

# Depois da morte materna: interpretações de profissionais da vigilância epidemiológica sobre os óbitos e as reconfigurações familiares em Pernambuco<sup>1</sup>

After maternal death: interpretations of epidemiological surveillance professionals on deaths and family reconfigurations in Pernambuco (Brazil)

**Raquel Lustosa**

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

## RESUMO

As noções de família, suas novas configurações e arranjos têm ocupado, mais recentemente, um lugar central nos debates acadêmicos. As transformações nas formas de cuidado e nas dinâmicas familiares ganham contornos particulares quando observadas a partir das investigações de óbitos maternos. A razão de morte materna é um indicador essencial da qualidade da saúde e do grau de desigualdade social em um país, e no Brasil esse fenômeno persiste como um problema histórico de saúde pública, agravado por marcadores sociais da diferença como raça, classe, território, escolaridade, deficiência e idade. Em Pernambuco, as elevadas taxas de mortalidade materna evidenciam desigualdades no acesso aos serviços, racismo obstétrico, desumanização do cuidado e ausência de vínculo das mulheres aos espaços de atenção à saúde. Soma-se a isso os efeitos da criminalização do aborto, que pune inclusive aquelas que poderiam ter tido acesso à interrupção legal prevista em lei, mas não tiveram suas vidas poupadas. Com base em pesquisa etnográfica realizada no Comitê Estadual de Estudos de Morte Materna de Pernambuco, busco compreender como profissionais da vigilância epidemiológica interpretam o processo de investigação do óbito de mulheres em idade fértil, os impactos sociais da morte materna e as reconfigurações familiares observadas nas investigações domiciliares. Discuto o imaginário da “desestruturação familiar” mobilizado nesses

---

<sup>1</sup> Este artigo foi elaborado a partir da pesquisa de doutorado em andamento financiada pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco (FACEPE) e constitui uma versão inicial de um dos capítulos da tese *A evitabilidade do óbito: um olhar para as trajetórias reprodutivas a partir da Vigilância do Óbito Materno em Recife – Pernambuco*, que está em elaboração no Programa de Pós- Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco.

---

Recebido em 22 de junho de 2025.  
Avaliador A: 15 de agosto de 2025.  
Avaliador B: 21 de agosto de 2025.  
Aceito em 26 de janeiro de 2026.

---



contextos e argumento que a morte materna expressa itinerários de abandono, resultantes da reprodução das desigualdades e da persistente desassistência estatal.

**Palavras-chave:** Mortalidade materna, Vigilância epidemiológica, Famílias, Cuidado, Desigualdades sociais.

## ABSTRACT

Notions of family, their new configurations, and arrangements have recently occupied a central place in academic debates. Transformations in forms of care and family dynamics gain particular contours when observed through the lens of maternal death investigations. The maternal mortality ratio is an essential indicator of health quality and the degree of social inequality in a country, and in Brazil, this phenomenon persists as a historical public health issue, aggravated by social markers of difference such as race, class, territory, education, disability, and age. In Pernambuco, the high rates of maternal mortality reveal inequalities in access to services, obstetric racism, dehumanization of care, and the absence of bonds between women and health care spaces. Added to this are the effects of abortion criminalization, which punishes even those who could have had access to legal termination of pregnancy but whose lives were not spared. Based on ethnographic research conducted within the State Committee for the Study of Maternal Deaths of Pernambuco, I seek to understand how epidemiological surveillance professionals interpret the process of investigating deaths of women of reproductive age, the social impacts of maternal death, and the family reconfigurations observed in home investigations. I discuss the imaginary of “family disintegration” mobilized in these contexts and argue that maternal death expresses itineraries of abandonment, resulting from the reproduction of inequalities and persistent state neglect.

**Keywords:** Maternal mortality, Epidemiological surveillance, Family reconfiguration, Care, Social inequalities.

## CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA

No contexto da pandemia de Covid-19, o mundo foi atravessado por uma emergência sanitária que rapidamente se desdobrou em uma crise social, econômica e política, aprofundando desigualdades já historicamente estruturadas (Parker, 2021; Segata *et al.*, 2021; Barroso; Gama, 2020) e produzindo efeitos duradouros. O cenário de uma nova emergência sanitária

de importância nacional e internacional, deflagrada em 2020, nos fez lembrar epidemias anteriores, como a do Zika vírus, do Ebola, da Poliomelite, que igualmente expuseram a intensificação das desigualdades de gênero e suas interseccionalidades (Climaco, 2020; Pimenta, 2020; Diniz, 2016), tanto nas consequências quanto nas respostas às calamidades públicas. No Brasil, essa sexta emergência sanitária agravou os índices de pobreza, fome e violência de gênero, mas também escancarou o impacto do desmonte das políticas públicas na vida de meninas, mulheres, sobretudo entre aquelas em situação de vulnerabilização social, em sua maior parte racializadas e periféricas (Góes; Ferreira; Almeida, 2023).

Foi nesse mesmo contexto que o país se tornou epicentro de uma crise evitável e pouco visibilizada: a morte materna (Diniz; Brito; Rondon, 2022). Naquele período, eu concluía o mestrado em Antropologia com um estudo sobre a rotina de cansaço intensificada pelo trabalho de cuidado realizado por mulheres, mães, avós e cuidadoras de crianças com diagnóstico de Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV). A realidade dessas mulheres foi marcada pelas dificuldades de acesso à atenção em saúde, às políticas sociais e aos direitos básicos dessa geração de crianças, bem como pelo agenciamento de redes de mulheres que se articulavam em defesa dos direitos das crianças (Lustosa, 2021; Fleischer, 2017). Àquela altura, muitas famílias com as quais mantive contato demonstravam preocupação com a transmissão do vírus, com a letalidade, com o risco de novas consequências reprodutivas entre aquelas que engravidavam novamente e, também, com as notícias que circulavam sobre o aumento da mortalidade materna no país.

Em 2021, o Brasil alcançou uma razão de 107 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, um retrocesso que remete aos níveis observados há quase trinta anos nos indicadores de saúde materna e reprodutiva (UNFPA [Nações Unidas Brasil], 2022). Nos anos anteriores, em 2019 e 2021, as taxas foram estimadas de 57 e 67 óbitos por cem mil nascidos vivos. A razão de mortalidade materna é um indicador internacional que expressa o número de mulheres que morrem durante a gestação, o parto ou o puerpério - por causas relacionadas ou agravadas pela gravidez - em relação ao total de nascidos vivos em um período específico.

As desigualdades regionais demonstram o mapa social dessas mortes, dado que as regiões Norte e Nordeste, em 2021, registraram as maiores razões (126 e 117, respectivamente), mas também a persistência de contextos de feminização da pobreza (Castro, 2001) e a maior concentração de populações negras e periféricas, historicamente vulnerabilizadas pelas desigualdades estruturais que atravessam o cuidado e o direito à vida (Oliveira; Santos, 2023; Laurenti; Jorge; Gotlieb, 2004).

Nesse ínterim, diversos países da América Latina e do Caribe também registraram aumento nas estatísticas de morte materna, evidenciando tanto as barreiras de acesso ao cuidado em saúde (Opas, 2023), quanto o colapso do sistema de atenção obstétrica durante a pandemia.

O cenário expõe a persistência de desigualdades que atravessam a gestação, o aborto, o parto e o pós-parto, além da fragilidade dos sistemas de proteção social frente às crises sanitárias. Esse quadro se insere em um contexto de guinada neoliberal global, que aprofunda desigualdades e ataca direitos sociais, trabalhistas, ambientais e reprodutivos. Soma-se a isso uma ofensiva antigênero impulsionada por agendas conservadoras e disputas políticas que fragilizam os direitos sexuais e reprodutivos (Morgan; Roberts, 2012). No Brasil, as políticas adotadas durante a pandemia, sob um governo de orientação negacionista e de extrema direita, minimizaram os efeitos da crise sanitária, violaram direitos humanos e desestruturaram ainda mais os serviços de saúde, opondo-se, como observam Jaqueline Ferreira e Stephania Klujsza (2024, p. 6), “aos direitos à igualdade de gênero, à diversidade sexual e aos direitos reprodutivos”.

