

Anseios e angústias gerados na vitimização da mulher

Yearnings and distress generated in the victimization of women

DOI:10.34117/bjdv8n4-202

Recebimento dos originais: 21/02/2022

Aceitação para publicação: 31/03/2022

Ana Carolina Zorzanelo Niza

Acadêmica do 3º ano de Medicina

Instituição: Universidade de Maringá - UNICESUMAR - PR

Endereço: Av. Guedner, 1610 - Jardim Aclimação, CEP: 87050-900 - Maringá - PR

E-mail: zorzaneloniza@gmail.com

Talia dos Santos

Acadêmica do 3º ano de Medicina

Instituição: Universidade de Maringá - UNICESUMAR - PR

Endereço: Av. Guedner, 1610 - Jardim Aclimação, CEP: 87050-900 - Maringá - PR

E-mail: talia_santos09@hotmail.com

Emilene Dias Fiuza Ferreira

Pós-doutora

Instituição: Universidade de Maringá - UNICESUMAR - PR

Endereço: Av. Guedner, 1610 - Jardim Aclimação, CEP: 87050-900 - Maringá - PR

E-mail: emilene.ferreira@docentes.unicesumar.edu.br

RESUMO

Os casos de violência e agressão contra a mulher precisam ser cada vez mais discutidos pois as consequências psicossociais afetam diretamente a qualidade de vida dessas vítimas, sendo que a ansiedade predomina diante desses casos de violência conjugal e trazem sérios danos psicológicos. Essa temática de agressão é um problema social que percorre além do campo jurídico, envolvendo também, saúde pública e inúmeros movimentos sociais, por isso se faz essencial a discussão acerca dessa problemática que é tão antiga quanto a humanidade. Nessa situação, o tratamento farmacológico é indicado para reverter os sintomas psicopatológicos, bem como outras abordagens não farmacológicas, por exemplo a terapia cognitivo-comportamental. Perante o exposto, essa pesquisa tem por objetivo realizar um levantamento bibliográfico de estudos que trazem uma abordagem dos casos de violência e integrar com as altas taxas de ansiedade nas mulheres que são vítimas de seus companheiros, compreendendo a fisiopatologia da ansiedade e os possíveis tratamentos que envolvem tanto os farmacológicos quanto outras medidas que podem ser eficazes para amenizar a sintomatologia. O método utilizado para realização desse projeto foi uma revisão bibliográfica com informações atualizadas e estudos recentes acerca dos assuntos publicados em bases de dados *Scielo*, *Pubmed*, *Up to Date* e *google acadêmico*. A revisão mostra que violência doméstica e ansiedade estão intimamente relacionadas, visto o trauma psicológico gerado pela vitimização da mulher. Além disso, a pesquisa evidenciou uma diversidade de tratamentos não farmacológicos e farmacológicos que podem ser empregados. Assim, a vitimização da mulher e suas consequências psicológicas são temas relevantes socialmente e de fundamental conhecimento por parte dos profissionais de saúde para atender corretamente as vítimas.

Palavras-chave: violência contra mulher, ansiedade, fisiopatologia, tratamento.

ABSTRACT

The cases of violence and aggression against women will necessarily be discussed more and more because they are directly related to the quality of life of serious victims, being that the quality of life is predominantly victims of violence, being the predominant quality of life of serious victims. This topic of discussion is a social problem that also covered public health and social movements, which is why it is also so essential for the discussion of this social issue. In this situation, pharmacological treatment is indicated to reverse psychopathological symptoms, like other non-pharmacological approaches, by cognitive-behavioral therapy. In view of the objective, the research aims to carry out a bibliographic survey that presents an approach to cases of violence and integrates it with the rates of anxiety in the women of their partners, which includes the pathophysiology of worry and the possible treatments that involve both medications and other measures. That may be effective in alleviating the symptomatology. The one used to carry out this review was a review with updated methods and recent studies related to the updated Scielo, Pub to Date and Academic Google databases of the project. The review shows that domestic violence and worry are closely related, given the psychological trauma generated by the victimization of women. In addition, a survey showed a survey of non-pharmacological pharmacological treatments and diversity that can be used. Thus, the victimization of women and its psychological consequences are socially relevant topics of fundamental knowledge on the part of health professionals to correctly attend to victims.

Keywords: violence against women, anxiety, pathophysiology, treatment.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso intencional de força ou de poder físico, podendo ser como ameaça ou executar, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade que cause ou possa causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos de desenvolvimento ou privações (OMS, 2006). Segundo Sá e Werlang (2013) há diversos tipos de violência, entretanto, a praticada dentro de um ambiente familiar contra a mulher é caracterizada como uma das mais cruéis e perversas. Justamente pois o ambiente que deveria ser afável, nesses casos, passa a ser totalmente o contrário, torna-se perturbador, resultando num estado de medo e ansiedade permanentes.

A mulher diante da situação de violência, nas relações pessoais e afetivas, é reconhecida como vítima, pela lesão ou dano causado por um agressor. O estudo da vítima é denominado vitimologia, a qual não é muitas vezes assistida pelos órgãos de controle social formal ou informal. Compreender os graus de vitimização é importante para gerar alternativas de resolução para a realidade a qual a mulher está inserida (MENDES; BITU, 2018).

A vitimização primária é o impacto provocado pela violação dos direitos da vítima, podendo ter reflexos tanto materiais, quanto físicos e psicológicos. A secundária ou

sobrevitimização se dá quando a mulher busca a tutela do Estado, e depara-se com situações constrangedoras e invasivas, tanto na esfera policial quanto judicial. E por fim, a terciária, consiste na culpabilização da vítima apontada pela sociedade, ou seja, ocorre no momento em que a vítima se defronta com o meio social e familiar, a ponto de causar transtornos irremediáveis (MENDES; BITU, 2018).

