



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO**

Fabiane da Fontoura Messias de Melo

Mortes maternas ocorridas na pandemia de Covid-19 no Acre:
um estudo sobre feminicídio de Estado

Brasília
2025

Fabiane da Fontoura Messias de Melo

Mortes maternas ocorridas na pandemia de Covid-19 no Acre:

um estudo sobre feminicídio de Estado

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília, na área de concentração “Direito, Estado e Constituição”.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Debora Diniz

Brasília

2025

Ficha catalográfica para trabalhos acadêmicos
[Elemento obrigatório.]

[Insira neste espaço a ficha catalográfica para
trabalhos acadêmicos.]

[A ficha é elaborada pelo(a) autor(a) no seguinte link:
<https://bce.unb.br/ficha/>]

Fabiane da Fontoura Messias de Melo

Mortes maternas ocorridas na pandemia de Covid-19 no Acre: um estudo sobre
Feminicídio de Estado

Esta Tese de Doutorado foi avaliada em 31 de março de 2025 pela banca examinadora
composta pelas seguintes membros:

Professora Doutora Debora Diniz (orientadora)
Faculdade de Direito - Universidade de Brasília

Professora Doutora Janaína Lima Penalva da Silva (membro interno)
Faculdade de Direito - Universidade de Brasília

Doutora Luciana Stoimenoff Brito (membro externo)
Anis Instituto de Bioética

Doutora Ilana Grunbaum Ambrogi (membro externo)
Anis-Instituto de Bioética

Doutora Silvane da Cruz Chaves (membro externo)
Universidade Federal do Acre

Certificamos que esta é a versão original e final da tese que foi julgada adequada para
obtenção do título de Doutora em Direito.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Brasília
2025

AGRADECIMENTOS

A realização de um Doutorado sempre foi um sonho que parecia muito distante e difícil de realizar. Durante essa jornada sobrevivi a uma pandemia, passei por momentos de angústia e de medo, mas também de felicidade e de vitórias. Tenho absoluta convicção de que eu nunca estive sozinha nesta caminhada, por isso agradecer é um ato de reconhecimento às pessoas que contribuíram, cada uma à sua maneira, para que esse momento se concretizasse:

Primeiramente a Deus pela presença em todos os momentos da minha vida, principalmente quando as dúvidas e as incertezas se fizeram presentes. À Nossa Senhora que me encheu de forças para enfrentar as dificuldades da vida pessoal, familiar e acadêmica.

Ao meu amado marido Luciano, que em todos os momentos me apoiou. Você foi o alicerce que nunca duvidou de mim. Obrigada. Eu te amo.

Aos meus filhos, Leandro e Luís, vocês dois são minha força diária. O amor que sinto por vocês é inexplicável e transborda para fora do peito em todos os minutos da minha vida.

À minha família, meu pai Messias, minha mãe Cleusa, minhas irmãs Cinthia e Claudia, meus cunhados Cicero e Adaílton, sobrinha Beatriz, sobrinhos Caio e Cristiano e minha sogra Lúcia. Aos meus familiares que, com amor e carinho, estiveram sempre presentes nesta caminhada. Eu sei que não teria chegado até aqui sem o amor e o apoio de vocês.

Agradeço à professora Debora Diniz, orientadora deste trabalho, que acompanhou cada passo desta trajetória de maneira respeitosa e generosa. Admiro o seu compromisso ético-político de fazer pesquisa engajada pelos direitos das mulheres. Foi um privilégio ter a oportunidade de vivenciar a experiência da pesquisa de campo em Rio Branco e compartilhar momentos únicos de muito aprendizado e reflexões.

Às professoras Janaína Lima Penalva da Silva, Luciana Stoimenoff Brito, Ilana Grunbaum Ambrogi e Silvane da Cruz Chaves, por aceitarem o convite para compor esta banca examinadora, pelas observações e contribuições enriquecedoras para o meu trabalho.

Às todas as pesquisadoras do projeto “Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre mortalidade materna”, cujo diálogo, estudos e reflexões coletivas foram fundamentais para a escrita desta tese de doutorado. Estendo minha gratidão à Sinara Gumieri, Maria Adélia Melo e Mariana Paris pelas leituras respeitosas e contributivas.

À Matilha, especialmente à Lianne Carvalho pela parceria, amizade, conversas e trocas, pois este vínculo forte que construímos é valioso para mim.

À Dr^a Maria das Dores Sousa Nunes, médica que me auxiliou a compreender os aspectos complexos da vigilância do óbito materno, meu muito obrigada.

Também agradeço à Universidade Brasília (UNB), à Universidade Federal do Acre (UFAC), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), à Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA), Secretaria de Estado de Saúde do Acre (SESACRE) e ao revisor acadêmico Thirson Rodrigues de Medina pelo apoio na realização do presente estudo.

À Coordenação do Doutorado Interinstitucional UNB-UFAC, em especial à Euzilene Moraes, sempre paciente e solícita. Minha gratidão à equipe e que possamos seguir lutando pela defesa de uma Universidade pública, gratuita e socialmente referenciada.

Às professoras e professores do DINTER, que me ensinaram tanto sobre o Direito, de maneira acolhedora, motivadora e respeitosa.

Aos colegas do Curso de Psicologia da Ufac, especialmente à professora Madge Porto, pela escuta e incentivo. Você é uma mulher inspiradora e admirável.

A todas as minhas amigas pela torcida e apoio. Vocês são especiais.

Às famílias entrevistadas, a minha gratidão pela disponibilidade e generosidade em compartilhar o vivido por vocês, mesmo imersas em lutos.

Por fim, quero agradecer de coração a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, ajudaram a realizar este trabalho. Muito obrigada!

“não é preciso conhecer a pessoa perdida para afirmar que ali havia uma vida” (BUTLER, Judith, 2022, p. 100)

RESUMO

Este estudo analisa casos de mortes maternas ocorridas durante a pandemia da Covid-19 no Acre, entre 2020 e 2022. O objetivo é demonstrar que essas mortes não podem ser atribuídas exclusivamente à pandemia, mas refletem condições sociais preexistentes, como desigualdades socioeconômicas, acesso limitado aos serviços de saúde e uma gestão inadequada da crise sanitária. A questão central, “O que fizeram com elas?”, implica reconhecer que já existiam evidências científicas para orientar o cuidado, mas medidas necessárias não foram implementadas para evitar essas mortes. A pesquisa se baseou em visitas aos órgãos responsáveis pela Vigilância de Óbitos Maternos estadual e municipal, análise de declarações de óbitos e prontuários médicos, entrevistas com familiares, revisão da literatura nacional e internacional e discussões com o grupo de pesquisa envolvido no projeto “Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre mortalidade materna”. Das 25 mulheres grávidas e puérperas que faleceram em Rio Branco durante a pandemia de Covid-19, 8 famílias concordaram em participar das entrevistas. A análise identificou elementos que evidenciam como o feminicídio de Estado impactou essas mortes: as fragilidades do sistema local de vigilância de óbitos maternos, dentre eles erros de codificação, barreiras no acesso aos cuidados, conforme revelado pelos prontuários médicos e entrevistas, e o cenário de condutas que desconsideraram as evidências científicas em saúde, incluindo a aquisição de medicamentos ineficazes e falhas na imunização contra a Covid-19, que é um recurso comprovadamente eficaz de proteção. A conclusão deste estudo aponta que, embora cada história tenha suas particularidades, há traços comuns nas mortes dessas mulheres: elas foram vítimas de formas combinadas de opressão de gênero, raça e classe, enfrentando sistemas de saúde que negligenciaram a saúde sexual e reprodutiva durante a pandemia. Além disso, sofreram as consequências da pobreza e de uma gestão inadequada da crise sanitária. As famílias enlutadas são sobreviventes de uma pandemia e, ao mesmo tempo, vítimas de políticas públicas ausentes, vivendo em condições precárias, expostas à doença, à fome e à violência. O presente trabalho serve como um registro das falhas do Estado em responder de maneira eficiente à pandemia da Covid-19, especialmente no que diz respeito às necessidades de saúde e cuidado das mulheres.

Palavras-chave: morte materna; pandemia; Covid-19; feminicídio de Estado.

ABSTRACT

This study analyzes cases of maternal deaths that occurred during the Covid-19 pandemic in Acre, between 2020 and 2022. The objective is to demonstrate that these deaths cannot be attributed exclusively to the pandemic, but reflect preexisting social conditions, such as socioeconomic inequalities, limited access to health services, and inadequate management of the health crisis. The central question, “What did they do to them?”, implies recognizing that there was already scientific evidence to guide care, but necessary measures were not implemented to prevent these deaths. The research was based on visits to the agencies responsible for state and municipal Maternal Death Surveillance, analysis of death certificates and medical records, interviews with family members, review of national and international literature, and discussions with the research group involved in the project “Stories of women in times of pandemic: a study on maternal mortality”. Of the 25 pregnant and postpartum women who died in Rio Branco during the Covid-19 pandemic, 8 families agreed to participate in the interviews. The analysis identified elements that demonstrate how state-sponsored feminicide impacted these deaths: weaknesses in the local maternal death surveillance system, among them coding errors, barriers to access to care, as revealed by medical records and interviews, and the scenario of conduct that disregarded scientific evidence in health, including the acquisition of ineffective medications and failures in immunization against Covid-19, which is a proven effective protective resource. The conclusion of this study indicates that, although each story has its own particularities, there are common traits in the deaths of these women: they were victims of combined forms of gender, race, and class oppression, facing health systems that neglected sexual and reproductive health during the pandemic. In addition, they suffered the consequences of poverty and inadequate management of the health crisis. The grieving families are survivors of a pandemic and, at the same time, victims of absent public policies, living in precarious conditions, exposed to disease, hunger, and violence. This paper serves as a record of the State’s failures to respond effectively to the Covid-19 pandemic, especially with regard to women’s health and care needs.

Keywords: maternal death; pandemic; Covid-19; state feminicide.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Registro da aplicação dos imunizantes em Grávidas ou puérperas, no estado do Acre no período de 2021-2022	103
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10 ^a Revisão
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRM	Conselho Regional de Medicina
DO	Declaração de óbito
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
HUERB	Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IML	Instituto Médico Legal
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
MBH	Maternidade Bárbara Heliodora
MM	Mortalidade materna
MM	Mortalidade materna
MPAC	Ministério Público do Estado do Acre
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascido vivo
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-nascido
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde

SESACRE	Secretaria de Estado de Saúde do Acre
SIM	Sistema de informação de mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação do Óbito
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UF	Unidade Federada
UFAC	Universidade Federal do Acre
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNPFA	Fundo de População das Nações Unidas
UPA	Unidade de Pronto-atendimento
URAP	Unidade de Referência em Atenção Primária
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	O Acre como campo da pesquisa.....	15
1.2	Estrutura da tese	18
2	OS CAMINHOS E ESCOLHAS METODOLÓGICAS.....	22
2.1	A pesquisa em arquivo	22
2.2	As entrevistas e o diário de campo	26
2.3	O processo de apreensão do marco analítico	28
2.4	O testemunho sobre as mortes maternas: responsabilidade e chamado ético	30
2.5	Questões éticas do estudo	32
2.6	A decisão por nomear: do apagamento para a nomeação	33
3	DO FEMINICÍDIO DE ESTADO	37
3.1	Do femicídio ao feminicídio: classificações das diferentes formas de violência contra as mulheres e meninas.....	38
3.2	A violência de gênero durante a pandemia de Covid-19	46
3.3	O marco analítico de feminicídio de Estado	48
4	MORTALIDADE MATERNA: ASPECTOS TEÓRICOS-CONCEITUAIS	50
4.1	Conceitos, classificações e codificações em Mortalidade Materna	50
4.1.1	A Vigilância do Óbito Materno no Brasil.....	55
4.2	Cenário da mortalidade materna antes da pandemia de Covid-19.....	58
4.3	Os impactos da pandemia de Covid-19 nas populações e na morte materna	62
5	FEMINICÍDIO DE ESTADO DE MULHERES GRÁVIDAS E PUÉRPERAS: A PESQUISA NO ACRE	71
5.1	Fragilidades do Sistema de vigilância do óbito materno local	71
5.2	Quem são elas	76
5.2.1	Perfil homogêneo da precarização da vida	76
5.2.2	Relatos de oito histórias de mulheres grávidas e puérperas	82
I -	Katiane Mesquita: “eu sinto muito porque eu não vou ver o meu filho crescer”	83
II -	Elionete Ventura: “mãe, se eu não vir amanhã pra casa, cuida dos meus filhos”.....	84
III -	Alice Borges: “me tira daqui. Me tira daqui”	86
IV -	Raquel Trindade: “mãe, tá muito ruim pra respirar”	87

V -	Vanúcia Silva: “eu tenho medo de pegar Covid”	89
VI -	Tereza Nascimento: “eu não vou mais voltar pra casa”	90
VII -	Elisângela Souza: “mãe, se eu pegar essa Covid, eu não vou resistir”	92
VIII -	Laura Freitas: “e se o tempo voltasse? E se a minha mãe voltasse, hein?”	93
	5.2.2.1 As barreiras no cuidado à saúde	94
	5.3 O cenário acreano de condutas contrárias às evidências na pandemia de Covid-19	102
	5.3.1 Aspectos nacionais e locais da vacinação	103
	5.3.2 O Kit Covid.....	107
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
	REFERÊNCIAS	119
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	145
	APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA.....	147
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA - PRONTUÁRIO DO SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL	148
	APÊNDICE D – PLANILHA INFORMAÇÕES DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITOS.....	152
	ANEXO A – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL SEMSA.....	155
	ANEXO B – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL SESACRE	156
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	159

1 INTRODUÇÃO

No dia 31 de dezembro de 2019 um vírus, ainda desconhecido, foi informado à Organização Mundial da Saúde (OMS). Vários casos de pneumonia foram relatados em Wuhan, na República Popular da China. Na semana seguinte, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus. No dia 30 de janeiro de 2020 a OMS declara Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) com casos em seres humanos em 19 países, dentre eles China, Alemanha, Japão, Vietnã e Estados Unidos (WHO, 2020a).

A direção da OMS fez importantes recomendações para reduzir a propagação do vírus: orientou que os países implementassem decisões baseadas em evidências, solicitou apoio aos países com sistemas de saúde mais fragilizados e propôs a aceleração no desenvolvimento de vacinas, tratamentos e diagnósticos. Também orientou sobre o combate a disseminação de rumores e desinformação e a necessidade de revisão dos planos de preparação e avaliação dos recursos necessários para prevenção e redução da transmissão (WHO, 2020a).

De acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005), a ESPII é o mais alto nível de alerta da Organização e constitui-se um risco de saúde pública devido a capacidade de disseminação internacional. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020) era a sexta vez que uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional havia sido declarada. As outras foram: o vírus H1N1 em 2009, poliovírus em 2014, Ebola na África Ocidental também em 2014, vírus Zika em 2016 e em 2018 novamente o Ebola na República Democrática do Congo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) explica que os modos de transmissão do vírus SARS-CoV-2, causador da Covid-19, incluem transmissão por contato, gotículas, aerossóis, fômites, fecal-oral, pelo sangue, de mãe para filho e de animal para humanos (WHO, 2020c). Luigi Santacrose *et al.* (2021) detalha que em 11 de fevereiro de 2020 o Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (ICTV), designou o novo tipo de coronavírus de SARS-CoV-2, responsável por causar a doença Covid-19. Anteriormente, havia sete coronavírus humanos identificados (HCoVs- sigla do inglês *human coronaviruses*) assim nomeados: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV e MERS-COV.

As vias aéreas superiores e inferiores são atingidas na infecção e posteriormente outros sistemas, como gastrointestinal, cardiovascular, renal, o sistema nervoso central (SNC) e o sistema nervoso periférico (SNP), podendo levar à morte. A detecção do vírus ocorre por meio de técnica laboratorial chamada RT-PCR reação em cadeia da polimerase-transcriptase reversa em tempo real (Santacroce *et al.*, 2021).

Em 11 de março de 2020 a direção da OMS caracterizou a Covid-19 como pandemia, em decorrência do aumento alarmante no número de casos, mortes e países atingidos. Era o reconhecimento dos surtos de Covid-19 e sua distribuição geográfica a nível global. A OMS enfatizou a necessidade de estratégias diversas e combinadas para prevenção da infecção e minimização dos impactos, como rápida identificação, diagnóstico e gerenciamento de casos suspeitos e confirmados. A necessidade de acelerar o desenvolvimento de vacinas e terapêuticas para combater o novo coronavírus foi reforçada (WHO, 2020b).

O Brasil foi o segundo país com mais mortes registradas na pandemia de Covid-19, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, conforme dados do Painel da OMS Covid-19 (OMS, 2023). Foram quase 700 mil casos fatais relatados à Organização Mundial de Saúde (OMS), com taxa de mortalidade de 339,1 por 100 mil habitantes. De acordo com o painel da situação epidemiológica do Brasil do Ministério da Saúde (MS), o Acre registrou 169.210 casos, 2.081 óbitos e taxa de mortalidade de 236,0 por 100 mil habitantes entre 2020 e 2022 e a capital Rio Branco notificou 84.629 casos, 1.208 mortes e atingiu a taxa de mortalidade de 296, 57 por 100 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2024).

As estatísticas são alarmantes e expressam uma parte do horror provocado pela pandemia do novo coronavírus (SARS-COV-2), causador da doença Covid-19. Os números não conseguem revelar os nomes das milhares de vidas perdidas nem conseguem traduzir as histórias das famílias partidas pelas perdas. A crise global afetou de maneira devastadora as populações já historicamente vulnerabilizadas e fragilizou ainda mais as políticas e serviços de saúde sexual e reprodutiva, assim como foi no Ebola e Zika, também emergências de Saúde Pública de Importância Internacional classificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A primeira vez que Brasil tornou-se o epicentro de uma crise de saúde pública foi na epidemia do Zika (ZIKV). A direção da OMS reconheceu como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 01 de fevereiro de 2016,

em decorrência do surto de casos de microcefalia e outros distúrbios neurológicos relatados no país (WHO, 2016).

Debora Diniz (2016a; 2017) apontou que os seus efeitos espelharam a desigualdade social brasileira. As mulheres pobres e negras do Nordeste foram as mais afetadas. Elas moravam em áreas com condições sanitárias precárias e acesso irregular à água potável, o que contribuiu à proliferação de doenças transmitidas por mosquitos, e tiveram escasso acesso à informação e aos serviços de atenção à saúde. A falta de centralidade das políticas de saúde sexual e reprodutiva nas respostas à essa emergência sanitária deixou marcas na vida de mulheres vulnerabilizadas pela raça e classe, desamparadas na tarefa de cuidado relegadas a elas.

Todo esse contexto é novamente¹ experienciado com a pandemia de Covid-19 em uma escala global muito grave, com repercussões de diferentes naturezas. Uma delas alertou e preocupou pesquisadoras e cientistas: o aumento alarmante de mortes maternas durante a pandemia de Covid-19 no Brasil. É nesse momento que o grupo de pesquisa do qual faço parte iniciou o projeto “Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre mortalidade materna”, que entrevistou familiares de mulheres que morreram durante o ciclo gravídico puerperal na pandemia por Covid-19 no Brasil. Além de compreender o atendimento em saúde, foi definido como agenda de pesquisa a seguinte questão: “o que fizeram com elas”? Os achados preliminares deste estudo qualitativo desenvolvido por Debora Diniz, Luciana Brito e Gabriela Rondon foram publicados em abril de 2022.

Atrasos cruciais foram constatados e impediram respostas efetivas e centradas na saúde da mulher: na identificação dos sintomas relacionados ao Covid-19 das mulheres grávidas e nos testes; na internação de mulheres após o diagnóstico de Covid-19 e na prestação de cuidados intensivos após a hospitalização. As falhas relativas aos cuidados médicos foram afetados pelo racismo e normas de gênero (Diniz, Debora; Brito, Luciana S.; Rondon, Gabriela, 2022).

1.1 O Acre como campo da pesquisa

A trajetória da escrita foi atravessada por três cortes temporais da pandemia. O primeiro, o da identificação de que um novo vírus havia chegado ao país, tempo da

¹ A pesquisadora-advogada Luna Borges (2024) produziu um testemunho de como mulheres e meninas brasileiras foram afetadas por duas crises em saúde em menos de cinco anos: a provocada pelo vírus Zika e a causada pelo Sars-CoV2.

adoção de medidas como distanciamento social e uso de máscaras; o segundo, o de que a população brasileira e acreana estava sendo fortemente atingida; e o terceiro tempo do que as políticas e as normas definiram como fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à COVID-19 (WHO, 2023b).

Apesar de todas nós termos sido atravessadas pelos três tempos da pandemia de Covid-19, os efeitos foram distribuídos de maneira distinta. Como psicóloga e professora do curso de Psicologia da Universidade Federal do Acre (Ufac), eu não ocupei a linha de frente de combate ao vírus e não realizei atividades laborais exposta à infecção. Nos primeiros meses da pandemia, quando ainda inexistia vacinação, as ações de pesquisa, ensino e extensão da Universidade foram realizadas de maneira remota. E é nesta posição, ciente dos privilégios socioeconômicos, e tomada pela responsabilidade do testemunho, que propus desenvolver uma pesquisa de doutoramento (UnB/Ufac) que tivesse como local de estudo o Acre por entender que aqui também deve ser um lugar de garantia e proteção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres acreanas.

Propor um estudo sobre morte materna em território amazônico, geograficamente distante do eixo sul-sudeste, regiões onde estão localizadas as instituições de ensino com maior infra-estrutura e recursos, foi uma experiência desafiadora e inovadora que poderia contribuir para reforçar a importância de estudar, defender e fortalecer a política de saúde dirigida às mulheres. Conhecer o contexto geográfico, social, econômico e a estrutura de saúde do Acre foi um passo importante para entender a realidade do Estado, situar o campo da pesquisa e reconhecer as características populacionais e se apropriar da organização da rede de atenção e serviços à saúde da mulher para explorar os caminhos percorridos pelas mulheres grávidas e puérperas que adoeceram e morreram durante a pandemia.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) o Acre possui 22 municípios com um pouco mais de 900 mil habitantes, sendo o 3º estado com a menor população do país. É formado por fronteiras internacionais com Peru e Bolívia e por divisas estaduais com Amazonas e Rondônia. Ainda de acordo com o IBGE (2022), a capital Rio Branco possui população estimada de quase 420 mil habitantes.

Os dados do relatório mais atual de desenvolvimento humano brasileiro (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento- PNUD, 2023) apontaram que o Acre é um dos Estados mais pobres da Federação com 0,71 de índice de

desenvolvimento humano (IDH), ocupando a 16ª posição no ranking nacional dos 27 Estados que foram avaliados em três dimensões: longevidade, educação e renda. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD (IBGE, 2022) o rendimento mensal domiciliar per capita é de R\$ 1.095 e possui uma das taxas de desemprego mais altas do país. Essa mesma pesquisa evidenciou que o Acre tem menos de 50% dos domicílios ligados à rede de esgoto, conta com a maior taxa de analfabetismo do Norte e tem um dos maiores índices de feminicídios do país².

O plano Estadual de Saúde - PES (Acre, 2020) afirma que 70% da população ocupa as áreas urbanas e a grande maioria (95%) é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto à rede ambulatorial e hospitalar da capital, a rede de atenção à saúde de média e alta Complexidade é de responsabilidade da gestão estadual. A oferta de serviços de internação hospitalar abrange o Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco (Huerb), o Hospital de Saúde Mental (Hosmac), o Hospital da Criança, a Maternidade Bárbara Heliodora (MBH), a Fundação Hospitalar do Acre (Fundhacre), o Hospital do Idoso, o Instituto de Traumatologia e Ortopedia do Acre (Into) e Hospital do Câncer no Acre (Unacon). Além disso, o hospital privado Santa Juliana (HSJ) foi contratado para prestar assistência à população usuária do SUS (Acre, 2019).

Na capital, as principais portas de entrada de urgência e emergência estão também sob gestão estadual: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospital de Urgência e Emergência (Huerb) e as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA). O Huerb é porta aberta para emergência e atende a partir da Classificação de Risco que define a prioridade no atendimento (Acre, 2020). O Plano Estadual de Saúde (Acre, 2020) explica que a partir de 2019 a Policlínica Tucumã de ambulatório de atendimento especializado (AAE) tornou-se o ponto de referência que compartilha o cuidado com a Atenção Primária. Anteriormente, as mulheres grávidas de alto risco eram assistidas na Maternidade Bárbara Heliodora (MBH).

As ações e serviços voltados à saúde da mulher do município, incluindo a assistência ao pré-natal de baixo risco, são ofertados pela Unidades de Saúde que compõem a rede de atenção primária. A identificação de algum risco na gravidez é compartilhada com o Ambulatório de Gestação de Alto Risco, sendo o acesso

² Fabiana Lima Andrade e Leonísia Moura Fernandes foram alunas do Doutorado Interinstitucional (Dinter) em Direito realizado em parceria entre a Universidade de Brasília (Unb) e Universidade Federal do Acre (Ufac) e trabalharam o tema do feminicídio no Acre e serão abordadas na presente tese.

regulado através do Sistema Nacional de Regulação- SISREG (Prefeitura de Rio Branco, 2021).

Os marcos de precarização de vida da população acreana ficaram evidentes: residem em um Estado pobre, com IDH baixo, com taxas altas de desemprego, de analfabetismo e de feminicídio. Metade da população não tem acesso a esgoto e renda mensal domiciliar menor que o salário-mínimo atual (PNAD, 2022; PNUD, 2023). Contudo, apesar de imaginada, ainda era obscura a experiência de precariedade vivida pelas mulheres grávidas atravessando uma pandemia. A aproximação com as realidades singulares e comuns que viviam essas mulheres e famílias ajudam a desconstruir os discursos que tentam normalizar e naturalizar essas mortes, pois “naturalizar é tornar normal o que é simplesmente um dado de cultura ou uma decisão conveniente emanada do poder estabelecido” (Debora Diniz e Ivone Gebara, 2022, p. 33). É a partir desse contexto sobre como as emergências sanitárias impactam a vida e violam os direitos das mulheres que o grupo de pesquisa do qual faço parte tem se debruçado. O compromisso ético-político em comum que nos sustenta é estudar, entender e investigar a experiência vivida de mulheres grávidas e puérperas cujas vidas foram destituídas na pandemia.

1.2 Estrutura da tese

Iniciarei pela descrição dos caminhos metodológicos para a construção do trabalho, com o detalhamento da natureza da pesquisa, os recursos utilizados, o percurso ético inclusive a escolha em nomear as mulheres e famílias, usando os nomes verdadeiros. No capítulo seguinte, apresentarei a categoria analítica feminicídio de Estado de mulheres grávidas e puérperas, proposta pela advogada criminalista Soraia da Rosa Mendes (2021), que se refere a todas as mortes de mulheres grávidas e puérperas ocorridas no período da pandemia da Covid-19 por atos deliberados ou decorrentes de omissão estatal. O objetivo foi demonstrar que a morte dessas mulheres não pode ser atribuída exclusivamente aos efeitos do vírus SARS-CoV-2, causador da Covid-19, mas refletiu um conjunto de fatores como as condições sociais preexistentes, como desigualdades socioeconômicas e acesso limitado aos serviços de saúde, somadas a precária gestão da crise sanitária. Responder à pergunta “O que fizeram com elas?” implicou considerar que já tínhamos

evidências científicas para orientar o cuidado e que medidas não foram tomadas para evitar, ou pelo menos reduzir, essas mortes.

Em seguida, abordarei os aspectos teórico-conceituais que envolvem a temática da morte materna, especialmente pela especificidade das linguagens e nomenclaturas encontradas no campo da pesquisa. A apropriação das portarias ministeriais, legislações vigentes, diretrizes e manuais foi essencial para embasar meu olhar analítico sobre os achados e demonstrar que o cenário da mortalidade materna no Brasil e no Acre anterior à pandemia já era desfavorável e de desproteção às necessidades de cuidados destas vidas. Retratarei o tempo histórico da pandemia, pois foi o contexto que estão inseridos os casos que me debrucei e ajuda a demonstrar que a crise sanitária ampliou a fragilidades estruturais já existentes no sistema de saúde e expôs as dificuldades históricas do Brasil em reduzir a mortalidade materna. O fato de estarmos atravessando uma pandemia convocava ainda mais o Estado no seu dever de proteção.

No último capítulo, tratarei dos achados da pesquisa em três seções, buscando demonstrar a negligência Estatal durante a pandemia de Covid-19. A primeira seção iniciará pelo sistema de vigilância Estadual e municipal de Rio Branco, mostrando a realidade e fragilidades encontradas. A segunda seção apresentará quem são as mulheres, a partir de duas análises. A primeira foi realizada a partir das 25 declarações dos óbitos que identificou a presença de um perfil homogêneo de precarização da vida de mulheres atravessadas pelo feminicídio de Estado. A segunda análise de quem são essas mulheres abrangeu a análise de 8 prontuários desses 25 casos, que corresponderam aos casos cujos familiares aceitaram participar da entrevista articulando com os arquivos que registraram seus itinerários e as narrativas das famílias. Por fim na terceira seção, abordarei o cenário acreano de condutas contrárias às evidências na pandemia de Covid-19, os aspectos nacionais da vacinação e o kit Covid.

O que foi escutado, documentado e analisado foi o que sustentou este trabalho. O universo sobre o qual se debruçou a pesquisa foram vislumbres de encontros com as precariedades da vida: mulheres desamparadas na busca por atendimento em saúde, famílias atingidas pela alagação³, contextos de fome e de

³ Alagação é um termo acreano para se referir às inundações das cheias sazonais do rio Acre, atingindo sobretudo populações de baixa renda que são forçadas a abandonar suas casas e deslocadas para abrigos.

pobreza, violências e perdas, porque “a pandemia da covid-19 não é somente uma crise da saúde, justamente porque ressalta as múltiplas precariedades com as quais vivemos” (Janaína Penalva e Bruno Stelet, 2020, n.p.).

É dever ético e feminista demarcar que as famílias partidas pelo luto foram escutadas, acolhidas e respeitadas nas suas dores. A escuta oferecida buscou captar fragmentos das vidas dessas mulheres e suas famílias, que tinham suas próprias vivências, necessidades e direitos (Debora Diniz e Ivone Gebara , 2022). A escuta ofertada proporcionou uma dupla experiência: ao tempo que confrontou os limites da compreensão das dores expressadas, por outro levou ao assombro frente a opressões e desigualdades (Debora Diniz e Ivone Gebara , 2022).

Os achados da pesquisa realizada em Rio Branco indicaram que houve negligência de políticas públicas e atuação do poder político, o que me levou a qualificar como feminicídio de Estado dessas mulheres. Elas enfrentaram dificuldades de acesso a saúde e apesar dos riscos aumentados priorizou-se a gravidez. Algumas delas foram submetidas a tratamentos sem eficácia comprovada, somados a um contexto de desinformação. Elas também não foram priorizadas para o acesso à vacina, mesmo com as altas taxas de mortalidade materna desde o início da pandemia. Tudo isso vulnerabilizou mulheres grávidas e puérperas, potencializando seu risco de morte.

Este trabalho não pretendeu ser uma biografia dessas mulheres. Pondero que o “arquivo está longe de ser ou permitir uma biografia sobre aquelas que não escrevem a sua própria história” (Luna Borges, 2017, p. 15). Além disso, há que se considerar os limites metodológicos inclusive vocabulares para retratar toda a riqueza do vivido, as alegrias, tristezas, dificuldades, memórias e sonhos de cada uma destas vidas tomadas na pandemia de Covid-19. Esta tese é um trabalho que se soma ao esforço ético, coletivo e compartilhado de fazer pesquisa nomeando essas mortes de modo a denunciar a estratégia patriarcal, classista e racista que se movimenta para que continuem se repetindo e sendo ignoradas.

Para isso, inspirada nas palavras de Debora Diniz e Ivone Gebara (2022, p. 8) de que “é preciso assombrar-se para distanciar-se do patriarcado e de suas tramas perversas” busquei uma escrita sensível e engajada ao movimento político feminista de um trabalho árduo e contínuo de deslocamento das certezas do vivido, que denuncia coletivamente as opressões e que aposta num “futuro pleno de esperança de que o tempo ainda a ser vivido será mais livre e seguro para todas” (2022, p. 11).

A permanente inquietação e estranhamento sobre as respostas disponíveis a respeito da mortalidade materna no Brasil durante a pandemia de Covid-19 me levou a um processo pedagógico e lento de desconstrução de mim mesma, pois “não se nasce sabendo escutar o feminismo [...] os portões dos sentidos estão colonizados pelo patriarcado (Debora Diniz e Ivone Gebara, 2022, p. 22). Por isso assumo que escrever ancorada na gramática feminista foi uma experiência particularmente inédita e desafiadora, mas necessária para que “façamos algo com o registro do testemunho de um tempo injusto e de desamparo da vida” (Gumieri, 2024, p. 26).

Considerando que uma morte por causas maternas é um marco de desproteção dessas vidas e revela uma sequência de violências e violações de direitos que deveriam ter sido garantidos pelo Estado, o sentido da escrita foi contribuir com reflexões a respeito da urgência em avançar e priorizar os direitos das mulheres, com investimentos combinados a políticas públicas. A esperança feminista nos convoca a acreditar que é possível tornar o mundo e as relações menos injustas, violentas e desiguais.

2 OS CAMINHOS E ESCOLHAS METODOLÓGICAS

Neste capítulo, explicarei as escolhas metodológicas e éticas que envolveram a pesquisa. Na primeira seção, descreverei os dados e documentos obtidos através das vigilâncias municipal e estadual do óbito. Em seguida, detalharei as etapas da pesquisa documental, bem como os recursos usados no trabalho. Na segunda seção, retratarei os cuidados éticos seguindo os preceitos previstos em normas e diretrizes de pesquisas com pessoas. E, por fim, justificarei a escolha em nomear as mulheres e famílias utilizando seus nomes verídicos.

O trabalho de campo, que sustentou as reflexões desta pesquisa, foi realizado entre os meses de abril de 2023 e agosto de 2024, na cidade de Rio Branco. A entrada em campo se deu após a assinatura do termo de aceite da Secretaria Municipal de saúde de Rio Branco – Semsa ([Anexo A](#)), da Secretaria de Estado de Saúde do Acre – Sesacre ([Anexo B](#)) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília – UnB com CAEE 68223823.7.0000.5540 ([Anexo C](#)).

Todas as documentações foram escaneadas e organizadas em arquivos de nuvem sob guarda da equipe de pesquisa, composta por mim, pela professora orientadora Debora Diniz e pela psicóloga pesquisadora Luciana Brito.

Por questões relativas a custos e tempo para realização do estudo, não foi possível abranger todos os casos de morte materna ocorridos no Estado. Portanto, delimitou-se a mulheres que residiam em Rio Branco. Sendo assim, foram 25 mortes de mulheres grávidas e puérperas que residiam em Rio Branco e morreram entre 2020 e 2022. Desse universo, oito famílias aceitaram participar do estudo. Rio Branco foi a cidade pela qual percorreu-se mais de 80 km, visitou-se diferentes bairros periféricos, pertencentes a zona rural e urbana.

2.1 A pesquisa em arquivo

Os serviços da Vigilância do Óbito Materno do estado e da capital disponibilizaram, através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), a série histórica dos óbitos maternos de 2020 a 2022. Além disso, encaminharam por e-mail documentos oficiais produzidos pelas respectivas secretarias de saúde, como notas técnicas, plano de Contingência estadual para a Infecção Humana pelo novo

Coronavírus – Covid-19 e os planos Estadual e municipal de Saúde. Eles abrangiam a organização das regiões de saúde do estado do Acre, a rede de atenção e cuidados à saúde, perfil epidemiológico, dentre outros dados.

A pesquisa qualitativa compreendeu algumas etapas metodológicas descritas nesta seção: 1. Pesquisa documental; 2. Entrevistas semiestruturadas com familiares e amigas das mulheres grávidas e puérperas que morreram durante a pandemia. 3. Identificação da categoria analítica. A pesquisa documental abrangeu duas fases. A primeira fase incluiu a análise das 25 declarações dos óbitos cedidas pela Vigilância municipal. As informações existentes nas declarações foram coletadas e organizadas numa planilha de Excel ([Apêndice D](#)) previamente preparada pela equipe da pesquisa. Os seguintes dados foram levantados: ano da morte, idade, raça, estado civil, escolaridade, ocupação, local do óbito, causa e em que momento ocorreu – puerpério, gravidez, parto ou abortamento. O estudo das declarações permitiu montar um perfil sociodemográfico amplo e foi relevante para demonstrar a presença de um retrato homogêneo de precarização da vida de mulheres atravessadas pelo feminicídio de Estado: mulheres negras, jovens, na faixa etária dos 30 anos, puérperas e pouco escolarizadas. Importa reconhecer os qualificadores da precarização de suas existências, que mobilizaram minha responsabilidade e compromisso ético sobre como construir um testemunho *sobre o que fizeram com elas*.

A segunda etapa da pesquisa documental abrangeu a análise de 8 prontuários desses 25 casos, que corresponderam aos casos cujos familiares aceitaram participar da entrevista. O estudo dos prontuários da assistência ambulatorial-hospitalar foi importante porque reforçou a tese de que houve feminicídio de Estado demonstrado nos itinerários de cuidados percorridos nos serviços de saúde articulados com os relatos de familiares. Os documentos oficiais elaborados pelas secretarias municipal e estadual de saúde assim como discursos de gestores também foram objetos de análise a fim de identificar e problematizar as condutas e escolhas tomadas à época da pandemia de Covid-19.

A compreensão epistemológica sobre arquivo de Arlette Farge (2009), Jacques Derrida (2011) e Debora Diniz (2015) me inspiram e me amparo nos caminhos já percorridos pelas estudiosas que desenvolveram caminhos epistêmico-metodológicos de pesquisa em arquivo como a que proponho na tese, como as

colegas do grupo Luciana Brito (2016), Gabriela Rondon (2016), Luna Borges (2017; 2024), Mariana Paris (2022) e Vitória Buzzi (2023)⁴.

A partir da descrição de Debora Diniz a respeito do arquivo como “o coletivo de documentos: todo conjunto de informações sobre uma temática comum produzida por determinada instituição” (Diniz, 2015, p. 2669) tomo as declarações de óbitos, fichas de investigação, prontuários médicos e outros documentos oficiais elaborados pelas secretarias de saúde como instrumentos analíticos que permitem propor outros sentidos, pois a informação oferecida pelos guardiões dos arquivos “é um rudimento, e somente a reflexão intelectual o transformará em argumento” (Diniz, 2015, p. 2670).

Reconheço a importância de observar nesse conjunto de documentos as condições de produção de mortes maternas evitáveis, o que implica muito menos a descrição dos fatos, mas sobretudo analisar as engrenagens de poder que os registrou. Luna Borges (2017, p. 22) recorda que “o arquivo não diz a verdade, e, por isso, tentar recuperar os fatos e as falas como representações exatas do real escapa das potencialidades analíticas da pesquisa em arquivo”.

Na sua dissertação de mestrado, Luna Borges (2017) empreendeu uma análise sobre o caso de uma mulher presa por infanticídio, com fundamento nos autos do processo e dossiê do caso. Nesse trabalho, a pesquisadora-advogada explicou que a potência da pesquisa em arquivo é quando se utiliza como matéria para mostrar algo. No caso da presente tese, foi demonstrar e interpretar as mortes maternas ocorridas no Acre durante a pandemia de Covid-19 como feminicídio de Estado.

Na ótica de Debora Diniz e Ivone Gerbara (2022) os arquivos oficiais encobrem as narrativas patriarcais e carregam um estatuto de verdade, que apagam as histórias de mulheres e resumem suas existências ao que foi escrito sobre elas, assim como o observado nos discursos sobre os loucos bandidos:

[...] pouco saberemos sobre quem eles foram ou o que fizeram antes de integrarem o grupo dos loucos bandidos. (...) O arquivo não me revelará se Juvenal frequentou a escola, se tinha amigos que sentiram sua falta ou inimigos que comemoraram sua clausura (Brito, 2016, p. 38-41).

Em sua tese de doutorado, Luciana Brito (2016) apresentou a história de confinamento de Juvenal, que em 2011, vivia há mais tempo em regime de clausura

⁴ Mariana Paris (2022) e Vitória Buzzi (2023) desenvolveram suas pesquisas com base em casos de mortes maternas durante a pandemia de Covid-19 no Brasil, em que os documentos analisados abrangeram relatos de familiares, registros de saúde, prontuários médicos, parecer técnico e as notícias divulgadas na mídia local.

em um manicômio judiciário brasileiro. O *corpus* discursivo analisado foi feito a partir do dossiê do caso e noticiários. A autora aponta que ao mesmo tempo que os documentos reúnem vestígios de vidas, há um silêncio característico, pois “o arquivo é permanentemente uma falta” (Farge, 2009, p. 58).

Apesar de lacunares e fragmentários, Luciana Brito (2016) reflete que a “permanente falta e a sua inscrição pelos regimes de saber e poder — não o desqualificam para a análise do real ou para o lugar de fonte de elaboração teórica” (Brito, 2016, p.41). Assim, entendo que os arquivos que formaram a pesquisa empírica no Acre, como todo e qualquer arquivo, são incompletos, fragmentados, lacunares e não explicam tudo. Contudo, não interpreto como falhas que dificultaram a análise. Na verdade, é uma condição de possibilidades para o “uso diferido”, ou seja, o uso inesperado para tomar o “arquivo como testemunha” (Farge, 2009, p.11). É mais sobre quem os produziu e definiu quais informações seriam omitidas e consideradas relevantes ou não. É nessa definição e seleção que pistas vão sendo dadas sobre como os regimes de saber-poder operaram.

Para Jacques Derrida (2001), o arquivo detém marcas, impressões e inscrições daquele que tem a autoridade e o poder de construí-lo e interpretá-lo. São artefatos de proteção do poder arconte de quem cria o arquivo. Gabriela Rondon (2016) propôs um estudo feito com processo judicial e dossiê de um padre internado em manicômio judiciário na primeira década dos anos 2000 com diagnóstico psiquiátrico exclusivo de pedofilia. Compreendo a partir das reflexões de Gabriela Rondon de que é “preciso resistir à tentação de imaginar que tudo já está dito pelo arquivo. Se não souber indagá-lo, repetirei o que disse o poder arcôntico do arquivador” (Rondon, 2016, p. 21). Se o arquivo é um gesto de poder que propus analisar, o faço com desconfiança de seu estatuto de verdade. Do contrário, eu não conseguiria explorá-lo, apenas repeti-lo e reproduzi-lo.

O arquivo tem o poder narrar e produzir verdades, realidades e existências a partir de diferentes narrativas: equipe médica, instituição e atestado de óbito da mulher. A intenção não foi encontrar respostas sobre *quem eram elas* nos arquivos médicos. Dito isso, tomo os arquivos na intenção de compreender *O que fizeram com elas*.

Os prontuários da assistência ambulatorial-hospitalar foram os recursos disponíveis para captar os registros e dizeres médicos, exames, procedimentos e tratamentos e debruçar-me sobre o dito e o “não-dito” (Farge, 2009). Ao tempo que

me debrucei sobre os discursos impressos nos prontuários e documentos, me propus a entrevistar as famílias.

2.2 As entrevistas e o diário de campo

Seguindo as orientações de Anselm Strauss e Juliet Corbin (2008) era importante que as pessoas entrevistadas tivessem uma relação relevante, em especial afetiva, com as mulheres. Através das declarações de óbitos, os primeiros contatos telefônicos foram estabelecidos. O *WhatsApp* e as redes sociais foram duas ferramentas muito usadas nessa busca por familiares que não atenderam as ligações ou que tinham mudado de número de telefone. O *WhatsApp* em particular foi o meio mais utilizado para manter contato com as famílias que aceitaram participar do estudo. Rosamaria Carneiro e Soraya Fleischer (2020) abordam como essas estratégias de comunicação remota e continuada para situações de pesquisa antropológica estão sendo cada vez mais utilizadas.

O *Whatsapp* foi usado por alguns familiares para ligações, envio de áudios e fotos após a realização das entrevistas,. O campo da pesquisa foi atravessado pela tecnologia, em que a realidade virtual desses contatos foi somado ao encontro presencial. Sobre os usos dessa tecnologia, guardado os desafios éticos-metodológicos, Rosamaria Carneiro e Soraya Fleischer (2020) apontam que esse recurso pode contribuir para “construir relações em formatos mais horizontais e informais” e percebem “como novas relações podem ser criadas, como o aprofundamento do diálogo pode acontecer e até o empoderamento dos sujeitos ganha espaço” (Rosamaria Carneiro e Soraya Fleischer, 2020, p. 6).

A equipe de pesquisa elaborou um memorando ([Apêndice C](#)) para estudar as informações das fichas de investigação, dos prontuários e conhecer um pouco a respeito das oito mulheres, antes da realização das entrevistas (Strauss; Corbin, 2008). As entrevistas foram agendadas em horários escolhidos pelas próprias participantes e realizadas em suas residências como uma forma de aproximar das realidades da vida, conhecer as histórias das que foram mais atingidas pela pandemia e entender os significados que as pessoas constroem e compartilham em pesquisas, “em sua compreensão profunda e situada” (Rosamaria Carneiro e Soraya Fleischer, 2020, p. 11).

As entrevistas duraram aproximadamente uma hora e foram conduzidas pela equipe de pesquisa. O roteiro semiestruturado ([Apêndice B](#)) foi utilizado como guia, mas as entrevistas aconteceram como numa conversa para permitir um ambiente confortável, facilitando o encontro e fluidez da narrativa. As perguntas focaram nas percepções do adoecimento, da busca por cuidados e acesso aos serviços em saúde, dificuldades encontradas, dando à pessoa entrevistada a possibilidade de contar a história não registrada nos documentos biomédicos oficiais existentes, de maneira livre e sem julgamentos. Eu e a pesquisadora Luciana Brito participamos como observadoras das seis entrevistas conduzidas por Debora Diniz, professora da Universidade de Brasília e orientadora desta tese. Duas famílias foram entrevistadas por mim.

O diário de campo foi um instrumento valioso, no qual foram registrados percepções, angústias, questionamentos e informações. Ele foi produzido em todos os contatos com as vigilâncias municipal e Estadual e pessoas entrevistadas. Conforme ensinam Maria Cecília Minayo (2002), Augusto Triviños (2001) e Rosamaria Carneiro e Soraya Soraya Fleischer (2020) o diário incluiu ideias, perspectivas analíticas, reflexões e questionamentos que surgiram no decorrer da pesquisa.

Com base nas orientações das pesquisadoras Rosamaria Carneiro e Soraya Soraya Fleischer (2020), as anotações abrangeram também registros sobre a reflexões éticas de como relatar as histórias das mulheres e famílias, que viviam em contextos de vulnerabilidades sociais, realidades tão diferentes da pesquisadora, sem vulnerabilizar ainda mais.

O *corpus* sobre o qual me debrucei para a pesquisa foi composto por um conjunto variado de perspectivas, fontes, narrativas e documentos que formassem uma triangulação de fontes para captar recortes da existência dessas mulheres e famílias: as visitas aos setores responsáveis pela Vigilância do óbito materno, estudo das fichas de investigação, análise dos prontuários, buscas em notícias de jornais, e postagens em redes sociais das mulheres, conversas com familiares, revisão de literatura nacional e internacional e estudos coletivos com o grupo de pesquisa.

Escutar narrativas, perspectivas e diferentes pontos de vista objetivou ampliar as possibilidades de análise. Após o processo gradual de coleta e organização de todos estes materiais, lancei mão do método de análise da teoria fundamentada de Anselm Strauss e Juliet Corbin (2008). A categoria analítica feminicídio de Estado emergiu do conjunto de dados e colocada como fenômeno central para o

entendimento do que se propôs nesta pesquisa. Para os autores, “o fenômeno central é o coração do processo” (Strauss; Corbin, 2008, p.143). Mas como o feminicídio de Estado emergiu a partir do corpus da pesquisa?

2.3 O processo de apreensão do marco analítico

É compreensível a busca por uma explicação sobre o que ocasionou a morte de uma mulher e porque essa morte aconteceu de uma determinada maneira ou naquela família, por exemplo. Dentre tantas mulheres grávidas e puérperas que adoeceram, nem todas morreram. No mundo compartilhado houve muitas explicações especialmente aquelas de natureza biomédica ou que atribuíram ao pouco conhecimento disponível a respeito do novo coronavírus. Inspirada em Sinara Guimieri (2024, p. 30) também “movi-me da pergunta das entrevistas “o que aconteceu com ela?” para a pergunta “o que fizeram com ela?”.

O lugar que ocupei como pesquisadora envolveu disputar a nomeação dessas mortes das mulheres a partir de outro marco, pois para “ensaiar a pedagogia da pergunta feminista é preciso, primeiro, mapear e dominar as perguntas do patriarcado e suas tramas de opressão. É preciso resistir à tentação de respondê-las no marco de poder que a enuncia” (Debora Diniz e Ivone Gebara, 2022, p. 229). Me somo aos esforços empreendidos e caminhos trilhados pelo nosso grupo de pesquisadoras vinculadas ao projeto “Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre a mortalidade materna”, como Debora Diniz, Luciana Brito, Gabriela Rondon, Luna Borges, Ilana Ambrogi, Arbel Griner, Isadora Dourado, Mariana Paris, Sinara Gumieri e Vitória Buzzi que se distanciaram de respostas simples diante da complexidade do que foi vivido por mulheres grávidas e puérperas em relação a uma das maiores emergências públicas de importância internacional.

O processo de apreensão do marco analítico inicialmente apareceu nos dados epidemiológicos anteriores à pandemia de Covid-19. Muitas mulheres grávidas e puérperas, especialmente aquelas marcadas pelos domínios de precariedade da vida, já morriam no período anterior à pandemia e enfrentavam dificuldades de atenção à saúde, inclusive de acesso a cuidados intensivos. O marco analítico emergiu porque elas voltaram a morrer por causas preveníveis e evitáveis no tempo posterior ao definido como fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

(ESPII) referente à Covid-19 (WHO, 2023b). Morrer por causas preveníveis e evitáveis simboliza que essas vidas valiam pouco.

Há outros elementos que surgiram no decorrer da pesquisa para a escolha do feminicídio de Estado como categoria de análise. A questão da morte materna sempre foi um problema histórico e crônico no Brasil. São antigas as dificuldades em cumprir as metas pactuadas de redução de morte materna e há dificuldades em realizar a investigação no campo da vigilância do óbito. Para que uma mulher morra por causas maternas evitáveis foi preciso a concorrência do silêncio, omissão e negligência das autoridades Estatais encarregadas de prevenir, ou pelo menos, reduzir essas mortes.

O que o marco analítico de feminicídio de Estado nas mortes maternas permitiu explorar foi a produção de reflexões coletivas quanto ao que poderia ou não ter sido feito em cenários de emergências públicas. No caso da pesquisa empírica que será apresentada, as mulheres enfrentaram dificuldades de acesso a saúde e apesar dos riscos aumentados priorizou-se a gravidez. Algumas delas foram submetidas a tratamentos sem eficácia comprovada, somados a um contexto de desinformação. Elas também não foram priorizadas para o acesso à vacina, mesmo com as altas taxas de mortalidade materna desde o início da pandemia. Tudo isso vulnerabilizou mulheres grávidas e puérperas, potencializando seu risco de morte.

O marco analítico também surgiu por meio da escuta de familiares. Escutar é o primeiro dos doze verbos feministas propostos por Debora Diniz e Ivone Gebara (2002) ao lado de imaginar, aproximar, acalantar, lembrar, reparar, recriar, celebrar, compartilhar, perguntar, falar e desobedecer. No verbiário feminista das autoras a “escutadeira feminista” (2022, p. 19) foi a personagem convocada para perturbar o sentido corrente e comum das palavras. Para escutar, precisei posicionar o corpo, “destrancar o portão de minha alienação” (2022, p. 20) e abrir os portões dos sentidos das emoções: o ouvido, o olho, o coração ou a alma.

No exercício da escutadeira feminista destas famílias que tinham vidas e realidades diferentes da minha, a tarefa foi escutar “as verdades das mulheres fora dos dogmas do patriarcado; escutamos a criatividade, a paciência, a coragem e a sobrevivência de mulheres submetidas a um regime de poder cruel que as discrimina, oprime e mata” (Debora Diniz e Ivone Gebara, 2022, p. 23).

Os encontros coletivos com projetos e estudos de mulheres-pesquisadoras do nosso grupo, reunidas por posições éticas e políticas comuns sobre a justiça de gênero, fortaleceu o aprendizado da escuta. Foi ouvindo as minhas colegas que fui

aprendendo a escutar: “precisamos de outras mulheres que nos ensinem a escutar, por isso quanto mais diverso for o feminismo, mais inclusiva será nossa escuta e capacidade de transformação” (Debora Diniz e Ivone Gebara, 2022, p. 23).

Dito isso, o vivido, as relações, as narrativas, os afetos e os encontros foram valorizados na pesquisa de campo e na escrita do trabalho. Coloco-me na posição de uma pesquisadora sensível, atenta e acessível. Como uma sobrevivente da pandemia, foi preciso o exercício do estranhamento, da perplexidade e da reflexividade sobre como produzir um testemunho sobre as mortes maternas na pandemia de Covid-19 num campo de pesquisa que envolveu afetos, lutos, classes sociais, gênero e particularidades de um estudo desenvolvido no Acre.

2.4 O testemunho sobre as mortes maternas: responsabilidade e chamado ético

As pesquisas com diferentes testemunhos buscaram se posicionar e responder diante das urgências do vivido por mulheres grávidas e puérperas na pandemia de Covid-19. Mariana Paris (2022), Vitória Buzzi (2023), Sinara Gumieri (2024) e Luna Borges (2024) trabalharam suas pesquisas em formato de testemunho, orientadas pela professora Debora Diniz. Um esforço coletivo de produzir pesquisas no contexto de emergências sanitárias, especialmente revelando os impactos na vida de mulheres.

Mariana Paris (2022) fez um testemunho sobre a história de Ariane Sobreira Sato e buscou analisar as possibilidades de responsabilização e reparação em seu caso, particularmente quanto às condutas inadequadas que contribuíram ou, ao menos, não evitaram a sua morte. A pesquisadora-advogada enquadrou as violações de direito no caso de Ariane como imprudência e negligência, modalidades de erro médico.

Vitória Buzzi (2023) analisou formas de reparação e responsabilização pela morte de Viviane Albuquerque Lucena de Melo, primeira mulher puérpera a morrer em Pernambuco durante a pandemia da Covid-19. A pesquisadora-advogada abordou três possibilidades de reparação judicial pela morte de Viviane: a responsabilização internacional do Estado, a responsabilização civil estatal e a responsabilização criminal de Jair Bolsonaro, à época presidente da República. Contrariando as evidências em saúde disponíveis, a autora demonstrou como Estado Brasileiro adotou uma política letal no gerenciamento da pandemia.

Em sua tese de doutorado, Sinara Gumieri (2024) propôs um testemunho sobre a tragédia das mortes maternas por Covid-19 no Brasil e identificou como a economia moral do aborto atravessou essas mortes. No estudo empreendido, ela identificou três dimensões da economia moral do aborto, a saber: o estigma do aborto, a prioridade da continuidade da gravidez em detrimento da saúde da mulher e a tutela do corpo grávido. Estas três categorias transformaram a gestação e o parto em experiências que expuseram as mulheres a graves violações de direitos humanos (Gumieri, 2024).

O artigo de Didier Fassin (2008) traz luz sobre a figura da testemunha. A análise carrega certos elementos de especificidade relativo ao trabalho humanitário no conflito israelo-palestino, mas abordou questões importantes sobre quem testemunha e como testemunha as violências vividas pelos habitantes da Faixa de Gaza e da Cisjordânia, que foi contexto discutido.

Ao debater a pluralidade semântica da figura testemunhal, o antropólogo e sociólogo francês aponta que existem formas diversas de denunciar as violências e desigualdades, desde aqueles que afirmam não poderem testemunhar por aqueles que já não estão presentes até aqueles que assumem a autoridade de agir como porta-vozes dos oprimidos para publicizar o seu sofrimento.

Ainda sobre testemunho, Debora Diniz (2023) aborda um aspecto importante que diz respeito ao dever ético de falar a verdade ao compartilhar histórias de pessoas que vivem concretamente questões como vida e morte, cuidado e abandono, poder e necessidade. A autora destaca que a verdade a que se refere é aquela “que respeita a vida das pessoas e busca ativamente desafiar os poderes opressivos” (Debora Diniz, 2023, p. 295. Tradução livre).

Adoto o compromisso ético como uma pesquisadora-testemunha que recebeu fragmentos das vidas das mulheres e familiares, entendendo que “o objetivo é falar com e sobre eles em espaços dos quais eles não participam, especialmente espaços com o poder de proteger suas necessidades e mudar as condições de precariedade” (Debora Diniz, 2023, p. 295. Tradução livre). Na construção da pesquisa e da tese, não me posicionei para ser a porta-voz de quem se dispôs a compartilhar suas vivências e memórias mais íntimas. Meu lugar enquanto pesquisadora perpassou escrever e falar “com pessoas”, fundamentada na responsabilidade, compromisso ético, sem perder o rigor acadêmico e a confiabilidade (Debora Diniz, 2023).

Diferentemente de todas as minhas produções acadêmicas anteriores no campo da Psicologia e Psicanálise, esta pesquisa me desafiou a refletir e pesquisar de modo mais coletivo, compartilhado, numa perspectiva mais solidária -e menos solitária- de responder ao chamado ético de testemunhar sobre a morte materna, particularmente no contexto acreano, pois “há que seguir denunciando de muitos jeitos as muitas e renovadas formas de opressão” (Debora Diniz e Ivone Gerbara, 2022, p. 35). Busco contribuir e seguir os passos das colegas do grupo de pesquisa que não só me antecederam, mas que continuam se dedicando a analisar como as emergências sanitárias violam os direitos das mulheres.

Dito isso, há uma aposta singular e coletiva de que é possível e preciso o desenvolvimento de pesquisas feministas como metodologias pensadas e construídas de modo a sustentar a solidariedade e compartilhamento de estudos e reflexões sobre o tempo passado-presente que se estende para tempos futuros. Firme no compromisso ético-político de uma justiça de gênero, uma pesquisadora feminista é aquela que está fora do lugar comum, propõe sair da zona de conforto e que viveu-testemunhou um momento histórico que não pode ser esquecido.

2.5 Questões éticas do estudo

Os cuidados éticos assumiram o compromisso de não-estigmatização de pessoas ou de histórias de vida, seguindo todos os preceitos éticos previstos nas normas e diretrizes da Resolução nº 466/12 (Brasil, 2012), Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016) e do Código de Ética Profissional da Psicologia (Conselho Federal de Psicologia, 2005).

Os prontuários foram acessados através do Serviço de Arquivo Médico (SAME) da unidade de ocorrência da morte somente para fins da pesquisa e objetivou identificar como e quando se deu a entrada da mulher na unidade, o histórico clínico, idade gestacional, pedido de exames, tratamento prescrito, se houve necessidade de UTI, comorbidades, tempo da entrada até o óbito, uso de medicações, procedimentos realizados, se a mulher veio transferida de outra unidade.

No ato da entrevista, a equipe de pesquisa reforçou que a participação seria voluntária e poderia ser encerrada a qualquer momento, caso desejassem. A gravação da entrevista foi importante para evitar perdas de memória da equipe de pesquisa e foi iniciada após o consentimento explícito das participantes. O aparelho

gravador era discreto e de fácil manuseio. Caso desejasse, a essa pessoa seria garantido o anonimato. As gravações foram submetidas ao programa “escriba.app” que fez a transcrição e depois verificou-se a compatibilidade entre os áudios e a degravação. Na ocasião da entrevista, foi feita a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) ([Apêndice A](#)), o qual continha os esclarecimentos suficientes sobre a pesquisa nos termos do artigo 17 da Resolução nº 510 (Brasil, 2016). Cada participante assinou individualmente, concordando em participar.

Também foi informado à participante da pesquisa que ela não precisaria responder a todas as perguntas, cabendo-lhe falar apenas o que lhe deixasse segura e confortável. Além do mais, as perguntas foram formuladas de maneira a não ferir e não ofender a subjetividade das pessoas entrevistadas, em um ambiente sem julgamento ou repressão de falas e expressões, com respeito à sua autonomia e integridade física, psíquica e moral. Com relação à segurança na transferência e no armazenamento dos dados digitalizados, a equipe de pesquisa compreende ser de sua responsabilidade o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações das participantes. Todos os dados da pesquisa, seja em arquivo, físico ou digital, serão armazenados, sob a guarda e responsabilidade da equipe, pelo período mínimo de 5 (cinco) anos após a conclusão da pesquisa (Brasil, 2016).

Esta pesquisa apresentou riscos mínimos a suas participantes. As entrevistas foram conduzidas de modo sensível, cuidadoso e respeitoso. Considerando que as perguntas envolviam temáticas sobre adoecimento, morte e a emergência de lembranças relacionadas à perda de um ente familiar, estávamos preparadas para o acolhimento e eventual interrupção da entrevista, em caso de necessidade. Importa ressaltar o fato de duas componentes serem psicólogas que contam com experiência profissional na condução de entrevistas e no manejo de situações emocionalmente delicadas que envolvem perdas e lutos. Se fosse identificado algum risco dessa natureza, seria realizado o encaminhamento especializado das participantes à rede de saúde para cuidados em saúde.

2.6 A decisão por nomear: do apagamento para a nomeação

O desejo e a decisão por nomear passou pelo compromisso ético e político de não considerar essas mulheres e suas famílias como objetos da pesquisa. Na

escrita não houve espaço para a despersonalização, invisibilidade e apagamento. Por respeito e consideração às pessoas que tornaram o trabalho possível, entendo que é preciso dizer, explicitar e tornar o não-dito, dito. Sueli Carneiro (2023) ensina que “invisibilizar é uma velha e vitoriosa estratégia política sexista e racista” (2023, p 73). Portanto, usar os nomes verdadeiros destas pessoas, nomeando as violências vividas, a miséria, o abandono e desamparo dessas pessoas foi um desafio que se presentificou a todo o instante.

Os dilemas éticos experienciados a todo o momento circunscrevem-se a expressar de modo que essas pessoas que se dispuseram a falar pudessem se sentir representadas e respeitadas em suas dores. Sabendo que em uma pesquisa as relações podem se estabelecer de modo hierárquico e com camadas desiguais de poder, minhas inquietações giraram (e giram) sobre a forma e o estilo de escrita mais adequado de modo a respeitar os sofrimentos compartilhados, de modo que essas pessoas se sintam reconhecidas e representadas nessa tese. Adoto o entendimento de bell hooks de que as pessoas “como sujeitos [...] têm o direito de definir sua própria realidade, estabelecer suas próprias identidades, nomear sua história” (2019, p. 92).

A divulgação de histórias como de Zefinha (Diniz, 2015) e Juvenal (Brito, 2016) é o reconhecimento de suas existências marcadas pelos regimes de precarização da vida. Nomear as pessoas em situação de vulnerabilidade pode ser também um ato de responsabilidade da pesquisa diante das brutalidades do abandono e da gravidade da violação de direitos humanos, conforme sustenta a professora Debora Diniz. Para testemunhar a verdade do arquivo e da história de abandono de uma mulher há 39 anos mantida em um manicômio judiciário era preciso nomeá-la. A gravidade da injustiça exigia o ato de nomeação, pois o anonimato não “protegeria aquela que vive esquecida, mas os poderes que permitiram sua existência” (Diniz, 2015, p. 2672).

Assim como no caso de Zefinha, os achados no dossiê de Juvenal moveram Luciana Brito (2016) a optar pelo uso de seu nome verdadeiro. Essa escolha implicou cuidados éticos sobre como testemunhar a história da institucionalização de Juvenal, que viveu em manicômio judiciário por quase cinco décadas. A pesquisadora argumentou que o ato de nomear era relevante para trazer à memória sua história de abandono e violações de direitos. A nomeação marcou a sua existência e desafiou os poderes que produziram um louco perigoso e abandonado.

Luna Borges (2024), Mariana Paris (2022) e Viviane Buzzi (2023) argumentaram sobre a importância da nomeação como um ato de retirar essas mulheres da invisibilidade, de resgatar e ressignificar essas vidas. Nomear é ser justa às memórias das mulheres e famílias. Há uma responsabilidade ética e política em nomear para também mudar as narrativas que consideraram estas mortes inevitáveis. As argumentações éticas, políticas e jurídicas para nomeação giraram em torno da necessidade de expor as graves violações de direitos humanos e exigir reparação do Estado. Cada um desses trabalhos está conectado, assim como essa tese, ao projeto “Histórias de mulheres em tempos de pandemia: um estudo sobre a mortalidade materna” para destacar as violações de direitos e intersecções entre sistemas de opressão.

Debora Diniz (2015) chama atenção para o fato de que “há grupos ou metodologias para quem a confidencialidade das informações é essencial para garantir direitos fundamentais” (Diniz, 2015, p. 2671), como por exemplo pesquisas que envolvem entrevistas com mulheres que realizaram o aborto. Sinara Gumieri complementa que “em pesquisa sobre aborto, regra geral, as mulheres são anonimizadas, pois o direito à própria história é regulado pelo Código Penal como possível confissão de crime tipificado” (Gumieri, p. 33). No caso da sua tese, a decisão pela nomeação ou anonimização partiu das próprias pessoas entrevistadas.

Considerando as argumentações éticas-políticas acima mencionadas que refletem a respeito da relevância de nomear e inspirada nos estudos de nosso grupo de pesquisa, optei por usar os nomes verdadeiros de 5 mulheres e famílias que foram localizadas antes da publicação da tese no repositório da Unb. No contato telefônico, expliquei a importância da utilização do nome verdadeiro para respeitar a singularidade e a história particular de cada mulher e suas relações de afeto. As famílias concordaram com o uso dos nomes verdadeiros. Também apresentei os achados quanto às falhas do Estado em responder de maneira eficiente à pandemia da Covid-19, especialmente no que diz respeito às necessidades de saúde e cuidado das mulheres.

A experiência de compartilhamento dos resultados implica considerar que meu senso ético e compromisso com as pessoas que aceitaram participar não cessaram com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e que só foi possível a realização desse estudo com o aceite e disponibilidade de cada uma delas.

Os familiares estavam cientes de que a entrevista tratava-se de uma das fases da pesquisa de doutoramento e que não tínhamos ligação de trabalho com a Sesacre e Semsu, não éramos jornalistas nem ligadas a algum agente político. A pesquisa vinculava-se à um Programa de pós graduação da Universidade de Brasília (UnB) e Universidade Federal do Acre (Ufac).

As 5 mulheres e famílias em que farei uso dos nomes verdadeiros são: Elionete Ventura e sua mãe Ismar Ventura, Katiane Mesquita e a sogra Carlas Mesquita, Elisângela Souza e sua mãe Maria de Fátima Souza, Vanúcia Silva e sua sogra Creuza Sales e sogro José Sales, Raquel Trindade e sua mãe Maria José Trindade.

Não foi possível a localização de duas famílias por mudança de número de telefone, portanto elas foram anonimizadas e omiti informações que pudessem identificá-las. Nenhuma alteração interferiu em elementos das narrativas que fossem fundamentais para o diálogo com a categoria analítica. São as histórias de Tereza Nascimento e sua sogra Maísa Nascimento; e Laura Freitas e sua mãe Helena Freitas.

Há um caso em particular que a irmã da mulher-vítima não quis ser entrevistada, mas indicou uma amiga próxima que contaria *o que fizeram com* a sua irmã. Portanto, só utilizarei o nome verídico da amiga que aceitou o convite para entrevista, mas o nome da mulher-vítima será alterado. Esse é o caso de Alice Borges e sua amiga Socorro Rodrigues.

3 DO FEMINICÍDIO DE ESTADO

Particularmente tomarei seu sentido político enquanto necessidade de nomeação das violências. A partir do trabalho testemunhal, proponho contribuir no sentido do enquadramento do problema e não soluções. Meu intuito é evidenciar que a morte materna precisa de mais atenção e encarada como algo grave. O enfrentamento das violências e brutalidades vividas nesse campo, a meu ver, não está na legislação penal ou na máquina estatal, porque é justamente o Estado que viola sistematicamente os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e meninas. A nomeação de feminicídio de Estado tem mais a ver com a produção de sentidos políticos de importância e do modo como eu me propus a analisar os dados de morte materna. Eu entendo que é preciso desnaturalizar essas mortes e para isso nomeio e enquadrado essas mortes como feminicídio Estado.

Nesse capítulo apresentarei os marcos analíticos a partir dos quais proponho uma investigação sobre o feminicídio de Estado e a morte materna. Não há respostas simples para perguntas complexas sobre a multiplicidade de fatores envolvidos nestas mortes. Tendo isso estabelecido, e a partir das lentes analíticas feministas especialmente nas construções de Rita Segato, Soraia da Rosa Mendes e Debora Diniz que me proponho inicialmente a abordar a violência de gênero como um fenômeno complexo, enraizado em estruturas de poder e desigualdade. No texto, serão exploradas as principais classificações de feminicídios para delimitar e entender os tipos, os motivos e os contextos que produzem a letalidade feminina. Posteriormente, os estudos feministas contribuirão para sustentar o argumento de participação do Estado nas mortes maternas, inclusive pela omissão e negligência deste e apresentando a discussão sobre porque é importante nomear de um outro jeito essas violências contra as mulheres.

O que vou propor e pensar com a literatura é o poder político e disruptivo de levantar perguntas sobre a produção de mortes maternas evitáveis resistindo “a tentação de respondê-las no marco do poder que a enuncia (Debora Diniz e Ivone Gerbara, 2022, p. 229). O meu intuito de dialogar com essas autoras é sobre como esse regime de poder do gênero constrói marcos violentos, o que são essas múltiplas expressões dessas violências e de que maneiras atravessam a vida de mulheres e meninas.

3.1 Do femicídio ao feminicídio: classificações das diferentes formas de violência contra as mulheres e meninas

Os escritos feministas apontam a implicação do patriarcado estrutural não apenas sobre os casos de feminicídio no sentido estrito, por exemplo, da lei penal brasileira, que aborda essas mortes no contexto de violência doméstica. A antropóloga Rita Segato dedica-se a mostrar como a crueldade contra os corpos femininos é uma demonstração da capacidade de domínio territorial, poder e impunidade. Ela desenvolveu uma série de definições complexas e importantes no que tange a temáticas sobre a colonialidade de gênero e as violências contra os corpos femininos, especialmente quando chama a atenção para o que ela denomina de feminicídios que não são os íntimos, haja vista o entendimento do sistema de justiça criminal sobre essa violência estar estritamente vinculada às relações domésticas, familiares ou íntimas de afeto. A definição de feminicídio como a morte de uma mulher por razões de gênero é uma questão complexa que requer a análise atenta das suas várias dimensões. Os feminicídios obedecem a um dispositivo de gênero e resultam do caráter violentogênico da estrutura patriarcal (Segato, 2014).

Soraia da Rosa Mendes (2021) e Debora Diniz, Bruna Costa e Sinara Gumieri (2015) contextualizam historicamente as primeiras elaborações de femicídio (*femicide*) com Carol Orlock em 1974, sua primeira utilização no Tribunal Internacional de Crimes contra as Mulheres por Diana Russel até a expressão feminicídio criada por Marcela Lagarde y Los Rios. O termo femicídio foi cunhado pela pesquisadora feminista sul-africana Diana Russel para referir-se ao continuum de violência letal ao feminino e não se reduziria a uma mera oposição ao homicídio. A perspectiva seria incluir qualquer morte por razões de gênero, seja na violência doméstica, violência sexual, no aborto, na mutilação genital, na mortalidade materna e tráfico de mulheres.

Nos anos 90, no cenário de mortes violentas de mulheres em Ciudad Juarez, omissão do governo e da polícia em investigar e punir que o conceito se destacou e passa a ser visto como a convergência de forças como a omissão, a negligência e a conivência das autoridades estatais, garantindo a impunidade de agressores (Mendes, 2021). A criação de um novo termo buscou responder à necessidade de distinguir de homicídio e visibilizar as mortes de mulheres, destacando a dimensão política e de gênero dessas mortes, conforme aponta Mônica Caicedo-Roa, Lourdes Maria Bandeira e Ricardo Carlos Cordeiro (2022).

Debora Diniz e Bruna Costa e Sinara Gumieri (2015) explicam que a antropóloga e deputada mexicana Marcela Lagarde considerou a insuficiência de femicídio para designar o terror antifeminino e propôs “feminicídio” para indicar o “conjunto de violações a direitos humanos das mulheres e denunciaria o Estado desprotetor, omissor, negligente ou cúmplice (Debora Diniz, Bruna Costa e Sinara Gumieri, 2015, p. 226).

Rita Segato (2006) considera louvável e estratégica a incorporação desta categoria, pois retirando-os da classificação geral de homicídios, denuncia o patriarcado como uma instituição que se fundamenta no controle dos corpos e na capacidade punitiva sobre mulheres. Ela explica que a adoção do termo feminicídio teve o potencial político de indicar que os assassinatos de mulheres resultam desse controle e capacidade punitiva e de um sistema em que poder e masculinidade são sinônimos. O ambiente social dominado pela instituição patriarcal atribui menos valor à vida das mulheres e há uma tendência maior para justificar as violências e crimes sofridos. Era importante demarcar perante a sociedade e a mídia este universo de crimes do patriarcado, introduzindo a concepção de que há crimes cujo significado pleno só pode ser vislumbrado quando pensado no contexto do poder patriarcal. Os crimes de patriarcado ou feminicídio são, claramente, crimes de poder, isto é, crimes cuja dupla função é, simultaneamente, a manutenção e a reprodução do poder.

Há dois trabalhos, produtos do Doutorado Interinstitucional (Dinter) em Direito, que abordaram a violência contra a mulher no contexto acreano. A advogada-antropóloga Fabiana Lima Andrade (2024) debruçou sobre o tema da violência sexual intrafamiliar, com foco nos crimes de estupro de vulnerável no estado do Acre. Ao analisar 50 processos de execução penal pela prática de estupro de pais contra filhas, a pesquisadora destacou que a formação histórica dessa região e o contexto sociocultural da zona rural contribuíram para a naturalização das violências. A pesquisa concluiu que a violência sexual incestuosa está profundamente vinculada a estruturas patriarcais e a uma cultura que normaliza o abuso e culpabiliza as vítimas, servindo como um instrumento de controle e dominação masculina. Seus achados apontaram para um padrão de violência sexual intrafamiliar, com pais e padrastos sendo os principais perpetradores. Quanto às vítimas, eram predominantemente meninas entre 10 e 11 anos. A pesquisadora ressaltou ainda a necessidade de fortalecer as redes de apoio às vítimas e de implementar políticas públicas eficazes de prevenção à violência sexual que levem em consideração as especificidades locais.

A professora Leonísia Moura Fernandes (2024) defendeu que o direito à memória e à verdade em contextos de mortes violentas de mulheres pode contribuir para fortalecer as políticas de reparação e prevenção. Sua pesquisa propôs investigar as condições interpessoais e estruturais dos feminicídios no Acre, um dos estados brasileiros que mais mata mulheres por razões de gênero. Utilizando autos processuais da persecução penal dos crimes de feminicídio no Acre dos anos 2020 e de 2021 e narrativas de vítimas indiretas dessa violência, concluiu que há ainda uma compreensão incipiente acerca do que é o feminicídio além de uma qualificadora penal do crime de homicídio e inobservância da violência patriarcal a que mulheres estão submetidas historicamente e que perpassa todos os âmbitos sociais, inclusive os institucionais. Há uma dificuldade persistente de compreender o feminicídio não apenas como crime interpessoal, mas como um fenômeno estrutural social capitalista, patriarcal, racista e colonial. A produção de feminicídios constitui um continuum de violências que transpassa as histórias individuais, tornando-o uma responsabilidade coletiva.

Assim sendo, a concepção de feminicídio é indissociável do contexto de violência patriarcal que pressupõe múltiplos atos contra integridade física, moral e psíquica das mulheres. Nomear feminicídio não corresponde apenas a descrição de um fenômeno, pois “é preciso nomear o marco político da matança [...] ao nomear denuncia-se o patriarcado como poder” (Debora Diniz, Bruna Costa e Sinara Gumieri, 2015, p. 227). As estudiosas explicam que patriarcado é um marco de poder enquanto o gênero é um de seus regimes políticos, assim como classe ou cor. O neologismo feminicídio seria “a matança de corpos sexados como mulheres pelo regime político do gênero em um marco patriarcal de poder” (Debora Diniz, Bruna Costa e Sinara Gumieri, 2015, p. 227). Essas mulheres mortas violentamente são mulheres de diferentes faixas etárias, são as precarizadas pelo patriarcado, negras e de regiões mais pobres. O feminicídio é a expressão do horror e da perversidade do patriarcado.

Com o intuito de historicizar a categoria de gênero, Rita Laura Segato (2006; 2016a) teorizará sobre um “patriarcado de alta intensidade” e de “baixa intensidade”, existentes na pré e na pós-colonização. Ela propõe a conexão entre os termos patriarcal, colonial e modernidade para descrever a priorização do patriarcado sobre o corpo das mulheres, sendo essas a primeira colônia. O patriarcado é considerado como o fundador de todas as desigualdades e expropriações, “que constroem o edifício de todos os poderes – econômico, político, intelectual, artístico etc.” (Segato,

2016a, p.19). Ela estabelece o mandato de masculinidade aos homens, bem como a noção de masculinidade branca como centro do poder e da dominação, seja na esfera doméstica ou para além dela.

No mundo pré-colonial havia patriarcado, hierarquia de gênero, maior prestígio dos homens e uma certa violência, na qual a manutenção e reprodução da hierarquia ocorria por meio de métodos violentos. Mas esse patriarcado era um patriarcado de baixo impacto ou baixa intensidade, como ela denomina. Ou seja, as hierarquias existentes nas relações de gênero nas sociedades pré-coloniais não se constituíam em violência letal às mulheres na dimensão que vemos hoje. Para ela “sempre houve hierarquia e relações de poder e prestígio desiguais, com a intervenção colonial estatal e a imposição da ordem da colonial/modernidade, essa distância opressiva se agrava e amplifica” (Segato, 2012, p. 128).

O patriarcado moderno de alta intensidade molda as relações de gênero e afeta a vida das mulheres, que são encurraladas, relegadas, rebaixadas ao reino do íntimo, do privado, desprovido de natureza política. Esta estrutura aprisiona o destino e a “cidadania” das mulheres no âmbito do particular, específico, restringem a questão das relações de gênero e a vitimização de mulheres e todas aquelas marcadas por sexualidades não normativas como um tema que só pode ser examinado no campo dos vínculos e dos afetos (Segato, 2021).

Na modernidade, a diferença é estruturada pelo binarismo e o discurso moderno sobre a igualdade mascara a desigualdade. A teórica pontua que nunca na história da humanidade a concentração e as desigualdades eram maiores do que atualmente. E ela não está referindo a uma questão de dinheiro. É sobre poder. Essas pessoas têm poder de vida e morte para outros, aponta as reflexões de Rita Segato (2006).

Considerando que as mulheres podem ser e fazer muitas coisas, Debora Diniz e Ivone Gerbara (2022) questionam por que no século XXI ainda falamos sobre patriarcado enquanto regime de poder. Por que é necessário e “a mais importante delas é, certamente, manter-nos vivas, livres do feminicídio ou das leis penais que nos perseguem, criminalizando nosso corpo, nossos desejos e nossa existência” (Debora Diniz e Ivone Gerbara, 2022, p. 8). A naturalização do patriarcado impede e limita que as mulheres possam tomar decisões livres sobre os seus corpos e vidas.

Rita Segato (2021) alerta que estamos enfrentando hoje de maneira evidenciada o exercício da pedagogia da crueldade. As músicas, a televisão e os

comerciais são exemplos disso. O tempo todo somos submetidas e treinadas em uma pedagogia de crueldade. Ela já havia apontado essa dimensão expressiva dos atos violentos como linguagem (Segato, 2006). É por isso que, quando um sistema de comunicação com um alfabeto violento está instalado, é muito difícil desinstalá-lo e removê-lo, pois a violência constituída e cristalizada na forma de um sistema de comunicação torna-se uma linguagem estável e começa a se comportar com a natureza quase automática de qualquer linguagem. Essa é a estrutura da modernidade, letal como nunca antes, porque transforma a vida das mulheres, nucleariza famílias e transforma tudo o que conhecemos.

Em *Las Estructuras Elementales de la Violencia* (2003), Rita Segato (2003) sustentou, entre outras coisas, que o corpo de mulheres é a primeira colônia na história da humanidade. Propõe sobre masculinidade, de um mandato de masculinidade, a fraternidade masculina, a irmandade masculina entendido como um pacto que exige vítimas sacrificiais. A mulher desempenharia um papel funcional por causa do lugar onde ela está inserida. O pacto masculino já tem em si a estrutura do pacto mafioso, do clube, da irmandade. Ainda nessa obra, ela apresenta a violência de gênero de forma universalista e os aspectos mais duradouros da estrutura de gênero. Afirma que o gênero tem um tempo tão longo quanto o tempo da espécie. É um tempo quase cristalizado, parece um tempo natural. É por isso que é tão difícil mudar a opressão de gênero. Vemos que apesar do número de lutas, leis, políticas públicas e instituições para sua proteção, a letalidade do gênero só aumenta e as mulheres estão em posição de crescente vulnerabilidade (Segato, 2003; Segato, 2014; Segato, 2021).

As formas crescentes de crueldade letal contra o corpo da mulher continuam em pleno curso. A humanidade testemunha uma série de ataques aos corpos femininos e feminilizados, uma crueldade que se espalha e se expande sem restrições, especialmente a ocupação predatória de corpos femininos ou feminizados no contexto das novas guerras, não apenas no número de crimes, mas também na crueldade que eles envolvem (Segato, 2021). Segato (2006) aponta a necessidade de classificar e separar os tipos, os motivos, os contextos que produzem a letalidade feminina. Todos as violências e crimes contra as mulheres são contidos devido à grande estrutura patriarcal. Mas no seu entendimento é necessário entender alguns assassinatos de mulheres em sua particularidade porque se não o fizermos, não será possível investigá-los.

É o que ela defendeu em vários trabalhos (Segato, 2012b; Segato, 2014; Segato, 2021). No seu entendimento senão tivermos protocolos específicos não poderemos investigar crimes como os que ocorreram em Ciudad Juárez, ou em outros locais. É preciso captar essa diferença para que permita por exemplo que os juízes possam julgá-los com os padrões de compreensão diferentes dos feminicídios do espaço das relações domésticas ou interpessoais. Há mulheres que não morrem no campo da intimidade. Se não houver a devida distinção, esses crimes não poderão ser compreendidos e nenhuma luz poderá ser lançada sobre eles.

Os estudos de Rita Segato trazem grande contribuição para esta tese, pois fortalecem a concepção de um tipo de violência de gênero que é gerada e transita através de cenários absolutamente impessoais. Embora todos os feminicídios obedeçam a um dispositivo de gênero e resultam do caráter violentogênico da estrutura patriarcal, ela discriminou pelo menos duas classes dentro desta classificação geral: aqueles que podem ser referidos a motivações pessoais ou interpessoais – crimes interpessoais, domésticos e de agressão em série –, e aqueles de natureza impessoal, que não podem ser remetidos à jurisdição do íntimo, e cujo alvo está a categoria da mulher, como gênero, ou mulheres de um certo tipo racial, étnico ou social (Segato, 2014; Segato, 2012b, Segato, 2021).

Este campo não pode ser referido à privacidade. Há uma tendência de privatizar, domesticar e remeter ao campo do íntimo todas as coisas que têm a ver com o destino das mulheres. Isso tem a ver com a modernidade, pois a modernidade privatiza o feminino, o doméstico. A antropóloga (Segato, 2012b) propôs chamar “feminocídios aproximando-o da categoria de “genocídio” devido à magnitude das agressões. Seria reservado aos crimes que, por sua qualidade de sistematização e impessoalidade, tem como objetivo específico a destruição de mulheres (e homens feminizados) apenas por serem mulheres sem qualquer possibilidade de personalização ou individualização, nem o motivo do agressor nem a relação entre o agressor e a vítima. Ela também acrescenta outra característica que se refere a multiplicidade de vítimas em relação inversa ao número de responsáveis pelo crime (Segato, 2021).

Rita Segato (2021) aborda as mudanças nas práticas de guerra ao observar suas consequências pelos corpos das mulheres e os tipos de violência perpetrados contra elas no mundo de hoje. Para ela, o direito internacional terá que considerar que este tipo de confronto bélico, hoje generalizado, produz, e particularmente as formas

sistemáticas de ataque aos corpos das mulheres que vivem nas jurisdições em disputa. O que acontece neste tipo de cena não é apenas a anexação e ocupação dos corpos das mulheres nos territórios tomados, mas sua tortura e destruição. Ela questiona “E por que nas mulheres e por que através de formas sexualizadas de agressão”? Porque é na violência praticada por meios sexuais que a destruição moral do inimigo é afirmada, quando não pode ser encenada assinando publicamente um documento formal de rendição. Neste contexto, o corpo da mulher é a representação da derrota moral do inimigo (Segato, 2014; Segato, 2021). Ela ressalta que o corpo atacado são corpos frágeis e não corpos de guerreiros. É a própria expressividade da ameaça perversa lançada sobre toda a comunidade. Uma mensagem de capacidade violenta com o aspecto pedagógico da violência recaindo sobre os corpos fragilizados: os femininos ou os feminizados.

O traço da impessoalidade está enraizado nos crimes de gênero nestes cenários de conflitos que ela chama de novas formas de guerra. Os femigenocídios são cada vez mais frequentes, como por exemplo, as atrocidades contra as indígenas no caso emblemático de Sepur Zarco (Segato, 2021). Em *Peritaje Antropológico de Género: Causa del Caso Sepur Zarco*, elaborado por Segato (2016b), a autora se debruçou a demonstrar o femigenocídio, em que as mulheres foram mortas, submetidas à escravidão sexual e tortura, como forma de desintegrar essa pequena comunidade de Sepur Zarco, município de El Estor, departamento de Izabal. As provas coletadas foram fundamentais para que os responsáveis fossem processados em julgamento por crimes contra a humanidade.

Rita Segato (2021) destaca também um outro tipo de extermínio de mulheres, cujo contexto não é bélico, e deveria ser incluído na categoria femi-geno-cídio pela sua impessoalidade e níveis de letalidade dirigidos ao gênero feminino. A pesquisadora refere-se a violência alimentar como forma de violência de gênero, num duplo significado, material e simbólico. Material porque ataca materialmente as mulheres, quando priorizam a alimentação do pai e dos filhos homens de uma família, e simbólica, porque alimentando primeiro os homens do grupo doméstico expressa o maior valor social destes em relação as mulheres, e essa mensagem de desvalorização é percebida pelas mulheres e meninas desde muito novas. Esta subnutrição sistemática resulta na desnutrição e, em situações de escassez, leva à morte.

Embora seja importante a utilização do termo feminicídio no campo da mídia e da linguagem cotidiana e a pressão para inscrever essa ideia na lei, a luta pelo registro no sentido do reconhecimento, Segato (2014) defende que esta categoria deve incluir todos os subtipos que a compõem. Quando devidamente bem definidos e formulados, podem ser usados dentro do campo jurídico para abranger todos os crimes cometidos na fronteira de gênero, aqueles que ocorrem em contextos interpessoais e aqueles perpetrados por agentes cujos motivos são de ordem impessoal. Ainda na perspectiva de Rita Segato (2014) é necessário também trazer a categoria de feminicídio à categoria de femi-genocídio para incluí-lo na jurisdição internacional que trata de crimes contra a humanidade e genocídio.

Dessa forma, a desprivatização de crimes de gênero para visualizar a existência desse tipo específico de crime em cenas públicas e bélicas é defendida pela pesquisadora (Segato, 2014). A antropóloga ressalta que todos os crimes devem ser discriminados, classificados e investigados com suas especificidades e diferenças, por meio de protocolos e procedimentos forenses, aspectos policiais e legais específicos, tendo em vista os estereótipos e o imaginário coletivo que alimentam a equivalência entre o feminicídio e o “íntimo”. Sem esta classificação e a adaptação dos protocolos de investigação pericial, os peritos forenses não poderão detectar as características do crime de feminicídio, uma vez que não haverá diretrizes estabelecidas para prosseguir com esta identificação.

No entendimento de Rita Segato (2014; 2021) apenas a sua clara separação pode garantir a devida diligência, exigido pelos instrumentos de justiça internacional dos direitos humanos, reconhecendo como um crime genérico, sistemático, impessoal e muito distante da privacidade dos agressores, o que pode caracterizá-lo como um femi-genocídio aos olhos do senso comum patriarcal de juízes, promotores e público. A negação das especificidades de certos crimes de gêneros contribui para que continuem sendo ignorados pela mídia e pela opinião pública, que restringem essas ocorrências ao espaço da intimidade e da privacidade dos tempos modernos. Ela argumenta o aspecto estratégico de insistir em visibilizar os crimes públicos e bélicos para a transformação do imaginário social sobre gênero e para a sua compreensão como uma dimensão pública, política e impactante geral na história das comunidades (Segato, 2014; Segato, 2021).

Ao enfatizar que existe um tipo de assassinato de mulheres perpetrado, com frequência crescente, em contextos marcados pela impessoalidade, Segato (2021)

introduz no senso comum patriarcal o caráter público da experiência feminina e valida como um problema de interesse geral que pode ajudar o público a perceber todos os crimes e violências contra as mulheres como um problema geral. Para Segato (2021) o discurso jurídico deve considerar e conceder o status de existência a essas vítimas e argumenta que é necessário introduzir na retórica jurídica e na consciência da opinião pública a centralidade e o significado das novas formas de vitimização do corpo feminino nas estratégias de manutenção de uma ordem baseada na dominação arbitrária e soberana sobre a vida das pessoas e territórios.

3.2 A violência de gênero durante a pandemia de Covid-19

Sobre a intensificação da violência contra as mulheres e corpos feminizados na pandemia de Covid-19, Rita Segato em entrevista à Jess Carvalho e Fernanda Pessoa (2022) explica que ainda não existe uma real compreensão do significado dessa violência e é justamente por isso que ela não diminui. No seu entendimento, um conjunto de normas e regras a respeito do que não se deve ou não pode fazer não é suficiente para modificar uma prática arraigada. O trabalho coletivo de reflexão deste fenômeno merece profundidade, pois “sem compreender não se pode resolver – disso tenho convicção” (Jess Carvalho; Fernanda Pessoa, 2022, n.p.).

Ainda sobre seu esforço de colaborar e trazer luz a respeito do impacto da crise global da pandemia de Covid-19, em entrevista concedida à Astrid Pikielny (2020), a escritora argentina ressaltou que há um aspecto inédito, não vivido anteriormente: enquanto as formas de violências reduziram, a violência de gênero aumentou em todos os países. Ela apresenta questionamentos: “O que está acontecendo com a masculinidade e a feminilidade nesta situação de confinamento? Como esta relação de gênero se comporta nesse novo contexto?”. Para ela, estamos frente ao desconhecido em um momento que necessita de mais estudo e observação. Contudo, sua experiência de mais de trinta anos estudando a violência pode fornecer possíveis respostas, considerando a função pedagógica da violência de hierarquizar as relações de gênero e manter a ordem patriarcal. Em entrevista a Beatriz Guillén (2024) do El País, Rita Segato explica que violência crescente contra as mulheres a impede de se afastar do assunto. Entretanto, seus textos são cuidadosos de modo a não descrever atos cruéis que poderiam expandir o limiar de tolerância contra a crueldade, normalizando-os.

Rita Segato aborda sua preocupação com o fim de uma era do respeito pelos direitos humanos e de fracasso da razão humanitária, mencionando o massacre em Gaza e a eleição de Javier Milei na Argentina. Em sua análise há uma espetacularização no nível de violência em Gaza: “O nível de violência em Gaza existiu outras vezes, mas não o espetáculo [...] quando há exposição total do genocídio como lei legítima do poder da morte, há o fim do Estado de Direito (Beatriz Guillén, 2024, n.p. Tradução livre).

Diante dessa lógica da violência de gênero, em que são as mulheres as mais atacadas, torturadas, escravizadas e mortas, é preciso estar no trabalho de campo de modo a escutar, fazer perguntas, investigar e questionar o estado continuum de violência, sustentando a esperança feminista em tempos sombrios.

Os trabalhos de Rita Segato propõem a ampliação do termo feminicídio para abranger outros cenários e incluir a violência praticada ou tolerada pelo Estado. É essa a dimensão de feminicídio que será aprofundada no presente trabalho, ou seja, tomo sentido político de feminicídio de Estado como um marco para analisar como ele atravessou as mortes de mulheres grávidas e puérperas.

Soraia da Rosa Mendes (2021), advogada feminista especialista em direitos das mulheres, dedica-se a escrever e atuar na perspectiva de gênero sobre as mortes de mulheres pertencentes a determinados grupos, como mulheres transexuais, e transgêneras, mulheres grávidas e puérperas, mulheres negras quilombolas e mulheres indígenas. A autora desenvolveu um estudo de caso sobre as mortes de mulheres por Covid-19 e abrangeu feminicídios abarcados pela misoginia: reprodutivos, políticos, transfeminicídios, lesbofeminicídios e outros. Ela define feminicídio de Estado como:

[...] todas as condutas dolosas, comissivas ou omissivas, de agentes estatais que deem causa à morte de mulheres em razão da situação de desigualdade histórico-cultural de poder, construída e naturalizada como padrão de menosprezo ou discriminação ao gênero feminino” (Mendes, 2021, p. 22-23).

O estudo de caso sobre as mortes de mulheres por Covid-19 empreendido por Mendes (2021) adotou para fins de responsabilização penal de agentes de Estado:

todas as mortes de mulheres por atos deliberados ou decorrentes de omissão estatal em casos de misoginia interseccionados com raça/etnia, orientação sexual, identidade de gênero, ideologia política, crença religiosa ou em situações de abortamentos clandestinos ou conduzidos em situações precárias, **falta de atenção à saúde de gestantes e puérperas** e de ações de grupos ou facções criminosas, bem como as mortes de mulheres ocorridas no período e no contexto declarado pela Organização Mundial de Saúde como Pandemia da covid-19 (Mendes, 2021, p. 23. grifo nosso).

Adoto a terminologia de Mendes (2021) como feminicídio de Estado as “mortes de mulheres grávidas e puérperas durante o período pandêmico, entendendo por gestante (qualquer trimestre gestacional ou idade gestacional ignorada) ou puérpera entre 10 e 55 anos” (Mendes, 2021, p. 25). Elas estão entre aquelas que ficaram ainda mais vulnerabilizadas em razão das políticas adotadas pelo Brasil durante a pandemia do novo coronavírus.

3.3 O marco analítico de feminicídio de Estado

O marco analítico de feminicídio de Estado nas mortes maternas permite explorar a produção de reflexões coletivas quanto ao que poderia ou não ter sido feito em cenários de emergências públicas. A minha análise do feminicídio de Estado é feita partindo de alguns pontos em diálogo com literatura nacional e internacional: a mortalidade materna no período anterior à pandemia de Covid-19, as dificuldades na investigação das mortes maternas e os impactos desproporcionais da pandemia de Covid-19 em determinadas populações e territórios. Ainda à luz da categoria feminicídio de Estado apresento os achados da pesquisa realizada no Acre, identificando a presença de um perfil homogêneo de precarização da vida de mulheres atravessadas pelo feminicídio de Estado e o cenário acreano de condutas contrárias às evidências na pandemia de Covid-19.

Conforme detalharei no capítulo seguinte, o cenário da mortalidade materna anterior à pandemia de Covid-19 já era desfavorável e de desproteção às necessidades de cuidados destas vidas precarizadas pelo cruzamento dos aspectos interseccionais de gênero, raça e classe (Brasil, 2004; Brasil, 2009, Ministério da Saúde, 2000; Ministério da Saúde, 2021; Dandara Ramos *et al.*, 2022). Embora a eclosão da pandemia de covid-19 tenha piorado a situação que já era grave, há que se considerar os impactos desproporcionais e desiguais que serão detalhados na tese.

A questão da morte materna sempre foi um problema histórico e crônico no Brasil. As dificuldades em cumprir as metas pactuadas de redução de morte materna e realizar a investigação no campo da vigilância do óbito são antigas e reveladores (Brasil, 2004; Brasil, 2022; OMS, 2016; Ministério da Saúde, 2021; Mariana Paris; Ilana Ambroggi, 2023). Historicamente as mulheres apresentam dificuldades de acesso ao pré-natal de qualidade, à assistência aos serviços de saúde e a cuidados

intensivos. A pandemia de Covid-19 e sua gestão agravaram ainda mais a situação (Ruy Laurenti, 1998; Ruy Laurenti *et al.*, 2004; WHO, 2023b; Fundação Oswaldo Cruz, 2018; Ministério da Saúde, 2021; Alex Souza; Melania Amorim, 2021).

As evidências científicas disponíveis apontavam que elas demandavam mais atenção e cuidado, porém elas enfrentaram falta de assistência, dificuldades de acesso a unidades de terapia intensiva, demora em vaciná-las sobretudo com recomendações que mudavam constantemente e foram submetidas a tratamentos com ineficácia comprovada (Jesem Orellana *et al.*, 2024; Ministério da Saúde, 2021; Maura Deus, 2023; Erly Moura, 2022; Paris, 2022; Buzzi, 2023; Gumieri, 2024; Diniz, Debora; Brito, Luciana S.; Rondon, Gabriela, 2022).

Compreendo com os trabalhos de Rita Segato e as perspectivas feministas que estamos enfrentando uma verdadeira guerra às mulheres, portanto o sentido político de nomeação de feminicídio de Estado como categoria analítica está relacionado a primeiramente considerar que existe um marco de poder que precarizou essas vidas; segundo de que é preciso disputar sobre os enunciados em circulação que atribuem a pandemia de Covid-19 como causa única dessas mortes; terceiro dentro de uma perspectiva feminista a compreensão de que uma morte materna não pode ser esquecida, ignorada e precisa ser levada a sério. E por fim, é essencial falar e nomear essas violências, pois mostram a sua natureza completamente pública, especialmente porque os discursos do senso comum compartilhado tendem a vincular ao campo do privado, do íntimo e do particular tudo aquilo que diz respeito às mulheres.

Como mencionado, esta tese é parte de uma ampla análise de um grupo de pesquisadoras e pretende contribuir para o debate sobre o papel estatal nas mortes dessas mulheres. A adoção terminológica de feminicídio de Estado tem o intuito de demarcar as falhas e omissões daquele que tinha o dever de proteger os direitos fundamentais das mulheres. O sentido ético-político de nomear essas mortes como feminicídio de Estado busca provocar uma ruptura em pensar como foram produzidas, foram tornadas possíveis e foram tão facilmente ignoradas. Na verdade, a produção dessas mortes só foi possível com a participação do Estado.

4 MORTALIDADE MATERNA: ASPECTOS TEÓRICOS-CONCEITUAIS

Este capítulo é o produto de uma série de reflexões e estudos que emergiram durante o curso da pesquisa, especialmente no trabalho de campo, na qual há a circulação de linguagens, práticas e nomenclaturas específicas. São termos técnicos, conceitos, classificações e todo um conjunto de ações da vigilância do óbito materno que envolve desde investigação, codificação e notificação compulsória nos sistemas de informação de mortalidade.

Nesse sentido, tem como objetivo expor este arcabouço complexo de conhecimentos, tendo em vista que a apropriação destes inúmeros instrumentais e referenciais foi essencial para embasar o olhar analítico sobre os achados e será importante para entender as considerações apresentadas e linguagens adotadas neste estudo. Este capítulo também destina apresentar como são organizadas as ações de vigilância do óbito materno e suas principais atribuições. São pontes conceituais necessárias para a articulação dos vários elementos da pesquisa, visto que ela se localiza em um ponto de interseção entre os debates sobre morte materna e pandemia.

Este capítulo também intenciona debater o cenário da mortalidade materna antes da pandemia de Covid-19, os impactos nas populações e na mortalidade materna, pois ajuda a demonstrar que a crise sanitária ampliou a fragilidades estruturais já existentes no sistema de saúde e expôs as dificuldades históricas do Brasil em reduzir a mortalidade materna.

4.1 Conceitos, classificações e codificações em Mortalidade Materna

Os estudos e pesquisas sobre morte materna versam que, em sua maioria, elas são preveníveis e evitáveis (Brasil, 2004; Brasil, 2009; Chou, Doris *et al.*, 2015; World Health Organization, 2023, Fundação Oswaldo Cruz, 2023; United Nations Human Rights Council, 2009; Organização Pan-Americana da Saúde, 2024).

A compreensão das portarias ministeriais, legislações vigentes, diretrizes e manuais que tratam do assunto são fundamentais para reforçar a perspectiva de que se uma mulher grávida morreu houve uma série de eventos anteriores que se somaram, produzindo o pior desfecho. Sigo o entendimento de Maria Beatriz Galli (2005) de que o fato de serem evitáveis revelam pelo menos dois aspectos: a grave

violação dos direitos humanos das mulheres e a desvalorização destas vidas (Galli, 2005).

A 10ª revisão da Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10)⁵ define morte materna como “a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna as provocadas por fatores acidentais ou incidentais” (OMS, 2008).

Esta definição é adotada também no manual dos Comitês de Mortes Maternas do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2009) e por entidades como a *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (Figo) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). As mortes por causas maternas estão agrupadas e relacionadas no Capítulo XV “Gravidez, parto e puerpério” da CID-10.

No que se referem às causas da morte, elas podem ser classificadas em diretas ou indiretas. As obstétricas diretas são aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, em decorrência de intervenções, omissões, tratamento incorreto, ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer uma dessas causas. São os óbitos codificados na CID-10 como: O00.0 a O08.9, O11 a O23.9, O24.4, O26.0 a O92.7, D39.2, E23.0 (estes últimos após criteriosa investigação), F53 e M83.0 (OMS, 2008; Brasil, 2009). Já as mortes obstétricas indiretas são aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devido a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez, como por exemplo doenças do aparelho circulatório (DAC), doenças e afecções especificadas (DAE), doenças do aparelho respiratório (DAR), doenças do aparelho digestivo (DAG), hipertensão preexistente, transtornos mentais, outras doenças do sangue, doenças endócrinas e doenças infecto-parasitárias complicando a gravidez, o parto e o puerpério. Corresponde aos óbitos codificados na CID 10 como: O10.0 a O10.9; O24.0 a O24.3;

⁵ O presente estudo adotou a CID 10, pois os códigos utilizados nas declarações de óbitos maternos e fichas de investigação fornecidas pela vigilância do óbito materno de Rio Branco a usaram como referência. Na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), lançada em 2022, o capítulo referente a gravidez, parto ou puerpério é o XVIII e as codificações são JB00 -JB60, JB63.-, JB64.-, JB6Y, 1C14, JB61 e JB62.

O24.9, O25, O98.0 a O99.8, A34, B20 a B24 - estes últimos após criteriosa investigação (OMS, 2008; Brasil, 2009).

Há de se mencionar a existência de outros conceitos também importantes para o entendimento da mortalidade materna. A morte de uma mulher, seja por causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre após 42 dias e um ano após o fim da gravidez, é considerada morte materna tardia e recebe a codificação: CID O96 (OMS, 2008). A morte materna tardia, que ocorre no puerpério tardio, não é considerada para fins de cálculos da Razão da Mortalidade Materna (RMM), contudo a literatura aponta que as transformações fisiológicas, emocionais e psicológicas após gravidez e parto podem contribuir para o aparecimento de doenças ou agravar aquelas já preexistentes, o que aponta a necessidade de atenção e cuidados específicos para as mulheres no período puerperal. Os achados do estudo empreendido por Kelly Borgonove et al (2024), que objetivou analisar a tendência de mortalidade materna tardia no Brasil entre 2010 e 2019 identificou que tendência crescente da razão da mortalidade materna tardia no Brasil e na maioria das regiões, predominantemente de mulheres acima de 45 anos, negras e com baixa escolaridade. A autora e colaboradoras indicaram a existência de subnotificação, incompletude de informações na DO e evidenciaram a invisibilidade das mortes maternas tardias como um aspecto da injustiça reprodutiva do país.

Um levantamento realizado pelo Centro de Controle e de Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos analisou mortes maternas até um ano após o parto. O estudo referente a 1.018 mortes relacionadas à gravidez entre 2017 e 2019 em 36 estados concluiu que 30% das mortes maternas acontecem até um ano após o parto, 80% dessas mortes maternas seriam evitáveis com acompanhamento de qualidade após o parto e observou risco aumentado de morte materna tardia em mulheres negras em comparação com as brancas⁶.

Outra definição para ressaltar é quanto a morte materna declarada ou não declarada. A primeira é considerada quando as informações registradas na declaração de óbito (DO) permitem classificar o óbito como materno e codificadas dentro do Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério da CID 10, com os códigos O00 a O99. Já a morte materna não declarada é quando as informações registradas na DO

⁶ Diante desse cenário, na pesquisa realizada no Acre incluiu-se as mulheres que estavam no puerpério imediato (até 42 dias pós-parto) e tardio (a partir de 43 dias após o parto até um ano após o término da gestação).

não permitem classificar o óbito como materno e é somente após a investigação que a morte materna é corretamente identificada e registrada.

Na revisão de literatura sobre erros de preenchimento de DO foram encontrados vários trabalhos de autoria de Ruy Laurenti, professor titular em Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), publicados entre 1988 e 2005. Pesquisas que versavam sobre o assunto foram realizadas entre os anos 2000 e 2008 e citavam os trabalhos do professor, especialmente o publicado em 1988. Estudos mais recentes sobre a temática têm sido produzidos de maneira mais robusta pelo Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr)⁷.

O artigo de Ruy Laurenti (1988) salienta que dificilmente há erro numa declaração de óbito quando indica que foi morte materna. Contudo, ao se debruçar sobre mortes de mulheres em idade fértil a constatação da existência de causas como embolia, anemia aguda, hemorragia, septicemia e outras, pode indicar morte materna, tendo-se declarado apenas uma complicação.

O manual dos comitês de mortalidade materna do Ministério da Saúde indica uma outra classificação muito importante, que é a morte materna presumível ou mascarada. O documento explica que é aquela “cuja causa básica, relacionada ao estado gravídico-puerperal, não consta na DO por falhas no preenchimento. Dessa forma, oculta-se a causa básica e impede-se a identificação do óbito materno” (Brasil, 2009, p. 13). Dentro da lista de causas mascaradas de óbitos maternos indicadas no referido manual estão: choques anafilático e séptico, embolia pulmonar, hemorragia, hipertensão arterial, pneumonia; septicemia, distúrbios da coagulação, insuficiência hepática, renal, respiratória, cardíaca, insuficiência de múltiplos órgãos, convulsões, coma, acidente vascular cerebral, embolia, hipertensão, infarto do miocárdio, arritmias e cardiopatias, entre outros (Brasil, 2009).

Neste caso em que houve erro da causa da morte, comitês municipais, regionais ou estaduais ou o setor de vigilância epidemiológica podem proceder à correção dos dados notificados. O registro da real causa deve ser encaminhada em folha anexa à DO e correção dos dados deve ser realizada no Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM, tomando cuidado para não causar duplicidade de registro. O

⁷ O Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr) é uma plataforma de dados públicos - da saúde, socioeconômicos e ambientais. Foi um recurso muito utilizado para acessar dados de mortes de mulheres grávidas e puérperas notificados no SIVEP-Gripe e dados sobre vacinação, a partir de recortes no âmbito nacional, estadual e municipal.

fator de correção (FC) é obtido pela relação entre o total de mortes maternas declaradas mais as encontradas em investigação (Brasil, 2009). A necessidade de padronização da codificação das causas informadas no atestado médico da DO para o processamento e seleção da causa básica correta levou a equipe do Ministério de Saúde a elaborar um protocolo de codificações especiais em mortalidade (Brasil, 2013). O documento destaca que:

As mortes devidas a complicações da gravidez, parto e puerpério são consideradas importante indicador de condições de vida. Contudo, estas mortes são mal declaradas pelos médicos. As imprecisões no seu registro ampliam a subnotificação de mortes maternas, o que demanda para várias regiões do país a aplicação de fatores de correção para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM) (Brasil, 2013, p. 9).

Para a redução das mortes maternas mascaradas, o protocolo do Ministério da Saúde alerta que é necessário reunir diferentes fontes de informações como prontuários e laudos do sistema de verificação de óbito e a realização de busca ativa por parte dos comitês de mortalidade materna (Brasil, 2013). Recomenda-se que os sistemas de vigilância municipais e estaduais elaborem uma lista de causas que frequentemente mascaram mortes maternas (Brasil, 2013; Brasil, 2009).

É importante lembrar que a definição de morte materna da OMS exclui as mortes por causas externas (aquelas decorrentes de acidentes, suicídio, violência, disparo de arma de fogo etc.). Mas o ministério da Saúde, por meio do protocolo de codificações especiais em mortalidade (Brasil, 2013), recomenda a identificação dos chamados “óbitos maternos associados às causas externas” por meio do uso do código O93. O referido código funciona para o SIM como um marcador de uso somente no nosso país e mesmo sendo classificado como óbito materno, a causa básica será externa. Dito isso, na mesma linha após o código da causa externa, deverá ser informado o código O93 (Brasil, 2013). A necessidade do estabelecimento de novos consensos é a justificativa para exclusão destes óbitos no cálculo do indicador da razão de mortalidade materna (Brasil, 2013).

Pesquisadoras do Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr) advertiram para a grandeza numérica destas causas externas se fossem consideradas:

[...] o aumento em relação às mortes declaradas chegaria de 38% a 58% acima dos dados computados oficialmente. A cada ano, em média, 250 mulheres gestantes ou no puerpério morrem nessas condições. Ainda há que se considerar a subnotificação dos casos de aborto, o que pode levar essa diferença a ser ainda maior (Rodrigues; Francisco; Herzog, 2022, n.p.).

Mércia Alves *et al.* (2013) compreende que mesmo não consideradas nas estatísticas da RMM no país, é importante pontuar que essas mortes podem estar relacionadas a violência de gênero, gravidez indesejada e criminalização do aborto. O compromisso de enfrentar a mortalidade materna fez o governo brasileiro adotar uma série de medidas e estratégias a partir dos anos 2000, dentre elas: pactuação da meta pela redução da mortalidade materna até 2015 nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) junto à Organização das Nações Unidas (ONU), o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e um conjunto de portarias para orientar e melhorar a qualidade da atenção à saúde da mulher e o registro dos óbitos maternos (Brasil, 2004; Brasil, 2009).

Mais recentemente, em setembro de 2024, o Governo Federal lançou a Rede Alyne. O programa em fase de estruturação substituirá a Rede Cegonha e tem objetivo de reduzir a mortalidade materna no Brasil em 25% e a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027. A Rede Alyne é uma homenagem a Alyne Pimentel⁸, que morreu grávida por desassistência em 2002. Outro ponto que merece destaque é que já se passaram quinze anos desde o lançamento do manual dos comitês de mortalidade materna (Brasil, 2009) e do Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno (Brasil, 2009). Logo, seria oportuno a atualização de ambas as referências, sobretudo considerando a gravidade histórica do problema de saúde pública e os impactos da pandemia de Covid-19 no sistema de saúde.

4.1.1 A Vigilância do Óbito Materno no Brasil

É no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que se reconhece a vigilância do óbito materno e os comitês de mortalidade materna como mecanismos fundamentais para redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil, 2004). A vigilância epidemiológica da mortalidade materna, segundo a Portaria GM/MS nº1.172, de 15 de junho de 2004, é uma atribuição de municípios e estados. Em 2008, a Portaria GM/MS nº 1.119 de 5 de junho, regulamentou esta prática estabelecendo prazos e fluxos da investigação e tornando obrigatória a investigação de óbitos maternos (OM) e de mulheres em idade fértil (OMIF)⁹ com o objetivo de

⁸ O caso de Alyne Pimentel é um precedente importante na responsabilização do Estado brasileiro por um caso de morte materna evitável (Buzzi, 2023, p. 64).

⁹ Diferentemente da definição internacional, no Brasil considera-se idade fértil a faixa etária entre 10 a 49 anos (Brasil, 2009).

levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência (Brasil, 2009).

Dito isso, a investigação adequada permite a revisão da assistência ambulatorial e hospitalar, a promoção de discussões para adoção de novas condutas e processos que garantam melhorias na qualidade da assistência e a avaliação da trajetória de eventos de modo a “perceber que se outro caminho tivesse sido escolhido em várias etapas, a vida da mulher poderia ter sido preservada” (Fundação Oswaldo Cruz, 2018).

Os comitês de morte materna são interinstitucionais e multiprofissionais e atuação técnico-científica de natureza educativa e de acompanhamento da execução de políticas públicas. A composição abrange representantes das instituições envolvidas com assistência à mulher, como entidades de classe, de defesa dos direitos das mulheres, dos representantes do movimento de mulheres e feministas, instituições de ensino e movimento de mulheres negras e indígenas (Brasil, 2009). Além de contribuir na investigação dos óbitos maternos, os comitês de morte materna podem ajudar na elaboração de estratégias de intervenção para a redução da mortalidade materna, de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde da mulher. O comitê tem o potencial de contribuir para a melhoria do sistema de registro dessas mortes, aperfeiçoando a quantidade e a qualidade das informações relativas à mortalidade materna (Brasil, 2009).

Sônia Bittencourt (2013) explica que a notificação do óbito se faz pelo preenchimento e encaminhamento da Declaração de Óbito (DO) gerada na fonte notificadora para a Secretaria Municipal de Saúde. A Declaração de Óbito tem três grandes funções: ser o documento padrão para a coleta de dados sobre mortalidade para compor o Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM (artigo 10 da Portaria GM/MS nº 116, de 11 de fevereiro de 2009); fornecer os dados para a emissão da Certidão de Óbito pelos Cartórios de Registro Civil e, assim, liberar o sepultamento e outras medidas legais (artigo 77 da Lei nº 6216, de 30 de junho de 1975 que altera a Lei nº 6.015/73) e ser o documento base para o desencadeamento do processo de investigação do óbito materno (Portaria GM/MS nº 1.119, de 5 de junho de 2008) e do óbito fetal e infantil (Portaria GM/MS nº 72, de 11 de janeiro de 2010).

Todos os óbitos ocorridos em território nacional devem ser registrados em cartório e notificados no SIM da Secretaria de Saúde do município ou do estado onde ocorreu o óbito. O profissional responsável pelo preenchimento da DO é o médico,

conforme disposto na Resolução CFM nº 1.779/2005 (Conselho Federal de Medicina, 2005), excetuando-se apenas os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, quando a responsabilidade é atribuída a um médico do Instituto Médico Legal (IML) (Bittencout, 2013). A equipe da vigilância epidemiológica da morte materna deve ser composta por técnicos da vigilância epidemiológica do município e técnicos da saúde da mulher, da atenção básica, hospitalar, regulação, comissão de controle de infecção hospitalar - CCIH, designados pelas autoridades de vigilância em saúde das esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal. De acordo com o Ministério da saúde (2021, p. 23) “os gestores locais do SUS devem garantir equipe mínima necessária para realizar todo o processo de vigilância do óbito materno”.

A conclusão da investigação epidemiológica é uma atribuição da equipe de vigilância de óbitos de referência no município de residência da mulher e deverá ser apoiada pela equipe de vigilância de óbitos de referência do local em que faleceu ou recebeu assistência para pré-natal, parto, aborto ou puerpério. As equipes de vigilância de óbitos maternos deverão concluir e informar o resultado da investigação epidemiológica no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data do óbito (Brasil, 2009).

Um aspecto importante a mencionar é que tanto o manual dos comitês de mortalidade materna (Brasil, 2009) assim como o Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno (Brasil, 2009) reforçam que a DO deve ser registrada no local de ocorrência da morte, que não necessariamente é o mesmo onde morava a mulher, de tal forma que isto permite a classificação do óbito por local de ocorrência e residência. Este foi um importante recurso utilizado para encontrar os casos de mortes de mulheres grávidas e puerperas residentes em Rio Branco.

O processo de investigação se inicia com a identificação do óbito materno e prossegue com a coleta de dados em várias fontes, como a entrevista domiciliar com a família e registros dos serviços de saúde, por meio da utilização dos formulários de investigação do óbito. A análise das informações inclui o estudo do perfil socioeconômico, a assistência prestada no pré-natal, parto, aborto e puerpério, a precisão dos dados da declaração de óbito, se era um óbito materno declarado ou não, dentre outros. Um indicador importante a ser avaliado na investigação do óbito materno é a qualidade do pré-natal (Brasil, 2009).

A portaria GM nº 569, de 01/06/2000 do Ministério da Saúde, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do Sistema

Único de Saúde, define que a primeira consulta de pré-natal ocorra até o quarto mês de gravidez, com pelo menos seis consultas antes do parto e uma no puerpério, até 42 dias, a realização de todos os exames da rotina estabelecida pelo programa, preconizando que o atendimento digno e de qualidade é um direito inalienável da cidadania (Ministério da Saúde, 2000). Dentre outros objetivos, o Programa foi criado para reduzir “as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país” (Ministério da Saúde, 2000, n.p.).

O pré-natal adequado é uma importante estratégia para prevenir mortes maternas. De maneira explícita a OMS afirma que “está comprovado que, com a implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências, os cuidados pré-natais podem salvar vidas” (OMS, 2016, p. 1). Sua importância está diretamente relacionada às seguintes funções: garantia de ações preventivas ou terapêuticas a depender das necessidades da mulher, a realização da classificação do risco gestacional e o encaminhamento para os serviços de pré-natal de alto risco, quando necessário, o oferecimento de imunização antitetânica e para hepatite B, oferta de medicamentos, diagnóstico e prevenção do câncer de mama e de colo do útero, atendimento clínico e psicológico às mulheres vítimas de violência de quaisquer natureza, solicitação de exames de rotina e realização de testes rápidos (Secretaria de Atenção Básica, 2012).

O pré-natal deve incluir o registro das informações no prontuário e no cartão da gestante em relação a anamnese, exame físico, situação vacinal, orientação vacinal e quanto as consultas subsequentes, com a realização de visitas domiciliares e atividades educativas (Secretaria de Atenção Básica, 2012). O sistema de monitoramento, acompanhamento e investigação que compõem as ações da vigilância do óbito materno são importantes e complexos, em especial porque demanda expertise, estrutura física e qualificação profissional para realizar todas as atividades previstas e articuladas nos três níveis de gestão do SUS. Todos estes aspectos estudados foram fundamentais para embasar o olhar analítico quando acesso os setores de vigilância locais e encontro uma realidade institucional precarizada muito diferente do que é recomendado nas legislações e portarias.

4.2 Cenário da mortalidade materna antes da pandemia de Covid-19

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) relaciona as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos, e é expresso por 100.000 nascidos vivos. O manual dos Comitês de Mortes Maternas do Ministério da Saúde explica que a razão não pode ser utilizada como sinônimo de taxa ou coeficiente, pois ela “só poderia ser designada assim se o seu denominador fosse o número total de gestações” (Brasil, 2009, p. 16). Como é um dado extremamente difícil para obter, recomenda-se o uso da expressão “razão”.

Para calcular a razão de mortalidade materna, inclui-se as mortes classificadas no Capítulo XV da CID-10, com exceção dos códigos O96 e O97 referentes a morte materna tardia e morte por sequela de causa obstétrica direta. Algumas doenças fora do Capítulo XV também devem ser consideradas como tétano obstétrico (cód. A34, Cap. I); osteomalácia puerperal (cód. M83.0, Cap. XII); transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério (cód. F53, Cap. V); necrose pós-parto da hipófise (cód. E23.0, Cap. IV), mola hidatiforme maligna (cód. D39.2, Cap. II) e doenças causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (cód. B20 a B24, Cap. I.). Nos últimos três casos, é necessária a comprovação da relação com o estado gravídico-puerperal e o óbito ocorrido em até 42 dias após o parto (Brasil, 2009).

A mortalidade materna é um importante indicador de saúde utilizado mundialmente como referência para avaliar as condições de vida das populações, o desenvolvimento de uma nação e a qualidade da assistência à saúde da mulher. É um parâmetro legitimado por diferentes organizações internacionais e nacionais para se avaliar a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, como Brasil (2009), a Fundação Oswaldo Cruz (2018), a Fundação Oswaldo Cruz (2023), OPAS (2008) e WHO (2023b).

Apesar da importância deste indicador, a literatura descreve que é muito difícil ter a dimensão do número real de mortalidade materna em todo o mundo em decorrência da subinformação e do sub-registro das declarações das causas de óbito (Ruy Laurenti *et al.*, 2004; Laurenti *et al.*, 2000a; Laurenti *et al.*, 2000b; Fundação Oswaldo Cruz, 2018; Ministério da Saúde, 2021; WHO, 2023b). O primeiro diz respeito a erros no preenchimento da DO, omitindo-se que a causa da morte foi relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. O sub-registro é quando não são devidamente registrados em cartório, fenômeno mais comum nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Ruy Laurenti *et al.*, 2004; Brasil, 2009). Um fator produtor de subinformação

indicado nas pesquisas refere-se ao desconhecimento dos profissionais médicos que não informam corretamente as causas maternas nos atestados de óbito ou erram na aplicação do código correto (Ruy Laurenti *et al.*, 2000a; Laurenti *et al.*, 2000b; Brasil, 2009; Brasil, 2013; Ministério de saúde, 2021; WHO, 2023).

O trabalho de Maria das Dores Nunes (2016) teve como objetivo analisar as mortes maternas de adolescentes residentes no Piauí e conhecer as histórias daquelas que morreram por aborto clandestino, no período de 2008 a 2013. O estudo de natureza quantitativa-qualitativa concluiu que as adolescentes eram predominantemente negras, pouco escolarizadas e residentes no interior. As causas obstétricas diretas foram mais prevalentes, como os transtornos hipertensivos e infecção puerperal. Outro dado levantado pela pesquisa é que 26% das mortes não foram investigadas, houve atraso em 52,7% das investigações realizadas e notou-se a elevada frequência de não preenchimento dos campos que informam dados epidemiológicos das adolescentes, tanto na declaração de óbito quanto na ficha-síntese de investigação da morte materna. A pesquisadora também abordou o retardo no diagnóstico, despreparo e/ou a não valorização dos sinais e sintomas da complicação e o estigma do aborto como fatores contribuintes para as mortes. O trabalho reforçou que a morte de mulheres no início da vida reprodutiva por causas preveníveis e evitáveis pela ausência ou insuficiência de um atendimento de qualidade para as mulheres representa uma violação grave de direitos humanos.

As estimativas mais recentes divulgadas em um relatório das agências da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2023b) apontaram que houve retrocessos para a saúde materna em todo o mundo entre os anos 2000 e 2020. Esta publicação comenta que a redução da mortalidade materna é uma das principais metas discutidas em conferências internacionais, estando, também, incluída nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) junto à Organização das Nações Unidas (ONU). O relatório apontou algumas conclusões importantes: 1. grandes desigualdades na sobrevivência materna entre regiões do mundo; 2. de maneira geral as taxas estagnaram ou pioraram entre 2016 e 2020 e 3. Concentração maior em países de baixa e média renda, em especial aqueles que enfrentam crises climáticas e conflitos prolongados. O documento apontou que as taxas menores se concentraram nas regiões da Europa e América do Norte, Leste e Sudeste Asiático e destaca que:

A grande maioria das mortes maternas é evitável: o conhecimento clínico e a tecnologia necessários para as prevenir já existem há muito tempo. No entanto, estas soluções muitas vezes não estão disponíveis, não são

acessíveis ou não são implementadas, especialmente em ambientes com poucos recursos (WHO, 2023b, p. 16).

O problema relativo as altas taxas globais de mortalidade materna mobilizou o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). As agências da Organização das Nações Unidas (ONU), o Ministério da Saúde do Brasil, a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) e a sociedade civil uniram-se para discutir a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes 2016-2030, durante a Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada em 2015. A Estratégia Global se originou também com o intuito de finalizar o trabalho inconcluso dos ODM (Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de 2000 a 2015 (OMS, 2016).

A Estratégia Global estabeleceu como meta a redução da “mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos” (OMS, 2016, p. 6). A iniciativa teve como proposta que até 2030 “nenhuma mulher, criança ou adolescente deverá enfrentar um risco maior de morte passível de prevenção devido ao local onde mora ou a quem é” (OMS, 2016, p. 5). Quanto às estimativas de mortalidade materna no Brasil, o boletim epidemiológico do Ministério da saúde (2021) realizou um levantamento entre 2009 e 2019 nos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e no SIM. No ano período investigado, a RMM do Brasil manteve-se elevada e bem distante da meta estabelecida de 35,8 até 2015 e de 30 por 100 mil nascidos vivos até 2030 para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

O boletim destacou ainda que a região Norte apresentou tendência crescente de mortalidade materna, ressaltando que “em 2019, a RMM do Brasil variou de 82,5 óbitos maternos para cada 100 mil NV na região Norte a 38,3 na região Sul” (Ministério da Saúde, 2021, p. 15). Os dados do boletim apontaram que a RMM no Acre variou entre 41,4 em 2009 a 49,1 em 2019 para cada 100 mil NV, ou seja, acima das metas propostas da ODM de 2015 e 2030. O boletim também investigou os óbitos maternos de causas obstétricas diretas e indiretas. Concluiu que predominaram as de causas diretas, com destaque para hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto. Quanto as características sociodemográficas, eram mulheres entre 25 a 34 anos, 66% dos óbitos maternos foram de mulheres negras, 42% das mulheres eram casadas ou estavam em união estável, com predomínio de baixa escolaridade (Ministério da Saúde, 2021).

Outros estudos que também avaliaram a tendência de mortalidade materna no Brasil e nas cinco regiões brasileiras chegaram a resultados semelhantes o que demonstra que a mortalidade materna do país sempre foi inadmissivelmente alta, atingindo desigualmente as regiões brasileiras sobretudo mulheres negras, pouco escolarizadas, de baixa renda e com menos acessos aos bens e serviços de saúde (Brasil, 2009; Bruna Silva *et al.*, 2016; Brasil, 2014; Janaína Tintori *et al.*, 2022; Fundação Oswaldo Cruz, 2018; Deivid Santos, 2017; Sônia Bittencourt, 2013; Reginaldo Freitas-Júnior, 2020).

4.3 Os impactos da pandemia de Covid-19 nas populações e na morte materna

Judith Butler (2022) apresenta a origem etimológica da palavra “pandemia” no sentido de “algo que atravessa e se espalha sobre e pelo povo” (Butler, 2022, p. 22). Contudo, há muitos e sobrepostos mundos, pois a maioria dos recursos não é igualmente partilhada. Por isso, ela propõe o uso de mundo no plural para ressaltar a “a descontinuidade, as barreiras e as desigualdades, e sentimos que é imperativo assim fazer para descrever o mundo como ele é (Butler, 2022, p. 23).

Butler (2022) comenta que o sofrimento decorrente da pandemia se concentrou em algumas partes do “mundo subjugado e colonizado, em comunidades racializadas” (2022, p. 21). Exemplifica que nos Estados Unidos, as pessoas racializadas, além de apresentarem o triplo de chance de infecção que as brancas, também enfrentavam risco de morte duas vezes maior. A autora explica que as estatísticas por si só não conseguem explicar o porquê, mas supõe que “no interior do chamado mundo comum, tornou-se aceitável que a perda da vida negra não seja preocupante ou enlutável como a da vida branca” (Butler, 2022, p. 21). É com o contexto pandêmico que as desigualdades socioeconômicas são trazidas à tona de maneira mais evidente.

Didier Fassin (2021) reforça que os recursos inadequados, falta de preparação, reatividade lenta, especialmente em países como Estados Unidos e Brasil, o ceticismo deliberado, resultaram em inúmeras mortes. Enfatizou que os governos deveriam ser responsabilizados pelo que aconteceu durante a pandemia, em particular pelas vidas perdidas graças ao despreparo e à má gestão da crise. O autor mencionou os presidentes Donald Trump e Jair Bolsonaro que contrariaram as

recomendações de especialistas da saúde, negaram a gravidade da pandemia, lançando uma falsa oposição entre vida e economia.

Afirmções como “Eu não sou coveiro” (Gomes, 2020) e “Todos nós iremos morrer um dia. Queremos poupar a vida? Agora, o emprego é essencial” (G1, 2020) foram proferidos pelo presidente da República Jair Bolsonaro à época. A indiferença e a negação da morte de milhares é da ordem de uma obscenidade e retrata o horror:

Para o poder dominante, os outros estão mortos. Seus ossos impressos em obituários de palavras esquecidas. São velhos, mas não apenas. São crianças, são homens e mulheres. Todos os povos. São tantos, incontáveis, inomináveis. Serão esquecidos. São restos. Restolho em desassossego (Bocchi, 2020, p. 27).

Em sua tese de doutorado, Luna Borges (2024) explicita que o Brasil atravessou duas crises sobrepostas: a provocada pelo Covid-19 e os ataques ao Estado de Direito pelo presidente Bolsonaro e seus apoiadores, que atingiu seu ápice com a invasão criminosa e na depredação dos prédios do Palácio do Planalto, do Congresso Nacional e do Supremo Tribunal Federal (STF) em 8 de janeiro de 2023. As condutas, discursos e narrativas anticiência, antivacina e negacionistas do ex-presidente foram abordados por Vitória Buzzi (2023), que fez um valioso e detalhado resgate em notícias e redes sociais.

Essas e outras manifestações expressas pelo ex-presidente revelaram que há vidas que não importam, que a economia é prioridade e que o mundo se organiza para proteger algumas vidas e não todas. Para Butler (2022) quando a economia é priorizada em meio a uma emergência sanitária internacional estabelece-se uma classe de pessoas dispensáveis, que serão mais expostas ao vírus com riscos reais de morrerem.

Ela destaca que sob o argumento da necessidade de reabertura das atividades, foi a classe trabalhadora que descobriu a sua natureza dispensável e substituível. Sem acesso a renda mínima, precisaram escolher entre a destituição econômica e o adoecimento grave. Esta reflexão de Butler (2022) contribui para pensar que com apenas três meses do reconhecimento oficial da pandemia, surgiu o decreto nº 6.206 de 22 de junho de 2020, que criou o “Pacto Acre Sem COVID”.

Sob o pretexto de “viabilizar a harmonia entre o desenvolvimento econômico, o direito de proteção à saúde e os valores sociais do trabalho” (Acre, 2020, p. 1) o decreto intencionou assegurar a retomada gradual das atividades econômicas e comerciais no âmbito estadual. Contudo, naquele momento, o Estado contabilizava

mais de 10 mil pessoas infectadas pela doença, 281 mortes e ainda não havia imunizantes desenvolvidos. Em março de 2021 com quase mil mortes, 57,5 mil casos de Covid-19 e estando no nível de emergência mais alto representado pela cor vermelha, de acordo com a classificação dos níveis de risco, o governo do Acre flexibilizou as medidas restritivas e liberou a abertura de 20% do comércio.

Rajat Khosla *et al.* (2024) explica que as situações de policrises, envolvem conflitos simultâneos, catástrofes climáticas, pandemia de Covid-19, guerras e enchentes provocam preocupações, em especial porque ameaçam os direitos humanos, pioram as desigualdades de gênero e aumentam os desafios de saúde, em termos de escala, gravidade e complexidade. Essas crises aprofundam injustiças e desigualdades interseccionais existentes na saúde, mas ampliaram as disparidades de saúde, com diferenças significativas marcadas de acordo com a renda, sexo, idade, raça, etnia, status migratório, deficiência e localização geográfica, dentre outros fatores.

Além da pandemia de Covid-19, a população acreana vivenciou policrises em 2021. Nesse ano, mais de 120 mil pessoas foram afetadas¹⁰ pelas cheias históricas dos rios em 10 cidades, inclusive em Rio Branco. O Estado também enfrentou surto de dengue e conflitos migratórios na fronteira com o Peru. Todo este cenário ocorreu quando a covid-19 apresentou um grande crescimento no número de casos, com o agravante da falta de leitos de UTI para pacientes com Covid (Madeiro, 2021).

O governador Gladson Cameli afirmou em entrevista a página do Uol “só tenho recursos para, no máximo, três meses para manter a estrutura [...] Eu tenho um saldo na conta hoje de R\$ 42.597.948,63 no caixa do covid-19. Por mês, são de R\$ 12 a 15 milhões com os gastos”. E acrescenta “estamos pedindo o apoio do governo federal para ajudar na questão das UTIs”. A taxa de ocupação de leitos de UTI tinha atingido 86% (Madeiro, 2021).

Em coletiva de imprensa, o então governador disse que “temos que ter todos os cuidados, evitar aglomerações e, fazendo isso, a gente pode tentar conviver com essa situação até que essa pandemia passe de uma vez”. O preço de “tentar conviver” com um vírus potencialmente letal é escolher colocar as pessoas em risco, especialmente pessoas pertencentes a grupos vulnerabilizados. Butler (2015) alerta

¹⁰ As populações ribeirinhas, populações indígenas e moradores pertencentes aos bairros periféricos estão entre as mais impactadas.

que não se pode acreditar e defender que uma vida pode ser perdida, ser alvo de destruição ou negligenciada até a morte.

Sigo o entendimento de Fassin (2021) que a pandemia da Covid-19 produziu uma crise global sem precedentes. Os princípios democráticos foram enfraquecidos e houve aumento da precariedade para grandes segmentos da sociedade, com diferenças significativas entre países determinadas pelo regime político, profundidade da desigualdade e qualidade da proteção social. Para o antropólogo, a pandemia expôs as disparidades gritantes nas condições de vida. Os idosos, os doentes, os pobres, pessoas encarceradas, migrantes, minorias étnico-raciais morreram em taxas muito mais altas. A pandemia mostrou as forças da desigualdade, exclusão, marginalidade, que nunca desaparecem (Fassin, 2021).

Dandara Ramos *et al.* (2020) reforça o argumento de que a pandemia de Covid-19 impacta de maneira desigual as populações, especialmente considerando o contexto brasileiro de aproximadamente 40 milhões de trabalhadores e trabalhadoras informais, submetidos a trabalhos precarizados, sem proteção social e acesso adequado à saúde, moradia e saneamento. Essas pessoas não tinham como adotar medidas de distanciamento social e ficaram mais expostas a contaminação pelo coronavírus. Caso viessem a adoecer, enfrentariam barreiras de acesso a cuidados em saúde, ressaltou a autora.

A crise global afetou de maneira devastadora as populações já historicamente vulnerabilizadas e fragilizou ainda mais as políticas e serviços de saúde sexual e reprodutiva, assim como foi no Ebola e Zika, também emergências de Saúde Pública de Importância Internacional classificadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Debora Diniz *et al* (2025) destaca que na última década, o Brasil foi o epicentro de duas emergências de saúde, Zika e Covid-19, com consequências particulares para mulheres grávidas.

Durante o surto da doença do vírus Ebola na África Ocidental de 2014-2016 Claire Wenham *et al.* (2020a) ressaltava que as mulheres tinham mais probabilidade de serem infectadas pelo vírus, devido aos seus papéis predominantes como cuidadoras dentro das famílias e como profissionais de saúde da linha de frente. Os recursos para saúde reprodutiva e sexual foram desviados para a resposta de emergência, contribuindo para um aumento na mortalidade materna em uma região com uma das maiores taxas do mundo. O surto de Zika também apresentou impactos desproporcionais sobre as mulheres jovens, em idade reprodutiva, e particularmente,

para as mulheres grávidas, conforme aponta Debora Diniz (2016b) “elas já eram pobres, nordestinas, pouco escolarizadas e com frágil inserção no mundo do trabalho; agora são, também, cuidadoras de crianças com necessidades não protegidas pelo Estado brasileiro” (2016b, p. 3). Embora haja um marco temporal oficial que defina o fim de uma emergência, há que se considerar que seus efeitos não cessam para as que foram mais atingidas, especialmente para mulheres e meninas¹¹. Os parâmetros de início, meio e fim de epidemias e pandemias não são os mesmos especialmente para quem tem a vida radicalmente transformada pela morte e pelo luto. Para as famílias e amigas, a temporalidade é outra, porque os efeitos se prologam, se estendem indefinidamente e não são delimitados cronologicamente.

Em julho de 2024 foi relatado a circulação do vírus Oropouche (OROV) para a OMS e OPAS, com possíveis casos de transmissão vertical no Estado do Acre, Pernambuco e Pará. Debora Diniz *et al.* (2024 e 2025) tem mantido contato próximo com mulheres em que seus casos estão sob investigação e aponta para as implicações comuns às identificadas na epidemia de Zika. Tem-se assim duas emergências afligindo a mesma população. A pesquisadora adverte que assistimos cenários de riscos que se sobrepõem, se cruzam e as experiências vividas de emergências são mais cíclicas do que propriamente lineares e definidas de início e fim de uma crise sanitária.

No tempo da escrita da tese, por exemplo, é possível identificar no Acre um contexto de policrises marcado por emergências de saúde sobrepostas, assim como o vivido em 2021. Os dados do Boletim Epidemiológico Covid-19 da Secretaria Estadual de Saúde (Sesacre)¹² registraram trinta e nove mortes por Covid-19 em 2023, quatorze mortes em 2024 e já no início de 2025 se aproxima do total confirmado ao longo de todo o ano passado, com doze mortes. De 2023 a 2025, a maioria dos casos confirmados foi na faixa etária de 40 a 49 anos, com maior proporção de casos em mulheres (62,3%). Em relação às mortes por Covid-19, 51,7% eram mulheres. Ou seja, elas continuam em situações de maior risco de contaminação e morte, mesmo

¹¹ Para reflexões sobre os efeitos duradouros e os múltiplos sentidos do marco temporal do fim de uma crise, emergência e desastre recomendo a leitura de SALISBURY, Laura *et al.* The end, and what comes after. **The Lancet**, v. 405, n. 10474, p. 192-193, 18 jan. 2025. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)00044-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)00044-3/abstract). Acesso: 10 fev. 2025.

¹² Referente aos dados até o dia 25/01/2025

após a declaração do fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à Covid-19.

Nos últimos dois anos houve ainda desafios enfrentados pelas enchentes, que deixou famílias desabrigadas, especialmente aquelas que viviam em regiões vulneráveis. O ano de 2024 foi marcado por um dos maiores desastres ambientais da história do estado (G1, 2024). Recentemente, o governo do Estado do Acre por meio do Decreto nº 11.619, de 8 de janeiro de 2025, declarou emergência em saúde pública em razão do aumento exponencial de casos de arboviroses, como dengue, chikungunya, zika, mayaro e oropouche (Acre, 2025). Diferentemente do Boletim Epidemiológico Covid-19 (Acre, 2025), o Boletim Epidemiológico das Arboviroses no Acre não apresenta recortes relativos ao sexo, faixa etária e raça, mas demonstrou aumento significativo de notificação de casos confirmados e mortes nos últimos dois anos.

Debora Diniz *et al.* (2025) alerta que as mulheres e outras populações marginalizadas são desproporcionalmente afetadas pelo acúmulo de crises e pelo trabalho de cuidado que as acompanham, desde a síndrome Zika no Brasil. Essas mesmas comunidades foram posteriormente impactadas pelos efeitos da pandemia da Covid-19 e agora, nas mesmas áreas, há evidências preliminares de possível transmissão vertical em casos emergentes de Oropouche. Seu trabalho aponta ainda que fatores socioeconômicos, de gênero, raciais e geográficos potencializam os efeitos devastadores e conduzem a desfechos repetidos e previsíveis de injustiça.

Os efeitos da pandemia de Covid foram experienciados e vividos por mulheres e meninas em diferentes campos: no trabalho e renda, nas responsabilidades de cuidado, no aumento da violência de gênero e com repercussões sobre a saúde sexual e reprodutiva (Wenham *et al.*, 2020b; Wenham e Davies, 2021; Pimenta *et al.*, 2021; Neetu *et al.* 2020; Haneef *et al.*, 2020; OPAS, 2021; Diniz, 2020; Khosla *et al.*, 2024). Em relação a trabalho e renda durante a pandemia de Covid-19, as mulheres foram mais atingidas pelo desemprego e da sobrecarga de trabalho não remunerado (Gênero e Número e Sempre Viva Organização Feminista, 2020; IBGE, 2022; Janaína Penalva e Bruno Stelet, 2020).

Denise Pimenta *et al.* (2021) explica que na pandemia de Covid-19 as mulheres empregadas sofreram com as transformações do mundo trabalho. Na modalidade home office, aumentaram as pressões por produtividade e jornadas de trabalho sem direito a descanso, com acúmulo de tarefas laborais e domésticas

afetando a saúde física e mental. No trabalho presencial, a autora destaca que as mulheres por predominantemente ocuparem as profissões da saúde e da assistência social, consideradas “linhas de frente” no combate ao coronavírus, ficaram mais vulneráveis aos efeitos do vírus. De acordo com John Neetu *et al.* (2020) são as normas e papéis de gênero que relegam as mulheres ao trabalho de assistência as colocando na linha de frente. Rajat Khosla *et al.* (2024) destaca que há que se considerar ainda que geralmente são profissões indevidamente pagas e desvalorizadas.

Denise Pimenta *et al.* (2021) e Talha Burki (2020) ressaltaram que as empregadas domésticas continuaram trabalhando, pois do contrário ficariam sem renda, colocando em risco sua existência e de sua família. A primeira vítima por Covid-19 no Brasil, Cleonice Gonçalves, era trabalhadora doméstica no Rio de Janeiro e, conforme bem lembra Denise Pimenta *et al.* (2021).

Rajat Khosla *et al.* (2024) comentam que as responsabilidades do cuidado se intensificaram. São meninas e mulheres que precisam cuidar de crianças, dos doentes e pessoas idosas, frequentemente às custas de suas próprias necessidades de saúde. Outros estudos, como o de Talha Burki (2020) e Luciana Brito *et al.* (2020) também apontaram que elas são as principais responsáveis na tarefa do cuidado. Luna Borges (2024) destaca que no caso da morte de uma mulher com filhos são mulheres-cuidadoras como avós e tias que são mais impactadas e explica: “seguindo a forma mais comum, matrilinear, de distribuição do cuidado nas famílias, é provável que avós e tias sejam as cuidadoras dos órfãos da pandemia. As mudanças provocadas pela morte de uma mulher que já era mãe em uma família atingem a todas, mas as cuidadoras são impactadas de forma implacável” (Borges, 2024, p. 14-15).

Isadora Dourado Rocha (2024) descreve como a tarefa de cuidado tem características gendrificadas e matrilineares nas famílias brasileiras. O objetivo do seu trabalho foi compreender as relações e conexões entre patriarcado, família natural e poder judiciário a partir da análise de uma demanda por guarda de três crianças de diferentes linhagens paternas. Seu estudo concluiu que o poder judiciário operou de modo a reafirmar um modelo de família que é permitido aos homens-pais estar com as crianças sem prestar qualquer cuidado.

Ainda sobre os impactos desproporcionais da pandemia sobre as mulheres, a ONU alertou que os casos de violência doméstica aumentaram no mundo todo,

principalmente por conta de medidas de contenção do vírus, como a quarentena e isolamento social (ONU mulheres, 2020; ONU news, 2021).

Somadas às dificuldades econômicas e violência de gênero, houve o fechamento de serviços de saúde sexual e reprodutiva, que não foram classificados como essenciais, conforme mencionado por Sophie Cousins (2020). Como consequência, dificultou acesso a serviços urgentes, como aborto seguro e serviços de planejamento familiar, deixando milhões de mulheres e meninas vulneráveis.

Embora as mulheres sejam mais afetadas em uma emergência pública de saúde, Luciana Brito *et al.* (2020) ressalta que umas são mais vulneráveis que as outras. Há outros marcadores além de gênero, como por exemplo a raça, se tem deficiência, a qual classe social pertence, a orientação sexual, região que mora que aumentam os riscos e que restringe o acesso a serviços de saúde durante uma pandemia.

Essas desigualdades sociais pré-existent, explica Debora Diniz (2020), somadas a um contexto de negação da ciência e as políticas antigênero contribuíram para que o Brasil fosse duramente atingido pela pandemia de Covid-19 e os índices de morte materna já considerados altos pela ONU e OMS se tornassem inadmissivelmente altos e fosse considerado o epicentro da mortalidade materna devido à Covid-19 (Diniz, 2020; Takemoto *et al.*, 2020; Silva; Souza, 2020; Nakamura-Pereira *et al.*, 2020).

Para evidenciar a situação grave da mortalidade materna, o Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOBr Covid-19), que disponibiliza um painel de análise dos casos de grávidas e puérperas notificados no Sistema de Informações sobre Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), apontou que 2020 foram notificados 1.965 mortes e e em 2021, 3.030 óbitos maternos ao SIM. Houve um crescimento de mais de 45% em comparação ao período anterior à pandemia da COVID-19. Há também registros de 469 mortes entre grávidas e puérperas com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) não especificada, que podem ser também episódios de COVID-19, conforme estudo de Ornella Scardua *et al.* (2022).

No ano de 2019 a razão de morte materna no Brasil foi 57 a cada 100 mil nascidos vivos. No ano seguinte aumentou para 67 e, no ano de 2021, a razão de morte materna subiu para 107 (Brasil, 2022), atingindo patamares similares a década de 90 (Guimarães *et al.*, 2023). Nas palavras de Raphael Guimarães *et al.* (2023, p. 3) “as mulheres grávidas e puérperas foram mais penalizadas pela pandemia do que

a população em geral e mulheres não grávidas”. Em 2020, o Acre registrou a razão de mortalidade materna de 33,0 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, no ano seguinte a RMM foi de 95,5 e em 2022 57,7 a cada 100 mil nascidos vivos, segundo o indicador da Razão de mortalidade materna para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (IBGE, 2024). Tanto a RMM no Brasil como no Acre durante a pandemia ficaram acima da meta estabelecida de 30 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030 para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Butler (2022) afirma que as condições sociais e ecológicas existentes, efeitos da pandemia de Covid-19, são marcadas por destruição ambiental, pobreza, racismo, desigualdades globais e violência social. Caracteriza como contexto de doença e morte. A filósofa destaca que o registro deste fenômeno global é também um registro das desigualdades, especialmente de quem vive nas zonas marginais.

É importante pontuar que a OMS declarou o fim da pandemia da Covid-19 em maio de 2023. Contudo, apesar das grávidas e puérperas estarem mais protegidas contra o Sars-CoV-2 em decorrência da imunização, as causas consideradas evitáveis como hipertensão, hemorragias e infecções, voltaram a crescer (Collucci, 2023; Lemos, 2023). Isto revela que as mulheres continuam sofrendo os efeitos da ausência de atenção aos direitos sexuais e reprodutivos, que persistem as desigualdades no acesso à saúde e suas necessidades de cuidados não são priorizadas nem incluídas na agenda e nas decisões políticas.

5 FEMINICÍDIO DE ESTADO DE MULHERES GRÁVIDAS E PUÉRPERAS: A PESQUISA NO ACRE

Como mencionado, tomo a definição de feminicídio de Estado de Soraia da Rosa Mendes (2021), que se refere a todas as mortes de mulheres grávidas e puérperas ocorridas no período da pandemia da Covid-19 por atos deliberados ou decorrentes de omissão estatal. Ressalto que as responsabilidades governamentais dizem respeito às escolhas e ações tomadas no enfrentamento da pandemia, conforme os achados que serão detalhados da seguinte forma.

Iniciarei pela descrição e problematização das fragilidades do sistema de vigilância do óbito materno local, principalmente considerando que é uma das ações estratégicas fundamentais para a prevenção e redução da mortalidade materna. Em seguida, a seção “Quem são elas” é dedicada a demonstrar a presença de um perfil homogêneo de precarização da vida de mulheres atravessadas pelo feminicídio de Estado, por meio da análise das 25 declarações de óbitos maternos. Ainda na seção “Quem são elas”, me debruço sobre a análise de 8 prontuários, que corresponderam aos casos cujos familiares aceitaram participar da entrevista. Por fim, evidenciarei as condutas contrárias ao campo das evidências em saúde, no que tange ao contexto local de desinformação, falhas na vacinação desta população e aquisição de medicamento comprovadamente ineficaz contra Covid-19.

5.1 Fragilidades do Sistema de vigilância do óbito materno local

O guia de vigilância epidemiológica (Brasil, 2009) explica que a eficiência do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) depende de como são desempenhadas as atribuições nos diferentes níveis: nacional, estadual e municipal. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios:

As competências de cada um dos níveis do sistema de saúde (municipal, estadual e federal) abarcam todo o espectro das funções de vigilância epidemiológica, porém com graus de especificidade variáveis. As ações executivas são inerentes ao nível municipal e seu exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local. Por sua vez, cabe aos níveis nacional e estadual conduzirem ações de caráter estratégico, de coordenação em seu âmbito de ação e de longo alcance, além da atuação de forma complementar ou suplementar aos demais níveis (Brasil, 2009, p. 18).

As fragilidades encontradas referem-se a aspectos estruturais, como quadro insuficiente de profissionais da vigilância, aspectos da gestão do sistema, ausência do comitê de morte materna e problemas com codificação, que serão devidamente detalhados a seguir.

A primeira fragilidade diz respeito a composição insipiente da equipe. O Núcleo estadual de Vigilância do Óbito é responsável pelas ações de vigilância dos óbitos fetais, infantis, materno e de mulher em idade fértil dos 22 municípios. O setor é formado por dois profissionais: uma técnica bióloga coordenadora estadual e por um profissional médico com formação em Ginecologista, Obstetrícia, que também é perito e legista (Legis, 2021; Sesacre, 2023).

No município de Rio Branco, a equipe responsável pelas ações de vigilância dos óbitos fetais, infantis, materno, de mulher em idade fértil e mortes por causas mal definidas é composta por três profissionais: uma assistente social que conduz as investigações, uma técnica em enfermagem responsável pela codificação e uma médica da família/pediatra. As ações de vigilância do óbito incluem o monitoramento, a identificação, análise, investigação e correção de óbitos não só maternos, mas também abrangem fetais, infantis e de mulher em idade fértil. Para se ter uma ideia da dimensão da demanda de trabalho, apenas de mortes de mulheres em idade fértil residentes em Rio Branco, o acesso ao SIM de 2020 registrou um total de 185 notificações, em 2021 foram 227 notificações e em 2022 107 notificações.

Segundo informado tanto pelo governo do estado como pela vigilância municipal, este problema do quantitativo da equipe já existia antes da pandemia de Covid-19. Porém no contexto pandêmico a ausência de médica (o) por meses impactou ainda mais esta situação do município, pois apenas este profissional é habilitado a encerrar a ficha de investigação. Durante a pandemia houve rotatividade, adoecimentos de profissionais da equipe e dificuldades na realização das entrevistas domiciliares, em decorrência de familiares não encontrados e medidas de distanciamento social. Por isso, foi adotado o preenchimento dos itens do questionário via aplicativo do whatsapp, prática que se manteve na atualidade.

A segunda fragilidade encontrada referiu-se a digitação da ficha síntese, conclusões e recomendações, que é de responsabilidade do município de residência do caso. Os dados do SIM do município de Rio Branco registraram no ano de 2020 apenas 64,86% de óbitos com ficha-síntese de investigação digitada, 98,72% em 2021 e 98,17% em 2022. Chamou atenção o fato de 35% de fichas não terem sido digitadas

em 2020 e fichas ainda não digitadas nos anos seguintes. Mesmo com essa porcentagem próxima a 100% obtida em 2021 e 2022 é difícil avaliar a qualidade das investigações.

Vale lembrar que a Portaria GM nº 1.119 (Brasil, 2008) estabeleceu um prazo de 120 dias a partir da ocorrência do óbito para que a equipe de vigilância de óbito materno remeta a ficha-síntese da investigação epidemiológica ao gestor do SIM, que terá 7 (sete) dias para providenciar a alimentação do módulo de investigação de óbitos maternos. O não cumprimento dos prazos estipulados contribuir para subnotificação e fragiliza o uso das informações para a tomada de decisão pela vigilância epidemiológica. A representação e compreensão da real situação de saúde da população fica prejudicada em decorrência da subnotificação.

É atribuição do município garantir estrutura e equipes compatíveis com o exercício dessas atividades, conforme disposto na portaria n.º 1.399 do Ministério da Saúde (Brasil, 1999). Apesar das ações de vigilância epidemiológica de morte materna serem realizadas pelas secretarias municipais, as secretarias estaduais de saúde também tem competências complementares. No Acre, o Comitê de Mortalidade Materna não está implantado e os grupos técnicos de investigação dos óbitos maternos não estão instituídos em todos os municípios. Algumas tentativas de implantação foram realizadas em 2013 e em 2016, mas não tiveram êxito (Acre, 2020-2023). Em maio de 2024 a Sesacre realizou o 1º Encontro do Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, com o objetivo de implantação e melhoria nos sistemas de registro e avaliação dos óbitos em relação as causas e fatores de risco associados (Lima, 2024).

Há consequências desse contexto precarizado da vigilância. Geram a falta de cumprimento dos protocolos de investigação, falhas nos prazos dos processos e a sobrecarga de trabalho desses profissionais diante do volume de casos. A capacidade insuficiente dos recursos humanos impacta em todas as ações da vigilância. Erros na codificação nas causas de mortes foram uma outra fragilidade observada. Os registros no SIM relativos às mortes maternas declaradas entre 2020 e 2022 em Rio Branco indicaram um total de 9 mortes maternas declaradas assim distribuídas: não houve registros em 2020, 7 registros em 2021 e 2 registros em 2022.

Os dados fornecidos acima me levaram a questionar: primeiro - Como em Rio Branco haveria esse universo tão reduzido se a nível global, especialmente nacional, a pandemia de Covid-19 impactou nas mortes maternas? Segundo: eu sabia de pelo

menos de uma morte por Covid-19 de uma mulher puérpera em 2020, pois tinha sido amplamente divulgado na mídia local. Então, passei a investigar a declaração de óbito deste caso e verifiquei que foram incluídos os códigos: A419 (Septicemia não especificada), J159 (Pneumonia bacteriana não especificada), B342 (Infecção por coronavírus, não especificada) e U071 - Covid-19 (vírus identificado), sendo a causa básica: B342 - Infecção por coronavírus, não especificada.

Descubro então que esta morte foi codificada fora do Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério (códigos O00 a O99) da CID 10. Observar a declaração de óbito deste caso me permitiu identificar mortes maternas não declaradas, as chamadas mortes mascaradas (Brasil, 2009). A omissão na DO de que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério levou a subinformação, gerando números inferiores de mortes maternas maternas que não correspondem à realidade do município.

A codificação do caso em tela, que não incluiu o Cid O98.5 (Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério), estava em desacordo com as orientações sobre causas de mortes no contexto da covid-19. Em janeiro de 2021, a OMS ativou códigos para as condições que ocorrem no contexto da Covid-19 e o Ministério da Saúde orientou que estes códigos atribuídos pela OMS fossem considerados marcadores a serem utilizados em conjunto com outros códigos da CID-10. Portanto, se a mulher estivesse no ciclo gravídico puerperal e a covid-19 foi a causa básica, a codificação deveria ser da seguinte forma: O98.5 (Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério) +B34.2 (Infecção por coronavírus, não especificada)+U07.1 (COVID-19, vírus identificado e confirmado por critério laboratorial) na mesma linha (Brasil, 2021; Brasil, 2022).

O manual do Ministério da Saúde (2009) ensina que a correção das informações é um procedimento simples que pode ser realizado por comitês de morte materna ou pelo setor de vigilância epidemiológica. Deve-se primeiramente esclarecer a real causa da morte e proceder à correção no SIM. Contudo, essa operação não foi realizada pela vigilância local. O Ministério da Saúde (Brasil, 2009) recomenda que seja elaborada uma lista de causas que podem levar às máscaras de mortes maternas, mas a lista não foi produzida nem na capital nem no Estado. A inexistência do comitê de MM local é um agravante que pode contribuir para esta situação da não correção dos dados no SIM e a ausência da lista de máscaras.

O preenchimento correto da DO e a identificação dos fatores que ocasionaram a morte da mulher é atribuição do médico assistente que atestou a morte (Brasil, 2009; CFM, 2005). O Conselho Federal de Medicina (CFM, 2005) entende que a declaração de Óbito é parte integrante da assistência médica e fonte imprescindível de dados epidemiológicos. Enfatizo um estudo interessante desenvolvido por Flávia Gomes *et al.* (2006) que teve como objetivo verificar a presença de mortes maternas mascaradas a partir de procedimentos obstétricos e diagnósticos secundários registrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), nos Estados de São Paulo, Paraná, Pará, Ceará e Mato Grosso, nos anos de 1999 e 2000. Foram encontrados registros compatíveis com a lista sugerida e adotada no Brasil para busca por máscaras maternas. A autora atribuiu que o não registro destas mortes como maternas decorre do fato das mulheres terem apresentado complicações no transcorrer deste processo, determinando que o diagnóstico principal fosse outro fora do Capítulo XV da CID 10. Destaco um trecho do que a pesquisa revelou:

[...] além dos 596 casos de mortes maternas informadas pelo SIH-SUS, acrescem-se os 39 registros identificados. Tais **mulheres estavam no ciclo grávido-puerperal no momento da morte**. Os resultados deste estudo nos permitem inferir que nos anos de 1999 e 2000, nos cinco Estados selecionados, foram a óbito 651 mulheres em idade reprodutiva, cujas causas de mortes deveriam estar informadas como maternas (Gomes *et al.*, 2006, p. 390, grifo nosso).

As mortes maternas não declaradas geralmente são aquelas decorrentes de causas obstétricas indiretas que ocorrem por complicações obstétricas durante a gravidez, o parto ou o puerpério doenças complicações não classificadas no Capítulo XV. Corresponde aos óbitos codificados na CID-10 como: como doenças do aparelho circulatório (DAC), doenças e afecções especificadas (DAE), doenças do aparelho respiratório (DAR), doenças do aparelho digestivo (DAG), hipertensão preexistente, transtornos mentais, outras doenças do sangue, doenças endócrinas e doenças infecto-parasitárias complicando a gravidez, o parto e o puerpério, como a infecção por Covid-19 (Brasil, 2009; Brasil, 2021; Brasil, 2022).

Em 2022, o Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr, 2022) elaborou um estudo inédito a respeito dos óbitos entre grávidas e puérperas no país, alertando que é cerca de 35% maior do que o veiculado pelo Ministério da Saúde. Esse número significativo de mortes não entram não estatísticas do MS por não terem sido classificados nas categorias determinadas para morte materna da CID-10. É

importante frisar que mesmo antes da pandemia já existia o protocolo de codificações especiais em mortalidade materna, pois óbitos por causas obstétricas indiretas são de difícil registro, são mal declaradas pelos médicos e ampliam a subnotificação de mortes maternas (Brasil, 2009; Brasil, 2013). Destaco o seguinte trecho do protocolo:

Todos os diagnósticos informados na DO deverão ser codificados em seus capítulos específicos. A causa básica, entretanto, **terá dupla codificação**. Os dois códigos, portanto, deverão ser anotados na mesma linha da causa básica, sendo que o código do Capítulo XV (O98.- ou O99.-)¹ deve anteceder o código específico da afecção (Brasil, 2013, p. 11; grifo nosso).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2009; Brasil, 2013) indica que para melhorar a qualidade das informações é necessário incluir casos de óbitos de mulheres em idade fértil no processo de investigação realizados com apoio pelo comitê de morte materna.

O erro no preenchimento, a não correção no SIM, a ausência do comitê e poucos profissionais compondo a equipe para realizar todas as ações da vigilância local podem ter sido fatores contribuintes para as fragilidades encontradas. A identificação da desestruturação e fragilidades dos setores da vigilância não teve a intenção de coagir ou repreender pessoas ou serviços, mas somar a um esforço coletivo de produzir conhecimentos e reflexões a respeito de um fenômeno complexo e multicausal que é a morte materna.

Para identificar a possível ocorrência de mais mortes maternas não declaradas, solicitei a vigilância municipal uma nova pesquisa no SIM de mortes maternas por causas obstétricas indiretas entre 2020 e 2022 de residentes em Rio Branco. Como resultado desta investigação foram indicadas mais 16 casos, sendo 3 mortes em 2020, 11 em 2021 e 2 casos em 2022. Portanto, somando 9 mortes declaradas e as 16 mortes maternas por causas obstétricas indiretas resultou em 25 mortes maternas no total.

5.2 Quem são elas

5.2.1 Perfil homogêneo da precarização da vida

Apresento a seguir uma descrição sociodemográfica ampla dos 25 casos de morte materna que analiso nesta tese, com dados obtidos das declarações de óbitos.

Eram mulheres jovens (76% tinham entre 20 a 35 anos), negras (64%)¹³, solteiras (40%) e com ocupação (64%). Tais achados em Rio Branco são idênticos a descrição sociodemográfica dos 25 casos de morte materna por Covid-19 analisados por Sinara Guimieri (2024). Quanto ao campo escolaridade, 20% concluíram o ensino fundamental I (que corresponde de 1ª a 4ª série) e 20% completaram o ensino fundamental II (de 5ª à 8ª série). A opção “ignorado” no item escolaridade foi marcada em 36% das declarações de óbito, o que dificulta a análise dos indicadores e pode estar relacionado ao desconhecimento da informação no momento do preenchimento. O manual de instruções para preenchimento da declaração de óbito elaborada pelo Ministério de saúde (2022) orienta que “quando não for possível identificar a escolaridade, anotar ignorado” (nível: categoria 9)” (Brasil, 2022).

Há um perfil homogêneo de precarização da vida: são mulheres jovens na faixa etária dos 30 anos, pouco escolarizadas e negras. São características sociodemográficas semelhantes ao já apontado por estudos sobre morte materna (UNFPA Brasil, 2023; Maria do Carmo Leal *et al.*, 2023). Ser mulher, grávida, jovem, pobre, negra e residente em Rio Branco é o reconhecimento de que suas existências são marcadas pela precarização da vida.

A filósofa Sueli Carneiro (2023) explica que a população negra, em especial mulheres negras, vivem em piores condições de saúde, trabalho, educação e moradia. Dessa forma, “a desqualificação da importância da vida segundo a racialidade imprime e determina o descaso e a desatenção, e não prioridade, da busca de reconhecimento e conhecimento dessas singularidades (Carneiro, 2023, p. 66). Ainda para autora, as altas taxas de mortalidade por doenças evitáveis ou de mortes por causas maternas é um exemplo “de uma dinâmica negativa em relação à racialidade negra que enreda essas mulheres num círculo vicioso de violação sistemática de seus direitos reprodutivos” (Carneiro, 2023, p. 67).

O debate sobre os impactos desproporcionais da pandemia de Covid-19 na população negra foi amplamente discutido. A pesquisa de Emanuelle Góes *et al.* (2023) salientou que a pandemia atingiu os direitos sexuais e reprodutivos e aumentou barreiras já existentes aos serviços de saúde, como planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, aborto e puerpério. E “são mulheres negras, indígenas, das regiões

¹³ O não preenchimento da raça na DO totalizou: 8%.

periféricas e mais jovens, as previamente expostas e que vivenciam essas barreiras no contexto anterior e atual (Góes *et al.*, 2023, p. 2502).

As pesquisas desenvolvidas salientaram que essas populações sofrem com piores condições de vida e saúde (Dandara Ramos *et al.*, 2022), são historicamente negligenciadas, com restrições de acesso a emprego, moradia, educação, proteção social, cuidados de saúde e com maior risco de adoecimento e morte por Covid-19 (Márcia Santos *et al.*, 2020). As mulheres grávidas negras foram as que menos acessaram UTI, tiveram maiores chances de morrerem por Covid-19, especialmente as puérperas (Emanuelle Góes *et al.* 2022). O trabalho de Maira Takemoto *et al.* (2020) corroborou que as grávidas negras tinham duas vezes mais chances de morrer por conta do vírus que as brancas.

Vitória Régia da Silva e Victoria Sacagami (2022) comentaram a respeito de um levantamento feito pelo Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOBr Covid-19) que revelou que do início da pandemia até março de 2022 1.095 grávidas e puérperas negras morreram da doença, o que representa 54% deste grupo. Além disso, elas foram as mais contaminadas pelo vírus (56%), em comparação com brancas (42%), indígenas (0,9%) e amarelas (0,8%).

Os achados do trabalho desenvolvido por Debora Santos (2020) indicaram que a taxa de mortalidade em mulheres negras por Covid-19 foi quase duas vezes maior do que o observado para as mulheres brancas. Mulheres grávidas e no período pós-parto pertencentes à população negra e outros grupos minoritários sofreram os efeitos dos determinantes sociais de saúde, como por exemplo a internação em piores quadros (maior prevalência de dispneia e menor saturação de O₂) e menores taxas de internação em unidade de terapia intensiva. De acordo com a autora, as barreiras de acesso para cuidados intensivos parecem ter desempenhado um papel importante no alto número de infecções e mortes maternas relacionadas à Covid-19 no país. Alex Souza e Melania Amorim (2021) corroboram os achados mencionados e lembram que as grávidas e puérperas historicamente apresentam dificuldades de acesso ao pré-natal de qualidade e a assistência aos serviços de saúde. Muitas unidades de saúde tiveram consultas e atendimentos suspensos em decorrência da pandemia. A fragilidade dos comitês de morte materna foi mencionada no trabalho.

Judith Butler (2022) contribui para o debate, explicando que as populações mais vulneráveis à doença e à morte são as que enfrentam dificuldades no acesso aos bens e serviços de saúde. Ela explica que “o racismo estrutural inerente a um

sistema de saúde brutal e falido” (Butler, 2022, p. 62) provoca falhas na assistência às comunidades racializadas. Essas pessoas apresentavam doenças que poderiam ter sido tratadas, mas que se tornaram “condições preexistentes” e morreram na pandemia. Ainda sob a perspectiva de Judith Butler (2015), a concepção de vida precária não depende somente de um impulso interno de viver. Tal impulso precisa ser sustentado por algumas condições que tornam uma vida “vivível” (Butler, 2015, p.40), o que implica oferecer recursos básicos que minimizem a precariedade: comida, lar, trabalho, assistência médica, escola, direitos e proteção.

O ocultamente dessas questões tão fundamentais não só vulnerabiliza, limita e enfraquece a discussão, como também atinge de maneira perversa os serviços de atenção e cuidado a saúde da mulher, que negligenciam como esses regimes de opressão operam. Por isso, é tarefa fundamental visibilizar e tirar do apagamento o conjunto de fatores que se cruzam, se somam e complexificam a temática da morte materna. Produzir informações em saúde que incluam cor/raça é reconhecer as vulnerabilidades que afetam de forma específica a população negra, contribui para visibilizar as dificuldades de acesso às políticas públicas de saúde, fornecendo subsídios ao planejamento e tomada de decisão que adotem perspectivas articuladas entre gênero e raça, de garantia à igualdade e aos direitos humanos.

O achado de que 64% das mulheres estavam no puerpério imediato e 28% delas no puerpério tardio são indicadores já salientados em outras pesquisas, como a do Grupo Brasileiro de Estudos de Covid-19 e Gravidez (2020), Emanuelle Góes *et al.* (2022), Fabián Maza-Arnedo *et al.* (2022), Maira Takemoto *et al.* (2020), Marta Herculano *et al.* (2012) e Maria Lúcia Menezes *et al.* 2015. Os estudos sugeriram algumas hipóteses: falhas na assistência à saúde da mulher, como dificuldades no acesso aos serviços de saúde e cuidados intensivos. Outra possibilidade apontada era de que essas mulheres tiveram o parto antecipado em decorrência da Covid-19 e à época da morte estavam no puerpério. A importância da assistência no pós-parto, com avaliação e cuidados específicos às necessidades de saúde, especialmente se ocorreram doenças e complicações decorrentes do parto também foram destacados.

O local da morte dessas mulheres concentrou-se no Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco- HUERB (56%), seguido da Upa (12%). É também no HUERB que se concentrou as codificações fora do Capítulo XV: Gravidez, parto e puerpério (códigos O00 a O99). Exploro algumas perguntas para o fato da maioria delas terem morrido no HUERB, unidade de saúde de alta complexidade para toda a

população acreana dependente do SUS, pessoas provenientes de outros Estados e até países, como Argentina, Bolívia e Peru. Em contexto pandêmico, as demandas por assistência aumentaram nesta unidade, especialmente por dispor de UTI.

Em abril de 2021, a Sesacre desenvolveu o Plano de Contingência estadual para a Infecção Humana pelo novo Coronavírus – COVID-19 (Sesacre, 2021), com o intuito de descrever suas ações nas principais áreas de atuação, compreendendo todos os níveis de complexidade a serem executadas frente a detecção de um caso suspeito/confirmado de Infecção Humana pelo Coronavírus (COVID-19). O plano detalhou que de todos os casos gravíssimos deveriam ser encaminhados para regime de internações hospitalares em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HUERB e do Hospital de Campanha (INTO).