Como exemplo emblemático, podemos citar a revogação da Nota Técnica Nº 16/2020 – COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS, que orientava a continuidade e o fortalecimento do acesso à saúde sexual e saúde reprodutiva durante a pandemia da Covid-19<sup>2</sup>, com foco no planejamento familiar, informação e educação em saúde, além do uso de tecnologias para a assistência.<sup>3</sup> A revogação contribuiu para que os serviços de saúde sexual e reprodutiva fossem, na prática, classificados como “não essenciais”, o que resultou fechamento de unidades de saúde e maternidades, realocação de recursos de insumos básicos, descontinuidade no atendimento à vítimas de violência sexual, interrupções significativas nos programas de prevenção, rastreamento e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, desabastecimento de métodos contraceptivos, redução drástica do acesso ao pré-natal, intensificação de barreiras para interrupção da gestação nos casos previstos em lei, atraso ou impossibilidade de acesso às vacinas, e acompanhamento inadequado durante o parto e o pós-parto (Carneiro, 2020; Góes; Ferreira; Almeida, 2023).

No que se refere à morte materna, o desmonte gradual do SUS nos últimos anos também tem contribuído para o agravamento dos desfechos perinatais negativos (Silva; Russo; Nucci, 2021), ao reduzir o acesso a serviços essenciais e fragilizar a capacidade de resposta do sistema de saúde. Nesse contexto de desassistência, também se perpetua o que Simone Diniz (2009) denominou “paradoxo perinatal”, que se traduz tanto na ausência de cuidados e práticas baseadas em evidências durante a atenção a gestantes e puérperas quanto no emprego de intervenções excessivas e desnecessárias que podem produzir riscos evitáveis e conduzir a desfechos adversos, incluindo morte materna ou *near miss* (situações de quase morte).

---

2 Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/junho/nota-cns-repudia-retirada-de-documento-tecnico-sobre-saude-sexual-e-reprodutiva-das-mulheres-durante-pandemia-do-site-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 15 jan. 2026.

3 Outras portarias foram revogadas ou alteradas no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos durante o governo anterior (2018-2022) acentuando às barreiras de acesso à direitos básicos.

Como demonstram diversas autoras (Carneiro, 2021; Mattar; Diniz, 2012; Fonseca; Marre; Rifiotis, 2021; Tempesta, 2021; Brandão; Cabral, 2021), a mortalidade materna deve ser compreendida como um fenômeno profundamente atravessado por desigualdades históricas, políticas de controle estatal da reprodução, racismo estrutural, sexismo, capacitismo e diferentes formas de negligência institucional que afetam sobretudo mulheres e pessoas que gestam negras, pobres e periféricas (Werneck, 2016). Portanto, não pode ser interpretada apenas sob uma ótica biológica ou biomédica<sup>4</sup>. Além de refletir falhas no acesso a cuidados e proteção social, a morte materna é também um indicador das condições de vida e dos vínculos familiares e comunitários que estruturam a experiência reprodutiva, dimensões imprescindíveis para compreender plenamente seus determinantes e impactos.

É nesse horizonte que este artigo se insere, com o objetivo de compreender a perspectiva de profissionais da vigilância epidemiológica do óbito materno sobre a (re)construção dos itinerários terapêuticos a partir das investigações e visitas familiares realizadas em Recife - Pernambuco. Analiso os imaginários de família que emergem dessas interpretações e as formas pelas quais se reproduzem desigualdades e desassistências que incidem, especialmente, sobre mulheres e famílias negras das camadas populares. Para tanto, nos primeiros tópicos do artigo, apresento a origem do material empírico e, em seguida, discuto o trabalho da vigilância do óbito materno a partir das narrativas de profissionais que atuam em todo o processo investigativo, destacando suas percepções sobre o cotidiano dessa atividade e sobre as famílias com as quais mantêm contato.

## SITUANDO O TEMA E OS MÉTODOS

A pesquisa parte de minha trajetória no mestrado (Lustosa, 2020), quando acompanhei mulheres mães de crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) em Recife. Essa experiência possibilitou uma escuta atenta sobre os atravessamentos da reprodução na vida de mulheres e a construção de vínculos com interlocutoras e grupos de pesquisa. No contexto da pandemia de Covid-19, emergiram preocupações com os impactos do novo vírus sobre crianças com múltiplas deficiências e com os riscos reprodutivos enfrentados por mulheres que voltaram a engravidar, em meio à escassez de informações e discursos oficiais que voltaram a

---

4 Ou inscrita na categoria que profissionais da biomedicina classificam como “evitável” ou “provavelmente evitável”, segundo a lista de causas de mortes evitáveis por intervenções no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil (Malta; Duarte, 2007). Nessa lista, a morte materna é incluída como uma condição “reduzível por ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de óbito materno”.

responsabilizá-las unilateralmente pela contracepção durante esse período de incertezas (Porto; Moura, 2017; Lustosa; Carmargo, 2022). Com o avanço da pandemia, o temor se deslocou para o aumento alarmante da mortalidade materna, configurando uma grave crise de saúde pública, ainda que pouco reconhecida pelas autoridades sanitárias.

Algumas frases repetidas por essas mulheres marcaram o lugar do trabalho do cuidado realizado por elas e refletiram a angústia que se instaurou coletivamente naquele período: “Com quem eu vou deixar minha criança? “Ninguém cuida como eu cuido”. “Nossas crianças vão morrer”. Esses relatos, também presentes em um artigo desenvolvido em co-autoria com outras duas antropólogas que realizaram pesquisa sobre os efeitos da epidemia do ZV (Valim; Marque; Lustosa, 2021), mostram o peso desigual do trabalho do cuidado e a necessidade de politizar o afeto. Em uma entrevista realizada por Helena Fietz (2022) com as antropólogas Rayna Rapp e Faye Ginsburg (2022), essa experiência da preocupação excessiva é descrita, a partir do conceito de Pamela Block (2020), como “sobrevivência não planejada”, referindo-se à vivência de pais de pessoas com deficiência na fase adulta, que temem que seus filhos possam viver mais do que eles sem qualquer suporte estatal que assegure seu bem-estar na ausência de suas cuidadoras.

Essa noção evidencia a precariedade de uma estrutura social capacitista, insensível aos modos de vida de pessoas com deficiência e à diversidade de formas de habitar o mundo (Diniz; Barbosa; Santos, 2009). No campo dos estudos sobre mortalidade materna, essa mesma lógica se radicaliza, já que quando a cuidadora morre, a ausência do Estado e a fragilidade das redes de apoio tornam visíveis os efeitos sociais da perda, especialmente para as famílias que precisam se reorganizar em meio ao luto e ao simultâneo agravamento das condições de vulnerabilidade em seus cotidianos.

Muitos estudos têm buscado evidenciar o trabalho doméstico e de cuidado historicamente realizado por mulheres racializadas de forma precarizada, não remunerada e, frequentemente, invisibilizada (Duarte; Morimoto, 2024; Vergès, 2020; Federici, 2018; Carneiro, 2019). Em um texto recente, Camila Fernandes, Natália Fazzioni e Rosamaria Giatti Carneiro (2024) destacam a centralidade das avós no cuidado intergeracional e as tensões que emergem dessa configuração. Nas camadas populares, em específico, as autoras observam que a figura da avó é indispensável para a sobrevivência cotidiana das famílias, papel que se tornou ainda mais evidente durante a pandemia, face à intensificação da ausência de políticas públicas de proteção social.

Embora essa seja uma realidade comum entre mulheres das camadas populares, durante a pesquisa de mestrado com cuidadoras de crianças com múltiplas deficiências observei que a circulação dessas crianças entre diferentes arranjos de cuidado, avós, tias, irmãs mais velhas e outras mulheres da rede de apoio, era mais restrita do que indicam outros estudos. Muitas famílias relataram dificuldade em compartilhar os cuidados, seja pelo receio de que outros não

compreendessem as especificidades da síndrome, pela falta de profissionais de apoio escolar ou pela recusa de pessoas próximas em assumir esse papel.

A partir dessas experiências, desenvolvi uma pesquisa voltada aos impactos da morte materna buscando compreender a perspectiva de quem vive com a ausência, o luto e a dor, e de como as famílias se reorganizam após a perda de uma mulher por causas obstétricas. O trabalho de campo, realizado principalmente em Recife, incluiu inserção etnográfica no Comitê Estadual de Estudos de Morte Materna - PE (CEEMM-PE) e aproximação com profissionais de saúde, ativistas e gestoras públicas envolvidas na prevenção da mortalidade materna.

