ISSN: 2675-7222

SAS
South American Sciences

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E O CIRURGIÃO-DENTISTA: O DEVER LEGAL E ÉTICO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE LESÕES OROFACIAIS SUSPEITAS

DOMESTIC VIOLENCE AND THE DENTAL SURGEON: THE LEGAL AND ETHICAL DUTY OF COMPULSORY NOTIFICATION OF SUSPICIOUS OROFACIAL INJURIES

https://doi.org/10.63330/sasciencesv6n2-279

Submetido em: 28/10/2026 e Publicado em: 04/11/2026

SAS: e26507

Carla Thaís dos Santos Guilhardi
Graduanda em Odontologia
Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB)

Mônica Afonso
Prof. Msc
Mestre
Centro Universitário Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB)

Resumo

O presente trabalho de conclusão de curso aborda questões de ordem teórica e prática, no cotidiano do cirurgião-dentista, ao se deparar com o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher. Irá se debruçar sobre situações em que deverá analisar se o dever ético de uma conduta comissiva deverá se sobrepor ao sigilo profissional, refletindo sobre questões relacionadas à ética profissional e a necessidade de realização de notificação compulsória de lesões orofaciais suspeitas. O objetivo geral se pautará em analisar a responsabilidade do profissional na identificação dos casos e na conduta recomendada pela legislação brasileira. A metodologia se fará por meio de revisão bibliográfica qualitativa, de marcos legais e literatura científica. Ao final, se buscará demonstrar o quanto a capacitação técnica e o conhecimento do regramento ético serão essenciais para que o profissional, observando a função social da atividade exercida, atue em observância à ética profissional e, principalmente em respeito à dignidade das pacientes por ele atendidas.

Palavras-chave: Ética odontológica; Lesões Orofaciais; Notificação compulsória; Violência doméstica.

Abstract

This undergraduate thesis addresses theoretical and practical issues in the daily routine of the dental surgeon when confronted with domestic and family violence against women. It will examine situations in which the professional must assess whether the ethical duty of an affirmative course of action should prevail over

professional confidentiality, reflecting on issues related to professional ethics and the need for compulsory notification of suspicious orofacial injuries. The general objective will be to analyze the professional's responsibility in identifying cases and in the conduct recommended by Brazilian legislation. The methodology will consist of a qualitative bibliographic review of legal frameworks and scientific literature. Finally, it will seek to demonstrate how essential technical training and knowledge of ethical regulations will be for the professional, observing the social function of the activity performed, to act in compliance with professional ethics and, above all, with respect for the dignity of the patients under their care.

Keywords: Compulsory notification; Dental ethics; Domestic violence; Orofacial injuries.

1 INTRODUÇÃO

Conforme dados e análises do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023), a persistência da violência contra a mulher no contexto doméstico e familiar representa um dos maiores obstáculos à consolidação dos direitos fundamentais no país. Esse fenômeno, manifestado de forma endêmica, exige respostas estatais constantes, uma vez que a manutenção de elevados patamares de agressões físicas e feminicídios reforça a necessidade de se avaliar a eficácia das estratégias de repressão atuais.

Em 2006, após grande discussão, foi publicada no Estado brasileiro, a Lei Federal nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, tendo por finalidade a criação de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher..

A sua edição decorreu de mandamento constitucional expresso, valendo transcrever o artigo 226, §8º, da Constituição da República, que impõe ao Estado o dever de assegurar a "*assistência à família, na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência, no âmbito de suas relações*". Portanto, coibir e erradicar a violência doméstica reveste-se de uma política pública, de caráter constitucional, ou seja, expressa no Texto Constitucional, a demonstrar a relevância do tratamento conferido à matéria.

A necessidade de se criar uma legislação que coíba a violência doméstica e familiar contra a mulher, prevista tanto na Constituição como nos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, é reforçada pelos dados que comprovam sua ocorrência no cotidiano da mulher brasileira (Brasil, 2004).

Sob essa perspectiva, destaca-se que, em 2001, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA — órgão responsável por receber e analisar denúncias de violações aos direitos previstos na Convenção Americana sobre Direitos Humanos e na Convenção de Belém do Pará —, ao examinar uma denúncia apresentada pelo Centro pela Justiça e o Direito Internacional (CEJIL) e pelo Comitê Latino-

Americano de Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), publicou o Relatório nº 54. Nesse documento, foram estabelecidas recomendações ao Estado brasileiro no âmbito do caso Maria da Penha Maia Fernandes (Brasil, 2004).

O caso de Maria da Penha Maia Fernandes refere-se à história de uma mulher brasileira que, em 1983, sofreu duas tentativas de feminicídio por parte do então marido, ficando paraplégica em decorrência das agressões. Apesar da gravidade dos fatos, o processo judicial no Brasil se arrastou por anos sem punição efetiva do agressor, o que levou à denúncia do caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA. Em 2001, o órgão responsabilizou o Estado brasileiro por negligência e omissão na proteção às mulheres vítimas de violência doméstica, recomendando mudanças legislativas. Como resultado, foi promulgada, em 2006, a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, que fortaleceu os mecanismos de prevenção e punição da violência doméstica no país (Brasil, 2006; Organização dos Estados Americanos, 2001).

No contexto da violência doméstica, não raras as vezes, as mulheres sofrem violência física sendo reiteradamente agredidas na região da face, da cabeça e pescoço, sendo esta uma das formas, inclusive, de afetar a autoestima, com prejuízos à estética do sorriso, à dignidade e à própria vida da companheira.

Considerando as ocorrências existentes, inclusive com agressões físicas na região da cabeça e pescoço, os cirurgiões-dentistas são chamados a intervir se deparando com atendimentos de pacientes agredidas.

