

Nota técnica de orientação profissional em casos de violência contra a mulher: casos para a quebra do sigilo profissional

Segundo a OMS (2013), 35% das mulheres no mundo já foram vítimas de violência física e/ou sexual. Em alguns países esse número pode chegar a 70%. Isto implica em dizer que três em cada cinco mulheres foram ou serão vítimas de violência. A violência contra as mulheres é “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como privado” (Convenção de Belém do Pará, 1994, artigo 1º). O tema, que possui dimensões assustadoras e traz impactos importantes para a sociedade, ganhou visibilidade a partir da década de 90, sendo considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma questão de saúde pública (OMS, 2005).

No Brasil, a realidade não é diferente. De acordo com o Mapa da Violência (2015), pesquisa realizada pela FLACSO/BR, o Brasil passou da 7ª colocação (2012) nas taxas de feminicídios em uma amostra de 84 países, para a 5ª colocação, em uma amostra de 83 países. O Mapa da Violência também mostrou que, dos 4.762 casos de feminicídio cometidos em 2013, 50,3% foram cometidos por familiares, sendo que a maioria (33,2%) foi realizada por parceiros ou ex-parceiros.

Levando em consideração estes dados alarmantes, os quais apontam para a situação epidêmica de violência contra as mulheres em nosso país, bem como contribuições anteriores sobre esta temática (CREPOP, 2013), o CFP vem reiterar seu compromisso com a construção de uma sociedade brasileira que seja marcada por maior equidade e menor violência para as mulheres. Sendo assim, essa nota técnica tem como objetivo pautar orientações à categoria profissional dos psicólogos em relação a este conteúdo.

Primeiramente, faz-se mister sublinhar **que é OBRIGATÓRIA a notificação de todos os casos de violência contra a mulher atendidos pelos profissionais de saúde, psicólogos e outros, em território nacional, segundo a Lei Federal nº 10.778 de 24 de novembro 2003, tanto em serviços de saúde públicos quanto privados.**

Dessa forma, é necessário esclarecer o que significa a notificação compulsória. Essa definição se faz crucial por conta da constante imprecisão conceitual que existe

entre a notificação compulsória e a comunicação externa. É fundamental destacar suas claras diferenças.

A notificação tem fins epidemiológicos e segue um processo interno dentro da Saúde Pública, servindo para a construção de perfis pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN, os quais serão utilizados na construção de políticas públicas mais eficazes. Ou seja, é necessário conhecer minuciosamente como ocorre, a incidência e o perfil da vítima de violência para construir intervenções específicas que atendam à demanda do fenômeno. Ao não notificar, o psicólogo torna-se omissivo frente a uma demanda de grande magnitude em nosso país, qual seja a da participação na construção de uma sociedade pautada em menor violência contra as mulheres.

A **ficha de notificação** está disponível em todos os serviços de saúde pública e, no caso de atendimento particular, pode ser baixado do site do Ministério da Saúde (<http://portalsinan.saude.gov.br/>) e ser entregue encaminhada para a vigilância epidemiológica de seu município (buscar no google). Devem ser notificadas **todas** as violências cometidas contra as mulheres: psicológica, física, sexual, moral e patrimonial (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). O CFP produziu vídeos, os quais podem ser facilmente acessados (<https://www.youtube.com/watch?v=084Z58rI8rE> e https://www.youtube.com/watch?v=6r3_uaUh59Q&feature=youtu.be) no intuito de auxiliar as psicólogas e os psicólogos no (re)conhecimento destes tipos de violência.

A comunicação externa se constitui como denúncia e, diferentemente da notificação, que segue um procedimento interno, é enviada para o exterior dos serviços de saúde e aciona a Polícia, a Justiça e o Ministério Público. **A comunicação externa pode ocorrer com o consentimento ou sem o consentimento da mulher vítima de violência.** Com o consentimento é quando a mulher está impossibilitada de fazer a denúncia e assina um termo de autorização para que o psicólogo faça a comunicação. **A comunicação externa sem o consentimento da paciente configura uma quebra de sigilo profissional.** Estes casos são os que mais preocupam os profissionais de psicologia, todavia, eles configuram uma exceção, mas nem por isso devem ser esquecidos como possibilidade importante no caso de atendimento a qualquer mulher em situação de violência.

A comunicação externa deve ser feita em situações em que a vida da mulher corra sério risco ou ainda a de seus filhos ou de pessoas próximas. Nos demais casos, o psicólogo deve trabalhar com a mulher, fortalecendo o seu protagonismo e

oferecendo ferramentas para que ela tome decisões (CREPOP, 2013). O papel do psicólogo deve se concentrar, assim, no acolhimento, orientação e fortalecimento da autonomia dessas mulheres e, somente em situações de extrema vulnerabilidade e risco de vida, fazer a comunicação externa. Semelhantemente aos casos de tentativa e ideação suicida, o objetivo maior é a preservação da vida da paciente/cliente.

Na rede pública, a Comunicação externa pode ser realizada pelo órgão superior da Instituição na qual o psicólogo trabalha (hospital, CAPS, etc), tendo em vista a proteção do profissional. Caso o serviço seja facilmente identificável, a Comunicação poderá ser realizada pela Instituição superior ou de referência (por exemplo, se o psicólogo trabalha em um posto de saúde de um bairro ou município ou no Saúde da Família, a comunicação poderá ser realizada pelo Hospital de referência).