Durante a aproximação com o CEEMM-PE, facilitada pelo contato prévio com profissionais da saúde que conheci na pesquisa anterior, recebi dados atualizados sobre a mortalidade materna em Pernambuco, o que permitiu compreender as diferenças entre os municípios e, ao longo do tempo, a forma como os indicadores eram produzidos, manejados e utilizados. A partir daí, passei a construir vínculos de confiança com diferentes profissionais e a participar de reuniões de mobilização estratégica do Comitê, grupos técnicos de discussão do óbito materno, visitas itinerantes às maternidades, inclusive em outro município do estado, e eventos relacionados às ações de prevenção e redução da mortalidade materna em Pernambuco.

Ao acompanhar o processo de investigação dos óbitos, a pesquisa foi sendo redirecionada de compreender os efeitos da morte nas famílias para analisar como a vigilância epidemiológica (re)constrói os itinerários de cuidado das gestantes e puérperas. Esse movimento analítico, como propõe Peirano (2008), emergiu da experiência etnográfica e do diálogo entre teoria e campo, revelando como as interpretações dos profissionais sobre os óbitos e as famílias abrem novos horizontes para pensar os itinerários de cuidado, a reorganização familiar e as formas de abandono institucional. No caso desta pesquisa, as interpretações, categorias e sentidos que os profissionais de vigilância epidemiológica atribuem aos óbitos e às famílias têm me permitido desdobrar novos horizontes sobre os itinerários de cuidado, a (re)organização familiar e as formas de abandono institucional, o que permite atualizar, por sua vez, referências teóricas no campo da antropologia da saúde, da reprodução e das políticas de vida (Fassin, 2012).

O material analisado é composto, fundamentalmente, por diários de campo e entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e agentes da vigilância epidemiológica. Os diários de campo foram produzidos a partir do acompanhamento de reuniões do CEEMM-PE, de discussões técnicas sobre os óbitos, de eventos políticos relacionados ao tema e de visitas a maternidades, realizadas com o objetivo de levantar informações complementares sobre as condições dos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética, sob o CAAE: 76541023.5.0000.5540. Neste trabalho, em específico, utilizo de maneira central a narrativa de duas interlocutoras que trabalham na vigilância epidemiológica com a investigação do óbito materno: Fernanda e Olívia.

Optei por utilizar pseudônimos conforme foi acordado com minhas interlocutoras durante as entrevistas e como tentativa de salvaguardar a identidade dessas profissionais. As narrativas das duas profissionais se baseiam em entrevistas realizadas em 2024, conversas informais e diários de campo produzidos entre 2022 e 2025.

## “O PERCURSO DA MULHER”: O FLUXO DA INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL (OMIF)

Informamos que as discussões e análises deste Grupo Técnico tem caráter epidemiológico e sigiloso, não coercitivo ou punitivo, com função eminentemente educativa. Esta prática faz parte da rotina de Vigilância em Saúde, e tem o objetivo de contribuir para a redução da Mortalidade Materna no nosso município (Convite de discussão técnica do óbito materno via Whatsapp, 2023).

A mensagem que abre este tópico circula no convite à discussão técnica do óbito no grupo de Whatsapp e costuma ser reiterada por Fernanda e Olívia na abertura das reuniões. A ênfase no caráter educativo e não punitivo busca reafirmar o propósito central do Comitê, que é o de compreender os percursos que levaram à morte de cada mulher e identificar falhas nos diferentes níveis de atenção. Ao mesmo tempo, essa afirmação busca garantir a participação dos profissionais de saúde nas reuniões, estimulando que contribuam com informações sobre o atendimento prestado, em vez de se afastarem do processo e esvaziarem o sentido coletivo da avaliação do óbito.

Fernanda, enfermeira obstetra de cerca de 50 anos, atua há seis anos no CEEMM-PE e integra também o controle social do Comitê. Mestre em Educação e Saúde, com trajetória docente, ela migrou do campo do nascimento para o da morte materna, como costuma dizer, “saindo da vida para a morte”. Sua experiência com o parto marca a forma como elabora as perdas maternas:

Eu acho que o parto faz isso, primeiro a gente revive os nascimentos de cada bebê e de quanto aquele bebê vai ser importante pra aquela família. Só que, em comparação a isso, a gente via algumas mulheres morrerem, né, e a gente via aqui o quanto a gente podia ter feito diferente, onde foi a falha, e a gente começava a se questionar, né, foi o pré-natal, foi o parto, onde foi que a gente falhou nessa mulher, né, **que nível da assistência, né?** (Entrevista, F., 2024, grifo nosso).

Vindo de outra área de atuação, mas com um estranhamento semelhante em relação à atuação do CEEMM-PE e ao papel da vigilância do óbito materno, Olívia está há três anos no cargo. Conta que descobriu o campo da epidemiologia e da saúde pública ainda durante

a residência, trajetória que posteriormente se consolidou com o mestrado e o doutorado na área. Ingressou no serviço público por meio de concurso para o cargo de sanitarista e, mais recentemente, em 2023, foi aprovada em concurso da prefeitura do Recife, sendo lotada na Vigilância em Saúde<sup>5</sup>. Embora sua formação e experiência prévias estivessem mais voltadas à avaliação de políticas públicas, passou a atuar diretamente no Sistema de Informação sobre Mortalidade, um campo até então novo para ela.

Tanto Fernanda quanto Olívia sublinham que a investigação do óbito materno exige uma articulação complexa entre vigilância, comitês e atenção básica. Foi a partir do estranhamento e da curiosidade expressos por ambas que busquei compreender o histórico e o funcionamento dos Comitês de Prevenção da Morte Materna. Olívia, por exemplo, trouxe esse estranhamento em uma de nossas conversas: “eu realmente não sabia em que espaço de atuação eu me inseri (Diário de campo, 2023)”.

Esses comitês foram instituídos no Brasil entre as décadas de 1980 e 1990, no contexto do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, promovido pelo Ministério da Saúde. A criação foi resultado direto da pressão dos movimentos sociais, especialmente dos movimentos de mulheres negras, que denunciavam as violências obstétricas, as práticas sistemáticas de esterilização forçada, a ausência de analgesia no parto e a desumanização no atendimento à saúde reprodutiva (Oliveira, 1999). Diante dessas denúncias, uma das principais finalidades dos comitês passou a ser a qualificação da atenção à saúde da mulher e a redução dos óbitos maternos evitáveis.

Como afirmam Patrícia Carvalho *et al.* (2023, p. 2), “a vigilância do óbito integrou o conjunto das ações de notificação, investigação epidemiológica e análise em grupos técnicos e comitês de prevenção da mortalidade”. Em Pernambuco, uma portaria estadual tornou obrigatória a investigação não apenas dos óbitos classificados como maternos, mas também de todas as mortes de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos). Essa ampliação do escopo permitiu identificar casos em que doenças inicialmente registradas como causas cardiovasculares, respiratórias ou infecciosas estavam, na verdade, associadas ao ciclo gravídico-puerperal.

A investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil é fundamental, pois diversas condições podem ser desencadeadas ou agravadas pela gestação, como hipertensão, hemorragias, infecções puerperais e complicações decorrentes de abortos, que figuram entre as principais causas de morte materna no país (WHO, 2023). O puerpério é o período em que esses óbitos ocorrem com maior frequência. Por isso, há uma ênfase na “evitabilidade do óbito”, uma vez que tais causas são, em grande parte, preveníveis quando há oferta adequada de serviços de

---

<sup>5</sup> Área responsável por integrar e articular ações de monitoramento, prevenção e controle de agravos e determinantes da saúde.

saúde, detecção precoce de doenças prévias e de fatores de risco, além do acesso a métodos contraceptivos, considerando que muitas mortes maternas estão associadas a gestações não planejadas, e ao aborto legal nos casos previstos por lei.

A garantia de um tratamento humanizado, anti-racista, que valorize o acolhimento, a escuta e o vínculo entre equipe e pessoas em situação de cuidado, é igualmente central para a prevenção desses desfechos, pois reduz barreiras de acesso e fortalece a continuidade do cuidado. Em um dos relatos de campo, uma profissional destacou que, durante as visitas domiciliares, muitas vezes só então se descobria que a mulher estava no puerpério ou em uma gestação muito inicial no momento do óbito, informação ausente na declaração de óbito, que não fazia qualquer menção a causas obstétricas entre as classificações da morte.

