

“Caso”, “morto” e afins: significados do cadáver em meio à sua medicalização

“Case”, “dead” and related: meanings of the corpse amidst its medicalization

Oscar Palma Lima*

Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil
lima.oscar@gmail.com

Annette Leibing***

Université de Montreal. Canada
annette.leibing@umontreal.ca

Alexandre de Pádua Carrieri**

Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil
alexandre@face.ufmg.br

Resumo

O objetivo deste artigo é entender como a medicalização da morte, isto é, a transformação da morte em um evento institucionalizado segundo o modelo da medicina de morte e doença, interfere na organização social da morte no Brasil atual. Nesse artigo, tiramos dois exemplos de saberes e práticas técnicos relativos à essa medicalização. O primeiro foi o discurso organizado pelo Estado brasileiro e seus agentes sobre o preenchimento da Declaração de óbito e como ele implicitamente separa doença, lesão e morte de seu fundo social. O segundo foram os discursos dos trabalhadores no Instituto Médico-Legal e nos laboratórios de tanatopraxia e como eles se se aproximam (ou se afastam) da linguagem oficial. Queremos mostrar como a morte enquanto um objeto de pesquisa não é uma “coisa” separada e independente dos elementos sociais que lhe dão visibilidade.

Palavras-chave: Organização social; Morte; Medicina; Brasil.

Abstract

The purpose of this article is to understand how the medicalization of death, that is, the transformation of death into an institutionalized event according to the model of medicine of death and disease, interferes in social organization of death in Brazil today. In this article, we elicit two examples of technical knowledge and practices related to this medicalization. The first was the discourse organized by the Brazilian State and its agents on the fulfillment of the Death Certificate and how it implicitly separates illness, injury and death from its social background. The second was the speeches of the workers at the Coroner’s Office and in the embalming laboratories and how they approximate (or depart) from the official language. Our goal is to show how death as a research object is not a separate “thing”, independent of the social elements that give it visibility.

Keywords: Social organization; Death; Medicine; Brazil.

* Doutor em Administração, Faculdade de Ciências Econômicas/ Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte – MG – Brasil
orcid.org/0000-0002-1441-5747

** Professor, Departamento de Ciências Administrativas/ Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte – MG – Brasil
orcid.org/0000-0001-8552-8717

*** Professora, Faculté des sciences infirmières/ Université de Montreal
orcid.org/0000-0003-2658-3497

“Caso”, “morto” e afins: significados do cadáver em meio à sua medicalização

1. *Episteme e biopolítica*

É sabido que a medicalização da morte não só estabeleceu o médico como a figura crucial no comando do processo de morrer, também moldou as atitudes do público sobre o significado morte (Prior, 1989; Vovelle, 1996; Walter, 1991, 1994). Neste artigo, nós propomos examinar este fenômeno como decorrente de uma mudança epistêmica. Em “Sobre a História da Sexualidade”, Foucault (1986) define episteme a partir de um segundo termo, o *dispositivo*. Esse último termo denota “um conjunto decididamente heterogêneo”, ainda que estável, de “discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” que deve ser entendido como “formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma *urgência*” (Foucault, 1986: 138, grifo meu). Se o *dispositivo* engloba os elementos heterogêneos do “o dito e o não dito”, aqui dispostos a serviço de “uma função estratégica dominante”, então a *episteme* seria o formato “especificamente discursivo” dele (Foucault, 1986: 139). Assim sendo,

Voltando um pouco no tempo, eu definiria epistémè como o dispositivo estratégico que permite escolher, entre todos os enunciados possíveis, aqueles que poderão ser aceitáveis no interior, não digo de uma teoria científica, mas de um campo de cientificidade, e a respeito de que se poderá dizer: é falso, é verdadeiro. E o dispositivo que permite separar não o verdadeiro do falso, mas o inqualificável cientificamente do qualificável (Foucault, 1986: 140).

Também é preciso lembrar que os *dispositivos* da biopolítica (i.e. mecanismos de segurança) apenas consideram o indivíduo como membro de uma população, uma vez que isso “permite mensurar quantitativamente os efeitos de massa dos comportamentos individuais” (Foucault, 1978: 55). Ou, como comentou Lemke (2011), “o objeto da

biopolítica não são os seres humanos individuais, mas seus aspectos biológicos mensurados e agregados no nível da população” (p. 5). Consequentemente, “a ‘vida’ tornou-se um fator independente, objetivo e mensurável”, e também “uma realidade coletiva que pode ser separada epistemologicamente e praticamente de seres vivos concretos e da singularidade da experiência individual” (Lemke, 2011: 5). Lembremos ainda que na racionalidade econômica liberal, dentro da qual aparece a biopolítica, o cálculo utilitário admite o descarte estatístico dos casos isolados, das exceções, das singularidades – o que, no nosso entendimento, inclui histórias de vida (ver Foucault, 2008; 1978: 54 – 55).

Trata-se de uma perspectiva sobre a vida que segue o cânone da ciência positiva, para o qual “a primeira regra e a mais fundamental é considerar os fatos sociais como coisas” (Durkheim, 2007:15). Desse cânone também participou um interesse duradouro e obsessivo na causalidade, nas regularidades objetivas como leis, para não dizer no domínio instrumental da natureza e da contingência (Adorno e Horkheimer, 1985). Esse é o contexto em que surge uma série de leis para organizar a estrutura e funções dos organismos vivos; leis para definir a natureza do crescimento populacional; as leis para explicar o crescimento de tecido saudável ou o desenvolvimento de doenças (Prior, 1989). Ou como escreve Vovelle (1996), “uma ideologia cientificista e uma filosofia biológica” garantem um sistema “que associa a explicação idealista (o progresso da razão) à explicação materialista, mecanicista (os triunfos da vida sobre a morte)” (p. 22). A utopia dessa aventura moderna seria atingir, através do progresso científico, “a mortalidade de uma longa vida a se encerrar sem dor e voluntariamente” (Vovelle, 1996: 22), permitindo o surgimento de toda uma gama de práticas, atividades e configurações que envolvem a morte. Mas para entender isso na realidade brasileira, como metodologia, optamos por cruzar revisão bibliográfica, análise documental e pesquisa de

campo (Goldenberg, 2004). O que apresentamos aqui é parte de uma pesquisa geral sobre o setor funerário em cinco capitais do Sudeste do país, encerrada em 2018, onde foram realizadas ao todo 97 entrevistas que foram transcritas e analisadas em conjunto com anotações do campo.

