de transmissão através do aleitamento, a falta de itens como leite em pó e lenços umedecidos devido ao esgotamento do estoque, ou como sustentar o bebê após ter ficado desempregada. Além das mudanças hormonais, privação de sono e ajustes na dinâmica familiar, que fazem parte da maternidade, a necessidade do apoio social de familiares ou ajuda profissional para a realização de tarefas pode ser prejudicada com o risco de contaminação gerando a impossibilidade de visitas (ALMEIDA et al., 2020).

3. JUSTIFICATIVA

O presente trabalho busca trazer informações a respeito da prevalência do estresse em mães na cidade de Rio Grande, uma característica das condições de saúde da qual é diretamente influenciada pelo contexto proveniente da pandemia. A possibilidade da perda de emprego, perda de poder aquisitivo, distanciamento de amigos e familiares, sobrecarga profissional e doméstica, possíveis adoecimentos devido ao vírus coronavírus, modificação no estilo de vida, entre outros fatores podem afetar as condições de saúde da população em um período particularmente delicado.

Concomitante com uma maior probabilidade de ocorrência de VPI devido ao isolamento, o estudo trará não apenas estimativas da prevalência do estresse em mulheres e VPI na cidade de Rio Grande, mas também apresentará grande contribuição na literatura diante de poucos estudos com grupo controle na associação entre ambas as condições, principalmente no Brasil. A ocorrência de violência inclui uma série de lesões físicas, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, bem como danos à saúde mental.

Devido ao impacto da violência na saúde das mulheres, foi instituída através da Lei nº 10.778 de 2003 a obrigatoriedade da notificação de violência contra mulheres atendidas nos serviços de saúde, da qual posteriormente sofreu uma alteração através da Lei nº 13.931 de dezembro de 2019 (BRASIL, 2003; 2019). A Lei nº 13.931 instituiu a obrigatoriedade de notificação compulsória em casos de indício ou confirmação de violência contra mulher atendida em serviços públicos e privados, como também a obrigatoriedade da comunicação à autoridade policial no prazo de 24 horas para providências cabíveis e fins estatísticos (BRASIL, 2019). Entretanto apenas a partir de 2009 os dados sobre esse tipo de violência passaram a ser registrado no Sinan ou em serviços de referência para atendimento das vítimas. Desde 2011 a notificação de violência passou a integrar a lista de notificações compulsórias tanto nos serviços públicos quanto nos serviços privados; passando a ser notificado qualquer caso suspeito ou confirmado de violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Uma das dificuldades em se avaliar os determinantes sociais na iniciação e curso de transtornos psiquiátricos é a possibilidade da causalidade bidirecional relacionada a

estes eventos. Fatores ambientais estão associados ao aparecimento e à uma maior severidade no quadro de transtornos psíquicos. Devido aos prejuízos na vida do indivíduo é importante distinguir fatores de risco de efeitos adversos. No Brasil diversos fatores contribuem para uma elevada prevalência de eventos de vida estressantes e transtornos mentais, dos quais envolvem o acesso desigual aos cuidados de saúde, condições de moradia inadequadas e precárias, desigualdade na distribuição de renda, altas taxas de violência e criminalidade e acelerado processo de urbanização e industrialização (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

A pandemia e as mudanças de vida ocasionadas por ela afetaram diretamente o ambiente e o estilo de vida de muitos indivíduos, investigar as condições estressoras durante esse período apresenta tanto uma relevância sociológica quanto epidemiológica, visando a exploração e investigação de fatores ambientais determinantes do estresse subjetivo em meio a um desastre biológico que além de trazer conhecimentos pertinentes para a ciência, aponta as condições de saúde dessa população, possibilitando a elaboração de políticas, estratégias e/ou intervenções a fim de garantir uma maior qualidade de vida (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

A realização desse estudo visa promover uma maior compreensão acerca das condições psicológicas de mães na cidade de Rio Grande. Essas condições estão relacionadas a vitimização de VPI, eventos estressores na pandemia da COVID-19 e a sintomatologia do estresse, para assim fornecer subsídios para políticas e ações em saúde da mulher no município.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Identificar a prevalência e fatores associados à níveis patológicos de estresse subjetivo relacionado ao contexto vivido durante a pandemia na cidade de Rio Grande em mães pertencentes a Coorte de Nascimento de Rio Grande de 2019, e estudar a associação da vitimização por VPI e níveis de estresse.

4.2 Objetivos específicos

- Descrever a prevalência de níveis de estresse de moderado a severo devido ao contexto da pandemia.
- Identificar fatores sociodemográficos relacionados aos níveis de estresse de moderado a severo.
- Descrever a prevalência autorrelatada de diferentes tipos de violência causadas por parceiro íntimo, incluindo abuso físico, abuso psicológico e abuso sexual.
- Avaliar a associação entre abuso psicológico e níveis de estresse de moderado a severo.
- Avaliar a associação entre abuso físico e/ou sexual e níveis de estresse de moderado a severo.

5. HIPÓTESES

- Os níveis de estresse de moderado a severo serão prevalentes em menos da metade da amostra geral das mães, supõe-se aproximadamente 30% das mulheres de acordo com a revisão da literatura.
- Hipotetiza-se que a violência com maior frequência será a violência psicológica, com uma prevalência no mínimo duas vezes maior, seguida pela violência física e sexual, respectivamente.
- Acredita-se que cerca de 50% das mães vítimas de violência psicológica apresentarão sintomas de estresse de moderado a grave.
- Embora as violências física e sexual sejam caracterizadas como eventos traumáticos, os dados na literatura não possibilitam estimar níveis de prevalência para o estresse.

6. MÉTODO

6.1 Delineamento de pesquisa e justificativa da escolha

Será realizado um estudo observacional de delineamento transversal dentro de uma coorte com abordagem quantitativa.

6.2 Local de Estudo

Rio Grande é uma cidade de médio porte localizada no sul do Brasil, com uma população estimada de 211 mil habitantes em 2019, e 96% da população urbana.

6.3 Participantes: critérios de inclusão e exclusão

O presente estudo tem sua base inicial em outro estudo, um inquérito perinatal que é realizado a cada três anos na cidade de Rio Grande, do qual ocorre desde o ano de 2007. O último inquérito realizado antes da atual pesquisa foi no ano de 2019, que objetivava avaliar os indicadores de assistência à gestação e ao parto entre todos os nascimentos ocorridos no Hospital Universitário da Universidade Federal de Rio Grande (HU-FURG) e na Santa Casa de Misericórdia de Rio Grande (SCMRG), que correspondem a 99% dos nascimentos da cidade. Posteriormente, com base no inquérito realizado em 2019 foi desenvolvido o estudo longitudinal denominado “Coorte de Nascimentos de Rio Grande de 2019”, realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande em parceria com a Prefeitura e com a Secretaria Municipal de Saúde do município, com o objetivo de avaliar a saúde física e mental de mães e bebês presentes no estudo, do qual realizou o primeiro acompanhamento aos seis meses dos bebês.

O inquérito perinatal foi uma pesquisa censitária, da qual incluiu todos os nascimentos ocorridos nas duas maternidades presentes no município no ano de 2019, incluindo também partos natimortos. Das 2.314 mães que participaram do inquérito perinatal, 2.052 mulheres foram identificadas para participar a Coorte de Nascimentos de Rio Grande 2019, pois elas estavam de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos pela coorte. Os critérios de inclusão para o estudo da Coorte foram mulheres que tiveram seus filhos no HU-FURG ou na SCMRG, residentes da zona urbana

do município, com os nascimentos de seus filhos entre 1º de janeiro à 31 de dezembro de 2019, de feto único, com um peso igual ou superior a 500 gramas ou a mãe ter alcançado no mínimo 20 semanas de idade gestacional.

Foram realizados dois acompanhamentos no estudo da coorte, a onda I, de 11 de maio à 19 de junho de 2020; e a onda II de 20 de julho a 23 de dezembro de 2020. Devido à ocorrência da pandemia por COVID-19 a coleta de dados foi realizada com o uso de dispositivos tecnológicos, principalmente através de uma plataforma online, evitando o contato físico com as participantes, sendo o acompanhamento denominado de “Web-COVID-19”.

Para compor o cargo de entrevistador na Onda I foram contratados estagiários por meio da Prefeitura Municipal do Rio Grande. Para o acompanhamento WebCOVID-19 onda II utilizou-se as entrevistadoras oriundas do acompanhamento anterior (WebCOVID-19 onda I) portanto, não foi realizada a seleção de entrevistadores para esse estudo. Participaram também estudantes voluntários e remunerados que foram incluídos no estudo por indicação de professores e outros profissionais envolvidos na pesquisa. Foi realizado um treinamento online apenas para novos entrevistadores acerca da busca das mães e envio do link do questionário, bem como a postura do entrevistador para ler o questionário e fornecer instruções específicas acerca das questões. Para as mães que relataram alguma dificuldade para responder o questionário online, em que o auxílio por telefone foi insuficiente para que conseguissem responder as questões, os entrevistadores realizaram a coleta por meio de ligação pelo telefone.

6.4 Poder do Estudo

Com base no estudo realizado por Brown et al. publicado em 2019, em uma coorte de mulheres, 18,3% estavam expostas a VPI no momento da pesquisa e 81,7% não expostas. A prevalência de estresse entre as mulheres vítimas de violência foi de 41,9% e a prevalência entre as não expostas foi de 11,0%. Para realizar o cálculo de poder do estudo as prevalências do estudo de Brown et. al foram utilizadas, e o cálculo foi realizado através do site Open Epi. Foi estimada uma prevalência de 20% de mulheres expostas a VPI em uma amostra de 1.040 mulheres no presente estudo. A prevalência

de estresse estimada entre as mulheres expostas e não exposta a VPI foi de 40% e 10%, respectivamente (BROWN et al., 2020). A tabela do cálculo pode ser observada no Anexo 1.

Em um estudo publicado em 2020 por Antonelli-Ponti et al. acerca dos efeitos da Pandemia da COVID-19 no Brasil e em Portugal investigou os níveis de gravidade de estresse peritraumático COVID-19. O estudo apresentou uma prevalência da sintomatologia de estresse constatada na população brasileira de 44,8% em níveis moderados e 19,1% em níveis severos (ANTONELLI-PONTI et al., 2020).

6.5 Amostragem

Todas as mães integrantes da Coorte de Nascimentos de 2019 que preenchiam os critérios de inclusão foram convidadas e tiveram a mesma chance de participar do estudo. Entretanto devido ao fato da pesquisa WebCOVID-19 ter sido realizada através de dispositivos eletrônicos é possível que nem todas as mulheres tiveram as mesmas condições em questões de recursos para responder os questionários, tendo em vista que era necessário prioritariamente um dispositivo eletrônico e, na maioria dos casos, acesso à internet.

No processo de contatar as 2.052 mães que preenchiam os critérios de inclusão, 913 mães não foram encontradas. Foram considerados como perdas todas as participantes com as quais não foi possível entrar em contato, com pelo menos três tentativas em horários alternados (telefone celular/WhatsApp inexistente e/ou não terem sido localizadas as mães nas redes sociais). Todas que foram localizadas foram convidadas a participar da coorte, 99 mães recusaram-se a participar do estudo. As recusas eram identificadas e encaminhadas para os supervisores para que houvesse uma tentativa de reversão da recusa. As entrevistadoras foram orientadas a questionar os motivos da recusa, e juntamente com o pesquisador encontrar a melhor estratégia para cada participante. Por fim a amostra da Coorte de Nascimentos de Rio Grande 2019 foi composta por 1.040 mães, e o recorte transversal do atual estudo apresentou uma amostra de 828 mulheres.

Desde o início da pandemia foram realizadas duas pesquisas com as mães, da qual foi denominada de WebCOVID-19 pelo uso de recursos online para o acesso das mães, e por estar voltado para questões de saúde e comportamento adaptativo durante a pandemia da COVID-19. Dentre os critérios de exclusão do presente estudo as mães que não responderam os itens referentes as variáveis de desfecho e exposição não farão parte desse estudo.

6.6 Instrumentos

O questionário do acompanhamento da Onda I foi testado pelos pesquisadores e colaboradores do estudo com o objetivo de avaliar o tempo de aplicação do questionário, bem como a compreensão das perguntas e layout do instrumento. O estudo piloto referente a WebCOVID-19 Onda I não foi refeito para o acompanhamento WebCOVID-19 Onda II.

Utilizou-se um questionário on-line elaborado através do programa REDCap® (Research Electronic Data Capture), com questões referentes a VPI atual e pregressa e estresse durante a pandemia (HARRIS et al., 2009). O presente estudo utiliza dados sociodemográficos coletados no estudo perinatal de 2019 de forma presencial, já as questões relacionadas as variáveis de exposição VPI e o desfecho estresse foram coletadas durante a onda II. Devido a inviabilidade de ser realizada uma nova pesquisa com as mães, os critérios de inclusão serão todas as mães presentes no estudo da Coorte de Nascimentos de Rio Grande 2019 que permanecem em acompanhamento e realizaram a última entrevista feita pela Coorte (até o momento) visando obter informações acerca da onda II da pandemia da COVID-19.

Foram utilizados questionários elaborados pelos pesquisadores que envolviam as variáveis sociodemográficas e de exposição. Para investigar a VPI praticada contra as mulheres com seis questões voltadas para a situação de violência. As questões para identificar a prevalência de VPI possuíam respostas de “Sim” ou “Não”. A questão para identificar a VPI física: “Desde que seu bebê nasceu, seu (sua) companheiro(a) te bateu, te deu um tapa, te chutou ou fez algo para te machucar fisicamente?”. Para identificar a VPI sexual: “Desde que seu bebê nasceu, alguma vez seu (sua) companheiro te forçou

fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?”. Para identificar a VPI psicológica: *“Desde que o bebê nasceu, alguma vez seu (sua) companheiro(a) te insultou ou fez com que você se sentisse mal?”*. Já as questões para identificar a frequência dessas ocorrências possuíam como respostas: *“Aumentou”, “Diminuiu”, “Se manteve igual”*. Para a VPI física: *“Durante a pandemia a quantidade de vezes que ele(a) te bateu:”*. Para a VPI sexual: *“Durante a pandemia, a quantidade de vezes que ele(a) te forçou:”*. Para a VPI psicológica: *“Durante a pandemia, a quantidade de vezes que ele(a) te insultou ou fez com que você se sentisse mal:”*.