O papel dos profissionais da odontologia é essencial na identificação e no apoio às vítimas de violência, uma vez que as lesões na região da cabeça e do pescoço, incluindo as lesões dentárias, frequentemente são características evidentes de agressões contra mulheres. Infelizmente, muitas vítimas se sentem coagidas, têm medo ou sentem vergonha de denunciar, apesar da existência de leis em nosso país que visam protegê-las e punir os agressores de forma adequada. Os cirurgiões-dentistas têm a responsabilidade de zelar pelo bem-estar social de todos os indivíduos, e é de suma importância que estejam capacitados para reconhecer e abordar essas situações de forma ética e moral, especialmente nos casos que exigem notificação compulsória (Parish *et al*., 2018 *apud* Correia *et al*., 2024, p. 5).

É nesse conjunto de responsabilidades, condutas éticas e deveres morais, de relevante impacto social, que o presente estudo se insere, propondo discutir os aspectos legais e éticos que devem ser observados pelo cirurgião-dentista diante de situações que possam indicar a ocorrência de violência doméstica e familiar contra a mulher.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consiste em revisão bibliográfica de natureza qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, associada à análise documental do ordenamento jurídico e deontológico aplicável à matéria.

A pesquisa bibliográfica foi realizada no período de abril a outubro de 2026, mediante consulta às bases SciELO, Redalyc e Google Acadêmico, a periódicos científicos da área odontológica e a repositórios institucionais de universidades brasileiras. Foram empregados, de forma isolada e combinada, os descritores "violência doméstica", "violência contra a mulher", "lesões orofaciais", "notificação compulsória", "ética odontológica" e "cirurgião-dentista".

Adotaram-se como critérios de inclusão os trabalhos publicados em língua portuguesa, disponíveis em texto completo e que abordassem a identificação de lesões orofaciais decorrentes de violência, a conduta do cirurgião-dentista diante de casos suspeitos ou o dever de notificação compulsória. Foram excluídos os estudos que não guardavam pertinência com a atuação odontológica ou que tratavam da violência sem relação com o contexto doméstico e familiar.

A análise documental, por sua vez, compreendeu a Constituição da República, a legislação federal pertinente — notadamente a Lei nº 11.340/2006, a Lei nº 10.778/2003 e suas alterações, o Código Penal, o Código Civil e a Lei das Contravenções Penais —, as portarias do Ministério da Saúde que disciplinam a notificação compulsória e o Código de Ética Odontológica, obtidos nos sítios oficiais dos respectivos órgãos.

O material selecionado foi submetido a leitura analítica e interpretativa, e os achados foram organizados em três eixos temáticos, correspondentes às seções subsequentes: a caracterização da violência doméstica e de suas manifestações orofaciais; o regime jurídico e deontológico da notificação compulsória; e as condutas práticas e os dilemas enfrentados pelo cirurgião-dentista na abordagem clínica.

3 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E AS LESÕES OROFACIAIS NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA

3.1 PANORAMA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA – UM GRAVE PROBLEMA SOCIAL

A Organização Mundial da Saúde define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, outra pessoa, grupo ou comunidade, do qual resulte ou possa resultar lesão, morte, dano psicológico, preuízo ao desenvolvimento ou privação. (Organização Mundial da Saúde, 2002, p. 5).

Trata-se de definição ampla, que não se registringe ao resultado lesivo efetivamente consumado, situação que interessa ao presente trabalho, entretanto a definição engloba multiplas manifestações de violência, incluindo aquelas praticadas no âmbito de violência doméstica e familiar contra a mulher.

Nesse sentido, ao que interesse ao presente artigo, a expressão violência contra a mulher designa, nesse quadro, qualquer ato dirigido ao gênero faminino que possa causar morte, danos ou sofrimentos fisicos, sexuais ou psicológicos, em qualquer esfera da vida social (Beiriz et al., 2019).

O reconhecimento da violência doméstica como problema de saúde pública hoje é tratada pea Organização Mundial da Saúde como agravo de proporçãio epidêmica, com estimativa de que uma em cada

três mulheres, ou seja, mais de 35% (trinta e cinco por cento) por cento da popução feminina mundial tenha sogfrido violência física e/ou sexual ao longo da vida (Batista et al., 2021).

Trata-se, portanto, de um fenômeno estrutural, não consistindo desvio individual isolado, mas manifestação de desigualdade de poder fundada em lógica machista, associada a fatores sociais, culturais e biológicos que sustentam a cultura de submissão feminina, sendo a dependência emocional e econômica o elemento que perpetua o ciclo de submissão e controle (Carvalho et al., 2026). Essa é uma situação que explica a razão pela qual muitas vítimas aceitam a violência, deixam de denunciar ou desistem de processo iniciado (Batista et al., 2021), embora haja expressa previsão em sentido de impossibilitar a desistência, quando a ação é pública incondicionada.

A legislação estabelece os precisos contornos sobre a configuração da violência doméstica e familiar contra a mulher, valendo a citação do artigo 5º da famigerada Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006):

> Art. 5º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial: I - no âmbito da unidade doméstica […]; II - no âmbito da família […]; III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (Brasil, 2006)

Pela legislação, entende-se que dois elementos são essenciais ao viés adotado neste trabalho, o primeiro refere-se à dispensa de coabitação atual entre agressor e vítima, para a configuração de crime e, ainda, a equiparação entre a ação e a omissão.

Sob esse prisma, o artigo 7º enumera as formas de manifestação da violência, sendo de igual forma relevante a citação do dispositivo legal:

> (...)
> Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:
> I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
> II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
> III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
> (....)
> V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

O perfil empírico das vítimas é consistente. Em 1.280 registros do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal da região metropolitana de João Pessoa, a maioria tinha entre 30 e 59 anos (45,4%), possuía companheiro (52,7%) e era assalariada (42,0%); a violência foi predominantemente familiar (66,9%), perpetrada por agressor do sexo masculino (69,6%), em geral o próprio companheiro (35,6%), com ocorrências concentradas aos domingos (21,0%), à noite (31,4%) e na residência da vítima (36,6%) (Carvalho et al., 2026).