A comunicação externa deve ser encaminhada para os órgãos da rede de proteção à mulher, como a Delegacia de Polícia, Ministério Público ou Poder Judiciário. Caso a vítima seja criança ou adolescente, também pode ser encaminhada ao Conselho Tutelar. Caso eventualmente algum órgão da rede se recuse a receber a comunicação externa, o fato deve ser comunicado ao Ministério Público Estadual (Constituição Federal, art. 129, inciso VII e Lei n. 11.340/2006, art. 26, inciso II). Caso o Ministério Público se recuse a receber a comunicação, o fato poderá ser levado ao conhecimento da Corregedoria deste órgão.

O ideal é que o profissional se articule com os órgãos do sistema de justiça para que sua identificação não seja juntada ao procedimento, mas arquivada em pasta sigilosa, de forma a não expô-lo desnecessariamente a eventuais retaliações por parte do suposto agressor. Esta boa prática de fomento à comunicação externa mediante a proteção do profissional comunicante tem sido realizada em diversos Estados do Brasil, sendo conveniente uma articulação dos CRP's para sua expansão.

Um aspecto relevante da atuação dos profissionais de psicologia é a sua articulação com a rede de proteção de direitos das pacientes, bem como o fomento do fortalecimento desta rede. Esta rede transcende o sistema policial ou de justiça, abrangendo áreas como saúde, educação, assistência social, trabalho e renda, instituições universitárias, sociedade civil organizada, e outros órgãos específicos de atenção aos direitos das mulheres.

O Código de Ética do Profissional Psicólogo, instituído pela Resolução CFP nº 10/2005, em seu art.10, já contempla situações de quebra de sigilo. Esta previsão já é usualmente realizada em casos de ideação suicida da paciente. Todavia, esta normativa

de quebra de sigilo profissional é genérica e carece de uma especificação para o contexto específico de violência doméstica contra a mulher. Levando em consideração a necessidade de responder a um problema de saúde pública de tal magnitude, relacionado ao número alarmante de feminicídio em nosso país, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios realizou, durante um ano, encontros com representantes dos Conselhos Federais da área de saúde (Psicologia, Medicina, Serviço Social e Enfermagem) no intuito de construir uma **minuta de resolução em comum que regesse a questão da quebra de sigilo, por parte desses profissionais, em certos casos de violência contra a mulher.**

A minuta de resolução visa explicitar, portanto, a possibilidade de quebra de sigilo profissional já prevista no Código de Ética, de forma a amparar o profissional da Psicologia que porventura trabalhe ou venha a trabalhar em situações limite de violência contra a mulher (independentemente se no âmbito da saúde pública ou em consultório particular). **Não se trata de incorporar uma lógica policial ou repressiva na atuação profissional do psicólogo, mas de reafirmar o compromisso social e ético da categoria na erradicação dos feminicídios no Brasil.** No momento, a minuta está tramitando pelos Conselhos Regionais de Psicologia por todo o país.

Diante dos fatos apresentados, o CFP se posiciona como favorável aos pontos desta minuta, a saber: em casos de sério risco de feminicídio, o profissional psicólogo deve quebrar o sigilo profissional e realizar a comunicação externa, bem como acessar os serviços disponíveis na rede para dar suporte a esta mulher, tendo como propósito maior preservar e proteger sua vida. Os fatores indicativos de risco de feminicídio são:

I – gravidade concreta da violência noticiada (exemplo: facada, paulada, tiro, tentativa de enforcamento ou afogamento, etc.); ou

II – violência física grave e crônica associada a uma passividade ou dificuldade da mulher em romper a situação de violência; ou

III – presença de fatores de risco de violência grave ou letal, tais como: a) aumento da frequência ou intensidade da violência em período curto de tempo; b) transtornos mentais graves na mulher; c) indicativos de transtornos mentais no agressor, com sintomas maníacos ou psicóticos, ideação suicida, alcoolismo ou dependência de drogas, transtorno de personalidade marcado por problemas com o controle da raiva, impulsividade e instabilidade; d) acesso a arma de fogo pelo agressor; e) histórico de

violências graves anteriores pelo agressor contra a mulher, seus filhos, outras pessoas ou animais; f) dependência econômica ou emocional da mulher em relação ao agressor; g) gravidez ou lactância da mulher nos últimos 18 meses; h) mulher isolada de rede social; i) separação ou tentativa de separação recente da mulher em relação ao agressor; j) conflitos relacionados à guarda de filhos, pensão ou partilha de bens; l) comportamento controlador, perseguidor, ciumento ou obsessivo do agressor; m) agressor possui instabilidade profissional ou está desempregado; n) ameaças de morte à mulher; o) mulher com grave receio de agressões futuras.

Nas demais situações de violência contra a mulher, deve-se manter o sigilo profissional, realizando-se tão somente a notificação compulsória, de caráter interno ao sistema de saúde e obrigatória em todo o país.

Em 29 de novembro de 2016.

Referências

Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. (1994). Recuperado de

<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>.

Crepop (2013). Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em Programas de Atenção à Mulher em Situação de Violência. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Organização Mundial da Saúde. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses*. Recuperado de

http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*. Recuperado de

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>

Waiselfisz, J. J. (2015). Homicídios de mulheres no Brasil. Brasília: DF. Recuperado de http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf