

# Responsabilidade de los profesionales de salud en la notificación de casos de violencia

Bruno Gonçalves de Oliveira<sup>1</sup>, Ivna Vidal Freire<sup>2</sup>, Carla Santana Assis<sup>3</sup>, Edite Lago da Silva Sena<sup>4</sup>, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery<sup>5</sup>, Sérgio Donha Yarid<sup>6</sup>

## Resumen

La violencia, en sus diversas formas y manifestaciones, no puede ser vista por los profesionales de salud como una cuestión ajena a su trabajo. Este estudio tuvo como objetivo analizar la responsabilidad de estos profesionales en la notificación de casos de violencia. La búsqueda se realizó en la Biblioteca Virtual en Salud, considerando el período 2008-2013. Del análisis surgieron tres ejes temáticos: “legislación brasileña”; “responsabilidad de los profesionales de salud en el proceso de notificación” y “códigos de ética de los profesionales de salud”. Se concluye que la mayoría de los artículos relativos a los códigos de ética señalan la necesidad de denunciar los casos de violencia ante los respectivos consejos, autoridades y órganos competentes. Sin embargo, se percibe que no explicitan la obligatoriedad de la notificación en casos de violencia. Así, se torna necesario revisar cada uno de los códigos deontológicos del área de la salud, considerando la importancia de que se refieran específicamente a la violencia.

**Palabras clave:** Ética. Notificación. Violencia.

## Resumo

### Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência

A violência, em suas diversas formas e manifestações, não pode ser vista pelos profissionais de saúde como questão alheia a seu trabalho. Este estudo teve como objetivo analisar a responsabilidade desses profissionais na notificação dos casos de violência. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, considerando o período entre 2008 e 2013. Da análise surgiram três eixos temáticos: “legislação brasileira”; “responsabilidade dos profissionais de saúde no processo de notificação” e “códigos de ética dos profissionais de saúde”. Conclui-se que a maioria dos artigos relativos aos códigos de ética aponta a necessidade de denunciar os casos de violência aos respectivos conselhos, autoridades e órgãos competentes. Porém, nota-se que não explicitam a obrigatoriedade da notificação em casos de violência. Assim, torna-se necessário revisar cada um dos códigos deontológicos da área da saúde, considerando a importância de referirem-se especificamente à violência.

**Palavras-chave:** Ética. Notificação. Violência.

## Abstract

### Responsibility of health professionals in the notification of cases of violence

Violence, characterized by various forms and manifestations, cannot continue to be seen by health professionals as a matter unrelated to their work. This study aimed to analyze the responsibility of health professionals in reporting cases of violence. The search was performed through the Virtual Health Library, in the period 2008-2013. From the analysis, three thematic axes emerged: “Brazilian legislation”; “health professional’s responsibility in the reporting process”; and “health professionals’ code of ethics”. It is concluded that the majority of articles regarding codes of ethics point to the need to report cases of violence to their respective councils, authorities and competent bodies. Though, it is noted that they do not make explicit the obligation to notify cases of violence. Thus, it is necessary to review each of the codes of ethics in the field of health, considering the importance of referring specifically to violence.

**Keywords:** Ethics. Notice. Violence.

1. **Doutorando** brunoxrmf5@gmail.com – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) 2. **Mestranda** vidal.ivna@gmail.com – Uesb 3. **Mestranda** carlasantanaafisi@hotmail.com – Uesb 4. **Doutora** editelago@gmail.com – Uesb 5. **Doutora** rboery5@gmail.com – Uesb 6. **Doutor** syaridi@hotmail.com – Uesb, Jequié/BA, Brasil.

## Correspondência

Bruno Gonçalves de Oliveira – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida/CNPq/Uesb. Av. José Moreira Sobrinho, s/n CEP 45206-190. Jequié/BA, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

La reflexión sobre el abordaje de los profesionales de salud de casos de violencia es fundamental en la actualidad. No obstante, por tratarse de una discusión que involucra temas éticos es imprescindible mencionar el “principio universal de la responsabilidad”, que debe permear las cuestiones relacionadas con los aspectos de la ética de la responsabilidad individual, asumida por cada uno de nosotros, y de la ética de la responsabilidad pública, referida al papel y a los deberes de los países respecto de la salud y la vida de las personas<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define violencia como el uso de fuerza física o poder, cuya finalidad representa una amenaza o una práctica, contra sí, o contra un grupo o comunidad, que pueda resultar en sufrimiento, lesión, muerte, daño psicológico, deficiencia de desarrollo o privación<sup>2</sup>. Se destaca que las muertes relacionadas con la violencia están vinculadas a causas externas y ocupan la cuarta posición en el *ranking* mundial, precedidas por las enfermedades cardiovasculares, enfermedades infecciosas y parasitarias y neoplasias<sup>3</sup>. Cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida víctimas de acciones violentas<sup>4</sup>.

Para los estudiosos que trabajan con esa cuestión<sup>5</sup> y el Ministerio de Salud<sup>6</sup>, la violencia puede clasificarse de la siguiente forma: física, psicológica, sexual y relacionada con la desatención. La violencia física es definida por un comportamiento que causa intencionalmente daño o intimidación moral a otra persona o ser vivo; en cuanto a la violencia psicológica, se refiere al comportamiento típico de amenazas, discriminación y humillación. La violencia sexual se caracteriza como cualquier forma de actividad sexual no consentida. Cabe destacar la violencia por negligencia caracterizada por un acto de omisión con niños, ancianos u otros (personas dependientes de otras)<sup>6</sup>.

En enero de 2011, se reformuló la lista de enfermedades de notificación obligatoria, y el Ministerio de Salud incluyó la *violencia doméstica, sexual y/u otras violencias*<sup>7</sup> entre las agresiones a ser notificadas obligatoriamente por los profesionales de salud. De este modo, estos profesionales tienen un papel relevante al denunciar las diferentes formas de violencia que tienen lugar en todas las franjas etarias, principalmente en los denominados “grupos vulnerables”: niños, adolescentes, ancianos y mujeres<sup>8</sup>.

Pujando por la protección de estos grupos, se instituyeron mecanismos legales como la Ley Federal 8.069/1990<sup>9</sup>, que dio origen al Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA), la Ley 10.741/2003<sup>10</sup>, conocida como Estatuto del Anciano, y la Ley 10.778/2003<sup>11</sup>, que obliga a los servicios de salud públicos o privados

a notificar casos sospechosos o confirmados de violencia contra la mujer y demás grupos vulnerables.

Siguiendo la legislación y los preceptos éticos, se puede inferir que el principio común a todos estos documentos es la no maleficencia que, en el caso de la atención de la salud, implica el deber de los profesionales de evitar cualquier daño a los usuarios, no causarles daño o poner en riesgo su vida. Así, el profesional de salud se compromete a evaluar y evitar cualquier situación que signifique riesgo, garantizando que su modo de actuar no perjudique a usuarios o familiares<sup>1</sup>.

Les corresponde a los servicios de salud utilizar recursos éticos y legislativos, con el fin de combatir y reducir la violencia, ya sea ante la dificultad para lidiar con los casos o para dimensionar la gravedad del caso en la vida de la persona<sup>12</sup>. Además, existen diversas barreras en el sistema de notificación brasileño, como la escasez de reglamentos que sugieran procedimientos técnicos, la ausencia de seguridad y protección a los profesionales encargados de notificar fallas en la identificación de la violencia en los servicios de salud<sup>13,14</sup>.

Cabe destacar que el término “notificación” es reconocido por el sector de la salud, mientras que en otros sectores la expresión usada es “comunicación de violencias”<sup>15</sup>. Así, estos casos, cuando son notificados, presentan gran relevancia, dado que permiten, entre otros aspectos, conocer el perfil epidemiológico del evento, lo que puede ayudar a la formulación de políticas públicas abocadas a la prevención y al combate. Considerando la definición de violencia y su caracterización como evento relacionado con la salud pública, este estudio tuvo como objetivo analizar la responsabilidad de los profesionales de salud en estos casos a partir de los códigos de ética de las categorías y de la legislación vigente.

## Método

Se trata de una revisión integrativa de la bibliografía realizada en el primer semestre de 2014. La elaboración del estudio siguió las siguientes etapas: identificación del tema y definición de la pregunta del estudio, establecimiento de criterios para la inclusión y exclusión de los estudios, definición de las informaciones a ser extraídas de los artículos analizados, evaluación de los estudios incluidos en la revisión, interpretación de los resultados para presentación de la revisión.

Para orientar la investigación se formuló la siguiente pregunta: “¿Qué presenta la bibliografía disponible en medios digitales sobre la responsabilidad de los profesionales de salud en la notificación de los casos de violencia?”