Essas descobertas evidenciam como o trabalho no território descortina dimensões invisíveis nos registros oficiais, como trajetórias de cuidado interrompidas, vínculos frágeis com os serviços de saúde e omissões institucionais que permeiam os registros dos prontuários. O vínculo entre vigilância e atenção básica, mediado pelas visitas, vai se tornando, a partir disso, decisivo para compreender o percurso dessas mulheres. Como resume Fernanda, o objetivo é “entender o percurso da mulher”:

Queremos passar por onde essa mulher passou, entender que serviços ela utilizou, onde a gente falhou, onde a gente podia ter feito diferente para que a gente não repita de novo, **para que as mulheres não morram mais das mesmas coisas** [...] A evitabilidade do óbito vai além do olhar técnico, a gente compreende o todo, tenta falhar menos e traçar um plano de atuação (Diário de campo, 2023, grifo do original).

A equipe da vigilância epidemiológica é responsável por notificar, investigar e monitorar os casos, organizando os dados obtidos. Nas palavras de Fernanda, este trabalho pode ser definido como “montar o quebra-cabeça do óbito” (Diário de campo, 2023). Para que a peça final seja montada, a equipe reúne todos os documentos da vítima em unidades de saúde que ela percorreu antes de ir a óbito. Isso exige realizar uma retrospectiva da saúde reprodutiva da pessoa sob cuidados, recuperando o trajeto do óbito desde o lugar em que ocorreu a morte até os primeiros atendimentos da gestação na atenção primária à saúde.

O processo de investigação se organiza em várias etapas. Inicia-se com a notificação do óbito, geralmente feita pelo estabelecimento de saúde; em seguida, é feita a validação do endereço da mulher; depois, coleta-se toda a documentação disponível nos prontuários, abrangendo desde o primeiro atendimento no ciclo gestacional até o atendimento final; são reunidos documentos de todas as unidades de saúde por onde essa mulher passou, e, por fim, realizam-se as visitas domiciliares. Após esse levantamento, ocorre a discussão técnica do óbito no comitê, seguida do preenchimento detalhado do instrumento de investigação que qualifica e conclui o processo. Como explica Olívia, “o fluxo da vigilância é muito próprio e muito amarradinho em função

dos instrumentos, principalmente das declarações de óbito” (Entrevista, O., 2024).

Dentre todas essas etapas, as visitas domiciliares são descritas pelas agentes da vigilância como uma das mais fundamentais. Isso porque permitem suprir lacunas deixadas pelos prontuários médicos, muitas vezes incompletos, subnotificados, mal preenchidos ou inconsistentes. Como contou Fernanda em entrevista, na maioria das vezes não é possível rastrear os locais em que essa mulher buscou assistência em saúde e a partir da família é possível entender o “vai e vem” entre unidades, “o hospital que estava sem vaga, a peregrinação que a mulher enfrentou fazendo ela chegar em condições críticas no último local que foi a óbito”. Essas visitas possibilitam não apenas rastrear as falhas no cuidado e nos serviços, mas também compreender o luto e a experiência de abandono, para além de acessar em que situação de vida se encontra a família no “pós-morte” de uma parente.

## LIDANDO COM A MORTE E A DESASSISTÊNCIA

Ao longo das primeiras reuniões em que participei, tanto no nível técnico quanto na articulação do CEEMM-PE, me surgiam inquietações sobre onde e como estavam as famílias quando os profissionais da vigilância as contatavam, como parte final do processo de investigação da OMIF. Igualmente, me perguntava como se dava o “pós-morte”, em que condições a vida se reorganizava, como o luto era elaborado e que mudanças passavam a marcar o cotidiano dessas famílias. Era comum ouvir relatos, por parte dessas profissionais, sobre separação de irmãos, falecimentos de outros familiares em casos em que a mulher havia sofrido de doença infectocontagiosa, e a mais repetida referência à “desestruturação familiar”, conceito que passei a deter mais atenção ao longo da pesquisa e que orienta parte deste artigo. É importante resgatar a informação de que nem sempre o contato com familiares é possível, porque há recusas à visita por parte dos familiares, ausência de retorno a telefonemas ou perda de referência territorial após mudanças de endereços posteriores à morte.

Retomando os manuais de vigilância do óbito sobre a investigação do OMIF, compreendi que o prazo para a conclusão de um caso é de até 60 dias<sup>6</sup>. Em conversa com Fernanda, ela destacou a importância da visita familiar como etapa final do processo investigativo e como preparação para a discussão técnica do óbito e seus desdobramentos. O contato ao final desse período permite certo distanciamento do evento morte, na tentativa de não agravar uma dor ainda muito presente no luto recente. Apesar disso, esses encontros seguem marcados por

---

<sup>6</sup> Todo o “caso” precisa ser encerrado em até 120 dias para que, então, seja encaminhado ao Ministério da Saúde.

intenso sofrimento, como ela mesma resumiu: “É como mexer numa ferida que ainda está aberta”.

As visitas domiciliares são realizadas como uma das etapas finais da investigação, justamente para evitar que a família seja abordada imediatamente após o óbito. Por esse motivo, ao concluir a ficha que compila todas as informações da investigação, as memórias do encontro com os familiares permanecem vivas e reverberam no emocional das profissionais que levam consigo a imagem da família e suas histórias ao abrir a discussão do óbito, como ouvi em diferentes reuniões.

Durante as entrevistas, pude me atentar mais para o campo das emoções que adensam os sentidos da metáfora das “feridas abertas” e ouvir histórias que também me levavam a imaginar essas famílias, a compor um retrato que pudesse acessar mesmo que mentalmente. Como Fernanda me trouxe:

O mais difícil é a casa, de você chegar, de você abordar (a família) porque você tem que se preparar emocionalmente pra o que você vai escutar que nem sempre é fácil, né? e às vezes você tem que acolher aquela família que vai tá chorando na sua frente, né? (Diário de campo, 2023).

Eu sempre pedia para que me contassem sobre as visitas, telefonemas ou “casos” que marcaram a vida dessas profissionais, que pudessem explicar a morte, o luto e sobretudo a vida da mulher que partiu. Muitas vezes ouvia de minhas interlocutoras: “são tantas histórias” ou “Cada história marca a gente”. Essas respostas me faziam pensar na importância desses encontros e, ainda mais, na necessidade de que fossem ventilados, colocados para o mundo, ultrapassando os limites da epidemiologia que, muitas vezes, exige certa celeridade no processo de investigação do óbito que deixa escapar aspectos centrais do fenômeno e da complexidade das taxas de mortalidade materna.

É talvez nesse ponto, nessa lacuna, que reside uma das maiores conexões com a antropologia. Como antropólogas, somos convocadas a levar adiante narrativas e testemunhos, a levar a sério as categorias êmicas e nativas, e a aproximar realidades que, de outro modo, poderiam parecer distantes, realidades que expressam diferentes modos de viver (e morrer) e comunicam estruturas de poder e de organização social. Ao registrar e fazer circular essas histórias, podemos ampliar o que se entende como “dado” e “caso” sobre a mortalidade materna e reafirmamos que cada situação investigada carrega uma trajetória que resiste à redução numérica, que não encerra um indicador de saúde e, que, acima de tudo exige ser narrada.

Afinal, é no encontro com as famílias que essas profissionais percebem aquilo que os números não revelam, um ponto que remete ao que a antropóloga Débora Diniz observou no contexto dos impactos do Zika Vírus:

A terminologia epidemiológica nos faz esquecer que esses casos foram antecidos por mulheres adoecidas - o esquecimento das mulheres não pode ser naturalizado pela biopolítica das doenças. Ao falar em casos, ignoramos histórias e sofrimentos, angústias e desamparos (Diniz, 2016, p. 1).

Do mesmo modo, os “casos” de morte materna não operam de maneira distinta, especialmente quando nos referimos às “altas taxas de morte materna” no país. Embora investigados e discutidos “tecnicamente”, as histórias das mulheres ocupam lugar central no cotidiano das profissionais, ainda que permaneçam ausentes nos resultados das políticas públicas que as silenciam e que não alcançam “as mulheres que morrem das mesmas coisas”, como Fernanda enfatizou. Discussões técnicas, por assim dizer, não se reduzem ou se encerram em termos e nomenclaturas biomédicas e tecnocráticas, são feitas da vida concreta e cotidiana das pessoas e de suas peregrinações pelas malhas da vida, no que chamou Otávio Bonet chamou de Itinerários de cuidado (Bonet, 2016).