Para a variável de desfecho foi utilizado especificamente um instrumento traduzido semanticamente para o português, mas não validado para a população, do qual investiga a escala de níveis de estresse estabelecendo um score. A escala é denominada *“Impact of Event Scale (IES)”* (DE OLIVEIRA E SILVA; NARDI; HOROWITZ, 2010a; HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979). O instrumento se propõe a avaliar o estresse subjetivo atual para qualquer evento de vida, não estando relacionado a uma ocorrência específica, mas as qualidades particulares da experiência consciente de cada um que abrange todos esses eventos. A resposta de um indivíduo à eventos de vida potencialmente estressantes apresentam uma tendência a sofrer episódios de pensamento intrusivo e períodos de evitação. A resposta humana ao estresse requer uma avaliação tanto dos eventos da vida como de seu impacto subjetivo (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979).

De acordo com o instrumento IES os sintomas de intrusão são caracterizados por pensamentos espontâneos e imagens, sonhos conturbados, fortes ondas de sentimentos e comportamentos repetitivos. A evasão é caracterizada como um constrangimento em relação ao que seria idealmente esperado, negação dos significados e das consequências do evento, sensação de embotamento, inibição comportamental ou atividade contrafóbica, e conscientização de apatia emocional. A subescala evitação consiste em episódios relatados de percepção consciente. Sendo assim, não pode-se esperar que inclua autorrelatos de manifestações inconscientes, pois pessoas que experimentam a negação ou repressão podem não ter a experiência consciente, como o entorpecimento ou constrição ideacional (HOROWITZ; WILNER; ALVAREZ, 1979).

A IES é uma escala breve, composta por 15 itens, que são divididos em dois subconjuntos. O primeiro refere-se aos sintomas de intrusão que envolvem os itens 1, 4, 5, 6, 10, 11 e 14. O segundo subconjunto é focado na sintomatologia evitativa do qual refere-se aos itens 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13 e 15. Configura-se em uma escala Likert de 4 pontos, sua administração é autoaplicável, rápida e de baixo custo (DE OLIVEIRA E SILVA; NARDI; HOROWITZ, 2010a).

O questionário leva em média de 5 a 10 minutos para serem preenchidos e pontuados, e não necessitam de um treinamento especial para administrar. É solicitado que o entrevistado avalie a frequência em uma escala de 4 pontos em relação a ocorrência de cada sintoma na última semana. Os pontos são: 0 (nunca), 1 (raramente), 3 (às vezes) e 5 (frequentemente). Essas pontuações variam de 0 a 35 para intrusão, e 0 a 40 para evitação, gerando uma pontuação total entre 0 a 75. Na interpretação da pontuação total, a sintomatologia deve ser interpretada como: 0 a 8 (faixa subclínica), 9 a 25 (faixa leve), 26 a 43 (faixa moderada), 44 ou mais (faixa grave). Há uma sugestão de que o ponto de corte seja 26, pois acima dessa pontuação indica um impacto moderado ou severo (STERLING, 2008).

Houve a tradução e adaptação semântica da IES para o português brasileiro, por meio de duas traduções e retrotradução elaboradas por quatro avaliadores independentes e sem conhecimento prévio da escala original. A elaboração da versão sintética foi feita por um especialista bilíngue em saúde mental. Havendo a aplicação em um grupo experimental para avaliação dos itens, e posteriormente tendo a versão final aprovada pelo autor do instrumento original (DE OLIVEIRA E SILVA; NARDI; HOROWITZ, 2010a).

Todas as perguntas possuíam alternativas de respostas que variavam entre as seguintes: "*Nunca*", "*Raramente*", "*Às vezes*", "*Frequentemente*". As perguntas utilizadas na avaliação do estresse foram: "*Pensei sobre isso quando não tinha intenção*", "*Evitei me deixar chatear quando pensei ou lembrei disso*", "*Tentei tirar isso da memória*", "*Eu tive problemas para adormecer ou permanecer dormindo por causa das imagens ou pensamentos que surgiam em minha mente*", "*Tive momentos de fortes sentimentos sobre isso*", "*Eu tive sonhos sobre isso*", "*Fiquei afastado do que me lembraria disso*", "*Senti como se isso não tivesse acontecido ou não fosse real*", "*Tentei*

não falar sobre isso”, “Imagens sobre isso invadem minha mente”, “Outras coisas continuam me fazendo pensar sobre isso”, “Estava consciente de que eu ainda tinha muitos sentimentos sobre isso, mas eu não lidei com eles”, “Tentei não pensar sobre isso”, “Qualquer lembrete trazia de volta os sentimentos sobre isso”, “Meus sentimentos sobre isso estavam meio anestesiados”.

6.7 Variáveis de estudo e suas definições

6.7.1 Variáveis independentes

- Idade: variável numérica discreta, definida como os anos completos do entrevistado, será operacionalizado em categórica politômica por grupos etários (<20 anos; 20 a 24 anos; 25 a 34 anos; ≥35 anos).
- Cor da Pele: variável categórica politômica, definida como a cor da pele auto relatada pela entrevistada, operacionalizado como uma variável categórica politômica (Branca; Parda/Morena/Mulata; Preta; Outra).
- Escolaridade: variável numérica discreta, definida como o número de anos completos de estudo, será operacionalizada como uma variável categórica ordinal (0-4; 5-8; 9-11; ≥12).
- Religião: variável categórica politômica, definida como os dogmas religiosos que a entrevistada segue, ou afirmar se identificar, será operacionalizada como categórica politômica (Não tem/não pratica; Católica; Evangélica; Espírita; Umbanda/Candomblé; Outra).
- Renda: variável numérica contínua, definida pela renda familiar (soma dos valores recebidos pelos membros da residência), será operacionalizada como categórica ordinal por valores em reais (<R\$1000; R\$1000 a R\$1500; >R\$1500 a R\$2000; >R\$2000 a R\$3500; >R\$3500 a R\$6000; >R\$6000).
- Cônjuge: variável categórica dicotômica, definida como morar ou não com um cônjuge/companheiro, será operacionalizada como uma variável categórica dicotômica (Sim; Não).

- Número de filhos nascidos vivos: variável numérica discreta, definida como o número de partos que a mulher teve em o bebê nasceu vivo, será operacionalizado como categórica ordinal (Nenhum; 1 a 3 filhos; ≥ 4 filhos).

6.7.2 Variável de desfecho

- Níveis de estresse: variável categórica ordinal, definido como sentimentos diários estressantes acerca da pandemia e o nível de concordância em relação à eles, será operacionalizada como categórica dicotômica por meio de ponto de corte de escore do instrumento aplicado (Subclínico/Leve; Moderado/Elevado).

6.7.2 Variáveis de exposição

- Violência física: variável categórica dicotômica, definida como a experiência da entrevistada de ter sofrido ou não violência física ocasionada por parceiro íntimo, será operacionalizada como categórica dicotômica (Sim; Não).
- Violência sexual: variável categórica dicotômica, definida como a experiência da entrevistada de ter sofrido ou não violência sexual ocasionada por parceiro íntimo, será operacionalizada como categórica dicotômica (Sim; Não).
- Violência psicológica: variável categórica dicotômica, definida como a experiência da entrevistada de ter sofrido ou não violência psicológica ocasionada por parceiro íntimo, será operacionalizada como categórica dicotômica (Sim; Não).
- Aumento da violência psicológica: variável categórica dicotômica, definida como a experiência auto relatada da entrevistada de ter sofrido aumento, diminuição ou estabilidade da violência após o início da pandemia, operacionalizada como categórica ordinal (Aumentou; manteve-se igual; diminuiu).

6.8 Análise de dados

Os dados serão analisados por meio do software estatístico STATA versão 16. Em um primeiro momento será realizada a caracterização da população do estudo, apresentando para as variáveis categóricas as proporções e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) e para as variáveis contínuas as medidas de tendência

central e variabilidade. A análise descritiva irá descrever a prevalência das variáveis de desfecho e exposição, apresentando as frequências absolutas e relativas. Será utilizado o teste de hipóteses Qui-quadrado de Pearson, e será feita uma análise bruta e ajustada utilizando a modelagem de Regressão de Poisson, com ajuste robusto da variância para estudar associações entre VPI e estresse, segundo o modelo hierárquico por níveis, considerando um valor $p < 0.20$ para permanecerem no modelo. Os resultados serão apresentados na forma de razão de prevalência (RP) e seus respectivos IC95%. Para todas as análises, será considerado um nível de significância de 5%. Faixa etária, anos de estudo, cor da pele da mãe, renda familiar em reais, e praticante de religião serão considerados fatores de confusão e incluídos na análise ajustada.

6.9 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa da Coorte de Nascimentos de Rio Grande 2019 foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da FURG. Conforme a Resolução de 310/2016 do comitê de ética, todas as participantes foram previamente esclarecidas sobre o estudo e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que a assinatura das respondentes fosse coletada. O mesmo foi disponibilizado e assinado de forma eletrônica. Foi garantido as entrevistadas o direito de recusa à participação no estudo, ou a não responder alguma(s) pergunta(s) específica(s) do questionário, além da interrupção da pesquisa em qualquer momento e da manutenção de sigilo das informações prestadas.

Nós obtivemos a aprovação ética do estudo do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande (número de protocolo 15724819.6.0000.5324). Todas as participantes forneceram uma autorização digital para as avaliações quantitativas e a intervenção.

7. Divulgação dos resultados

Os resultados da pesquisa se tornarão públicos por meio de trabalhos apresentados em congressos e artigos publicados em periódicos científicos. Os

resultados também serão apresentados para a imprensa local na forma de um artigo de jornal e para as coordenadorias afins da Prefeitura Municipal do Rio Grande.

8. Orçamento

Para o estudo Coorte de Nascimentos de Rio Grande 2019 foi necessária a contratação de oito entrevistadores pelo período de 24 meses. A bolsa paga aos estagiários pela Prefeitura Municipal de Rio Grande (PMRG) no valor de R\$ 600,00, apresenta um gasto anual de R\$ 7.200,00 para cada estagiário, correspondendo a R\$ 57.200,00 por ano para todos eles ou, R\$ 1115.200,00 ao longo dos dois anos. Todo o equipamento necessário, bem como da área física para condução deste estudo, foi cedido pela Divisão de População & Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande. Além disso, a Faculdade de Medicina, através da área de População & Saúde, fornecerá suporte técnico à PMRG na execução de diversas intervenções sem qualquer ônus financeiro ao município. Devido ao fato da coleta de dados da pesquisa já ter sido realizada antes da elaboração do projeto, os itens necessários para a presente pesquisa baseiam-se apenas nos aspectos de pesquisa bibliográfica, dissertação do estudo e análise de dados. Para esse fim será utilizado um notebook no valor de R\$7.000,00, um plano de internet no valor mensal de R\$100,00 e o software de análise estatística Stata 16 com a versão aproximada a R\$280,00 o plano anual. O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

9. Cronograma

Período	2021										2022										2023									
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	
Reunião de orientação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																
Escolha do tema	X	X	X	X																										
Leitura bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																
Revisão da literatura			X	X																										
Elaboração do projeto				X	X	X	X	X	X																					
Dissertação do projeto				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																
Revisão/correção do projeto									X	X	X	X	X		X	X	X	X												
Qualificação do projeto															X															
Análise e interpretação dos dados																			X	X	X	X	X	X	X					

Elaboração da dissertação																					X	X	X	X	X				
Finalização do artigo																								X	X	X	X	X	
Defesa da dissertação																													X
Divulgação dos resultados																													X

10. Referências Bibliográficas

AKEL M, BERRO J, RAHME C, HADDAD C, OBEID S, HALLIT S. Violence Against Women During COVID-19 Pandemic. *Journal of Interpersonal Violence*, 8 mar. 2021.

ALMEIDA M, SHRESTHA AD, STOJANAC D, MILLER LJ. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of women's mental health*, v. 23, n. 6, p. 741–748, 1 dez. 2020.

KOLTERMANN AP, KOLTERMANN ITAP, TOMASI E, HORTA BL. ESTRESSE OCUPACIONAL EM TRABALHADORES BANCÁRIOS: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS. *Saúde (Santa Maria)*, v. 37, n. 2, p. 33–48, 26 abr. 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição**. [s.l.] ARTMED EDITORA LTDA., 2013.

ANDHAVARAPU M, ORWA J, TEMMERMAN M, MUSANA JW. Maternal sociodemographic factors and antenatal stress. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 13, 1 jul. 2021.

ANTONELLI-PONTI M, CARDOSO F, PINTO C, SILVA, JAD. Efeitos da pandemia de COVID-19 no Brasil e em Portugal: estresse peritraumático. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 14, n. 4, p. 239–259, 24 out. 2020.

ARJUNAN A, RAJAN R. Noise and brain. **Physiology & behavior**, v. 227, 1 dez. 2020.

BARBOSA, LNF, MELO, MCB, CUNHA, MDCVD, ALBUQUERQUE EN, COSTA JM, SILVA EFFD. Frequência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse em brasileiros na pandemia COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 413–419, 30 jun. 2021.

BOFF SR, OLIVEIRA AG. Physiological aspects of stress: a narrative review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, p. e82101723561–e82101723561, 21 dez. 2021.

BORJA EMBD. A violência simbólica e o estresse em saúde pública: Reflexão ergonômica/abordagens com propostas de “mudança” das políticas de saúde pública no universo feminino. **Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis**, p. 477, 2003.

