

Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

<http://www.portalabol.com.br/rbol>



Odontologia legal

PREVALÊNCIA DE FEMINICÍDIOS NA GRANDE VITÓRIA ENVOLVENDO REGIÃO CRANIOFACIAL NO PERÍODO DE PANDEMIA DO VÍRUS SARS-COV-2.

Feminicide prevalence in Grande Vitória involving the craniofacial region during the pandemic of the Sars-CoV-2 virus.

Lara Victória Dittz de Abreu COSTA¹, Carlos Augusto Gabriel de SOUZA², Cleston da Silva FORECHI², Katia Souza CARVALHO³, Karina Tonini dos Santos PACHECO³.

1. Cirurgiã-Dentista graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

2. Policial Civil do Observatório da Segurança Pública, SESP/ES, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

3. Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Informações sobre o manuscrito:

Recebido: 19 de outubro de 2022

Aceito: 15 de maio de 2023

Autor(a) para contato:

Profa. Dra. Karina Tonini dos Santos Pacheco
Av. Marechal Campos, s/n, Maruípe. Vitória, Espírito Santo, Brasil. 29.040-091.

E-mail: kktonini@yahoo.com.br.

RESUMO

Introdução: feminicídio é o homicídio que envolve violência doméstica e familiar, menosprezo ou discriminação ao fato da vítima ser mulher. Em 2020, foi decretada pandemia do vírus SARS-CoV-2 e como forma de reduzir a disseminação foi adotado o isolamento social, expondo muitas mulheres a um maior risco de violência doméstica. Estudos apontam que a maioria dos traumatismos relacionados à violência contra mulher ocorrem na face, ressaltando a importância de estudar os casos de feminicídio envolvendo a região bucomaxilofacial. Objetivo: verificar a prevalência de feminicídio, envolvendo lesões em região craniofacial, no período anterior (2018 e 2019) e durante (2020 e 2021) a pandemia da coronavírus. Métodos: foi realizada análise descritiva, por meio da frequência numérica e percentual do número de feminicídios envolvendo a região craniofacial no período de 2018 a 2021. Resultados: o número de laudos analisados de feminicídio ocorridos na Grande Vitória foi 47, sendo 24 antes e 23 durante a pandemia. Averiguou-se também que em 68,83% dos casos houve a presença de lesão craniofacial, principalmente em região do crânio e extraoral. Conclusão: não ocorreu variação significativa na prevalência de feminicídio antes e durante a pandemia do vírus SARS-CoV-2 na região da Grande Vitória, no Estado do Espírito Santo.

PALAVRAS-CHAVE

Odontologia legal; Homicídio; Mulheres; SARS-CoV-2.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 90, a violência contra as mulheres tem sido reconhecida como um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos, considerando sua magnitude e impacto na

saúde e, assim, necessitando de atendimento, acompanhamento e fortalecimento das vítimas^{1,2}. Em contrapartida, o feminicídio pode ocorrer repentinamente a partir de uma ameaça ou

conflito e requer que as ações tomadas sejam rápidas e assertivas².

O feminicídio é todo e qualquer ato de agressão derivado da dominação de gênero, cometido contra indivíduo do sexo feminino, ocasionando sua morte. Nessa perspectiva, o homicídio de mulheres pode ser realizado por pessoas próximas das vítimas ou por desconhecidos³. O termo feminicídio ganhou força com a Lei nº 13.104/2015, quando a qualificadora do feminicídio foi incluída no rol do crime de homicídio, sendo incluída no rol de crimes hediondos. Com a introdução desta qualificadora no sistema penal brasileiro, as penas mínimas e máximas foram elevadas em 50%⁴.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a situação de pandemia pelo vírus SARS-CoV-2, sendo o primeiro caso confirmado no Brasil em 26 de fevereiro do mesmo ano⁵. Como forma de reduzir a disseminação do vírus a OMS adotou como medida o isolamento social⁶ e, a partir de então se observou o aumento da demanda dos serviços de denúncia de violência contra a mulher que ficaram sobrecarregados, uma vez que os mesmos não estavam operando com toda sua capacidade⁷.

Sabe-se que o risco de óbito por agressão em mulheres é maior entre aquelas que já sofreram violência e, com isso, procuraram apoio nas delegacias e tiveram os seus casos notificados, do que na população feminina que não passaram por essa situação, constatando a ocorrência de vulnerabilidade e falha na proteção pela justiça⁸.

Oliveira et al. (2015)¹ analisaram os laudos necroscópicos de mulheres cujos óbitos foram por causas não naturais ocorridos no período de 2000 a 2009 na Região Metropolitana de Recife, Brasil. Esse estudo apontou a distribuição das lesões traumáticas, sendo a maioria na face da vítima, validando a necessidade de estudar os casos de feminicídio envolvendo a região craniofacial e ressaltando, portanto, a importância das estatísticas de mortalidade que podem e devem orientar a tomada de decisão em saúde.

O estudo e o debate sobre o homicídio de mulheres como consequência do gênero e suas características, a legislação vigente e os riscos do isolamento social fazem-se necessários e essenciais, visando a implementação de políticas públicas de enfrentamento do referido problema. Assim, o objetivo dessa pesquisa foi verificar a prevalência de feminicídio envolvendo lesões em região craniofacial, no período anterior (2018 e 2019) e durante (2020 e 2021) a pandemia da coronavírus.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo quantitativo, retrospectivo e descritivo, por meio de dados secundários de feminicídio disponibilizados pelo Observatório da Secretaria de Segurança Pública do Espírito Santo (ES). Foram analisados todos os casos de feminicídio classificados após investigação policial pelo referido observatório, ocorridos no período de 2018 a 2021 na Grande Vitória/ES (composta por sete municípios: Cariacica, Fundão,

Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória).

Para a pesquisa foram coletados os dados demográficos das vítimas, a causa do óbito, se houve ou não presença de traumatismo craniofacial, as regiões e tipologia das lesões craniofaciais, número de laudos analisados por ano e resultados de exame toxicológico e *swab* vaginal/anal. Foi feita uma análise descritiva, por meio da frequência numérica e percentual do número de feminicídio no período de 2018 a 2021, período anterior e durante a pandemia de SARS-CoV-2. Tais variáveis foram tabeladas em uma planilha do Microsoft Excel e a frequência foi calculada pelo programa Epi Info™.

A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) conforme parecer de número CAAE: 48383621.0.0000.5060.

RESULTADOS

O número de laudos analisados de feminicídio ocorridos na Grande Vitória foi 47, sendo 10 (21,27%) em 2018, 14 (29,79%) em 2019, 10 (21,27%) em 2020 e 13 (27,67%) em 2021.

Conforme mostrado na tabela 1, a maioria (23,40%) das vítimas está dentro da faixa etária de 35 a 39 anos, seguido de 25 a 29 anos (14,89%) e 30 a 34 anos (14,89%). Quanto à cor da pele das vítimas, 87,23% das mulheres eram pardas, 8,51% brancas e 4,26% pretas.

Ainda na tabela 1, constata-se que a maioria das vítimas residia na Serra (34,04%), seguido de Vila Velha (21,28%).

Quanto ao local das ocorrências, 34,04% foram na Serra, 21,28% em Vitória e 17,02% em Vila Velha.

Nos quatro anos analisados, a principal causa dos óbitos por feminicídio que ocorreram na Grande Vitória foi traumatismo cranioencefálico (31,91%), enquanto esgorjamento, trauma cervical e queimadura foram os menos prevalentes, com apenas 2,13% cada (tabela 2).

O exame toxicológico não foi realizado em 63,83% dos casos. Em 10,64% houve resultado positivo para uso de álcool ou drogas ilícitas. Quanto ao exame com *swab* vaginal/anal, em 4,26% foi obtido resultado positivo para presença de espermatozoides (SPTZ) e em 10,64% houve presença de Antígeno Prostático Específico (PSA) - Tabela 2.

Dos 47 laudos analisados, 63,83% havia presença de trauma craniofacial, sendo que 21,28% ocorreram no osso frontal, 17,02% no temporal, 14,98% no parietal e 8,51% no occipital. Já na região facial, a órbita foi a mais acometida (19,15%), seguida da região mentual (14,98%), zigomática, auricular e massetérica (8,51% cada), mandibular, superciliar e perioral (6,38% cada). O restante das regiões foi acometido em menor frequência (4,26%) (tabela 3).

Na tabela 3 ainda se encontra o percentual da tipologia do trauma craniofacial e suas manifestações. Quanto ao tipo da lesão, lesão contusa (14,98%), perfurocontusa (14,98%) e perfuroincisa (12,77%) foram os mais prevalentes e ferida incisa a menos frequente (2,13%). Em relação às manifestações, hematoma (17,02%) e equimose (12,77%) foram os

principais, enquanto fratura dental (2,13%)
foi a menos presente.

Tabela 1. Frequência numérica e percentual das características demográficas analisadas.

Características demográficas	n	%	
IDADE	5 a 9 anos	1	2,13%
	10 a 14 anos	0	0%
	15 a 19 anos	4	8,51%
	20 a 24 anos	6	12,77%
	25 a 29 anos	7	14,89%
	30 a 34 anos	7	14,89%
	35 a 39 anos	11	23,40%
	40 a 44 anos	3	6,38%
	45 a 49 anos	4	8,51%
	50 a 54 anos	1	2,13%
	55 a 59 anos	2	4,26%
	60 a 64 anos	1	2,13%
COR/RAÇA	Branca	4	8,51%
	Parda	41	87,23%
	Preta	2	4,26%
	Amarela	0	0%
	Indígena	0	0%
MUNICÍPIO (RESIDÊNCIA)	Cariacica	7	14,89%
	Fundão	0	0%
	Guarapari	3	6,38%
	Serra	16	34,04%
	Viana	1	2,13%
	Vila Velha	10	21,28%
	Vitória	7	14,89%
MUNICÍPIO (OCORRÊNCIA)	Outros	3	6,38%
	Cariacica	7	14,89%
	Fundão	2	4,26%
	Guarapari	3	6,38%
	Serra	16	34,04%
	Viana	1	2,13%
Vila Velha	8	17,02%	
Vitória	10	21,28%	

Tabela 2. Frequência numérica e percentual dos parâmetros periciais: causas de óbitos, resultados do exame toxicológico e swab vaginal/anal.

Parâmetro pericial/Resultado	n	%	
CAUSA DO ÓBITO	Hematoma subdural	2	4,26%
	Hemorragia	5	10,64%
	Choque hemorrágico	8	17,02%
	Asfixia mecânica	3	6,38%
	Traumatismo cranioencefálico	15	31,91%
	Queimadura	1	2,13%
	Traumatismo torácico/abdominal	7	14,89%
	Esgorjamento	1	2,13%
	Hemotórax	2	4,26%
	Trauma cervical	1	2,13%
	Causa indeterminada	2	4,26%
EXAME TOXICOLÓGICO	Positivo	5	10,64%
	Negativo	11	23,40%
	Prejudicado	1	2,13%
	Não realizado	30	63,83%
SWAB VAGINAL/ANAL	Positivo para PSA	5	10,64%
	Positivo para SPTZ	2	4,26%
	Negativo	10	21,28%
	Não realizado	30	63,83%

Tabela 3. Frequência numérica e percentual de dados relacionados a lesão craniofacial

		Lesões craniofaciais	n	%
PRESENÇA DE LESÃO CRANIOFACIAL		Sim	30	63,83%
		Não	17	36,17%
REGIÃO DA LESÃO CRANIOFACIAL		Frontal	10	21,28%
		Parietal	7	14,98%
		Temporal	8	17,02%
		Occipital	4	8,51%
		Frontoparietal	2	4,26%
		Frontotemporal	3	6,38%
		Temporoparietal	3	6,38%
		Temporooccipital	1	2,13%
		Frontotemporoparietal	1	2,13%
		Parietooccipital	1	2,13%
		Palpebral	1	2,13%
		Superciliar	3	6,38%
		Maxilar	1	2,13%
		Mandibular	3	6,38%
		Nasal	2	4,26%
		Orbitária/periorbitária	9	19,15%
		Malar	4	8,51%
		Face	2	4,26%
		Auricular/retroauricular	4	8,51%
		Labial	2	4,26%
		Mentual/submentual	7	14,98%
		Zigomático	2	4,26%
		Seio frontal	1	2,13%
		Massetérica	4	8,51%
		Dentes	1	2,13%
		Perioral	3	6,38%
		Fronte	2	4,26%
TIPOS DE LESÃO CRANIOFACIAL		Incisa	1	2,13%
		Contusa	7	14,98%
		Perfuroincisa	6	12,77%
		Perfurocontusa	7	14,89%
		Cortocontusa	2	4,26%
MANIFESTAÇÕES DA LESÃO CRANIOFACIAL		Hematoma	8	17,02%
		Hemorragia	2	4,26%
		Escoriações	2	4,26%
		Edema	4	8,51%
		Equimose	6	12,77%
		Afundamento	2	4,26%
		Fratura	5	10,64%
	Fratura dentária	1	2,13%	

DISCUSSÃO

Foram analisados praticamente o mesmo número de laudos cadavéricos de feminicídio antes (2018 e 2019) e durante (2020 e 2021) a pandemia de covid-19, sendo 23 e 24, respectivamente. Entretanto, uma pesquisa realizada no estado do Espírito Santo apontou o aumento de 30% de feminicídios no primeiro trimestre de 2020 em relação ao mesmo período de 2019⁹. Em 2020, os estados com mais casos de feminicídio foram Mato Grosso com taxa de 3,6 por

100 mil mulheres, Roraima e Mato Grosso do Sul, ambos com taxa de 3, enquanto o Espírito Santo se apresentou em 18^o posição, com taxa de 1,3 por 100 mil mulheres¹⁰.

É possível que não tenha ocorrido variação considerável no período pré e transpandêmico devido a muitos serviços públicos estarem ainda se adequando para garantir o atendimento não-presencial e a dificuldade em classificar feminicídio, sendo muitas vezes categorizado erroneamente como homicídio de mulheres¹⁰. Além disso,

a pandemia afetou a atividade policial, com inúmeros casos de agentes afastados pela doença, alternando o atendimento das delegacias¹¹.

No geral, neste estudo, o feminicídio foi prevalente entre mulheres com 20 a 39 anos, coincidindo com dados encontrados no trabalho de Okabayashi et al. (2020)⁹, que constatou a prevalência de vítimas em idade reprodutiva (20 a 49 anos), sendo seu ápice em 30 anos, visto que as vítimas mais jovens, em média, são mais vulneráveis¹².

Quanto à cor da pele/raça das vítimas quase 90% eram pardas e menos de 9% eram brancas, diferentemente do que foi encontrado numa pesquisa que avaliou os casos ocorridos em Teresina, Piauí (2017), onde a maioria das mulheres eram brancas (41,7%) e 33,3% eram pardas¹³. Segundo os resultados do último Censo Demográfico, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, a população do Espírito Santo é composta por 1,78 milhões mulheres e 1,71 milhões (48,62%) dos indivíduos se autodeclararam pardos, podendo justificar o alto índice de vítimas pardas¹⁴.