O governo do estado do Acre publicou no Diário Oficial do Estado do Acre-DOE nº 12.785, de 24 de abril de 2020, p. 19. (Acre, 2020) o termo de ratificação da dispensa de licitação e contratação da empresa Mediall Brasil no valor total de R\$ 15.687.540,00 para prestação de serviços de gerenciamento técnico, administrativo, fornecimento de materiais, insumos e medicamentos e a terceirização de profissionais de saúde. Após a inauguração em junho de 2020, algumas denúncias surgiram. O Conselho Regional de Medicina do Acre (CRM-AC, 2020) realizou uma fiscalização e constatou que o INTO estava com número de internações e atendimentos abaixo da sua capacidade enquanto outros hospitais enfrentavam superlotação como a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Segundo Distrito e o HUERB.

Além disso, verificou-se irregularidades na escala médica no serviço de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). À época, os conselheiros reiteraram o pedido de regularização da empresa Mediall. O CRM requisitou o registro dos responsáveis, o envio regular das escalas médicas para fiscalização e a devida inscrição no CRM da empresa e de todos os médicos. Também foi orientado quanto a normatização dos médicos especialistas em regime de sobreaviso para atender as intercorrências, especialmente nas UTIs. Constatou-se que não havia nenhum contrato formal de trabalho (CRM-AC, 2020) e não havia médico infectologista na referida unidade de saúde, mesmo após seis meses da inauguração (Vieira, 2020).

De acordo o plano de contingência estadual (SESACRE, 2021), o HUERB contava com trinta leitos de UTI e o INTO disponibilizava cinquenta leitos de UTI. Destaco que essa capacidade se destinava a toda a população usuária do SUS e a equipe multiprofissional especializada em cuidados intensivos atuava no HUERB.

Quanto ao fluxo de atendimento de mulheres grávidas e puérperas com sinais e sintomas leves de Covid-19, o plano orientou que deveriam buscar atendimento nas Uraps para a realização de exames. Os casos que necessitassem de internação deveriam ser encaminhados para o INTO (com idade gestacional inferior a 24 semanas) ou Maternidade Bárbara Heliodora (idade gestacional superior a 24 semanas). Em caso de sintomas graves, recomendou a “estabilização e solicitação imediata de vaga em UTI” (Sesacre, 2021, p. 81). Entretanto, a Maternidade Bárbara Heliodora, única maternidade pública estadual, não disponibilizava leito de UTI. As solicitações de transferência para o HUERB das mulheres internadas no INTO e na Maternidade pública podem estar relacionadas esse contexto estrutural precário.

Tem-se então um problema estrutural gravíssimo: a assistência às mulheres grávidas e puérperas era realizada no Into -sem equipe especializada em cuidados intensivos e obstétricos ou na UTI HUERB – destinada a todas as pessoas com quadros que inspiram cuidados intensivos. Ou seja, essas mulheres grávidas e puérperas eram grupo de risco, adoeciam, mas não eram priorizadas.

Os resultados da análise das 25 declarações de óbito indicaram que três mortes ocorreram em 2020, dezoito mortes ocorreram em 2021 e quatro em 2022. A análise também demonstrou que houve a prevalência da causa básica da morte B342 – Infecção por coronavírus (32%), seguido de O985 outras doenças virais complicando a gravidez (24%). Ou seja, houve predomínio de mortes por causas obstétricas indiretas (56%), no qual a Covid-19 se inclui.

O pico de mortes maternas em Rio Branco concentrou-se em 2021, que coincide com a chegada da segunda onda do coronavírus. Erly Moura *et al.* (2022) e Maura Deus (2023) lembram que o mês de fevereiro de 2021 foi caracterizado pelo aparecimento de uma nova variante (Delta), que provocou a segunda, mais longa e mais letal onda do coronavírus em todo o Brasil. De acordo com as pesquisadoras, isto desencadeou um aumento na procura por serviços de saúde e sobrecarga do sistema de saúde. Concluíram que a alta nas taxas de mortalidade observadas no ano de 2021 foram decorrentes da variante delta, somadas à demora em adquirir as vacinas e posteriormente a lentidão em imunizar a população.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2023), houve uma mudança no cenário nacional a respeito das causas de mortes maternas com a pandemia de Covid-19 e predominou óbitos maternos por causas obstétricas indiretas. O epidemiologista Jesem Orellana *et al.* (2024) empreendeu um estudo que

avaliou o impacto da pandemia de Covid-19 na mortalidade materna no Brasil e verificou que houve um excesso de mortalidade materna de 69%, com 39% no primeiro ano e 100% de aumento no segundo ano. O estudo evidenciou múltiplos aspectos ligados a esses resultados: dificuldades do sistema de saúde pública em cuidar de mulheres grávidas e puérperas durante a pandemia, barreiras impostas para acessar os serviços de saúde, como desigualdades raciais, pré-natal de baixa qualidade e a sobrecarga geral do sistema de saúde.

5.2.2 Relatos de oito histórias de mulheres grávidas e puérperas

As particularidades das falhas da assistência ganham contornos ainda mais evidenciados quando se acompanha os itinerários de cuidados nos serviços de saúde das oito mulheres grávidas e puérperas em que as famílias foram entrevistadas. Por itinerário de cuidado entende-se o percurso trilhado nas instituições de saúde, seja para a realização do pré-natal de rotina, retirada de medicamentos e o atendimento hospitalar.

O estudo qualitativo de Debora Diniz, Luciana Brito e Gabriela Rondon (2022) analisou relatos de familiares de 25 mulheres grávidas ou puérperas que morreram devido à Covid-19, buscando compreender as experiências na busca por cuidados. As autoras identificaram três barreiras de acesso à saúde enfrentadas pelas mulheres grávidas e puérperas que morreram. A primeira barreira foi a demora na identificação dos sintomas relacionados ao Covid-19 e na realização dos testes de detecção. A segunda barreira referiu-se a demora na hospitalização de mulheres após o diagnóstico de Covid-19, sendo que quase todas as mulheres foram à mesma unidade várias vezes buscando atendimento. A terceira barreira observada foi a demora em garantir cuidados intensivos, que incluem acesso à UTI, ventilação invasiva e à antecipação do parto, que é um dos cuidados intensivos adiados pela equipe sob o argumento de esperar a viabilidade fetal descritas pelos médicos como a “necessidade de salvar as duas vidas” (Diniz, Brito, Rondon, 2022).

Na análise de Sinara Gumieri (2024) uma das principais interseções entre a mortalidade materna por Covid-19 e a questão do aborto foi a “tomada de decisões médicas que consideram não só as necessidades de saúde de mulheres grávidas adoecidas pela Covid-19, mas também – e talvez principalmente – a continuidade de suas gestações” (2024, p. 42). Priorizar a gravidez vulnerabiliza essas mulheres e

ignorar suas necessidades de saúde e viola seus direitos. A continuidade da gravidez, sob o risco da vida da mulher, não deveria ser justificativa para decisão médica (Gumieri, 2024). A pesquisadora advogada levanta uma importante questão a respeito do aborto legal como uma necessidade de saúde e uma medida terapêutica possível para qualquer gravidez, inclusive para pessoas grávidas com doenças ou gestações de risco, em que elas podem não sobreviver à gestação ao parto e são informadas disso.

Inspirada nesse estudo de Diniz, Brito e Rondon (2022), apresentarei as barreiras de acesso à saúde enfrentadas, a partir dos dados dos oito prontuários de mulheres, cujas famílias foram entrevistadas em Rio Branco. Os achados em Rio Branco foram idênticos aos descritos na pesquisa de Sinara Gumieri (2024). Muitas delas enfrentaram mais de uma barreira, revelando o emaranhado complexo do que foi vivido, das decisões e ações tomadas que pioraram as condições de saúde dessas mulheres e potencializaram o risco de morte. A apresentação das narrativas de familiares no formato de relatos baseou-se na estrutura adotada no trabalho de Sinara Gumieri (2024), que contou as entrevistas no formato de crônicas. Os relatos das famílias¹⁴ serão dialogados com os achados nos prontuários e em seguida, à luz da revisão da literatura, analisarei as barreiras no cuidado com a saúde destas mulheres.

I - Katiane Mesquita: “eu sinto muito porque eu não vou ver o meu filho crescer”

Katiane Mesquita era uma mulher negra, de 38 anos, casada, profissional de saúde, estava grávida de 22 semanas e tinha um filho adolescente quando morreu. Sua sogra Dona Carlas é quem relatou a experiência de adoecimento e morte de Katiane. Katiane tinha plano de saúde, e sua família estava bem informada a respeito dos riscos da Covid-19 em mulheres grávidas. Esperavam que ela tivesse acesso a um tratamento cuidadoso e diferenciado, o que não aconteceu.

As dificuldades começaram junto com os sintomas de Katiane, que surgiram em um momento em que outros familiares que moravam na mesma casa que ela e já tinham testado positivo para Covid-19. O médico obstetra que a acompanhava havia suspenso as consultas de pré-natal presenciais por pertencer ao grupo de risco. Pelo *whatsapp*, Katiane entrou em contato com o obstetra, mas seus sintomas foram

¹⁴ Não foi estabelecido critério para a ordem de apresentação dos relatos.

atribuídos à rinite alérgica. Ela buscou o pronto atendimento do plano de saúde muitas vezes, mas era medicada para rinite alérgica e a mandavam voltar para casa. Somente onze dias após o início dos primeiros sintomas, foi coletado o primeiro teste RT PCR que resultou positivo.

Katiane foi transferida para UTI Covid do hospital particular Santa Juliana mais de dez dias depois de procurar atendimento médico pela primeira vez. Segundo registros do prontuário, ela já apresentava dessaturação 85% (hipoxemia), febril, com relato de escarros de sangue, taquipneia e a tomografia computadorizada do tórax apresentou “lesões em vidro fosco compatível com pneumonia viral acometendo extensa área pulmonar bilateralmente”¹⁵. Dias antes da entrada na UTI, Katiane já se sentia muito mal, e disse para dona Carlas: “eu sinto muito porque eu não vou ver o meu filho crescer”.

Dona Carlas relatou que durante a internação na UTI, o marido de Katiane ouviu de um dos médicos plantonistas que a indução do parto aumentaria as chances de sobrevivência, e pediu que fosse dada prioridade à vida de Katiane. Uma outra médica plantonista, no entanto, teria insistido em esperar que Katiane chegasse a seis meses de gestação para aumentar as chances de sobrevivência do feto. Os registros das avaliações obstétricas no prontuário de Katiane se restringiram à realização de ultrassons, ausculta fetal e a manutenção da gravidez. Nem Katiane nem o feto sobreviveram.

Katiane morreu no dia que completaria mais um ano de vida: 19 de janeiro de 2021 por “choque séptico refratário, pneumonia associada a ventilação mecânica e Covid 19”. Janeiro também foi o mês que as primeiras vacinas chegaram ao Acre, mas ela não teve a oportunidade de ser imunizada. A data da notificação informando o resultado da investigação epidemiológica no SIM ocorreu mais de três anos depois da data da sua morte. Com a morte de Katiane, o neto adolescente ficou sob a responsabilidade dos avós paternos, e dona Carlas se aflige com a perda da nora: “Eu sou a avó. Eu não sou a mãe. Por mais que eu cuide dele”.

II - Elionete Ventura: “mãe, se eu não vir amanhã pra casa, cuida dos meus filhos”

¹⁵ O padrão tomográfico de vidro fosco é um achado frequente na doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) e deve-se correlacionar com os demais achados nos exames de imagem, exames laboratoriais e o quadro clínico apresentado (Marina Matos *et al.*, 2021).

Elionete Ventura era uma mulher negra, de 29 anos, casada, do lar, mãe de três crianças e de uma recém-nascida quando morreu. Sua mãe Dona Ismar relatou a morte de Elionete e rememorou o pedido de sua filha “mãe, se eu não vir amanhã pra casa, cuida dos meus filhos”.

Dona Ismar relatou que um médico obstetra teria recomendado que Elionete não engravidasse mais depois do terceiro filho porque havia riscos de complicações. Elionete e o companheiro acessaram o serviço de planejamento familiar para a laqueadura tubária, e chegaram a assinar um termo de consentimento informado sobre a cirurgia, mas nesse momento Elionete já estava vivendo uma nova gestação.

Não houve a classificação de gravidez de alto risco no pré-natal de Elionete, apesar do histórico de pré-eclâmpsia anterior. As consultas de pré-natal foram realizadas em unidade básica de saúde e não na Policlínica Tucumã, unidade que era o ponto de referência para as grávidas de alto risco. O prontuário de Elionete não tinha anotações a respeito de sintomas, queixas, medicações nem registro de medição da pressão arterial (PA) durante a gravidez, mas dona Ismar relatou que ela teve vários picos de pressão, quando sentia dores de cabeça, tonturas, dores no corpo. Elionete era levada para a Maternidade, mas algumas vezes ouvia da equipe médica que só poderia ser internada se estivesse sangrando, com risco de perder a gestação; outras vezes era mandada de volta para casa por falta de leitos.

Quando estava com 37 semanas de gestação, Elionete deu entrada na Maternidade Bárbara Heliodora, e o prontuário informou o “tratamento para infecção do trato urinário (ITU) e PA elevada (140 x 90 mmHg). Sem contrações uterinas. Sem sangramento. Sem perda de líquido. Sem perda de tampão mucoso”. Horas depois, ela foi encaminhada para o centro cirúrgico para a realização da cesariana, e no prontuário se registrou: “pós operatório imediato de cesariana + laqueadura tubária por iteratividade + pré eclâmpsia”. Ou seja, a laqueadura foi realizada simultaneamente a cesariana com quadro de pré-eclâmpsia.

Na noite do mesmo dia em que foi internada, o quadro de saúde Elionete piorou. Houve dois pedidos de vaga de UTI no HUERB e dois pedidos de transporte para o SAMU. Os registros hospitalares comunicaram que o “SAMU se nega a transportar paciente referindo que a mesma não tem condições de transporte”. Elionete sofreu quatro paradas cardiorrespiratórias, e morreu na madrugada do dia 11 de fevereiro de 2021, apenas vinte horas depois da sua entrada na maternidade. A declaração de óbito identificou a causa básica da morte como O149 pré-eclâmpsia

não especificada. A data da notificação informando o resultado da investigação epidemiológica no SIM ocorreu dois anos após a sua morte.

Três meses após a morte de Elionete, sua filha recebeu alta e desde então é cuidada, junto com seus três irmãos, por dona Ismar e pelas tias. Duas das crianças têm transtorno do espectro autista e Dona Ismar luta com muitas dificuldades para garantir seus direitos e os cuidados de saúde de que necessitam. Dona Ismar perdeu o marido por um câncer semanas depois da realização da entrevista.

III - Alice Borges: “me tira daqui. Me tira daqui”

Alice Borges era uma mulher negra de 38 anos, solteira, profissão autônoma, mãe de um bebê de seis meses quando morreu. A amiga Socorro é quem relatou a experiência de adoecimento e morte por recomendação da irmã de Alice Borges, que queria que a história fosse conhecida, mas não tinha condições emocionais de falar. Além de perder a irmã, ela também perdeu uma disputa judicial pela guarda do sobrinho bebê, que foi levado para viver em outro estado pelo pai.

Antes de engravidar, Alice Borges foi diagnosticada com depressão e ansiedade. Sua gravidez foi sendo considerada de alto risco pelo quadro de asma e hipertensão arterial, mas a maioria das anotações do pré-natal não fizeram menção a isso ou a outras queixas e demandas de Alice. O foco das anotações eram os medicamentos do seu quadro de saúde mental. Alice deu a luz a um bebê saudável em outubro de 2020. Socorro contou que ela estava vivendo a realização de um sonho e planejava retornar ao trabalho logo depois do fim da licença-maternidade, mas ela adoeceu quando seu bebê tinha poucos meses de vida.

Alice Borges realizou o teste RT PCR em 26 de março de 2021, dois dias depois de começar a ter sintomas de gripe, e recebeu resultado positivo. Sete dias depois do início dos sintomas, ela procurou a UPA, recebeu o diagnóstico de B342 infecção não especificada por Covid 19 e foi internada.

Dois dias depois, Alice piorou e começou a fazer uso de máscara de oxigênio com reservatório, e foi transferida para o INTO. O registro informou que ela estava “lúcida, orientada e comunicativa”. Enquanto estava na UPA, ela tinha esperanças de receber alta, mas se angustiou muito ao ser levada para o Into. Socorro lembra em detalhes o que Alice Borges lhe disse em uma ligação naquele dia: “Oh, me tira daqui,

me tira daqui.” Socorro se sentiu impotente: “Ela entendeu que estava agravando, né? E chorava muito. A gente ficou de mãos atadas”.

Já no dia seguinte, o prontuário de Alice registrou que ela estava em “estado grave, hipoxêmica, saturando a 96% à ventilação não invasiva (VNI), com grande piora”, e ela foi intubada, agravando a preocupação da família. Houve solicitação de leito em vaga de UTI do Into. Sete dias depois, em 12 de abril, um novo pedido de transferência para UTI do HUERB foi feito, porém a equipe do Samu contraindicou “pela instabilidade do caso”. Socorro explicou que muitos amigos intercederam para que ela fosse para a UTI do HUERB, onde acreditavam que ela seria melhor cuidada do que no INTO, que era um hospital de campanha e não contava com a mesma estrutura física e recursos humanos.

No dia seguinte, a tomografia computadorizada do tórax demonstrou cerca de 35% de lesões a vidro fosco. Novamente foi solicitado traslado para a UTI HUERB, mas de acordo com o prontuário “apresentou dessaturação e instabilidade e optou-se por não fazer a transporte da paciente”. Em estado gravíssimo, Alice Borges sofreu uma parada cardíaca e morreu no dia 14 de abril de 2021. Na sua declaração de óbito, as causas da morte foram: J960 Síndrome Respiratória aguda grave; B342 infecção pelo coronavírus e Hipertensão essencial I10. A causa básica da morte foi B342 infecção pelo coronavírus. O fechamento da investigação pela vigilância municipal foi realizado dia 21 de agosto de 2023, ou seja, mais de dois anos após de sua morte.

IV - Raquel Trindade: “mãe, tá muito ruim pra respirar”

Raquel Trindade era uma mulher negra de 29 anos, solteira, desempregada, mãe de quatro filhos. Foram realizadas duas consultas pré-natal antes da entrada na maternidade com sintomas de Covid. Sua mãe Maria José é quem relatou a experiência de adoecimento e morte de Raquel.

Os registros de pré-natal se restringiram a prescrição de medicações como suplementos vitamínicos. No prontuário, não havia registro de medição de pressão arterial, peso, queixas, sintomas, percepções e sentimentos de Raquel.

Raquel deu entrada na Maternidade Bárbara Heliodora referindo cefaleia, febre diária há sete dias, desconforto respiratório e tosse seca com piora nos últimos três dias. Encontrei três registros diferentes a respeito da idade gestacional na admissão: 22, 26 e 27 semanas.

Dois testes rápidos SWAB foram realizados. O primeiro não constava o resultado no prontuário e o segundo resultou não-reagente. Exames realizados na maternidade apontaram 70% de comprometimento pulmonar e saturação menor que 95%. Foi solicitado vaga na UTI do HUERB e cerca de 3 horas depois da admissão ela foi transferida pelo Samu, com suporte de oxigênio em cateter nasal.

No dia seguinte à sua transferência, o resultado do RT-PCR foi detectável. Segundo o prontuário, visando a melhora do seu quadro respiratório, a equipe procedeu à intubação. Dona Maria José detalhou que os dias anteriores ao procedimento foram muito difíceis, pois Raquel chorava com medo e ansiedade. Esse foi o momento que ela disse “mãe, tá muito ruim pra respirar”.

Raquel foi intubada com ventilação mecânica quatro dias após ter sido hospitalizada e onze dias após o aparecimento dos primeiros sintomas.

O registro da avaliação obstétrica no prontuário me chamou atenção: “realizar nova avaliação em 48 horas. Tentar manter o feto o máximo de tempo possível, no mínimo 29 semanas para viabilidade de UTI neonatal, haja vista que mãe mantendo condições clínicas de estabilidade”. No dia seguinte, ela apresentou febre de 38.3° graus e piora clínica.

Maria José contou que ouviu de uma das médicas que pouco poderiam fazer médicas por causa da gravidez. Ela explicou para a médica que entre a vida da filha e da neta, ela optaria pela filha. Na opinião de dona Maria José, a antecipação do parto aumentaria as chances da filha sobreviver e fez um esse pedido à profissional. A profissional respondeu que não tinha essa ordem.

Dois dias depois, os registros da evolução indicaram que ela estava em situação grave, instável e apresentou contrações uterinas. Foi solicitada avaliação obstétrica e foi indicado cesariana de emergência devido a gravidade e risco iminente de morte.

A cesariana foi realizada e a recém-nascida foi intubada pela equipe pediátrica. Na entrevista, Dona Maria José me contou o que não estava nos registros: sua neta morreu sete dias após o falecimento da Raquel por hemorragia pulmonar. Muito comovida detalhou a saudade que sentia de sua filha.

Raquel morreu no dia 20 de junho de 2021, quatorze dias após ser admitida na Maternidade. A data da notificação informando o resultado da investigação epidemiológica no SIM ocorreu dois anos após a sua morte.

Na declaração de óbito, as causas da morte foram: insuficiência respiratória aguda, J129 - Pneumonia viral não especificada, O985 - Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério, B342 - Infecção por coronavírus, não especificada e U071 - Covid-19, vírus identificado. A causa básica da morte foi O985 - Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério.

Antes de finalizarmos a entrevista realizada em 2024, Dona Maria José contou que ela e sua família não tomaram nenhuma dose da vacina contra Covid-19. Ela, os familiares e a própria Raquel conversavam sobre medo e desconfiança em relação à vacinação.

V - Vanúcia Silva: “eu tenho medo de pegar Covid”

Vanúcia Silva era uma mulher negra de 36 anos, casada, cantora, pastora e empreendedora, e estava grávida de 31 semanas quando morreu. A sogra dona Creuza foi quem relatou seu processo de adoecimento e morte, após conversar com seu filho, viúvo de Vanúcia, que estava abalado demais para participar da entrevista. Na parede da sala da casa onde vivem dona Creuza e seu marido, havia as marcas da grande alagação que atingiu Rio Branco em 2021. Dona Creuza fez questão de mostrar o vestido que Vanúcia usou para ir à maternidade, sonhando em voltar para casa com a filha nos braços.

A gravidez de Vanúcia foi classificada como de alto risco por ter sofrido dois abortos consecutivos anteriores. Ela fez nove consultas de pré-natal no ambulatório integrado de ensino, onde realizou exames e recebeu prescrição de medicações como ácido Acetilsalicílico (AAS), Regenesia e progesterona natural até completar 20 semanas. Também houve agendamento de vacinas. No dia 12 de março de 2021, Vanúcia foi atendida numa unidade de saúde da família e referiu “febre, cefaléia, mialgia, tosse seca, dor de garganta há 4 dias de evolução”. Foi medicada para gripe, mas não melhorou.

Vanúcia buscou novo atendimento primeiro na unidade de saúde da família, depois no INTO, onde não a atenderam por estar grávida, e por fim na Maternidade, onde ela deu entrada no dia 16 de março. Ela não sabia no momento da internação, mas o Swab realizado dia antes tinha dado positivo para Covid. No mesmo dia da internação, a equipe registrou no prontuário a primeira tentativa de transferência para UTI, pois ela apresentou “insuficiência respiratória grave em decorrência da Covid -19 mais uso de musculatura acessória SPO2 87%, apresentando 35% comprometimento

pulmonar”. O registro também informou “necessita de cuidados intensivos em UTI COVID com urgência”.

A transferência para a UTI HUERB foi feita pelo Samu três dias após a admissão na maternidade, e Vanúcia foi logo intubada, em um processo traumático testemunhado pelo marido. A primeira tentativa de intubação falhou e ela teve uma convulsão. A segunda tentativa foi bem-sucedida. Questionada sobre o que teria acontecido na primeira tentativa, a equipe médica teria dito ao marido de Vanúcia que o equipamento estava sem bateria. A família ficou indignada com o despreparo.

Durante a internação de Vanúcia, a equipe disse ao marido que fariam a cirurgia cesariana para antecipar o parto. O marido ligou para dona Creuza pedindo que ela organizasse a bolsa da nora e da neta. Poucas horas depois, ele telefonou novamente, contando que a cesariana não seria mais feita, porque a equipe teria dito que Vanúcia não aguentaria o procedimento, e “se tirar a menina, ela pode falecer”. O marido insistiu no pedido pela antecipação do parto, a equipe seguiu alegando que o risco era grande demais, dizendo para “deixar Vanúcia melhorar para poder tirar a menina”. Não encontrei informações sobre nada relativo à antecipação do parto nos registros hospitalares.

Da entrada de Vanúcia na UTI até a sua morte transcorreram apenas dois dias. Ela morreu grávida no dia 21 de março de 2021. Dona Creuza não esquece o caso da esposa de um deputado federal que também teria sido infectada por Covid-19 na mesma época que Vanúcia, porém foi submetida a cesariana em hospital particular e transferida para Brasília, de modo que ela e seu filho teriam sobrevivido.

Na declaração de óbito de Vanúcia, as causas da morte foram: J960 - Insuficiência respiratória aguda; A419 - Septicemia não especificada; J 189 Pneumonia não especificada; O985 - Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério; B342 - Infecção por coronavírus, não especificada; U071 - Covid-19, vírus identificado e a causa básica foi O985 - Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério. A data da notificação informando o resultado da investigação epidemiológica no SIM ocorreu três meses após a sua morte.

VI - Tereza Nascimento: “eu não vou mais voltar pra casa”

Tereza Nascimento era uma mulher negra, de 29 anos, em união estável, grávida pela primeira vez e representante comercial. A sogra Máisa é quem relatou a experiência de adoecimento e morte de Tereza.

Tereza realizou oito consultas de pré-natal e fez todos os exames solicitados. Seu pré-natal de baixo risco foi realizado em unidade básica de saúde. Na última consulta de pré-natal, Tereza referiu tosse seca, falta de ar e saturação 90%. É o momento que foi encaminhada para Maternidade com alta prioridade, classificação vermelha. Segundo a tomografia, já apresentava mais de 90% de comprometimento pulmonar.

Alguns detalhes importantes não estavam nos registros, como por exemplo o fato de Tereza ter procurado a UPA antes de ir à maternidade e não ter sido avaliada. Dona Máisa descreveu que apenas a medicaram com vitamina C e foi mandada para casa.

Dias antes dos primeiros sintomas, o companheiro de Tereza e dona Máisa também adoeceram. Dona Máisa demonstrou consciência de que mulheres grávidas pertenciam ao grupo de risco e disse que já era para ter sido internada quando buscou atendimento na UPA.

Ela foi admitida na Maternidade Bárbara Heliodora com idade gestacional de 34 semanas. O prontuário informou que ela estava com quadro de febre, desconforto respiratório, tosse há uma semana e saturação 83%, evoluindo com piora clínica. No mesmo dia à noite, os exames apresentaram alterações significativas e ela foi submetida a cesariana, com bebê nascido vivo.

O resultado detectável do teste SWAB naso-orofaríngeo de Covid-19 foi realizado um dia após a hospitalização, porém não encontrei informações se ela realizou outros exames e testes antes de sua entrada na Maternidade, tendo em vista que os sintomas já persistiam há uma semana.

As solicitações de transferência para a UTI- HUERB iniciaram logo após o procedimento cirúrgico, ainda na madrugada. Foram pelo menos três pedidos de transferência até que Tereza fosse encaminhada para INTO transportada pelo SAMU. O pedido de transferência foi feito para a UTI-HUERB, mas por ausência de vaga foi levada para o INTO.

No dia seguinte, antes de ser intubada, Tereza contou à sogra que sentia medo de morrer. Tereza pediu: “eu não vou voltar mais pra casa. A senhora cuida da neném pra mim?”. Dona Máisa fez uma promessa de que cuidaria da neta.

O quadro de Tereza agravou e ela morreu no dia 11 de fevereiro de 2021, oito dias após ter sido admitida na Maternidade. Um mês após o seu falecimento, iniciou-se a campanha de vacinação contra Covid-19 no país. Aos 64 anos, dona Maísa é cuidadora em tempo integral da neta, da mãe idosa e doente e dos afazeres domésticos.

Na declaração de óbito constou como causa básica da morte materna: O985 - Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério e condições e causas do óbito: R048 - Hemorragia de outras localizações das vias respiratórias; J960 - Insuficiência respiratória aguda, O985 - Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério; B342 - Infecção por coronavírus, não especificada, U071 – Covid-19, vírus identificado. A data da notificação informando o resultado da investigação epidemiológica no SIM ocorreu quatro meses após a sua morte.

VII - Elisângela Souza: “mãe, se eu pegar essa Covid, eu não vou resistir”

Elisângela Souza era uma mulher negra de 39 anos, solteira, do lar, puérpera e mãe de nove filhos. Com a sua morte, os filhos ficaram sob os cuidados de familiares. O filho mais novo ainda era amamentado quando Elisângela morreu. A mãe dona Maria de Fátima é quem relatou a experiência de adoecimento e morte de Elisângela.

Elisângela sentia medo de ser contaminada pela Covid-19 e dizia “mãe, se eu pegar essa Covid, eu não vou resistir”. Elisângela tinha diagnóstico de tuberculose.

Os registros das três consultas de pré-natal realizadas eram poucos. Os primeiros registros datavam de dezembro 2019, no qual ela referiu que sofreu queda da própria altura com trauma em tórax e idade gestacional desconhecida.

Em março de 2020 houve um registro de consulta de pré natal. Os exames solicitados não foram realizados, pois seu parceiro não autorizava a sua saída para unidade de coleta.

Foi prescrito azitromicina, Oseltamivir e ivermectina para ela em duas consultas em unidades básicas de saúde. A primeira vez um mês antes de sua morte. A segunda prescrição, apenas dois dias antes do falecimento. Entre uma prescrição e outra, foi realizado o teste aspirado traqueal para COVID-19 que resultou detectável. Nesses registros não havia informações sobre queixas e sintomas de Elisângela.

Elisângela buscou atendimento na Upa quando os primeiros sintomas apareceram e foi mandada para casa. Momentos depois, ela sofreu uma parada cardíaca em casa e foi levada às pressas para o HUERB por familiares.

A anotação no prontuário hospitalar referiu estado gravíssimo, foi entubada e ficou em ventilação mecânica (VM) por tubo orotraqueal (TOT). Exames laboratoriais foram solicitados e teste PCR-RT para o coronavírus resultou detectável. Também foi pedido tomografia do tórax e crânio sem contraste e gasometria, mas no prontuário não constava os resultados desses exames.

Segundo o prontuário, dois dias após dar entrada na emergência clínica do HUERB, Elisângela morreu. Não encontrei registros de pedido de vaga em UTI.

Na declaração de óbito as condições e causas do óbito foram J960 - Insuficiência respiratória aguda, J189 - Pneumonia não especificada, B342 - Infecção por coronavírus, não especificada e U071 - Covid-19, vírus identificado. A causa básica foi B342 - Infecção por coronavírus, não especificada.

Ela morreu no dia 19 de março de 2021 e a data da conclusão da investigação da Vigilância municipal ocorreu mais de dois anos após o seu falecimento.

VIII - Laura Freitas: “e se o tempo voltasse? E se a minha mãe voltasse, hein?”

Laura era uma mulher branca, 35 anos, do lar, puérpera e mãe de quatro filhos. É a mãe Helena quem relatou a experiência de adoecimento e morte de sua filha. Helena sente muito a pergunta que lhe foi feita pelo filho de Laura, hoje com três anos: “e se o tempo voltasse? E se a minha mãe voltasse, hein?”. Ele tinha apenas dez meses quando Laura morreu.

Laura deu entrada na Upa com quadro respiratório agudo e morreu no mesmo dia com diagnóstico de pneumonia. Não havia registros de pedido de exames, se houve necessidade de UTI e de comunicação/boletim com a família.

Cinco dias antes de morrer, Laura buscou uma unidade de saúde. O prontuário não registrou sinais e sintomas, mas foi prescrito um anti-alérgico.

Dona Helena contou que não foi informada sobre a morte da filha e sentiu-desrespeitada. Ela comentou que não teve condições de manter as despesas do cemitério e que realizariam a transferência do corpo de sua filha para outro lugar. Ela detalhou a situação de desamparo do Estado, pois enfrentavam dificuldades relativas a compra de medicamentos, alimentação e moradia.

Na declaração de óbito, as causas da morte foram: J189 - Pneumonia não especificada; B342 - Infecção por coronavírus, não especificada; U071 - COVID-19, vírus identificado e a causa básica foi B342 - Infecção por coronavírus, não especificada.

A ficha de investigação da Vigilância do óbito materno foi encerrada dois anos após a sua morte. A entrevista domiciliar não foi realizada pela vigilância municipal.

5.2.2.1 As barreiras no cuidado à saúde

Os achados da análise dos oito prontuários identificaram três barreiras que impediram respostas eficazes e centradas nas mulheres. É preciso evidenciar que são idênticos às das pesquisas desenvolvidas por Debora Diniz, Luciana Brito e Gabriela Rondon (2022) e aos casos analisados por Mariana Paris (2022), Vitória Buzzi (2023), Sinara Gumieri (2024) e Luna Borges (2024).

A primeira barreira identificada foi que houve atrasos na identificação dos sintomas relacionados à COVID-19 das mulheres e na realização de testes. As mulheres foram à mesma unidade várias vezes ou em unidades de saúde diferentes antes de serem internadas. Katiane buscou atendimento muitas vezes. O médico obstetra dela assim como o pronto-atendimento do seu plano de saúde atribuíram seus sintomas gripais a rinite alérgica. Somente onze dias após o início dos primeiros sintomas, foi coletado o primeiro teste RT PCR que resultou positivo, quando o seu estado de saúde já estava muito crítico.

Alice Borges começou a apresentar o quadro de síndrome gripal no dia 26 de março de 2021, realizou o teste RT PCR no dia 28, mas o resultado detectável só foi liberado no dia 31 de março. Entre o aparecimento dos sintomas e o resultado transcorreram cinco dias. Após ser atendida na Upa, ainda esperou mais dois dias para ser transferida para o Into. O quadro de saúde de Alice Borges deteriorou rapidamente. De acordo com o relato da mãe, ela foi a Upa no começo dos sintomas de Covid-19 e foi mandada para casa. Em apenas um mês, Elisângela percorreu três unidades de saúde para a retirada de medicamentos comprovadamente ineficazes para o tratamento de Covid-19 e potencialmente tóxicos. Horas depois da saída dos medicamentos, ela sofreu uma parada cardíaca e foi levada às pressas para o HUERB. Elisângela morreu apenas 48 horas após dar entrada na emergência clínica.

No caso de Tereza, dias antes da manifestação dos primeiros sintomas de Tereza, o esposo e a sogra adoeceram de Covid-19. Ela buscou a unidade de saúde e foi prescrito apenas vitamina C para os sintomas apresentados. Vanúcia percorreu quatro unidades de saúde: 1. USF onde foi prescrito amoxicilina; 2. Buscou assistência no Into, mas não foi atendida pois sua idade gestacional era superior a 24 semanas e orientaram o deslocamento até a Maternidade; 3. Ela é admitida na Maternidade e com o agravamento da sua saúde, dá entrada na 4ª unidade: o HUERB.

Os casos se conectaram pelas situações semelhantes de barreiras impostas de acesso à saúde, mesmo quando o diagnóstico não era Covid-19. De acordo com a sua mãe, Elionete apresentou sinais de pré-eclâmpsia em várias situações e quando buscava a maternidade, era enviada para casa por falta de leitos.

A segunda barreira referiu-se a demora na hospitalização de mulheres após o diagnóstico de COVID-19. Raquel já estava com cefaleia, febre diária há sete dias com desconforto respiratório e tosse seca com piora nos últimos três dias quando foi admitida na Maternidade. Ela já estava com 70% de comprometimento pulmonar e saturação menor que 95%. Vanúcia já estava há quatro dias com sintomas de Covid-19, mas foi diagnosticada e medicada para gripe. Mesmo com resultado positivo do teste disponibilizado desde o dia 13 de março, ela só foi admitida na Maternidade no dia 16 de março, após 8 dias do aparecimento dos primeiros sintomas.

Mulheres como Nadia, Viviane Albuquerque e Ariane Sato tiveram experiências iguais às mulheres de Rio Branco. A história de Nadia foi compartilhada na tese de Sinara Gumieri (2024) e no trabalho de Luna Borges (2024). Os relatos de Lariza contaram a história de como a falta de cuidados centrados nas mulheres teve consequências na vida de sua irmã Nadia, que morreu menos de um mês após contrair o vírus durante a gravidez.

A terceira barreira identificada foi que houve atrasos na prestação de cuidados intensivos, que incluem admissão na UTI e antecipação do parto. A demora em conseguir atendimento agravou as condições de saúde de tal modo que no momento da internação ou da solicitação de cuidados intensivos, as chances de sobrevivência eram mínimas: Raquel e Tereza já estavam com 90% de comprometimento pulmonar e Vanúcia 35%. Todas as mulheres tinham parâmetros de saturação ruins.

Alice Borges foi admitida no INTO no dia 02 de abril, mas só consegue acessar a Uti da unidade no dia 05 de abril, quando seu estado de saúde já estava gravíssimo. As tentativas de transferência para a Uti do Huerb não foram realizadas, pois não

havia vagas e o quadro dela estava muito instável. Tereza foi submetida a cesariana e encaminhada a UTI do INTO, pois a solicitação de vaga no HUERB não foi atendida por falta de leitos. No caso dela, foram três solicitações de transferência para a Uti até ser atendida.

Os pedidos de transferência procedentes do INTO para a UTI do HUERB possivelmente estavam relacionados aos problemas estruturais e de recursos humanos do mencionado hospital de campanha. O registro do prontuário informou que Vanúcia necessitava de cuidados intensivos urgentes, mas ela ficou aguardando vaga por três dias. Destaco que o procedimento de intubação só teve êxito na segunda tentativa e ela sofreu o que a família descreveu como convulsão.

Apesar da Katiane ter acessado a UTI do hospital privado no mesmo dia que foi admitida no pronto-atendimento, as suas condições já eram muito desfavoráveis. A dificuldade em acessar a UTI ficou evidenciada nos quatro pedidos de uti para Elionete. O quadro dela já era tão frágil que ela não tinha mais condições de ser transferida para a UTI e morreu apenas vinte horas depois da sua entrada na maternidade.

Ainda em relação a Elionete, um outro ponto importante encontrado foi a atonia uterina e hemorragia pós-parto cesariana. Estas mortes maternas por causas obstétricas diretas são consideradas evitáveis, pois podem ser diagnosticadas e controladas com um pré-natal adequado e denotam a baixa qualidade da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal e do planejamento familiar prestadas às mulheres (Brasil, 2009; Dias, 2015; Fiocruz, 2019; Costa; Oliveira; Lopes 2021).

Em quadro de pré-eclâmpsia, Elionete foi submetida a dois procedimentos simultâneos: era a sua quarta cesariana que foi realizada conjuntamente com a laqueadura tubária. Em seguida, ela foi submetida a outro processo cirúrgico: histerectomia subtotal (retirada do corpo do útero, mas mantém o colo do órgão) e anexectomia esquerdo (remoção dos ovários e tubas uterinas).

Dos oito casos acompanhados havia cinco mulheres grávidas e a antecipação do parto foi adiada para aguardar o desenvolvimento fetal nos casos de Katiane, Raquel e Vanúcia. Há aspectos que me chamaram atenção: o fato de a conduta expectante estar registrada no prontuário de Raquel (“tentar manter o feto o máximo de tempo possível”), a ausência de quaisquer registros nos prontuários de Vanúcia e Katiane sobre aguardar ou antecipar o parto e a inexistência de anotações a respeito da intercorrência com a intubação de Vanúcia. Para Mariana Paris (2022) as

“ausências [...], a paucidade [...] e o silêncio dos registros de saúde “são evidências do descumprimento do dever ético de cuidado e da negligência” (Paris, 2022, p. 19).

A priorização da continuidade da gravidez em detrimento do cuidado às mulheres também apareceu nas pesquisas de Sinara Guimieri (2024) e Vitória Buzzi (2023). Sigo o entendimento da Sinara Gumieri (2024, p. 75) de que “eu não poderia afirmar que qualquer desses casos teria tido um outro desfecho se as gestações tivessem sido interrompidas ou os partos, antecipados”. A decisão médica pela conduta expectante é complexa e não há como ter certeza dos resultados porque dependem de uma série de fatores. Contudo, o que ficou evidente foi a prevalência da decisão da equipe médica de priorizar a gravidez, a despeito do pedido expresso da família de antecipação do parto para aumentar as chances de vida da mulher. Assim como nos relatos de Dona Carlas – sogra de Katiane Mesquita, Dona Creuza – sogra de Vanúcia Silva e Dona Maria José- mãe de Raquel Trindade, que não entendiam os motivos da equipe médica não terem realizado a interrupção da gravidez, Dona Silvia – mãe de Viviane Albuquerque- também não entendia qual foi a razão da demora de realizarem o parto: “a equipe médica realizou o procedimento de emergência, quando Viviane já havia entrado em choque séptico e seu estado de saúde era tido como gravíssimo” (Buzzi, 2023, p. 16-17).

Outro ponto que destaco é que não encontrei nos prontuários se as mulheres foram consultadas sobre a possibilidade da indução do parto prematuro. O que sabemos é que as três famílias foram enfáticas na solicitação pela indução do parto prematuro na expectativa de melhora do quadro de saúde das mulheres. Quero realçar que no caso de Katiane a família explicou que o argumento da equipe foi de ela poderia “aguentar mais um pouco que a neném tem chance de sobreviver”. Destaco que o termo sobrevivência se referia a criança e não a Katiane.

No caso de Vanúcia, a família contou que a equipe esperava a melhora do quadro para a realização da cesariana, contudo, as informações nos prontuários mostravam que o quadro dela piorava a cada dia. O Protocolo de Atendimento no Parto, Puerpério e Abortamento durante a Pandemia da Covid-19 (Febrasgo, 2020) orientou que a antecipação do parto e a realização de cesárea deve ser realizada no caso de mulheres que evoluam com sintomas graves ou críticos de Covid-19. Vanúcia não foi submetida a nenhum procedimento. Katiane e Raquel tiveram que “aguentar” e não resistiram.

As histórias assustadoramente se repetem. Isadora Dourado Rocha (2024) produz um testemunho da morte da mulher-mãe Adriana e mesmo sob risco de morte a prioridade foi a preservação da gestação: Mesmo que Dona Vilma autorizasse ao médico, me contando em entrevista: *“se tiver de escolher, tire a criança, escolha ela, Doutor”*. Mesmo que Dona Vilma conte ter Adriana dito ao médico *“se precisar escolher, me escolha, Doutor, tenho mãe e duas filhas pra criar”*. Mesmo internada por vários dias, o parto de Adriana aconteceu um dia antes de sua morte, e apenas por piora na sua saúde (Rocha, 2024, p. 18).

O não dito do arquivo (Farge, 2022) revelou que essas mulheres ficaram desamparadas e tiveram seus direitos de proteção violados. As famílias não foram respeitadas e são elas que ainda enfrentam os efeitos da decisão médica de aguardar o desenvolvimento fetal: por um lado os lutos pela dupla perda e, por outro, a convivência com a dúvida se o desfecho poderia ter sido diferente.

O estigma do aborto apareceu no cenário da antecipação do parto nos casos de mortes maternas por Covid-19 analisados por Sinara Gumieri (2024). O aborto em casos de risco de vida é permitido pelo Código Penal brasileiro, entretanto ele é considerado como uma conduta moralmente condenável e não é visto como uma necessidade e um cuidado de saúde. Outro ponto é que na ausência de normas técnicas específicas para os casos de risco de vida da mulher “os regimes de saber médicos rapidamente organizaram práticas e rotinas de laudo e arquivo para demarcar as fronteiras entre risco à saúde e risco à vida da mulher” (Diniz et al., 2014, p. 292). É nesse contexto que elas ficam sujeitas a outras ordens que não as suas (ou das famílias) e à decisão médica de proteger e priorizar a gravidez, ao custo das necessidades de proteção de saúde da mulher grávida.

Há ainda traços em comum nas histórias de Elisângela Souza, Alice Borges e Vanúcia Silva: elas morreram no mesmo mês (março), ano (2021) e receberam tratamentos medicamentosos ineficazes. Elisângela buscou atendimento na Unidade de Referência em Atenção Primária e foram prescritos uma série de medicamentos, dentre eles chamam minha atenção: azitromicina 500 mg, Oseltamivir 75 mg e Ivermectina. Neste atendimento não houve menção aos sinais, sintomas, queixas nem pedido de exames laboratoriais ou de imagem. Mas a presença do Oseltamivir, um medicamento indicado para tratamento e profilaxia de gripe, sugere que Elisângela poderia estar apresentando sintomas gripais. A prescrição de azitromicina e Ivermectina correspondeu ao coquetel de medicamentos que supostamente tratariam

ou preveniriam a Covid-19, sem nenhum respaldo científico. O kit-Covid como foi chamado era composto por ivermectina, cloroquina, hidroxicloroquina, azitromicina e a vitamina D (Buzzi, 2023).

Já em abril 2020, a Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) lançou o Protocolo de atendimento no parto, puerpério e abortamento durante pandemia da Covid-19, no qual enfatizou “A utilização de outros fármacos tem sido aventada no tratamento da COVID-19, como outros antivirais, antibióticos, corticosteroides, soro de pacientes curados, antimaláricos e antiparasitários, porém ainda carece de evidências científicas de boa qualidade para ser realizada na prática clínica” (Trapani Júnior; Vanhoni; Marcolin; Silveira, 2020, n.p.).

Em setembro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma atualização das suas diretrizes para o tratamento da Covid-19, e a ivermectina não era recomendada para os quadros da covid-19 (Arnav Agarwal *et al.*, 2020). Na atualização das suas diretrizes publicada em novembro de 2023, manteve a não recomendação da ivermectina. Os prontuários de Alice Borges e Vanúcia Silva registraram que houve prescrição de azitromicina. Quanto ao uso deste medicamento, destaco trecho da nota técnica do Ministério da Saúde (2022, p. 8):

[...] após busca na literatura, não foram identificadas evidências científicas que demonstrem que o uso de azitromicina proporciona claros benefícios clínicos aos pacientes com COVID-19, quando comparado ao cuidado padrão [...] em todos os desfechos clínicos avaliados, incluindo tempo até recuperação, prevenção e duração de hospitalização, dias livres de ventilação mecânica, tempo até alta hospitalar e mortalidade, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre azitromicina e o cuidado padrão em pacientes com COVID-19 (Ministério da Saúde, 2022, p. 8).

A revisão integrativa desenvolvida por Kauê Gomes *et al.* (2024) buscou identificar os estudos relevantes que investigaram a eficácia da azitromicina no tratamento do COVID-19 e concluiu baixo potencial de ação como uso no tratamento contra o SARS-CoV-2 e efeitos negativos significativos no sistema cardiovascular e sistema gastrointestinal.

Márcia Bezerra *et al.* (2022) desenvolveu um trabalho que objetivou avaliar o impacto da comercialização dos medicamentos como azitromicina, hidroxicloroquina, ivermectina e nitazoxanida no Brasil durante o período pandêmico da Covid-19 de 2020. Os resultados da análise do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos

Controlados (SNGPC) evidenciaram que, entre os medicamentos investigados, a azitromicina foi a mais comercializada no país, seguida da hidroxicloroquina, ivermectina e nitazoxanida. O estudo destacou que “A utilização indiscriminada de azitromicina pode levar ao desenvolvimento de resistência bacteriana” (Bezerra *et al.*, 2022, p. 3)” e alertou sobre os riscos do uso de medicamentos sem segurança e eficácia comprovada contra a COVID-19.

Embora a avaliação da assistência pré-natal seja complexa, alguns pontos merecem ser discutidos, tendo em vista as orientações vigentes quanto a manutenção deste serviço durante a pandemia (Brasil, 2021).

A realização da classificação de risco gestacional é uma tarefa importante no cuidado pré-natal, pois permite a adoção de medidas de prevenção de doenças, promoção de saúde e estratégias adequadas de suporte e tratamento quando for o caso. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (Ministério da Saúde, 2000) estipulou que a classificação de risco gestacional deve ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes. Para aquelas mulheres que tiveram a gestação classificadas como de risco, o atendimento deve ser realizado à unidade de referência para atendimento ambulatorial ou unidade hospitalar à gestação de alto risco. Desde 2019, a atenção ambulatorial especializada de referência era a Policlínica do Tucumã, em Rio Branco.

Não houve classificação de gestação de alto risco no pré-natal de Elionete, apesar do histórico de pré-eclâmpsia anterior. Não encontrei anotações a respeito de sintomas, queixas, medicações nem registro de medição da pressão arterial (PA) dela. As consultas de pré-natal foram realizadas em unidade básica de saúde e não na Policlínica Tucumã. As pesquisadoras Elaine Costa, Rosemary Oliveira e Graciana Lopes (2021) apontam que a eclâmpsia, causa básica da morte de Elionete, está relacionada à pressão alta. Filipe Soares *et al.* (2017) complementa que essas mortes em decorrência de doenças hipertensivas e hemorrágicas da gestação se dão por causas evitáveis.

Elaine Costa, Rosemary Oliveira e Graciana Lopes (2021) explicaram que a hipertensão é uma das principais causas obstétricas diretas de mortalidade materna, que poderiam ser reduzidas com intervenções efetivas da equipe multiprofissional, um bom acompanhamento pré-natal, capacitação da equipe, realização de consultas e exames adequados. De maneira geral, os registros de pré-natal eram parcos. Não havia registro de medição de pressão arterial, peso, queixas, sintomas, percepções e

sentimentos dessas oito mulheres. Mesmo para aquelas que realizaram o mínimo de consultas preconizadas e realizaram os exames de rotina, observei falhas na qualidade dos registros, o que limita a avaliação dos cuidados de pré-natal e atenção adequada ofertados. Mas o que se sabe de acordo com Elaine Costa, Rosemary Oliveira e Graciana Lopes (2021, p. 2) é que “a assistência irregular à [pessoa] gestante pode resultar em uma morte materna que poderia ter sido evitada por intermédio de desenvolvimento de ações de qualidade”.

É preciso realçar que havia uma recomendação por motivos de saúde para que Elionete Ventura não engravidasse novamente, pois sofreu de pré-eclâmpsia na gestação anterior. Mariana Paris e Ilana Ambrogi (2023) ressaltam que apesar das mortes maternas por causas indiretas terem sido responsáveis por quase 30% dos casos entre 1996 a 2018 “somente 1% dos abortos legais foi justificado como sendo por risco de vida. Ou seja, quase 3 em 10 mulheres que morreram durante a gestação, parto ou puerpério, poderiam ter tido suas vidas salvas se tivessem exercido seu direito ao aborto legal em razão de risco de vida gerado pelo agravamento de doenças prévias” (Mariana Paris e Ilana Ambrogi, 2023). A descriminalização do aborto poderia ser uma medida de redução de mortes maternas por causas indiretas por hemorragia, hipertensão e infecção. As pesquisadoras da Anis (Instituto de Bioética) destacam que:

[...] a criminalização do aborto impede que a prática seja vista como uma medida necessária à garantia da saúde da mulher gestante, inviabilizando inclusive que a ela seja oferecido o direito de tomar a decisão sobre quais riscos está disposta a correr ou se deseja ver garantido o seu direito à interrupção da gestação, como prevê o Código Penal (Mariana Paris e Ilana Ambrogi, 2023, n.p.).

O mapa da precarização da vida das mulheres grávidas e puérperas e de suas famílias revelou o desamparo e a falha do Estado em garantir condições dignas de vida, como acesso a alimentação, moradia, educação e trabalho. Eram mulheres residentes de bairros periféricos, em piores condições de vida e com serviços de saúde precarizados. A urgência pela proteção e garantia de direitos básicos ficou demonstrado ao adentrar as casas e escutar essas pessoas. Nos relatos apareceram queixas de que o Estado poderia dar um suporte melhor, de acesso a moradia, à saúde e alimentação. Foram narrativas atravessadas de dor, saudade e indignação *do que fizeram com elas*.

As barreiras identificadas atravessaram os itinerários de cuidados destes oito casos analisados. Houve uma série de violações dos direitos das mulheres:

negligência de sintomas, a demora em diagnosticar e internar, as dificuldades em acessar os leitos de Uti, a peregrinação na busca por cuidados, a demora na antecipação do parto como uma medida de saúde para tentar proteger a vida dessas mulheres. Entendo assim como Sinara Gumieri (2024, p. 10) de que “não há a certeza de se e como as mulheres poderiam ter sido salvas, mas há sinais de que suas vidas importaram pouco”.

Alice Borges, Elisângela Souza e Vanúcia Silva receberam tratamento com ineficácia comprovada, assim como Nadia (Gumieri, 2024; Borges, 2024), Viviane Albuquerque Lucena de Melo (Buzzi, 2023) e Ariane Sobreira Sato (Paris, 2022). Dos 25 casos analisados por Sinara Gumieri (2024, p. 91): “Para cada cinco gestantes, uma recebeu tratamento a base de cloroquina e uma em cada seis, de ivermectina”.

A presença desses medicamentos nos prontuários de muitas mulheres, apesar das evidências científicas contrárias no tratamento da Covid-19, denota além de uma grave violação de direitos, a política de incentivo do governo Bolsonaro e dos gestores locais e o apoio de parte da classe médica, com a anuência dos conselhos de Medicina.

5.3 O cenário acreano de condutas contrárias às evidências na pandemia de Covid-19

Soraia Mendes (2021), Debora Diniz (2020) e a sociedade maranhense de Direitos Humanos (2021) apontam que a ausência de gestão política séria e eficiente da pandemia, a carência de ações de proteção à população, a disseminação de fake news, o negacionismo, a divulgação de medicamentos comprovadamente ineficazes, dentre outros fatores, aumentou ainda mais o número de mortes durante a pandemia de Covid-19. Ainda de acordo Soraia Mendes (2021) a adoção de tratamentos contrários as evidências e a demora em iniciar a vacinação são alguns aspectos que demonstram a negligência estatal com as mulheres.

Para demonstrar que este conjunto de elementos também foram encontrados no Acre e em Rio Branco, construirei esta seção do seguinte modo: a partir do cenário nacional e local, tratarei da lentidão em imunizar a população, a baixa adesão vacinal, assim como as interrupções da campanha junto às mulheres grávidas e puérperas. Em seguida, abordarei o contexto local favorável à divulgação de medicamentos comprovadamente ineficazes.

Todos estes aspectos mencionados seguem na linha argumentativa de continuar demonstrando indicadores de um padrão de negligência dos poderes públicos, de modo a caracterizar o feminicídio de Estado.

5.3.1 Aspectos nacionais e locais da vacinação

A campanha nacional de vacinação contra a Covid-19 iniciou em 17 de janeiro de 2021, tendo a população idosa e trabalhadoras da saúde definidas como grupos prioritários. As mulheres grávidas e puérperas não foram incluídas neste momento, ocorrendo apenas meses depois. O Acre recebeu 41 mil doses do imunizante contra a Covid-19 no momento que registrava mais de 44,7 mil infectados pela doença, mais de 830 mortes e situação crítica de ocupação de leitos para pacientes de Covid-19 (Nascimento, 2021). Contudo, um mês após o início da campanha, faltaram doses (Madeiro, 2021).

O estudo de Erly Moura *et al.* (2022) indicou que a desigualdade na cobertura vacinal ocorreu nas diferentes regiões do Brasil e deu destaque para o Norte e Nordeste, territórios mais desfavorecidos socioeconomicamente, em que a cobertura vacinal foi mais lenta e inferior à média nacional. Em maio de 2021, o índice de vacinação contra Covid-19 no Acre era de 20%. Além disso, mais de 18 mil doses não tinham sido aplicadas por baixa adesão vacinal, segundo a coordenação estadual do programa de imunização do Acre. O contexto vivido era muito desfavorável e de risco, conforme resume a pesquisadora:

O início da vacinação não foi ágil, com baixa cobertura da população em risco e em meio a notícias falsas sobre o benefício da imunização e sobre infundados efeitos colaterais, aliado à baixa aceitação a medidas não farmacológicas de proteção, como isolamento social e uso de máscara (Moura, 2022, p. 9).

As mulheres grávidas e puérperas foram consideradas grupo de risco para Covid-19 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS) em abril de 2020. Contudo, elas só foram incluídas no Programa Nacional de Imunizações em abril de 2021, ou seja, mais de um ano após o decreto de pandemia e meses após o início da Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 (Ministério da Saúde, 2021).

Importa mencionar que o Protocolo específico para a Atenção à Saúde do Estado do Acre (Governo do Estado do Acre, 2020), que tinha como objetivo definir o manejo e o controle da Covid-19, considerou que as mulheres grávidas apresentavam

pior prognóstico. Porém só incluiu mulheres grávidas de alto risco, ignorando as mulheres grávidas de baixo risco e puérperas do grupo:

[...] pacientes acima de 60 anos; Imunossuprimidos (HIV, transplantados, etc...); Doentes crônicos (DPOC, *diabete (sic)*, hipertensão, doença renal.); Gestantes de alto risco; portadores de doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica (Acre, 2020, p. 2).

Além dessa demora, ainda houve a interrupção do uso da vacina Covid-19 AstraZeneca/Oxford em gestantes e puérperas sem comorbidades com a nota técnica nº 627/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS, medida que ainda foi ratificada pela nota técnica nº 651/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS de maio de 2021. O argumento foi de um evento adverso raro ocorrido em uma grávida. A decisão da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa) trouxe repercussões locais, já que não havia doses de Coronavac ou Pfizer para esse público. Ou seja, após a recomendação da Anvisa a vacinação desse público ficou totalmente suspensa no Acre, de acordo com reportagem de Iryá Rodrigues do G1 Acre (Rodrigues, 2021).

Em 14 de junho de 2021, a Justiça Federal atendeu o pedido de tutela de urgência feito pelo Ministério Público Federal (MPF) e Ministério Público do Estado do Acre (MPAC) para que fossem retomadas a vacinação de grávidas e puérperas sem comorbidades, mediante documento que comprovasse a gravidez ou puerpério, independentemente de prescrição médica (MPF/AC, 2021).

A exigência de prescrição médica foi outra barreira enfrentada pelas mulheres grávidas e puérperas. Destaco trecho da Nota Técnica nº 2/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS do Ministério da Saúde que teve potencial efeito de aumentar o medo e a desconfiança em relação às vacinas:

A vacinação das gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto), a partir de 18 anos, deverá ser condicionada a uma avaliação individualizada, compartilhada entre a gestante e seu médico, do perfil de risco-benefício, considerando as evidências e **incertezas disponíveis até o momento** [...] para a vacinação das gestantes e puérperas deverá ser exigido prescrição médica (Brasil, 2021, p. 4, grifo nosso).

Os resultados de uma análise baseada em estruturas de justiça reprodutiva e bioética feminista desenvolvida por Ilana Ambroggi, Luciana Brito, Arbel Griner e Susan Touro (2023) de 45 políticas públicas nacionais de vacinação contra a Covid-19 de sete (7) países – Argentina, Brasil, Canadá, Colômbia, México, Peru e Estados Unidos apontaram que:

[...] as recomendações frequentemente mutáveis e divergentes [...] resultaram em mensagens públicas pouco claras sobre a vacinação na gravidez [...] as restrições à vacinação contra a COVID-19 durante a gravidez,

incluindo [...] a necessidade de autorização e prescrição de assistência médica [...] provavelmente constituem barreiras importantes ao acesso à vacina e à proteção contra doenças (Ambrogi; Brito; Griner; Bull, 2023, p. 11).

Viviane Souza e José Ribeiro (2024) realizaram uma pesquisa sobre a adesão vacinal contra a covid-19. Concluíram que foi observada uma baixa cobertura vacinal¹⁶ de mulheres grávidas e puérperas em todas as regiões do país, com destaque para o Norte e Nordeste. O estudo concluiu que a demora em priorizá-las e incluí-las na campanha de vacinação, bem como as decisões governamentais ambíguas sobre o tema contribuíram para os resultados encontrados. Consequentemente, prejudicará o cumprimento da meta ODS 3.1 para redução da mortalidade materna no país.

Para entender como estava a realidade local, solicitei dados sobre a cobertura vacinal da Covid-19 à gerência do sistema de Informação e análise de dados da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Rio Branco. Foi comunicada que o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – PNI não disponibiliza uma ferramenta para filtrar esse grupo populacional específico: grávidas e puérperas. As categorias de filtros para busca englobavam o número de doses aplicadas, por UF e municípios, por um determinado período, por gênero, por faixa etária e por tipo de vacina. Portanto, não seria possível repassar dados solicitados.

As mesmas informações foram requeridas junto a Sesacre. De acordo com a coordenação estadual do PNI, não seria possível restringir a pesquisa somente para 2021 e 2022. Portanto, de 10/01/2021 a 04/12/2024, a vacinação do grupo prioritário de mulheres grávidas contra covid-19 foi de 51,13%. De acordo com PNI/Sesacre, a meta era 90%, avaliada em relação à completude do esquema primário de vacinação. Interessa destacar que mesmo incluindo os anos de 2023 e 2024, este percentual está abaixo da meta.

O Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19 Vacinação (OOBr Vacinação) disponibiliza as análises dos casos de vacinação contra Covid-19 em gestantes e puérperas informadas pela Campanha Nacional de Vacinação contra Covid-19. O painel não forneceu a cobertura vacinal, apenas o registro de aplicações. Foram selecionados os seguintes filtros: 2021 e 2022; Acre; grávida ou puérpera; todos os tipos de imunizantes, conforme quadro abaixo.

¹⁶ Viviane Souza e José Ribeiro (2024) explicam que a cobertura vacinal é definida como a proporção de doses aplicada de um imunobiológico preconizado no calendário nacional a uma população específica em um determinado espaço de tempo.

Quadro 1 – Registro da aplicação dos imunizantes em Grávidas ou puérperas, no estado do Acre no período de 2021-2022.

1ª dose	2.804 registros
1ª dose revacinação	8 registros
2ª dose	2.563 registros
2ª dose revacinação	3
2ª dose reforço	350
3ª dose	5
3ª dose revacinação:	4
3ª dose reforço	7
4ª dose	4

Fonte: Elaborado pela autora.

Esse levantamento indicou que a quantidade de registros foi diminuindo significativamente no comparativo da 1ª dose com as doses subsequentes. Em setembro de 2023, o Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas (SAGE) em imunizações da OMS indicou que a imunização de mulheres grávida fosse feita com pelo menos duas doses e que o reforço ocorra, pelo menos, seis meses após o recebimento da segunda dose (OPAS, 2023).

Esses achados indicaram que no Acre o esquema vacinal de muitas mulheres grávidas e puérperas encontra-se incompleto, impactando diretamente nos resultados da cobertura vacinal e expondo-as a maiores riscos. O Estado tinha o dever de proteger e garantir os direitos das mulheres, especialmente durante uma pandemia de Covid-19, em que as vacinas disponíveis no SUS eram eficazes, seguras, poderiam prevenir o agravamento da doença e evitar mortes. As diretrizes que frequentemente mudavam, as suspensões nas aplicações e a exigência de prescrição médica provavelmente aumentaram o cenário de medo e desconfiança em relação a segurança das vacinas.

Tais análises são relevantes principalmente no contexto de pandemia, em que as condições precárias foram intensificadas e geraram aos governos a necessidade premente de preparação e de resposta às emergências em saúde pública.

Desde 2013 a necessidade de preparação e de resposta já estava prevista na portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013 (Brasil, 2013). Nela estava regulamentado que em emergências em saúde pública deveriam ser tomadas medidas de prevenção,

de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública. O documento destaca que as respostas das ações de vigilância em saúde englobam atribuições, responsabilidades e cooperação das esferas: União, Estados e municípios.

Nas palavras de Erly Moura (2022, p. 1): “O efeito avassalador da pandemia poderia ter sido minimizado, caso houvesse a participação coordenada e articulada das três esferas de governo no SUS”. A ausência de ações de proteção às mulheres e adoção de recomendações contrárias aos órgãos competentes de saúde observadas nacionalmente repercutiram no estado do Acre e no município. As barreiras, obstáculos e o contexto criado de incertezas relativas à segurança da vacinação somaram-se ao cenário de desinformação e propagação de fake news em relação à prescrição de medicamentos para tratamento da Covid-19, conforme abordarei em seguida.

5.3.2 O Kit Covid

A prescrição de medicamentos comprovadamente ineficazes no tratamento contra Covid-19 foi amplamente defendida pelo então presidente da República Jair Bolsonaro e pelo Ministério da Saúde¹⁷. O contexto político acreano também reforçou as narrativas contrárias à ciência e as evidências em saúde observadas nos discursos de Bolsonaro e na atuação do Ministério da Saúde. A defesa do uso de medicamentos ineficazes no campo político e ideológico também se estendeu ao Conselho de Medicina, sob a justificativa da autonomia médica.

A aceitação de Jair Bolsonaro por parte dos eleitores acreanos já nas eleições de 2018 e posteriormente em 2022¹⁸ constituem-se como uma particularidade local. Os discursos e condutas presidenciais à época da pandemia de Covid-19 também foram reproduzidos por gestores e parlamentares. No Acre e em Rio Branco, houve a insistência da promoção do “tratamento precoce”.

Em abril de 2020, o senador Sérgio Petecão (PSD–AC) apresentou um projeto de lei (PL 1.851/2020) com o objetivo de autorizar o uso de cloroquina e

¹⁷ Para aprofundar o assunto das condutas do ex-presidente e do Ministério da Saúde referentes ao tratamento da COVID-19 ou “Kit Covid” e os riscos do uso dessas medicações recomendo a leitura dos trabalhos de Mariana Silvino Paris (2022) e Vitória Buzzi (2023).

¹⁸ À título de ilustração, nas eleições de 2018 ele recebeu 77,22% dos votos válidos no 2º turno e em 2022 contabilizou 70,30% de votos válidos no 2º turno. Ou seja, ele foi o candidato mais votado nas duas últimas eleições no estado do Acre (G1 Acre; 2022; Sorano, 2018).

hidroxicloroquina no tratamento da doença provocada pelo coronavírus. A autorização também se aplicaria a pacientes com diagnóstico clínico da doença, sem comprovação laboratorial. Sem citar as fontes e evidências, a justificativa foi “estudos promissores da eficácia desses dois princípios ativos” (Petecão, 2020, p. 3).

O projeto de lei também mencionou que “temos conhecimento do relato de vários médicos brasileiros sobre a efetividade de sua ação contra o coronavírus” e propôs garantir segurança jurídica aos médicos, com o argumento de que “considerando a velocidade de propagação da pandemia, esperar todo o processo de validação terapêutica dessas drogas se mostra inviável” (Petecão, 2020, p. 3). No mês seguinte à propositura do PL, o Ministério da Saúde publicou as “Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19”, contendo uma série de combinações com cloroquina/hidroxicloroquina, a azitromicina, a ivermectina e mais outros medicamentos (Ministério da Saúde, 2020).

O protocolo específico para a Atenção à Saúde do Estado do Acre também orientou quanto a tratamentos e abrangeu medicamento sem eficácia comprovada para Covid-19, sob a justificativa da autonomia médica para prescrição de medicamentos:

[...] tratamentos em estudo sem ensaios clínicos randomizados cuja prescrição fica a critério e responsabilidade médica: - Remdesivir; - Interferon; - Ribavirina; - Fabiravir; - Sulfato Hidroxicloroquina: 400 mg VO de 12/12 h por 10 dias associado ou não ao Peg-Interferon-alfa2a 180 mcg SC dose única (Acre, 2020, p. 4).

Em maio de 2020, a gestão da Sesacre informou à reportagem feita por Leônidas Badaró (2020) que a hidroxicloroquina estava em falta e em nota comunicou que “por conta da falta no mercado, há uma extrema dificuldade em adquirir a medicação. Estamos tentando novamente comprar o medicamento, mas ainda não obtivemos sucesso” (Badaró, 2020, n.p.). No dia 19 de agosto de 2020 foi sancionada pela prefeitura municipal de Rio Branco a Lei nº 2.363 que autorizou a disponibilização gratuita no Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo de medicamentos aos pacientes infectados pela Covid-19 com a indicação de tratamento de hidroxicloroquina, ivermectina e azitromicina e outros fármacos.

Em fevereiro de 2021, em meio ao contexto de polícrises já mencionado vivenciado pela população acreana, o então presidente da República Jair Bolsonaro visitou o Estado, promoveu um evento público que gerou aglomerações, ensejou o

contato físico entre as pessoas e não utilizou máscara de proteção. Todos esses comportamentos eram fortemente desaconselhados e desestimulados pelas autoridades em saúde e eram contrárias às normas estaduais vigentes à época (Brito, 2021).

Estas condutas também foram praticadas pelo prefeito de Rio Branco, Tião Bocalom. Durante sessão online¹⁹ na Câmara dos Vereadores realizada em 09 de março de 2021, ele comunicou que a secretaria municipal de saúde continuaria a distribuição de cloroquina, ivermectina e disse “nós temos diversos exemplos no Brasil onde se aplica a ivermectina e a cloroquina e tem tido resultados. Evidente que ainda não está reconhecido pela saúde mundial. Eu, por exemplo, tomava ivermectina”.

O prefeito, reeleito no 1º turno nas eleições de 2024, seguiu afirmando na sessão *online* que não respeitava as recomendações das autoridades em saúde de manter distanciamento social: “todos sabem que eu abraçava e beijava, as pessoas vinham e eu não ia negar abraçar e beijar”.

Diante das declarações do gestor municipal, o Conselho Regional de Medicina do Acre (CRM-AC) se manifestou em nota comunicando que:

[...] o Conselho Regional de Medicina do Acre defende que, assim como já abordado pelo CFM no Parecer nº 4/2020, os princípios que devem obrigatoriamente nortear o tratamento do paciente portador da infecção pelo novo coronavírus são a AUTONOMIA DO MÉDICO²⁰ [...] Cabe ao médico assistente a decisão acerca do tratamento mais adequado para cada paciente, desde que com a concordância deste, obtida após o devido esclarecimento sobre o nível de evidência da eficácia (Conselho Regional de Medicina do Acre, 2020).

O parecer nº 04/2020 do Conselho Federal de Medicina (2020) que se refere a nota acima diz respeito a considerar o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, em condições excepcionais, para o tratamento da COVID-19. O argumento da autarquia acreana para justificar a prescrição de tratamentos inseguros e ineficazes revelou pelo menos dois aspectos: a anuência com o CFM em defesa da classe profissional e o alinhamento com as propostas do governo federal, em detrimento do dever de proteção, cuidado e da garantia dos direitos humanos.

Mariana Paris (2022) lembrou bem que “há também exemplos históricos de violações dos limites entre cuidado e experimentação baseados em argumentos anticientíficos e antiéticos, com vistas à exclusão ou aniquilação de uma população

¹⁹ Sessão Ordinária Online da Câmara Municipal de Rio Branco - 09/03/2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=zvZbRgeNenE>. Acesso em: 9 dez. 2024.

²⁰ É importante frisar que o trecho com letras maiúsculas está exatamente como consta na nota.

específica” (Paris, 2022, p. 71), referindo-se a violações de direitos humanos justificadas pela classe médica na África do Sul, durante o Apartheid, e pelo regime nazista na Alemanha.

Ainda sobre todo o contexto local de defesa, incentivo e insistência para utilização do tratamento ineficaz, é necessário destacar que cerca de um quinto de toda a cloroquina enviada ao norte do Brasil veio para o Acre. De acordo com Anna Beatriz Anjos *et al.* (2021) foi um dos Estados que mais receberam cloroquina em todo o país, com quase 100 mil comprimidos recebidos pela Sesacre e distribuídos para a população. Todo este conjunto de elementos do cenário nacional e local, que incluem a promoção de tratamentos sem que jamais tenha existido qualquer evidência científica da sua eficácia, as dificuldades relativas à imunização, provocaram cenário de exposição, desproteção e vulnerabilidade ao vírus da Covid-19. A flexibilização das medidas de restrição no contexto de sobrecarga do sistema de saúde local foi um agravante que precisa ser destacado.

Os achados apresentados na tese permitiram caracterizar as mortes como um feminicídio de Estado (Mendes, 2021). Em primeiro lugar, eram mulheres com existências marcadas pela precarização da vida: jovens, residentes de bairros periféricos, negras vulneráveis pela desigualdade social, desassistidas pelas políticas sociais e atravessadas por formas combinadas de opressão: gênero, raça e classe. Quanto às famílias, são pessoas enlutadas, sobreviventes de uma pandemia, também desassistidas pelas políticas, marcadas pelas desigualdades socioeconômicas, ainda sofrendo com os efeitos perversos da tragédia.

Em segundo lugar, mesmo antes do início da pandemia de Covid-19, era responsabilidade estatal a implantação de medidas e adoção recomendações para reduzir a mortalidade materna no Acre: fortalecimento e capacitação das equipes de vigilância do óbito materno, implantação do comitê de morte materna, capacitação de profissionais responsáveis pelo preenchimento e correta codificação dos códigos em mortalidade materna, investimentos na estruturação física e de recursos humanos na rede de ambulatorial-hospitalar.

O terceiro aspecto que permitiu abordar tais mortes como feminicídio de Estado é considerar que a pandemia explicitou as fragilidades e falhas pré-existentes dos deveres estatais de cuidado e proteção. A negligência estatal culminou na falta de preparação para o enfrentamento dos impactos do novo vírus em mulheres grávidas e puérperas, expressos nas três barreiras: a demora no diagnóstico, a

peregrinação em busca de atendimento e a demora em garantir cuidados intensivos, que incluem acesso à UTI e à antecipação do parto com a interrupção da gravidez, como medida de saúde.

E por fim, três delas foram submetidas a tratamentos sem eficácia comprovada, em meio a um cenário nacional/local de disseminação de *fake news* e uma política de imunização com interrupções e recomendações controversas que contribuíram para o medo e desconfiança em relação à eficácia e segurança das vacinas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa perspectiva crítica, a escrita feminista adotada buscou ser sensível as mulheres marginalizadas pelos sistemas de poder e opressão. Essa escrita pretendeu constituir-se como um ato histórico, político e de resistência ao patriarcado, especialmente no contexto brasileiro, marcado pelas profundas desigualdades sociais, racismo estrutural e outras formas de violência e dominação.

As discussões de Judith Butler, Didier Fassin, Rita Segato, Debora Diniz, Sueli Carneiro, Emanuelle Góes assim como o construído junto ao grupo de pesquisa contribuíram muito para refletir sobre as múltiplas manifestações do patriarcado, racismo e sexismo na atenção à saúde e sua intensificação na pandemia de Covid-19, particularmente como escancarou as desigualdades, exclusão e marginalidade, afetando sobretudo as mulheres, como foi nas emergências públicas de Ebola e Zika.

Minha tese central ancorou-se na categoria analítica feminicídio de Estado de mulheres grávidas e puérperas acreanas, demonstrado a partir das fragilidades e dificuldades dos sistemas de vigilância do óbito materno, do itinerário de cuidados e das condutas contrárias ao campo das evidências em saúde. O objetivo foi demonstrar que a morte dessas mulheres não podia ser atribuída exclusivamente aos efeitos do vírus SARS-CoV-2, causador da Covid-19, mas refletiu um conjunto de fatores como as condições sociais preexistentes, como desigualdades socioeconômicas e acesso limitado aos serviços de saúde, somadas a precária gestão da crise sanitária.

Entendi ser necessário nomear as mulheres, tirando-as da invisibilidade. Foi fundamental as reflexões de Debora Diniz (2015), Luciana Brito (2016), Vitória Buzzi (2023) e Mariana Paris (2022) que testemunharam, cada uma à sua maneira, a violação de direitos humanos. Nesses casos, assim como o trabalhado nesta pesquisa, anonimizar protegeria os poderes que violaram essas existências. O percurso construído para trabalhar os objetivos desta pesquisa iniciou pelos aspectos teórico-conceituais que envolviam a temática da morte materna, demonstrando que o cenário da mortalidade materna no Brasil e no Acre anterior à pandemia já era desfavorável e de desproteção às necessidades de cuidados destas vidas, logo a crise sanitária provocada pela pandemia de Covid-19 ampliou a precarização já existente no sistema de saúde local.

Na perspectiva da categoria feminicídio de Estado, apresentei os achados da pesquisa: a realidade e fragilidades encontradas no sistema local de vigilância do óbito, as barreiras de acesso identificadas nos itinerários de cuidados, os problemas no manejo, no controle da Covid-19 e aspectos ligados à vacinação contra Covid-19 das mulheres grávidas de Rio Branco. A identificação da desestruturação e fragilidades dos setores não teve a intenção de coagir ou repreender pessoas ou serviços, mas somar a um esforço coletivo de produzir conhecimentos e reflexões a respeito de um fenômeno complexo e multicausal que é a morte materna. Ao ir descobrindo as lacunas e inconsistências dos setores, meu intuito foi propor um aprofundamento do que estava encoberto e poderia contribuir para o estudo.

O cenário encontrado na pesquisa de campo junto aos sistemas de vigilância do óbito materno, infantil e fetal traduzo como alarmante e preocupante: equipe extremamente reduzida, sobrecarga relatada pelos profissionais, a inexistência do comitê de mortalidade materna do Estado, entrevistas domiciliares não-realizadas e fichas de investigação em aberto. Segundo a equipe, estas fragilidades do serviço já estavam presentes antes da pandemia de Covid-19, mas se intensificaram, tendo em vista que o setor de investigação é responsável por diversas ações de vigilância que englobam os óbitos fetais, infantis, maternos, de mulher em idade fértil e mortes por causas mal definidas. A equipe relatou que os fatores de atraso do encerramento das fichas de investigação de óbito materno estavam relacionados ao quantitativo insuficiente de servidores-técnicos, adoecimento e rotatividade de membros da equipe.

O Manual dos comitês de mortalidade materna (Brasil, 2009) orientou que especialistas em obstetrícia poderiam ajudar a avaliar os diagnósticos e tratamentos dirigidos às mulheres. Contudo, não houve profissional compondo a equipe de vigilância do óbito por meses, pois à época pandêmica o médico foi transferido para atuar na linha de frente de combate ao coronavírus numa unidade de saúde. Como resultado acumularam-se fichas de investigação em aberto. Alice Borges, Raquel Trindade, Elisângela Souza e Laura Freitas tiveram suas fichas encerradas dois anos após o falecimento. A ficha de Katiane Mesquita foi encerrada após três anos de sua morte e Elionete Ventura, um ano e dez meses. Destaco que de acordo com o manual dos comitês de mortalidade materna (Brasil, 2009), as equipes de vigilância de óbitos maternos deverão concluir e informar o resultado da investigação epidemiológica no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias após a data da morte.

Quando o município não dispuser de “médicos em condições de realizar esta avaliação dos diagnósticos e condutas oferecidos às mulheres, o comitê regional e/ou estadual deve colaborar com o municipal, garantindo a análise dos óbitos” (Brasil, 2009, p. 37). Apesar da implantação do comitê de morte materna estar previsto pelo Ministério da Saúde desde 2009 até o momento não foi efetivado, tanto no Estado quanto no município de Rio Branco. As porcentagens de fichas investigação encerradas (2020: 64,86%; 2021: 98,72 % e 2022: 98,17%) precisam ser analisadas de maneira cautelosa, uma vez que esses números não necessariamente explicitam a qualidade da investigação, considerando as ações de vigilância são complexas, se desdobram em várias atividades e incluem os óbitos de notificação compulsória. Todas estas tarefas atribuídas para uma equipe pequena: três profissionais na vigilância municipal e dois profissionais no setor estadual.

O acesso aos dados do Sistema de informação de mortalidade (SIM) indicou que em Rio Branco não houve óbitos maternos declarados em 2020, 7 (sete) óbitos maternos foram declarados em 2021 e em 2022 houve registro de 2 (dois) óbitos maternos, totalizando nove (9) mortes. O questionamento dos dados fornecidos revelou 16 (dezesesseis) mortes maternas por causas obstétricas indiretas. Esses registros estavam assim distribuídos: 3 (três) mortes em 2020, 11 (onze) mortes em 2021 e 2 (duas) mortes em 2022. Em Rio Branco as mortes maternas por causas indiretas abrangeram os casos de mulheres que mesmo estando no ciclo gravídico-puerperal no momento da morte, o diagnóstico principal foi fora do Capítulo XV da CID 10. Como consequência, as mortes por infecção por Covid-19 não estavam registradas como maternas. A omissão na DO de que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério levou a subinformação e gerou números inferiores de morte materna que não correspondem à realidade do município.

Para entrarem nos registros de mortes declaradas, estes casos deveriam ter sido duplamente codificados na causa básica da declaração de óbito: O98.5 (Outras doenças virais complicando a gravidez, o parto e o puerpério) +B34.2 (Infecção por coronavírus, não especificada)+U07.1 (COVID-19, vírus identificado e confirmado por critério laboratorial). Os manuais que versam sobre codificação (Brasil, 2009; Brasil, 2013) recomendam que os sistemas de vigilância municipais e estaduais elaborem uma lista de causas que frequentemente mascaram mortes maternas, mas essa orientação não estava sendo seguida pelas vigilâncias. As mortes mascaradas tem o potencial de ampliar a subinformação de mortes maternas, como percebeu-se nesta pesquisa.

O correto preenchimento da DO pelos médicos permitiria a identificação dos fatores que levaram à morte, o conhecimento das causas e do perfil de mortalidade materna e colaboraria para a elaboração de políticas mais eficientes de acordo com a realidade do estado e do município. A correção das informações sobre as causas de morte no SIM é uma tarefa da vigilância do óbito, contudo não foi realizada.

Ante o exposto, o total de mortes maternas declaradas somada às mortes maternas por causas indiretas, totalizou vinte e cinco casos de grávidas e puérperas residentes em Rio Branco e morreram entre 2020 e 2022. Das 25 (vinte e cinco) famílias de mulheres grávidas e puérperas que residiam em Rio Branco, consegui contato com 8 famílias que aceitaram participar da entrevista. De maneira surpreendente, as participantes agradeceram ao final do encontro, relatando o quão foi bom falar apesar de serem assuntos tão delicados e sensíveis. Foi nítido o desejo de compartilhar o vivido, o tempo presente e o futuro. O espaço de fala, o ambiente de escuta, com respeito e acolhimento foram as bases dos encontros. Se no verbiário feminista “falar é testemunhar” (Debora Diniz; Ivone Gerbara, 2022, p. 245) assim como é resistir, incomodar e desafiar os poderes hegemônicos que insistem em calar, interpreto o gesto de compartilhamento por parte das famílias como um testemunho e reconhecimento de suas existências, sofrimentos, necessidades, direitos e do inominável do luto.

Katiane Mesquita, Elionete Ventura, Alice Borges, Raquel Trindade, Vanúcia Silva, Tereza Nascimento, Elisângela Souza e Laura Freitas. A morte dessas mulheres- e de tantas outras - não permite leituras simplistas, como aquelas narrativas que atribuem exclusivamente à pandemia ou às comorbidades. Guardada as particularidades e singularidades foram oito histórias de vida cruzadas por traços comuns: mulheres que morreram pelos efeitos de formas combinadas de opressão de gênero, raça e classe, atravessadas por sistemas de saúde que não priorizaram a saúde sexual e reprodutiva durante a pandemia, que sofreram os efeitos da pobreza e da gestão da crise sanitária. Todas as mortes ocorreram em 2021 e março foi o mês que Laura Freitas, Elisângela Souza e Vanúcia Silva morreram, com diferença de apenas dois dias entre elas.

Os achados mostraram narrativas sobre mulheres jovens vulneráveis pela desigualdade social e pelos regimes de opressão, que foram destituídas de suas vidas. As famílias enlutadas são sobreviventes de uma pandemia, desassistidas pelas políticas públicas, residentes de bairros periféricos, marcadas por condições de vida

precárias, expostas ao adoecimento, a fome e a violência. As histórias de vidas perdidas se “repetem todos os dias, e a repetição parece interminável, irremediável” (Butler, 2015, p. 29). Nos casos das mulheres no território acreano, assim como nos estudos empreendidos por Debora Diniz, Luciana Brito, Gabriela Rondon (2022); Vitória Buzzi (2023), Isadora Rocha (2024), Luna Borges (2024), Mariana Paris (2022), Sinara Gumieri (2024) foram observados achados idênticos: as insuficiências de atendimento de saúde, a presença de tratamentos ineficazes com riscos potenciais à saúde e o contexto de condutas anticientíficas acerca de medidas sociais de contenção e controle do coronavírus.

Sete mulheres não tiveram acesso nem a primeira dose de imunizante contra Covid-19, pois não foram priorizadas e incluídas rapidamente na campanha da vacinal. A inserção de grávidas e puérperas no programa nacional de imunizações ocorreu em abril de 2021 quando as famílias estavam lidando com os lutos e as consequências das perdas.

Traduzo essas mortes como o desfecho de múltiplas violações dos direitos das mulheres. Elas peregrinaram entre hospitais, sofreram as consequências da demora no atendimento, no diagnóstico, na internação, do acesso a UTI e não tiveram o parto antecipado, como uma necessidade de saúde. Katiane Mesquita, Raquel Trindade e Vanúcia Silva não foram tratadas como pessoas singulares, mas como gestantes em que a atenção médica estava dirigida à manutenção da gravidez. Os familiares foram explícitos em seus pedidos de salvá-las, mas a decisão médica foi pela conduta expectante. A antecipação foi adiada até que fosse tarde. Durante todo o período de internação, as informações comunicavam a piora rápida e gradual da saúde delas, logo essas mulheres não podiam esperar.

Não se pode ignorar a tragédia humanitária da pandemia de Covid-19. A morte de milhares de brasileiros e brasileiras na pandemia não pode ser apagada nem cair no esquecimento. Aline Bocchi (2020) relembra que foram mortes transformadas em números, estatísticas, tornadas anônimas e sem direito a rituais de despedida. Os protocolos suspenderam visitas aos doentes, que eram mantidos em isolamento. Velórios e sepultamentos eram restritos e os caixões lacrados. As famílias entrevistadas mencionaram que não puderam realizar rituais de despedida.

Não há nome para uma mãe que perdeu uma filha. Compreendo como um dever ético e humano demarcar que as famílias partidas pelo luto foram escutadas, acolhidas e respeitadas nas suas dores. Foram as mulheres que tiveram que exercer

os deveres do cuidado, dividindo seu tempo entre o trabalho, as crianças órfãs e as tarefas domésticas. Como bem apontou Isadora Rocha (2024, p. 12): “o cuidado das crianças é compartilhado em redes de mulheres - avós, tias, irmãs, primas”.

A perda tocou as margens daquilo que é inominável e não há um tempo estabelecido para a elaboração desses lutos. A rede de mulheres-cuidadoras ocupou um lugar dividido, ora nomeadas como mãe, avó ou tia. Escutamos relatos de tias que amamentaram suas sobrinhas, corporificando a irmã que morreu. Os viúvos são os que delegaram os cuidados e constituíram novas famílias. O que encontramos foi a ausência masculina e a matrilinearidade dos cuidados das crianças, muito comum nas famílias brasileiras (Rocha, 2024).

Jacques Lacan em “O Seminário, livro 6” (1958-1959) aduz que a experiência do luto é um verdadeiro mergulho na “vertigem da dor” de uma pessoa que perdeu o objeto amado e que não encontra uma correspondência absoluta a mais nada que exista. Ele explica: “o luto, que é uma perda verdadeira, intolerável para o ser humano, provoca um buraco no real” (Lacan, 1958-1959, p. 360). Em outras palavras, não há substituição quando se perde alguém amado e não se encontra significantes que possam simbolizar tamanha perda. Dona Helena, mãe de Laura Freitas, relatou seu sofrimento: “Da morte só restou o vazio. Eu tenho um vazio dentro de mim”, disse. Dona Creuza, sogra de Vanúcia Silva, tentou expressar dor e disse “Ficou o vazio. Vazio”. Frase rapidamente complementada por José Sales, sogro de Vanúcia: “Nós ficamos mudos. A casa ficou muda”.

As situações vistas provocaram afetos, misto de assombro e inquietações, uma intensidade de sentimentos difícil de descrever, em especial porque envolviam busca de direitos e revelavam desproteção em relação às necessidades básicas em saúde, alimentação e moradia. É preciso que o Estado brasileiro se posicione essas famílias no centro das proteções e dos cuidados e que sejam acionadas políticas públicas de saúde, assistência social e educação. O construído neste documento foi um registro das falhas do poder político em responder de maneira eficiente a pandemia de Covid-19, especialmente no que diz respeito às necessidades de saúde e cuidado dirigidos às mulheres. Sigo o entendimento de Butler (2022, p. 100) de que “não é preciso conhecer a pessoa perdida para afirmar que *ali havia uma vida*”. A pesquisa desenvolvida em solo acreano buscar contribuir e somar ao esforço coletivo de um grupo amplo de mulheres-pesquisadoras solidárias e comprometidas às histórias de morte dessas mulheres e ao luto de seus familiares.

O que foi sendo observado e construído ao longo de todo esse processo da tese é de que as histórias de Katiane Mesquita, Elionete Ventura, Raquel Trindade, Laura Freitas, Elisângela Souza, Alice Borges, Tereza Nascimento e Vanúcia Silva poderiam ser nomeadas de uma outra forma - como mortes matadas e evitáveis. Se o meu testemunho partiu da pergunta “o que fizeram com elas?” a resposta não poderia ser outra: descrevo essas mortes como umas das formas de feminicídio de Estado.

REFERÊNCIAS

ACRE. Ministério Público do Estado do Acre. **Justiça Federal atende pedido do MP e grávidas e puérperas sem comorbidades devem voltar a ser vacinadas em 48h no Acre**. 14 jun. 2021. Disponível em: <https://www.mpac.mp.br/justica-federal-atende-pedido-do-mp-e-gravidas-e-puerperas-sem-comorbidades-devem-voltar-a-ser-vacinadas-em-48h-no-acre/>. Acesso em: 28 nov. 2024.

ACRE. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Educação permanente em Saúde**. 2019. Quadriênio 2019-2022. Disponível: <https://drive.google.com/file/d/1hXMsjJC0RvZnCaPMHn8nZc0Bbqq-eJUO/view?usp=sharing>. Acesso em: 10 jul. 2023.

ACRE. Secretaria de Estado de Saúde do Acre. **Plano de Contingência estadual para a Infecção Humana pelo novo Coronavírus – COVID-19**. 2021. Disponível em: <https://agencia.ac.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/Acre-Plano-COVID-19-7a-VERSAO-.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2023.

ACRE. Secretaria de Estado de Saúde. Ratificação de Dispensa de Licitação. Referência: ADA nº 19-20-0045848. **Diário Oficial do Estado**: Rio Branco, AC, ano 53, n. 12.785, p. 19, 24 abr. 2020. Disponível em: <https://diario.ac.gov.br/download.php?arquivo=KEQxQHI3lyEpRE8xNTg3NjkyMDQ2ODU3OS5wZGY=>. Acesso em: 10 jul. 2023.

ACRE. Secretaria de Estado de Saúde. **Boletim Covid-19 - SE 04/2025**. Disponível em: <https://www.observatorio.saude.ac.gov.br/media/arquivos/f5690409-8028-414f-b7de-54df639a07fb.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2025.

ACRE. Decreto nº 6.206, de 22 junho de 2020. Dispõe sobre a criação do Pacto Acre Sem COVID e prorroga prazos previstos no Decreto nº 5.496, de 20 de março de 2020, que estabelece medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da doença COVID-19. **Diário Oficial do Estado**: Rio Branco, AC, ano 53, n. 12.822-A, p. 1-5, 22 jun. 2020. Disponível em: <https://diario.ac.gov.br/download.php?arquivo=KEQxQHI3lyEpRE8xNTkyODc2NzU0Mjc3LnBkZg==>. Acesso em: 3 dez. 2024.

ACRE. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Acre, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/PLANO-ESTADUAL-DE-SAUDE-PES-2020-2023-VF.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023.

ACRE. **Decreto nº 11.619, 8 de Janeiro de 2025**. Dispõe sobre situação de emergência em saúde pública em decorrência da multiplicação de casos de síndromes febris ocasionadas por arboviroses e do aumento de atendimentos relacionados nas unidades de saúde do Estado do Acre. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/ac/decreto-n-11619-2025-acre-dispoe-sobre-situacao->

de-emergencia-em-saude-publica-em-decorrencia-da-multiplicacao-de-casos-de-sindromes-febris-ocasionadas-por-arboviroses-e-do-aumento-de-atendimentos-relacionados-nas-unidades-de-saude-do-estado-do-acre. Acesso em: 4 fev. 2025.

ACRE. Secretaria de Estado de Saúde. **Boletim semanal das Arboviroses no Acre**. 2025. Disponível em <https://www.observatorio.saude.ac.gov.br/media/arquivos/15f23706-1e6d-4d07-b037-0b82e8aec277.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2025.

AGARWAL, A. *et al.* A living WHO guideline on drugs for covid-19. **BMJ**, London, v. 370, p. m3379, 4 set. 2020. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3379>. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3379>. Acesso em: 12 ago. 2024.

ALVES, Mércia. M. R. *et al.* Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 283-291, abr. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003642>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/9H5Ygv3LPXdcDsH3MrzJQ4B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 dez. 2024.

AMBROGI, Ilana; BRITO, Luciana; GRINER, Arbel; BULL, Susan. Gender inequity and COVID-19 vaccination policies for pregnant women in the Americas. *In*: BULL, Susan; LITTLER, Katherine; SMITH, Maxwell (org.) Epidemic Ethics: Global issues in ethics and COVID-19 [version 1; peer review: 1 approved]. **Wellcome Open Research**, London, v. 8, n. 121, 2023, <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.18939.1>. Disponível em: <https://wellcomeopenresearch.org/articles/8-121/v1>. Acesso em: 25 jul. 2024.

ANDRADE, Fabiana Lima Agapejev de. **“Não vou plantar bananeira para não comer o primeiro cacho: a violência sexual ocorre dentro de casa**. 2024. 195 f. Tese (Doutorado em Direito) — Universidade de Brasília, Brasília, 2024. Disponível: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/51571>. Acesso em 09 abril 2025.

ANJOS, Anna B. *et al.* O Mapa da cloroquina: como governo Bolsonaro enviou 2,8 milhões de comprimidos para todo o Brasil. **Agência Pública**, São Paulo, 1 mar. 2021. Disponível em: <https://apublica.org/2021/03/o-mapa-da-cloroquina-como-governo-bolsonaro-enviou-28-milhoes-de-comprimidos-para-todo-o-brasil/>. Acesso em: 30 jul. 2024.

ARAÚJO, Edna M. de *et al.* Morbimortalidade pela Covid-19 segundo raça/cor/etnia: a experiência do Brasil e dos Estados Unidos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe4, p. 191-205, 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E412>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NtPTmkFcTgxwZ5mGfYgNJFx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 dez. 2024.

BADARÓ, Leônidas. Portadora de Lúpus fica sem hidroxiclороquina; Sesacre não consegue comprar medicamento. **ac24horas**, Rio Branco, 20 maio 2020. Disponível em: <https://ac24horas.com/2020/05/20/portadora-de-lupus-denuncia-falta-de-hidroxiclороquina-sesacre-nao-consegue-comprar-medicamento/>. Acesso em: 10 dez. 2024.

BEZERRA, Márcia M. A. *et al.* Medicamentos na pandemia da Covid-19: análise da comercialização de azitromicina, hidroxicloroquina, ivermectina e nitazoxanida no Brasil. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, SP, v. 11, n. 6, p. 1-11, 2022. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28726>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28726>. Acesso em: 3 fev. 2022.

BITTENCOURT, Sônia Duarte de Azevedo (org.) **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013.

BOCCHI, Aline F. A. Luto e ética trágica em tempos de pandemia. *In*: GALLI, F. C. S.; BIZIAK, J. S.; ZOPPI-FONTANA, M. G. (orgs.) **O não-sentido como espaço de (r)existências: processos de subjetivação na pandemia**. 1. ed. São Carlos: Pedro & João Editores, 2020, p. 21-34.

BORGES, Luna. **Infanticida e castigo**: moral e produção de verdade em um arquivo. 93p. Dissertação (Mestrado)—Universidade de Brasília, Faculdade de Direito, Programa de Pós-Graduação em Direito, 2017. Disponível: https://repositorio.unb.br/jspui/bitstream/10482/22913/1/2017_LunaBorgesPereiraSantos.pdf. Acesso em: 4 fev. 2025.

BORGES, Luna. Justiça reprodutiva no Brasil: Ações Constitucionais em tempos de Crises em Saúde Pública. 2024. 115 f. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito. Universidade de Brasília. Brasília, 2024. 173p. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/jspui/handle/10482/51581>. Acesso em: 4 fev. 2025.

BORGONOVE, Kelly et al. Análise de série temporal: tendência da mortalidade materna tardia no Brasil, 2010-2019. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 7, 29 jul. 2024. Disponível em: https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8652/19532#content/citation_reference_22. Acesso: 11 abril 2025.

BRASIL. [Constituição Federal (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil** [2024]. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nºs 1/1992 a 132/2023, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/1994. 65. ed. 2024. Brasília: Câmara dos Deputados. Edições Câmara, 2024. Disponível em: <https://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/15261>. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@ | Acre | Panorama. 2022**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ac/panorama>. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do cadastro central de empresas**: 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. 132 p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continuamensal.html?=&t=destaques>. Acesso em: 10 nov. 2024.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável** [Internet]. 2024. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador311>. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 137, n. 240-E, p. 21-22, 16 dez. 1999. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/12/1999&jornal=1&pagina=21&totalArquivos=168>. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 138, n. 110-E, p. 4-6, 8 jun. 2000. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=08/06/2000&jornal=1&pagina=4&totalArquivos=74>. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 12 jun. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 14 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2004/marco/2-a-pacto-reducao-mortalidade.pdf/view>. Acesso em: 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 40, p. 52-68, 28 fev. 2002. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=28/02/2002&jornal=1&pagina=52&totalArquivos=196>. Acesso em: 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SVS nº 1.119 de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância dos Óbitos Maternos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 145, n. 107, p. 48-50, 6 jun. 2008. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=06/06/2008&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=120>. Acesso em: 9 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SVS nº 116 de 12 de fevereiro de 2009.** Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%20116%2C%20DE%2011,Secretaria%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde.&text=Art. Acesso em: 9 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal:** atenção à saúde das mulheres negras [Internet]. 1. ed. 1. reimpr. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégias. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf. Acesso em: 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf. Acesso em: 19 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna.** 3. ed. 1. reimpr. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 104 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 19 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** 7. ed. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf. Acesso em: 19 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2012:** uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações. 1. ed. rev. [recurso eletrônico] Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2012_analise_situacao_saude.pdf. Acesso em: 5 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: Revoga as (RES. 196/96); (RES. 303/00); (RES. 404/08). **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 112, p. 59-62, 13 jun. 2013. Disponível em:

<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/06/2013&jornal=1&pagina=59&totalArquivos=140>. Acesso em: 1 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de codificações especiais em mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 60 p. Disponível em: <https://svs.aims.gov.br/daent/cgiae/sim/documentacao/protocolos-codificacoes-especiais-mortalidade.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 153, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/05/2016&jornal=1&pagina=44&totalArquivos=80>. Acesso em: 1 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19**. 2. ed. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 84 p. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/09/manual_assistencia_gestante.pdf. Acesso em: 19 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 2/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS**. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde; 6 jul. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/notas-tecnicas/2021/nt-02-2021-secovid-vacinacao-gestantes-e-puerperas-1.pdf/@download/file>. Acesso em: 16 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de óbito**: manual de instruções para preenchimento [Internet]. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 67 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/declaracao-de-obito-manual-de-instrucoes-para-preenchimento.pdf/view>. Acesso em: 12 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Azitromicina para o tratamento de pacientes com COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 18 fev. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-azitromicina-covid-19/view>. Acesso em: 12 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 627/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. Orientações referentes à suspensão temporária da vacinação contra a covid-19 com a vacina AstraZeneca/Oxford em gestantes e puérperas; interrupção da vacinação contra a covid-19 em gestantes sem comorbidades e continuidade da vacinação contra a covid-19 em gestantes com comorbidades [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 19 maio 2021. Disponível em:

<https://saam.paginas.ufsc.br/files/2021/05/Nota-T%C3%A9cnica-n%C2%BA-627-2021.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 651/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS**. Retificação da Nota Técnica nº 627/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS [...] Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Nota-Técnica651-2021-CGPNI-DEIDT-SVS-MS.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações sobre causas de mortes no contexto da Covid-19**: respostas às perguntas mais frequentes [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_causas_mortes_covid-19_perguntas.pdf. Acesso em: 1 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de monitoramento da mortalidade materna**. Departamento de análise epidemiológica e vigilância de doenças não transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 25 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações sobre novos códigos de emergência para as causas de morte relacionadas a condições que ocorrem no contexto da Covid-19**. [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 16 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_codigos_emergencia_morte_covid-19_1ed_rev.pdf. Acesso em: 19 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso básico de vigilância epidemiológica: medidas em saúde coletiva e introdução à epidemiologia descritiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_vigilancia_epidemiologica_modulo_3.pdf. Acesso em: 6 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações do ministério da saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da Covid-19** [Internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/arquivos/orientacoes-manuseio-medicamentoso-covid19-pdf>. Acesso em: 9 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. **Boletim Epidemiológico**, v. 52, n. 29. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de->

conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf/view. Acesso em: 6 nov. 2024.

BRITO, Luciana Stoimenoff. **O arquivo de um sequestro**: o homem mais antigo do Brasil. 2016. 127 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/19951/1/2016_LucianaStoimenoffBrito.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.

BRITO, Luciana *et al.* Impactos Sociais da Covid-19: uma perspectiva sensível às desigualdades de gênero. Observatório Covid-19 Fiocruz, 2020. 5 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41375>. Acesso em 12 jan. 2023.

BRITO, Ricardo. MPs pedem responsabilização de Bolsonaro por crimes contra saúde por aglomerações no Acre. **Reuters**, Brasília, 18 mar. 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/reuters/2021/03/18/mps-pedem-responsabilizacao-de-bolsonaro-por-crimes-contrsaude-por-aglomeracoes-no-acre.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 18 nov. 2024.

BURKI, Talha. The indirect impact of COVID-19 on women. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 20, n. 8, p. 904-905, 1 ago. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30568-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30568-5/abstract). Acesso em: 10 fev. 2025.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2015.

BUTLER, Judith. **Vida precária**: os poderes do luto e da violência. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

BUTLER, Judith. **Que mundo é este?** Uma fenomenologia pandêmica. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2022.

BUZZI, Vitória de Macedo. **Arrancaram ela de mim**: responsabilidade e reparação por uma morte materna ocorrida na pandemia da COVID-19 no Brasil. 2023. 91 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de Brasília, Brasília, 2023. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/48246>. Acesso em: 1 fev. 2024.

CAICEDO-ROA, Mônica.; BANDEIRA, Lourdes Maria; CORDEIRO, Ricardo Carlos. Femicídio e Feminicídio: discutindo e ampliando os conceitos. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 30, n. 3, p. e83829, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/8GzxSjJtLX7P3ryZRbtsvmH>. Acesso: 11 abril 2025.

CARNEIRO, Sueli. **Dispositivo de racialidade**: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. São Paulo: Zahar, 2023.

CARNEIRO, Rosamaria.; FLEISCHER, Soraya. Em Brasília, mas em Recife: atravessamentos tecnometodológicos em saúde, gênero e maternidades numa

pesquisa sobre as repercussões da epidemia do vírus Zika. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 2, p. e180600, 2020. Acesso em: 10 jan. 2025.

CARVALHO, Denise.; MEIRINHO, Daniel. O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 656-680, jul./set. 2020. DOI: 10.29397/reciis.v14i3.1905. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1905>. Acesso em: 10 fev. 2023.

CARVALHO, Jess; PESSOA, Fernanda Pessoa. “Mulheres: chegou a nossa vez”, anuncia Rita Segato, a caminho da FLIP. **Portal Catarinas**, 25 nov. 2022. Disponível em: <https://catarinas.info/mulheres-chegou-a-nossa-vez-anuncia-rita-segato-a-caminho-da-flip/>. Acesso em: 13 fev. 2025.

CDC. **Pregnancy-Related Deaths**: Data From Maternal Mortality Review Committees in 36 U.S. States, 2017–2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/maternal-mortality/php/data-research/mmrc-2017-2019.html>>. Acesso em: 11 abr. 2025.

CHOU, Doris, Daelmans B, Jolivet RR, Kinney M, Say L. Acabar com a mortalidade materna e neonatal evitável e os natimortos. **BMJ**, London, 2015; 351:h4255 doi:10.1136/bmj.h4255. Acesso em 1 ago. 2023.

COLLUCCI, Cláudia. Após alta recorde na pandemia de Covid, mortes maternas voltam a ocorrer por causas evitáveis. **Folha**, 2023. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/02/apos-alta-recorde-na-pandemia-de-covid-mortes-maternas-voltam-a-ocorrer-por-causas-evitaveis.shtml>. Acesso em: 15 jul. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **Diário Oficial União**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, nº 153, p. 184-185, 9 ago. 2002. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=09/08/2002&jornal=1&pagina=184&totalArquivos=192>. Acesso em: 1 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 142, n. 232, p.121, 5 dez. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/12/2005&jornal=1&pagina=121&totalArquivos=124>. Acesso em: 1 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer nº 04/2020 de 16 de abril de 2020**. Considerar o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, em condições excepcionais, para o tratamento da COVID-19. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2020/4>. Acesso em: 9 dez. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 010, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 142, n. 145, p. 91, 29 jul. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/07/2005&jornal=1&pagina=92&totalArquivos=96>. Acesso em: 17 mar. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Portaria conjunta nº 1, de 30 de março de 2020. Estabelece procedimentos excepcionais para sepultamento e cremação de corpos durante a situação de pandemia do Coronavírus, com a utilização da Declaração de Óbito emitida pelas unidades de saúde, apenas nas hipóteses de ausência de familiares ou de pessoas conhecidas do obituado ou em razão de exigência de saúde pública, e dá outras providências. **Diário de Justiça Eletrônico**: seção 1, Brasília, DF, n. 88, p. 2-4, 1 mar. 2020. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/dje/jsp/dje/DownloadDeDiario.jsp?dj=DJ88_2020-ASSINADO.PDF&statusDoDiario=ASSINADO. Acesso em: 14 ago. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE. CRM-AC se posiciona sobre tratamento para a Covid-19. **CRM-AC**, Rio Branco, 9 mar. 2021. Disponível em: <https://crmac.org.br/noticias/crm-ac-se-posiciona-sobre-tratamento-para-a-covid-19>. Acesso em: 9 dez. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE. CRM volta a fiscalizar o INTO e hospital de campanha lançado no Acre e constata subutilização da unidade e irregularidades na escala médica no serviço de UTI. **CRM-AC**, Rio Branco, 19 jun. 2020. Disponível em: <https://crmac.org.br/noticias/crm-volta-a-fiscalizar-o-inte-e-hospital-de-campanha-lancado-no-acre-e-constata-subutilizacao-da-unidade-e-irregularidades-na-escala-medica-no-servico-de-uti/>. Acesso em: 5 ago. 2024.

CORTINHAS, Anna Beatriz B. *et al.* Pré-eclâmpsia e mortalidade materna. **Revista Cadernos da Medicina-UNIFESO**, Teresópolis, RJ, v. 2, n. 1, p. 63-73, 2019. Disponível em: <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1296>. Acesso em: 1 abr. 2023.

COSTA, Elaine da S.; de OLIVEIRA, R. B.; LOPES, G. de S. As principais causas de morte maternas entre mulheres no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 1-9, 31 jan. 2021. <https://doi.org/10.25248/reas.e5826.2021>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5826/3927>. Acesso em: 19 nov. 2024.

COUSINS, Sophie. COVID-19 has “devastating” effect on women and girls. **The Lancet**, v. 396, n. 10247, p. 301-302, 1 ago. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31679-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31679-2/fulltext). Acesso em: 10 fev. 2025.

DERRIDA, Jacques. **Mal de arquivo**: uma impressão freudiana. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

DEUS, Maura Bianca Barbary de. **Três anos de pandemia na região Norte do Brasil**: análise do comportamento epidemiológico da letalidade, mortalidade e incidência nos estados do Acre e Amapá. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Amazônia Ocidental Rio Branco, 2023. Disponível em: <http://www2.ufac.br/ppgcs/informacoes-academicas/dissertacoes/2021/maura-dissertacao.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2024.

DIAS, Júlia M. Gonçalves *et al.* Mortalidade materna. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 173-179, 2015. Disponível em: <https://rmmg.org/exportar-pdf/1771/v25n2a06.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2024.

DINIZ, Debora. *et al.* A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Revista Bioética**, v. 22, n. 2, p. 291-298, 2014. Disponível: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/M8yvjvPkBpfLNKvrHJrtmBHq/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20verdade%20do%20estupro%20para%20o%20aborto%20legal%20n%C3%A3o%20se,aos%20regimes%20periciais%20dos%20servi%C3%A7os>. Acesso em: 14 fev. 2025.

DINIZ, Debora. Ela, Zefinha – o nome do abandono. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2667-2674, set. 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.02832015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GCTXzXvwYLMQBvsnS43MnRQ/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2024.

DINIZ, Debora. **Zika**: do sertão nordestino à ameaça global. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016a.

DINIZ, Debora. Vírus Zika e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. e00046316, 2016b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4wsWG3TkLXVMqNNTdW3JmcK/#:~:text=H%C3%A1%20uma%20discrimina%C3%A7%C3%A3o%20interseccional%20em,n%C3%A3o%20protegidas%20pelo%20Estado%20brasileiro>. Acesso em: 10 fev. 2025.

DINIZ, Debora. **Zika em Alagoas**: a urgência dos direitos. Brasília: Letras Livres, 2017. 88 p. Disponível: <https://anis.org.br/wp-content/uploads/2017/06/Zika-em-Alagoas-a-urgencia-dos-direitos-1.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2024.

DINIZ, Debora; COSTA, Bruna Santos; GUMIERI, Sinara. Nomear feminicídio: conhecer, simbolizar e punir. **Revista Brasileira de Ciências Criminais: RBCCrim**, São Paulo, v. 23, n. 114, p. 225-239, maio/jun. 2015. Acesso em: 29 jul. 2024.

DINIZ, Debora. Maternal mortality: when a pandemic overlaps with the anti-gender crusade. **Developing World Bioethics** - Wiley Online Library, v. 20, n. 3, p. 116-117, set. 2020. <https://doi.org/10.1111/dewb.12288>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dewb.12288>. Acesso em: 18 nov. 2024.

DINIZ, Debora; GEBARA, Ivone. **Esperança feminista**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2022.

DINIZ, Debora; BRITO, Luciana S.; RONDON, Gabriela. Maternal mortality and the lack of women-centered care in Brazil during COVID-19: Preliminary findings of a qualitative study. **The Lancet Regional Health**, Nova York, v. 10, p. 1-3, jun. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100239> Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00056-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00056-4/fulltext). Acesso em: 7 nov. 2024.

DINIZ, Debora. Bioethics and Witnessing. 2023. **Developing World Bioethics**, v. 23, Issue 4, p. 295. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dewb.12432>. Acesso em: 10 fev. 2025.

DINIZ, Debora *et al.* Oropouche fever in Brazil: When the time is now. 2024. **Developing World Bioethics**, v. 24, n. 3, 137-138. <https://doi.org/10.1111/dewb.12463>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dewb.12463>. Acesso em: 10 fev. 2025.

DINIZ, Debora. *et al.* Additional lessons to prepare for rapid research response to possible vertical transmission of Oropouche virus in Brazil. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 25, n. 1, p. e9, 1 jan. 2025. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00770-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00770-9/fulltext). Acesso em: 10 fev. 2025.

ROCHA, Isadora Dourado. A casa das cinco mulheres: interpelações ao cuidado de crianças no direito das famílias durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Dissertação** de Mestrado –Brasília: Universidade de Brasília, 2024.

FARGE, Arlette. **O sabor do arquivo**. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

FASSIN, Didier. “The Humanitarian Politics of Testimony: Subjectification through Trauma in the Israeli-Palestinian Conflict”. 2008. **Cultural Anthropology**, v. 23, Issue 3, p. 531-558; Disponível em: <https://www.ias.edu/sites/default/files/sss/pdfs/Fassin/Humanitarian-politics-testimony.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2025.

FASSIN, Didier; OURCADE, Marion. **Pandemic Exposures: Economy and Society in the Time of Coronavirus**. Chicago: The University of Chicago Press. Hau Books, 2021.

FERNANDES, Leonísia Moura. **“Esporão de arraia”**: memória e verdade em contextos de feminicídio no Acre. 2024. 272 f. Tese (Doutorado em Direito) — Universidade de Brasília, Brasília, 2024. Disponível: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/51579>. Acesso em: 9 abril 2025.

FRANÇA, João V. da S.; PINHEIRO, K. B.; REIS, M. J. S.; COSTA, R. S. L. da. Mortalidade materna no estado do Acre no período compreendido entre 2016 a 2021. **REVISTA FOCO**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 1-14, mar. 2024. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n3-032>. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/4430>. Acesso em: 19 jul. 2024.

FREITAS-JÚNIOR, Reginaldo A. de O. Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, PE, v. 20, n. 2, 2020, abr. 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/jdXwst5w4p8jdY4DFstbT5b/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Mortalidade Materna**. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Fiocruz, Rio de Janeiro, 28 maio 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/29923/MORTALIDADE%20MATERNA.pdf?sequence=2>. Acesso em: 1 nov. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Principais questões sobre manejo da hemorragia no pós-parto**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 7 jun. 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-manejo-da-hemorragia-no-pos-parto/>. Acesso em: 22 dez. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Tendências na Mortalidade Materna 2000-2020**. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Fiocruz, Rio de Janeiro, 8 mar. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/tendencias-na-mortalidade-materna-2000-2020/>. Acesso em: 20 abr. 2024.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA Brasil). **Saúde Materna e Covid-19**: panorama, lições aprendidas e recomendações para Políticas Públicas. Brasília-DF, 2023. Disponível em https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/vfunfpa_oobr_livro_saude_materna_e_covid-19_digital_0.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.

G1. Após provocar aglomeração durante passeio em Brasília, Bolsonaro volta a se posicionar contra o isolamento social. **G1**, São Paulo, 29 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/03/29/apos-provocar-aglomeracao-durante-passeio-em-brasilia-bolsonaro-volta-a-se-posicionar-contr-o-isolamento-social.ghtml>. Acesso em: 12 dez. 2024.

G1 Acre. Eleições 2022: No Acre, Bolsonaro foi o candidato mais votado em 18 das 22 cidades. Eleições 2022 no Acre. **G1 Acre**, Rio Branco, 31 out. 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/ac/acre/eleicoes/2022/noticia/2022/10/31/eleicoes-2022-no-acre-bolsonaro-foi-o-candidato-mais-votado-em-18-das-22-cidades.ghtml>. Acesso em: 9 dez. 2024.

GADELHA, Alcinete. MP e CRM se manifestam após Bocalom defender prescrição de remédios sem eficácia comprovada contra a Covid-19. **G1 AC**, Rio Branco, 10 mar. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2021/03/10/mp-e-crm-se-manifestam-apos-bocalom-defender-prescricao-de-remedios-sem-eficacia-comprovada-contr-a-covid.ghtml>. Acesso em: 9 dez. 2024.

GALLI, Maria Beatriz. **Mortalidade materna e direitos humanos**: as mulheres e o direito de viver livres de morte materna evitável. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2005. 186 p.

GASQUE, Kelley Cristine G. D. Teoria fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória. *In*: MUELLER, Suzana Pinheiro Machado (org.). Métodos para a pesquisa em Ciência da Informação. Brasília: **Thesaurus**, 2007. p. 83-118. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/9610>. Acesso em 14 jun. 2023.

GÊNERO E NÚMERO; SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA. **Sem parar: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia**. 2020. Disponível em: http://mulheresnapanademia.sof.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Pesquisa_SemParar.pdf. Acesso em: 15 nov. 2024.

GÓES, Emanuelle F. *et al.* Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 2501-2510, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Svzr7gQFHKRWfk5YNqX6Nkc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2023.

GOMES, Flávia A. *et al.* Morte materna mascarada: um caminho para sua identificação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 387-393, dez. 2006. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000400004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/d7bV6RCYyHjLTLhMZf8bCLj/?lang=pt>. Acesso em: 2 maio 2024.

GOMES, Pedro H. “Não sou coveiro, tá?”, diz Bolsonaro ao responder sobre mortos por coronavírus. **G1**, Brasília, 20 abr. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/04/20/nao-sou-coveiro-ta-diz-bolsonaro-ao-responder-sobre-mortos-por-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 14 ago. 2024.

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, São Paulo, p. 223-244, 1987.

G1 AC. Rio Acre chega a 17,81 metros e está a menos de 60 centímetros de maior marca histórica. **G1 AC**, Rio Branco, 4 mar. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2024/03/04/rio-acre-marca-1781-metros-e-esta-a-menos-de-60-centimetros-de-marca-historica.ghtml>. Acesso em: 10 fev. 2025.

GRUPO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE COVID-19 E GRAVIDEZ. Clinical characteristics and risk factors for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Massachusetts, United States, v. 127, n. 13, p. 1618-1626, set. 2020. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16470>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16470>. Acesso em: 13 set. 2024.

GUIMARÃES, Raphael M. COVID-19 challenges Brazil to comply with agenda 2030 to reduce maternal mortality. **The Lancet Regional Health – Americas**, Nova York, v. 21, p. 1-2, maio 2023. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100491>. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00065-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00065-0/fulltext). Acesso em: 19 nov. 2023.

GUMIERI, Sinara. **A economia moral do aborto nas mortes maternas por Covid-19 no Brasil**: um estudo sobre criminalização do aborto e justiça reprodutiva. 2024. 115 f. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito. Universidade de Brasília. Brasília, 2024. Disponível em: <http://icts.unb.br/jspui/handle/10482/51241>. Acesso em: 12 dez. 2024.

GUILLÉN, Beatriz. Rita Segato: “El presente es siniestro. Estamos todos amenazados”. **El país**, México, 31 dez. 2024. Disponível em: <https://elpais.com/mexico/2024-12-31/rita-segato-el-presente-es-siniestro-estamos-todos-amenazados.html>. Acesso em: 13 fev. 2025.

HANEEF, Christina, KALYANPUR, Anushka. Global Rapid Gender Analysis for Covid-19 [Internet]. **Care International / International Rescue Committee**, New York, 2020. Disponível em: <https://www.rescue.org/sites/default/files/document/4676/globalrgacovidrdm33120final.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2024.

HERCULANO, Marta *et al.* Óbitos maternos em uma Maternidade Pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 295-301, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200005>. Acesso em: 8 fev. 2024.

hooks, bell. **Erguer a voz**: pensar como feminista, pensar como negra. São Paulo, Elefante, 2019.

hooks, bell. **The Will to Change**: Men, Masculinity, and Love. New York: Washington Square Publishers, 2004.

KHOSLA, R. *et al.* Many crises, one call to action: advancing gender equality in health in response to polycrises. *The Lancet*, v. 0, n. 0, 24 jul. 2024. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(24\)01450-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(24)01450-8/abstract). Acesso em: 25 jul. 2024.

LAURENTI, Ruy. Marcos referenciais para estudos e investigações em mortalidade materna. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 507-512, dez. 1988. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000600007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/mW8fwnVp7hXHrj59bkdBsGs/>. Acesso em: 8 fev. 2024.

LAURENTI, Ruy *et al.* A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-460, dez. 2004. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2004000400008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/HbTsjc3kb367HZtTrcFDr7y/>. Acesso em: 6 nov. 2024.

LAURENTI, Ruy *et al.* Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 23-30, jan. 2000a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2000000100003>. Acesso em: 6 nov. 2024.

LAURENTI, Ruy *et al.* Mortes maternas no Brasil: análise do preenchimento de variável da declaração de óbito. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 43-50, mar. 2000b. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16732000000100004>. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732000000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 6 nov. 2024.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, suppl.1, p. 1-17, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso. ISSN 1678-4464. Acesso em: 9 mar. 2024.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/>. Acesso em: 11 maio 2024.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Nascer no Brasil II**: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023. 32 p. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2024.

LEMOS, Nina. **Mortalidade materna, um reflexo da desigualdade no Brasil**. 2023. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/mortalidade-materna-um-reflexo-da-desigualdade-no-brasil/a-65746530>. Acesso em: 18 jul. 2024.

LIMA, Luana. Estado realiza 1º Encontro do Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. **Notícias do Acre**, 2024. Disponível em: <https://agencia.ac.gov.br/estado-realiza-1o-encontro-do-comite-de-mortalidade-materna-infantil-e-fetal/>. Acesso em: 11 nov. 2024.

LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, out. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2024

MADEIRO, Carlos. Acre: enchentes atingem 120 mil pessoas e estado já teme desabastecimento. **UOL**, Maceió, 21 fev. 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2021/02/21/enchentes-no-ac-atingem-120-mil-pessoas-e-estado-ja-teme-desabastecimento.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 22 dez. 2024

MADEIRO, Carlos. AC só tem dinheiro para mais 3 meses de tratamento da covid, diz governador. **UOL**, Maceió, 22 fev. 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/02/22/ac-so-tem-dinheiro-para-mais-3-meses-de-tratamento-da-covid-diz-governador.htm?cmpid=copiaecola&cmpid=copiaecola> - Veja mais em <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/02/22/ac-so-tem-dinheiro-para-mais-3-meses-de-tratamento-da-covid-diz-governador.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 23 nov. 2024.

MATOS, Marina *et al.* Diagnósticos diferenciais de opacidade em vidro fosco aguda na tomografia computadorizada de tórax: ensaio pictórico. *Einstein* (São Paulo). 2021;19:eRW5772. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/2317-6385-eins-19-eRW5772/2317-6385-eins-19-eRW5772-pt.pdf. Acesso em: 11 dez. 2024.

MAZA-ARNEDO, Fabian *et al.* Maternal Mortality Linked to COVID-19 in Latin America: Results From a Multicountry Collaborative Database of 447 Deaths. **Lancet Reg Health Am**, London, UK, v. 12, n. 1-12, ago. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100269>. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00086-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00086-2/fulltext). Acesso em: 9 mar. 2024.

MENDES, Soraia da Rosa. **Feminicídio de Estado**: a misoginia bolsonarista e a morte de mulheres por Covid-19. São Paulo: Blimunda, 2021.

MENEZES, Maria Lúcia. Perfil epidemiológico dos óbitos maternos em hospital de referência para gestação de alto risco. **Ver. Rene**, Fortaleza, CE, v. 15, n. 5, p. 714-721, set./out. 2015. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000500013>. Acesso em: 9 maio 2024.

MINAYO, Maria Cecília S. (org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 2010.

MOURA, Erly C. *et al.* Covid-19: temporal evolution and immunization in the three epidemiological waves, Brazil, 2020-2022. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, p. 105, 2022.

NAKAMURA-PEREIRA M, Amorim MM, Pacagnella RC, Takemoto ML, Penso FC, Rezende-Filho J. *et al.* COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. *Femina*. v. 48, n. 8, p. 496-498, 2020.

NASCIMENTO, ALINE. **Vacinação contra a Covid-19**: Rio Branco suspende aplicação da 1ª dose por falta de imunizante. Disponível em: <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2021/06/22/vacinacao-contr-a-covid-19-rio-branco-suspende-aplicacao-da-1a-dose-por-falta-de-imunizante.ghtml>. Acesso em: 16 jul. 2024.

NASCIMENTO, Aline. Governo do Acre lança plano de vacinação contra Covid-19. 12/01/2021. Disponível em: <https://agencia.ac.gov.br/governo-do-acre-lanca-plano-de-vacinacao-contracovid-19/>. Acesso em: 4 dez. 2024.

NEETU, John *et al.* Lessons Never Learned: Crisis and gender-based violence. *Developing World Bioethics*, v. 20, n. 2, p. 65-68, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dewb.12261>. Acesso em: 10 fev. 2025.

NUNES, Maria das Dores Sousa. **Morte materna e aborto entre adolescentes no Piauí: análise dos anos 2008 a 2013**. 2016. 104 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.realp.unb.br/jspui/handle/10482/22353>. Acesso em: 9 fev. 2024.

OBSERVATÓRIO OBSTÉTRICO BRASILEIRO. **OObV Vacinação COVID-19: vacinação contra COVID-19 de gestantes e puérperas**, 2021. Disponível em <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/vacinacao-covid19>. DOI: <https://doi.org/10.7303/syn44679538>.

OLIVEIRA, Adriana C de; LUCAS, Thabata. C; IQUIAPAZA, R. A. O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 29, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0106>. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100201&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 fev. 2021. Epub May 08, 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Violência contra as mulheres e meninas é pandemia invisível, afirma diretora executiva da ONU Mulheres**. 2020. ONU Mulheres. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/noticias/violencia-contras-mulheres-e-meninas-e-pandemia-invisivel-afirma-diretora-executiva-da-onu-mulheres/>. Acesso em: 18 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Um modelo global para combater a violência contra mulheres**. ONU News. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2021/06/1755022>. Acesso em: 18 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10. ed. 2008. Genebra, Organização Mundial de Saúde.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças. Décima Primeira Revisão (CID-11)**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>. Acesso em: 25 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030)**: sobreviver, prosperar, transformar. Secretário-Geral das Nações Unidas. 2016. Disponível em:

https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_restritos/files/migrados/File/publi/ods/e-wec_estrategia_global_saude_mulheres_crianças_2016_2030.pdf. Acesso em: 25 maio 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.** Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf?sequence=2>. Acesso em: 13 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Painel do Coronavírus (COVID-19) da OMS Mortes** [Painel]. 2023 Disponível em: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c>. Acesso em: 29 dez. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Gendered Health Analysis COVID-19 in the Americas, 2021.** Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55432/PAHOEGCCOVID-19210006_eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 9 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Atualização das recomendações da OMS para vacinação contra a COVID-19** - Infográfico [Atualizado: 28 de setembro de 2023] - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/atualizacao-das-recomendacoes-da-oms-para-vacinacao-contra-covid-19-infografico>. Acesso em: 5 dez. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos de saúde no Brasil:** conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa - Brasília, Publicação da OPAS, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Transmissão do SARS-CoV-2:** implicações para as precauções de prevenção de infecção. Estados Unidos: OPAS; 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52472>. Acesso em: 29 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS.** Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 29 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Zero Mortes Maternas. Evitar o evitável.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/zero-mortes-maternas-evitar-evitavel>. Acesso em: 20 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde materna – 2023.** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna>. Acesso em: 4 nov. 2024.