Brasil. Lei 10.8, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [lei na Internet]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm.

BRASIL. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf.

BRASIL. Lei No 13.931 de 10 dez. 2019. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher [lei na Internet]. Brasília: Presidência da República, 2019. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13931.htm.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS. **Saúde Integral da Mulher — Português (Brasil)**. Disponível em:

<<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/saude-integral-da-mulher>>. Acesso em: 1 abr. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.340. 7 ago. 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências [lei na Internet]. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm.

BRIDGLAND VME, MOECK EK, GREEN DM, SWAIN TL, NAYDA DM, MATSON LA, HUTCHISON NP, TAKARANGI MKT. Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor. **PLoS ONE**, v. 16, n. 1, 1 jan. 2021.

BROTHERHOOD JR. Heat stress and strain in exercise and sport. **Journal of science and medicine in sport**, v. 11, n. 1, p. 6–19, jan. 2008.

BROWN SJ, MENSAH F, GIALLO R, WOOLHOUSE H, HEGARTY K, NICHOLSON JM, GARTLAND D. Intimate partner violence and maternal mental health ten years after a first birth: An Australian prospective cohort study of first-time mothers. **Journal of affective disorders**, v. 262, p. 247–257, 1 fev. 2020.

BRULE G, MORGAN R. Editorial Working with stress: can we turn estresse into eustress? **Journal of Neuropsychology & Stress Management**, v. 3, p. 1–3, 26 fev. 2018.

CASSADO DDC, GALLO AE, ALBUQUERQUE LCD. Transtorno de Estresse Pós-Traumático em mulheres vítimas de violência doméstica | Revista de Psicologia da Unesp. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 2, n. 1, p. 101–110, 2003.

CIALDINI RB, GOLDSTEIN NJ. Social influence: compliance and conformity. **Annual review of psychology**, v. 55, p. 591–621, 2004.

COMEÇANHA R, BASTO-PEREIRA M, MAIA Â. Clinically speaking, psychological abuse matters. **Comprehensive psychiatry**, v. 73, p. 120–126, 1 fev. 2017.

DA SILVA LL, COELHO EBS, DE CAPONI SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 93–103, 2007.

DE KLOET ER. Stress in the brain. **European Journal of Pharmacology**, v. 405, n. 1–3, p. 187–198, 29 set. 2000.

DE KLOET ER, OITZL, M. S.; JOËLS, M. Stress and cognition: are corticosteroids good or bad guys? **Trends in neurosciences**, v. 22, n. 10, p. 422–426, 1999.

DE MELO-MIRANDA, MP, DE PAULA, CS, BORDIN IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, n. 4, p. 300–308, 2010.

DE OLIVEIRA E SILVA AC, NARDI AE, HOROWITZ M. Versão brasileira da Impact of Event Scale (IES): tradução e adaptação transcultural. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 32, n. 3, p. 86–93, 2010a.

DE OLIVEIRA MT, FERIGATO SH. A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 3, p. 508–521, 5 set. 2019.

DOKKEDAHL SB, KOK RN, MURPHY S, KRISTENSEN TR, BECH-HANSEN D, ELKLIT A. The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: a systematic review with meta-analyses. **Systematic Reviews**, v. 11, n. 1, 1 dez. 2022.

DOUGHERTY J. Women's Violence Against Their Children. http://dx.doi.org/10.1300/J012v04n02_06, v. 4, n. 2, p. 91–114, 2008.

DUTTON MA, GOODMAN LA. Coercion in intimate partner violence: Toward a new conceptualization. **Sex Roles**, v. 52, n. 11–12, p. 743–756, set. 2005.

EGGERS AE. Redrawing Papez' circuit: a theory about how acute stress becomes chronic and causes disease. **Medical hypotheses**, v. 69, n. 4, p. 852–857, 2007.

EHLERS A, CLARK DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. **Behaviour research and therapy**, v. 38, n. 4, p. 319–345, 2000.

ELLSBERG M, JANSEN HA, HEISE L, WATTS CH, GARCIA-MORENO C; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet (London, England)*, v. 371, n. 9619, p. 1165–1172, 2008.

FARO, A. Determinantes psicossociais da capacidade adaptativa: um modelo teórico para o estresse. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, v. 20, n. 1, 2014.

FARO A, PEREIRA ME. ESTRESSE: REVISÃO NARRATIVA DA EVOLUÇÃO CONCEITUAL, PERSPETIVAS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 14, n. 1, p. 78–100, 2013.

FIDAN A, BUI HN. Intimate Partner Violence Against Women in Zimbabwe. **Violence Against Women**, v. 22, n. 9, p. 1075–1096, 1 ago. 2016.

GOLDING JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. **Journal of Family Violence** 1999 14:2, v. 14, n. 2, p. 99–132, jun. 1999.

GOULARTE JF, SERAFIM SD, COLOMBO R, HOGG B, CALDIERARO MA, ROSA AR. COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. **Journal of psychiatric research**, v. 132, p. 32–37, 1 jan. 2021.

GUPTA J, FALB KL, CARLINER H, HOSSAIN M, KPEBO D, ANNAN J. Associations between exposure to intimate partner violence, armed conflict, and probable PTSD among women in rural Côte d'Ivoire. **PloS one**, v. 9, n. 5, p. e96300, 2014.

HAHAD O, PROCHASKA JH, DAIBER A MUENZEL T. Environmental Noise-Induced Effects on Stress Hormones, Oxidative Stress, and Vascular Dysfunction: Key Factors in the Relationship between Cerebrocardiovascular and Psychological Disorders. **Oxidative medicine and cellular longevity**, v. 2019, 2019.

HARRIS PA, TAYLOR R, THIELKE R, PAYNE J, GONZALEZ N, CONDE JG. Research electronic data capture (REDCap)--a metadata-driven methodology and workflow process for providing

- translational research informatics support. **Journal of biomedical informatics**, v. 42, n. 2, p. 377–381, abr. 2009.
- HELLMUTH JC, JAQUIER V, SWAN SC, SULLIVAN TP. Elucidating Posttraumatic Stress Symptom Profiles and Their Correlates Among Women Experiencing Bidirectional Intimate Partner Violence. **Journal of clinical psychology**, v. 70, n. 10, p. 1008, 1 out. 2014.
- HOROWITZ M, WILNER N, ALVAREZ W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. **Psychosomatic medicine**, v. 41, n. 3, p. 209–218, 1979.
- KIM JY, LEE JH, SONG HJ, KIM DG, YIM YSI. Relationships between Psychosocial Difficulties and Oxidative Stress Biomarkers in Women Subject to Intimate Partner Violence. **Health & social work**, v. 42, n. 1, p. 41–47, 1 fev. 2017.
- KOWAL M, COLL-MARTÍN T, IKIZER G, RASMUSSEN J, EICHEL K, STUDZINSKA A, KOSZALKOWSKA K, KARWOWSKI M, NAJMUSQAQIB A, PANKOWSKI D, LIEBEROTH A, AHMED O. Who is the Most Stressed During the COVID-19 Pandemic? Data From 26 Countries and Areas. **Applied Psychology. Health and Well-Being**, v. 12, n. 4, p. 946, 1 dez. 2020.
- KRUG EG, DAHLBERG LL, MERCY JA, ZWI AB, LOZANO R. **World report on violence and health**. Geneva: [s.n.]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2022.
- KUPRIYANOV R, ZHDANOV R. The Eustress Concept: Problems and Outlooks. **World Journal of Medical Sciences**, v. 11, n. 2, p. 179–185, 2014.
- LE FEVRE M, MATHENY J, KOLT GS. Eustress, estresse, and interpretation in occupational stress. **Journal of Managerial Psychology**, v. 18, n. 7–8, p. 726–744, 2003.
- LENZI NODARI N, NORDARI NL, FLOR SRDA, RIBEIRO AS, CARVALHO GJD, HAYASIDA NMDA. Estresse, conceitos, manifestações e avaliação em saúde: revisão de literatura. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 2, n. 1, p. 61–74, 27 jun. 2014.
- LEYK D, HOITZ J, BECKER C, GLITZI KJ, NESTLER K, PIEKARSKI C. Health Risks and Interventions in Exertional Heat Stress. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 116, n. 31–32, p. 537, 5 ago. 2019.
- LIU N, ZHANG F, WEI C, JIA Y, SHANG Z, SUN L, WU L, SUN Z, ZHOU Y, WANG Y, LIU W. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. **Psychiatry research**, v. 287, 1 maio 2020.
- LOPES CS, FAERSTEIN E, CHOR D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1713–1720, 2003.
- LUCAS D’OLIVEIRA AFP, SCHRAIBER LB, FRANÇA-JUNIOR I, LIDERMIR AB, PORTELLA AP, DINIZ CS, COUTO MT. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 299–311, abr. 2009.
- LUTGENDORF MA. Intimate Partner Violence and Women’s Health. **Obstetrics and gynecology**, v. 134, n. 3, p. 470–480, 1 set. 2019.

- MASCARENHAS M, TOMAZ G, MENESES G, RODRIGUES M, PEREIRA V, BELLO-CORASSA R. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1–13, 3 jul. 2020.
- MCEWEN BS, STELLAR E. Stress and the Individual: Mechanisms Leading to Disease. **Archives of Internal Medicine**, v. 153, n. 18, p. 2093–2101, 27 set. 1993.
- MGOQI-MBALO N, ZHANG M, NTULI S. Risk factors for PTSD and depression in female survivors of rape. **Psychological trauma : theory, research, practice and policy**, v. 9, n. 3, p. 301–308, 1 maio 2017.
- MILLER MR. Oxidative stress and the cardiovascular effects of air pollution. **Free radical biology & medicine**, v. 151, p. 69–87, 1 maio 2020.
- MINAHAN J, FALZARANO F, YAZDANI N, SIEDLECKI KL. The COVID-19 Pandemic and Psychosocial Outcomes Across Age Through the Stress and Coping Framework. **The Gerontologist**, v. 61, n. 2, p. 228–239, 23 fev. 2021.
- MINAYO MCDS, SOUZA ERD. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 4, n. 3, p. 513–531, nov. 1997.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, B. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. 2ª ed. Brasília: Ministério da saúde, 2016.
- MONTGOMERY BEE, ROMPALO A, HUGHES J, WANG J, HALEY D, SOTO-TORRES L, CHEGE W, JUSTMAN J, KUO I, GOLIN C, FREW, P, MANNHEIMER S, HODDER S. Violence Against Women in Selected Areas of the United States. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 10, p. 2156, 1 out. 2015.
- MORIARTY T, BOURBEAU K, FONTANA F, MCNAMARA S, DA SILVA MP. The Relationship between Psychological Stress and Healthy Lifestyle Behaviors during COVID-19 among Students in a US Midwest University. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 9, 1 maio 2021.
- MURAKAMI R, CAMPOS CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 361–367, 2012.
- NAMY S, CARLSON C, O'HARA K, NAKUTI J, BUKULUKI P, LWANYAAGA J, NAMAKULA S, NANYUNJA B, WAINBERG ML, NAKER D, MICHAU L. Towards a feminist understanding of intersecting violence against women and children in the family. **Social science & medicine (1982)**, v. 184, p. 40–48, 1 jul. 2017.
- NECHO M, TSEHAY M, BIRKIE M, BISET G, TADESSE E. Prevalence of anxiety, depression, and psychological estresse among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **The International journal of social psychiatry**, v. 67, n. 7, p. 892–906, 1 nov. 2021.
- NELSON DL, SIMMONS BL. EUSTRESS: AN ELUSIVE CONSTRUCT, AN ENGAGING PURSUIT. **Research in Occupational Stress and Well Being**, v. 3, p. 265–322, 2003.
- NETO PJDAV, MOREIRA RDS, OLIVEIRA JÚNIOR FJMD, LUDERMIR AB. Tentativa de suicídio, transtorno de estresse pós-traumático e fatores associados em mulheres do Recife. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 9 mar. 2020.

- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. COVID-19 e a violência contra a mulher: O que o setor/sistema de saúde pode fazer. 26 mar. 2020.
- PFEIFER LS, HEYERS K, OCKLENBURG S, WOLF OT. Stress research during the COVID-19 pandemic and beyond. **Neuroscience and biobehavioral reviews**, v. 131, p. 581–596, 1 dez. 2021.
- ROBLES-GARCÍA R, FRESÁN A, YOLDI M. Posttraumatic stress disorder in urban women. **Current opinion in psychiatry**, v. 33, n. 3, p. 245–249, 1 maio 2020.
- SANTOS LSE, NUNES LMM, ROSSI BA, TAETS G. **View of Impacts of the COVID-19 pandemic on violence against women: reflections from the theory of human motivation from Abraham Maslow**. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/915/1280>>. Acesso em: 1 abr. 2022.
- SCHUMACHER JA, COFFEY SF, NORRIS FH, TRACY M, CLEMENTS K, GALEA S. Intimate partner violence and Hurricane Katrina: Predictors and associated mental health outcomes. **Violence and Victims**, v. 25, n. 5, p. 588, 2010.
- SELYE H. Confusion and controversy in the stress field. **Journal of human stress**, v. 1, n. 2, p. 37–44, 1975.
- SELYE H. Stress without Estresse. **Psychopathology of Human Adaptation**, p. 137–146, 1976.
- SHAH SMA, MOHAMMAD D, QURESHI MFH, ABBAS MZ, ALEEM S. Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. **Community mental health journal**, v. 57, n. 1, p. 101–110, 1 jan. 2021.
- SILVA EP, LUDERMIR AB, ARAÚJO TVBD, VALONGUEIRO SA. Freqüência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1044–1053, dez. 2011.
- SINTA GAMONAL LIMCAOCO R, MATEOS EM, FERNÁNDEZ JM, RONCERO C. Anxiety, worry and perceived stress in the world due to the COVID-19 pandemic, March 2020. Preliminary results. **medRxiv**, p. 2020.04.03.20043992, 6 abr. 2020.
- SIQUEIRA VDB, LEAL IS, FERNANDES FECV, MELO RAD, CAMPOS MEADL. VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA CONTRA MULHERES USUÁRIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Revista de APS**, v. 21, n. 3, p. 437–449, 30 jan. 2018.
- SOUSA IN, SANTOS FCD, ANTONIETTI CC. Fatores desencadeantes da violência contra a mulher na pandemia COVID-19: Revisão integrativa. **REVISA**, v. 10, n. 1, p. 51–60, 2021.
- SOUTHWICK SM, VYTHILINGAM M, CHARNEY DS. The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. **Annual review of clinical psychology**, v. 1, p. 255–291, 2005.
- STERLING M. The Impact of Event Scale (IES). **Australian Journal of Physiotherapy**, v. 54, p. 78, 2008.
- SURGET A, BELZUNG C. Adult hippocampal neurogenesis shapes adaptation and improves stress response: a mechanistic and integrative perspective. **Molecular psychiatry**, v. 27, n. 1, 2022.