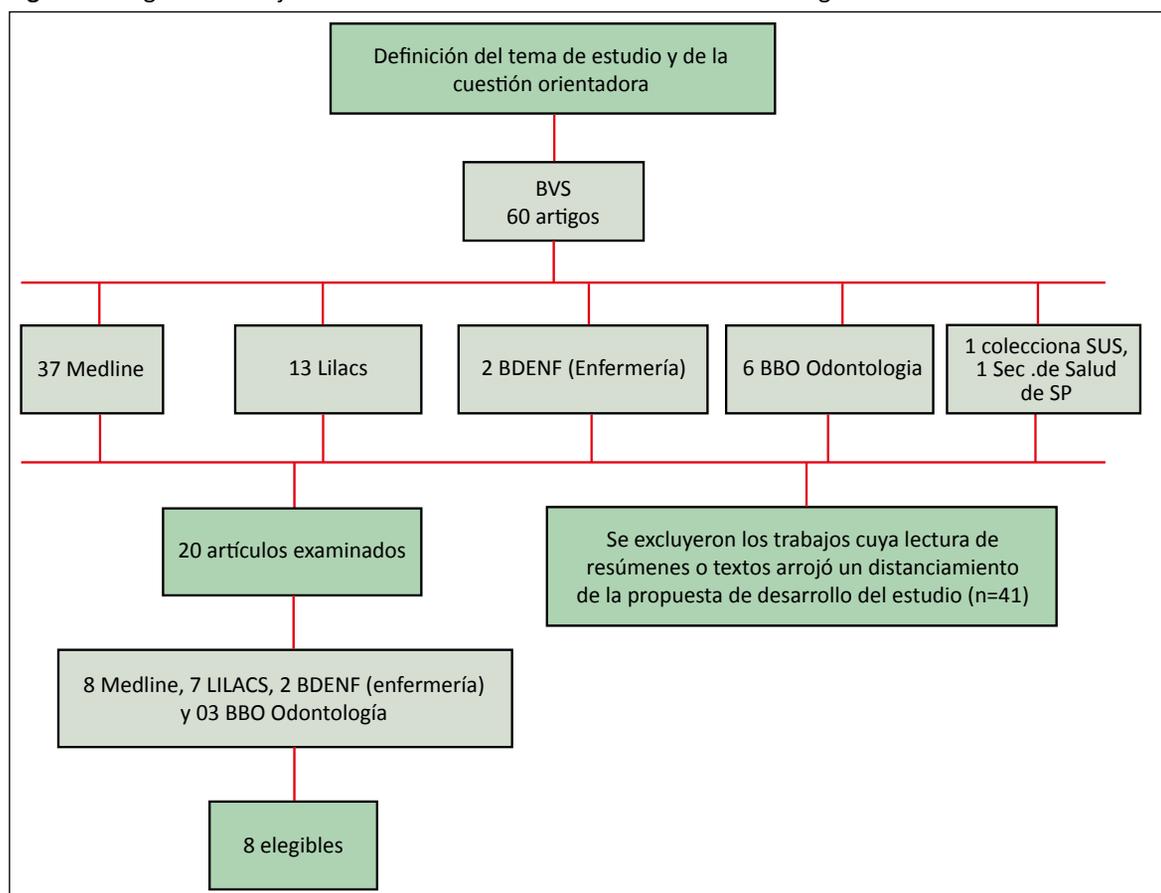
Para ello, se optó por la consulta a la Biblioteca Virtual de Salud (BVS), por la extensa gama de publicaciones que indexa, así como por el análisis de la legislación brasileña para comprender mejor el tema. Se utilizaron los descriptores “ética”, “notificación” y “violencia”, conforme constan en la base de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). El operador booleano “and” se utilizó para asociaciones entre los términos explorados. Se consultó la Bireme en mayo de 2014, obteniéndose el total de 61 artículos en la primera búsqueda. De estos, 37 indexados en Medline, 13 en LILACS, 2 en BDENF (enfermería), 6 en BBO odontología y 1 colección SUS, 1 Subsecretaría de Salud de São Paulo.

Para delimitar el estudio, se establecieron como criterios de inclusión: artículos escritos en portugués,

inglés y español, disponibles de forma completa. Luego de los filtros, se seleccionaron los publicados en los cinco años precedentes, entre 2008 y 2013, y que se aproximaran al objetivo propuesto por la investigación. Se excluyeron los trabajos cuya lectura de resúmenes o texto, ya sea artículos o capítulos de libro, revelara que el tratamiento del tema se distanciaba de la propuesta.

Luego de la aplicación de los criterios de inclusión, quedaron 20 artículos científicos: 8 textos de Medline, 7 de LILACS, 2 de BDENF (enfermería) y 3 de BBO odontología. A partir de allí, se realizó la lectura del material y la sistematización de las producciones por grupos de profesionales de la salud, procurando identificar convergencias y divergencias, quedando la muestra final constituida por 8 artículos, conforme lo muestra la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo de los artículos seleccionados en la revisión integrativa



## Resultados

Luego de aplicar el criterio de exclusión – referido a trabajos completos en uno de los tres idiomas definidos –, se encontraron ocho

artículos a ser analizados y discutidos a continuación (Cuadro 1).

Los estudios seleccionados son artículos de investigación originales. Uno de ellos fue publicado en inglés siete en portugués y ninguno en español.

Con relación al año de publicación, cuatro artículos son de 2008 y dos de 2009 – los demás son de 2010 y 2012. Este hallazgo muestra que, aunque sea un tema actual, aún son incipientes los estudios que debaten de forma multidisciplinaria el papel del profesional en cuanto a la notificación de los casos de violencia.

Luego de la lectura de los artículos seleccionados, fue posible establecer ejes temáticos que retraten las principales discusiones presentadas en los estudios: “legislación brasileña”, “responsabilidad de los profesionales de salud en la notificación de violencia”, y “códigos de ética de los profesionales de salud”.

**Cuadro 1.** Estudios que contemplan el abordaje de los códigos de ética de los profesionales de salud con relación a la denuncia de violencia, publicados entre 2008 y 2012

Título	Participantes	Resultados
<b>La responsabilidad de los profesionales de salud en la notificación de los casos de violencia contra niños y adolescentes de acuerdo con sus códigos de ética</b> <sup>14</sup>	Médicos, cirujanos-dentistas, enfermeros, psicólogos, profesional de educación física, fisioterapeutas y farmacéuticos, nutricionistas	Los códigos de ética que rigen las profesiones del área de la salud, en su mayoría, no contemplan la obligatoriedad de la notificación en casos de violencia. Los profesionales tienen el deber de hacerlo, pudiendo ser penalizados por omisión o negligencia de acuerdo con el Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA)
<b>El profesional de salud y la violencia en la infancia y en la adolescencia</b> <sup>17</sup>	Médicos	Es necesario comunicar a las autoridades competentes siempre que se trate de menores de 14 años y algunos casos de adolescentes. La evidencia de malos tratos constituye justa causa para el rompimiento del secreto profesional. El paciente debe ser informado acerca de la posibilidad de un examen pericial en el Instituto Médico Legal, capaz de realizar una evaluación más criteriosa
<b>Atención a niños y adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar por parte de enfermeros en el servicio de urgencias</b> <sup>18</sup>	Enfermeros	Los enfermeros podían identificar o sospechar de violencia intrafamiliar durante la atención de niños/ adolescentes que habían sido víctimas. No obstante, pocos profesionales realizaron la notificación, incluso siendo una atribución legal y ética
<b>Residentes de pediatría frente a la violencia doméstica contra niños y adolescentes</b> <sup>19</sup>	Médicos	Aborda las percepciones de residentes de pediatría frente a la violencia doméstica contra niños y adolescentes (VDCA). El diagnóstico VDCA fue la atribución más reconocida por los entrevistados. No obstante, la mitad de ellos mencionaron la notificación y pocos lo notificarían como informe médico
<b>Perfil de los casos de violencia notificados en un hospital universitario</b> <sup>20</sup>	Médicos, psicólogos, enfermeros, asistente social, cirujanos-dentistas	La mayor cantidad de casos de notificación fue de niños (46,5%), al tiempo que no constan casos contra ancianos. La ficha de notificación fue usada sólo en el 41,8 % de los casos
<b>Maltrato a niños y adolescentes: un estudio en São Bento Da Una, PE, Brasil</b> <sup>22</sup>	Cirujanos-dentistas, médicos, enfermeros	Al verificar que ocurren malos tratos en la infancia, los profesionales de salud afirmaron tener conocimiento del tema (violencia doméstica). En el grupo general – formado por 20 cirujanos-dentistas, 6 médicos y 22 enfermeras – , 83,3% de los profesionales denunciarían casos de violencia infantil a la justicia y al Consejo Tutelar
<b>Maltrato infantil: percepción y responsabilidad del cirujano- dentista</b> <sup>23</sup>	Cirujanos dentistas	De forma general, los profesionales denunciarían el maltrato (96%): al Consejo Tutelar (63%) y al Juzgado de Infancia y Adolescencia (22%). No obstante, se observa aún la necesidad de informar sobre la responsabilidad ética y legal del cirujano-dentista y su obligación frente a estos casos que involucran niños y adolescentes
<b>Dual loyalty of physicians in the military and in civilian life</b> <sup>24</sup>	Médicos	Evidencia que los médicos deben usar los principios éticos de la salud para lidiar con la violencia o el abuso contra los ancianos

## Discusión

### Legislación brasileña

El fenómeno puede tener lugar en las formas de violencia doméstica, caracterizándose por agresión física, abuso sexual, desatención; además de otras originadas en comunidades; en los conflictos con la policía, especialmente caracterizados por la violencia física, como homicidios; así como de violencia psicológica, relacionada con agresiones verbales y amenazas como tentativa de suicidio<sup>6</sup>.

El Código Penal brasileño, mediante la Ley 2.848/1940<sup>16</sup>, define los malos tratos que se caracterizan como violencia: física, psicológica, sexual y negligencia. El artículo 136 de esta ley explicita una pena por exponer a alguien que esté bajo su autoridad/responsabilidad a un peligro para la vida o a un riesgo para la salud. Tal obligación se extiende a la guarda o vigilancia, con fines de educación, enseñanza, tratamiento o custodia, y puede definirse por la privación de alimentación o cuidados indispensables para la persona, por someterla a trabajo excesivo o inadecuado, o por abusar de medios de corrección o de disciplina: detención de dos meses a un año, o multa<sup>15,16</sup>.

