

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006770015>

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA¹

Daniele Ferreira Acosta², Vera Lúcia de Oliveira Gomes³, Denize Cristina de Oliveira⁴, Giovana Calcagno Gomes⁵, Adriana Dora da Fonseca⁶

¹ Artigo extraído da Tese - Representações sociais de enfermeiras hospitalares acerca da violência doméstica contra a mulher: influência no cuidado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, em 2015. Com apoio da Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (Fapergs).

² Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). E-mail: nieleacosta@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da FURG. E-mail: vlog1952@gmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: dcouerj@gmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da FURG. E-mail: giovanacalcagno@furg.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da FURG. E-mail: adriana@vetorial.net

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento de enfermeiras hospitalares sobre os aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica.

Método: pesquisa qualitativa, realizada com 34 enfermeiras de dois hospitais do município do Rio Grande-RS. Os dados foram colhidos, entre maio e agosto de 2014, por meio de entrevista semiestruturada e analisados através do *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte*, que agrupa os léxicos, com raízes semelhantes, formando as classes, conforme a função das palavras no texto.

Resultados: a classe gerou duas subclasses: (des)conhecimento das enfermeiras acerca das competências legais; nela observou-se a confusão entre denúncia policial e notificação compulsória, e (des)conhecimento das enfermeiras acerca das competências éticas, em que mencionam a necessidade de sigilo, orientação e privacidade no processo de cuidar. A educação permanente empodera os profissionais refletindo na visibilidade da violência, no campo da saúde.

Conclusão: atenção dos gestores das instituições, para capacitação dos profissionais é necessário. O conhecimento reificado, sobre o fenômeno, associado ao cuidado relacional, sinalizam para um cuidado de enfermagem humanizado e emancipatório às vítimas.

DESCRIPTORIOS: Violência doméstica. Violência contra a mulher. Ética profissional. Responsabilidade legal. Cuidados de enfermagem. Capacitação profissional.

ETHICAL AND LEGAL ASPECTS IN NURSING CARE FOR VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE

ABSTRACT

Objective: analyze the knowledge of hospital nurses about the ethical and legal aspects in nursing care for domestic violence victims.

Method: qualitative research, involving 34 nurses at two hospital in the city of Rio Grande-RS (Brazil). The data were collected between May and August 2014 through semistructured interviews and analyzed by means of the software *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte*, which groups the lexicons with similar roots, constituting the classes according to the function of the words in the text.

Results: the class generated two subclasses: the nurses' (lack of) knowledge on the legal competences, in which the confusion between a police compliant and a mandatory report was observed; and (lack of) knowledge on the ethical competences, in which they mention the need for secrecy, advice and privacy in the care process. Continuing education empowers the professionals, which entails the visibility of the violence in the health area.

Conclusion: the hospital managers' attention is drawn, who are responsible for training the professionals. The reified knowledge on the phenomenon, associated with the relational care, point towards humanized and emancipatory nursing care to the victims.

DESCRIPTORS: Domestic violence. Violence against women. Ethics, professional. Liability, legal. Nursing care. Professional training.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA DE VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

RESUMEN

Objetivo: analizar el conocimiento de las enfermeras sobre los aspectos éticos y legales en la atención de enfermería a víctimas de violencia doméstica.

Método: investigación cualitativa con 34 enfermeros de dos hospitales de la ciudad de Rio Grande-RS (Brasil). Los datos se recolectaron entre mayo y agosto de 2014, por medio de entrevistas semiestructuradas y analizados utilizando el software *Analyse lexicale par Contexte d'un Ensemble Segmento de Texte*, que agrupa los léxicos, con raíces similares, formando clases de acuerdo a la función palabras en el texto.

Resultados: la clase generó dos subclases: (des)conocimiento de las enfermeras sobre las habilidades legales; se observó la confusión entre los denuncia ante la policía y la notificación obligatoria, y el conocimiento (falta de) de las enfermeras sobre competencias éticas, citando la necesidad de mantener el secreto, la orientación y la privacidad en el proceso de atención. La educación permanente permite a los profesionales que reflejan la visibilidad de la violencia en el campo de la salud.

Conclusión: la atención de los administradores de las instituciones a la formación de profesionales es necesaria. El conocimiento objetivo sobre el fenómeno, asociado con la atención relacional, señal a un cuidado humanizado y emancipatorio de enfermería.

DESCRIPTORES: Violencia doméstica. Violencia contra mujeres. Ética profesional. Responsabilidad legal. Cuidados de enfermería. Formación profesional.

INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra a mulher (VDCM) tem ganhado maior visibilidade na última década, tanto no cenário nacional quanto internacional. As discussões não se limitam aos agravos à saúde da mulher, incluem o impacto da violência na vida dos filhos,¹ na família, abordam a credibilidade da população na legislação protetiva brasileira,² bem como enfocam os gastos com a assistência policial, judicial e de saúde nesse contexto.³

Trata-se de um problema multifatorial, fundamentando nas relações hierárquicas de poder, entre homens e mulheres, em virtude das desigualdades construídas e naturalizadas historicamente.⁴ Essa forma de violência foi caracterizada pela Organização Mundial da Saúde como um problema global de saúde pública de proporções epidêmicas,⁵ porém, na prática, ainda são poucos os profissionais que encaram o fenômeno como algo que merece sua atenção.⁴

Há uma percepção, equivocada, de que a VDCM pertence apenas ao âmbito jurídico, social e de segurança pública,⁶ fazendo com que o atendimento em saúde restrinja-se a encaminhamentos ou ao tratamento medicamentoso. Segundo o Ligue 180, Central de Atendimento à Mulher, somente no primeiro semestre do ano de 2015 foram registrados 179 casos de agressão contra a mulher, por dia, sendo 92 relacionados à violência física, 55 à psicológica e sete à sexual.⁷ Muitos desses casos, apesar de serem atendidos nos hospitais, permanecem sem investigação da verdadeira causa do adoecimento.

Sabe-se que os dados divulgados acerca da VDCM são subestimados, pois muitas mulheres omitem a vitimização, até mesmo quando recorrem aos serviços de saúde.⁸ Outro fator que mascara

os dados reais é a limitação do conhecimento dos profissionais acerca do fenômeno, o qual pode advir de falhas na formação acadêmica, de educação continuada ou permanente.^{4,8} O desconhecimento acerca da obrigatoriedade da notificação compulsória constitui um exemplo desse *déficit*, levando os profissionais a não efetivá-la.⁹ Outros temem represálias do agressor,⁹⁻¹⁰ referem constrangimento para questionar os detalhes da violência ou banalizam os fatos, pois consideram fazer parte do cotidiano.⁹

Além disso, não há clareza acerca das condutas que devem ser tomadas diante da revelação da vítima sobre as agressões.^{6,11} A formação fragilizada, associada ao peso para lidar com as histórias de violência geram dilemas e contradições, limitando, nesse contexto, as ações de cuidado. Portanto, muito mais do que repetir que a abordagem desse fenômeno é permeada por crenças, julgamentos e estereótipos, entre os profissionais da saúde, inibindo um atendimento eficaz e humanizado às mulheres vitimadas, é fundamental problematizar suas competências éticas e legais.

Nesse sentido, existem normas técnicas do Ministério da Saúde, bem como os Códigos de Ética¹² que orientam os profissionais e regulamentam as condutas ética e legal, frente ao fenômeno. Em relação à violência sexual, recentemente foi sancionada a Lei n. 12.845, que torna obrigatório e integral o atendimento, pelo Sistema Único de Saúde, às vítimas. Discorre sobre o atendimento imediato, o diagnóstico, o tratamento das lesões no aparelho genital, a profilaxia de doenças e de gravidez, bem como o amparo de equipe multidisciplinar.¹³

Portanto, para garantir uma assistência de qualidade às mulheres que sofrem violência, é preciso conhecimento e capacitação daqueles que

as assistem, com vistas ao alcance de ações resolutivas e efetivas. As mulheres precisam ser ouvidas e acompanhadas nos serviços de referência até que estejam preparadas para retomarem as suas vidas sem o sentimento de culpa pela exposição ao ato violento.¹⁴

Considerando as consequências imediatas da violência na saúde das mulheres, que as levam a recorrer aos serviços de urgência e emergência, e ainda que a enfermagem é a profissão corresponsável pelas ações de educação em saúde, que permanece 24 horas em contato com as clientes, seja durante a triagem hospitalar, seja nas unidades, frente a necessidade de internação, é ímpar problematizar as competências éticas e legais que permeiam o processo de cuidar.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo analisar os conhecimentos de enfermeiras hospitalares sobre os aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo realizado em dois hospitais de médio porte do Município do Rio Grande-RS. Um, hospital universitário, referência para os casos de violência sexual, e o outro, hospital filantrópico, possui o único centro de queimados da cidade e recebe vítimas de violência doméstica.

Selecionaram-se as unidades de clínica médica, clínica cirúrgica, materno-obstétrica, terapia intensiva, centro de queimados e pronto-socorro, pela maior probabilidade de internação de mulheres vítimas de violência. De cada uma dessas unidades convidou-se, para participar do estudo, até três enfermeiras, com tempo mínimo de dois meses de atuação no referido setor, por se considerar que com esse tempo as informantes tivessem tido a oportunidade de prestar cuidados a vítimas de violência.

A coleta de dados ocorreu entre maio e agosto de 2014, por meio de entrevista individual realizada na própria instituição, em uma sala livre do trânsito de pessoas. Foi guiada por um roteiro temático visando compreender as atitudes e os conhecimentos sobre o fenômeno, bem como as práticas de cuidado às vítimas de violência doméstica. O referido roteiro foi testado através da sua aplicação aos membros do grupo de pesquisa e com adequação posterior. As entrevistas foram gravadas e transcritas, após consentimento das informantes, para posterior análise.

O *corpus* construído com as entrevistas foi submetido ao *software Alceste (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte)*, que divide o conjunto textual em Unidades de Contexto Elementares (UCEs), utilizando análise de *cluster*. Tais unidades são mais significativas, quanto maior for o qui-quadrado (χ^2) a elas atribuído pelo *software*. São compostas pelas palavras portadoras de sentido, tal como os substantivos, os verbos, os adjetivos e os advérbios. Pela proximidade semântica, as UCEs são distribuídas em classes, de maneira que cada classe contém aspectos distintos do objeto estudado.¹⁵

Neste estudo, o programa gerou oito classes, sendo selecionada uma delas para uma análise particularizada neste artigo, considerando a importância da temática tratada. Na apresentação dos resultados, as UCEs (falas) foram identificadas por números arábicos consecutivos, correspondentes à ordem cronológica das entrevistas, seguidos das siglas HU - hospital universitário e HF - hospital filantrópico. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde com o Parecer n. 80/2014 e número de registro do CAAE 32033714.5.0000.5324.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 34 informantes, 16 atuavam no HU e 18, no HF, e apenas um era do sexo masculino. As idades oscilaram entre 25 e 59 anos e o tempo de trabalho na unidade variou de dois meses a 20 anos.

A classe discutida neste texto possui 102 UCEs e está representada no dendrograma apresentado na figura 1. O dendrograma apresenta o conjunto de divisões binárias realizadas dentro de uma classe específica, mostrando a relação entre grupos de palavras e seus significados. Nele a linha horizontal, oriunda da primeira divisão binária, divide os conteúdos em dois grupos. Em cada um deles essas divisões ligam as formas reduzidas com maior associação estatística, permitindo identificar os seus significados. Os valores de χ^2 das formas reduzidas *notific* (102) e *doença* (93), situadas acima da linha; *compromiss* (223) e *legislação* (200) situadas abaixo, se destacam, permitindo a identificação de uma categoria relacionada às competências legais e outra às competências éticas das enfermeiras frente à VDCM, as quais originaram as subclasses, apresentadas a seguir.