No Instituto Médico Legal de São Luís, das 15.847 perícias realizadas em 2012, 1.977 referiam-se a lesões bucomaxilofaciais decorrentes de violência física, ou seja, 12,47% do total, sendo a maioria das vítimas mulheres (56,30%) entre 20 e 59 anos (85,51%) (Garcez et al., 2019).

As repercussões incluem ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e ideação suicida, podendo culminar no feminicídio (Carvalho et al., 2026). Não raras as vezes agressões culminam em lesões que interferem diretamente no autocuidado, em lesões estéticas ou funcionais da cavidade oral, acarretando a necessidade de atendimento odontológico, repercutindo diretamente no objeto deste artigo.

3.2 PADRÕES CLÍNICOS DE LESÕES OROFACIAIS COMPATÍVEIS COM AGRESSÕES FÍSICAS

A conforme inúmeros estudos realizados, a região de cabeça e pescoço é apontada como o local mais acometido por lesões decorrentes de violência contra mulheres, e cerca de metade das lesões por agressão física envolve cabeça e face, área que corresponde ao campo de atuação do profissional (Beiriz et al., 2019).

Trata-se de região exposta, de fácil alcance e cuja região além de intimidar desfigura a vítima, expondo-a, inclusive, à humilhação. A própria legislação reconhece a agressão na face, tal como uma tapa, como forme de humilhação, na medida em que tipifica um tapa do rosto como injúria real. São agressões que, sem qualquer dúvida causam humilhação e, as consequências podem resultar em perda de autoestima e danos estéticos e funcionais.

As agressões na cabeça e pescoço podem resultar em equimoses, feridas contusas, edemas. São indícios relevantes a recorrência das lesões, a discrepância entre o relato do paciente e os achados clínicos e os sinais de medo ou retraimento (Mesquita et al., 2025), sendo a incompatibilidade entre a etiologia narrada e a lesão observada o sinal de alerta de maior valor na identificação a ser realizada pelo profissional denista.

Somam-se os sinais comportamentais: transtorno de estresse pós-traumático, com insônia, pesadelos, irritabilidade, medo, culpa, fobia, crises de pânico e uso abusivo de álcool e drogas; transtornos mentais comuns, com fadiga, dificuldade de concentração e queixas somáticas associadas à depressão e à ansiedade; e baixa autoestima (Ferreira; Jardilino, 2024) e, todas estas questões são identificáveis em uma boa anamnese.

Vítimas de violência frequentemente desenvolvem ansiedade odontológica, medo e evitação do atendimento (Mesquita et al., 2025), de modo que até mesmo a paciente, com lesões consideráveis que passa a comparecer irregularmente às consultas pode demonstrar não seu desinteresse, mas um possível indicador de contexto de violência.

3.3 O ACOLHIMENTO ODONTOLÓGICO HUMANIZADO E O REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Identificados os sinais, a conduta subsequente reclama técnica de abordagem tão apurada quanto a técnica clínica. Mesquita et al. (2025) demonstram que a abordagem humanizada, sensível ao trauma e centrada na pessoa é especialmente benéfica às pacientes que vivenciaram eventos traumáticos, e que práticas de escuta ativa, empatia, previsibilidade e comunicação não violenta são essenciais à criação do vínculo que viabiliza a revelação da agressão. Procedimentos convencionais podem, com efeito, desencadear memórias traumáticas, sobretudo em pacientes não previamente identificadas como vítimas de violência (Mesquita et al., 2025), o que exige do profissional a explicitação prévia de cada etapa do atendimento e a permanente verificação do consentimento da paciente.

O ambiente do atendimento integra essa técnica. Ferreira e Jardilino (2024) recomendam que, ao conversar com a vítima, o profissional mantenha postura discreta, respeitosa e cuidadosa, assegurando os princípios de acolhimento e humanização do Sistema Único de Saúde, e que esclareça o caráter sigiloso da notificação, **informando expressamente que notificar não equivale a denunciar**.

Tais exigências pressupõem privacidade efetiva: a abordagem do tema na presença de acompanhante — que pode ser o próprio agressor — compromete a fidedignidade do relato e, em última análise, a segurança da paciente. O resguardo da privacidade, além de imperativo clínico, constitui dever ético expresso, na medida em que ao cirurgião-dentista incumbe zelar pela saúde e pela dignidade do paciente e guardar segredo profissional (CFO, 2012).

A esse acolhimento deve corresponder um registro documental rigoroso. Silva et al. (2010) sustentam que, atendida a paciente vítima de violência doméstica, o cirurgião-dentista deve proceder ao registro detalhado das lesões presentes nos tecidos moles ou mineralizados do complexo bucomaxilofacial, identificando-as quanto à natureza, à localização, à extensão, à coloração, aos dentes e às faces dentárias envolvidas e à época em que foram produzidas, sem suprimir as demais informações necessárias ao plano de tratamento, como a anamnese e o inventário de saúde. Os exames imaginológicos e os demais documentos produzidos em decorrência do atendimento devem permanecer arquivados junto ao prontuário, em cumprimento ao dever de elaborar e manter atualizados os prontuários dos pacientes, conservando-os em arquivo próprio (Silva et al., 2010; CFO, 2012). O odontograma, as radiografias e a documentação fotográfica, quando autorizada, conferem a esse registro a objetividade que a descrição textual, isoladamente, não alcança.