Foi identificado que o município da Serra é o local de maior ocorrência de feminicídio na Grande de Vitória (ES) e Viana o menos acometido. Em uma pesquisa realizada com feminicídios de 2010 a 2016 registrados na Delegacia de Homicídios e Proteção a Mulher (DHPM) de Vitória¹⁵ obteve-se total de 112 homicídios de mulheres, sendo a Serra (32) com mais episódios e Viana (6) com

menos, corroborando com o presente estudo.

Em entrevista para o jornal G1, o secretário de Segurança Pública do Espírito Santo, André Garcia, justificou o alto índice de homicídios afirmando que *a Serra é o maior município da região metropolitana e é um município com tráfico de drogas e convivência de micro lideranças em diversos ambientes, que eleva o percentual de atrito, devido à disputa pelos pontos*¹⁶. Além disso, o elevado número de ocorrências é devido a maior frequência de crimes de gênero em territórios disputados pelo tráfico, conflitos armados e violações de direitos humanos¹⁷.

O traumatismo cranioencefálico foi a principal causa de óbito, atingindo aproximadamente 32% (15) das vítimas. Em uma pesquisa realizada com mulheres que sofreram violência que deram entrada no Hospital da Restauração em Recife, Pernambuco, Brasil, no ano de 2018, foi observado alto índice (45,4% - 69 casos) de traumatismo cranioencefálico nos prontuários analisados¹⁸.

No presente estudo, no período de 2018 a 2021, foi observado que em mais da metade dos laudos analisados havia envolvimento de lesão craniofacial mesmo não sendo a causa do óbito, já que grande parte dos homicídios de mulheres é precedido de violência¹³. De acordo com alguns estudos, a proeminência do rosto, a possibilidade de atingi-lo com as mãos ou algum outro instrumento e sua vulnerabilidade acabam por torná-lo um alvo fácil. Além disso, essa região é mais acometida devido à intenção do agressor em humilhar e atingir a dignidade da

mulher por ser uma área representativa do indivíduo^{1,19}.

Em 2010, foi realizada uma análise dos laudos cadavéricos de homicídios de mulheres necropsiadas no Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, Recife. Quanto à localização topográfica das lesões, o complexo craniofacial foi o mais afetado nos casos de homicídio (58,3%). A região da face foi a mais afetada (87,5%), assim como o crânio (59,5%)¹.

Dentre os ossos do crânio, o osso frontal e temporal foram os mais atingidos. Em um estudo¹⁹ realizado em 2017, foi avaliado registros de exames de corpo de delito de mulheres de violência doméstica, entre 2004 e 2008, realizados no Departamento Médico Legal de Vitória, o qual identificou que 12,51% das vítimas sofreram lesão em osso frontal, sendo uma das principais regiões acometidas. Nesse mesmo estudo, o osso temporal foi um dos menos afetados (2,53%), diferentemente do que foi encontrado no presente estudo.

As lesões extraorais apresentadas reúnem-se nas diferentes áreas da cabeça, sendo a mais acometida a região orbital/periorbital (19,15%), consolidando a pesquisa citada acima¹⁹, a qual afirmou que 17,14% das vítimas de agressão apresentaram lesão na mesma área. Quanto às regiões mentual, massetérica e auricular não foram atingidas igualmente nas duas averiguações, visto que foram menos alcançadas no período de 2004 a 2008¹⁹.

Em relação ao tipo de lesão e suas manifestações, hematoma e equimose foram as principais encontradas de 2018 a

2019 na Grande Vitória, diferentemente de 2004 a 2008 em que predominaram equimose e abrasões, ficando hematoma em 7º posição. Ferida incisa e fratura dental ocorreram em apenas 2,13% dos casos antes e durante a pandemia, já na pesquisa supracitada a porcentagem de lesões dentais e incisivas foram 11,63 e 7,75, respectivamente¹⁹.