Esse artigo se divide em cinco partes. Além desta introdução, na segunda parte buscamos entender como o conjunto de processos supracitado conseguiu alcançar uma objetividade científica e se tornar um procedimento de controle presente no cotidiano dos profissionais de saúde. Na terceira parte, como o Ministério da Saúde (Brasil, 2007) adotou um viés instrumental para o preenchimento da Declaração de Óbito. Na quarta parte, quisemos entender o grau de interferência desse instrumentalismo no funcionamento do Instituto Médico Legal e do laboratório de tanatopraxia. Por fim, na conclusão, propomos temas para futuros estudos.

2. A cadeia causal

Figura 1 – As causas da morte
(ver Anexo)

Atualmente, a declaração de óbito (DO) é o eixo de todo o sistema de médico-legal e suas regras e práticas – nosologias, categorias de descrição e explicação, princípios, etc. (Prior, 2004). Ele dá à morte a sua dimensão administrativa. De fato, o conteúdo e o formato, desse documento permitem que se produzam conceitos, categorias e relatórios estatísticos sobre ela. Mas devido a sua complexidade, cabe aqui fazer uma análise de um de seus componentes, especificamente o que se trata da cadeia causal: o quinto bloco (campos 37 a 40) da DO, a parte que se refere sobretudo às *causas da morte* e a sua *classificação* (ou nosologia) segundo a norma internacional.

A principal preocupação do governo com aqueles que preenchem a DO é registrar a *causa básica da morte*, que pode ser, em primeiro lugar, “a *doença* ou *lesão* que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte” e, em segundo lugar, “as circunstâncias do *acidente* ou *violência* que produziu a lesão fatal” (Brasil, 2007: 28, grifos meus). O registro deve ocorrer segundo a lista da Classificação Internacional de Doenças (CID), que está na sua décima edição (CID-10) (Laurenti e Jorge, 2016).¹ Nesta classificação, agrupam-se as doenças semelhantes em *grupos de diagnósticos* (e não *casos individuais*) que receberão uma *nomenclatura* (ver

1 Há previsão de atualização na CID, e, ao que tudo indica, a 11ª revisão será lançada em 2020. Disponível em: < <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/> >. Acesso em: 28 jan. 2018.

Laurenti e Jorge, 2016: 408). Na nosologia da CID, há um código numérico para classificar “doença” ou “estado mórbido” segundo a edição vigente. O local destinado a CID no atestado de óbito é preenchido pelos codificadores da secretaria de saúde, que são especialmente contratados para isso (Brasil, 2007). A atual edição contém mais de 8 mil motivos pelos quais nossa vida termina e segue aquela lógica que se inicia em meados do século XIX, quando a rotina burocrática buscava caracterizar uma população através das estatísticas de mortalidade (ver Armstrong, 2002: 90).

A estrutura descritiva do campo 40 permite que o clínico registre as causas primárias (parte I) e as causas secundárias (parte II) da morte. Ainda que, fisiologicamente, morremos de diversas causas simultâneas, como mostra a estatística de correlação, para evitar incertezas, as mudanças na DO levaram à obrigatoriedade de uma sequência identificada pelo médico (Armstrong, 2002). A CID também tem regras de procedência que ordenam os processos patológicos que ocorrem no corpo, regras que impactam na “contabilidade” dos óbitos. Por exemplo, hoje, o registro das doenças do sistema circulatório (100-199) deve preceder as doenças registradas em outros subsistemas; mas em 1912 eram as doenças pulmonares e hepáticas que tinham precedência (Prior, 2004). Também a velhice não é considerada uma causa de morte (2004). Ou seja, a cada mudança nas regras de procedência da CID, mudam-se as formas de visibilidade, por haver, como já havia no nascimento da clínica, uma “reorganização epistemológica da doença, em que os limites do visível e do invisível seguem um novo plano” (Foucault, 1963: 225).

Na atual versão da DO, a sequência da parte I, organizada de baixo para cima, registra os fatos que levaram ao óbito, sendo que o último deles (linha a) é a causa imediata da morte. Assim temos: (d) Causa básica da morte → (b) e (c) Causa intermediária → (a) causa imediata ou terminal. Como adotamos o padrão internacional, a identificação da *causa imediata* é que produz efeitos estatísticos e que fundamenta as análises de programas e políticas de atenção à saúde (Laurenti e Jorge, 2016). Isso quer dizer que, nessa perspectiva, o corpo se transforma de espaço anatômico em espaço causal, lugar onde se encontra as causas da doença e da morte (Prior, 1989).

Neste bloco, também se pergunta se o diagnóstico do óbito foi feito por *necropsia*, isto é, pelo exame de órgãos e tecidos do morto (popularmente conhecido por *autópsia*). Em cidades como Belo Horizonte, apenas uma pequena parte das mortes, as de *causa “não natural”*, é sujeita a esse procedimento. Segundo Katz (2004), a quantidade é limitada porque a lei geralmente só requisita a sua realização para casos

específicos – morte súbita (acidente, suicídio), morte inesperada, morte violenta ou morte de doentes sob cuidados médicos, mas sem uma explicação clínica (pois há patologias indetectáveis ao olho nu). São casos em que paira a dúvida sobre a existência ou não de um crime, e, caso ele tenha ocorrido, deve-se documentar as suas circunstâncias. Em caso de *morte natural*, a autópsia não é obrigatória e deve ocorrer com autorização da família (Parecer CFM nº 39/11). Mas não quer dizer que ela abra mão do seu controle sobre o ente querido de bom grado, pois muitas vezes os procedimentos periciais de tratar a morte inesperada privilegiam mais as exigências legais e médicas do que as necessidades (e angústias) dos familiares. Uma entrevistada do IML nos explicou essa perda imediata dos direitos sobre o corpo para uma instituição pública (que toma para si a custódia dele) e como acesso restrito a ele exacerba um sentimento de estranheza dos familiares:

Aqui no IML, os familiares entram no mínimo em três para fazer o reconhecimento visual do corpo do “desconhecido” que havia desaparecido... uma documentação que é mandada para delegacia para qualificar aquele “desconhecido” como “o fulano de tal” ... aí depois ela volta para o IML para liberar o corpo... O parente (pai, mãe, esposa e filhos maiores de dezoito anos) tem que apresentar um documento que comprove que aquele corpo tem um vínculo familiar de primeiro grau... Para avós, eles não liberam tão fácil, nem para tios, a não ser que eles tragam toda documentação que comprove o vínculo familiar... Às vezes, eles brigam com a gente... Aí esse parente tem que preencher uns documentos que o torna ser responsável (inclusive judicialmente) por aquelas informações... (E55)