A violência doméstica é definida como qualquer tipo de abuso físico, sexual ou emocional perpetrado por um parceiro contra o outro em um relacionamento íntimo passado ou atual (ZILBERMAN; BLUME, 2005; KRONBAUER E MENEGHEL, 2005). A realidade dessa violência é de extrema complexidade, pois envolve diversos fatores como questões culturais, sociais, pessoais e principalmente psicológicas (SÁ; WERLANG, 2013).

Diante exposto, a violência contra mulher no âmbito doméstico assume um papel de destaque, e seu veloz crescimento coloca-a como uma das principais causas de óbito em todo o mundo (SÁ; WERLANG, 2013). O Brasil está entre os países com maior número de homicídios femininos no mundo. Segundo Waiselfisz (2015) pelos registros do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, entre 1980 e 2013 teve um crescimento em número e taxas, morrendo um total de 106.093 mulheres vítimas de homicídio, entre esse período, até 2013 teve um aumento efetivo de 252%.

No ano de 2006 entra em vigência a Lei Maria da Penha, sendo que em um primeiro momento teve uma pequena diminuição nas taxas, contudo, rapidamente ultrapassou os números de 2006. O repertório se repete com a Lei n. 13.104 que entrou em vigor em 10 de março de 2015, Lei do Feminicídio, as estatísticas deste ano podem ser configuradas dentro desse período de sua influência, sobretudo porque houve um intenso debate e visibilidade dessa política pública. Ou seja, percebe-se queda nos índices imediatamente e em seguida um acentuado crescimento com ambas as leis (ROICHMAN, 2020).

Nesse ínterim, fica evidenciado que a prevalência de violência contra as mulheres é extremamente elevada. Pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo por um agressor, sendo esse, na maioria dos casos, membro da família. Tal violência, pela sua relevância, propicia a essas vítimas sequelas emocionais que se convertem em um grave problema de saúde pública. O impacto dessas violências repetitivas e contínuas está diretamente relacionado com a alta nos casos de transtornos mentais, entre eles, está comumente evidenciado a ansiedade (MOZZAMBANI et al., 2011).

Um estudo realizado por Adeodato (2005) avaliou a qualidade de vida e o grau de depressão em mulheres vítimas de violência doméstica, amostra constituída por 100 mulheres que prestaram queixa na Delegacia da Mulher do Ceará. Com isso, foi observado que 72%

apresentaram sintomas de depressão, níveis moderados ou graves, e 78% tinham sintomatologia de ansiedade. Dada a importância das informações supracitadas percebe-se a relevância de discutir e ter conhecimento das sequelas psicológicas que essa violência deixa marcada na vida das vítimas, dando um enfoque maior nos transtornos de ansiedade e como fazer para intervir e tratar.

A pandemia da COVID-19 impôs um isolamento social, e com isso veio à tona de maneira exacerbada o aumento da violência doméstica contra a mulher. Tal aumento se deve ao fato de que a mulher em isolamento é mais vigiada e impossibilitada de conversar com familiares e amigos, ampliando as manipulações psicológicas. No Brasil, com o agravamento da violência e concomitantemente o isolamento social, reduziu as redes de apoio as vítimas principalmente na saúde pública, assistência social, justiça e segurança pública (VIEIRA et al., 2020).

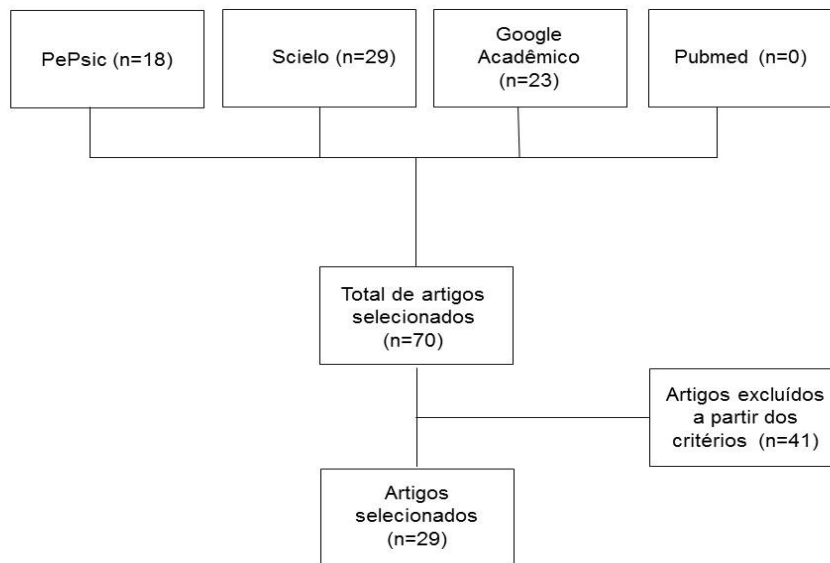
O estudo tem por objetivo avaliar as taxas dos casos de violência contra a mulher, o percurso da violência na história e os respectivos prejuízos para as vidas dessas vítimas, reconhecer os sintomas e o sofrimento psicopatológico apresentado, compreender a fisiopatologia da ansiedade, assim como o tratamento farmacológico e não farmacológico a fim de desenvolver a capacidade de identificar e estabelecer relações de confiança com quem sofre agressão e necessita de um amparo especialmente de profissionais da saúde.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistemática relacionada a violência contra a mulher, seus impactos psicossociais como a ansiedade, fisiopatologia e tratamentos. A pesquisa foi feita buscando revisões sistemáticas e meta-análises publicadas em inglês e português, nas bases de dados *PubMed*, *Scielo*, *PePSIC* e *Google Acadêmico*. Além disso, foram utilizados trabalhos encontrados em uma busca geral nas mesmas bases com as mesmas palavras-chave, porém abordando seu uso nos títulos e resumos.