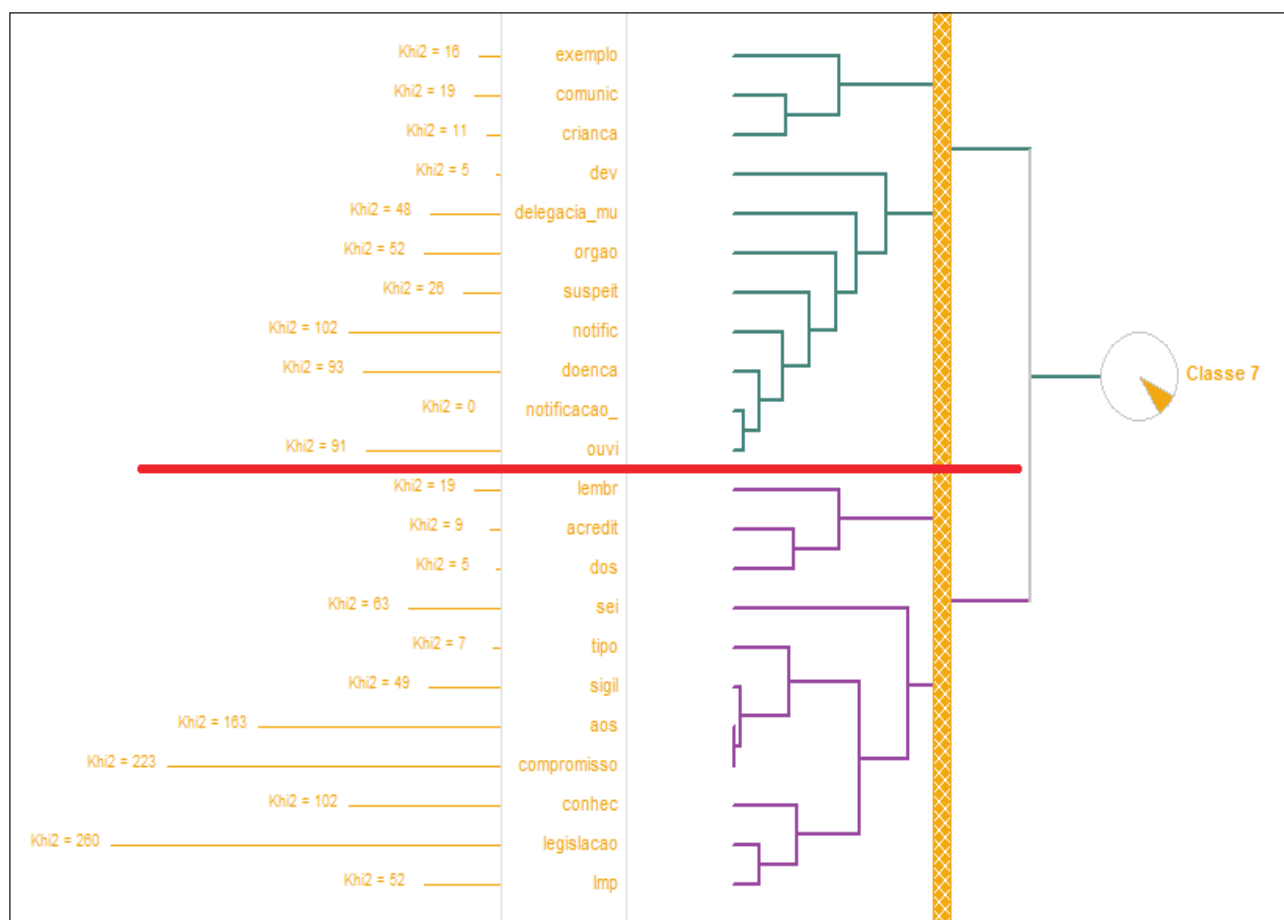


Figura 1 - Classificação hierárquica ascendente da classe selecionada - Competências ético-legais das enfermeiras frente ao cuidado às vítimas de violência doméstica. 2015

(Des)conhecimento das enfermeiras acerca das competências legais

Esta subclasse refere-se aos aspectos legais envolvidos no cuidado às vítimas de violência. As entrevistadas afirmaram que conheciam a notificação compulsória, no entanto, a limitavam ao registro de doenças infectocontagiosas. Em decorrência disso, percebe-se que desconheciam a necessidade de notificar a violência doméstica e sexual. As profissionais confundiam a notificação dessa forma de violência com a denúncia policial, admitindo que deveriam comparecer à delegacia da mulher para fazer um boletim de ocorrência.

Por outro lado, algumas demonstraram conhecimento parcial, ao referirem que existem dados estatísticos acerca do fenômeno, porém acreditavam que o dimensionamento desses dados é realizado pela polícia, com base nas denúncias realizadas pelas vítimas. As UCEs expressam esse significado.

O profissional deve fazer o boletim na delegacia da mulher e registrar no livro de enfermagem, que é o único que nos ampara. Já ouvi falar em notificação compulsória

em caso de doenças, nunca ouvi falar nos casos de violência contra a mulher (Enf 20, HF).

O problema é que eu nunca vi uma folha de notificação, porque temos notificação compulsória para doenças transmissíveis, mas para a violência contra a mulher, não. Nem se dispõe aqui, mas sei que se faz, porque tem índices. É uma meta mundial, sei que tem índices até no IBGE, mas eu achei que fossem dados da polícia, porque eu nunca tive nenhum acesso, e nunca fomos orientadas de fazer a notificação compulsória (Enf 24, HU).

Eu já ouvi falar em notificação compulsória por cima, mas nunca vi profundamente o que é. Tu falas a notificação compulsória de fazer para a polícia civil? Eu ouvi meio por cima, mas nunca tentei ver profundamente o que era (Enf 6, HF).

A literatura tem atribuído a subnotificação da VDCM ao desconhecimento dos profissionais da saúde acerca de sua responsabilidade legal. A Lei n. 10.778 de 2003 estabelece que é compulsória, em todo o território nacional, a notificação dos casos de violência contra a mulher, que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Essa notifi-

cação tem caráter sigiloso e deve ser realizada tanto frente à suspeita, quanto nos casos confirmados.¹⁶

Para justificar o desconhecimento sobre tal competência legal, alguns argumentam que não trabalham “nessa área”, outros, que possuem pouca experiência profissional.⁹ Considerando que, frequentemente, a notificação é tomada como denúncia, pode-se pressupor que a subnotificação ocorre tanto por conta do medo de se expor a um órgão policial, quanto de retaliação por parte do agressor.¹⁰ Tais percepções afastam o profissional do exercício dessa competência legal.

São aspectos a serem refletidos, inclusive, com base nos discursos das profissionais: “nunca fomos orientadas a fazer a notificação”, “tu falas a notificação compulsória de fazer para a polícia civil?”, “nunca vi uma folha de notificação”. A notificação compulsória é, na realidade, um registro sistemático e organizado feito em formulário próprio, utilizado em casos suspeitos ou diante da comprovação de violência contra a mulher. Não é necessário conhecer o agressor para o seu preenchimento, por parte do profissional. Após, o documento é encaminhado à Vigilância Epidemiológica do município para abastecer o Sistema de Informação de Agravos de Notificação.¹⁷

Todavia, é preciso ter familiaridade com o instrumento. Estudo evidenciou a dificuldade de 101 profissionais no preenchimento dessa ficha; sendo que 53,5% atribuíram aos entraves apresentados pela vítima, como o receio, o medo, a vergonha de responder aos questionamentos; 33,7% referiram-se às características da ficha; e 29,7% citaram constrangimento em perguntar sobre o ato violento.¹⁸⁻¹⁹

A capacitação reflete na visibilidade dessa forma de violência no campo da saúde, conforme evidenciado em pesquisas.²⁰⁻²¹ Portanto, é preciso dar voz aos profissionais sobre as limitações e as necessidades advindas das práticas profissionais, a fim de problematizar questionamentos, anseios e condutas pertinentes a situações com alto grau de impacto na saúde das vítimas, e com reflexo na qualidade de vida do profissional, como a VDCM, o câncer, a aids.