A relevância ético-legal desse procedimento transcende a boa prática clínica e projeta-se sobre a instrução processual. A Lei Maria da Penha é expressa ao dispor, em seu artigo 12, § 3º, que serão admitidos como meios de prova os laudos ou prontuários médicos fornecidos por hospitais e postos de saúde (Brasil, 2006). Instaurado o procedimento policial, a autoridade poderá requisitar as informações relacionadas ao atendimento clínico efetuado, assegurado à paciente o direito de acesso aos dados constantes de seu prontuário; e são justamente essas informações clínicas que propiciarão ao perito estabelecer o nexo de causalidade entre as lesões identificadas ou tratadas pelo cirurgião-dentista e os fatos de agressão alegados em juízo (Silva et al., 2010).

Compreende-se, assim, a dupla função do prontuário odontológico nesse contexto. Na dimensão assistencial, ele organiza o cuidado e permite o acompanhamento longitudinal da paciente, viabilizando a identificação de lesões recorrentes ao longo do tempo. Na dimensão pericial, ele constitui frequentemente o único registro tecnicamente qualificado e contemporâneo à agressão, apto a subsidiar tanto a avaliação odontolegal quanto o processo judicial movido contra o agressor (Silva et al., 2010). Não por acaso, Mesquita et al. (2025) destacam a relevância forense do cirurgião-dentista na identificação e na documentação das lesões, ainda quando não atue como perito oficial. O prontuário lacunoso, nessa perspectiva, não representa mera falha administrativa: significa a perda irreversível de elemento de prova material em favor da vítima.

4 O REGIME JURÍDICO E DEONTOLÓGICO DA NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

4.1 MARCO LEGAL: LEI MARIA DA PENHA, LEI Nº 10.778/2003 E AS ESPECIFICAÇÕES QUANTO ÀS NOTIFICAÇÕES DO SUS

O dever de notificar não decorre de recomendação técnica ou de orientação de boa prática, mas de imposição legal expressa.

A Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, estabeleceu a notificação compulsória, em todo o território nacional, dos casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde públicos e privados, medida cujo cumprimento é fundamental para o dimensionamento do fenômeno e de suas consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção (Silva et al., 2010).

Note-se, desde logo, que a obrigação alcança expressamente o setor privado, de modo que o cirurgião-dentista que atua em consultório particular está a ela submetido nos mesmos termos que o profissional vinculado à rede pública.

Merece destaque, ainda que a lei passou a exigir a notificação diante de meros indícios de violência, e não apenas de sua confirmação, o que desloca o pressuposto do dever profissional da certeza para a suspeita fundada.

A segunda refere-se ao procedimento. A notificação dirigida às autoridades sanitárias, que já existia, passou a ser obrigatória a comunicação à autoridade policial no prazo de vinte e quatro horas. São, portanto, dois deveres distintos e cumulativos, com destinatários, finalidades e prazos próprios, que não se confundem nem se substituem reciprocamente.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, a violência foi inserida entre os agravos de notificação compulsória pela Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que tornou compulsória a notificação das violências interpessoais e autoprovocadas por todos os profissionais de saúde atuantes em serviços públicos e privados.

A disciplina foi posteriormente aperfeiçoada pela Portaria GM/MS nº 1.271/2014, que conferiu caráter imediato, em até vinte e quatro horas, às notificações de violência sexual e de tentativa de suicídio.

O instrumento operacional da notificação é a Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, disponibilizada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e destinada a casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica, intrafamiliar, sexual ou extrafamiliar, entre outras (Ferreira; Jardilino, 2024).

A ficha contém sessenta e oito itens, distribuídos entre campos obrigatórios cuja ausência impossibilita a inclusão da notificação no sistema, campos essenciais, necessários à investigação do caso ou ao cálculo de indicadores, e campos chave, que identificam o registro (Ferreira; Jardilino, 2024).

Quanto ao fluxo, a ficha deve ser preenchida em duas vias. Uma permanece na unidade notificadora e a outra é encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica ou pela Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, para digitação e consolidação dos dados. A partir daí, as informações seguem às Regionais de Saúde, às Secretarias Estaduais de Saúde e, por fim, ao Ministério da Saúde, para análise e formulação das políticas de saúde (Ferreira; Jardilino, 2024).

Se a notificação partir de estabelecimento de ensino, conselho tutelar, unidade de assistência social, centro especializado de atendimento à mulher ou unidade de saúde indígena, a ficha deve ser remetida à unidade de saúde de referência do território, que dará seguimento ao fluxo (Ferreira; Jardilino, 2024). Registre-se que a notificação deve ser realizada de forma sigilosa (Silva et al., 2010), característica que a distingue radicalmente de qualquer forma de exposição pública da vítima.

Impõe-se, por fim, a distinção conceitual relevante. A notificação compulsória não é denúncia (notícia crime). A notificação é instrumento de vigilância epidemiológica, que possibilita a identificação de casos nos espaços públicos e privados, o estudo da gravidade das violências e a compreensão do quadro epidemiológico nos municípios, nos estados e no país, viabilizando o desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento e assegurando direitos por meio da rede de proteção e atenção à saúde; nos casos de violência sexual, contribui ainda para o acesso da vítima à profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis e à contracepção de emergência (Ferreira; Jardilino, 2024).

Não se confunde, pois, com a denúncia, que se destina à investigação criminal do agressor. Trata-se de ferramenta de auxílio à mulher e de formulação de política pública, e não de ato de acusação (Ferreira; Jardilino, 2024).

4.2 O CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICO E A COLISÃO DE DEVERES. (NÃO) COLISÃO ENTRE SIGILO PROFISSIONAL E NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

O dever de notificar convive, no plano deontológico, com um dos pilares históricos das profissões da saúde, o sigilo profissional.