THOMSON EM. Air Pollution, Stress, and Allostatic Load: Linking Systemic and Central Nervous System Impacts. **Journal of Alzheimer's disease : JAD**, v. 69, n. 3, p. 597–614, 2019.

TOLMAN RM. The Development of a Measure of Psychological Maltreatment of Women by Their Male Partners. **Violence and Victims**, v. 4, n. 3, p. 159–177, 1989.

TORALES, J. et al. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. **The International journal of social psychiatry**, v. 66, n. 4, p. 317–320, 1 jun. 2020.

UNITED NATIONS. **UNSDG | Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health**. Disponível em: <<https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-and-need-action-mental-health>>. Acesso em: 1 abr. 2022.

VIEIRA LN, SCHERMANN LB. Estresse e fatores associados em alunos de psicologia de uma universidade particular do sul do Brasil. **Aletheia**, v. 46, p. 120–130, abr. 2015.

WANG C, WANG C, PAN R, WAN X, TAN Y, XU L, HO CS, HO RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 5, 6 mar. 2020.

WOODS SJ, HALL RJ, CAMPBELL JC, ANGOTT DM. Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. **Journal of midwifery & women's health**, v. 53, n. 6, p. 538–546, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A glossary of terms for community health care and services for older persons. **WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report**, v. 5, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Archived: WHO Timeline - COVID-19**. 2020a. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>>. Acesso em: 31 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19)**. [s.d.]a. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_2>. Acesso em: 31 mar. 2022a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health and COVID-19**. [s.d.]b. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-and-covid-19>>. Acesso em: 1 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence Prevention Alliance Approach**. [s.d.]c. Disponível em: <<https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach>>. Acesso em: 1 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19)**. 2020b. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>>. Acesso em: 1 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against women**. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>>. Acesso em: 1 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. 2020c. Disponível em: <<https://www.who.int/director>>

general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 31 mar. 2022.

YALCH MM, RICKMAN SRM. Association Between Intimate Partner Violence Subtypes and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms and Hazardous Substance Use. <https://doi.org/10.1177/08862605211021963>, v. 37, n. 17–18, p. NP16236–NP16252, 7 jun. 2021.

YIM IS, KOFMAN YB. The psychobiology of stress and intimate partner violence. **Psychoneuroendocrinology**, v. 105, p. 9–24, 1 jul. 2019.

YÖRÜK S, GÜLER D. The relationship between psychological resilience, burnout, stress, and sociodemographic factors with depression in nurses and midwives during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Turkey. **Perspectives in psychiatric care**, v. 57, n. 1, p. 390–398, 1 jan. 2021.

YUNITRI N, CHU H, KANG XL, JEN HJ, PIEN LC, TSAI HT, KAMIL AR, CHOU KR. Global prevalence and associated risk factors of posttraumatic stress disorder during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 126, p. 104136, 1 fev. 2022.

ZHANG W, PENG S, FU J, XU K, WANG H, JIN Y, YANG T, COTTRELL RR. Urban Air Pollution and Mental Stress: A Nationwide Study of University Students in China. **Frontiers in Public Health**, v. 9, p. 685431, 2 jul. 2021.

11. Normas da Revista Caderno de Saúde Pública

Instrução para Autores

Forma e preparação de manuscritos

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais).

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1. Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);

1.2. Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3. Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4. Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO; as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais) (Editorial 37(4));

1.5. Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.6. Questões Metodológicas (leia mais): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);

1.7. Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica (leia mais) na epidemiologia (Editorial 37(5)) e artigo utilizando metodologia qualitativa (leia mais);

1.8. Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);

1.9. Cartas: comentário a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.400 palavras);

1.10. Resenhas: Análise crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As resenhas devem conter título e referências bibliográficas. A resenha contempla uma análise da obra no conjunto de um campo em que a mesma está situada, não se restringe a uma apresentação de seu conteúdo, quando obra única, ou de seus capítulos, quando uma obra organizada. O esforço é contribuir com a análise de limites e contribuições, por isto podem ser necessários acionamentos a autores e cenários políticos para produzir a análise, a crítica e a apresentação da obra. O foco em seus principais conceitos, categorias e análises pode ser um caminho desejável para a contribuição da resenha como uma análise crítica, leia o Editorial 37(10).

Obs: A política editorial de CSP é apresentada por meio dos editoriais. Recomendamos fortemente a leitura dos seguintes textos: Editorial 29(11), Editorial 32(1) e Editorial 32(3).

2. Normas para envio de artigos

2.1. CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2. Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3. Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4. Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5. A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 2.12.

2.6. Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

2.7. Serão aceitos artigos depositados em servidor de preprint, previamente à submissão a CSP ou durante o processo de avaliação por pares. É necessário que o autor informe o nome do servidor e o DOI atribuído ao artigo por meio de formulário específico (contatar cadernos@fiocruz.br). NÃO recomendamos a publicação em servidor de preprint de artigo já aprovado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1. Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2. Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana

da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3. As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Netherlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1. Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3. No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1. Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1. Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2. Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3. Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4. Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação CSP o direito de primeira publicação, conforme a Licença Creative Commons do tipo atribuição BY (CC-BY).

6.5. Recomendamos a leitura do Editorial 34(11) que aborda as normas e políticas quanto à autoria de artigos científicos em CSP.

7. Agradecimentos

7.1. Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios de coautoria.

8. Referências

8.1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências

citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2. Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3. No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1. Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1. A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2. Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4. CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia Editorial 34(1) e Editorial 38(1).

10.5. O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11.1 Artigo

Estresse em mães no extremo sul do Brasil e violência por parceiro íntimo: um contexto de pandemia

Denise Lima Meireles¹

Thais Martins da Silva²

Christian Loret de Mola Zanatti¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande

² Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas

Correspondência:

Denise Lima Meireles

Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Rio Grande

Campus Saúde (FURG), Rua Marechal Osório, s/n, Centro

Rio Grande – RS, Brasil – CEP: 96203-900

E-mail: denise_meireles1996@hotmail.com

Estresse em mães no extremo sul do Brasil e violência por parceiro íntimo: um contexto de pandemia

Resumo

O estresse é uma ocorrência fisiológica onde um organismo deve adaptar-se a novas condições, é denominado como "estresse" a resposta patológica ao evento, que leva a um esgotamento físico e/ou mental. Durante a pandemia da COVID-19 as medidas sanitárias incentivavam o distanciamento social, ações que tornaram a residência o ambiente menos seguro para vítimas de violência por parceiro íntimo (VPI). O objetivo do estudo é investigar a prevalência VPI e sua associação a níveis de estresse subjetivo em mães durante a pandemia da COVID-19. O estudo é um recorte transversal em uma coorte de nascimentos da cidade de Rio Grande, RS, composta por 828 mães residentes da zona urbana. A coleta do desfecho foi realizada na segunda onda da pandemia utilizando a escala Impact of Event Scale (IES). Quarenta e dois vírgula cinco por cento das mães apresentaram estresse patológico, e 15,22% foram vítimas de VPI, em que 55,5% sofreram VPI psicológica, e 61,9% física e/ou sexual. A maior Razão de Prevalência (RP) de estresse subjetivo foi identificada em mães vítimas de violência psicológica (RP=1,09; IC95% 1,02-1,16; p=0,005). Devido ao delineamento do estudo, não identificamos a temporalidade da associação do estresse subjetivo e da VPI, consideramos também a possibilidade de subestimação do desfecho. Ressaltamos características da maternidade que são naturalizadas e impostas às mulheres, que podem influenciar diretamente na percepção do estresse subjetivo devido à falta de uma rede de apoio tornado mulheres mais vulneráveis a sobrecarga de atividades domésticas e a vitimização por VPI.

Descritores: Distanciamento social; saúde mental na maternidade; violência contra a mulher; COVID-19; estudo transversal.

Abstract

Stress is a physiological occurrence where an organism must adapt to new conditions. The pathological response to this event is referred to as "estresse," which leads to physical and/or mental exhaustion. During the COVID-19 pandemic, sanitary measures encouraged social distancing, actions that made the home environment less safe for victims of intimate partner violence (IPV). The objective of the study is to investigate the prevalence and factors associated with levels of subjective estresse in mothers during the COVID-19 pandemic, as well as the association between IPV and estresse levels. The study is a cross-sectional analysis within a birth cohort from the city of Rio Grande, RS, comprising 1,040 mothers residing in urban areas. Data collection for the outcome was conducted during the second wave of the pandemic using the Impact of Event Scale (IES). 42.5% of the mothers exhibited pathological estresse, and 15.22% were victims of IPV, with 55.5% experiencing psychological IPV and 61.9% reporting physical and/or sexual IPV. The highest Prevalence Ratio (PR) of subjective estresse was identified among mothers who were victims of psychological violence (PR=1.09; 95% CI 1.02-1.16; p=0.005). Due to the study's design, we did not ascertain the temporality of the association between subjective estresse and IPV. We also acknowledge the possibility of underestimating the outcome. We emphasize the characteristics of motherhood that are normalized and imposed upon women, which can directly influence the perception of subjective estresse due to the lack of a support network, thereby making women more vulnerable to the burden of household tasks and IPV victimization.

Keywords: Stress; maternal mental health; violence against women; COVID-19; cross-sectional study.

Introdução

O estresse é uma ocorrência fisiológica adaptativa a condições desfavoráveis, sua sintomatologia é multifatorial, sendo definida de duas formas: o “eustress”, caracterizado como um nível de estresse que auxilia a atingir metas e objetivos; e o “distress”, que diminui o desempenho, levando ao esgotamento físico e/ou mental, este considerado patológico¹⁻⁴. O contexto de incerteza da pandemia da COVID-19 despertou o medo e a preocupação mundial, que pode ter influenciado na elevação dos níveis de estresse⁵⁻⁷.

As principais estratégias para conter a disseminação do vírus durante a pandemia incluíram o isolamento e o distanciamento social⁸⁻¹⁰. Essas ações afetaram a economia, segurança, saúde, entre outros, período de possível aumento na quantidade de trabalho e falta de apoio social às mulheres^{5,6,11}. O incentivo à permanência da população em suas residências expôs as vítimas de violência por parceiro íntimo (VPI) a um ambiente inseguro, pois as medidas implementadas aumentaram a convivência entre os casais, com um acesso reduzido a portos seguros^{6,12,13}. A VPI é um fenômeno que se configura na violação de direitos dentro de um relacionamento íntimo, causando danos físicos, psicológicos e sexuais, correspondendo ao principal tipo de violência contra a mulher^{5,14}.

A exposição constante a VPI pode ocasionar estresse crônico à vítima, definido como a exposição contínua e ininterrupta a um estressor pelo período de semanas, meses ou anos, levando a problemas de saúde de ordem psicológica e física¹⁵. Já a pandemia da COVID-19 pode ser caracterizada como um estressor universal e crônico, por afetar todas as pessoas do mundo em diferentes setores da sociedade, além do fato das medidas impostas para controle do vírus também serem percebidas como estressantes¹⁶.

O distanciamento social e as ordens de permanência em casa expandem o controle coercitivo e o poder do agressor, com maior monitoramento diário e afastamento social da vítima à amigos e família¹⁷. A preocupação com a segurança dos filhos em relação à exposição do vírus caso fiquem sob cuidados do parceiro, a dependência econômica ou a reincidência a VPI pode perpetuar a permanência das mulheres dentro dessas relações¹⁷. Durante a busca de artigos realizada na etapa de revisão bibliográfica até o ano de 2021 foram encontrados apenas dois estudos que avaliavam a VPI como uma condição estressora em situações de desastre natural ou biológico, avaliando o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, e não níveis de estresse percebidos.

Há estudos que estimam que até 92,4% da amostra, vítima de VPI, preenche

critérios diagnósticos para TEPT¹⁸. A literatura apresenta uma maior associação entre VPI psicológica e sexual com a sintomatologia de TEPT¹⁹. Mesmo diante de situações de desastres, a exposição à vitimização de VPI apresentou maior força de associação com o desfecho de TEPT em comparação a situações relacionadas à própria ocorrência do desastre em outros estudos^{20,21}. É importante enfatizar que o estresse não se constitui como um transtorno, mas sim um conjunto de sintomas, que podem vir a configurar um transtorno específico caso preencham o número de critérios necessários para diagnóstico²².

Perante o exposto, o presente estudo irá descrever os níveis de estresse subjetivo, focando-se na resposta patológica a um evento estressor, definida como “*distress*”. O objetivo do estudo é investigar a prevalência de estresse subjetivo e VPI em mães de filhos pequenos, durante a pandemia da COVID-19, na cidade de Rio Grande. Tendo em vista que a sintomatologia de estresse é influenciada por fatores múltiplos decorrentes do período pandêmico, pretendemos identificar a existência de uma associação entre VPI e níveis de estresse de moderado a severo.