As palavras-chave utilizadas foram “*violência contra mulher*”, OR “*agressão*” AND “*ansiedade mulher*” AND “*ansiedade na violência*” OR “*tratamento*”. Foram usados como filtros: *clinical trials*, *systematic review* em humanos, texto completo e publicação nos últimos 10 anos. Inicialmente, na busca geral foram encontrados 70 artigos, sendo 29 trabalhos do *Scielo*, 18 trabalhos do *PePsic* e 23 trabalhos do *Google acadêmico*. Foi utilizado como filtro: estudos em humanos e estudos publicados no período de 2000 a 2021. Ao fim, foram lidos na íntegra e analisados 29 trabalhos, os quais foram diretamente citados no corpo do artigo. Foi utilizado como referência livros de Farmacologia. A Figura 1 resume, de acordo com o fluxograma, a quantificação desta seleção.

Figura 1 Fluxograma para seleção dos artigos



3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 AGRESSÃO À MULHER

3.1.1 O que é uma agressão à mulher?

A mulher é a maior vítima de violência de gênero, e nas últimas três décadas a discussão sobre tal assunto ganha cada vez mais espaço nos estudos das academias brasileiras. Falar sobre a violência é importante, pois no cenário das agressões às mulheres, a violência doméstica ou familiar assume um papel de destaque. A definição de violência contra a mulher, é caracterizada por qualquer ato de violência de gênero, que resulta em qualquer dano, podendo ser, psicológico, físico ou sexual, ações que geram sofrimento para a vítima. São casos que permeiam entre ameaças, até agressão física e morte, sendo essa, por sua vez, o ponto máximo que a violência é capaz de atingir (GARCIA et al., 2013).

Segundo Ferreira e colaboradores (2019), a violência como um todo é uma ocorrência complexa de modo que acomete pessoas de diferentes classes, idades, caracteres físicos, cultura, entre outros, e tanto fala-se sobre ser uma grande questão no mundo todo, justamente pelas inúmeras e graves consequências.

O feminicídio não é um acontecimento isolado na vida da mulher, e sim, o estopim de uma sequência de eventos, agressões, consequências psicológicas, ameaças, os quais inferem em uma questão de grande repercussão em diversos âmbitos. Por conseguinte, a violência por parceiro íntimo é um grave problema de saúde pública, pois a demanda de abuso físico, psicológico, sexual bem como as negligências dessas agressões são altas, até mesmo pelo custo

que representam e a complexidade de atendimento desses casos. Com isso, a saúde, é um fator fundamental que mantém a integralidade do cuidado, e assegura o encaminhamento para órgãos responsáveis por garantirem os direitos das mulheres (PINTO et al., 2021).

Segundo Sá e Werlang (2013) o local da violência predominantemente ocorre no ambiente familiar, justificando a chance de uma mulher ser agredida pelo próprio parceiro ou ex-parceiro é maior do que a de sofrer alguma forma de violência por uma pessoa desconhecida. Os mesmos autores, descrevem que essas situações demonstram que esses casais abastecem uma relação patológica, com vínculos de dor, coexistindo sentimentos negativos como ódio, rancor, que trazem a vítima a sensação de perigo e medo constantemente, dando espaço a ansiedade e depressão.

A estimativa de violência contra a mulher pela Organização Mundial da Saúde representa como responsável por 5 a 20% dos anos saudáveis de vida perdidos, em mulheres de com faixa etária de 15 a 44 anos (OMS, 2006).

3.1.2 Tipos de agressão

De acordo com Sá e Werlang (2013), não há nenhum país e nenhuma comunidade que está a salvo da violência doméstica, não obstante a isso, o desenfreado crescimento coloca como uma das principais causas de morte em todo o mundo. Considerando os tipos de agressão, há uma subdivisão em três tipos: sexual, psicológica e física, moral e patrimonial.

A física não se limita apenas a penetração, é caracterizada por qualquer atividade sexual sem consentimento que seja através de ameaças e que a mulher é forçada a tal ato (SÁ; WERLANG, 2013).

A agressão de cunho psicológico é qualquer conduta verbal ou física que produz na vítima sentimentos de inferioridade, desvalorização, intimidação, qualquer sentimento de culpa e de sofrimento, esse tipo de violência é considerado o mais difícil de ser percebido, justamente pelo fato que não deixar registros e marcas evidentes, mas mexem muito com os sentimentos e estado psicológico da vítima. Violência física tem uma definição bem exata, que é qualquer tipo de agressão que deixa traços, marcas aparentes, é uma conduta intencional que promove lesões físicas, dores e danos, sendo assim, a mais fácil de identificar pelas evidencias expostas (SÁ; WERLANG, 2013).

A violência moral é configurada como uma conduta que é marcado por injúria, calúnia e difamação, já a patrimonial é considerada qualquer forma de subtração, retenção e destruição parcial ou total dos seus bens pessoais (CASSAB; SOUZA, 2010).

Como citado acima, a violência contra a mulher é um fenômeno global, e coincidentemente a pandemia da COVID-19, que abrangeu todo o mundo, foi responsável por potencializar ainda mais esses casos através do isolamento social imposto. O aumento desses eventos voltados a mulher, coexistiu com o estresse econômico e as especulações sobre o coronavírus (VIEIRA et al., 2020).

Segundo o autor Vieira e colaboradores (2020), na China os registros policiais triplicaram, bem como na Itália, Espanha, França ocorreram aumentos significativos com a necessidade e obrigatoriedade do isolamento domiciliar social obrigatório. No Brasil, teve um crescimento de 18% de denúncias registradas através dos meios: Disque 100 e ligue 180. O inadmissível é que a mulher não está segura nem na própria casa.

O isolamento aumentou a possibilidade de a mulher ser vigiada e controlada pelo seu parceiro, sendo impedida de conversar com amigos e familiares, e ampliando as margens para manipulação psicológica. Concomitantemente houve uma redução do acesso aos serviços de apoio, como saúde, assistência social e justiça. Explicado através de que, a falta de serviço teve uma redução da procura pelo consequente receio do contágio do vírus. Por conseguinte, em países como França e Espanha, as mulheres que se encontram em situação de violência doméstica vão até alguns estabelecimentos, como farmácias, possuindo algumas palavras que são utilizadas como códigos que indiquem tal prática (VIEIRA et al., 2020).