O atendimento de pessoas em situação de violência exige o cumprimento dos princípios ético-legais do segredo profissional, preceito que adquiriu fundamentação mais rigorosa ao ser reconduzido ao direito do cidadão à intimidade, à privacidade e à honra, passando a ser compreendido como confidencialidade. Essa natureza transforma o segredo em verdadeiro direito-dever, pois, sendo direito do paciente, gera obrigação específica ao profissional de saúde (Silva et al., 2010).

O fundamento constitucional dessa proteção reside no artigo 5º, inciso X, da Constituição da República, segundo o qual são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação (Brasil, 1988).

No plano penal, o artigo 154 do Código Penal tipifica como crime a conduta de revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que se tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem (Brasil, 1940).

No plano ético-profissional, o Código de Ética Odontológica assegura ao cirurgião-dentista o direito de guardar sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de suas funções e lhe impõe, correlatamente, o dever fundamental de guardar segredo profissional, tipificando como infração ética a revelação, sem justa causa, de fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício da profissão (CFO, 2012).

A leitura atenta desses três dispositivos revela que o sigilo profissional jamais foi concebido como dever absoluto.

Tanto o tipo penal quanto a norma ética contêm a mesma cláusula de exceção. Trata-se de ausência de justa causa, de modo que a revelação amparada em justa causa não configura crime nem infração disciplinar.

O Código de Ética Odontológica explicita, no parágrafo único do artigo 14, o conteúdo dessa cláusula, compreendendo como justa causa, principalmente, a notificação compulsória de doença, a colaboração com a justiça nos casos previstos em lei, a perícia odontológica nos seus exatos limites, a estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos e a revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz (CFO, 2012).

O que se verifica, portanto, é que a notificação compulsória prevista em lei constitui hipótese expressa de justa causa, de sorte que a comunicação do caso a serviço ou autoridade competente, desde que regularmente aplicável à situação concreta, não configura infração ética e ainda encontra amparo legal para ocorrer sem prejuízo ao cirurgião-dentista (Silva et al., 2010).

Não há, portanto, colisão de deveres, tratando-se de mera aparência de conflito de notas. O ordenamento jurídico já resolveu previamente o conflito, ao qualificar a notificação como exceção legítima ao sigilo. Cabe observar que Silva et al. (2010) fundamentaram sua análise no Código de Ética Odontológica então vigente, aprovado pela Resolução CFO-42/2003, cujos dispositivos sobre deveres fundamentais e justa causa correspondem, no código atual, aos artigos 9º e 14 da Resolução CFO-118/2012.

Do ponto de vista ético, aliás, a notificação da violência contra a mulher à autoridade competente, quando aplicável, significa o cumprimento de um dos deveres fundamentais do cirurgião-dentista, qual seja, o de zelar pela saúde e pela dignidade do paciente (Silva et al., 2010; CFO, 2012). Em última análise a comunicação se liga a um dos princípios mais caros da República – a dignidade humana.

Cite-se ainda a Lei nº 5.081/1966, que regula o exercício da Odontologia e situa a atividade profissional no âmbito da saúde, o que reforça a compreensão de que a atuação do cirurgião-dentista não se esgota no tratamento das condições bucais, mas abrange o relevante papel social de agente sentinela na identificação de possíveis situações de violência (Mesquita et al., 2025).

4.3 RESPONSABILIDADES CIVIS, PENAIS E ÉTICAS DO CIRURGIÃO-DENTISTA OMISSO

Definido o dever, cumpre examinar as consequências de seu descumprimento. No plano contravencional, o artigo 66, inciso II, do Decreto-Lei nº 3.688/1941 comina pena de multa a quem deixar de comunicar à autoridade competente crime de ação pública de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação da pessoa ofendida e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal (Brasil, 1941).

Silva et al. (2010) extraem desse dispositivo a obrigação de o cirurgião-dentista notificar os casos em que observadas lesões de natureza física classificáveis penalmente como graves ou gravíssimas, entre as quais se citam as fraturas maxilomandibulares que resultem em incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, as fraturas dentárias com perda da coroa, as perdas dentárias decorrentes de fratura radicular ou coronorradicular, a avulsão dentária e outras situações que debilitem permanentemente as funções mastigatória e fonética ou comprometam de forma definitiva a estética dentária durante o sorriso ou a conversação, assim como outras lesões que acarretam deformidade permanente.

Ressalte-se que em se tratando de lesões corporais, mencione-se que as lesões decorrentes de violência doméstica e familiar contra a mulher possuem natureza pública incondicionada.

A consequência prática leva à conclusão que independe de representação, resta preenchido o pressuposto do artigo 66, inciso II, da Lei das Contravenções Penais também nas hipóteses de lesão leve, o que amplia o dever de comunicação do profissional.

Na esfera administrativo-sanitária, a notificação compulsória tem assento na disciplina geral da vigilância epidemiológica estabelecida pela Lei nº 6.259/1975, submetendo-se seu descumprimento ao regime de infrações à legislação sanitária federal previsto na Lei nº 6.437/1977, fundamentos normativos expressamente invocados pelas portarias ministeriais que definem a Lista Nacional de Notificação Compulsória (Brasil, 2016).

A omissão, nesse plano, não configura mera irregularidade, afinal, compromete a própria integridade do sistema de informação sobre o qual se assentam as políticas públicas de enfrentamento da violência.

Na esfera ética, por fim, a omissão do cirurgião-dentista revela-se especialmente grave, porque contraria dever fundamental expresso. Se a notificação constitui cumprimento do dever de zelar pela saúde e pela dignidade do paciente (Silva et al., 2010; CFO, 2012), a inércia diante de caso suspeito representa precisamente a sua inobservância, sujeitando o infrator às penas previstas no Código de Ética Odontológica, que vão da advertência confidencial à cassação do exercício profissional (CFO, 2012).

Questão distinta, e frequentemente suscitada como justificativa para a inércia, diz respeito à eventual responsabilização do profissional que notifica caso posteriormente não confirmado.

O regime jurídico afasta ilegalidades. Em primeiro lugar, porque a própria lei elegeu como pressuposto do dever a existência de indícios, e não a confirmação da violência (Brasil, 2019), e a ficha do SINAN destina-se expressamente a casos suspeitos ou confirmados, não se exigindo do profissional prova documental do alegado (Ferreira; Jardilino, 2024).

Em segundo lugar, porque a notificação regularmente realizada configura hipótese de justa causa, não caracterizando infração ética nem crime contra o segredo profissional (Silva et al., 2010; CFO, 2012). Em terceiro lugar, porque, no campo civil, não constituem atos ilícitos os praticados no exercício regular de um direito reconhecido, na forma do artigo 188, inciso I, do Código Civil (Brasil, 2002), de modo que o cumprimento de dever legal, quando fundado em suspeita clínica razoável e exercido de boa-fé, não gera dever de indenizar.

O profissional não é investigador e não lhe compete concluir pela ocorrência do crime: sua obrigação esgota-se em comunicar a suspeita fundada aos órgãos competentes.

5 CONDUTAS PRÁTICAS E DILEMAS NA ABORDAGEM CLÍNICA

5.1 FLUXO DE ENCAMINHAMENTO INTERSETORIAL (SAÚDE, ASSISTÊNCIA SOCIAL E SEGURANÇA PÚBLICA)

A eficácia do dever de notificar depende da existência de uma rede que receba a informação e a converta em proteção efetiva. A própria Lei Maria da Penha estrutura essa lógica ao prever, entre as diretrizes das políticas públicas de enfrentamento, a integração operacional do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública com as áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação, bem como a implementação de atendimento policial especializado para a mulher (Brasil, 2006).

A lei determina, ainda, o atendimento articulado mediante utilização dos serviços do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Segurança Pública, o encaminhamento da ofendida ao hospital ou posto de saúde e ao Instituto Médico-Legal, a coleta das provas que sirvam ao esclarecimento do fato e a realização do exame de corpo de delito (Silva et al., 2010).

A criação das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, no mesmo contexto normativo, visou ao aumento do número de denúncias e à melhoria do acolhimento às vítimas (Batista et al., 2021).

No que toca especificamente ao cirurgião-dentista, o encaminhamento possui dois aspectos relevantes. A primeira é a do fluxo epidemiológico, preenchida a ficha em duas vias, uma permanece na unidade notificadora e a outra segue ao setor municipal de Vigilância Epidemiológica ou de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, de onde as informações são encaminhadas às Regionais de Saúde, às Secretarias Estaduais e ao Ministério da Saúde (Ferreira; Jardilino, 2024).

A segunda é a do encaminhamento assistencial e protetivo da paciente, registrado em campo próprio da ficha de notificação, que documenta as orientações e os encaminhamentos realizados no atendimento (Ferreira; Jardilino, 2024). A esses soma-se o dever autônomo de comunicação à autoridade policial no prazo de vinte e quatro horas, nos termos da Lei nº 13.931/2019 (Brasil, 2019).

A orientação da paciente quanto aos canais públicos de apoio integra o acolhimento. Ferreira e Jardilino (2024) indicam, para tanto, a Central de Atendimento à Mulher — Ligue 180 — e o Disque Direitos Humanos — Disque 100 —, serviços que recebem denúncias e prestam orientação.

Cabe ao profissional informar a existência desses canais e da rede de proteção disponível, sem substituir-se à vítima na decisão de acioná-los. A autonomia da mulher deve ser preservada, como observam Batista et al. (2021), a decisão de denunciar cabe, em regra, à própria vítima, de modo que a atuação do profissional de saúde consiste em identificá-la, acolhê-la e orientá-la para que possa buscar proteção.

Delimita-se, assim, o âmbito próprio de atuação do cirurgião-dentista: acolher, tratar, registrar, notificar e orientar. A ele não incumbe investigar a autoria, produzir prova destinada à persecução penal, confrontar o suposto agressor ou condicionar o atendimento à revelação da agressão.

Os estudos revisados por Mesquita et al. (2025) sublinham que a atuação integrada com outros profissionais de saúde e com o sistema jurídico é fundamental para a proteção efetiva das vítimas, exigindo não apenas conhecimento técnico, mas também habilidades comunicativas e sensibilidade, e que ao cirurgião-dentista compete reconhecer os sinais, acolher de forma humanizada e proceder à notificação obrigatória, cumprindo sua função dentro da rede de proteção. Exceder esse âmbito pode expor a vítima a risco adicional; permanecer aquém dele configura a omissão examinada no capítulo anterior.

5.2 BARREIRAS PRÁTICAS ENFRENTADAS PELO CIRURGIÃO-DENTISTA. MEDO DE RETALIAÇÃO E DESPREPARO TÉCNICO

A distância entre o dever normativo e a prática clínica é documentada de forma eloquente pela literatura. Em estudo descritivo realizado com cirurgiões-dentistas atuantes em unidades básicas de saúde de vinte e quatro municípios do interior do Estado de São Paulo, Garbin et al. (2016) verificaram que 67,5% dos profissionais desconheciam a legislação existente para os casos de violência, 70,0% não sabiam como comunicar a ocorrência dos casos, 55,0% relataram não ter responsabilidade alguma pela notificação e 85,0% desconheciam a ficha de notificação, embora 60,0% afirmassem a necessidade de intervir sobre a violência intrafamiliar.

Os autores concluem que a percepção e a atitude dos cirurgiões-dentistas são falhas em relação à notificação da violência intrafamiliar, o que dificulta o diagnóstico precoce das vítimas.

Esses achados encontram correspondência em outras investigações. Mesquita et al. (2025) registram que muitos profissionais relatam insegurança quanto ao preenchimento das fichas de notificação e ao contato com os órgãos responsáveis, o que pode resultar em subnotificação e na continuidade do ciclo de violência, e que parcela significativa dos cirurgiões-dentistas ainda desconhece os protocolos de notificação compulsória, sentindo-se insegura para intervir em casos suspeitos.

Beiriz et al. (2019), a seu turno, sistematizam as razões que levam profissionais de saúde a se omitirem em casos de maus-tratos ou agressões: o medo de perder pacientes, a falta de confiança no serviço de proteção à criança, ao adolescente, à mulher e ao idoso, e o receio de lidar com o cônjuge ou cuidador e de envolver-se legalmente. Registram, ainda, a existência de obstáculo específico relacionado à falta de informação sobre a legislação aplicável, o que compromete a comunicação da suspeita aos órgãos competentes e dificulta o diagnóstico das vítimas.

Três ordens de barreira podem, assim, ser identificadas. A primeira é cognitiva e diz respeito ao desconhecimento da legislação, do instrumento de notificação e do fluxo para a realização.

A segunda é conceitual e decorre da confusão entre notificar e denunciar, equívoco que leva o profissional a supor que a notificação o transformará em acusador do agressor ou em testemunha processual,

quando, na realidade, o instrumento tem natureza epidemiológica, caráter sigiloso e não se confunde com a denúncia (Ferreira; Jardilino, 2024).

A terceira é emocional e relaciona-se ao temor de retaliação e de envolvimento legal (Beiriz et al., 2019), receio que, embora compreensível, não encontra respaldo jurídico, conforme demonstrado na seção 4.3.

Mesquita et al. (2025) constatam que a formação acadêmica e continuada dos cirurgiões-dentistas ainda apresenta lacunas quanto à abordagem da violência como problema de saúde pública, com fragilidades na preparação ética, técnica e emocional, e defendem o investimento em educação permanente, com a inclusão sistemática do tema nos currículos de graduação e nas ações de capacitação profissional, ao lado da definição de fluxos institucionais para o manejo das situações suspeitas ou confirmadas.

No mesmo sentido, Correia et al. (2024) sustentam que a formação acadêmica direcionada à detecção precoce dessas lesões contribui para o estabelecimento de um sistema estruturado de apoio às vítimas, sendo necessárias estratégias educativas que preparem o profissional de odontologia para identificar e notificar casos suspeitos.

A superação dessas barreiras não constitui, portanto, questão de sensibilidade individual, mas de política de formação e de organização de serviço.

Capacitar o cirurgião-dentista para reconhecer os padrões lesivos descritos, para registrar adequadamente os achados em prontuário e para operar o instrumento de notificação previsto no capítulo 4 é condição para que a Odontologia exerça plenamente a função social que lhe cabe na rede de proteção às mulheres em situação de violência (Mesquita et al., 2025; Correia et al., 2024).

Enquanto persistirem o desconhecimento e a insegurança, a subnotificação continuará a operar como forma silenciosa de cumplicidade institucional com a perpetuação do ciclo de violência.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo teve por objetivo analisar a responsabilidade do cirurgião-dentista na identificação dos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher e na conduta exigida pela legislação brasileira, especialmente quanto à notificação compulsória de lesões orofaciais suspeitas.

Verificou-se que a região de cabeça e pescoço é o local mais acometido pelas agressões, o que situa o cirurgião-dentista em posição privilegiada para o reconhecimento da violência. A incompatibilidade entre a etiologia narrada e a lesão observada constitui o indício de maior valor, ao qual se somam a recorrência das lesões, os sinais comportamentais identificáveis na anamnese e o comparecimento irregular às consultas. Identificada a suspeita, o acolhimento humanizado, em ambiente que assegure privacidade, e o registro rigoroso em prontuário compõem a conduta esperada, sendo o prontuário, não raras as vezes, o único documento técnico contemporâneo à agressão.

No plano jurídico, demonstrou-se que o dever de notificar decorre de imposição legal expressa, alcança igualmente os serviços públicos e privados e tem por pressuposto a existência de indícios, e não a confirmação da violência. Desse dever resultam duas obrigações distintas e cumulativas: a notificação às autoridades sanitárias, de natureza epidemiológica e sigilosa, e a comunicação à autoridade policial no prazo de vinte e quatro horas. Notificar, portanto, não é denunciar.

Restou igualmente demonstrado que não há colisão entre o sigilo profissional e a notificação compulsória. O ordenamento jurídico resolveu previamente o aparente conflito ao qualificar a notificação como hipótese de justa causa, de modo que o profissional que notifica de boa-fé, com base em suspeita clínica fundada, não pratica infração ética, crime ou ato ilícito. É a omissão, e não a notificação, que expõe o cirurgião-dentista à responsabilização nas esferas contravencional, administrativo-sanitária e ética.

Constatou-se, por outro lado, que a distância entre o dever normativo e a prática clínica decorre de três ordens de barreira: a cognitiva, relativa ao desconhecimento da legislação, do instrumento e do fluxo de notificação; a conceitual, fundada na confusão entre notificar e denunciar; e a emocional, ligada ao temor de retaliação e de envolvimento legal, receio que, embora compreensível, não encontra respaldo jurídico.

Conclui-se, assim, que a capacitação técnica e o conhecimento do regramento ético são essenciais para que o cirurgião-dentista, observando a função social da atividade exercida, atue em conformidade com a ética profissional e, principalmente, em respeito à dignidade das pacientes por ele atendidas. A superação da subnotificação reclama a inclusão sistemática do tema nos currículos de graduação, ações de educação permanente e a definição de fluxos institucionais claros.