Nesse sentido, Olívia também trouxe contribuições valiosas para complexificar a compreensão sobre a mortalidade materna, ao compartilhar relatos das visitas domiciliares que evidenciam tanto os efeitos da perda sobre as famílias quanto a própria experiência de conduzir a investigação do óbito. Trata-se de um processo frequentemente descrito como doloroso, que expõe a necessidade de suporte psicológico às próprias profissionais.

Ela descreveu a visita como a etapa mais intensa do trabalho, na qual as emoções emergem com maior força. Após articulação com agentes comunitários, quando se trata de áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, essas visitas são feitas. Conforme narrou:

E aí, na contida da residência, geralmente, quando existe essa negociação, quando é feita a negociação do distrito com a unidade, o distrito pede que a unidade pactue com a família, alguém para receber a gente para ver se a gente pode ir se existe essa vontade da família de nos receber porque é um momento muito delicado. **Eu, para mim, pessoalmente, a pior parte da investigação, eu odeio fazer visita domiciliar.** Odeio. É uma coisa que mexe muito comigo. Se você quisesse me perguntar se eu gostaria, enquanto estou trabalhando com isso, não gostaria. Acho que faz mal pra saúde você lidar com a morte e a desassistência. Porque quando a gente chega no final da investigação, a gente sempre chega com, 99% de vezes, na conclusão de que algo poderia ter sido feito que não foi, **que esse óbito poderia ter sido evitado e não foi.** Então, isso é muito angustiante. Você chegar com a família, ver aquela família em sofrimento e vir para a discussão com isso na mente, vendo na sua cabeça todos os familiares que ficaram (Entrevista, O., 2024).

A realização das visitas, nas áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família, depende da articulação com o distrito, já que os agentes comunitários de saúde atuam como elo de comunicação com as famílias, conhecem a residência e, com frequência, parte do contexto social e afetivo da mulher falecida. Já em “áreas descobertas”, a busca ativa se dá por meio de informações contidas nas fichas e registros de atendimento, e o contato com os familiares ocorre

sem a mediação das unidades de saúde, o que tende a tornar o processo mais difícil e incerto.

Para Olívia, “a visita domiciliar é a parte mais sensível da investigação, porque é quando o rosto da mulher aparece para você”. Ela relata que, no início de sua atuação com óbitos maternos, voltava para casa chorando com frequência, tanto após as discussões técnicas quanto depois das visitas. Chegou, inclusive, a procurar na internet mais informações sobre as mulheres que morreram, na tentativa de conhecer suas histórias. Com o passar do tempo, conta ter desenvolvido algumas estratégias para lidar com esses impactos, ainda que reconheça que o sofrimento nunca desaparece por completo:

Eu parei com isso de procurar. Mas, inevitavelmente, quando a gente chega na casa para fazer a domiciliar, a família traz isso para a gente. Então, traz as angústias, traz o... traz o amargo com assistência, traz as perguntas que não ficaram respondidas, que não entendeu, “não entendi como é que isso aconteceu [...]”. Ela não tinha uma vida... estava fazendo tudo direitinho”, então, toda a aflição da família é um momento que a gente transfere isso para a gente. E, aí, no final, sempre vem a foto. Olha a minha filha como era linda. Olha como ela estava feliz. Olha aqui minha neta. Aí, traz o bebê. Nossa, horrível. Eu acho, assim, horrível (Entrevista, O., 2024).

Voltar para casa com o pensamento ainda atravessado pelo “amargo da assistência”, pela forma como as famílias interpretam a perda, pela não compreensão do óbito em si, especialmente em situações em que elas, geralmente as avós, afirmam que uma rotina de cuidados foi rigorosamente seguida, que a mulher “fez tudo direitinho” reforça a necessidade de ampliar o horizonte do que venho chamando de “itinerários de abandono”, que posso resumir como o conjunto de barreiras de acesso aos cuidados que fazem com que “itinerários terapêuticos” ou de “cuidado (Bonet, 2016), sejam marcados, antes de mais nada, pela burocracia, distanciamento de equipes de saúde das pessoas em situação de cuidado, omissão e negligências.

Esses momentos de escuta e convivência revelam tanto as expectativas que recaem sobre as mulheres para que elas adequem seus corpos e comportamentos ao que se entende como um pré-natal “correto”<sup>7</sup>, quanto a frustração familiar quando, apesar de todo o esforço, o desfecho não é o esperado. Fica então a pergunta “como isso pôde acontecer?”. É nesse entremeio que fica marcado o distanciamento entre a experiência vivida dessas famílias, no entendimento dos itinerários que a mulher percorreu, e as explicações fornecidas pelas instituições de saúde em registros e discussões.

Por outra perspectiva, a fotografia narrada por Olívia aparece nesses momentos como um recurso recorrente nas visitas, um gesto através do qual as famílias tentam materializar a

<sup>7</sup> Que pode ser avaliado por essas famílias como o número de consultas preconizado pelo Ministério na saúde, mas que escapa algo importante: a necessidade da qualidade dessas consultas, na reafirmação do vínculo com a gestante e na identificação de “fatores de risco” que possam conduzir a gestação a um desfecho negativo.

presença da mulher que se foi, reinscrevendo sua existência na memória de quem escuta, o que se estende à história recontada por minhas interlocutoras. Como também podemos observar no documentário *Evitável*, de Júlia Morin (2019), mostrar a foto da mulher que morreu é uma maneira de reavivar sua memória, de reafirmar sua vida, seu valor, seu cuidado. Denise Pimenta (2019), em sua pesquisa sobre a epidemia de Ebola em Serra Leoa, também identificou o uso de fotografias como uma forma de marcar a ausência e, ao mesmo tempo, retratar as mulheres que morreram enquanto cuidavam de outras pessoas – a fotografia que marca a ausência.

## O “CASO DE LUIZA”

Tenho reafirmado que o contato com familiares de mulheres que morreram por causas obstétricas é de grande valia para compreender, ainda que em fragmentos, o contexto de vida dessas famílias. Algumas autoras (Drovetta, 2008) definem essa etapa como autópsia verbal. Para a antropóloga Raquel Drovetta (2008), a autópsia verbal é uma técnica qualitativa que busca reconstruir, a partir dos relatos de familiares e pessoas próximas, os processos que antecederam a morte de uma mulher. Como destaca, esse método permite compreender os contextos sociais, culturais e institucionais envolvidos nos óbitos por causas reprodutivas, revelando dimensões de desigualdade e de desassistência que os registros oficiais não captam.

Nas circunstâncias de trabalho da vigilância epidemiológica do óbito materno, essa etapa é descrita apenas como “visita domiciliar”, cujo objetivo é suprir, em especial, os vazios deixados pelos poucos registros nos prontuários médicos e pelas informações indisponibilizadas por algumas unidades de saúde. Como Fernanda trouxe na abertura de algumas discussões: “queremos passar por onde essa mulher passou, entender onde falhamos com ela”. Podemos compreender essa etapa como um procedimento de reconstrução narrativa, tal qual a autópsia verbal, das circunstâncias que antecederam a morte, a partir dos relatos de familiares, vizinhos e profissionais, permitindo identificar fatores sociais, assistenciais e afetivos envolvidos no desfecho. Essa noção pode ainda ser alargada pelo encontro com as histórias de vida em outros momentos de atuação destas profissionais, como quando Fernanda, em outro momento, me relatou acerca do aprendizado das visitas às maternidades: “Cada vez que a gente vai pra uma visita dessa no hospital e vê aquelas coisas e escuta aquelas histórias, são histórias de vida mesmo, né?”

Além de acessarem essas memórias, as visitas também revelam os efeitos da morte materna nos novos arranjos familiares. A expressão “desintegração familiar”, utilizada por Fernanda em outros momentos do campo, reaparece com força nos relatos de Olívia, como na

história de Luzia, que morreu aos 35 anos, após um intervalo de 10 anos entre a primeira e a última gestação que precedeu sua morte, incluindo um aborto no percurso.

Olívia narrou a visita domiciliar realizada durante a investigação da morte desta jovem. A primeira aproximação com a história ocorreu por uma identificação de idade. Olívia me contou que as duas tinham a mesma idade. Luiza, uma jovem negra, teve três gestações. Na primeira, nasceu sua filha Bel, que à época da entrevista tinha cerca de dez anos. A segunda gestação resultou em um aborto, e a terceira, fruto de uma relação mais recente, terminou de forma trágica, com sua morte.