3.1.3 Vitimização da mulher

Ao longo dos últimos séculos muito se discutiu acerca das variáveis da mulher, do papel que exerce na sociedade afim de justificar o fato de sempre ser custodiada pelo pai, marido e até mesmo o Estado. Com o advento principalmente da criminologia feminista busca-se compreender o papel social imposto, assimilando as questões de gênero. Sendo a partir disso, possível a compreensão do papel que a mulher exerce numa sociedade que é caracterizada por ser patriarcal (CASSOL et al., 2018).

De acordo com Cassol e colaboradores (2018) a mulher que sofre a violência doméstica, é na verdade, vítima de duas violências pelo agressor e posteriormente pela ação criminal, e consequentemente pelo desconforto que a situação gerará. A primeira é marcada pelo agressor, pois é uma figura representativa da residência, sendo geralmente o provedor e o chefe do lar.

A priori, os comportamentos agressivos eram permeados através de uma justificativa de objetificação da mulher, a partir do momento que a mulher foi ocupando com mais poder o seu lugar na sociedade, essa ideia vem se contrapondo, pelo fato de que as mulheres não admitem ser o objeto do homem, usadas para satisfazer o desejo sexual do homem, por exemplo. Por não

assentirem mais e estarem empoderadas, constitui a primeira razão de violência dos homens contra elas, no qual, acabam convertendo agressividade em agressão. Todas essas informações afirmam que a mulher não é a culpada pelo que acontece com ela, ou seja, seria um vitimismo condicionar essa culpa para quem tanto sofre as consequências. Ao transferir a culpa para quem não é responsável, retira a culpabilidade do agressor pela sua ação (CASSOL et al., 2018).

3.2 CONSEQUÊNCIAS DA AGRESSÃO A MULHER

3.2.1 Psicológicas e emocionas (depressão e ansiedade)

Entre as causas psicossociais que podem levar a sintomas ansiosos estão os estressores cotidianos e, também, a violência contra a mulher. As agressões, sejam elas físicas, emocionais ou morais são responsáveis pelo desenvolvimento de sintomas severos de ansiedade em 73% das vítimas (BITTAR; KOHLSDORF, 2013).

Dentre os problemas psicológicos observados estão ansiedade, insônia, distúrbios sociais e depressão, que tem risco aumentado para os que sofrem esse tipo de violência. Além dos problemas mentais, também há aqueles que afetam a saúde física das vítimas, como: traumas, fraturas, dor abdominal, dor de cabeça, dor lombar, distúrbios gastrointestinais, dentre outros (SILVA, 2017).

De acordo com Oliveira e colaboradores (2003) o principal tipo de violência que as mulheres são expostas é a psicológica (32%), seguido da violência física (21%). O motivo para o comportamento violento de seus companheiros são, principalmente, ciúmes, uso de álcool e outras substâncias psicoativa, assim como o machismo. Tal comportamento gera na vítima sentimentos que levam ao adoecimento psíquico, como insegurança, culpa e vergonha.

Há uma relação direta entre a violência sofrida pelas mulheres e o adoecimento. Este fato é comprovado pelos sintomas apresentados pelas vítimas, como nervosismo, distúrbios do sono e doenças imunológicas. Além disso, o estado de vítima faz com que a mulher esteja mais sujeita a doenças físicas e emocionais. As repercussões físicas podem ir desde as lesões imediatas até a evolução para síndromes de dores crônicas e as repercussões emocionais incluem uma diversidade de problemas mentais, sendo a ansiedade e a depressão predominantes (OLIVEIRA et al., 2003).

Segundo Adeodato e colaboradores (2005), 72% das vítimas entrevistadas apresentam algum grau de depressão. O uso de ansiolíticos e antidepressivos é evidentemente maior nas vítimas de agressão física, verbal e moral e é 74 vezes superior naquelas que também foram vítimas de violência sexual. Além disso, é frequente o uso de medicamentos para dormir, sendo

40% maior nas mulheres vítimas de violência conjugal comparado com aquelas que não sofrem nenhum tipo de violência.

A violência doméstica pode ser um fator de risco ou a etiologia de diversos transtornos mentais. Segundo o estudo, a gravidade dos quadros emocionais está relacionada com a cronicidade da violência que, em muitos casos, é perpetuado ao longo de gerações, sendo que mais da metade das vítimas relatou vivências de violência doméstica durante a infância (MOZZAMBANI et al., 2011).

Os reflexos psicológicos da violência doméstica estão diretamente relacionados com a incapacidade de sair do ambiente violento. As vítimas descrevem a presença de uma perturbação psicológica diante das situações de agressão e de amnésia ligada aos fatos de intensa atividade emocional. Esses mecanismos estão associados a uma função instintiva que visa a sobrevivência, fazendo com que as vítimas se tornem passivas diante do agressor. Assim, a violência doméstica se torna crônica agravando os transtornos mentais, principalmente a depressão e a ansiedade (MOZZAMBANI et al., 2011).

3.2.2 Ansiedade

3.2.2.1 Fisiopatologia da ansiedade

A ansiedade é uma emoção humana normal, responsável pela adaptação do organismo a situações de perigo. Entretanto, devido a causas psicossociais e biológicas ela pode se tornar patológica interferindo de maneira significativa nas funções normais de um indivíduo. Em relação às causas biológicas, a fisiopatologia da ansiedade se concentra nas disfunções de neurotransmissores no sistema nervoso central (GOODMAN & GILMAN, 2012).

Os principais neurotransmissores envolvidos na sintomatologia da ansiedade são o GABA, noradrenalina e serotonina. O GABA (ácido gama aminobutírico), principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso, encontra-se diminuído nos transtornos de ansiedade, assim, não ocorre a supressão dos circuitos cerebrais relacionados ao medo e a preocupação, respectivamente, amígdala e as alças corticoestriadotalamocorticais (CETC) (GOODMAN & GILMAN, 2012).