QUADROS, Carlos Alberto et al. Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. **Rev Panam Salud Pública**, 2004; 16:223-32.

PARIS, Mariana Silvino. Responsabilidade e reparação: testemunho sobre um caso de morte materna na Pandemia de Covid-19 no Brasil. 2022. 96 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade de Brasília. Brasília, 2022. Disponível em: <http://icts.unb.br/jspui/handle/10482/45165>. Acesso em: 15 jun. 2024.

PARIS, Mariana; AMBROGI, Ilana. Mortalidade materna no Brasil revela racismo estrutural e necessidade de descriminalização do aborto. Portal Catarinas, 30 jun. 2023. Disponível em: <https://catarinas.info/mortalidade-materna-no-brasil-revela-racismo-estrutural-e-necessidade-de-descriminalizacao-do-aborto/>. Acesso em: 14 fev. 2025.

PENALVA, Janaína; STELET, Bruno. Por políticas de saúde baseadas também em evidências sociais. **Nexo Jornal**, São Paulo, 1 maio 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/Por-pol%C3%ADticas-de-sa%C3%BAde-baseadas-tamb%C3%A9m-em-evid%C3%AÂncias-sociais>. Acesso em: 14 fev. 2025.

PETECÃO, Sérgio. **Projeto de Lei (PL) nº 1851/2020** - Senado Federal. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, para autorizar o uso de cloroquina e hidroxiclороquina no tratamento da doença causada pelo coronavírus. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/141533>. Acesso em: 9 dez. 2024.

PIKIELNY, Astrid. Rita Segato. “La distancia física también es una distancia social” - **LA NACION**, 2 maio 2020. Disponível em: <https://www.lanacion.com.ar/opinion/biografiarita-segato-es-un-equivoco-pensar-que-la-distancia-fisica-no-es-una-distancia-social-nid2360208/>. Acesso em: 13 fev. 2025.

PIMENTA, D.N., WENHAM, C., ROCHA, M.C., BONAN, C., MENDES, C.H.F., NASCIMENTO, M., LOTTA, G., TAMAKI, E.R., and PORTO, P. Leituras de gênero sobre a Covid-19 no Brasil. In: MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E.P.; SEGATA, J., (eds.) **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, p. 159-170. Informação para ação na Covid-19 series. <https://doi.org/10.7476/9786557080320.0013>.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD**. Brasília, DF: 2024. Acesso em: 20 nov. 2024.

PORTAL OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS). **Indicador 3.1.1 - Razão de Mortalidade Materna**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6694>. Acesso em: 2 maio 2024.

PORTAL OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS). **Indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - Brasil**. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=3>. Acesso em: 20 jun. 2023.

RIO BRANCO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Disponível em: <http://portalcgm.riobranco.ac.gov.br/porta/wp-content/uploads/2015/02/PLANO-MUNICIPAL-DE-SA%C3%9ADE-2022-2025.pdf> Acesso em: 13 jul. 2023.

RIO BRANCO. Secretaria Municipal de Saúde. **Decreto nº 642, de 28 abril de 2023**. Estabelece a estrutura organizacional básica da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA. Disponível em: <http://portalcgm.riobranco.ac.gov.br/lai/wp-content/uploads/2012/05/DECRETO-N%C2%BA-642-2023-Estrutura-Organizacional-da-SEMSA.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2024.

RAMOS, Dandara *et al.* **COVID-19 – Reflexões acerca das desigualdades no acesso ao diagnóstico**. Relatório Técnico. Rede CoVida – Ciência, Informação e Solidariedade, 2020. Disponível em: https://redecovida.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/04/texto_sintese-acesso-diagnostico_final.pdf. Acesso em: 9 mar. 2024.

RIBEIRO, M. C. S. DE A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, out. 2006.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde do Rio De Janeiro. **Boletim Epidemiológico Mortalidade Materna**. maio 2023. Disponível em: https://epirio.svs.rio.br/wp-content/uploads/2023/05/Livro_BoletimEpidemiologicoMortalidadeMaterna_Digital.pdf f. Acesso em: 1 ago. 2024.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Municipal de Saúde do Rio De Janeiro. **Boletim Epidemiológico Mortalidade Materna**. maio 2023. Disponível em: https://epirio.svs.rio.br/wp-content/uploads/2023/05/Livro_BoletimEpidemiologicoMortalidadeMaterna_Digital.pdf f. Acesso em: 1 ago. 2024.

RODRIGUES, Agatha Sacramento; FRANCISCO, Rossana Pulcineli Vieira; HERZOG, Rafael Sant’Ana. **OObR apresenta dados de mortalidade de gestantes e puérperas inéditos no Brasil**. Observatório Obstétrico BR. 7 julho 2022. Disponível em: <https://observatorioobstetricobr.org/publicacoes/oobr-apresenta-dados-de-mortalidade-gestantes-e-puerperas-no-brasil/>. Acesso em: 19 jul. 2023.

RODRIGUES, Iryá. Cheia do Rio Acre em Rio Branco atinge 13,7 mil pessoas; Veja situação das enchentes em outras nove cidades. **G1**, Acre, Rio Branco, 24 fev. 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2021/02/24/cheia-do-rio-acre-em-rio-branco-atinge-137-mil-pessoas-veja-situacao-das-enchentes-em-outras-nove-cidades.ghtml>. Acesso em: 16 ago. 2024.

RODRIGUES, Iryá. Vacinação contra a Covid para grávidas e mulheres no período pós-parto é suspensa em Rio Branco. **G1** Acre, Rio Branco, 11 maio 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2021/05/11/vacinacao-contra-a>

covid-para-gravidas-e-mulheres-no-periodo-pos-parto-e-suspensa-em-rio-branco.ghhtml. Acesso em: 9 mar. 2024.

RONDON, Gabriela. **Quando um monstro é perigoso e louco**: um estudo sobre o dobramento penal-psiquiátrico em caso de pedofilia. 2016. 89 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília. Faculdade de Direito. Programa de Pós-Graduação em Direito. Brasília, 2016. Disponível em: http://repositorio2.unb.br/jspui/bitstream/10482/19853/1/2016_GabrielaRondonRossiLouzada.pdf. Acesso em: 4 fev. 2025.

SANTACROCE, L.; CHARITOS, I. A.; CARRETTA, D. M.; DE NITTO, E.; LOVERO, R. The human coronaviruses (HCoVs) and the molecular mechanisms of SARS-CoV-2 infection. **Journal of molecular medicine**, Berlin, Germany, v. 99, n. 1, p. 93-106, 2021. <https://doi.org/10.1007/s00109-020-02012-8>.

SANTOS, Deivid Ramos dos *et al.* Mortalidade materna na população indígena e não indígena no Pará: contribuição para a vigilância de óbitos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400230&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2022.

SANTOS, Debora de Souza *et al.* Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens [published online ahead of print, 2020 Jul 28]. **Clinical Infectious Diseases**, Botucatu, SP, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/42509/ciaa1066.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 5 jun. 2023.

SANTOS, Márcia P. A. D. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-244, maio 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>. Acesso em: 5 jun. 2023.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica, 32**. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2012. DF. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso: 12 nov. 2024.

SCARDUA, Ornella F.; RIBEIRO JUNIOR, E. R.; FRANCISCO, Rossana P. V.; RODRIGUES, Agatha S. **Boletim Mensal do OOB**, 2022. DOI: <https://doi.org/10.7303/syn44142656>.

SEGATO Rita Laura. **Las Estructuras Elementales de la Violencia**. Prometeo, 2003.

SEGATO, Rita Laura. **Que és um feminicídio**. Notas para um debate emergente. Série Antropológica. Brasília, UnB/DAN, 2006.

SEGATO, Rita Laura. **Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial**. E-cadernos, CES, v. 18, 2012a.

SEGATO, Rita. “**Femigenocídio y feminicidio: una propuesta de tipificación**”. CLASE, Buenos Aires, 2012b. Disponível em <https://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/bitstream/123456789/151/1/RCIEM132.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2025.

SEGATO, Rita Laura. Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres. **Revista Sociedade e Estado**, v. 29, n. 2, maio/ago. 2014.

SEGATO, Rita Laura. Patriarcado: del borde al centro. Disciplinamiento, territorialidad y crueldad en la fase apocalíptica del capital. *In: La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficante de Sueños, 2016^a.

SEGATO, Rita Laura. Peritaje Antropológico de Género. Causa del Caso Sepur Zarco, municipio de El Estor, departamento de Izabal. 2016b. Disponível em <https://www.unsam.edu.ar/pensamientoincomodo/files/Peritaje%20Antropológico%20de%20Género.%20Causa%20del%20Caso%20Sepur%20Zarco.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2025.

SEGATO, Rita Laura. **La guerra contra las mujeres**. 2 ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo Libros, 2021.

SILVA, Vitória Régia da e SACAGAMI, Victoria. Entre as gestantes e puérperas mortas por covid-19, 54% são negras. **Gênero e Número**, 2022. Disponível em: <https://www.generonumero.media/reportagens/gestantes-negras-covid/>. Acesso em: 13 dez. 2023.

SILVA, Bruna G. C. DA. *et al.* Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 484-493, jul. 2016. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030002>. Acesso em: 12 dez. 2023.

SILVA, Amanda D. *et al.* Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a national database. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, p. 25, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/NGgwhVRzFWRYjG7nVZXthyf/>. Acesso em: 7 fev. 2024.

SILVA, Francisca V, SOUZA Kleide V. The unacceptable tragedy of maternal mortality associated with COVID-19: (re)politicization of women’s health and rights and the position of Brazilian nursing. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, 73, suppl. 4, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.202073supl04>.

SOARES FILHO, Adauto Martins. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo v. 45, n. 4, p. 745-755, ago. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 mar. 2024.

SOARES, Filipe Augusto de Freitas *et al.* Óbito materno, causalidade e estratégias de vigilância: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, sup. 9, p. S890-S897, nov. 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24953>. Acesso em: 23 dez. 2024.

SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS (SMDH). Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil [recurso eletrônico] – Passo Fundo: Saluz, 2021. 100 p. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/images/publicacoes2023/denuncia-de-violacoes-dos-direitos-a-vida-e-a-saude-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-no-brasil-documento-denuncia-final-19-11-2021.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2024.

SORANO, Vítor. **G1 Eleições 2018**. No 2º turno, Bolsonaro tem melhor desempenho no Acre; Haddad, no Piauí. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/eleicoes/2018/eleicao-em-numeros/noticia/2018/10/28/no-2o-turno-bolsonaro-tem-melhor-desempenho-n-acre-haddad-no-piaui.ghtml>. Acesso em: 9 dez. 2024.

SOUZA, Alex S. R.; AMORIM, Melania M. R. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 253-256, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/R7MkrnCgdmYpBcL7x77QZd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.

SOUZA, Viviane T. F. S.; RIBEIRO, José. M. Análise das implicações da pandemia covid-19 na mortalidade materna no Brasil em 2020-2021. **Cien. Saude Colet**, Rio de Janeiro, mar. 2024. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-das-implicacoes-da-pandemia-covid19-na-mortalidade-materna-no-brasil-em-20202021/19134>. Acesso em: 5 dez. 2024.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAI, Don B.G. *et al.* The Disproportionate Impact of COVID-19 on Racial and Ethnic Minorities in the United States. **Clin Infect Dis**, Oxford, UK, v. 72, n. 4, p. 703-706. 16 fev. 2021 doi: 10.1093/cid/ciaa815. PMID: 32562416; PMCID: PMC7337626. Acesso em: 8 jul. 2023.

TAKEMOTO, Maira L. S. *et al.* The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. 2020. **Int J Gynecol Obstet**, Whashington, EUA, v. 151, p. 154-156. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13300>. Acesso em: 8 jul. 2023.

TELES, E. A pandemia e o governo dos corpos. **Revista Cult**, 2021. Disponível em: <https://revistacult.uol.com.br/home/pandemia-e-o-governo-dos-corpos/>. Acesso em: 14 ago. 2024.

THEOPHILO, Rebecca L.; RATTNER, Daphne.; PEREIRA, Éverton L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção pré-natal e parto no SUS: análise da

pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vulnerabilidade-de-mulheres-negras-na-atencao-prenatal-e-parto-no-sus-analise-da-pesquisa-da-ouvidoria-ativa/16143>. Acesso em: 8 jul. 2023.

TINTORI, J. A. *et al.* Epidemiologia da morte materna e o desafio da qualificação da assistência. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 35, p. eAPE00251, 2022.

TOLEDO, M., CICCIO, L. C. “Chega de frescura e mimimi, vão chorar até quando?”, diz Bolsonaro sobre pandemia. **Folha**, São Paulo, 4 mar. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/chega-de-frescura-e-mimimi-vao-chorar-ate-quando-diz-bolsonaro-sobre-pandemia.shtml>. Acesso em: 16 ago. 2024.

TRAPANI JÚNIOR, Alberto; VANHONI, Laura Rassi; MARCOLIN, Alessandra Cristina; SILVEIRA, Sheila Koettker. Protocolo de Atendimento no Parto, Puerpério e Abortamento durante a Pandemia da COVID-19. **Febrasgo**, São Paulo, 27 abr. 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/institucional/covid19/item/1028-protocolo-de-atendimento-no-parto-puerperio-e-abortamento-durante-a-pandemia-da-covid-19#:~:text=N%C3%A3o%20%C3%A9%20recomendado%20o%20contato,no%20abdome%20ou%20t%C3%B3rax%20materno>. Acesso em: 12 ago. 2024.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Bases Teórico-metodológicas preliminares da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais**. Caderno de Pesquisa Ritter dos Reis. v. 4, nov. 2001.

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS COUNCIL. **Preventable maternal mortality and morbidity and human rights**. 2009. Disponível em: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/ReportMaternalMortality.pdf>. Acesso em: 12 out. 2024.

VIEIRA, Aline. Hospital referência em atendimentos a casos de Covid-19 no AC não conta com infectologista. **G1 Acre**, Rio Branco, 17 dez. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2020/12/17/hospital-referencia-em-atendimentos-a-casos-de-covid-19-no-ac-nao-conta-com-infectologista.ghtml>. Acesso em: 5 ago. 2024.

VIELLAS, Elaine Fernandes *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 maio 2023.

WENHAM, Clare *et al.* Covid-19: the gendered impacts of the outbreak. **The Lancet**, London, UK, v. 395, n. 10227, p. 846–848, 14 mar. 2020a. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30526-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30526-2/fulltext). Acesso em: 10 fev. 2025.

WENHAM, Clare *et al.* Women are most affected by pandemics — lessons from past outbreaks. **Nature**, London, UK, v. 583, n. 7815, p. 194-198, jul. 2020b. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02006-z>. Acesso em: 9 set. 2024.

WENHAM, Clare; DAVIES, Sara. WHO runs the world—(not) girls: gender neglect during global health emergencies. **International Feminist Journal of Politics**, Canberra, Australia, v. 24 n. 3, p. 415-438, 2021. <https://doi.org/10.1080/14616742.2021.1921601>. Acesso em: 1 set. 2024.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, jul. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **International Health Regulations**. 3. ed. Geneva: World Health Organization, 2005. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>. Acesso em: 15 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)**. 2020a Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 3 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions**. 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2--for-infection-prevention-precautions>. Acesso em: 3 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division**. Geneva: World Health Organization; 2023b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>. Acesso em: 1 dez. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing – 5 May**. 2023a. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing---5-may-2023>. Acesso em: 4 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/01-02-2016-who-statement-on-the-first-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-\(ihr-2005\)-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations](https://www.who.int/news/item/01-02-2016-who-statement-on-the-first-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr-2005)-emergency-committee-on-zika-virus-and-observed-increase-in-neurological-disorders-and-neonatal-malformations). Acesso em: 12 fev. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report**, 51. 2020b. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/331475>. Acesso em: 3 fev. 2025.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Morte materna e COVID-19 no Acre” de responsabilidade de Fabiane da Fontoura Messias de Melo, estudante de doutorado em Direito da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é analisar de que maneiras a pandemia da COVID-19 impactou na morte de mulheres durante a gravidez ou após o parto no estado do Acre. Os resultados da pesquisa serão usados na tese de doutorado da Fabiane e para reflexões da equipe de pesquisadoras que estudam emergências em saúde pública e poderão embasar reflexões para melhoria de políticas públicas para o cuidado de mulheres. Caso tenha dúvidas, você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa.

Se você concordar em participar da pesquisa, iremos conversar com você. É uma pesquisa científica, não é uma entrevista para jornal ou televisão. Essa conversa será gravada, se você autorizar, para que as pesquisadoras se lembrem o que foi conversado por nós. Como parte do estudo, a pesquisadora também gostaria de obter registros que tenham marcado a existência de sua familiar, como fotos, diários ou algo que você ache importante. É importante que saiba que, em nenhum momento da pesquisa, haverá identificação de sua pessoa nem de nenhum componente da família *a não ser que você deseje*.

Todo material será guardado e as pesquisadoras que terão acesso a ele assinaram um termo de compromisso para a garantia de total sigilo sobre o conteúdo. A estimativa da conversa é de uma hora. É muito importante que você saiba que tudo o que for conversado é segredo e apenas haverá a sua identificação se você aceitar.

O que aqui conversarmos não será entregue ao prefeito de sua cidade, a nenhum político ou qualquer outra pessoa fora da pesquisa. A pesquisa não é médica, é só uma conversa, por isso os riscos são mínimos. Mas se você se sentir desconfortável, podemos parar em qualquer momento que desejar. Para diminuir o desconforto, as entrevistas serão realizadas em local e horário escolhidos por você. Caso tenha interesse poderemos também encaminhar você ou algum membro de sua família para cuidado especializado em saúde mental.

Após o término da pesquisa, os resultados serão divulgados através de artigos científicos e/ ou trabalhos acadêmicos. Se você quiser, poderemos lhe enviar o que escrevermos até antes de sair publicado, para que possamos conhecer sua opinião. Você gostaria?

Além disso, você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou, ainda, mudar de opinião a qualquer momento. Isso se chama desistir da conversa, tirar o consentimento. Para esta conversa, não há pagamento em dinheiro.

Este Termo de Consentimento será em duas vias: uma ficará com você e a outra comigo, para que fique nos nossos registros. Toda pesquisa que fizerem com você, deve haver um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido parecido a este.

Eu li e/ou ouvi o esclarecimento sobre o projeto e compreendi para que serve o estudo. Também sei que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Caso eu não deseje, sei que o meu nome não será divulgado e não receberei compensação por participar do estudo. Fui informada que a pesquisa será parte da tese do doutorado da pesquisadora Fabiane de Melo, sob orientação da professora Debora Diniz. Caso precise, eu fui informada que poderei entrar em contato com a Fabiane pelo telefone (68)99223-7881, *a ligação pode ser a cobrar ou o e-mail psicofabiane@gmail.com*. Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília (CAEE 68223823.7.0000.5540). As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos da participante da pesquisa podem ser obtidas por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br ou pelo telefone: (61) 3107 1592.



Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Rio Branco-AC, ____ de _____ de 2024.

APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA

Olá, bom dia/boa tarde, tudo bem?

Me chamo Fabiane Melo e sou professora do curso de Psicologia da Universidade Federal do Acre. Quem me passou seu contato foi a secretaria municipal de saúde de Rio Branco. Estou estudando sobre morte materna e Covid-19 e gostaria muito de conhecer a trajetória da _____. A gente poderia se encontrar? Você receberá todos os esclarecimentos necessários nesse nosso encontro que pode ser na sua casa ou em outro local que sinta confortável para conversarmos e nos conhecermos.

- 1- Qual era sua relação de parentesco? Ela morava com você?
- 2- Poderia me contar um pouco da história de vida dela? Exemplo: Como estava sendo a vida dela, se ela estudava/trabalhava, seus sonhos ou projetos, amigos, namorados?
- 3- Você poderia me fornecer algum registro que ela tenha deixado, como diários, fotos?
- 4- Como soube da gravidez?
- 5- Como foi o pré-natal?
- 6- Você tem o cartão da grávida dela? Eu poderia ver?
- 7- Em que momento aparece os sintomas de Covid-19? Em algum momento ou quando ela procurou atendimento médico?
- 8- Quanto tempo levou entre a percepção dos sintomas e a procura por atendimento?
- 9- Como você avalia o atendimento? De qual Unidade?
- 10- Você lembra como foi a conduta (medicamentos e acolhimento por exemplo)?
- 11- Ela chegou a ser transferida de hospital?
- 12- Você poderia me dizer quando percebeu que ela não estava bem?
- 13- Ela foi atendida logo? Quanto tempo levou entre a procura do atendimento e o atendimento?
- 14- Ela foi internada no primeiro atendimento?
- 15- O serviço que a atendeu explicou sobre a gravidade de seu estado? A unidade lhe mantinha informada sobre como ela estava?
- 16 – Como lhe deram a notícia do falecimento?
- 16- E após o falecimento, como vocês ficaram e como estão hoje em dia?
- 17- O que você pensa sobre tudo isso que aconteceu?
- 18- Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre ela?
- 19 – (Se possível perguntar se o bebê resistiu ao Covid e como está hoje.

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA - PRONTUÁRIO DO SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL

1. **Nome:**
2. **Idade:**
3. **Cor/Raça:** () Branca () parda () preta () indígena
() ignorado () outra qual? _____
4. **Escolaridade:** () Ignorado () De 4 a 7 anos de estudos concluídos
() De 5 a 12 anos de estudos concluídos () de 8 a 11 anos de estudos concluídos
() de 1 a 3 anos de estudos concluídos
() Sem alfabetização
5. **Estado civil:**
6. **Pessoa com deficiência:** () Sim () Não () Não informado/não preenchido Qual? _____
7. **Ocupação:** () Sim () Não () Não informado/não preenchido Qual?
8. **Doenças preexistentes?** () Sim () Não
Qual (is) ? _____
9. **Já tinha filhos?** () Sim () Não Quantos: _____
10. **Quantas consultas pré-natal realizadas:** _____
11. **Houve pelo menos seis consultas antes do parto e uma no puerpério, até 42 dias?** () Sim () Não
12. **O número de gestações anteriores** (excluir a gestação atual):
13. **Tipo de resolução das gestações:** () Nascido Vivo () aborto
14. **Fizeram a classificação de risco gestacional** () Sim () Não
15. **Preencher em caso de gestação de alto risco:**
() Sim () Não Qual motivo: _____
16. **Houve realização de todos os exames da rotina preconizados pelo MS?**
a. () Total () Em parte
17. **Gravidez Planejada?** () Sim () Não () Não informado/não preenchido

18. **Foi feito o teste para detectar a COVID-19?** () Sim () Não
 Quantos: _____ Quais? _____
19. **Aplicação de vacina COVID?** () Sim () Não
 Quando _____ Quantas
 doses: _____ Quais? _____
20. **As suspeitas de covid foram ouvidas/ valorizadas?** () Sim () Não
 Como? _____
21. **Há menção a sintomas físicos (respiratórios ou de outra ordem) ou atribui seu estado à gravidez?** () Sim () Não Como?

22. **Comorbidades/complicações associadas: Quais?**

Instrumento de coleta - Prontuário do serviço de saúde hospitalar

1. **Nome:** _____
2. **Idade:** _____
3. **Cor/Raça:** () Branca () amarela () preta ()
 indígena () ignorado () outra qual? _____
4. **Escolaridade:** () Fundamental incompleto
 () Fundamental completo () médio incompleto ()
 médio completo () superior () sem alfabetização ()
 ignorado
5. **Pessoa com deficiência:** () Sim () Não () Não informado/não
 preenchido Qual? _____
23. **Ocupação:** () Sim () Não () Não informado/não preenchido
 Qual? _____
6. **Causas da morte:**
7. **Causa básica da morte:**
8. **Data da entrada na Unidade:**
9. **Tempo da entrada até o óbito:**
10. **Data do óbito** _____
11. **Codificação** () Morte declarada () Morte não considerada

12. **Causa:** () direta () indireta
13. **Local do óbito:** () hospital geral () maternidade
() UPA () UTI
14. **Época da ocorrência do óbito** () gravidez
() puerpério imediato () puerpério tardio ()
parto () abortamento
15. **Fez o pré-Natal?** () Sim () Não
16. **Doenças preexistentes?** () Sim () Não
Quais? _____
17. **Idade gestacional na admissão:**
18. **Quantas vezes ela foi ao hospital?**
19. **Comorbidades/complicações associadas?** () Sim () Não ()
Não informado/não preenchido Quais? _____
20. **Foi feito o teste para detectar a COVID-19?** () Sim () Não
() Não informado/não preenchido Quais?

21. **Quando saiu o resultado?** _____
22. **O resultado do teste consta no prontuário?** () Sim () Não
() Não informado/não preenchido
23. **As queixas ou outros sintomas foram ouvidas/ valorizadas?** () Sim
() Não Como? _____
24. **As suspeitas de covid foram ouvidas/ valorizadas?** () Sim
() Não Como? _____
25. **Qual(is) tratamento (s) foram prescritos?**
26. **Como se deu a entrada da mulher na unidade?**
27. **Pedido de exames:** _____
28. **Houve necessidade de UTI?** () Sim () Não Qual
motivo:
24. **Houve transferência para Uti:**
() Sim () Não Se não, porque não houve?

- a. **Dia e hora da admissão:**
29. **Dias de internação na Uti:**
- a. **Dia e hora do parto:**

b. **Dia e hora do óbito:**

30. **Procedimentos e modalidades terapêuticas realizados?** () admissão em UTI () ventilação não invasiva () antibióticos terapêuticos

() ventilação mecânica assistida

Outros _____

31. **Veio transferida de outra unidade?** () Sim () Não

Qual? _____

32. **Houve peregrinação?** () Sim () Não

Detalhe: _____

33. **Decisão médica de realizar partos de emergência ou interrupções da gestação:**

34. **Há registro de alguma comunicação/boletim a família?**

APÊNDICE D – PLANILHA INFORMAÇÕES DAS DECLARAÇÕES DE ÓBITOS

ANO DO ÓBITO Maternos Declarados	QUANT.	PERCENTUAL
2020	0	0,00%
2021	7	77,78%
2022	2	22,22%
TOTAL	9	100%

ANO DO ÓBITO Maternos Causa Indireta	QUANT.	PERCENTUAL
2020	3	18,75%
2021	11	68,75%
2022	2	12,50%
TOTAL	16	100,00%

IDADE	QUANT.	PERCENTUAL
20-35 anos	19	76,00%
> 35 anos	6	24,00%
< 20 anos	0	0,00%
TOTAL	25	100%

RAÇA	QUANT.	PERCENTUAL
Parda	14	56,00%
Branca	6	24,00%
Preta	2	8,00%
Ignorado	2	8,00%
Indígena	1	4,00%
Outros	0	0,00%
TOTAL	25	100%

Estado Civil	QUANT.	PERCENTUAL
Solteira	10	40,00%

Casada	6	24,00%
Ignorado	5	20,00%
União estável	3	12,00%
Separada	1	4,00%
TOTAL	25	100%

Escolaridade	QUANT.	PERCENTUAL
Ignorado	9	36,00%
De 4 a 7 anos de estudos concluídos	5	20,00%
De 5 a 12 anos de estudos concluídos	5	20,00%
de 8 a 11 anos de estudos concluídos	4	16,00%
de 1 a 3 anos de estudos concluídos	1	4,00%
Sem alfabetização	1	4,00%
TOTAL	25	100%

Ocupação	QUANT.	PERCENTUAL
Sim	16	64,00%
Não	2	8,00%
Ignorado	7	28,00%
TOTAL	25	100%

Local do óbito	QUANT.	PERCENTUAL
Pronto Socorro	14	56,00%
Upa	3	12,00%
Hospital Santa Juliana	1	4,00%
Maternidade Bárbara Heliodora	2	8,00%
Fundação Hospitalar	2	8,00%
INTO	2	8,00%
Domicílio	1	4,00%
TOTAL	25	100%

Época do óbito	QUANT.	PERCENTUAL
Puerpério Imediato	16	64,00%
Puerpério tardio	7	28,00%
Gravidez	2	8,00%
Parto	0	0,00%
Abortamento	0	0,00%
TOTAL	25	100%

Causa básica do óbito	QUANT.	PERCENTUAL
B342 - Infecção por coronavírus	8	32,00%
O985 outras doenças virais complicando a gravidez	6	24,00%
B161 Hepatite aguda com agente Delta	1	4,00%
O149 Pré Eclampsia	1	4,00%
K819 Colecistite	1	4,00%
K768 Outras doenças especificadas do fígado	1	4,00%
X99 agressão por meio de objeto cortante ou perfurante	1	4,00%
A162 Tuberculose pulmonar	1	4,00%
J459 Asma	1	4,00%
A529 Sífilis tardia	1	4,00%
O908 complicações do puerpério	1	4,00%
A199 tuberculose miliar não especificada	1	4,00%
O24 Diabetes Gestacional	1	4,00%
TOTAL	25	100%

ANEXO A – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL SEMSA



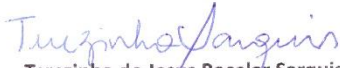
ACEITE INSTITUCIONAL

A Sra. *Terezinha de Jesus Bacelar Sarquis*, Técnica da Divisão de Educação na Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco - Acre, está de acordo com a realização da pesquisa Mortalidade materna e COVID-19 no Acre, de responsabilidade do/da pesquisador/a *Fabiane da Fontoura Messias de Melo*, estudante de doutorado no PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO – PPGD/ DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA COM A UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE – DINTER UnB/UFAC da Universidade de Brasília, realizada sob orientação de Debora Diniz, após revisão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília.

O estudo envolve a realização de uma pesquisa com uma etapa quantitativa e outra etapa qualitativa, com o objetivo de analisar óbitos maternos por COVID-19 de 2020 a 2022 no Acre. Serão selecionados os casos que cumprirem os critérios de inclusão: Óbitos maternos ocorridos em residentes no estado Acre com idade de 10 a 49 anos. Os dados serão coletados no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), declaração de óbito, ficha de investigação do óbito e prontuário médico. Também serão realizadas entrevistas com familiares e amigos da mulher falecida para buscar a história de vida e descrever a trajetória do adoecimento até a morte. A pesquisa terá a duração de 1 ano e 6 meses, com previsão de início em março/2023 e término em setembro de 2024.

Eu, *Terezinha de Jesus Bacelar Sarquis*, Técnica da Divisão de Educação na Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco - Acre, declaro conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial as Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Rio Branco - AC, 07 de março de 2023


Terezinha de Jesus Bacelar Sarquis
Técnica da Divisão de Educação na Saúde
Matrícula n.º 702381-1

Secretaria Municipal de Saúde
Avenida Brasil, 475, 2º andar - Centro - Rio Branco/AC - CEP 69.900-078
E-mail: educa.semsa@gmail.com

ANEXO B – TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL SESACRE

**ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS
DEPARTAMENTO DE ENSINO E PESQUISA - DEP**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Secretária Adjunta Executiva de Estado de Saúde do Acre, **TAIANE BELARMINO DOS SANTOS**, RG:10256679SSP/AC, CPF:006.351.182-70, **AUTORIZO**, **FABIANE DA FONTOURA MESSIAS DE MELO**, RG:1125861-6 SSP/AC, CPF:000.944.610-90, matrícula institucional:1996778, pesquisadora, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Direito-PPGD/Doutorado Interinstitucional da Universidade de Brasília com a Universidade Federal do Acre-DINTER UnB/UFAC, docente da Universidade Federal do Acre-UFAC, orientada pela doutora pesquisadora **DEBORA DINIZ RODRIGUES**, RG:1244007, CPF:471.557.281-87, matrícula institucional:100384, vinculada a UnB, pesquisadoras responsáveis pelo Projeto de pesquisa “MORTALIDADE MATERNA E COVID-19.”

Trata-se um estudo de métodos mistos com uma etapa quantitativa e descritiva e outra etapa de natureza qualitativa.

O objetivo dessa pesquisa é analisar as mortes de óbitos maternos por COVID-19 de 2020 a 2022 no estado do Acre.

As pesquisadoras acima qualificadas se comprometem a:

- 1 - Submeter o Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2 - Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3 -Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contactadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo, as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS
DEPARTAMENTO DE ENSINO E PESQUISA - DEP

Rio Branco-Acre, 24 de fevereiro de 2023.


Andrea Santos Pelatti
Dir. Planejamento e
Gestão do SUS
ANDREA SANTOS PELATTI
Decreto nº 537-P de 10/01/2023

Diretoria de Planejamento e gestão do SUS
Decreto nº 537-P de 10 de janeiro de 2023.


TAIANE BELARMINO DOS SANTOS

Secretária Adjunta de Administração da Secretaria de Estado de Saúde-SESACRE

Decreto nº38-P, de 02 de janeiro 2023.

Taiane Belarmino dos Santos
Secretária Adjunta da Secretaria
de Estado de Saúde
Decreto nº 1.896 - P/2022



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS
DEPARTAMENTO DE ENSINO E PESQUISA - DEP

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA E DECLARAÇÃO DE
INFRAESTRUTURA

ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, **TAIANE BELARMINO DOS SANTOS**, RG:10256679SSP/AC, CPF:006.351.182-70 Secretária de Administração da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Acre-SESACRE, decreto nº38-P, de 02 de janeiro de 2023, RG: 10256679SSP/AC, CPF:006.351.182-70, está de acordo com a realização da pesquisa MORTALIDADE MATERNA E COVID-19 no Acre, de responsabilidade da pesquisadora **FABIANE DA FONTOURA MESSIAS DE MELO**, estudante de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Direito-PPGD/Doutorado Interinstitucional da Universidade de Brasília com a Universidade Federal do Acre-DINTER UnB/UFAC, após revisão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília.

O estudo envolve a realização de uma pesquisa com etapa e outra qualitativa, com o objetivo de analisar óbitos maternos por COVID-19 de 2020 a 2022 no Acre. Serão selecionados os casos que cumprem os critérios de inclusão: Óbitos maternos ocorridos em residentes no estado do Acre com idade de 10 a 49 anos. Os dados serão coletados no Sistema de Informações sobre nascidos vivos (SINASC), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), declaração de óbito, ficha de investigação do óbito e prontuário médico. Também serão realizadas entrevistas com familiares e amigos da mulher falecida para buscar a história de vida e descrever a trajetória do adoecimento até a morte. A pesquisa terá a duração de 1 ano e 6 meses, com previsão de início em março/2023 e término em setembro de 2024.

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mortalidade materna e COVID-19 no Acre

Pesquisador: Fabiane da Fontoura Messias de Melo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68223823.7.0000.5540

Instituição Proponente: Faculdade de Direito da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.976.045

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos com uma etapa quantitativa e descritiva e outra etapa de natureza qualitativa, que tem como objetivo analisar óbitos maternos por COVID-19 de 2020 a 2022 no Acre. É um estudo com abordagem interseccional, entrelaçando os estudos no campo do Direito, em particular, dos direitos humanos, os estudos de raça-gênero. A primeira etapa do estudo será descritiva, de natureza quantitativa, com dados fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Acre para estabelecer a magnitude das mortes, descrever os dados sociodemográficos das falecidas e as principais causas do óbito no período pré pandêmico e durante a pandemia. A segunda etapa da pesquisa constituirá-se da seleção das mortes maternas por infecção por coronavírus e do convite de pelo menos uma pessoa ligada à mulher falecida em questão, como um familiar ou amigo, para as entrevistas. Nesse momento, serão obtidas as declarações de óbito, fichas de investigação do óbito e prontuários médicos. As entrevistas com familiares e amigos da mulher falecida pretende compreender as histórias não registradas nos documentos biomédicos oficiais, como a descrição das decisões tomadas e os fatos ocorridos na trajetória da contaminação por COVID-19, o adoecimento e a morte. Os

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 5.976.045

procedimentos de análise deste trabalho seguirão a técnica de análise de conteúdo temática de Bardin (1979) em que serão estabelecidas temáticas que são expressões em torno das quais se organiza o conteúdo da fala. Essa pesquisa pretende ajudar na compreensão das ocorrências e circunstâncias que levaram ao óbito materno. O diagnóstico da situação pode favorecer a redução dos índices e promover o fortalecimento da política de saúde dirigida a essa população. A sensibilização de autoridades sanitárias para a adoção de medidas de prevenção às mortes maternas é também um benefício da realização da pesquisa. Desenvolver uma pesquisa no Estado do Acre revelando aspectos locais também é importante para a tomada de decisões na área, atendendo as demandas e especificidades da região.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as mortes de óbitos maternos por COVID-19 de 2020 a 2022 no estado do Acre.

Objetivo Secundário:

Realizar um levantamento quantitativo das mortes maternas de 2017 a 2019 no Estado do Acre, período anterior à pandemia por COVID-19. Coletar dados das mortes maternas de março de 2020 a dezembro de 2022, em especial aquelas causadas por infecção por coronavírus. Caracterizar as histórias das mulheres falecidas por COVID-19 através dos registros oficiais, como prontuários médicos e fichas de investigação do óbito e pela narrativa de familiares ou amigos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com o artigo 2º, inciso XXV, da Resolução nº 510/2016, define como "risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente" (BRASIL, 2016). Conforme a

Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, "[...] toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados."

Sendo assim, essa pesquisa apresenta os seguintes riscos: 1. O risco de quebra de sigilo. Como medida protetiva, será garantido o anonimato e o

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 5.976.045

uso de pseudônimos. As informações fornecidas pelos participantes serão manuseadas apenas pela pesquisadora, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. 2. Riscos de exposição dos entrevistados. Como estratégia para minimização desses riscos, a pesquisadora realizará as entrevistas em local e horário escolhidos pelo entrevistado. Nas publicações decorrentes do estudo empreendido, serão mostrados apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar o nome ou qualquer informação relacionada à privacidade do participante da pesquisa, para fins de garantia de sua proteção das falas. 3. Risco de constrangimento. O participante da pesquisa será informado de que não precisará responder a todas as perguntas, cabendo-lhe falar apenas o que lhe deixar seguro e confortável. O participante também será informado de que poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo de qualquer natureza, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora responsável. Ainda, as entrevistas semiestruturadas através de perguntas abertas guiar-se-ão por um conjunto de questões que não ferem ou não ofendem a subjetividade das pessoas entrevistadas, comprometendo-se a pesquisadora a respeitar suas falas e expressões, sem julgamento ou repressão destas. Contudo, diante de entendimento diverso, prevê-se a suspensão ou interrupção imediata das entrevistas, de sorte a garantir à pessoa entrevistada o respeito à sua autonomia e integridade física, psíquica e moral. Para o presente estudo, tem-se como referência as normativas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510/2016 (BRASIL, 2016) e da Resolução n. 466 de 2012, específica para a área da Saúde. A pesquisadora reforça que a participação do sujeito no estudo será voluntária e que pode ser encerrada a qualquer momento, caso desista de participar. Haverá gravação da entrevista. A gravação é importante para evitar perdas de memória da pesquisadora e para não haver interrupções no relato do (a) entrevistado (a). O aparelho gravador é discreto e de fácil manuseio, podendo ser facilmente apagada a entrevista caso o (a) entrevistado (a) desista. A esse sujeito será garantido o anonimato e os dados serão usados exclusivamente para fins deste estudo. As gravações serão transcritas, que ocorrerão após cada entrevista, fora do campo de pesquisa. Na

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 5.976.045

ocasião da entrevista, a pesquisadora fará a leitura do TCLE, no qual conterà os esclarecimentos suficientes sobre a pesquisa nos termos do artigo 17 da Resolução, dentre eles: os objetivos e os procedimentos a serem utilizados na pesquisa; a explicação dos possíveis danos decorrentes da participação na pesquisa; a garantia de plena liberdade dos participantes da pesquisa; a garantia da manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa; a garantia destes do acesso aos resultados da pesquisa, dentre outros (BRASIL, 2016). Com relação à segurança na transferência e no armazenamento dos dados, esta pesquisadora compreende ser de sua responsabilidade o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações dos participantes desta pesquisa. Todos os dados da pesquisa, seja em arquivo, físico ou digital, serão armazenados, sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora, pelo período mínimo de 5 (cinco) anos após a conclusão da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os riscos da pesquisa são devidamente abordados e o projeto de pesquisa possui uma estratégia de mitigação dos riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este projeto foi aprovado pelo CEP/CHS

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2103019.pdf	23/03/2023 22:37:04		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoFabianeassinadaUNB.pdf	23/03/2023 22:31:27	Fabiane da Fontoura Messias	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB**



Continuação do Parecer: 5.976.045

Folha de Rosto	folhaDeRostoFabianeassinadaUNB.pdf	23/03/2023 22:31:27	de Melo	Aceito
Outros	termoresponsabilidadepelousodocumentosSEMSA.doc	17/03/2023 23:33:14	Fabiane da Fontoura Messias de Melo	Aceito
Outros	termoresponsabilidadepelousodocumentosSESACRE.doc	17/03/2023 23:32:39	Fabiane da Fontoura Messias de Melo	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	17/03/2023 23:28:58	Fabiane da Fontoura Messias de Melo	Aceito
Outros	InstrumentodecoletadadosEntrevistas.doc	17/03/2023 23:26:07	Fabiane da Fontoura Messias de Melo	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	17/03/2023 23:24:20	Fabiane da Fontoura Messias de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.doc	17/03/2023 23:23:51	Fabiane da Fontoura Messias de Melo	Aceito
Outros	CartadeRevisaoetica.docx	17/03/2023 23:22:20	Fabiane da Fontoura Messias de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoAceiteInstitucionalSESACRE.PDF	17/03/2023 23:21:03	Fabiane da Fontoura Messias de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoAceiteInstitucionalSEMSA.pdf	17/03/2023 23:20:53	Fabiane da Fontoura Messias de Melo	Aceito
Outros	LattesFabianeMelo.pdf	17/03/2023 23:19:21	Fabiane da Fontoura Messias de Melo	Aceito
Outros	LattesDeboraDiniz.pdf	17/03/2023 23:18:29	Fabiane da Fontoura Messias de Melo	Aceito
Outros	cartadeencaminhamento.doc	17/03/2023 23:17:02	Fabiane da Fontoura Messias de Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISAFABIANEMELO.pdf	17/03/2023 23:13:47	Fabiane da Fontoura Messias de Melo	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -
UNB



Continuação do Parecer: 5.976.045

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 30 de Março de 2023

Assinado por:
MARCIO CAMARGO CUNHA FILHO
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1592 **E-mail:** cep_chs@unb.br