Métodos

Foi realizado um estudo observacional de delineamento transversal dentro de uma coorte com abordagem quantitativa. O presente estudo é derivado de inquérito perinatal, realizado no ano de 2019 que constituiu um estudo de coorte, comportando mães que tiveram filhos em um dos dois hospitais da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul.

Os critérios de inclusão do estudo de coorte foram mães residentes da zona urbana do município de Rio Grande, com os nascimentos de seus filhos entre 1º de janeiro à 31 de dezembro de 2019, de feto único; com um peso igual ou superior a 500 gramas ou a mãe ter alcançado no mínimo 20 semanas de idade gestacional. Para a pesquisa atual, era necessário que tivessem respondido os questionários relacionados à exposição e ao desfecho, aplicados na onda II de 20 de julho a 23 de dezembro de 2020. Devido à ocorrência da pandemia por COVID-19 a coleta de dados foi realizada com o uso de dispositivos tecnológicos a distância. Dentre os critérios de exclusão do estudo as mães que não responderam os itens referentes as variáveis de desfecho e exposição não fizeram parte desse estudo.

Todas as mães integrantes da Coorte de Nascimentos de 2019 que preenchiam os

critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo. Entretanto, devido ao fato da pesquisa WebCOVID-19 ter sido realizada através de dispositivos eletrônicos é possível que nem todas as mulheres tiveram as mesmas condições em questão de recursos próprios para responder aos questionários. Por fim, a amostra do estudo foi composta por 828 mães (Figura 1).

Utilizou-se um questionário on-line elaborado através do programa REDCap® (Research Electronic Data Capture), com questões referentes a VPI atual e pregressa e a percepção de estresse durante a pandemia²³. A variável de desfecho é caracterizada como a autopercepção das entrevistadas acerca do estresse vivenciado durante a pandemia. Tendo em vista que a pandemia é uma exposição universal, a VPI é adotada como a variável de exposição secundária. O estudo atual utiliza dados sociodemográficos coletados no estudo perinatal de 2019 de forma presencial, já as questões relacionadas às variáveis de exposição VPI e o desfecho estresse foram coletadas durante a Onda II da pandemia COVID-19.

Foram utilizados questionários elaborados pelos pesquisadores que envolviam as variáveis sociodemográficas e de exposição. Para a investigação da VPI praticada contra as mulheres, houveram seis questões voltadas para a situação de violência, em relação a prevalência e frequência. Para a variável de desfecho foi utilizada a escala é denominada “Impact of Event Scale (IES)”, traduzida semanticamente para o português com aprovação do autor, da qual investiga a escala de níveis de estresse subjetivo, estabelecendo um score^{24,25}. O instrumento se propõe a avaliar o estresse subjetivo atual para qualquer evento de vida, não estando relacionado a uma ocorrência específica, mas as qualidades particulares da experiência consciente de cada um, que abrange todos esses eventos²⁵.

A IES é uma escala breve, composta por 15 itens, que são divididos em dois subconjuntos, referentes a sintomas de intrusão e evitação. Configura-se em uma escala Likert de 4 pontos, sua administração é autoaplicável, rápida e de baixo custo²⁵. O questionário leva em média de 5 a 10 minutos, e todas as perguntas possuíam alternativas de respostas que variavam entre as seguintes: "Nunca", "Raramente", "Às vezes", "Frequentemente". A pontuação total da escala varia entre 0 a 75. Na interpretação da pontuação total, a sintomatologia deve ser interpretada como: 0 a 8 (faixa subclínica), 9 a 25 (faixa leve), 26 a 43 (faixa moderada), 44 ou mais (faixa grave). Há uma sugestão

de que o ponto de corte seja 26, pois acima dessa pontuação indica um impacto moderado ou severo²⁶. Tendo em vista a sugestão do autor, a variável foi dicotomizada em níveis não patológicos abaixo de 26 pontos, denominado como “níveis subclínico/leve”, e níveis patológicos acima de 26 pontos, definidos como “níveis moderado/severo”.

As covariáveis envolvem as características sociodemográficas da amostra, incluindo as variáveis idade, cor de pele, escolaridade, religião, renda, cônjuge, número de filhos nascidos vivos. Os dados foram analisados por meio do software estatístico STATA versão 16. Em um primeiro momento foi realizada a caracterização da população do estudo, apresentando para as variáveis categóricas as proporções e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), e para as variáveis contínuas as medidas de tendência central e variabilidade. A análise descritiva descreve a prevalência das variáveis de desfecho e exposição, apresentando as frequências absolutas e relativas.

Realizou-se uma análise bivariada utilizando o teste de hipóteses Qui-quadrado de Pearson para identificar a proporção da distribuição das variáveis sociodemográficas e de exposição em relação aos níveis de estresse subjetivo. Também foi realizada uma análise bruta e ajustada utilizando a modelagem de Regressão de Poisson, com ajuste robusto da variância para estudar associações entre VPI e estresse. Os resultados foram apresentados na seção de resultados na forma de razão de prevalência (RP) e seus respectivos IC95%. Para todas as análises, foi considerado um nível de significância de 5%. Faixa etária, anos de estudo, cor da pele da mãe, renda familiar em reais, e praticante/adepta a alguma religião foram considerados fatores de confusão e incluídos na análise ajustada.

O projeto de pesquisa da Coorte de Nascimentos de Rio Grande 2019 foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande. Conforme a Resolução de 310/2016 do comitê de ética, todas as participantes foram previamente esclarecidas sobre o estudo e receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que a assinatura das respondentes fosse coletada.

Foi garantida a participação voluntária e confidencialidade das informações prestadas. Nós obtivemos a aprovação ética do estudo do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande (número de protocolo 15724819.6.0000.5324). Todas as participantes forneceram uma autorização digital para as avaliações

quantitativas e a intervenção.

Resultados

O estudo foi realizado com uma amostra de 828 mães das quais, de acordo com o escore, 25% apresentaram um estresse subclínico, 31,88% estresse leve, 31,88% estresse moderado e 11,2% estresse severo. As características de idade total das respondentes foi entre 14 e 47 anos, com idade média de 28,3 anos (6,4 DP). Quarenta e nove virgula cinco por cento das mães encontravam-se na faixa-etária de 25 a 34 anos, 46,6% possuíam entre 9 a 11 anos de estudo completo com uma média de 11,8 anos (4,15 DP), e 81,5% se autodeclararam de cor de pele branca. A renda familiar mensal em reais de R\$2.000,00 a R\$3.500,00 apresentou a maior prevalência na amostra (32,3%) em contraponto com a menor categoria de renda, classificada como abaixo de R\$1.000,00, que incluiu apenas 4,3% da amostra. A maioria das mães afirmou não praticar ou não ter nenhuma religião (69,5%) e morar com o companheiro (95%). A maior parte das participantes afirmou já ter concebido partos anteriores do bebê em que os filhos nasceram vivos (58,6%) (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição da amostra de mães da zona urbana do município do Rio Grande do estudo Coorte de Nascimentos de Rio Grande 2019, ano de 2020 de acordo com variáveis sociodemográficas e comportamentais (N=828). Rio Grande do Sul, Brasil.

Variável	Frequência	Frequência
	Absoluta (N)	Relativa (%)
Faixa Etária		
<20 anos	66	8%
20 a 24 anos	196	23.7%
25 a 34 anos	410	49.5%
≥35 anos	156	18.8%
Anos de estudo		
0 a 4 anos	21	2.5%
5 a 8 anos	144	17.4%
9 a 11 anos	386	46.6%

≥12 anos	277	33.5%
Cor da Pele		
Branca	675	81.5%
Parda/Mulata	107	12.9%
Preta	46	5.6%
Renda familiar em reais		
<1000 reais	35	4.3%
1000 a 1500 reais	178	21.8%
>1500 a 2000 reais	114	14%
>2000 a 3500 reais	263	32.3%
>3500 a 6000 reais	146	17.9%
>6000 reais	79	9.7%
Praticante de religião		
Não tem/Não pratica	574	69.5%
Católica	68	8.2%
Evangélica	97	11.8%
Espírita	35	4.2%
Candomblé/Umbanda	39	4.7%
Outra	13	1.6%
Mora junto com companheiro		
Não	41	5%
Sim	787	95%
Número de filhos nascidos vivos		
Nenhum	343	41.4%
1 a 3 filhos	438	52.9%
≥ 4 filhos	47	5.7%
Violência por parceiro íntimo		
Não	702	84.8%
Sim	126	15.2%

N: número total de indivíduos na categoria; %: percentual.

A proporção de mães vítimas de violência psicológica praticada por parceiro íntimo desde o nascimento do bebê foi de 14,4%. A frequência da violência psicológica praticada por parceiro íntimo desde o início da pandemia da COVID-19 teve uma percepção de aumento em 32,2% das respondentes, uma diminuição em 18,2%, e 49,6% da amostra exposta afirmaram identificar que manteve-se a mesma frequência de violência psicológica. Dentre as mulheres que relataram um aumento na frequência da violência psicológica 56,4% apresentaram níveis de estresse de moderado a severo; dentre as mães que apresentaram uma diminuição de vitimização da ocorrência 45,5% apresentaram sintomatologia de estresse moderada/severa; as mães que afirmaram que a frequência da violência se manteve igual 56,7% apresentaram níveis moderado/severo de estresse. Apenas 2,5% das mães afirmaram ter sofrido violência física e/ou sexual por parceiro íntimo após o nascimento do bebê.

Foi realizado o teste Qui-quadrado para comparar a diferença entre as variáveis categóricas em relação ao desfecho estresse. Dentre as participantes vítimas de VPI que responderam a escala de sintomatologia de estresse IES, a prevalência geral de estresse entre as mães foi de 56,9% para níveis subclínico a leve e 43,1% para níveis de moderado a severo. As mães que apresentaram níveis de estresse de moderado a severo com maior prevalência estavam dentro da faixa etária de 20 a 24 anos (46,9%), com 9 a 11 anos completos de estudo (46,4%) e de cor de pele branca (45%). A prevalência de estresse de moderado a severo esteve mais presente na segunda categoria de renda familiar em reais, incluindo a faixa financeira de R\$1.000,00 a R\$1.500,00 (50,6%), praticantes da religião Espírita (57,1%), e que moravam junto com um companheiro (43,5%). As mães da categoria sem filhos anterior ao bebê, e com um número de filhos nascidos vivos entre 1 a 3 filhos apresentaram a mesma prevalência de estresse subjetivo moderado/severo (44%) (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de estresse subjetivo (IES) em mães moradoras da zona urbana do município de Rio Grande do estudo Coorte de Nascimentos de Rio Grande 2019, no ano de 2020 de acordo com variáveis demográficas, sociais e comportamentais (N=828). Rio Grande do Sul, Brasil.

Nível de Estresse	
Subclínico/Leve	Moderado/Severo

	56.9(471)	43.1(357)	
Variável	%(n)		Valor P
Faixa etária (anos)			0.604
<20	60.6(40)	39.4(26)	
20-24	53.1(104)	46.9(92)	
25-34	57.3(235)	42.7(175)	
≥35	59(92)	41(64)	
Anos de Estudo			0.225
0 a 4 anos	71.4(15)	28.6(6)	
5 a 8 anos	59(85)	41(59)	
9 a 11 anos	53.6(207)	46.4(179)	
≥12 anos	59.2(164)	40.8(128)	
Cor da Pele			0.037
Branca	55(371)	45(304)	
Parda/Mulata	62.6(67)	37.4(40)	
Preta	71.7(33)	28.3(13)	
Renda familiar em reais			0.011
<1000	77.1(27)	22.9(8)	
1000 a 15000	49.4(88)	50.6(90)	
>1500 a 2000	50(57)	50(57)	
>2000 a 3500	58.2(153)	41.8(110)	
>3500 a 6000	57.5(84)	42.5(62)	
>6000	65.8(52)	34.2(27)	
Praticante de religião			*0.229
Não tem/não pratica	55.8(320)	44.2(254)	
Católica	61.8(42)	38.2(26)	
Evangélica	59.8(58)	40.2(39)	
Espírita	44.9(15)	57.1(20)	

Candomblé/Umbanda	54.1(25)	35.9(14)	
Outra	76.9(10)	23.1(3)	
Casada/Mora junto com companheiro			0.386
Não	63.4(26)	36.6(15)	
Sim	56.5(445)	43.5(342)	
Número de filhos nascidos vivos			0.088
Nenhum	56(192)	44(151)	
1 a 3	56(245)	44(193)	
≥4	72.3(34)	27.7(13)	
Violência psicológica			0.003
Não	59(418)	41(291)	
Sim	44.5(53)	55.5(66)	
Violência física e/ou sexual			0.077
Não	57.5(465)	42.5(344)	
Sim	38.1(8)	61.9(13)	

N: número total de indivíduos na categoria; %: percentual da análise bivariada realizada pelo teste Qui-quadrado de mulheres que apresentaram sintomas de estresse subjetivo para as variáveis independentes e de exposição; *: teste exato de Fisher.

Em relação a exposição a diferentes tipos de violência por parceiro íntimo, as mães com níveis de estresse de moderado a severo em sua maioria foram vítimas de violência psicológica por parceiro íntimo (55,5%), e foram expostas a violência física e/ou sexual (61,9%) (Tabela 2). Apresentaram uma diferença estatisticamente significativa entre as prevalências dos grupos as variáveis: cor da pele ($p=0,037$), renda familiar em reais ($p=0,011$) e violência psicológica ($p=0,003$) (Tabela 2).

A análise ajustada da Regressão de Poisson apresentou uma maior razão de prevalência (RP) de estresse subjetivo em mães na faixa etária de 20 a 24 anos (RP=1,04; IC95% 0,94-1,15), com 9 a 11 anos de estudo completos (RP=1,14; IC95% 0,97-1,33),

renda familiar em reais de R\$1.000,00 a R\$1.500,00 (RP=1,21; IC95% 1,07-1,38; p=0,004), praticante de religião espírita (RP=1,10; IC95% 0,99-1,22), que não moravam junto com um companheiro (RP=1,05; IC95% 0,94-1,17), e sem filhos nascidos antes do bebê (Tabela 3).