A hiperatividade noradrenérgica leva não apenas aos sintomas de estimulação autonômica excessiva, mas também a hiperestimulação da amígdala e CETC, acarretando em sintomas nucleares como medo, preocupação, estados de hiperexcitação e ataques de pânico. Além disso, a serotonina (5-HT), é outro neurotransmissor importante, sendo essencial para a inervação da amígdala e todos os elementos do circuito CETC. Devido às alterações de 5-HT nos transtornos ansiosos muitos antidepressivos são indicados para o tratamento farmacológico (STAHL, 2014).

Os transtornos de ansiedade apresentam sintomas que são centrais: medo e preocupação. O medo é regulado, principalmente, pela ação da amígdala, região em forma de amêndoa localizada próxima ao hipotálamo. Ela apresenta importantes conexões que vão integrar informações cognitivas e sensoriais, responsáveis por compor o medo e toda a sua complexidade (STAHL, 2014).

O medo não é apenas um sentimento, ele possui repercussões motoras, reações endócrinas, afeta o sistema respiratório e cardiovascular que vão compor a sintomatologia da ansiedade. Em relação as repercussões motoras, as conexões entre a amígdala e a área cinzenta periaquedutal do tronco encefálico são responsáveis por elaborar comportamentos de luta, fuga ou paralisação diante de uma situação de perigo (STAHL, 2014).

As repercussões endócrinas do medo são causadas pelas conexões entre a amígdala e o hipotálamo. A hiperexcitação da amígdala modifica o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHRS) levando ao aumento do cortisol, que em situações de perigo real é benéfico. Entretanto, em pacientes ansiosos o cortisol permanece alto devido a estimulação crônica do HHRS, e como resultado, podem aparecer comorbidades como o diabetes melitos 2 e doença arterial coronária (STAHL, 2014).

Além disso, os sistemas respiratório e cardíaco também apresentam repercussões geradas pelo medo. O primeiro se deve as conexões entre amígdala e o núcleo parabraquial no tronco encefálico, elevando a frequência respiratória, sendo uma resposta adaptativa em situações de perigo. Quando há uma estimulação crônica, entretanto, ocorrem sensações de dispneia e asfixia. O sistema cardíaco é afetado devido as conexões entre amígdala e *locus cerúleos*, região rica em corpos celulares noradrenérgicos, como resultado há o aumento da pressão arterial, que, quando crônica, pode levar à aterosclerose, isquemia cardíaca, hipertensão e infarto agudo do miocárdio (STAHL, 2014).

A preocupação, outro sintoma central dos transtornos ansiosos, acontece devido a alterações na estimulação das alças CETC. Os neurotransmissores que são reguladores biológicos do CETC como o GABA, dopamina, noradrenalina e glutamato sofrem com os estímulos psicossociais e biológicos, levando a sentimentos de sofrimento, obsessões, pensamentos catastróficos e expectativas que compõem a preocupação (STAHL, 2014).

Além dos sintomas centrais presentes nos transtornos ansiosos, pode ser encontrado sobreposição de sintomas entre os diferentes transtornos de ansiedade e, também, com a depressão maior. Outros sintomas presentes podem ser: problemas de sono, concentração, fadiga e problemas psicomotores. Devido a semelhança sintomatológica entre os transtornos de ansiedade e a depressão, existem poucas diferenças na indicação do tratamento farmacológico,

sendo muito importante nesse caso avaliar a necessidade específica de cada paciente (STAHL, 2014).

3.2.2.2 Dados estatísticos

Segundo Vieira e colaboradores (2020), uma a cada três mulheres, durante a vida, sofreu violência física ou sexual em que o parceiro íntimo era o agressor, e mais de um terço dos homicídios de mulheres são perpetrados pelo parceiro íntimo. Dos 3.739 homicídios de mulheres em 2019 no Brasil, 1.314 (35%) foram categorizados como feminicídios.

É o equivalente a cada sete horas, uma mulher ser morta unicamente pelo fato de ser uma mulher. Quando identifica e analisa o autor, revela-se que 88,8% dos feminicídios foram praticados por companheiros ou ex-companheiros. Através disso, é comumente dito que a mulher está exposta ao risco quando retorna para seu ambiente familiar, que deveria ser de acolhimento (VIEIRA et al., 2020).

Estudos foram realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), mostrou que a prevalência de violência entre parceiros íntimos é elevada em vários países, no Brasil é cerca de 21,5%, já no Japão é 15% e mundialmente essa prevalência é de 29% e 62% (SILVA, 2017).

Entre 1980 e 2019, o país teve em média 40 mil homicídios por ano, resultando em pelo menos 1,5 milhão de brasileiros assassinados pesquisas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada & Fórum Brasileiro de Segurança Pública, e o Brasil tinha, em 2018, 17 cidades entre as 50 mais violentas do mundo (KOPITTKKE; RAMOS 2021). Segundo Garcia e colaboradores (2013) as regiões que apresentaram taxas mais elevadas de mortalidade feminina por agressões foram o Centro-Oeste e o Sudeste: respectivamente, 5,96 e 5,87 óbitos por 100 mil mulheres.

De acordo com Garcia e colaboradores (2013) os óbitos estão na faixa etária de 20 a 39 anos (52,5%), entre mulheres de cor da pele parda (47,5%) e branca (44,2%) e com baixa escolaridade (45,4% com até 7 anos de estudo, destacando-se que houve 36,6% de falta de informação para esta variável). As taxas de mortalidade mais altas foram analisadas em metrópoles e municípios de grande porte (respectivamente, 6,22 e 5,84 óbitos por 100 mil mulheres).