De 47 laudos analisados, 5 resultaram positivo no exame toxicológico, diferentemente do encontrado em um estudo com mulheres maiores de 14 anos, vítimas de homicídio na África do Sul, no qual 62% das vítimas de agressão apresentaram elevadas concentrações de álcool no sangue²⁰. Essa diferença pode ser justificada pela não realização do exame em aproximadamente 64% dos casos da Grande Vitória em 2018 a 2021. Por um lado, o consumo de álcool pelas vítimas pode ser consequência da violência como forma de lidar com o medo, terror, dor e antecipação da violência. Além disso, a embriaguez torna a mulher incapaz de se proteger, prejudica seu julgamento e, portanto, aumenta sua vulnerabilidade²⁰. Por outro lado, o consumo de álcool faz com que as vítimas sejam vistas pelos agressores como transgressoras das normas de comportamento ou merecedoras por terem bebido²¹.

Quanto à ocorrência de presença de PSA e SPTZ obteve-se uma média de 14,89%, ou seja, 7 casos. Em um estudo realizado no estado do Amazonas, foram analisados 52 laudos de 2016-2017, no qual 19,9% (10 laudos) apresentaram envolvimento de violência sexual, demonstrando que o número de casos

envolvendo estupro foi menor nos 4 anos analisados na Grande Vitória em comparação com o estado do Amazonas em 2 anos. A ocorrência de violência sexual antecedendo o feminicídio pode ser vista como um indício de que essas mortes podem estar relacionadas com ocupações estigmatizadas, como as profissionais do sexo ou mesmo com usuários de drogas ilícitas¹².

O risco de as mulheres notificadas por violência doméstica morrerem por agressão é maior do que na população feminina geral, devido às diferenças entre os gêneros, provocando desigualdade, discriminação e subordinação estrutural das mulheres, as quais ocupam posições subalternas e secundárias¹⁷.

No Brasil, algumas medidas vêm sendo tomadas com o intuito de oferecer amparo às vítimas de violência, a fim de não evoluir para feminicídio. No final de 2006, foi promulgada a lei nº 11.340/06, também conhecida como Lei Maria da Penha (LMP), que qualificou a violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos e um comportamento criminoso no país²².

Um estudo comparativo do número de mulheres agredidas antes e após a vigência da LMP concluiu que não houve redução significativa das taxas anuais de mortalidade feminina por agressão, evidenciando, que a raiz do problema se encontra eminentemente na cultura patriarcal e machista do país, de resolutividade mais difícil. O número de ocorrências fez com que fosse criado, em 2013, o Guia da OMS para orientar os serviços de saúde em resposta a situações

de violência contra a mulher e o Programa de Abrigamento para mulheres em situação de violência sob grave ameaça de morte⁸.

Em 2015 foi sancionada a Lei do Feminicídio nº 13.104/15, a qual colocou a morte de mulheres no rol de crimes hediondos e diminuiu a tolerância nesses casos³. Entretanto, de acordo com o Atlas da Violência de 2020, no ano de 2018, 4.519 mulheres foram mortas por homicídios no Brasil, o que corresponde 4,3 mulheres mortas a cada 100 mil, significando um aumento de 4,2% em dez anos⁸.

Com o intuito de diminuir os casos de violência contra mulher e, conseqüentemente, feminicídio recomenda-se acesso aos centros de apoio à vítima, departamentos de polícia, elaboração de um plano de segurança, uso de canais virtuais, realização de campanhas públicas de conscientização e folhetos informativos. Além disso, trabalho colaborativo e integrado entre as organizações para coleta de dados, seleção de indicadores, avaliação de impacto e desenho de ações contra a violência são necessários²³.

Ainda, como forma de diminuir os casos, a formação e a educação dos profissionais de saúde em relação aos sinais de alerta e conhecimento técnico são fundamentais. Neste contexto, é fundamental implementar protocolos nos serviços de saúde, tanto na atenção básica, como também nos níveis de maior complexidade, para reconhecer e questionar se a mulher sofreu ou sofre violência, a fim de traçar um plano de cuidado, fornecer rede de apoio e discernir quando o evento é de risco imediato para

agir de forma rápida e eficaz^{23,25,26}. Também se faz urgente reforçar o trabalho conjunto entre a segurança pública e os setores de saúde e assistência social, além da sociedade civil, na prevenção, identificação e enfrentamento desse tipo de violência²³.

Dentre as limitações encontradas neste estudo pode-se citar a dificuldade em localizar artigos que relacionam feminicídio, lesões em região craniofacial e pandemia do vírus Sars-CoV-2. Embora o entrave, os achados desta pesquisa possibilitaram debater sobre as particularidades de tal

crime, bem como as possíveis formas de diminuir o alto índice de homicídio de mulheres em consequência do gênero.

CONCLUSÃO

Na amostra examinada, o traumatismo craniano foi a causa de morte mais frequente e a região frontal foi a região craniana mais atingida pelos traumatismos. Não ocorreu variação significativa na prevalência de feminicídio antes e durante a pandemia do vírus SARS-CoV-2 na região da Grande Vitória, no Estado do Espírito Santo.

ABSTRACT

Introduction: femicide is homicide that involves domestic and family violence, contempt or discrimination against the fact that the victim is a woman. In 2020, pandemic of SARS-CoV-2 virus was declared and, to reduce the spread of the disease, social isolation was adopted, exposing many women to a greater risk of domestic violence. Studies indicate that most traumas occur on the face, highlighting the importance of studying cases of femicide involving the oral and maxillofacial region. Purpose: to verify the prevalence of femicide, involving lesions in the craniofacial region, in the period before (2018 and 2019) and during (2020 and 2021) the coronavirus pandemic. Methods: a descriptive analysis was carried out, through the numerical frequency and percentage of the number of femicides involving the craniofacial region in the period from 2018 to 2021. Results: the number of reports of femicide analyzed in Vitória was 47, with 24 before and 23 during the pandemic, with no significant variation. It was also found that in 68.83% of the total cases there was the presence of craniofacial lesion, mainly in the skull and extraoral region. Conclusion: there was no significant variation in the prevalence of femicide before and during the SARS-CoV-2 virus pandemic in the Grande Vitória region, in the state of Espírito Santo.

KEYWORDS

Forensic dentistry; Homicide; Women; SARS-CoV-2.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MDCAD, Vieira ELR, Penha MRCD, Melo EHD, Caldas ADF. Characterization of women victims of violent death in a metropolitan area of Northeast Brazil. RGO-Revista Gaúcha de Odontologia. 2015;63:439-45. <https://doi.org/10.1590/1981-863720150003000102883>.
2. Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa Social (Espírito Santo). Feminicídio. Espírito Santo: Governo do Estado do Espírito Santo; 2021.
3. Romero TI. Sociología y política del feminicidio; algunas claves interpretativas a partir de caso mexicano. Soc. Estado. 2014;29:373-400. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200004>.
4. Brasil. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. 2015. Acessado em 27 de maio de 2022. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm.
5. Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MBDA, Gomes CS, Machado ÍE, Souza PRBD et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. Epidemiol. Serv. Saude. 2020; 29:e2020407. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>.
6. Maranhão RA. A violência doméstica durante a quarentena da COVID-19: entre romances, feminicídios e prevenção. Brazilian Journal of Health Review. 2020; 3(2):3197-3211. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-161>.
7. Pessoa BGF, Nascimento EF. Feminicídio e Covid-19. Revista Espaço Acadêmico. 2020; 20(244):37-46.
8. Fernandes CLS, Morais MCG, Deiningner LSC. Análise do feminicídio nos últimos anos no Brasil. Brazilian Journal of Health Review.

- 2021; 4(2): 9150-9161. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-418>.
9. NYT, Tassara IG, Casaca MCG, Falcão AA, Bellini MZ. Violência contra a mulher e feminicídio no Brasil-impacto do isolamento social pela COVID-19. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020; 3(3):4511-4531. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-049>.
10. Bueno S, Bohnenberger M, Sobral I. A violência contra meninas e mulheres no ano pandêmico. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. 2021; 15:93-109. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/6-a-violencia-contra-meninas-e-mulheres-no-ano-pandemico.pdf>. Acessado em: 07 de junho de 2022.
11. Machado L. Menos roubos e mais feminicídios: como a pandemia influenciou a violência no Brasil. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-54587404.amp>. Acessado em 07 de junho de 2021.
12. Orellana JDY, Cunha GM, Marrero L, Horta BL, Leite IC. Violência urbana e fatores de risco relacionados ao feminicídio em contexto amazônico brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(8): e00230418. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00230418>.
13. Santana RC, França FMS, Santana RS, Fontes FLL. Mapeamento dos casos de feminicídio em Teresina, Piauí, como uma estratégia de desenvolvimento de política pública local. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.* 2021; 10(4):28-47. <https://doi.org/10.17566/ciads.v10i4.719>.
14. Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN). Distribuição populacional no Espírito Santo: resultados do censo demográfico 2010. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/ConteudoDigital/2012_1022_958_201127.pdf. Acessado em: 07 de junho de 2021.
15. Cruz KAR. Até que a morte nos separe: uma análise sobre o feminicídio no município de Vitória-ES. *Anais do Seminário de Ciências Sociais*. 2017; 2. Disponível em: <https://docplayer.com.br/105474885-Ate-que-a-morte-nos-separe-uma-analise-sobre-o-femicidio-no-municipio-de-vitoria-es.html>. Acessado em: 10 de junho de 2020.
16. Arpini N. Serra aparece na lista das 30 cidades mais violentas do país. G1 ES – Portal de Notícias da Globo. Disponível em: <https://g1.globo.com/espirito-santo/noticia/serra-aparece-na-lista-das-30-cidades-mais-violentas-do-pais.ghtml>. Acessado em: 30 de junho de 2022.
17. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA, et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciênc. saúde colet.* 2017; 22(9): 2930-8. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12712017>.
18. Sousa MEP, Santana MR, Cunha GIM, Sousa MRS, Silva IMN, Gonçalves FR. Traumas em mulheres vítimas de violência: uma análise em Recife-PE. *Nursing (São Paulo)*. 2020; 23(269): 4703-4710. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i269p4703-4710>.
19. Castro TL, Tinoco RLR, Lima LNC, Costa LRS, Franceschini Júnior L, Daruge Júnior E. Violence against women: characteristics of head and neck injuries. *Rev Gaúch. Odontol.* 2017; 65(2):100-108. <https://doi.org/10.1590/1981-863720170002000013245>.
20. Mathews S, Abrahams N, Jewkes R, Martin LJ, Lombard C. Alcohol use and its role in female homicides in the Western Cape, South Africa. *J Stud Alcohol Drugs*. 2009; 70(3):321-327. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.321>.
21. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K, et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2014; 109(3):379-391. <https://doi.org/10.1111/add.12393>.
22. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. *Diário Oficial da União [Internet]*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acessado em 27 de maio de 2022.
23. Sánchez OR, Vale DB, Rodrigues L, Surita FG. Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;151(2):180-7. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13365>.
24. Munevar DI. Delito de feminicidio. Muerte violenta de mujeres por razones de género. *Estud. Socio-Juríd.* 2012;14(1):135-175.
25. Alvares J, Medeiros C. A culpa é de quem? O invisível e o incógnito no discurso sobre o feminicídio. *Revista Memorare*. 2019; 6(1):172-188. <https://doi.org/10.19177/memorare.v6e12019171-187>.
26. Meneghel SN, Portella AP. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. *Ciênc. saúde colet.* 2017; 22(9): 3077-3086. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.11412017>.