Tabela 3. Análise bruta e ajustada para o estresse subjetivo (IES) entre as variáveis independentes e de exposição em mães da Coorte de Nascimentos de Rio Grande 2019. Análise conduzida com 3 níveis hierárquicos, através da Regressão de Poisson. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.

Variáveis	Análise bruta RP (IC95%)	Valor P	Análise ajustada RP (IC95%)	Valor P
1º Nível				
Faixa etária		0.602		0.779
<20 anos	1		1	
20 a 24 anos	1.05 (0.95-1.16)		1.04 (0.94-1.15)	
25 a 34 anos	1.02 (0.93-1.12)		1.02 (0.92-1.12)	
≥35 anos	1.01 (0.91-1.11)		1.01 (0.90-1.13)	
Anos de estudo		0.211		0.195
0 a 4 anos	1		1	
5 a 8 anos	1.09 (0.93- 1.28)		1.08 (0.92-1.27)	
9 a 11 anos	1.13 (0.97-1.32)		1.14 (0.97-1.33)	
≥12 anos	1.09 (0.93-1.27)		1.10 (0.94-1.30)	
Cor da pele		0.031		0.018
Branca	1		1	
Parda/Mulata	0.94 (0.88-1.01)		0.93 (0.86-1.00)	
Preta	0.88 (0.79-0.98)		0.88 (0.79-0.98)	
Renda familiar em reais		0.006		0.004
<1000	1		1	
1000 a 15000	1.22 (1.08-1.38)		1.21 (1.07-1.38)	
>1500 a 2000	1.22 (1.07-1.38)		1.20 (1.05-1.38)	
>2000 a 3500	1.15 (1.02-1.30)		1.12 (0.99-1.27)	
>3500 a 6000	1.15 (1.02-1.31)		1.12 (0.98-1.28)	
>6000	1.09 (0.95-1.25)		1.05 (0.91-1.23)	
2º Nível				
Praticante de religião		0.171		0.263
Não pratica/não tem	1		1	
Católica	0.95 (0.87-1.04)		0.98 (0.90-1.08)	
Evangélica	0.97 (0.90-1.04)		0.99 (0.92-1.07)	

Espírita	1.08 (0.97-1.21)	1.10 (0.99-1.22)
Candomblé/Umbanda	0.94 (0.84-1.05)	0.95 (0.84-1.07)
Outra	0.85 (0.70-1.03)	0.88 (0.72-1.06)
Casada/Mora junto com companheiro	0.384	0.359
Sim	1	1
Não	1.05 (0.94-1.17)	1.05 (0.94-1.17)
Número de filhos nascidos vivos	0.071	0.163
Nenhum	1	1
1 a 3 filhos	1.00 (0.95-1.05)	0.99 (0.94-1.04)
≥4 filhos	0.88 (0.79-0.98)	0.89 (0.80-1.00)
<hr/>		
3º Nível		
Violência psicológica	0.002	0.002
Não	1	1
Sim	1.10 (1.03-1.17)	1.10 (1.03-1.17)
Violência física/sexual	0.057	0.296
Não	1	1
Sim	1.13 (0.99-1.29)	1.07 (0.93-1.23)

RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; Ajustada para: faixa etária, anos de estudo, cor da pele, renda familiar, praticante de religião, mora junto com companheiro, número de filhos nascidos vivos, violência psicológica, frequência da violência psicológica e violência física e/ou sexual. Todas as medidas foram apresentadas com o valor P de heterogeneidade.

No que se refere a exposição a VPI apresentaram maior RP de estresse subjetivo mães vítimas de violência psicológica (RP=1,10; IC95% 1,03-1,17; p=0,002), e que sofreram violência física e/ou sexual (RP=1,07; IC95% 0,93-1,23). Quanto a cor da pele, a menor prevalência de estresse permaneceu em mães que se autodeclararam pretas (RP=0,91; IC95% 0,83-1,00). Mesmo após ajuste, as variáveis continuaram mantendo a diferença estatisticamente significativa entre as razões de prevalência.

Discussão

O presente estudo identificou uma alta prevalência de estresse em mães durante o primeiro ano da pandemia da COVID-19, em comparação a outros estudos realizados na

pandemia identificando a sintomatologia de estresse e TEPT²⁷⁻³⁰. Apresentaram associação com o desfecho a cor da pele, renda familiar em reais e especificamente a exposição a violência psicológica praticada por parceiro íntimo.

A faixa etária mais jovem apresentou os menores níveis de estresse moderado e severo em comparação a outros grupos, já os maiores níveis foram encontrados entre as mães de 20 a 24 anos. O menor nível de escolaridade também apresentou menores níveis de estresse moderado e severo, entretanto há um número muito baixo de observações na categoria. As mães de cor de pele branca tiveram uma maior prevalência de níveis mais elevados de estresse, porém a categoria de mães que se autodeclararam pretas tinha uma amostra 14,7 vezes menor. Ainda que sem uma diferença estatisticamente significativa, mais da metade das mulheres vítimas de violência física e/ou sexual praticada por parceiro íntimo apresentaram estresse de moderado a severo.

Renda

O menor número de observações na renda familiar em reais foi no grupo de menor renda (<1.000 reais), que incluiu apenas 4,3% da amostra. O valor da categoria foi definido na análise devido ao salário mínimo do ano de 2019 ser R\$998,00, época em que a variável em questão foi coletada³¹. A maior proporção da amostra concentrava-se na faixa acima de R\$2.000,00 até R\$3.500,00, contendo 32,3% da amostra, esses dados são condizentes com informações identificadas na região Sul do Brasil pelo IBGE no ano de 2019, do qual a população apresentou um rendimento médio mensal real de todas as fontes no valor de R\$2.499,00³².

A maior prevalência de estresse de moderado a severo foi identificado em mães na categoria de renda familiar em reais dentre R\$1.000,00 a R\$1.500,00, do qual 50,6% das mães apresentaram a sintomatologia. Entretanto na análise a renda foi identificada como fator de risco, e o maior tamanho de efeito foi encontrado na faixa acima de R\$1.500,00 a R\$2.000,00, que mesmo após ajuste apresentou uma RP de 1,22 para 1,21 ($p=0,004$). Um outro estudo realizado na cidade de Rio Grande, ainda que seus dados não tenham sido coletados na pandemia, identificou que a prevalência de estresse era maior entre indivíduos mais pobres, e que havia uma tendência de diminuição no número de pessoas que compunham o grupo mais estressado em consequência do aumento da renda familiar³³. Outros autores também identificaram uma chance maior de TEPT ao longo da vida em indivíduos de famílias de baixa renda³⁴.

Cor de pele

Houve uma predominância em nossa amostra de mulheres de cor de pele branca (81,5%), seguido por mulheres pardas (12,9%), e pretas (5,6%), apresentando uma proporção um pouco maior em comparação as estimativas do IBGE na região Sul do Brasil no ano de 2019, que indicou uma proporção de 73,2% de pessoas brancas, e 4,6% pessoas pretas, porém uma proporção mais baixa de pessoas pardas foi identificada em nosso estudo, havendo o IBGE indicado 21,3% para a região³⁵. É importante enfatizar que os dados do IBGE incluem ambos os sexos, não apenas mulheres, e também englobam outros dois estados do país, além do Rio Grande do Sul.

Ainda que na literatura exista um consenso acerca da cor da pele e a associação a VPI, um estudo utilizando dados de 2014 identificou que dentre indivíduos que usavam os serviços de urgência e emergência do SUS, a cor de pele ou raça negra eram as principais vitimizadas³⁶. Em um estudo realizado em 2019, identificou-se que a maior prevalência de VPI abrangia mulheres de cor de pele preta, entretanto a cor da pele não se manteve no modelo final da análise³⁷. Os autores identificaram uma relação entre raça, escolaridade e renda, hipotetizando que não necessariamente mulheres pardas e pretas sofrem mais VPI, mas acumulam um maior número de vulnerabilidades, que dificultam romper com o agressor em situações de violência crônica^{37,38}.

VPI

Em nossa amostra 15,22% das mães sofreram pelo menos algum tipo de VPI. Na literatura há uma grande variedade em relação as prevalências de VPI em populações distintas, que em sua maioria identificam prevalências maiores. Um estudo brasileiro publicado em 2008 indicou uma prevalência de VPI de 50,7% na cidade de São Paulo, da qual apresenta características urbanas³⁸. Segundo um relatório de base nacional divulgado pelo Senado Federal, 27% das mulheres afirmaram ter sofrido algum tipo de violência doméstica provocada por um homem, onde 76% relatou que foi ocasionada por um relacionamento romântico³⁹. Em um estudo transversal que utilizou informações da base de dados de notificação compulsória de VPI registrados no Sinan, do ano de 2011 a 2017, foi constatada uma proporção de VPI de 67,2% no estado do Rio Grande do Sul indicando que nosso estudo apresentou resultados menores em comparação a outros estudos nacionais e regionais⁴⁰.

Quatorze vírgula quatro por cento das mães foram vítimas de violência psicológica praticada por parceiro íntimo, sendo essa a vitimização de VPI com maior medida de frequência em nossa amostra; condizente com a maior frequência de VPI encontrada em outros estudos, mas com prevalências distintas que identificaram 18,8%³⁸, 19%¹⁹, 41,6%⁴¹ e 41,8%³⁸, 72,6%⁴². Identificamos que 55,5% das mães expostas a VPI psicológica apresentaram níveis de estresse de moderado a severo. Na literatura há poucos comparativos em relação ao tipo de VPI praticada e níveis de estresse, entretanto já é indicado maiores tamanhos de efeito da VPI psicológica sob o estresse percebido⁴¹.

Apenas 32% das mães expostas a VPI relataram um aumento na frequência de violência psicológica desde o início da pandemia da COVID-19. Os dados que comprovam o aumento a VPI no Brasil são escassos e em sua maioria indicam a diminuição da ocorrência, entretanto o aumento no caso de feminicídios indica não a diminuição de ocorrência de VPI, mas sim a diminuição de denúncias no primeiro ano da pandemia (2020) em comparação ao ano anterior^{43,44}. Não foram encontrados dados específicos das mudanças de ocorrência da violência psicológica, porém o Senado Federal publicou um relatório de base nacional constatando um aumento de 49% na frequência de VPI desde o início da pandemia de acordo com relato das vítimas³⁹.

Devido ao baixo número de mães que afirmaram ter sofrido VPI física e VPI sexual durante a pandemia optamos pela união das duas variáveis, que totalizou em uma prevalência de 2,5% na amostra. Nossa estimativa foi bem abaixo de outros estudos já presentes na literatura, que relatam prevalências de 9,3% a 89,3% de violência física, e de 10,1% a 27,3% de violência sexual, apresentando grandes variações no construto^{40,41,45}. 61,9% das mães de nossa pesquisa com estresse moderado a severo sofriam violência física e sexual, ainda que sem diferença estatisticamente significativa. Diversos estudos identificaram a VPI como um forte preditor para o TEPT, sendo associada positivamente aos sintomas do transtorno, incluindo o abuso físico, violência sexual e violência psicológica, sendo na maioria dos casos o fator de maior associação ao desfecho⁴⁵⁻⁴⁸.

Estresse na Pandemia

Quarenta e dois vírgula cinco por cento das mães apresentaram níveis de estresse de moderado a severo durante o 1º ano da pandemia da COVID-19. Uma meta análise que incluiu países da Ásia e Europa identificou uma prevalência de estresse de 29,6%

durante a pandemia⁴⁹; outro estudo no mesmo período apresentou resultados clinicamente significativos de TEPT em 34% da amostra⁵⁰. No País Basco, ao norte da Espanha, foi identificado na primeira onda da pandemia uma prevalência de estresse em mulheres de 8,9% níveis leves, 9,0% níveis moderados, 3,1% níveis fortes e 1,2% extremamente graves⁵¹. Identificamos que nossa amostra geral de 828 mães apresentou maiores estimativas de estresse em relação a estudos em outras populações realizados no mesmo período.

Fortalezas e limitações

Dentre as limitações do estudo está o delineamento, precisamos considerar a natureza e a forma como foram coletadas as variáveis, sendo esse um delineamento transversal nos permitiu identificar apenas as prevalências do estresse subjetivo e da VPI, não havendo dados pré-pandêmicos dessas variáveis não identificamos a temporalidade da associação. Certamente isso impossibilitou constatar mudanças na frequência da vitimização de VPI devido ao advento da pandemia, ou até mesmo variações nos níveis de estresse antes e após o início da pandemia. Devido ao fato de estarem inseridas em situações já estressantes com a ocorrência de um desastre biológico podem identificar a condição de vitimização por VPI mais ou menos estressante do que realmente é.

Tendo em vista que a temática de VPI é considerada um tabu em nossa sociedade, há a possibilidade de boicote consciente em relação às respostas referentes ao tema. Acreditamos que essa medida esteja subestimada, principalmente pelo questionário ser autoaplicável de forma online, e nem todas respondentes podem sentir-se confortáveis com o meio eletrônico de registros, que impossibilita o desenvolvimento da confiança e o acolhimento sensível de um entrevistador ao abordar a temática delicada. Ainda que tenhamos teorizado acerca do ciclo da ocorrência da pandemia, do estresse subjetivo e da VPI é inviável identificar o que antecede e precede essa sequência, uma vez que a causalidade reversa pode encontrar-se presente em estudos transversais, nem mesmo identificar com precisão qual condição influencia mais na sintomatologia de estresse, pois em nosso estudo não foram esgotados todos os fatores estressantes ocorrentes em uma pandemia.