Aunque las contravenciones penales estén presentes en los procesos de punición contra la violencia, existen otras normas creadas con el objetivo de asegurar los derechos fundamentales de la persona, que implican la notificación obligatoria en caso de que tenga lugar. Estas son: Estatuto del Niño y el Adolescente (ECA), Estatuto del Anciano y Ley sobre la notificación obligatoria de la violencia contra la mujer<sup>8-11</sup>.

Tendiendo a proteger al niño y al adolescente, se creó el ECA, amparado por la Ley 8.069/1990. De acuerdo con el artículo 245, el profesional de salud no debe omitir a las autoridades los casos de involucramiento, sospecha o confirmación de niños o adolescentes víctimas de violencia. En caso contrario, será penalizado con multa<sup>8,9</sup>.

La Ley 10.778/2003<sup>11</sup> define la obligación de los servicios de salud públicos o privados de notificar los casos sospechosos o confirmados de violencia contra la mujer. La ley dice que todas las personas y entidades, tanto físicas como privadas, deben comunicar esos casos, incluyéndose a los profesionales de salud de forma general. La penalización para quien incumpla la norma se explicita en el artículo 5, que afirma que la falta de observancia de las obligaciones que constan en la ley constituye una infracción a la legislación referida

a la salud pública, sin perjuicio de las sanciones penales correspondientes<sup>11</sup>.

En este contexto, en el proceso de garantizar los derechos de las poblaciones víctimas de violencia, se incluye la figura del anciano, que también se ve muy afectada. Para protegerlo, se instituyeron los derechos de la población anciana por medio del Estatuto del Anciano, que entró en vigencia con la Ley 10.741/2003<sup>10</sup>. Los artículos 19 y 57 de este estatuto advierten claramente la responsabilidad que los profesionales de salud e instituciones tienen de comunicar casos de abuso o violencia contra esta población<sup>10</sup>.

De modo general, todas las personas tienen el deber de notificar a las autoridades cuando tiene lugar algún caso de este tipo, pero los profesionales de salud que interactúan con poblaciones vulnerables tienen mayor cuota de responsabilidad, dado que pueden activar mecanismos de protección<sup>17</sup>.

### Responsabilidad de los profesionales de salud en el proceso de notificación

La notificación es una parte integrante y fundamental de la atención a la víctima de violencia. Y, para que sea adecuada, es necesario que este profesional sea apto para identificar un caso sospechoso o confirmado y notificarlo<sup>18,19</sup>.

La comunicación consiste en el acto de informar a los organismos competentes la ocurrencia o sospecha de hecho, haciendo viable la utilización de las informaciones en la planificación de las acciones y políticas públicas, con el objetivo de reducir la prevalencia e incidencia de la violencia en base a la realidad<sup>19</sup>. El monitoreo de la notificación debe ser continuo, y las acciones deben ser evaluadas periódicamente, por medio de una metodología debatida *a priori* y establecida por la institución, procurando orientar nuevas acciones<sup>20</sup>. Se evidencia, por lo tanto, la importancia de este instrumento para dimensionar la magnitud de los casos de violencia y, consecuentemente, estimar la necesidad de inversiones en núcleos de vigilancia en salud y en servicios de asistencia, así como el desarrollo y perfeccionamiento de las redes de protección<sup>15</sup>.

En este sentido, cabe destacar que la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia proclama: *la promoción del registro continuo estandarizado y adecuado de las informaciones, de modo tal de posibilitar estudios y la elaboración de estrategias de intervención acerca de los accidentes y las violencias relacionados con los diferentes segmentos poblacionales, según la*

naturaleza y el tipo de lesiones y de causas, a partir de los cuales se viabilizará la retroalimentación del sistema, contribuyendo, así, a la mejora de la atención brindada a estos segmentos<sup>21</sup>. Por lo tanto, se constata que existen en el país mecanismos abocados a identificar los casos de violencia y a estrategias de intervención, diseñadas para disminuir o suprimir la vulnerabilidad de las víctimas.

Cabe destacar que el profesional de salud tiene el deber de comunicar los casos de violencia de los que tuviera conocimiento, pudiendo responder por omisión<sup>22,23</sup>. A pesar de que los códigos de ética de los profesionales de salud no mencionaran la palabra “violencia” en sus artículos, dejan claro el deber de los profesionales de velar por la salud y la dignidad de los pacientes contra cualquier tipo de negligencia<sup>14</sup>. Si consideramos la violencia como una cuestión de salud pública, se percibe que redobla la importancia del papel de los profesionales de salud en la notificación y producción de informaciones útiles para combatir el problema<sup>20</sup>.