Luiza morava com o companheiro e a filha no térreo de uma casa; no primeiro andar, vivia a sogra. Com a morte da jovem, o espaço da casa se reorganiza. Após o falecimento, Bel foi morar com uma tia, pois, segundo a sogra, o padrasto não teve condições de cuidar dela. Este, por sua vez, passou a ser cuidado pela própria mãe.

Aí, depois que ela faleceu, a filha foi morar com uma tia, porque não acharam que, padrasto não tinha condições de ficar com ela, o padrasto não tinha condições nem de se cuidar, a mãe passou a cuidar do padrasto, então ele saindo da casa debaixo, que era a casa da família, porque ele não aguenta olhar para a casa, inclusive, quando a gente chegou, ele foi convidar a gente para entrar, para sentar, e ele passa meio que de canto, acima da escada, para não olhar para a casa, que não aguenta nem ver, aí ele não olha para a casa, e passa para a casa da mãe, que ele agora está morando com a mãe [...] porque não consegue mais se cuidar (Entrevista, O., 2024).

Olívia continua relatando:

A filha, que estava sendo criada pelo casal, que era a filha biológica, apenas da falecida, vai morar com uma tia, que eu não sei quem é, então assim, acabou a família, não existe mais família, **a estrutura familiar não existe mais**, porque os laços que existiam ali foram todos partidos, e até socialmente, claramente, você enxergava que aquele homem estava visivelmente abalado, não sei se está se cuidando, psicologicamente, ele não falava entrevistas, não conseguia se envolver, estava muito mal, e aí eu sabia que eu não estava fazendo bem, então eu tentei ser o mais recente possível (Entrevista, O., 2024, grifo nosso).

A ausência da mãe rompe, conforme explicitado por Olívia, o eixo de sustentação emocional e prática da vida doméstica, desestabilizando o cotidiano e redistribuindo, de forma abrupta, papéis e responsabilidades. Ela aproveita para correlacionar a história à situação do perfil dessas mulheres que vão à óbito:

De maneira geral, é uma observação que eu faço, que quando a gente realiza essas investigações, há uma polarização da família. Quando morre a mãe, é uma polarização do núcleo familiar, que se desestrutura completamente. Então, é de fato algo muito abrupto. E aí, o componente social, muito presente aqui em Recife, também é uma observação que eu faço desde o início, o componente social é muito forte. Via de regra (lógico, há exceções), mas, na maioria das vezes, são mulheres pretas, periféricas,

dependentes, com nível de instrução baixo (Entrevista, O., 2024).

O caso evidencia como, no relato destas profissionais, o óbito materno repercute na estrutura social e afetiva das famílias, abrindo espaço para novos arranjos familiares marcados pela improvisação e, muitas vezes, pela fragmentação dos vínculos de cuidado. A preocupação de Olívia com as filhas de Luzia é compartilhada por outros profissionais de saúde, que, ao final das discussões técnicas, se perguntam especialmente sobre o paradeiro das crianças, como Luiza. Em algumas situações, ouvi agentes comunitários fornecer informações esparsas sobre mudanças de moradia, retorno ou não à vida escolar, ou, ainda, sobre a completa ausência de informações. Esta última situação, a falta de dados sobre as crianças e suas famílias, é frequentemente destacada pelas profissionais da vigilância em tom de crítica à ausência de acompanhamento por parte da Assistência Social.

### COMO FICAM OS ARRANJOS FAMILIARES?

A infraestrutura familiar muda completamente, porque há uma desestruturação. A avó, por exemplo, precisa sair de sua casa e mudar-se para a casa da mulher, para cuidar dos meninos. O marido, às vezes, fica com eles nos fins de semana. Mas é a mãe quem mais sofre. (...) A gente sabe (na visita domiciliar) que não está sendo fácil. Você desestrutura toda a família, né? Porque ela agora precisa trabalhar para trazer comida para casa, tem um bebê que depende dela 100% agora, com seis meses, e há também essa avó que precisou reorganizar toda a sua vida para estar aqui dando assistência a esse bebê. Então é toda uma infraestrutura que muda, né? (Entrevista, F., 2024).

A história de Luzia se repete na trajetória de muitas outras mulheres que morrem por óbito materno. Fernanda, em uma das conversas, explicou que comumente se depara com situações em que uma vizinha assume, de maneira informal, o trabalho do cuidado; ou em que os irmãos mais velhos passam a cuidar dos mais novos; ou ainda em que a avó precisa se mudar para a casa da filha falecida para cuidar dos netos, fortalecendo o que anteriormente ressaltai sobre a centralidade de avós e outras mulheres na manutenção e sobrevivência familiar (Fernandes; Fazzioni; Carneiro, 2024). Em outros casos, observa-se a separação dos irmãos, que são distribuídos entre diferentes membros da família - um vai morar com uma tia, outro com o pai, outro com a avó.

Esses relatos expressam, com frequência, que as famílias se “desfazem” e se reorganizam em torno dos filhos que ficam. Há um processo de transferência da responsabilidade do trabalho de cuidado para outras mulheres da rede familiar ou comunitária, que, além de gerirem suas próprias famílias, passam a acumular também o cuidado de outros membros da família extensa.

Nesse contexto, a imagem que os profissionais da vigilância constroem sobre essas famílias tende a enfatizar sua desestruturação, a separação entre membros da família e o distanciamento do seio familiar materializado na figura materna - a “família desestruturada”. Essa concepção pode, porém, desconsiderar os vínculos de solidariedade que se formam, inclusive com a participação de vizinhas e outras mulheres da comunidade, que tecem redes de apoio e garantem a continuidade dos cuidados, ainda que de forma informal e precarizada.

Uma morte materna altera a rota de sobrevivência das famílias. Além do luto, emergem as lacunas das políticas públicas de proteção social. As famílias são, então, frequentemente vistas como “desarticuladas”, pois perdem a mulher que centralizava o cuidado, a renda e a gestão doméstica. Quando esses arranjos são descritos sob a lógica da desagregação e desestruturação, é preciso tensionar essa leitura naturalizada (Sarti, 1992). Como afirma Ana Maria Goldani (2006), transformações como o aumento de famílias monoparentais, a chefia feminina, a queda da fecundidade e a ausência de suporte estatal revelam a complexidade das dinâmicas familiares e desmontam o mito da “desestruturação”. O que se interpreta como “desorganização” é, na verdade, uma reorganização diante da precariedade e da exclusão.

Ainda assim, o ideal de família nuclear e de classe média persiste como referência, reforçando estigmas e moralizando a pobreza. Nas discussões observadas, porém, a noção de “família desestruturada” aparece menos como julgamento moral e mais como efeito da ausência do Estado. Como disse Fernanda: “você desestrutura a família inteira”, invertendo o foco da falta nas famílias para a responsabilidade do próprio Estado. As profissionais reconhecem que a desassistência persiste, deixando famílias e crianças mais vulnerabilizadas e sem políticas de reparação.

Alguns relatos trazem exemplos concretos, como “a filha mais velha que ficou para cuidar das mais novas”; “a avó e a vizinha que morreram por falta de cuidados médicos de doenças evitáveis que também acometeram a mãe”; “a menina que morava com um padrasto que poderia abusar dela”, entre outras preocupações que permeiam o imaginário dessas profissionais. Mesmo conhecendo apenas fragmentos da realidade das famílias durante as visitas, elas apontam, durante as narrativas que tecem, para a complexidade dessas histórias e se deparam, de forma direta, com o contexto de desamparo em que muitas dessas famílias vivem.

## COMENTÁRIOS FINAIS

Em texto recente (Lustosa, 2025), argumento que os itinerários de abandono são percursos físicos, emocionais, burocráticos e morais que meninas, mulheres e pessoas que gestam são

forçadas a trilhar para atender às suas necessidades básicas de saúde. Representam experiências e obstáculos vividos nas interações com os sistemas de saúde, que ajudam a compreender tanto os desfechos de óbito quanto as percepções e disputas entre profissionais do Comitê sobre essas situações.

Esses itinerários ultrapassam as barreiras das redes assistenciais e atravessam dimensões como renda, mobilidade, escolaridade, trabalho, cuidado e acesso à informação. O conceito busca nomear como a morte materna, sobretudo entre mulheres negras, indígenas e com deficiência, resulta de formas persistentes de desproteção estrutural que se manifestam nas práticas cotidianas de saúde. Nas discussões do Comitê, o racismo aparece como dado naturalizado, porque é mencionado “via de regra, são mulheres pretas, periféricas, dependentes químicas”, mas raramente problematizado quanto as práticas que desumanizam esses corpos e os mantém desprotegidos e violados.