Em nossa pesquisa o sexo e a identidade de gênero dos(as) parceiros(as) não foram questionados, sendo assim, partimos do princípio que os parceiros eram compostos majoritariamente por homens. Em relação a falta de dados se as mães residiam com outros

filhos para além do bebê nascido em 2019, deduzimos que o número declarado de filhos nascidos vivos para além do bebê residiam na mesma residência e/ou estavam sob sua responsabilidade, condição que poderia gerar um maior número de tarefas ou preocupações em relação às circunstâncias pandêmicas.

De todo modo, este estudo usa uma amostra representativa da população de mulheres que tiveram filhos no ano de 2019 na cidade de Rio Grande, a investigação realizada no presente estudo é fundamental para compreender as condições de saúde mental das mães rio-grandinas de filhos pequenos, mais especificamente as percepções em relação ao estresse durante a pandemia. O instrumento utilizado também permite a comparabilidade com estudos realizados em outras regiões. Obtivemos uma boa taxa de respostas que demonstrou que a maioria das mães se caracterizou com níveis patológicos de estresse subjetivo durante esse período, havendo a necessidade de salientar a importância de cuidar das condições de saúde das mulheres após experiências estressantes com a maternidade e a possível vitimização por VPI. A baixa notificação de vitimização por VPI física e sexual nos indica a necessidade de uma maior atenção para a investigação desse construto, que pode estar relacionada à abordagem do método de coleta, ou até mesmo o baixo entendimento populacional acerca da caracterização desses tipos de VPI.

Conclusão

Dessa forma, os achados do presente estudo evidenciam a necessidade de implementar políticas tanto do âmbito da saúde quanto da assistência social, considerando a saúde mental de forma ampla, uma vez que diversos aspectos podem contribuir para o desenvolvimento da sintomatologia de estresse. Identificamos uma grande proporção incluída no grupo de níveis patológicos de estresse, que indica a demanda de atenção para essa condição.

Reconhecemos que o advento da pandemia pode ser um fator determinante para o desenvolvimento dessa condição, mas levando em conta o período de exposição ao evento, ainda não somos capazes de mensurar a proporção dos danos a longo prazo e a possibilidade do retorno à normalidade após término da emergência de saúde pública. Essas descobertas apoiam a necessidade de explorar características da maternidade que são naturalizadas e impostas às mulheres, mas que podem influenciar diretamente na

percepção do estresse subjetivo. A falta de uma rede de apoio pode tornar as mulheres mais vulneráveis a sobrecarga de atividades domésticas e a vitimização de VPI, apoio do qual em relações abusivas é inexistente.

São essenciais que algumas ações sejam fomentadas pelo próprio sistema de saúde, inclusive na prática clínica por parte de profissionais de saúde que atuem com a saúde da mulher e a saúde materno-infantil. A atenção para os sintomas de estresse e sinais de vitimização por VPI é importante para garantir as condições de saúde mental, rede de apoio e integridade da vítima, e também fomentar os sistemas de notificação compulsória que auxiliam em planos de prevenção e outras estratégias de saúde. Nosso estudo não investigou uma série de circunstâncias relativas às responsabilidades domésticas e maternas que podem estar envolvidas na temática do estresse, mas consideramos imprescindível o olhar sensível no entendimento de profissionais de saúde acerca dessa condição e as diferentes vertentes que envolvem a temática.

Uma ampla visão de condições individuais e socioculturais pode proporcionar melhores estratégias de intervenção nesse público. Atualmente há uma escassez na literatura no que diz respeito a fatores relacionados à associação da VPI e do estresse, que pode limitar nas temáticas abordadas em processos terapêuticos que visam promover a estabilidade familiar e o apoio social às mães.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Borja, E. M. B. de. A violência simbólica e o estresse em saúde pública: Reflexão ergonômica/abordagens com propostas de “mudança” das políticas de saúde pública no universo feminino. *Univ. Fed. St. Catarina, Florianóp.* 477 (2003).
2. Faro, A. & Pereira, M. E. ESTRESSE: REVISÃO NARRATIVA DA EVOLUÇÃO CONCEITUAL, PERSPETIVAS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS. *Psicol. Saúde e Doenças* **14**, 78–100 (2013).
3. Brule, G. & Morgan, R. Editorial Working with stress: can we turn distress into eustress? *J. Neuropsychol. Stress Manag.* **3**, 1–3 (2018).
4. Kupriyanov, R. & Zhdanov, R. The Eustress Concept: Problems and Outlooks. *World J. Med. Sci.* **11**, 179–185 (2014).
5. Pan American Health Organization. COVID-19 e a violência contra a mulher: O que o setor/sistema de saúde pode fazer. (2020).
6. Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D. & Miller, L. J. The impact of the COVID-19 pandemic on women’s mental health. *Arch. Womens. Ment. Health* **23**, 741 (2020).
7. World Health Organization. Mental health and COVID-19. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-and-covid-19>.
8. Wang, C. *et al.* Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **17**, (2020).
9. Liu, N. *et al.* Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res.* **287**, (2020).
10. Barbosa, L. N. F. *et al.* Frequência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse em brasileiros na pandemia COVID-19. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* **21**, 413–419 (2021).
11. Torales, J., O’Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M. & Ventriglio, A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int. J. Soc. Psychiatry* **66**, 317–320 (2020).
12. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19). https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_2.
13. Golding, J. M. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *J. Fam. Violence* 1999 142 **14**, 99–132 (1999).
14. Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. *World report on violence and health*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf (2002).
15. Eggers, A. E. Redrawing Papez’ circuit: a theory about how acute stress becomes chronic and causes disease. *Med. Hypotheses* **69**, 852–857 (2007).

16. Pfeifer, L. S., Heyers, K., Ocklenburg, S. & Wolf, O. T. Stress research during the COVID-19 pandemic and beyond. *Neurosci. Biobehav. Rev.* **131**, 581–596 (2021).
17. Kaukinen, C. When Stay-at-Home Orders Leave Victims Unsafe at Home: Exploring the Risk and Consequences of Intimate Partner Violence during the COVID-19 Pandemic. *Am. J. Crim. Justice* **45**, 668–679 (2020).
18. Woods, S. J., Hall, R. J., Campbell, J. C. & Angott, D. M. Physical health and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *J. Midwifery Womens. Health* **53**, 538–546 (2008).
19. Yalch, M. M. & Rickman, S. R. M. Association Between Intimate Partner Violence Subtypes and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms and Hazardous Substance Use. <https://doi.org/10.1177/08862605211021963> **37**, NP16236–NP16252 (2021).
20. Schumacher, J. A. *et al.* Intimate partner violence and Hurricane Katrina: Predictors and associated mental health outcomes. *Violence Vict.* **25**, 588 (2010).
21. Gupta, J. *et al.* Associations between exposure to intimate partner violence, armed conflict, and probable PTSD among women in rural Côte d’Ivoire. *PLoS One* **9**, e96300 (2014).
22. Psychiatric Association, A. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição.
23. Harris, P. A. *et al.* Research electronic data capture (REDCap)--a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J. Biomed. Inform.* **42**, 377–381 (2009).
24. Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom. Med.* **41**, 209–218 (1979).
25. De Oliveira E Silva, A. C., Nardi, A. E. & Horowitz, M. Versão brasileira da Impact of Event Scale (IES): tradução e adaptação transcultural. *Rev. Psiquiatr. do Rio Gd. do Sul* **32**, 86–93 (2010).
26. Sterling, M. The Impact of Event Scale (IES). *Aust. J. Physiother.* **54**, 78 (2008).
27. Bridgland, V. M. E. *et al.* Why the COVID-19 pandemic is a traumatic stressor. *PLoS One* **16**, (2021).
28. Necho, M., Tsehay, M., Birkie, M., Biset, G. & Tadesse, E. Prevalence of anxiety, depression, and psychological distress among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Int. J. Soc. Psychiatry* **67**, 892–906 (2021).
29. Shah, S. M. A., Mohammad, D., Qureshi, M. F. H., Abbas, M. Z. & Aleem, S. Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Community Ment. Health J.* **57**, 101–110 (2021).
30. Goularte, J. F. *et al.* COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *J. Psychiatr. Res.* **132**, 32–37 (2021).
31. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.661, de 1º de Janeiro de 2019.

- http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9661.htm (2019).
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua PNAD contínua: Outras formas de trabalho 2019. 1–12 https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101722_informativo.pdf (2019).
 33. Demenech, L. M., Almeida, R. B., Neiva-Silva, L. & Dumith, S. C. Does Money Buy Happiness? Disentangling the Association Between Income, Happiness and Stress. *An. Acad. Bras. Cienc.* **94**, e20210364 (2022).
 34. Pabayo, R., Fuller, D., Goldstein, R. B., Kawachi, I. & Gilman, S. E. Income inequality among American states and the conditional risk of post-traumatic stress disorder. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **52**, 1195 (2017).
 35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD contínua Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: Rendimento de todas as fontes 2019. 1–12 https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101709_informativo.pdf (2020).
 36. Garcia, L. P. & da Silva, G. D. M. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cad. Saude Publica* **34**, (2018).
 37. Vasconcelos, N. M. de, Andrade, F. M. D. de, Gomes, C. S., Pinto, I. V. & Malta, D. C. Prevalência e fatores associados a violência por parceiro íntimo contra mulheres adultas no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Rev. Bras. Epidemiol.* **24**, e210020 (2021).
 38. Schraiber, L. B. *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saude Publica* **41**, 797–807 (2007).
 39. Brasil. Senado Federal. Instituto DataSenado Pesquisa DataSenado: Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher.
 40. Dênis, M. *et al.* Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev. Bras. Epidemiol.* **23**, e200007.SUPL.1 (2020).
 41. Haight, S. C. *et al.* Stressful life events, intimate partner violence, and perceived stress in the postpartum period: longitudinal findings in rural Pakistan. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **57**, 2193–2205 (2022).
 42. Hazen, A. L. & Soriano, F. I. Experiences with intimate partner violence among Latina women. *Violence Against Women* **13**, 562–582 (2007).
 43. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência contra mulheres em 2021.
 44. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19-ed. 3.
 45. Pico-Alfonso, M. A. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neurosci. Biobehav. Rev.* **29**, 181–193 (2005).
 46. Lilly, M. M., Howell, K. H. & Graham-Bermann, S. World assumptions, religiosity, and PTSD in survivors of intimate partner violence. *Violence Against*

Women **21**, 87–104 (2015).

47. Shaked, O., Dekel, R., Ben-Porat, A. & Itzhaky, H. Predicting changes in PTSD and depression among female intimate partner violence survivors during shelter residency: A longitudinal study. *Psychol. Trauma* **13**, 349–358 (2021).
48. Kessler, R. C. *et al.* Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur. J. Psychotraumatol.* **8**, (2017).
49. Salari, N. *et al.* Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global. Health* **16**, (2020).
50. Murata, S. *et al.* The Psychiatric Sequelae of the COVID-19 Pandemic in Adolescents, Adults, and Health Care Workers. *Depress. Anxiety* **38**, 233 (2021).
51. Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M. & Idoiaga-Mondragon, N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad. Saude Publica* **36**, e00054020 (2020).

Fluxograma de acompanhamentos



Figura 1. A figura demonstra os estudos envolvidos, e todos os acompanhamentos realizados até a composição da amostra do estudo atual (N=828).

11.2 Nota à imprensa

Estudo Identifica Associação entre Estresse Patológico e Violência por Parceiro Íntimo durante a Pandemia da COVID-19 na cidade de Rio Grande, RS

O estresse é uma ocorrência fisiológica comum quando os indivíduos são confrontados com novas condições e demandas. Sendo uma condição de saúde, afeta inúmeras pessoas ao redor do mundo em decorrência do estilo de vida. Durante a pandemia o medo e a preocupação elevaram os níveis de estresse devido ao contexto de incerteza. A exposição contínua e ininterrupta de um estressor é classificada como um estressor crônico, que pode gerar problemas de saúde de ordem física e psicológica. As medidas sanitárias incentivaram o distanciamento social, e a permanência da população em suas residências, ações que aumentaram as tarefas domésticas, e afetaram a economia, saúde mental, bem-estar psicossocial, segurança alimentar, violência de gênero entre outros que tornaram a residência o ambiente menos seguro para vítimas de violência por parceiro íntimo (VPI).

O estresse é consequência de um conjunto de fatores, que normalmente atuam de forma concomitante no indivíduo, como a idade, a renda, escolaridade, estado civil, etnia, religião, política, exposição à violência, uso de substância, qualidade do sono, nível de atividade física, valor nutricional da alimentação, percepção da realidade, capacidade de adaptação, fatores fisiológicos e ambientais. A condição da pandemia por si só é de fato mais estressante para as mulheres, pois normalmente são responsáveis pelos cuidados domésticos e o cuidado de familiares doentes, surgindo assim nossa preocupação com o bem estar materno durante esse período.

O estudo conduzido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) revelou dados apresentados na pesquisa de dissertação de mestrado da aluna Denise Lima Meireles, sob orientação do Prof. Dr. Christian Loret de Mola Zanatti, e coorientação da Dr. Thais Martins da Silva. revelando elevados níveis de estresse durante o período de restrições e distanciamento social.

O estudo é baseado em uma amostra de 828 mães de um estudo de coorte. Foram identificados níveis de estresse de moderado a severo em 42,5% da amostra, das quais em sua maioria estavam dentro da faixa etária de 20 a 24 anos (46,9%), com 9 a 11 anos

de estudo completos (46,4%), de cor de pele branca (45%) e que moravam junto com o companheiro (43,5%). A análise dos dados revelou que as mães em situação de estresse elevado foram particularmente vulneráveis à violência por parceiro íntimo. Dessas, 55,5% também foram vítimas de violência por parceiro íntimo psicológica, e 61,9% física e/ou sexual. É importante ressaltar que a violência pode se manifestar de diversas formas, incluindo violência psicológica, física, sexual e patrimonial.