Como limitação do estudo, registra-se a heterogeneidade dos levantamentos periciais analisados, que variam quanto à metodologia e à classificação das lesões, bem como a inexistência de dados nacionais consolidados sobre as notificações realizadas especificamente por cirurgiões-dentistas. Sugere-se, para pesquisas futuras, a investigação empírica do volume e da qualidade dessas notificações e da eficácia de programas de capacitação voltados ao tema.

O rosto é o território de atuação da Odontologia. Quando ele é utilizado como instrumento de humilhação, é no consultório odontológico que a marca da violência se revela, e reconhecê-la constitui dever, e não escolha, do cirurgião-dentista.

REFERÊNCIAS

BATISTA, Anna Flávia Silveira *et al*. Lesões orofaciais em mulheres vítimas de violência não fatal: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Odontologia Legal**, [*s. l.*], v. 8, n. 2, p. 71-83, set. 2021. Disponível em: https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/355. Acesso em: 13 set. 2026.

BEIRIZ, Rejane Kelly Andrade *et al*. Identificação de lesões orofaciais causadas por agressões domésticas em mulheres. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e de Saúde**, Maceió, v. 5, n. 2, p. 13-24, maio 2019. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/cdgsaude/article/view/5688/3329. Acesso em: 9 jun. 2026.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941**. Lei das Contravenções Penais. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1941. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del3688.htm. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966**. Regula o exercício da Odontologia. Brasília, DF: Presidência da República, 1966. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5081.htm. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças. Brasília, DF: Presidência da República, 1975. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977**. Configura infrações à legislação sanitária federal e estabelece as sanções respectivas. Brasília, DF: Presidência da República, 1977. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6437.htm. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. **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. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019**. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2019/lei-13931-10-dezembro-2019-789548-publicacaooriginal-159600-pl.html. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional e a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2016. Disponível em: https://www.crmpr.org.br/uploadAddress/PORTARIA_GM_N._204_DE_17_DE_FEVEREIRO_DE_2016%5b1825%5d.pdf. Acesso em: 27 out. 2026.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Exposição de Motivos nº 16, de 25 de novembro de 2004**. Proposta de criação de legislação que coíba a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF: SPM, 2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/projetos/expmotiv/smp/2004/16.htm. Acesso em: 11 abr. 2026.

CARVALHO, Giselle Moreira de *et al*. Perfil das lesões maxilofaciais em mulheres vítimas de violência sob a perspectiva da odontologia legal na cidade de João Pessoa, Paraíba. **Revista Aracê**, São José dos Pinhais, v. 8, n. 5, p. 1-22, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.56238/arev8n5-026. Acesso em: 13 set. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Resolução CFO-42, de 20 de maio de 2003**. Aprova o Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro: CFO, 2003. Disponível em: https://abmes.org.br/public/arquivos/legislacoes/Res_CFO_42_200503.pdf. Acesso em: 27 out. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **Resolução CFO-118, de 11 de maio de 2012**. Aprova o Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro: CFO, 2012. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf. Acesso em: 27 out. 2026.

CORREIA, Kauany Schuster *et al.* Papel do cirurgião-dentista frente a violência contra a mulher: uma revisão de literatura. **Revista Foco**, Curitiba, v. 17, n. 5, e5073, 2024. DOI: https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n5-048. Disponível em: https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/5073. Acesso em: 11 abr. 2026.

FERREIRA, Nathállia Duarte; JARDILINO, Francisca Daniele Moreira. **O cirurgião-dentista no contexto de violência contra a mulher**. 1. ed. Belo Horizonte: Comissão Editorial FAO UFMG, 2024. E-book. ISBN 978-85-93368-82-0. Disponível em: https://www.odonto.ufmg.br/teleodontologia/wp-content/uploads/sites/24/2024/11/GUIA-O-cirurgiao-dentista-no-contexto-de-violencia-contra-a-mulher_compressed.pdf. Acesso em: 13 set. 2026.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023**. São Paulo: FBSP, 2023. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/6b3e3a1b-3bd2-40f7-b280-7419c8eb3b39. Acesso em: 27 out. 2026.

GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Isper; ROVIDA, Tânia Adas Saliba; COSTA, Adriana Alves. Percepção e atitude do cirurgião-dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do estado de São Paulo, 2013-2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 179-186, jan./mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n1/2237-9622-ress-25-01-00179.pdf. Acesso em: 11 abr. 2026.

GARCEZ, Ramiro Heleno Mesquita *et al*. Caracterização de lesões bucomaxilofaciais decorrentes de agressão física: diferenças entre gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1143-1152, mar. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/S5zwvRrbdGwmG5NzsdGwvKm/?lang=pt. Acesso em: 13 set. 2026.

MESQUITA, Kelly Torres *et al*. Traumas orofaciais relacionados à violência interpessoal: implicações éticas e legais para odontologia. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 11, n. 5, p. 8512-8523, maio 2025. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v11i5.19614. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/19614. Acesso em: 8 jun. 2026.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Relatório nº 54/01**: Caso 12.051 — Maria da Penha Maia Fernandes (Brasil). Washington, D.C.: CIDH, 2001. Disponível em: https://cidh.oas.org/annualrep/2000port/12051.htm. Acesso em: 27 out. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Editado por Etienne G. Krug *et al.* Genebra: OMS, 2002. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf. Acesso em: 13 set. 2026.

SILVA, Rhonan Ferreira da *et al*. Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha. **RSBO: revista sul-brasileira de odontologia**, Joinville, v. 7, n. 1, p. 110-116, mar. 2010. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/1530/153012949016.pdf. Acesso em: 27 out. 2026.