Mais de um terço dos óbitos ocorreu durante os finais de semana (35,5%). As principais causas foram lesão por arma de fogo (52,0%) e lesão por instrumento perfurante, cortante ou contundente (30,0%), seguidas por enforcamento (5,7%), sendo enquadradas como violência física. Quanto ao local de ocorrência do óbito, a distribuição foi homogênea entre hospital ou outro estabelecimento de saúde (30,7%), via pública (27,7%) e domicílio (27,0%) (GARCIA et al., 2013).

3.3 TRATAMENTO DA ANSIEDADE NA MULHER QUE SOFRE VITIMIZAÇÃO

3.3.1 Não farmacológico

Existem atualmente, no Sistema Único de Saúde (SUS) 29 práticas integrativas e complementares que também podem ser usadas para o tratamento e correspondem a um conjunto de terapêuticas que incluem a acupuntura, yoga, auriculoterapia, homeopatia, massagem oriental, termalismo, entre outros (BRASIL, 2006).

Segundo Kurebayashi (2016), a massagem oriental pode reduzir os níveis de depressão, ansiedade e frequência cardíaca devido ao relaxamento alcançado, além de diminuir os níveis de cortisol pelo aumento da atividade vagal. Além disso, outra prática comumente utilizada para redução dos sintomas da ansiedade é o yoga.

Práticas de curto e longo prazo tendem a promover uma redução generalizada da atividade somática, além de reduzir os níveis de cortisol, catecolaminas e da taxa metabólica. Todas essas são alterações que promovem o alívio dos sintomas ansiosos, como a inquietação, distúrbios do sono e irritabilidade (VORKAPIC; RANGÉ, 2011).

Segundo Lima Júnior e colaboradores (2020), as intervenções farmacológicas associadas com terapias psicológicas e complementares trazem resultados promissores para os pacientes. A Terapia Cognitivo-Comportamental é a metodologia mais utilizada, sendo um método que busca promover a racionalização dos pensamentos e emoções, contribuindo para o controle dos sintomas ansiosos.

O tratamento de uma mulher que sofre a violência doméstica, deve ser respeitado todas as etapas e no geral deve ser lidado com muita paciência, advinda da própria vítima quanto das pessoas ao seu redor, ou seja, dos sujeitos envolvidos. A vítima não consegue se desprender tão facilmente e deixar as feridas para trás, é um processo, dia após dia, e muitas vezes, por não se sentirem fortalecidas suficientemente para deixar o lar e pela dependência emocional que permeia esses casos, acabam voltando para o relacionamento tortuoso, que machuca, e que deixa grandes feridas (CASSAB; SOUZA, 2010).

Por isso, é necessário um apoio ímpar, que viabiliza uma autoconfiança provinda do tratamento que permita redescobrir a identidade, a qual é esquecida pela vítima por estar inserida num meio tóxico, bem como a autoestima, fazendo-as acreditar que podem ser felizes novamente, ter um relacionamento saudável e tranquilo (CASSAB; SOUZA, 2010).

3.3.2 Farmacológico

O tratamento farmacológico é indicado quando os sintomas ansiosos ultrapassam os limites se comparado com a ameaça percebida. Os primeiros medicamentos e os mais comumente

indicados são os benzodiazepínicos, como o clonazepam e o lorazepam. A ação ansiolítica desses fármacos está pautada em permitir e intensificar a atuação do neurotransmissor GABA (ácido gama-aminobutírico), com consequente hiperpolarização celular pelo aumento do influxo de íons Cl^- (GOODMAN & GILMAN, 2012).

Os benzodiazepínicos parecem atuar com mais eficácia nos sintomas somáticos da ansiedade e menos como ansiolítico. Além disso, existe uma grande preocupação quanto ao seu potencial de abuso e dependência, exigindo, assim, que novos fármacos fossem colocados à disposição para o tratamento dos transtornos ansiosos (ANDREATINI et al., 2001).

Além dos benzodiazepínicos, também são utilizados os inibidores seletivos de recaptção de serotonina e noradrenalina (ISRSN) e os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS). Esses fármacos atuam aumentando a disponibilidade dos neurotransmissores na fenda e, conseqüentemente, a atuação nos neurônios pós-sinápticos (SOARES, 2017).

Outros fármacos que também podem ser utilizados para o tratamento da ansiedade são os barbitúricos, antidepressivos tricíclicos e os agonistas 5-HT. Este último foi desenvolvido especificamente para o tratamento do transtorno de ansiedade generalizada, sendo recomendado devido a atuação ansiolítica específica e menor número de efeitos colaterais. Existem inúmeras linhas de pesquisa que estudam a ação de fármacos já consolidados no mercado e de novas substâncias, visando mais alternativas para o tratamento farmacológico da ansiedade (SOARES, 2017).

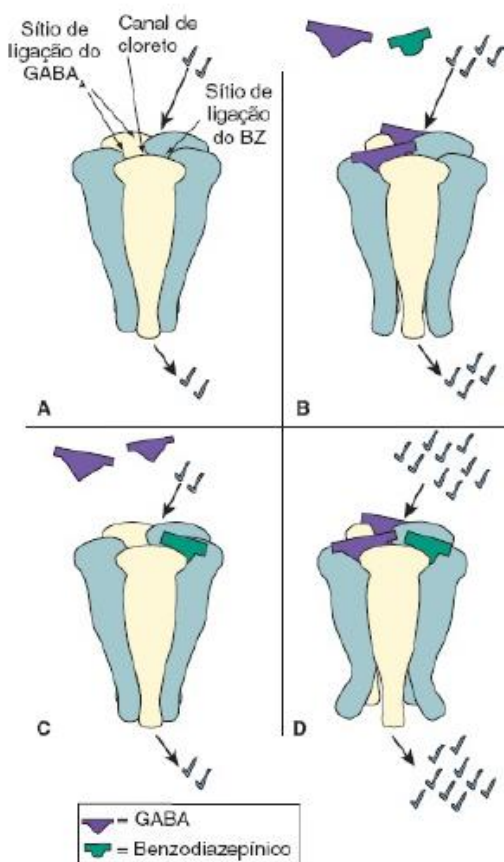
3.3.2.1 Ansiolíticos

Os fármacos ansiolíticos são aqueles usados para o tratamento de transtornos de ansiedade, principalmente os agudos, mas também são eficazes para o tratamento a longo prazo em crises de ansiedade persistentes (GOODMAN & GILMAN, 2012). Os principais fármacos utilizados como ansiolíticos são os benzodiazepínicos que também possuem efeito sedativo, hipnóticos, anestésicos, anticonvulsivantes e de relaxamento muscular.