O desconhecimento das enfermeiras relacionado à notificação compulsória da violência não se restringe aos agravos à mulher. Também se observa certa fragilidade em relação às condutas relacionadas aos casos de violência contra a criança e o idoso, conforme as UCEs a seguir.

Quanto à legislação, eu sei que criança chamamos o Conselho Tutelar; quando idoso, o estatuto do idoso; quando for mulher acho que, devido à violência, se liga direto para a delegacia da mulher (Enf 2, HF).

O da criança é policial, eu sei que tu tens a obrigação de ligar para a polícia. O profissional tem que identificar para a proteção dessa criança, porque proteção sobre a criança eu já sei que tem há muito tempo, eu sei que tu és obrigado a denunciar, parece que tu ligas para a polícia e a polícia se encaminha de chamar Conselho Tutelar (Enf 031, HU).

O mesmo equívoco é evidenciado quanto à notificação da violência contra crianças, associando-a à denúncia policial. Destaca-se que documentos legais, como o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto do Idoso, também mencionam a obrigatoriedade da notificação compulsória desses casos de violência.²⁰ O Conselho Tutelar deve ser acionado sempre que se percebam situações de risco ou de violência contra crianças e adolescentes, pois tem como objetivo aplicar medidas protetivas dos direitos dessa população.²²

Um estudo que objetivou caracterizar a ocorrência de violência doméstica e sexual a partir das fichas de notificação da cidade de Bélem revelou o registro de 3.267 casos de violência no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2011. Houve destaque para a violência física entre as vítimas do sexo feminino maiores de 19 anos (n=663), enquanto que entre as crianças prevaleceu a violência sexual.²⁰

Percebe-se que, com base nos registros, é possível traçar o perfil das vítimas, bem como do agressor, o tipo de violência e o local em que ocorreu o ato violento, entre outros. Esse dimensionamento permite a implementação de políticas nacionais e locais, de acordo com o perfil epidemiológico da violência constatado.

(Des)conhecimento das enfermeiras acerca das competências éticas

Essa subclasse refere-se aos aspectos éticos de enfermagem frente ao cuidado às vítimas de violência. Refletir acerca desses aspectos é uma forma de enfrentar os desafios que surgem no campo de atuação em saúde. De acordo com a Bioética, quatro princípios devem nortear as práticas, decisões e ações na área da saúde: a beneficência, que diz respeito à obrigação moral de agir em benefício dos outros, avaliando-se os riscos; o princípio da não maleficência, que visa não causar mal e evitar dano às pessoas; o princípio da justiça, que busca o equilíbrio entre os deveres e os benefícios sociais; e o da autonomia, como condição de promover a independência para que a pessoa faça escolhas sem qualquer tipo de controle.²³

No que se refere ao cuidado às vítimas de violência doméstica, as enfermeiras mencionaram a necessidade de sigilo e privacidade, de proteção e orientação quanto aos direitos dessas mulheres. Todavia, existiam muitas incertezas e, novamente, menção à denúncia policial como uma competência ética.

Quanto aos compromissos éticos, eu acho que manter a privacidade desse paciente é um, a orientação desse paciente é outro, a proteção dessa paciente é ético também. Geralmente, as pessoas chegam muito fragilizadas com esse tipo de atitude, de sofrimento. Acho que basicamente é isso, eu não sei se tem alguma coisa que obriga a notificação, ou coisas desse tipo (Enf 18, HU).

Quanto aos compromissos, eu acho que a primeira coisa é manter o sigilo do que ela te confidenciou, manter o sigilo entre colegas e profissionais (Enf 34, HU).

Eu acredito que no código de ética dos profissionais da saúde deva ter alguma coisa. O nosso código deve ter, porque eu já li, eu já vi isso em relação à omissão da suspeita, que é imprópria (Enf 12, HF).

Pode-se apreender dos discursos que as enfermeiras demonstravam maior conhecimento sobre as competências éticas, pois são ações que permeiam as práticas de cuidado. No contexto da enfermagem, a ética abrange atitudes e condutas que envolvem conhecimento, valores e habilidades no sentido de favorecer as potencialidades do ser humano e o enfrentamento do processo de saúde e doença.²⁴

Nesse sentido, a privacidade referida pela enfermeira é uma ação que busca preservar a mulher vitimada, ao encontro da beneficência e não maleficência. Comumente elas chegam fragilizadas no serviço de saúde, necessitando de acolhimento, de uma relação recíproca; ações essas que se traduzem por meio da fala, do toque, da escuta ativa. Todavia, não depende apenas do profissional, mas da estrutura física e dos recursos materiais disponíveis, que muitas vezes deixam, margem para um adequado aconselhamento e realização de exame físico.^{14, 25}