Como objeto de pesquisa, o preenchimento da cadeia causal serve para avaliar a qualidade das informações da DO e suas imprecisões. Todavia, nos lembra Bloor (1991), avaliar os atestados de óbito exclusivamente pela exatidão de dados patológicos e estatísticos é insuficiente para compreender o papel social deste mecanismo contábil. Importante notar que a certificação da morte é uma prática médica com grande variabilidade entre seus praticantes, ainda que cada profissional acredite estar de acordo com a norma-padrão de preenchimento de atestados. Na rotina médica, de resto, o preenchimento dos atestados de óbito é considerado pouco importante, por se tratar de uma atividade não supervisionada ou noticiada (Bloor, 1991). No Brasil, é normal o profissional se ater à parte médica do atestado, a que se refere às causas e condições do óbito, deixando para os outros funcionários preencherem as demais

informações (Laurenti e Jorge, 2016). Isso permite, por exemplo, que um médico siga seus valores morais e preencha a DO considerando mais os sentimentos da família, como a angústia de saber o resultado da autópsia ou se precisará atrasar os preparativos do funeral², do que a precisão do registro. Aliás, quanto ao aspecto de “trabalho burocrático”, uma funcionária responsável por liberar os corpos de um grande hospital, deu o tom de controle e impessoalidade desse tipo de procedimento durante a nossa pesquisa de campo:

Da Ficha de Óbito que vem do quarto, o médico faz a DO... agente pega os dados do paciente, endereço da família, etc. O médico preenche essa parte aqui... Aí, é entregue para família que leva essa via para o cartório. A via fica lá... No cartório é emitido a Certidão de Óbito que vem para cá... essa via branca fica retida aqui, a outra amarela fica retida no cartório e o cartório passa essa daqui para a família... eu tiro um xerox dela para passar para funerária que faz a remoção... só pode fazer o sepultamento com a Certidão de Óbito e não com a DO... O cartório faz a Guia de Sepultamento que o cemitério exige... Com DO, eles podem ter o velório, mas não sepultamento... Só a funerária que pode vir pegar... Eu só libero se o papel tiver a logomarca e esse pedido aqui, com todos os dados da pessoa e para onde ela vai, o que mostra que a família já foi no cartório fazer o registro e na funerária resolver tudo... Aqui eu dou entrada do que vem e controlo o que sai: a data de hoje, o horário da saída, a empresa que pegou, a placa do veículo, o nome do motorista, o RG e a rubrica dele, e a minha assinatura (E77).

Mas bem mais interessante que qualidade do preenchimento da DO é o funcionamento da *nosologia* nesse documento, que obedece a um refinado sistema estatístico. Foi William Farr [1808 – 1883] o primeiro a agrupar centenas de causas da morte em poucas categorias, o que permitiu com que as estatísticas de mortalidade segundo a causa de óbito pudessem acontecer (Armstrong, 2002). Para tanto, ele distribuiu a mortalidade na topografia do corpo³, o que fez com que a anatomia humana,

2 No Brasil, por exemplo, esse atraso pode ocorrer devido à obrigatoriedade da presença de certidão de óbito para realizar um enterro (cf. Lei 6015/73, art. 77). Trata-se de uma exigência antiga pois, conforme Camargo (2007), em São Paulo da década de 1850, a determinação do médico em verificar um óbito antes de sepultar um corpo se vinculava também a questões criminais como a ocultação de crimes. Inicialmente, tal determinação não foi cumprida à risca, pelo menos até a década de 1870, devido ao hábito da população de chamar um padre, e não um médico, para acompanhar os últimos momentos do doente.

3 No eixo classificatório que ele propôs em 1855, no Segundo Congresso Internacional de Estatística, as doenças do sistema nervoso estavam próximas das doenças da circulação, enquanto

de sítio para *descobrir* as causas da morte, também se tornasse um meio para *classificar e compreender* as causas da morte (ver Laurenti, 1991). Até hoje, a CID agrupa as doenças de acordo com os subsistemas do corpo humano (o sistema respiratório, o sistema circulatório, etc.).

A mudança epistemológica promovida por Farr permitiu com a morte pudesse ser individualizada: em vez de uma morte genérica para quase todas as situações, um rótulo específico para a “causa de morte” poderia ser atribuído a todos e cada corpo (Armstrong, 2002). Tal mudança qualitativa transformaria a morte de *evento privado* em *estatística pública*. Isso não quer dizer que não havia grandes registros de nascimentos e mortes antes. Tradicionalmente, as Igrejas mantinham registros de batismos e sepultamento, o que, na prática, é a mesma coisa. Mas, como *episteme*, eles são completamente diferentes: a Igreja estava interessada no destino da alma, não no corpo. Se o objetivo da vida é ganhar acesso ao Céu (“bem morrer”), e a morte está nas mãos de Deus, não haveria sentido em detalhar como se morre (ver Rodrigues, 2005: 93 – 147). Trata-se, portanto, um novo regime de investigação e análise dos órgãos internos do cadáver – um regime que Armstrong (2002) chama de “morte patológica” – e que não poderia ter chegado ao Brasil, sem a autonomia do poder civil frente ao poder eclesiástico quanto aos procedimentos de registro (ver Rodrigues, 2005: 309 – 360).

O novo regime também permitiu com que a medicina redefinisse a vida em nível privado e público. Para o Armstrong (2002), nesta época, o *espaço corporal* que ciência sanitária delineou e a anatomia humana subdividiu foi preenchido com uma *força vital* que pulsava em seus tecidos e órgãos e que resistia ao chamado mórbido, escondido no íntimo de seu corpo. Dito de outro modo, o Homem se distancia do mundo natural quando lhe surge um domínio corporal separado e independente das forças que podem levá-lo a termo. Será nesse espaço de diferenciação do Homem que, em vida, se rastreia a lesão patológica e, no pós-vida, se realiza a autópsia “para revelar a verdade da morte na forma de processos ou estruturas de doença que a provocaram” (Armstrong, 2002: 20). Consequentemente, é na burocracia que registra a morte que se encontrava “a verdade da vida”, quando, por exemplo, “o patologista dissecava o corpo, o clínico completava o certificado de óbito e o notário reunia esses registros da luta épica dentro do corpo do Homem” (Armstrong, 2002: 19).

Outra consequência direta do regime da morte patológica é o tratamento terapêutico se direcionou à doença, e não mais à singularidade do doente

(Prior, 2004). Ressurge algo próximo da concepção de “doença” que a “medicina das espécies” utilizava (Foucault, 1963). Para esta medicina, a doença comportava-se como um tendo uma existência e um desenvolvimento próprios, tal como as plantas e os animais. Por isso, escreve Foucault (1963), na relação entre doença e paciente, “o médico deve abstrair o doente”, e completa, “o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses” (p.7). Em consequência, pelos menos para os procedimentos de identificação e controle do Estado, o campo da doença e da mortalidade estreitou, de condição humana a um código numérico específico (ver Bauman, 1992: 138). Vejamos como acontece no Brasil segundo as normas e regras do governo federal.

3. *O preenchimento da cadeia causal segundo o Ministério da Saúde*

Separamos três exemplos da aplicação desta *episteme* a partir da análise do manual do governo federal (BRASIL, 2007). Nosso objetivo é mostrar como “o homem se transformou num objeto de sua própria morte”, ou melhor, “como ele foi reduzido a uma condução menor” em prol do desenvolvimento econômico-social (Rodrigues, 1983: 191). De fato, o foco na anatomia do corpo permitiu simultaneamente definir como a doença se distribui no corpo e ignorar o contexto social, econômico e político em que ela surge (Prior, 1989). Os casos a seguir se referem a pacientes com *hipertensão* (caso 1); *esquistossomose mansônica*, isto é, uma doença parasitária transmitida em águas poluídas com fezes humanas (caso 2); e *doença de chagas* (caso 3). Em comum, todos eles se referem à dimensão investigativa do cadáver:

Exemplo 1 – masculino, 65 anos. Há 35 anos, sabia ser hipertenso e não fez tratamento. Há dois anos, começou a apresentar dispnéia de esforço. Foi ao médico, que diagnosticou hipertensão arterial e cardiopatia hipertensiva, e iniciou o tratamento. Há dois meses, insuficiência cardíaca congestiva e, hoje, teve edema agudo de pulmão, falecendo após 5 horas. Há dois meses, foi diagnosticado câncer de próstata (Brasil, 2007: 16).

Figura 2 – Caso 1 (ver Anexo)

Exemplo 2 – paciente diabético, deu entrada no pronto-socorro às 10:00 com história de vômitos sanguinolentos desde às 6 da manhã. Desde às 8:00 com tonturas e desmaios. Ao exame físico, descorado +++/4+, e PA de 0 mmHg. A família conta que paciente é portador de Esquistossomose

as doenças da reprodução avizinhavam as doenças do sistema urinário (cf. LAURENTI, 1991: 411).

mansônica há 5 anos, e que 2 anos atrás esteve internado com vômitos de sangue, e recebeu alta com diagnóstico de varizes de esôfago após exame endoscópico. Às 12:00, apresentou parada cardio respiratória [sic] e teve o óbito verificado pelo médico plantonista, após o insucesso das manobras de reanimação (Brasil, 2007: 17).

Figura 3 – Caso 2
(ver Anexo)

Exemplo 3 – paciente chagásico, com comprometimento cardíaco, internado com história de distensão progressiva do abdômen. Há 2 dias vem apresentando fraqueza, febre alta, e não suporta que lhe toquem o abdômen. Sem evacuar há 3 dias, tem diagnóstico colonoscópico de megacólon há 5 anos. Na visita médica das 8:00 da manhã, paciente suava muito e apresentava pressão sistólica de 20 mmHg. O diarista, após avaliar o hemograma, trocou o antibiótico, e ao longo do dia ajustou várias vezes o gotejamento de dopamina. Às 16:00, apresentou parada cardio respiratória e teve o óbito confirmado pelo médico substituto, após o insucesso das manobras de reanimação (Brasil, 2007:18).

Figura 4 – Caso 3
(ver Anexo)

Cada um dos 3 casos em que é aplicada a nosologia, é possível encontrarmos o discurso (ou entendimento) de que sendo a morte uma lesão patológica, ela se torna um objeto da ciência médica. Essa *medicalização da morte* apresentaria algumas características fundamentais (Prior, 1989). A primeira delas é a de demonstrar que a morte natural é inerente ao corpo: ela não interrompe a vida como uma maldição ou como um fenômeno repentino. Nos casos em tela, a hipertensão (caso 1), a doença parasitária (caso 2) e o quadro crônico (caso 3) se tornam núncios da morte que virá no longo prazo. A segunda característica é a crença de que é sempre possível localizar a *causa primária* na anatomia humana (pulmão, no caso 1; esôfago, no caso 2; peritônio, no caso 3). A terceira característica é que, embora a nossa morte tenha diversas causas simultâneas, optou-se por isolar e classificar uma única causa (i.e., *causa básica*). A quarta e última característica é a de ignorar as condições sociais latentes quando se selecionam as causas de morte. Por exemplo, nos casos de Esquistossomose Mansônica (caso 2) e de doença de Chagas (caso 3), não há nenhuma referência das condições sociais

subjacentes às mortes, isto é, a ausência de esgoto e água tratada (caso 2) e má qualidade de moradia (caso 3). Poderíamos também acrescentar outras causas, como falta de atendimento, erro no atendimento, preço do remédio, etc. Além disso, como sabemos, a pressão da família e a reputação do falecido também desempenham um papel na determinação da causa da morte – como no caso de suicídio (Minayo, 1998).

Mas ter a presença humana como *fundo* ou como coadjuvante da doença, do tratamento e da geografia dos órgãos e tecidos não foi o único preço pago para que pudéssemos compreender a nossa morte. Além de excluir a referência ao *meio social* do falecido, há também modos de excluir a referência ao próprio falecido. Vejamos isso nos casos de óbito por *causas não natural*. Segundo o referido manual, para casos deste tipo, deve-se preencher a linha “a” referente à *causa terminal* com a natureza da lesão; e a linha “b” referente à *causa básica*, com a circunstância do acidente ou da violência que causou a lesão responsável pelo óbito (ver BRASIL, 2007). Vejamos os dois exemplos que nós retiramos dele:

Exemplo 1 – masculino, 25 anos, pedreiro, estava trabalhando quando sofreu queda de andaime (altura correspondente a dois andares). Foi recolhido pelo serviço de resgate e encaminhado ao hospital, onde fez cirurgia em virtude de traumatismo crânio encefálico. Morreu após três dias (Brasil, 2007: 18).