La principal dificultad señalada por los profesionales es el no reconocimiento de situaciones de violencia vivenciadas por los usuarios, lo que impediría la comunicación. Tal hecho es muy común, sobre todo en los casos en los que la violencia tiene lugar de forma velada, sin señales físicas visibles. Además, se debe considerar el miedo del profesional a sufrir represalias por parte del agresor, lo que también colabora en aumentar el índice de subnotificaciones<sup>24,25</sup>.

### Códigos de ética de los profesionales de salud

El código de ética es entendido como un conjunto de normas y reglas a ser seguidas en el ejercicio de la profesión<sup>14</sup>. En esta investigación se analizaron los códigos de ética de medicina, enfermería, odontología, servicio social, psicología, fisioterapia y nutrición, con el objetivo de verificar cómo se aborda la cuestión. Nótese que ninguno de estos códigos presenta el término “violencia” de forma explícita. No obstante, algunos artículos hacen referencia a la denuncia y al deber de los profesionales de preservar la integridad humana.

El artículo 25 del Código de Ética Médica (CEM), publicado por el Consejo Federal de Medicina (CFM), por medio de la resolución 1.931/2009<sup>25</sup>, veda al médico abstenerse de denunciar la práctica de tortura o de procedimientos degradantes, inhumanos, practicarlas, ser connivente con quien las realice, o proveer medios, instrumentos o conocimiento que las faciliten. En este sentido, el artículo establece la

responsabilidad del médico de denunciar casos de violencia, mediante una notificación destinada a proteger al paciente<sup>25</sup>.

La Resolución del Consejo Federal de Enfermería (COFEN) 311/2007 instituye el Código de Ética de Enfermería, cuyo artículo 23 reitera que es deber del profesional *derivar a la persona, la familia y a la colectividad a los servicios de defensa del ciudadano*<sup>26</sup>, y en el artículo 34 le prohíbe *provocar, cooperar, ser connivente u omiso con cualquier forma de violencia*, siendo considerada una infracción ética. Las penas en caso de infracciones varían desde una simple advertencia al cese del derecho a ejercer la profesión<sup>26</sup>.

El Código de Ética Odontológica, aprobado por el Consejo Federal de Odontología (CFO) por medio de la Resolución CFO 118/2012, define en el artículo 9°, incisos VII a IX, que es deber fundamental de los profesionales *velar por la salud y por la dignidad del paciente; resguardar el secreto profesional; promover la salud colectiva en el desempeño de sus funciones, cargos y ciudadanía, independientemente de ejercer la profesión en el sector público o privado*<sup>27</sup> – son presupuestos que podrían ser interpretados como indirectamente ligados a la cuestión de la violencia. A pesar de no especificar ninguna medida relativa al tema, el artículo 11 advierte que constituye una infracción ética irrespetar o permitir que el paciente sea irrespetado, y el párrafo único del art. 14, constante en el capítulo VI – “Del secreto profesional” – exige notificación obligatoria de enfermedad, así como la colaboración con la justicia en los casos previstos en la ley<sup>14</sup>.

De acuerdo con el artículo 13° del Código de Ética del/la Asistente Social, definido por la Resolución del Consejo Federal de Servicio Social (CFESS) 273/1993<sup>28</sup>, es deber de este profesional denunciar casos de violación de los principios de los derechos humanos, referidos a maltrato, cualquier forma de agresión o falta de respeto a la integridad física, social y mental del ciudadano, abuso de autoridad individual e institucional. Se puede observar que el asistente social tiene autonomía para identificar y el deber de denunciar los casos de maltrato, sospecha o confirmación de violencia, corroborando los deberes de ciudadano y respetando el código de ética y la legislación brasileña.

El Código de Ética Profesional del Psicólogo, en el artículo 2°, inciso a, determina que está vedado al psicólogo, *practicar o ser connivente con cualquier acto que caracterice negligencia, discriminación, explotación, violencia, crueldad u opresión*<sup>29</sup>. Es posible percibir en este artículo que la obligatoriedad de

comunicar en estos casos no está explicitada, sin embargo, el código destaca la obligación y el deber del profesional de no ser connivente con la práctica.

La Resolución del Consejo Federal de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional (COFFITO) 424/2013 establece el Código de Ética y Deontología de la Fisioterapia, el cual deja claro en el artículo 7° que *el fisioterapeuta debe comunicar a la jefatura inmediata de la institución en la que trabaja o a la autoridad competente, cualquier hecho del que tenga conocimiento que sea tipificado como delito, contravención o infracción ética*<sup>30</sup>. Consta, por lo tanto, en el texto la responsabilidad de denunciar, lo que demuestra un avance en términos de actualización, en lo tocante al interés de alertar al profesional sobre su conducta. No obstante, aún son necesarias orientaciones más precisas en los casos de notificación de violencia, para que el profesional se sienta apoyado por el respectivo código de ética.

También el Consejo Federal de Nutricionistas (CFN), por medio de la Resolución CFN 334/2004, define en el artículo 5°, inciso VII del Código de Ética del Nutricionista, que es deber de este profesional *denunciar a las autoridades competentes, incluso al Consejo Regional de Nutricionistas, actos de los que tenga conocimiento y que sean perjudiciales para la salud y la vida*<sup>31</sup>. Se percibe en el código que el profesional tiene la responsabilidad de denunciar actos que pongan en riesgo la vida del usuario, pero el texto no cita explícitamente la notificación.

La Resolución del Consejo Federal de Farmacia (CFF) 596/2014, que instituye el Código de Ética de la Profesión Farmacéutica, advierte en su artículo 12, inciso VII, que el farmacéutico debe *respetar la vida, jamás cooperando con actos que intencionalmente atenten contra ella o que pongan en riesgo la integridad del ser humano o de la colectividad*<sup>32</sup>; el artículo 14, inciso IV, le prohíbe *practicar cualquier acto (...) que cause daño material, físico, moral o psicológico, que pueda ser caracterizado como impericia, negligencia o imprudencia*<sup>32</sup>. Nótese, en este caso, que no hay información sobre la responsabilidad de denunciar y notificar los casos de violencia.

## Referências

1. Koerich MS, Machado RR, Costa E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2005 [acesso 2 jun 2014];14(1):106-10. Disponível: <https://bit.ly/2w7r7PM>
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health* [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [acesso 2 jun 2014]. Disponível: <https://bit.ly/2vMKIPB>
3. Sousa SPO, Néto OBS. Vigilância de violências e acidentes. *Observatório Epidemiológico* [Internet]. 2010 [acesso 2 jun 2014];13(29):1-6. Disponível: <https://bit.ly/2gZiSja>
4. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [acesso 2 jun 2014];11(Suppl):1163-78. Disponível: <https://bit.ly/2wc13Dc>

## Consideraciones finales

Con el análisis de los códigos de ética, se puede percibir que ninguno de los códigos hace explícita la obligatoriedad de la notificación, sólo citan la responsabilidad de promover y velar por la vida, la salud y la integridad de los pacientes. La mayoría de estos dispone sobre la necesidad de denunciar estos casos a los respectivos consejos, autoridades y órganos competentes, pero no hay un énfasis en el proceso de notificación. Además, estos códigos de ética no abordan el tema de forma clara.

Se hace necesario entonces revisar cada uno de los códigos deontológicos del área de la salud, para contemplar específicamente la cuestión de la violencia, considerando principalmente los dispositivos legales que definen violencia contra las mujeres, niños y ancianos. Es fundamental reflexionar sobre la necesidad de que los códigos de cada área exijan la notificación de los profesionales para que se sientan amparados y dispuestos a atender a los dictámenes legales con relación a este proceso, atendiendo a la exigencia de las normas de su propia profesión.

También se concluye que existe la necesidad de que los profesionales de salud conozcan y utilicen la legislación brasileña – Código Penal, ECA, Estatuto del Anciano, así como la ley sobre la notificación obligatoria de la violencia contra la mujer – para que puedan comunicar adecuadamente los casos que hayan identificado.

Además, es necesario que estén capacitados para brindar atención a la víctima y a su familia, para orientar, acompañar, diagnosticar precozmente y efectuar los registros de manera efectiva. Así, la víctima puede ser derivada a las comisarías y a los servicios de protección, asegurando su integridad física y sus derechos, y el profesional estará no sólo cumpliendo sus responsabilidades, sino que también contribuirá con el despertar de las nociones de ciudadanía e igualdad de derechos en nuestra sociedad.

5. Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica [Internet]. *Interface Comun Saúde Educ*. 2007 [acesso 2 jun 2014];11(21):93-103. Disponível: <https://bit.ly/2MkkeWr>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violências [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília; nº 96, 18 maio 2001 [acesso 2 jun 2014]. Seção 1e. Disponível: <https://bit.ly/2MjJQT3>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília; p. 37, 26 jan 2011 [acesso 2 jun 2014]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2M9QhqV>
8. Ricas J, Donoso MTV, Gresta MLM. A violência na infância como uma questão cultural. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2006 [acesso 2 jun 2014];15(1):151-4. Disponível: <https://bit.ly/2wfwse2>
9. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília; 16 jul 1990 [acesso 2 jun 2014]. Disponível: <https://bit.ly/1B1xyOF>
10. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília; 3 out 2003 [acesso 2 jun 2014]. Disponível: <https://bit.ly/1eNxxn3>
11. Brasil. Presidência da República. Lei nº 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 [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília; 25 nov 2003 [acesso 4 jun 2014]. Disponível: <https://bit.ly/2K15HK4>
12. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica [Internet]. *Rev Saúde Pública*. 2007 [acesso 2 jun 2014];41(3):472-7. Disponível: <https://bit.ly/2vTOX2b>
13. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde [Internet]. *Cad Saúde Pública*. 2002 [acesso 2 jun 2014];18(1):315-9. Disponível: <https://bit.ly/2vSpDJQ>
14. Almeida AHV, Silva MLCA, Musse JO, Marques JAM. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética [Internet]. *Arq Odontol*. 2012 [acesso 2 jun 2014];48(2):109-15. Disponível: <https://bit.ly/2Pi1pRe>
15. Deslandes S, Mendes CHF, Lima JS, Campos DD. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes [Internet]. *Cad Saúde Pública*. 2011 [acesso 2 jun 2014];27(8):1633-45. Disponível: <https://bit.ly/20OKLg7>
16. Brasil. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. *Diário Oficial da União*. Rio de Janeiro; 31 dez 1940 [acesso 2 jun 2014]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/1Hvh4Vo>
17. Magalhães MLC, Reis JTL, Furtado FM, Moreira AMP, Cardoso Filho FNF, Carneiro PSM *et al*. O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência Femina [Internet]. 2009 [acesso 2 jun 2014];37(10):547-51. Disponível: <https://bit.ly/2Pjjz5>
18. Thomazine AM, Oliveira BRG, Vieira CS. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. *Rev Eletrônica Enferm*. [Internet] 2009 [acesso 2 jun 2014];11(4):830-40. Disponível: <https://bit.ly/2PgLvqt>
19. Bourroul MLM, Rea MF, Botazzo C. Residentes de pediatria diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2008 [acesso 2 jun 2014];12(27):737-48. Disponível: <https://bit.ly/2OGIUGn>
20. Silva AN, Gomes ET, Melo RLAS, Siqueira RM, Fonteles LS. Perfil dos casos de violência notificados em hospital universitário. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2010 [acesso 12 jun 2014];4(3):1457-63. Disponível: <https://bit.ly/2th4BTh>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Op. cit. 2001. p. 15-6.
22. Granville-Garcia AF, Silva MJF, Menezes VA. Maus-tratos a crianças e adolescentes: um estudo em São Bento do Una, PE, Brasil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr* [Internet]. 2008 [acesso 2 jun 2014];8(3):301-7. Disponível: <https://bit.ly/2vT6YxL>
23. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Silva PFRM. Maus-tratos infantis: percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. *Rev Odonto Ciênc* [Internet]. 2008 [acesso 2 jun 2014];23(1):35-9. Disponível: <https://bit.ly/2MW5o4v>
24. Benatar SR, Upshur REG. Dual loyalty of physicians in the military and in civilian life. *Am J Public Health* [Internet]. 2008 [acesso 2 jun 2014];98(12):2161-7. Disponível: <https://bit.ly/2MwAF0G>
25. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília; 13 out 2009 [acesso 11 jul 2014]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2gyRqtD>
26. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 311, de 9 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília; 13 fev 2007 [acesso 20 jun 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2t9BoKI>

27. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o código de ética odontológica aprovado pela Resolução CFO nº 42/2003 e aprova outro em substituição [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; nº 114, p. 118, 14 jun 2012 [acesso 13 jul 2014]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2M5I0AR>
28. Conselho Federal de Serviço Social. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993. Institui o código de ética profissional dos assistentes sociais e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 30 mar 1993 [acesso 14 jul 2014]. Disponível: <https://bit.ly/2yomtBv>
29. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 10, de 21 de julho de 2005. Aprova o código de ética profissional do psicólogo [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 29 jul 2005 [acesso 14 jul 2014]. Disponível: <https://bit.ly/2tafGGc>
30. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução Coffito nº 424, de 8 de julho de 2013. Estabelece o código de ética e deontologia da fisioterapia [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; nº 147, 1º ago 2013 [acesso 30 jul 2014]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2lhkHsc>
31. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 334, de 10 de maio de 2004. Dispõe sobre o código de ética do nutricionista e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 11 maio 2004 [acesso 3 jun 2014]. Disponível: <https://bit.ly/2tjLS9r>
32. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 596, de 21 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre o código de ética farmacêutica, o código de processo ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 25 mar 2014 [acesso 3 jun 2014]. Disponível: <https://bit.ly/1o0TXts>

#### Participación de los autores

Bruno Gonçalves de Oliveira e Ivna Vidal Freire participaron de la planificación del estudio, análisis e interpretación de los datos y revisión crítica del contenido intelectual. Carla Santana Assis y Edite Lago da Silva Sena contribuyeron con la revisión crítica del contenido intelectual. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery y Sergio Donha Yarid orientaron todas las etapas del estudio y colaboraron en la redacción final.

Recebido: 11.3.2016

Revisado: 2.2.2018

Aprovado: 6.3.2018