A associação entre estresse e violência por parceiro íntimo é extremamente preocupante. A pandemia criou um ambiente propício para o aumento da tensão nas relações familiares, colocando as vítimas em um cenário de maior vulnerabilidade. Nós enfatizamos a importância de conscientização e recursos para ajudar as pessoas a reconhecerem os sinais de violência e buscar apoio. Esse contexto tem gerado problemas de saúde mental, assim como foi possível observar com estes resultados sendo imprescindível conhecer as variáveis que estão associadas ao processo de adoecimento. Há uma escassez na literatura acerca de fatores relacionados à associação da VPI e do estresse, que pode limitar nas temáticas abordadas em processos terapêuticos que visam promover a estabilidade familiar e o apoio social às mães.

A mestranda propõe-se a apresentar os resultados à Secretaria Municipal de Saúde e dispositivos de saúde de atenção básica e secundária. O objetivo é identificar as mulheres mais vulneráveis à sobrecargas domésticas e vitimização à violência por parceiro íntimo, preparar os profissionais e adotar protocolos para melhorar o atendimento das mulheres e assim reduzir a ocorrência desse tipo de violência no município.

12. Anexos

Anexo 1. Cálculo de poder do estudo

Poder para estudos de coorte

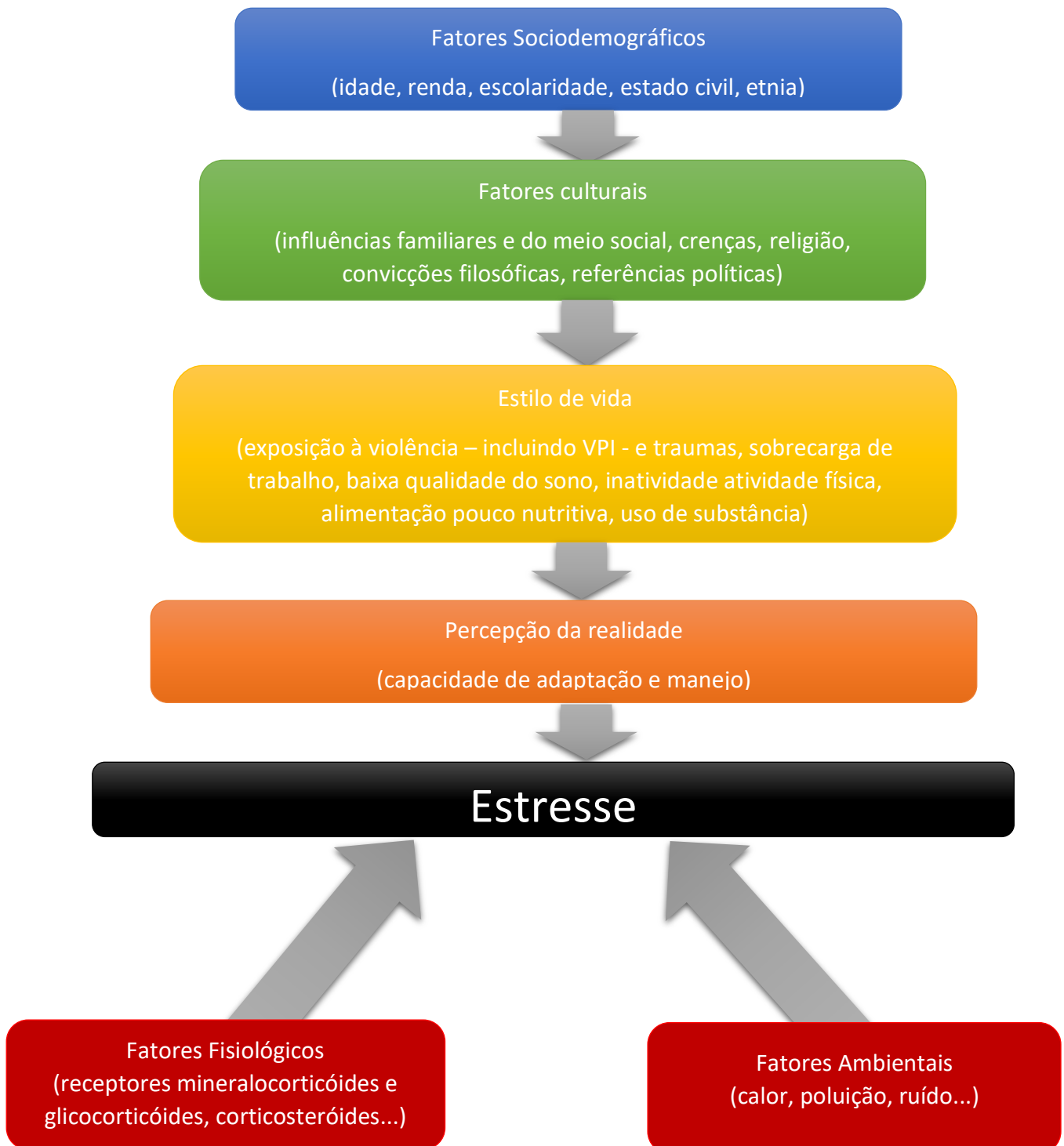
	Dados de entrada
Intervalo de confiança bilateral(%)	95
Quantidade de expostos	208
Risco de doença entre expostos (%)	40
Quantidade de não expostos	832
Risco de doença entre não expostos (%)	10
Razão de risco detectado	4
Poder baseado em:	
Aproximação normal	100%
Aproximação normal com correção de continuidade	100%

Resultados do OpenEpi, Versão 3, calculadora de código aberto--PowerCohort

Fonte: Valores calculados através do site OpenEpi.

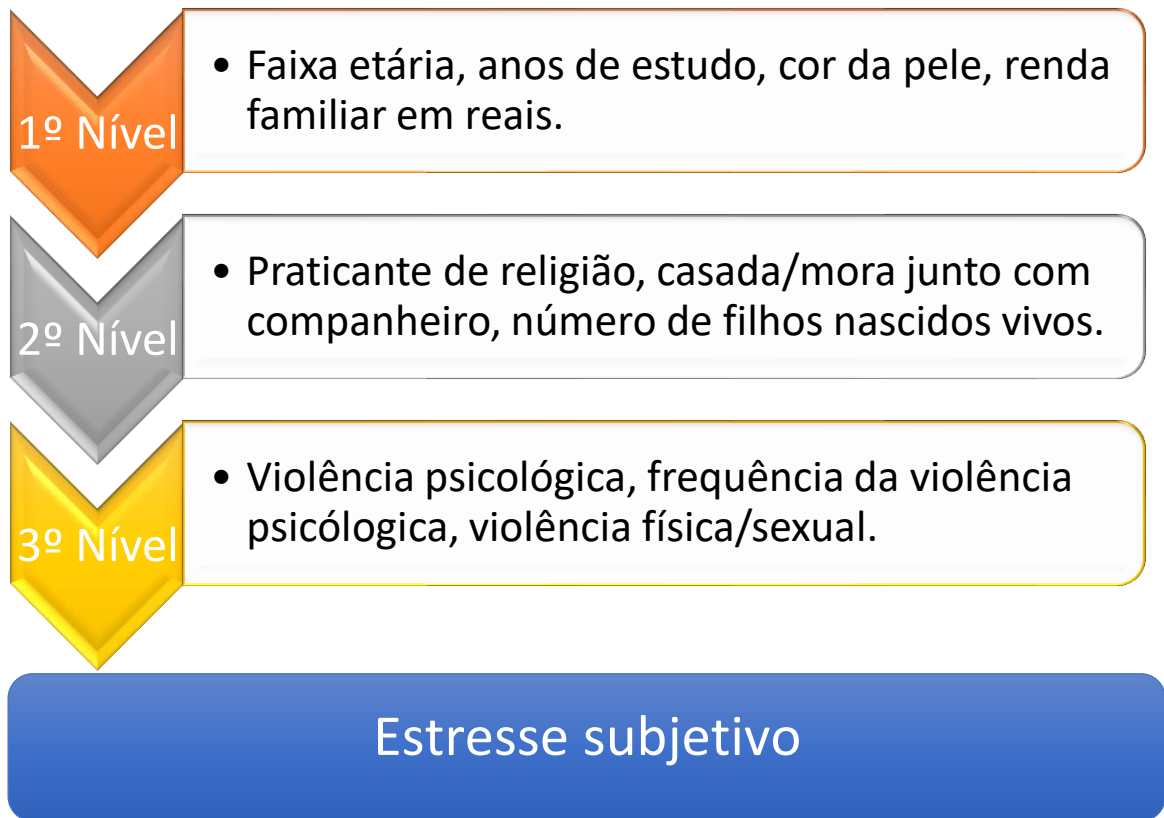
13. Apêndices

13.1 Apêndice 1: Modelo Conceitual do Marco Teórico



Apêndice 1. Modelo conceitual do Marco Teórico desenvolvido acerca da temática “estresse” e fatores envolvidos para a sintomatologia. O nível de aproximação e influência em relação a condição é apresentado de forma crescente, seus dados são descritos na secção “Marco Teórico” da dissertação.

13.2 Apêndice 2: Modelo conceitual de análise



Apêndice 2. Modelo conceitual de análise por três níveis executado na Regressão de Poisson bruta e ajustada, seus dados são descritos na Tabela 3.

13.3 Apêndice 3: Escala de Estresse – Impact of Event Scale (IES)

Aqui estão algumas dificuldades que as pessoas podem passar quando vivem momentos estressantes.

Considerando a última semana (7 dias), como você se sentiu sobre o Coronavírus. Assinale o nível de estresse mais parecido com o qual você está passando.

- | | |
|---|--|
| Pensei sobre isso quando não tinha intenção | <input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Raramente
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Frequentemente |
| Evitei me deixar chatear quando pensei ou lembrei disso | <input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Raramente
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Frequentemente |
| Tentei tirar isso da memória | <input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Raramente
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Frequentemente |
| Eu tive problemas para adormecer ou permanecer dormindo por causa das imagens ou pensamentos que surgiam em minha mente | <input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Raramente
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Frequentemente |
| Tive momentos com fortes sentimentos sobre isso | <input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Raramente
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Frequentemente |
| Eu tive sonhos sobre isso | <input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Raramente
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Frequentemente |
| Fiquei afastado do que me lembraria disso | <input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Raramente
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Frequentemente |
| Senti como se isso não tivesse acontecido ou não tivesse sido real | <input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Raramente
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Frequentemente |
| Tentei não falar sobre isso | <input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Raramente
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Frequentemente |
| Imagens sobre isso invadem minha mente | <input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Raramente
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Frequentemente |
| Outras coisas continuam me fazendo pensar sobre isso | <input type="radio"/> Nunca
<input type="radio"/> Raramente
<input type="radio"/> Às vezes
<input type="radio"/> Frequentemente |

13.3 Apêndice 3: Escala de Estresse – Impact of Event Scale (IES) – Continuação

Estava consciente de que eu ainda tinha muitos sentimentos sobre isso, mas eu não lidei com eles

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

Tentei não pensar sobre isso

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

Qualquer lembrete trazia de volta os sentimentos sobre isso

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

Meus sentimentos sobre isso estavam meio anestesiados

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente

13.4 Apêndice 4: Questões acerca da Violência por Parceiro Íntimo (VPI)

Estamos chegando ao final do questionário!

As próximas perguntas são sobre coisas que podem acontecer com muitas mulheres.

Desde que seu bebê nasceu, seu(sua) companheiro(a) te bateu, te deu um tapa, te chutou ou fez algo para te machucar fisicamente?

- Não
- Sim

Durante a pandemia, a quantidade de vezes que ele(a) te bateu:

- Aumentou
- Diminuiu
- Se manteve igual

Desde que seu bebê nasceu, alguma vez seu(sua) companheiro(a) te forçou fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?

- Não
- Sim

Durante a pandemia, a quantidade de vezes que ele(a) te forçou:



- Aumentou
- Diminuiu
- Se manteve igual

Desde que seu bebê nasceu, alguma vez seu(sua) companheiro(a) te insultou ou fez com que você se sentisse mal?

- Não
- Sim

Durante a pandemia, a quantidade de vezes que ele(a) te insultou ou fez com que você se sentisse mal:

- Aumentou
- Diminuiu
- Se manteve igual

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA	 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA <small>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE</small>
---	---	--



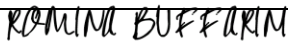
DEFESA DE DISSERTAÇÃO

NOME DO ESTUDANTE Denise Lima Meireles	MATRÍCULA 146693
CURSO OU PROGRAMA Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública	NÍVEL Mestrado

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO

DISTRESS SUBJETIVO E VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO PRATICADA CONTRA MÃES DE UMA COORTE NO SUL DO BRASIL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

PROJETO DE PESQUISA REGISTRADO NO CEPAS SOB O Nº:

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA	TÍTULO	ASSINATURA
Christian Loret de Mola Zanatti (Orientador)	Doutor	 <small>Documento</small>
Lauro Miranda Demenech (Membro interno)	Doutor	 <small>LAURO MIRANDA DEMENECH Data: 07/08/2023 17:25:10 -0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br</small>
Romina Buffarini (Membro externo)	Doutor	 <small>20B6CE1BB620467...</small>

APRECIÇÃO SOBRE A DISSERTAÇÃO

Aos quatro dias do mês de agosto às 16h os membros acima nomeados para a defesa da Dissertação do estudante Denise Lima Meireles matriculada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, consideraram APROVADA, e estabelecem um prazo máximo de 30 (trinta) dias para as correções e entrega da versão definitiva.

DADOS PESSOAIS DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA

NOME COMPLETO	CPF	TITULAÇÃO		
		Área	Local	Ano
Christian Loret de Mola Zanatti	-	Epidemiologia	UFPEL	2014
Lauro Miranda Demenech	-	Psicologia	FURG	2021
Romina Buffarini	-	Epidemiologia	UFPEL	2017