Figura 5 – Exemplo 1
(ver Anexo)

Exemplo 2 – falecimento de homem com traumatismo torácico consequente à perfuração na região precordial, por projétil de arma de fogo (Brasil, 2007: 19).

Figura 6 – Exemplo 2
(ver Anexo)

Como se vê no quadro, em nenhum dos dois casos há referência à ação humana na sequência causal. A referência à queda e ao tiro implica que alguém caiu ou levou um tiro, mas a pessoa ativa torna-se um elemento residual quanto à terminologia padrão de *natureza do fato* [traumatismo crânio encefálico, perfuração cardíaca] e de *circunstâncias originárias* [queda de andaime, projétil de arma de fogo] (ver World Health Organization, 2016: 149). Não há nenhuma referência à ação da polícia, às condições de trabalho, aos procedimentos médicos ou ao atendimento pelo qual o falecido foi submetido. Dessa forma, quando se reduz a experiência vivida

da morte a esses elementos, não vemos senão a sua aparência formal, sem nenhum indício de medo ou de apreensão. Esse é o pequeno espaço da morte no discurso médico: uma leitura instrumental do corpo, sem considerar a sua dor e o seu sofrimento, nem o mundo material, social e político da agência humana⁴. A morte é a grande niveladora. O que temos na DO é uma sequência de eventos em “alguém” e, dependendo da classe social, em uma “não-pessoa”.⁵

4. Do discurso oficial a duas organizações

O que vimos até agora, foi o funcionamento em um documento específico de uma *episteme* médica. Afinal, conforme Prior (1989), não faz sentido discutir a organização da morte sem me referir ao corpo de regras e práticas através das quais diversos atores se relacionam com a morte tanto em nível material quanto em nível teórico. Em conjunto, essas duas instâncias determinam e sustentam o que ocorre em certas organizações, tal como escreve Foucault (2008) acerca do hospital psiquiátrico, uma instituição que pode ser compreendida “a partir de algo exterior e geral, que é a ordem psiquiátrica, na medida em que essa ordem articula com um projeto absolutamente global, que visa toda a sociedade e que podemos chamar (...) de higiene pública” (p. 157).

Nesses termos, aponta Prior (1989), o que ocorre no cartório só tem sentido na perspectiva teórica que busca individualizar a morte e policiar suas causas; enquanto o que ocorre no necrotério, só faz sentido numa patologia que busca biologizar a morte e normalizar a doença. Portanto, o discurso de

4 Mas como em toda época, há sempre alguma forma de subversão que se apoia na morte para inverter as hierarquias de poderes (Vovelle, 1996). Por exemplo, na zona da mata pernambucana, Scheper-Hughes (1992) colheu uma nosologia criada por mães de filhos falecidos para as maiores patologias daquela localidade. O “fundo social” dessa nosologia permitiu uma tipificação bem diferente da CID-10.

5 Tal forma de apresentar a morte possui paralelos com o modo como a morte é apresentada nos *media*. Na década de cinquenta, Gorer (1955: 51-52) quis entender o porquê do fato da morte ter adquirido o status contraditório de “pornografia”: “enquanto a morte natural se tornou cada vez mais ocultada em decência, a morte violenta tem desempenhado um papel sempre crescente nas fantasias oferecidas às audiências em massa”. O autor esboçou uma “fórmula” que viabilizaram essas fantasias. Em primeiro lugar, presta-se pouca ou nenhuma atenção nas emoções concomitantes à morte; já as sensações, elas só existem tanto quanto a pobreza de linguagem permitir. Em segundo lugar, narram-se uma sequência ininterrupta de ações com ou contra “alguém”, uma “não-pessoa”, cujo corpo talvez sinta dor e morte. Em terceiro lugar, utiliza-se uma linguagem pobre para expressar dor intensa. Por último, ignoram-se todas as limitações físicas, sociais e legais que envolvem uma ação violenta. O resultado disso seria uma violência visual que é vista, mas não é sentida. A conclusão do autor é a de que “se não gostarmos da pornografia moderna da morte, então devemos devolver à morte (...) sua exibição e publicidade, readmitir dor e luto”.

que a morte seria, primeiramente, um fato físico cujas causas estariam localizadas na anatomia humana, é o que confere razão tanto a essas organizações quanto ao que ocorre nelas. No caso deste artigo, vejamos como isso se manifesta no Instituto Médico Legal e no laboratório de tanatopraxia.

No Brasil, sabemos que o IML é subordinado ao departamento de polícia ou à secretaria de segurança pública. Na língua inglesa, ele é traduzido por *coroner office*⁶ e apresenta semelhanças com a instituição anglo-saxônica. Segundo Stefan Timmermans (2006), os legistas são chamados quando algo fora do comum ocorreu com alguém que efetivamente deveria estar vivo, mas não está⁷. São momentos em que a ordem social da morte foi perturbada e há pressão pela verdade – se causa natural, acidente, homicídio, suicídio ou indeterminada. As investigações sobre o tipo de morte são discretas e distantes do público, ainda que ele seja o maior beneficiado. Mas isso não significa que as racionalidades da clínica e da investigação forense se igualem em seus objetivos, afinal, como escreve esse autor, “em contraste com intervenções habituais de cuidados com a saúde, o trabalho dos investigadores da morte é guiado não pela cura ou prevenção – evitar a morte ou preparar para a transição final – mas pela necessidade de gerar conhecimento especializado sobre a vida” (Timmermans, 2006: 3). Obviamente, esse tipo de saber vem acompanhado de todo um controle administrativo, conforme nos relatou um funcionário do IML:

Para dar entrada aqui no IML, o corpo precisa de uma guia de solicitação de necropsia, que é expedida pela autoridade requisitante (um delegado de polícia, juiz direito, promotor ou presidente do inquérito policial militar) ... O auxiliar de necropsia que recebe esse corpo e coloca ele na mesa de necropsia em posição dorsal para examinar as lesões externas... Depois faz-se o procedimento da abertura do cadáver sobre o comando do médico... o médico que trabalha dentro do necrotério que comandar o auxiliar para fazer incisões, mostrar os órgãos e vísceras e coletar material, porque ele não tem condição de estar de luva e anotar ao mesmo tempo... o auxiliar de necropsia não pode fazer nenhuma manobra

6 Conferir por exemplo: < <https://www.hrw.org/reports/1997/brazil/> >. Acesso em: 4 set. 2017.

7 Podemos ilustrar esse ponto com um caso de morte suspeita: “Às vezes pode ocorrer o seguinte: a pessoa está quase para receber alta e de repente a família recebe uma notícia: ‘olha, fulano morreu...’. Mas morreu por quê? O cara estava bem, todo mundo visitou ele, ele estava lá sorrindo, conversando e de repente pessoa morreu. Aí, quando vai ver, a pessoa caiu da maca, da cama, bateu a cabeça no chão...” (E23).

no cadáver sem autorização do médico (E23).