Segundo Silva (2017), a prescrição dos benzodiazepínicos dependem de alguns fatores como: sintomas do paciente, farmacodinâmica, segurança, tolerância, entre outros.

Os benzodiazepínicos, principais fármacos utilizados como ansiolíticos, tem como mecanismo de ação a depressão do sistema nervoso central (SNC). Esse processo ocorre à medida que há potencialização do GABA, principal neurotransmissor inibitório do SNC. A ligação dos benzodiazepínicos nos receptores de GABA na presença do neurotransmissor provoca uma maior abertura dos canais de cloreto comparado com apenas a presença do neurotransmissor GABA (Figura 2) (GOODMAN & GILMAN, 2012)

Figura 2. Mecanismo de ação dos benzodiazepínicos: A. receptor do neurotransmissor GABA (canal permeável a íons cloreto), B. Ligação do neurotransmissor GABA no sítio específico, C. Ligação do fármaco benzodiazepínico no sítio de ligação no receptor de GABA e D. A potencialização do neurotransmissor GABA após a ligação do fármaco ao seu receptor. Fonte: Goodman & Gilman (2012).



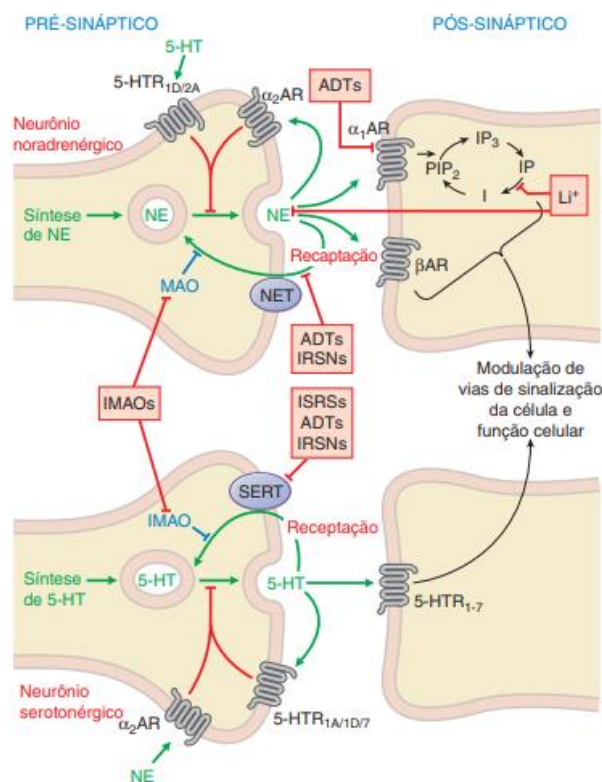
De acordo com Moreira e Borja (2017), uma das principais preocupações quanto ao uso dos benzodiazepínicos é em relação ao seu abuso. O fármaco possui boa lipossolubilidade e, conseqüentemente, penetram facilmente no SNC, comparado com drogas ilícitas como cocaína e heroína. Além disso, os benzodiazepínicos causam inúmeros efeitos adversos como leve perda de memória, queda do estado de alerta e sedação. São contraindicados para idosos, devido a sua associação com o aumento de quedas, para gestantes, pela rara ocorrência de efeitos craniofaciais e para pacientes em abuso de drogas e álcool (GOODMAN & GILMAN, 2012).

3.2.2.3 Antidepressivos

Fármacos antidepressivos foram descobertos na década de 50, e seu uso foi de grande importância para compreender os mecanismos desse transtorno, tornando-se passível de tratamento. Há hipóteses para entender qual a função desses antidepressivos no SNC, mesmo possuindo estruturas químicas diferentes, o mecanismo é o mesmo: aumentam a disponibilidade de um ou mais neurotransmissores nas sinapses, através da ação de receptores e enzimas. Isto

explica o fato de demorar algumas semanas até ter a completa eficácia do antidepressivo, pois é um período de adaptabilidade desses receptores na fenda sináptica, em razão de estarem muito sensibilizados (Figura 3). Ou seja, ocorre o aumento dos neurotransmissores pela inibição de uma enzima denominada de MAO (monoamina oxidase), bem como da bomba de recaptura de monoaminas, tendo como resultado a dessensibilização dos receptores, o que coincide com a melhora do paciente (GOODMAN & GILMAN, 2012).

Figura 3. Mecanismo de ação dos antidepressivos. ADTs: antidepressivos tricíclicos; IMAOs: inibidores da enzima MAO (monoamino oxidase); ISRSs: inibidores seletivos da recaptura de serotonina; IRSNs: inibidores da recaptura de serotonina e noradrenalina; NET: transportador de noradrenalina e SERT: transportador de serotonina. Fonte: Goodman & Gilman, 2012.



De acordo com Moreno e colaboradores (2000), os medicamentos mais utilizados são os inibidores seletivos de receptação da serotonina (ISRSs) e os inibidores da recaptura de serotonina-norepinefrina (IRSNs), usualmente conhecido como antidepressivos de segunda geração, pois são mais eficazes e seguros comparado com os de primeira geração. Efeitos colaterais podem acontecer, alguns mais frequentes outros menos, e outros até raros. A hipotensão ortostática, que é uma sensação de tontura é mais frequente, já diarreia, edema de membros inferiores, taquicardia e palpitação são menos frequentes. E os raros podem ser descritos como leucopenia, síndrome de Parkinson e hepatite.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, de fato, o Brasil está entre um dos países com números elevados no quesito da violência contra a mulher, e as consequências das referidas violências que foram abordadas no artigo, acarretam as patologias de ansiedade e depressão de forma significativa, e há, uma importância mundial sobre a discussão desse assunto. A violência, principalmente a doméstica, tem uma influência negativa na saúde mental da mulher.