De acordo com o Ministério da Saúde, as mulheres vítimas de violência sexual devem ter prioridade no atendimento, e a recusa injustificada pode ser caracterizada ética e legalmente como omissão. Além disso, para que sua intimidade seja preservada, devem-se evitar espaços que produzam constrangimento ou estigma, como, por exemplo, a identificação nominal de sala de "atendimento de vítimas de estupro".¹⁷

É preciso evitar a revitimização das mulheres nos serviços de saúde, valorizando a tecnologia leve na condução do cuidado. Sabe-se que a conduta dos profissionais pode influenciar tanto na decisão das

vítimas em revelar a violência, quanto nas suas decisões futuras. Assim, a orientação e a proteção dessas mulheres, referidas pelas enfermeiras, representam o princípio da beneficência, estabelecido por meio da esfera relacional do cuidado.

Estudo que buscou identificar o conhecimento de médicos e alunos do último ano do curso, sobre os aspectos epidemiológicos, éticos e legais da violência de gênero, identificou o correto posicionamento da maioria: 99% concordaram que não se deve ignorar os sinais de violência, mesmo quando a paciente não menciona o assunto; 72,8% mencionaram marcar retornos em intervalos curtos; quase 69% referiram que é correto perguntar sobre a possível existência de violência, 85,4% dos participantes relataram oferecer o telefone da delegacia da mulher e o endereço da casa abrigo para pacientes; e apenas 22,3% aconselhariam a mulher a deixar o parceiro violento imediatamente.¹¹

A literatura sugere não incentivar a mulher a abandonar o lar, se não houver meios de oferecer à vítima mínimas condições de segurança; nem mesmo chamar o agressor ao serviço para ter uma conversa.¹¹ Todavia, ficar na inércia vai de encontro ao dever ético-legal, que apregoa primar pela saúde. Para auxiliar as mulheres a romperem com o ciclo da violência é indispensável instrumentalizá-las para que sejam capazes de tomar suas próprias decisões, respeitando o princípio da autonomia.

As responsabilidades, os deveres e as proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de enfermagem estão elencadas no Código de Ética,¹² mencionado apenas por uma entrevistada. Em relação à temática deste estudo, não aparece explicitamente a expressão "violência doméstica", porém o artigo 52 considera infração ética "provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos", sob penas que variam de uma simples advertência à cassação do direito de exercer a profissão,¹² o que reforça o comprometimento das enfermeiras com a notificação compulsória, também como dever ético.

Existem mulheres que omitem a situação de violência,^{4,14} outras acabam se automedicando na tentativa de sanarem seus problemas e suportarem o contexto de violência.²⁶ Há ainda aquelas que recorrem aos serviços de saúde, mas têm receio de que seja revelado aos familiares o motivo da consulta. Considera-se direito profissional abster-se de revelar informações confidenciais, de que tenham conhecimento, a pessoas ou a entidades que não estejam obrigadas ao sigilo.¹² Desta forma, o sigilo, enunciado pela entrevistada, condiz com as competências éticas.

Merecem destaque as situações em que é exigida a quebra do segredo profissional, como os casos previstos em ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida. Em atividade multiprofissional, o fato sigiloso poderá ser revelado quando observada a necessidade de apoio à prestação da assistência, contradizendo, assim, o discurso da entrevistada.¹²

Como visto, as enfermeiras têm no próprio código profissional orientações, que, embora não sejam exclusivas para mulheres vitimadas, fundamentam as condutas assistenciais, bem como conferem respaldo ao profissional diante das práticas de cuidado. O desconhecimento dessas responsabilidades e deveres pode gerar dilemas éticos, dificultando uma atuação efetiva para esta clientela.

Os profissionais da saúde, incluindo enfermeiras, apresentam muitas dificuldades para abordar a vítima, identificar os casos de violência, adotar condutas e encaminhar as mulheres aos demais serviços,^{8,19,21} como observado nas UCEs abaixo.

Tem que procurar registrar, denunciar, registrar o boletim de ocorrência. Eu acredito que é isso, encaminhar a algum serviço, no caso fazer esse boletim de ocorrência, registrar num livro de enfermagem tudo que se fez e tentar encaminhar ela. Não sei bem, pois isso não foi abordado na graduação, nem aqui (Enf 14, HF).

Não lembro específico, eu sei que tem o estatuto da mulher, a Lei Maria da Penha, que passa na mídia, mas ainda não ouvi nada direcionado à enfermagem ou à saúde (Enf 23, HU).

Essas fragilidades podem ser decorrentes da falta de capacitação pela instituição em que atuavam, além da inexistência de manual padronizado, contendo informações sobre o manejo, bem como sobre a estrutura da rede de serviços de apoio local. Como exceção, cita-se a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, elaborada e atualizada pelo Ministério da Saúde, que oferece diretrizes aos profissionais.¹⁷ Pontua tanto aspectos relacionados à assistência à vítima, quanto à organização institucional.