A fala demonstra uma hierarquia de saberes em que o médico é a referência principal. De fato, no Brasil, pelo menos na esfera pública, predomina-se um modelo clínico centrado no saber-fazer médico, na doença e na orientação hospitalar (ver Brasil, 2007; Laurenti e Jorge, 2016; Koury, 2001). Importante notar que essa divisão de trabalho é acompanhada daquele discurso adotado pelos departamentos estatais que fornece a referência para analisar, compreender e relatar as mortes, cujas características centrais seriam: a localização da causa subjacente da morte exclusivamente dentro do quadro de referência humano (e não sobrenatural), a ênfase nas lesões anatômicas e a seleção de apenas uma causa de óbito (ver Prior, 1989). É o que se subentende na fala de um entrevistado que nos esboçou uma cronologia de necropsia na rotina do IML:

O procedimento se inicia pela cabeça com uma incisão (bimastogiana) da região mastoidea até a outra mastoide passando pela convexidade do crânio... ai vai verificar se existe alguma lesão na região do couro cabelo... Posteriormente abre com serra a calota craniana e vai retirar o encéfalo para verificar se existe alguma lesão ou alguma alteração visível nele... examinada a cavidade intracraniana, procede-se a abertura do tórax e abdômen com a incisão mento-pubiana... ou seja do queixo até a região supraorbitária... daqui até aqui embaixo... ai vai retirar o plastrão e abrir o tórax, ali vamos ver o coração ao meio, o pulmão... verificado esses órgãos torácicos, vamos examinar também a cavidade abdominal para saber se existe sangramento ou qualquer alteração visceral... se não tiver nenhuma alteração, o médico vai observar todos órgãos do abdômen que são fígado, baço, pâncreas, intestino grosso e delgado. No caso de mulher, vamos observar também o útero e os ovários... Qualquer alteração vai descrita no laudo... Caso contrário, faz-se a necessidade de coletar material para exame complementar, para descartar o uso de alguma droga, veneno ou substância tóxica... Neste caso, o laudo vai ser encaminhado para laboratório, com o fragmento de fígado, o estômago, uma porção de sangue e de urina para dar a dosagem teor alcoólica... (E23)

Mas isso não ocorre somente no domínio das agências estatais formais. A nossa pesquisa também nos possibilitou entender como essa perspectiva científica (“corpo-máquina”), que separou o destino da alma e do corpo e transformou o corpo num objeto de intervenção científica segundo os padrões das ciências naturais modernas, teve consequências diretas na (lucrativa) indústria mortuária (Bishop,

2011).⁸ Assim, desde a entrada nos saberes médicos no negócio funerário, os velórios têm que conciliar a sua função *secular* (ser um meio de dispor do corpo que é socialmente aceitável e publicamente saudável) e sua função *sagrada* (ser um ritual que faz a vida e a morte do falecido em algo pessoalmente significativo e espiritualmente importante) de acordo com uma pessoa específica (ver Walter, 1994: 58 – 59). Isso teria permitido que os membros desse grupo de especialistas, em semelhança aos médicos, também adquirissem conhecimentos específicos decorrentes da remoção e cuidado de moribundos e falecidos (ver Walter, 1994: 17). Detectamos essa dicotomia ao aproximar das maneiras sobre as quais as crenças, os sentimentos e os rituais dos vivos são estruturados em torno dos mortos. Reparem no grau de agência que os funcionários nos laboratórios de tanatopraxia (alguns inclusive estrategicamente próximos do IML) atribuem aos cadáveres:

É uma coisa muito séria... eu acho quando você entrega uma pessoa que você ama e que você perdeu para alguém cuidar, então você espera não ter nenhum transtorno no decorrer do velório, que a pessoa cuide direito e que tenha certo carinho com quem você entregou.... Para nós é natural que cheguem aqui dez ou quinze corpos por dia... Mas se a coisa começar a ficar muito igual, é porque você perdeu o respeito pelo falecido.... Um cadáver não tem defesa.... Então a gente mostra o corpo descansando em tranquilidade para a família... é claro que isso não tira a dor de ninguém, mas pelo menos ameniza, melhor do que você ver aqueles algodões aparecendo e corpo vazando... hoje, você não vê mais isso... e o corpo tratado é menos perigoso, porque nós brasileiros temos o hábito de demonstrar aquilo que a gente sente tocando (E16)

É proibido retirada ilegal de órgãos e, até mesmo o que aconteceu com aquele cantor, o Cristiano Araújo, filmagem e fotografias... Ninguém aqui chama de “presunto”, esse desrespeito é inadmissível. É um indivíduo que tem família e independente do que ele foi na vida, a gente chama de “senhor fulano de tal”, “senhora fulana de tal” (E47)

Importante notar que, implicitamente, corpo e alma encontram-se separados nessas falas. Tal separação é também inerente ao modelo “cadáver mortuário”, um modelo que acreditamos que a indústria funerária brasileira adaptou da realidade

8 Dos cinco laboratórios de tanatopraxia que visitamos em Belo Horizonte, por exemplo, a linguagem, os acessórios, os instrumentais e os equipamentos se assemelham aos da prática médica. Um exemplo pode ser encontrado também em: < <https://www.tanatus.com.br/index.php> > Acessado em: 04 de abril de 2019.

estadunidense⁹. Ele consiste em preparar o cadáver para servir de um *sítio duplo de memória* (O'Neill, 2008). Em primeiro lugar, os agentes funerários podem refazer a imagem estável do morto sobre a superfície recalcitrante do corpo, transformando o cadáver num meio de homenagem e de ritual do sujeito secular moderno. Em segundo lugar, e além do indivíduo histórico, eles podem deixar visível a alma que “partiu” e que estava oculta no interior do corpo através do correto trabalho de embalsamamento. De fato, esse caráter duplo do cadáver, pois ele é um sítio de práticas sociais, apareceu em diferentes entrevistas:

Há pouco tempo atrás, uma senhora que era para ser “gratuito” [do serviço da prefeitura, sem direito à tanatopraxia] tinha uma cirurgia exposta e havia um sangramento excessivo pela via nasal. Então nós interferimos, pedimos autorização da família para que fosse feito uma tanatopraxia sem cobrar nada... até mesmo porque pra gente dá dignidade... imagina chegar no velório corpo – porque mesmo um pouquinho eles querem ver – e na hora que eles abrem, há sangue e secreção no rosto da senhora... totalmente desagradável (E47) Na hora que a pessoa morre, o corpo ele passa a ser tratado com todo respeito..., mas a alma da pessoa já saiu fora, né? Então assim, nós estamos tratando de uma coisa que ficou e que tem que ir pra terra o mais rápido possível... Se morrer agora e a gente conseguir fazer a ornamentação toda e poder enterrar às cinco horas da tarde, a gente já faz o enterro (E13)

Mas ainda que dupla, segue O'Neill (2008), essa representação traz problemas: ela é *estática* (o cadáver não fala, não responde, ou move), *artificial* (porque foi preparada por profissionais), e de *curta duração* (após o velório, ela desaparece com o enterro ou a cremação). Assim, segundo o autor, os agentes funerários estariam praticando “uma metafísica da ausência ou da presença provisória e representativa”, devido ao “deslize entre a aparência do cadáver e a essência ausente a que esta aparência se refere [i.e. a transcendência da alma]” (p. 179). Nesses termos, ainda que precária e provisoriamente, o “cadáver mortuário” seria uma contraposição àquela racionalidade governamental que apaga a agência humana nos momentos finais de vida para tentar resgar

9 Houve, naquele país, uma certa transmutação dos ideais religiosos em formas mais seculares e materiais. Um exemplo do que surgiu foi o elo entre limpeza do corpo e salvação pessoal: “O comportamento corrente e a estrutura institucional da religião permanecem intactos, assim como no enterro, mas os significados foram secularizados. Uma preocupação com a essência e com a pureza da alma, foi reorientada na limpeza da superfície do corpo e uma preocupação secular com as aparências” (Davies, 1996: 68).

no corpo estático “a agência, a intenção, o indefinível algo mais” que se esvai quando o corpo de fato morre (p. 177). Trata-se de uma outra forma de resolver o dilema estrutura/agência sem ser pelos princípios técnicos de cálculo e controle estatais, uma solução que torna o cadáver num ponto de socialização dos enlutados, uma “pessoa” (e não um “caso clínico”) a ser lembrada e lamentada individualmente.

5. Considerações Finais

Neste artigo vimos brevemente como a existência um conjunto de atividades, eventos, objetos, cenários e preceitos epistemológicos ajudam a construir uma percepção específica (ou “corporal”) da morte. Todavia, as práticas discursivas médicas que as subjazem também produziram alguns silenciamentos, que podem ser melhor explorados em futuros artigos. O primeiro deles é a (falsa) crença sobre “a morte, niveladora, igualitária, que reduz os homens à mesma sorte” (Vovelle, 1996:18). Há poucos estudos de como os mortos ainda carregam consigo as marcas das diferentes situações que tiveram em vida: “Dos traços que ela nos deixa, ficam as provas, os testemunhos, os indicadores dos ricos, dos poderosos, mas nada para a massa anônima dos pobres” (Vovelle, 1996:18). No Brasil, desigualdade, na doença, no falecimento e mesmo depois, quando do sepultamento (Camargos, 2007). No presente, a desigualdade do registro dos óbitos segundo *raça* ou *cor* (ver Oliveira, 2003) e serviços funerários comercializando ‘benefícios de vida’ para uma população de baixa renda e carente de proteção social (ver Bester et al, 2011). A exposição à morte dos muito precarizados socialmente (negros, jovens de periferia, indígenas, trabalhadores informais, etc.) precisa de maior atenção em pesquisas qualitativas em face às lacunas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (ver Druck, 2016).

O segundo silêncio, seria o “silêncio voluntário” dos homens sobre o acontecimento “obsceno” da sua morte (Vovelle, 1996: 18). Desde há algum tempo, em alguns países do Norte Global, os mecanismos de segurança permitem que a ordem social não seja abruptamente alterada com a morte de seus membros (Blauner, 1966). Isso permite inclusive que as sociedades modernas não neguem publicamente a existência da morte: “existem discursos e práticas públicas relacionadas à morte – em medicina, em legislação de saúde pública, no planejamento de serviços de saúde, na prática atuarial, em prêmios de seguro de vida, na gestão e manutenção de crematórios e cemitérios, e nos meios de comunicação” (Walter, 1994:23). Todavia esses discursos sobre a morte estão mudando com

a expansão de políticas neoliberais contrárias a mecanismos de proteção social (desvalorizando partes da população, do trabalho vivo, etc.) – sendo necessário mais pesquisas sobre essa mudança (ver Haskaj, 2018).

Por fim, o silêncio de como se manifestam as formas individuais de resistência, em meio a generalização de discursos e práticas instrumentais em torno da morte e a ausência de formas de convívio comunitário que davam apoio necessário aos indivíduos (O’Neill, 2008; Koury, 2001; Walter, 1991). Ainda são poucos os estudos de campo que mostram como algumas funerárias aproveitam da posse do corpo morto para estabelecer relações comerciais muitas vezes desiguais com “enlutados desnorreados”, que privilegia um tipo “estética” para o corpo e espaço ao redor (Neves e Damo, 2016). Fato é que, ainda que o modelo funerário é considerado um “espetáculo comercial vazio”, ele tem se mostrado bastante resistente em relação aos seus críticos (O’Neill, 2008). Sem embargo, há muito a se conhecer o porquê da sua manutenção e os modos inventados aqui para que ela ocorra.