Obtendo o conhecimento sobre a prevalência e os fatores associados, proporciona auxílio no cuidado que a vítima necessita, tanto dos profissionais de saúde quanto servidores judiciários. A partir da identificação desses elementos, estratégias e intervenções podem ser abordadas, sempre priorizando a vítima.

Com relação ao tratamento que pode e deve ser fornecido, há práticas e atitudes não farmacológicas que se mostram eficientes, como yoga, que foi a mais difundida. Bem como, tratamento farmacológico quando os sinais e sintomas ultrapassam os limites. Sem esse processo, pode ocorrer a mulher sendo revitimizada, dessa forma, a partir desse artigo foi compreendido conceitos de violência, a fisiopatologia das principais queixas das mulheres que sofrem esse abuso, possibilidades de tratamentos e sobretudo identificar uma situação de risco.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, Vanessa Gurgel et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-113, Jan. 2005.

ANDREATINI, Roberto, LACERDA, Roseli Boerngen, FILHO, Dirceu Zornetto. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 23, n 4, pag. 233-242, dez. 2001.

BITTAR, Danielle; KOHHLSDORF, Marina. Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista de Psicologia Argumento**, v. 31, n. 74, pag 447-456, Jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, 2006.

CASSAB; SOUZA. Feridas que não se curam: A violência psicológica cometida à mulher pelo companheiro. **Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248**. 2010.

CASSOL, Paula Dürks; SILVA, Maria Beatriz Oliveira da; DINARTE, Priscila Valduga “A vida mera das obscuras”: sobre a vitimização e a criminalização da mulher. **Revista Direito e Práxis [online]**. v. 09, n. 02 [acessado 13 julho 2021], pp. 810-831, 2018.

GARCIA, Leila Posenato; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; HOFELMANN, Doroteia Aparecida. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiologia no Serviço Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 383-394, set. 2013.

FERREIRA, Maria Natalia Xavier. et al. O cuidado do agressor familiar frequente: revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. v. 32, n. 3 [Acessado 5 Julho 2021] , pp. 334-340. 2019.

GOODMAN & GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica**. - 12. ed. Porto Alegre; AMGH, 2012.

LIMA JÚNIOR, José Augusto Ferreira. et al. **Terapias combinadas e alternativas para Transtorno de Ansiedade Generalizada na Atenção Primária: Uma revisão integrativa**. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 05, Ed. 12, Vol. 05, pp. 61-82. Dezembro de 2020.

KOPITTKKE, A.L.W.; RAMOS, M.P. O que funciona e o que não funciona para reduzir homicídios no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista de Administração Pública** 55 (2). Mar-Apr. 2021.

KRONBAUER, José Fernando Dresch; MENEGHEL, Stela Nazareth. **Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro**. 2005.

KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato et al. Massagem e Reiki usados para reduzir o estresse e a ansiedade: Ensaio Clínico Randomizado. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 24, Nov. 2016.

MENDES, Jéssica Ruana Lima; BITU, Raimunda Vanja Lima. **Análise da vitimização da mulher exposta a violência**. 2018.

MORENO, Ricardo Alberto, MORENO, Doris Hupfeld; SOARES, Márcia Britto de Macedo. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Brazilian Journal of Psychiatry [online]**. v. 21, suppl 1 [acessado 21 dezembro 2021], pp. 24-40, 2000.

MOREIRA, Pâmella; BORJA, Amélia. Benzodiazepínicos: uso e abuso em pacientes idosos. **Revista Oswaldo Cruz**, ed. 19, 2017.

MOZZAMBANI, Adriana Cristine Fonseca et al. Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 43-47, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) 2006. Multi-country study on women's health and domestic violence. Geneva, OMS, 46 p.

OLIVEIRA et al. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 8, núm. 2, maio-agosto, pp. 93-100. 2003.

PINTO, Isabella Vitral. et al. Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 26, n. 3 [acessado 5 julhos 2021], pp. 975-985, 2021.

ROICHMAN, Carlos Barreto Campello. Faca, peixeira, canivete: uma análise da lei do feminicídio no Brasil. **Revista katálysis**, Florianópolis, v. 23, n. 2, pág. 357-365, agosto de 2020.

SÁ, Samantha Dubugras; WERLANG, Blanca Susana Guevara. **Personalidade de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão sistemática da literatura**. 2013. 116 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Contextos Clínicos, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

SILVA, A. N.; AZEREDO, C.M. Associação entre vitimização por violência entre parceiros íntimos e depressão em adultos brasileiros. **Ciências Saúde Coletiva**. 24 (7) 22 Jul. 2019.

SILVA, Stephanie Chantre da. **Uso de benzodiazepínicos e sua ação na memória e cognição**. Fundação Centro Universitário Estadual da Zona Oeste, Rio de Janeiro, 2017.

SOARES, Carla Sofia Moreira. **Mecanismos neuronais e tratamento farmacológico na perturbação da ansiedade generalizada em adultos**. Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, 2017.

STAHL, Stephen M. **Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan LTDA, 2014.

VIEIRA, Pâmela Rocha; GARCIA, Leila Posenato; MACIEL, Ethel Leonor Noia. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 23, e200033, 2020.

VORKAPIC, Camila Ferreira; RANGÉ, Bernard. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, vol. 7, nº 1, Rio de Janeiro, Jun. 2011.

ZILBERMAN, Mônica L.; BLUME, Sheila B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira Psiquiatria**. vol 27(Supl II): S51-5, 2005.

WAISELFISZ, Júlio Jacobo. **Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil**. Brasília: [s.n.]. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, 2006.