Nos casos de violência sexual com penetração, o Ministério da Saúde recomenda que o início do tratamento com antirretrovirais e a anticoncepção de emergência ocorram até 72 horas após a violência, pois passado esse período a eficácia medicamentosa reduz significativamente, fornecendo menor proteção.¹⁷ Nesse sentido, cabe à enfermagem orientar quanto aos efeitos colaterais dos medicamentos, quanto à importância de seguir o esquema medicamentoso, associando o cuidado técnico com o relacional.

Assim como observado na UCE, a norma recomenda o registro detalhado dos dados obtidos durante a entrevista, o exame físico e ginecológico, bem como os resultados de exames complementares. Podem-se ainda incluir desenhos, fotos das lesões, descrição dos sinais e sintomas apresentados pela mulher.¹⁷ Se porventura a mulher postergar a realização do exame pericial no Instituto Médico Legal (IML), os peritos podem fazer o laudo com base no prontuário da paciente, nos casos em que procurou um serviço de saúde após o ato violento. Portanto, as provas criminais não se restringem apenas ao IML, considerando que os prontuários também podem ser solicitados como meios de prova judicial para a mulher.

A violência contra a mulher é condição que requer abordagem intersetorial e interdisciplinar, com importante interface com questões de direitos humanos, questões policiais, de segurança pública e de justiça. Nesse sentido, a Lei Maria da Penha, citada pela entrevistada de maneira superficial, precisa ser problematizada entre os profissionais, pois apregoa as atribuições cabíveis à equipe multidisciplinar, incluindo a área psicossocial e da saúde. Cabe destacar que a exigência de boletim de ocorrência na unidade básica ou hospitalar, para o atendimento das vítimas, é incorreta.¹⁷

Portanto, as profissionais da enfermagem precisam conhecer a rede de apoio à vítima do município, a fim de encaminharem e orientarem quanto aos serviços, quanto ao respaldo oferecido pela lei Maria da Penha, auxiliando-as no enfrentamento e na superação dos traumas físicos e psicológicos. Muitas vezes a dor da "alma", associada à desqualificação das corporeidades femininas,²⁶ é aquela que mais gera sofrimento,¹⁴ sendo a enfermagem o "remédio" para o tratamento das marcas invisíveis, através do cuidado holístico e humanizado.

As competências éticas da enfermagem, sobretudo, visam ao respeito à mulher vitimada, através de uma abordagem empática, acolhedora, capaz de minimizar o sofrimento e garantir os direitos do ser cuidado. São medidas, posturas e condutas que buscam suprir as demandas biopsicoespirituais dessa mulher, priorizando a assistência à saúde antes de qualquer outra providência policial ou judicial.

CONCLUSÃO

A análise dos aspectos éticos e legais que permeiam o cuidado de mulheres vítimas de violência doméstica permitiu concluir que existem lacunas no conhecimento das enfermeiras acerca dessas

competências. Considerando que os hospitais são locais que recebem os casos de violência mais graves, que geram lesões físicas, além de internações decorrentes dos agravos, é ímpar a problematização sobre as condutas, sobre os encaminhamentos, sobre os direitos e deveres da enfermagem nesse contexto.

Infere-se que a subnotificação dessa forma de violência está diretamente relacionada com a indistinção entre notificação compulsória e denúncia policial. Além disso, também foi evidenciado o desconhecimento da obrigação legal da notificação quando se trata de violência contra crianças e idosos. Por outro lado, observou-se maior conhecimento das competências éticas, embora se trate de práticas gerais, que não se restringem a vítimas de violência. O sigilo, a orientação e a privacidade são ações que permeiam o cuidado de enfermagem.

Nenhuma das entrevistadas mencionou as leis e normas do Ministério da Saúde que norteiam as práticas no cuidado específico de vítimas de violência sexual. Neste sentido, os profissionais, com destaque para a enfermeira, precisam estar preparados e mobilizados para assistir mulheres em situação de violência doméstica. Para tanto, precisam fundamentar-se no conhecimento científico; enfrentar o desafio de detectar, notificar, cuidar, minimizar e prevenir as situações de violência doméstica.

Assim, pondera-se sobre o papel dos gestores das instituições de saúde, responsáveis pela capacitação dos profissionais. O comprometimento com o Sistema Único de Saúde e com os indicadores de saúde não é somente daqueles que atuam diretamente com as clientes, mas também dos que administram os serviços. A educação permanente se revela como indispensável na qualificação profissional, possibilitando o conhecimento da legislação específica, bem como a interpretação da violência como um problema de saúde pública, contribuindo para um cuidado de enfermagem humanizado e emancipatório às vítimas.

REFERÊNCIAS

- Durand JC, Schraiber LB, França-Junior I, Barros C. Impact of exposure to intimate partner violence on children's behavior. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Abr [cited 2015 Oct 03]; 45(2): 355-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000200014&script=sci_arttext&tlng=en
- Soares MCS, Silva G, Medeiros CMR, Dias MD, Moura JP. Significados da Lei Maria da Penha para mulheres vítimas de violência doméstica. *RBDC* [Internet]. 2013 Jan-Jun [cited 2015 Oct 03]; 21:23-34. Available from: <http://www.esdc.com.br/seer/index.php/rbdc/article/view/11/11>
- Garcia-Moreno C, Watts C. Violence against women: an urgent public health priority. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2011 Jan [cited 2015 Oct 03]; 89(1):2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040024/>
- Oliveira RNG, Fonseca RMGS. Violence as a research object and intervention in the health field: an analysis from the production of the Research Group on Gender, Health and Nursing. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 03]; 48(2): 31-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v48nspe2/0080-6234-reusp-48-nspe2-00031.pdf>
- World Health Organization. WHO report highlights violence against women as a 'global health problem of epidemic proportions' [Internet]. Geneva; 2013 [cited 2015 Sep 15]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/en/
- Santos J, Andrade RL, Reis LA, Duarte SFP. Conhecimento de enfermeiras em unidades de saúde sobre a assistência à mulher vítima da violência. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2014 Set-Dez [cited 2015 Oct 04]; 28(3): 260-70. Available from: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/9255/8988>
- Brasil. 179 relatos por dia de violência contra mulheres por dia em 2015: o balanço do ligue 180 [página da Internet] Portal Brasil; 2015 [cited 2015 Oct 30]. Available from: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/10/179-relatos-de-violencia-contra-mulheres-por-dia-em-2015-o-balanco-do-ligue-180>
- Gomes NP, Silveira YM, Diniz NMF, Paixão GPN, Camargo CL, Gomes NR. Identification of violence in the conjugal relationship based on the Family Health Strategy. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 Jul-Set [cited 2015 Oct 04]; 22(3):789-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a27.pdf>
- Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Primary healthcare and underreporting and (in)visibility of violence against women. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2013 Set [cited 2015 Oct 05]; 29(9):1805-15. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n9/a20v29n9.pdf>
- Gomes VLO, Silva CD, Oliveira DC, Acosta DF, Amarijo CL. Domestic violence against women: representations of health professionals. *Rev. Latino-Am. Enferm* [Internet]. 2015 Jul-Ago [cited 2015 Oct 05]; 23(4):718-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4623735/pdf/0104-1169-rlae-23-04-00718.pdf>
- Vicente LM, Vieira EM. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de medicina e médicos residentes. *Rev. Bras. Educ. Méd* [Internet]. 2009 [cited 2015 Oct 05]; 33(1):63-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/09.pdf>

12. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 240 de 30 de agosto de 2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [página na Internet]. COFEN; 2000 [cited 2015 Oct 2]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2402000-revogada-pela-resoluco-cofen-3112007_4280.html
13. Brasil. Lei n. 12.845, 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual [página na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2013 Ago [cited 2015 Sep 2015]. Available from: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/Lei_12845_2013.pdf.
14. Reis MJ, Lopes MHBM, Osis MJ. 'It's much worse than dying': the experiences of female victims of sexual violence. *J Clin Nurs* [Internet]. 2016 May [cited 2016 Jun 21]: 1-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13247/full>
15. Oliveira DC, Gomes AMT, Marques SC. Análise estatística de dados textuais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. In: Menin MSS, Shimizu AM orgs. *Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas*. São Paulo: Casa do psicólogo; 2005.
16. Brasil. Lei n. 10.778 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 [página na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2003 [cited 2015 Sep 2015]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm.
17. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica* [página na Internet]. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [cited 2015 Sep 2015]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
18. Sousa MH, Bento SF, Osis MJD, Ribeiro MP, Faúndes A. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 Jan-Mar [cited 2015 Oct 04]; 18(1): 94-107. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00094.pdf>
19. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violence among female users of healthcare units: prevalence, perspective and conduct of managers and professionals. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited Oct 06]; 46(2):351-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3137.pdf>
20. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 06]; 18(5):1263-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/11.pdf>
21. Feder G, Davies RA, Baird K, Dunne D, Eldridge S, Griffiths C, et al. Identification and referral to improve safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomized controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2011 [cited 2015 Oct 1]; 378:1788-95. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61179-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61179-3/abstract)
22. Brasil. Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [página na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1990 [cited 2015 Sep 2015]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
23. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2005 Jan-Mar [cited 2015 Oct 07]; 14(1):106-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a14v14n1>
24. Rosenstock KIV, Soares MJGO, Santos SR, Ferreira ASM. Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2011 Out-Dez [cited 2015 Oct 07]; 16(4):727-33. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/25444/17067Anayde>
25. Berger SMD, Giffin KM. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2011 Abr-Jun [cited 2015 Oct 4]; 15(37):391-405. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop0411.pdf>
26. Ferraz MIR, Labronici LM. Fragmentos de corporeidades femininas vítimas de violência conjugal: uma aproximação fenomenológica. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 Jul-Set; [cited 2016 Jul 19]; 24(3):842-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00842.pdf