Referências Bibliográficas

- ADORNO, T. e HORKHEIMER, M. ([1947] 1985) *Dialética do Esclarecimento*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- ARMSTRONG, D. (2002) *A new history of identity: a sociology of medical knowledge*. Houndmills: Palgrave Macmillan UK.
- BAUMAN, Z. (1992) *Mortality, immortality and other life strategies*. Cambridge: Polity Press.
- BESTER, H., CHAMBERLAIN, D., HOUGAARD, C., & SMIT, H. (2011) *Microssseguros no Brasil: buscando uma estratégia para desenvolvimento do mercado*. Rio de Janeiro: Funenseg
- BISHOP, J. (2011) *The Anticipatory Corpse: Medicine, Power, and the Care of the Dying*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- BLAUNER, R. (1966) “Death and social structure” *Psychiatry*, nº 4, p. 378-394.
- BLOOR, M. (1991) “A minor office: The variable and socially constructed character of death certification in a Scottish city” *Journal of Health and Social Behavior*, p. 273-287.
- BRASIL. (2007) *A Declaração de Óbito: documento necessário e importante*. Ministério da Saúde: Brasília-DF.
- CAMARGO, L (2007) *Viver e morrer em São Paulo – a vida, as doenças e a morte na cidade do século XIX*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo.
- DAVIES, C. (1996) “Dirt, death, decay and dissolution: American denial and British avoidance” en: Jupp, P. (1996) *Contemporary issues in the sociology of death, dying and disposal*. Palgrave Macmillan, London.
- DRUCK, G. (2016) “A terceirização sem limites: mais precarização e riscos de morte aos trabalhadores” *Cad. Saúde Pública*, nº 6, p. 1-9.
- DURKHEIM, E. ([1895] 2007) *As regras do método sociológico*. São Paulo: Martins Fontes.
- FOUCAULT, M. (1978) “A Filosofia Analítica da Política” in: Foucault, M. (2006) *Ditos e escritos V*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____ (1963) *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____ (1986) “Sobre a História da Sexualidade” en: Foucault, M. (1986) *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____ (2008) *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes.
- GOLDENBERG, M. (2004). *A arte de pesquisar*. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Record.
- GORER, G. (1955). “The Pornography of Death” *Encounter*, nº 4, p. 49-52.
- HASKAJ, F. (2018) “From biopower to necroeconomies: Neoliberalism, biopower and death economies” *Philosophy & Social Criticism*. nº10, p. 1148-1168.
- KATZ, D. (2004). “Autópsia” In: HOWARTH, G. e LEAMAN, O. (2004) *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Círculo de leitores.
- KOURY, M. (2001) *Ser discreto: um estudo sobre o Brasil urbano atual sob a ótica do luto*. João Pessoa: Grem/DCS/UFPB.
- LAURENTI, R. (1991) “Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças” *Revista de saúde pública*, nº 25, p. 407-417.
- LAURENTI, R. e o, M (2016) *O atestado de óbito*. São Paulo: Centro da OMS para a classificação de doenças em português.
- LEMKE, T. (2011). *Biopolitics: an advanced introduction*. New York: New York University Press 1.
- MINAYO, M. (1998) “A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública” *Cad. Saúde Pública*, nº 2, p. 421 – 428.
- NEVES, M. e DAMO, A. (2016) “Dinheiro, emoção e agência: uma etnografia no mercado funerário de Porto Alegre” *Mana*, Nº 1, p. 7-36.
- OLIVEIRA, F. (2003) *Saúde da população negra*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- O’NEILL, K. (2008) “Death, lives, and video streams” *Mortality*, nº 2, p. 174-186.

PRIOR, L. (1989) *The social organisation of death: Medical discourse and social practices in Belfast*. London: Springer.

_____ (2004) “Certidão de Óbito” en: HOWARTH, G. e LEAMAN, O. (2004) *Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer*. Lisboa: Círculo de leitores.

RODRIGUES, J. (1983). *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Achiamé.

RODRIGUES, C. (2005) *Nas fronteiras do além: a secularização da morte no Rio de Janeiro (séculos XVIII e XIX)*. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional.

SCHEPER-HUGHES, N. (1992) *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Univ of California Press.

TIMMERMANS, S. (2006) *Postmortem: How medical examiners explain suspicious deaths*. London: University of Chicago Press.

VOVELLE, M. (1996). “A História dos Homens no Espelho da Morte” en: Braet, H. & Verbeke, W (ed.). (1996) *A Morte na Idade Média*. São Paulo: EDUSP.

WALTER, T. (1991) “Modern Death: Taboo or not Taboo?” *Sociology*, nº 2, p. 293 – 310.

_____ (1994). *The Revival of Death*. London: Routledge.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2016) *International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD – 10)*.

Anexo

Figura 1 – As causas da morte

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL 37 <input checked="" type="checkbox"/> A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No aborto 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto Ignorado <input type="checkbox"/> 9 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		ASSISTÊNCIA MÉDICA 38 <input checked="" type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 39 <input checked="" type="checkbox"/> Necrópsia ? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		a Devido ou como consequência de: b Devido ou como consequência de: c Devido ou como consequência de: d			

Fonte: Laurenti e Jorge, 2016: 149.

Figura 2 – Caso 1

40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a Edema agudo do pulmão Devido ou como consequência de: b Insuficiência cardíaca hipertensiva Devido ou como consequência de: c Cardiopatia hipertensiva Devido ou como consequência de: d Hipertensão arterial Neoplasia maligna de próstata		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID * 5 horas 2 meses 2 anos 35 anos 2 meses	
--	--	--	--	--	--

Fonte: Brasil, 2007.

Figura 3 – Caso 2

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	Choque hipovolêmico	2 horas	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	Devido ou como consequência de : Rotura de varizes esofageanas	6 horas	
		c	Devido ou como consequência de : Hipertensão portal	2 anos	
		d	Devido ou como consequência de : Esquistossomose mansônica	5 anos	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			Diabetes mellitus		

Fonte: Brasil, 2007.

Figura 4 – Caso 3

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	Choque séptico	8 horas	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	Devido ou como consequência de : Peritonite aguda	2 dias	
		c	Devido ou como consequência de : Volvo do sigmóide	3 dias	
		d	Devido ou como consequência de : Megacolon chagásico crônico	5 anos	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			Cardiopatia chagásica		

Fonte: Brasil, 2007.

Figura 5 – Exemplo 1

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	Edema cerebral	3 dias	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	Devido ou como consequência de : Traumatismo crânio encefálico	3 dias	
		c	Devido ou como consequência de : Queda de andaime	3 dias	
		d	Devido ou como consequência de :		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			Operado		

Fonte: Brasil, 2007.

Figura 6 – Exemplo 2

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID *
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		a	Choque hemorrágico agudo	+ - 2 horas	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		b	Devido ou como consequência de : Perfuração cardíaca		
		c	Devido ou como consequência de : Projétil de arma de fogo		
		d	Devido ou como consequência de :		
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					

Fonte: Brasil, 2007.

Citado. PALMA-LIMA, Oscar, DE PÁDUA-CARRIERI, Alexandre y LEIBING, Annette (2021) ““Caso”, “morto” e afins: significados do cadáver em meio à sua medicalização” en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES, N°35. Año 13. Abril 2021-Julio 2021. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 25-36. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/426>.

Plazos. Recibido: 12/12/2019. Aceptado: 11/11/2020