Na literatura socioantropológica, a etnografia em serviços de saúde (Ferreira; Fleischer, 2014) tem sido fundamental para compreender os itinerários terapêuticos - percursos de busca por explicações e cuidados. Otávio Bonet (2016) amplia o conceito à luz das malhas de Ingold, evidenciando sua natureza relacional. Em outro trabalho (Lustosa, 2021), analiso os itinerários de mobilidade e luta de uma “mãe de micro”, que configuram rotas de sobrevivência diante da precariedade do trabalho do cuidado e da sobrecarga feminina, mas também processos de cidadanização construídos a partir da reivindicação de direitos das crianças com SCZV.

O “depois da morte”, título deste artigo, mostra como a morte materna desencadeia rupturas sociais, afetivas e econômicas, exigindo reorganização das redes familiares, quase sempre sem suporte estatal e com a ideia de um imaginário de famílias que ficam desestruturadas, sob a perspectiva de profissionais da vigilância epidemiológica e de saúde. O conceito de hierarquias reprodutivas (Mattar; Diniz, 2012) reforça essa perspectiva, mostrando como fatores como raça, classe, deficiência, idade e arranjos familiares definem quais maternidades são reconhecidas ou estigmatizadas. Muitas mulheres vivenciam a maternidade sem suporte social, tornando-se mais vulneráveis à falta de políticas adequadas aos seus contextos de vida.

Mulheres negras, em especial, enfrentam menor acesso ao pré-natal, peregrinação para parir e atendimento precário, expressões de racismo e violência obstétrica (Oliveira; Kubiak, 2019; Prestes; Paiva, 2020; López, 2016; Mattar; Diniz, 2012). No contexto da morte materna em Pernambuco, esses dados se mantêm, uma vez que o perfil das mulheres que preenchem as estatísticas é composto por mulheres negras, com pouca escolarização formal, com vínculos precários de trabalho e residentes de bairros periféricos (Rodrigues, 2023).

Em coautoria (Allebrandt; Lustosa; Klujsza, 2024), argumentamos que a morte materna no Brasil não se reduz a números alarmantes. Na verdade, ela expõe falhas nas políticas de saúde, controle sobre corpos racializados e violações de direitos humanos, particularmente em

trajetórias reprodutivas vulnerabilizadas. Em Recife, os itinerários das mulheres evidenciam falhas múltiplas, como a peregrinação, alta rotatividade de profissionais, ausência de vínculo com os serviços, negligência, uso de práticas ultrapassadas e discursos moralizantes que culpabilizam a mulher por sua morte, como à máxima ouvida em uma das reuniões “ela não se cuidou”. A responsabilidade pelo cuidado, então, recai sobre outras mulheres, como avós, tias, vizinhas, que formam redes improvisadas, sustentadas pela solidariedade cotidiana, mas marcadas por sobrecarga e adoecimento. A ausência de políticas estruturadas de apoio à infância e às famílias se traduz em desproteção social e na reprodução de ciclos de precarização do cuidado.

Quando uma mulher morre no ciclo gravídico-puerperal, não é só o rompimento de um projeto de vida. Ocorre a ruptura de um pilar familiar, afetivo e econômico. Assim, a morte materna não é um evento isolado no ciclo reprodutivo. Ela produz legados de desigualdade intergeracional, aprofundando ciclos de pobreza, desproteção social e precarização da vida. Ao mesmo tempo, evidencia como as práticas de cuidado, racializadas, generificadas e naturalizadas, são capturadas pela lógica da responsabilização privada e ao custo do adoecimento e da sobrecarga dessas mulheres.

A análise do percurso de mulheres antes do óbito, a partir de documentos oficiais e narrativas de profissionais de saúde, permite compreender que a morte materna não encerra uma trajetória. Ao contrário, ela inaugura outras, marcadas por novos arranjos de cuidado em contextos de reprodução de desigualdades. Trata-se, portanto, de compreender a morte materna como uma face extrema das desigualdades reprodutivas, nas quais a vida de algumas mulheres, e, conseqüentemente, de suas famílias e comunidades, é sistematicamente colocada em risco ou tornada descartável.

## REFERÊNCIAS

1. ALLEBRANDT, Débora; LUSTOSA, Raquel, KLUJSZA, Stephania. “Um erro assim foi fatal, né?”: morte materna evitável, racismo e violência obstétrica no Brasil. **Brasil de Fato**, Rio de Janeiro, 27 abr. 2024. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/colunista/rema/2024/09/26/um-erro-assim-foi-fatal-ne-morte-materna-avoidavel-racismo-e-violencia-obstetrica-no-brasil/>. Acesso em: 26. set. 2024.
2. BARROSO, Hayeska; GAMA, Mariah. A crise tem rosto de mulher : como as desigualdades de gênero particularizam os efeitos da pandemia do COVID-19 para as mulheres no Brasil. **Revista Do CEAM**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 84–94, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/3953300>. Acesso em: 25 out. 2025.

3. BONET, Octavio. Itinerações e malhas para pensar os itinerários de cuidado: A propósito de Tim Ingold. **Sociologia e Antropologia**, Rio de Janeiro, 4, n. 2, p. 327-350, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sant/a/DY5QngrQbd3ZgsQTD6Sjgvs/?lang=pt>. Acesso em: 7 nov. 2025.
4. BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 25, e200762, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PrkQZTHQFkMYVQQLHJxKPNF/>. Acesso em: 27 jun. 2025.
5. CARNEIRO, Sueli. **Escritos de uma vida**. São Paulo: Pólen Livros, 2019.
6. CARNEIRO, Sueli. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org.). **Pensamento Feminista: Conceitos Fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019. p. 313-324. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/handle/123456789/2736>. Acesso em: 7 nov. 2025.
7. CARNEIRO, Rosamaria. Gestar e parir em tempos de COVID-19: uma tragédia anunciada? **Boletim Cientistas Sociais e o Coronavírus**, São Paulo, n. 29, 28 abr. 2020. Disponível em: <https://anpocs.org/index.php/publicacoes-sp-2056165036/boletim-cientistas-sociais/2343-boletim-n-29-cientistas-sociais-e-o-coronavirus>. Acesso em: 27 jun. 2025.
8. CARVALHO, Patricia; VIDA, Suely Arruda; Comitê de mortalidade materna e a vigilância do óbito em Recife no aprimoramento das informações: avaliação ex-ante e ex-post. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 23, e20220254, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/JrnYWsL5jyxyVHpQXmQCP5p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2025.
9. CASTRO, Mary. **Feminização da pobreza em cenário neoliberal**. In: CONFERÊNCIA ESTADUAL DA MULHER, 1., Rio Grande do Sul, 1999. Rio Grande do Sul: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 1999.
10. CLIMACO, Julia. Análise das construções possíveis de maternidades nos estudos feministas e da deficiência. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 28, n. 1, e54235, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n154235>. Acesso em: 25 out. 2025.
11. COLEN, Shellee. “Like a mother to them”: stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York. In: GINSBURG, Faye; RAPP, Rayna (ed.). **Conceiving the New World Order: the global politics of reproduction**. Berkeley: University of California Press, 1995. p. 78-102.
12. DINIZ, Debora. Vírus Zika e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, e00046316, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4wsWG3TkLXVMqNNTdW3JmcK/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 6 nov. 2025.

13. DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, [s. l.], v. 6, n. 11, p. 64–77, dez. 2009.
14. DINIZ, Debora; BRITO, Luciana; 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 – Americas**, [s. l.], v. 10, 100239, 2022. 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. 2025.
15. DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009.
16. DUARTE, Andressa; MORIMOTO, Laysa Harumi. Economia do cuidado e equidade de gênero no trabalho: o papel das políticas públicas de assistência social e dos novos arranjos de trabalho. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 141-155, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2237-1095.rgpp.2024.189430>. Acesso em: 27 jun. 2025.
17. DROVETTA, Raquel. Morbimortalidad femenina en la Puna jujeña: potencialidad de la técnica autopsia verbal. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 15, p. 257–268, 2008.
18. FASSIN, Didier. O sentido da saúde: antropologia das políticas da vida. In: SAILLANT, Francine; GENEST, Serge (org.). **Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ens-31476>. Acessado em: 07 nov 2025.
19. FEDERICI, Silvia. **O Ponto Zero da Revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. São Paulo: Elefante, 2018.
20. FERNANDES, Camila; FAZZIONI, Natalia; CARNEIRO, Rosamaria. Esteio da família: a centralidade do papel das avós no cuidado e a invisibilidade de suas sobrecargas. **Brasil de Fato**, Rio de Janeiro, 8 jul. 2024. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/colunista/rema/2024/07/08/esteio-da-familia-a-centralidade-do-papel-das-avos-no-cuidado-e-a-invisibilidade-de-suas-sobrecargas/>. Acesso em: 5 nov. 2025
21. FERREIRA, Jaqueline; KLUJSZA, Stephania. Mulheres, médicos, ativismo e Estado: a produção da violência obstétrica. **Antropolítica, Revista Contemporânea de Antropologia**, Niterói, v. 56, n. 1, 2024. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/antropolitica/article/view/56481>. Acesso em: 5 nov. 2025.
22. FIETZ, Helena Moura. Antropologia e deficiência: uma conversa com Rayna Rapp e Faye Ginsbur, **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 64, 2022. Disponível em: <http://journals.openedition.org/horizontes/6778>. Acesso em: 7 nov 2025.
23. FLEISCHER, Soraya. Segurar, caminhar e falar: notas etnográficas sobre a experiência de uma “mãe de micro” no Recife/PE. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, Salvador,

- v. 3, n. 2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/21983>. Acesso em: 7 nov. 2025.
24. FONSECA, Claudia; MARRE, Diana; RIFIOTIS, Fernanda. Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 27, p. 7-46, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000300001>. Acesso em: 27 jun. 2025.
25. GÓES, Emanuelle; FERREIRA, Andrea; RAMOS, Dandara. 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/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2025.
26. GOLDANI, Ana Maria. As famílias no Brasil contemporâneo e o mito da desestruturação. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 1, p. 68–110, 2005.
27. LAURENTI, Rui; JORGE, Maria Helena Prado de Mello;; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira De Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 449–460, 2004.
28. LÓPEZ, Laura Cecilia. Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça. **Revista TOMO**, São Cristóvão, n. 28, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufs.br/tomo/article/view/5424>. Acesso em: 6 nov. 2025.
29. LUSTOSA, Raquel. Sob o Signo da Morte: itinerários de abandono e a produção social da mortalidade materna em Recife. In: CASTRO, Rosana; RODRIGUES, Ana Claudia (org.). **Racismo e Saúde: perspectivas antropológicas contemporâneas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2025. p. 49 – 74.
30. LUSTOSA, Raquel. Os itinerários de Tereza: práticas de cuidado, mobilidade e luta associados ao contexto da ‘micro’. **Pós – Revista Brasiliense de Pós-Graduação em Ciências Sociais**, Brasília, v. 16, p. 151-190, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapos/article/view/38016>. Acesso em: 26 jan. 2026.
31. LUSTOSA, Raquel. “**É uma rotina de muito cansaço**”: narrativas sobre cansaço na trajetória das mães de micro em Recife/PE. 2020. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/39328>. Acesso em: 26 jan. 2026.
32. LUSTOSA, Raquel; CAMARGO, Ana Claudia. Gestações e Puerpérios arriscados: narrativas oficiais do Governo brasileiro acerca de maternidades consideradas indesejáveis face às emergências sanitárias do Zika e da Covid-19. **Pós - Revista Brasiliense de Pós-Graduação em Ciências Sociais**, Brasília, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 51–61, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapos/article/view/43803>. Acesso em: 26 jan. 2026.

33. MALTA, Deborah; DUARTE, Elizabeth. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 765–776, 2007.
34. MATTAR, Laura; DINIZ, Carmen Simone. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XqxCrSPzLQSyTJjsFQMdwjb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2025.
35. MORGAN, Lynn; ROBERTS, Elizabeth. Reproductive governance in Latin America. **Anthropology & Medicine**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 241-254, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22889430/>. Acesso em: 27 jun. 2025.
36. OLIVEIRA, Ianne; MARANHÃO, Thatiana Araújo; SOUSA, George; SILVA, Taynara; Rocha, Maria Izabel; FROTA; Maria Madalena; ARAUJO, Thalís Azevedo; PEREIRA, maria Lúcia. Maternal mortality in Northeast Brazil 2009-2019: spatial distribution, trend and associated factors. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 32, n. 3, e2022973, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/qntd6747GPHcDH5tLkSKTcb/?lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2025.
37. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Saúde materna**. Brasília: OPAS, [2025?] Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna>. Acesso em: 5 nov. 2025.
38. PARKER, Richard. A produção da ignorância. **Revista RADIS**, Rio de Janeiro, 7 jan. 2021. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/opiniao/pos-tudo/covid-19-e-a-producao-da-ignorancia>. Acesso em: 27 jun. 2025.
39. PEIRANO, Mariza. Etnografia, ou a teoria vivida, **Ponto Urbe**, São Paulo, v. 2, 2008
40. PIMENTA, Denise. Pandemia é coisa de mulher: Breve ensaio sobre o enfrentamento de uma doença a partir das vozes e silenciamentos femininos dentro das casas, hospitais e na produção acadêmica, **Tessituras**, Pelotas, v. 8, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/tessituras/article/view/18900>. Acesso em: 26 jan. 2026.
41. PORTO, Rozeli; MOURA, Patricia. O corpo marcado: a construção do discurso midiático sobre Zika Vírus e microcefalia. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, Salvador, v. 3, n. 2, p. 121-142, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/22125/14757>. Acesso em: 27 jun. 2025.
42. PRESTES, Clélia; PAIVA, Vera. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: vulnerabilidades, direitos e saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 673-688, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162901>. Acesso em: 15 jan. 2026.
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Maternal Mortality. **WHO**, [s. l.], 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternalmortality>.

Acesso em: 25 out. 2025.

44. OLIVEIRA, Beatriz.; KUBIAK, Fabiana Muccini.. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 939–948, jul. 2019.
45. OLIVEIRA, Nicoly Maturand; SANTOS, Gustavo Gonçalves. Mortalidade materna no Brasil entre o período de 2020 a 2023: estudo de base populacional. **Gestão e Cuidado em Saúde**, Fortaleza, v. 1, n. 2, p. e13139, 2024. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/gestaoecuidado/article/view/13139>. Acesso em: 26 jan. 2026.
46. RODRIGUES, Talita. **Gestar, Parir, Morrer**: mulheres negras, morte materna e o racismo na saúde. Recife: SOS Corpo, 2023.
47. SARTI, Cynthia Andersen. Contribuições da antropologia para o estudo da família. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 3, n. 1-2, p. 69-76, 1992.
48. SEGATA, Jean; SCHUCH; Patrícia; DARMOL, Arlei Sander; VICTORIA, Ceres. A Covid-19 e suas múltiplas pandemias. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 27, n. 59, p. 7-25, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832021000100001>. Acesso em: 16 jan. 2026.
49. SILVA, Fernanda Loureiro; RUSSO, Jane; NUCCI, Marina. Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 27, n. 59, p. 245–265, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/mthgtDG3P5JxbT9fGhnf4Rz/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2026
50. TEMPESTA, Geovana; FRANÇA, Ruhana Luciano de. Nomeando o inominável. A problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 27, n. 61, p. 257–290, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000300009>. Acesso em: 27 jun. 2025.
51. UNFPA: mortalidade materna no Brasil aumentou 94,4% durante a pandemia. **Nações Unidas Brasil**, Brasília, 19 out. 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/203964-unfpa-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-944-durante-pandemia>. Acesso em: 12 set. 2023.
52. VALIM, Thais Maira Moreira ; MARQUES, Barbara Marciano; LUSTOSA, Raquel. ‘It feels like we’re going back in time’: rights of children with Congenital Zika Virus Syndrome and their caregivers in the face of two epidemics. **Disability Studies Quarterly**, [s. l.], v. 41, p. 1-20, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapos/article/view/38016>. Acesso em: 19 jan. 2026.
53. VERGÈS, Françoise. **Um feminismo decolonial**. Tradução de Jamille Pinheiro Dias e Raquel Camargo. São Paulo: Ubu, 2020.
54. WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e**

**Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 7 nov. 2025.

*Raquel Lustosa*

Analista de pesquisa e litígio estratégico no Anis Instituto de Bioética, Gênero e Direitos Humanos. Doutoranda em Antropologia Social pela Universidade Federal de Pernambuco. ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6047-8538>. E-mail: [lusraquel@gmail.com](mailto:lusraquel@gmail.com)