

**JOYCE KELLY PESCAROLO**

**MORTE, RACIONALIZAÇÃO E CONTÁGIO MORAL: UM ESTUDO SOBRE O  
INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE CURITIBA.**

**CURITIBA  
SETEMBRO DE 2007**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**

**JOYCE KELLY PESCAROLO**

**MORTE, RACIONALIZAÇÃO E CONTÁGIO MORAL: UM ESTUDO SOBRE O  
INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE CURITIBA.**

**Dissertação apresentada ao Mestrado  
de Sociologia; linha de pesquisa Cultura  
e Sociabilidades, sob orientação do  
Prof. Dr. Pedro Rodolfo Bodê de  
Moraes. Banca de defesa: Profa. Dra.  
Simoni Lahud Guedes e Prof. Dr. José  
Miguel Rasia.**

**CURITIBA  
SETEMBRO DE 2007**

*Dedico esse trabalho à minha sempre amada mãe, Áurea Costa Pescarolo, que partiu durante a realização dessa etapa da minha vida e que muito me ensinou sobre a vida e a morte.*

## AGRADECIMENTOS

Ao finalizar um trabalho de pesquisa podemos perceber que a colaboração dos colegas de estudo, entrevistados e todas as demais pessoas que abriram os caminhos para o conhecimento acadêmico foram essenciais nesse percurso, sem elas não haveria essa produção como resultado, por mais aplicada e implicada que eu pudesse ser.

Desta forma, gostaria de iniciar agradecendo ao meu orientador, Prof. Pedro Rodolfo Bodê de Moraes, que me guiou nesse trajeto e me deu todo o embasamento e apoio necessários para pesquisar tema tão árduo. Posso felizmente dizer que, com ele, o processo educativo sempre foi libertador, pois sua preocupação com a Educação é, sempre e acima de tudo, emancipar seus educandos. Além disso, pude contar com sua presença e compreensão em horas difíceis de minha vida. Assim, o Prof. Pedro também foi e tem sido um grande amigo.

Na ocasião de minha qualificação, pude contar na banca, com a presença dos professores José Miguel Rasia e Márcio Sérgio Batista de Oliveira. Suas sugestões e apontamentos foram bastante valiosos para repensar algumas questões e redirecionar o trabalho. A eles, um obrigada especial. Além do Prof. Márcio e do Prof. Rasia, não posso deixar de agradecer a todos os professores e funcionários do Programa de Pós- Graduação de Sociologia da UFPR, que foram essenciais na construção do conhecimento e nas condições necessárias para que ele pudesse ocorrer.

Gostaria também de agradecer aos colegas do LEM (Laboratório de Estudos sobre a Morte) Paulo César de Almeida Scarpa, Ingrid Berns Pavezi e Leandro Lechakoski, que tiveram papel essencial na construção de minha pesquisa, tanto na ajuda para a coleta do material empírico quanto nas reflexões teóricas que marcaram nossos momentos de estudo.

É importante fazer justiça ao apoio e troca que tive com meus colegas de trabalho, que são pessoas *iluminadas* e excelentes profissionais. Muito obrigada a Adriana Cristina Araújo, Soledad Fernandez e ao Marcos Alan Viana.

Gostaria de fazer um agradecimento especial a todos que de alguma forma colaboraram diretamente com minha pesquisa no Instituto Médico Legal de Curitiba Dr. Elias Zacarias. Aqui incluo pessoas que abriram as portas da instituição para a universidade, que concederam informações valiosas à minha compreensão e conhecimento e que tiveram paciência para alterar sua rotina de trabalho para abrigar a mim e a meus colegas de equipe. Obrigada ao Dr. Hélio Galileu Bonetto, ao Dr. Miguel Zacharias Sobrinho, ao Dr. Carlos Ehlke Braga Filho, ao Dr. Alexandre Gebran, ao Dr. Carlos Alberto Peixoto, ao Dr. Sérgio Sliva, à Dra. Déa Carlota Mion Queiroz, a Antônio Roberto Teilo, à Aduzira Aparecida dos Santos, ao Ivo, ao Sérgio Paulo de Oliveira, ao Adão Gonçalves Pereira e à Daniele Ferreira Mayer.

Colaboraram também com essa pesquisa vários auxiliares de necropsia de todo o Estado do Paraná, com os quais tive a oportunidade de contar na ocasião do treinamento na Escola Superior da Polícia Civil. A eles, um enorme agradecimento pela participação e disponibilidade.

Finalmente, gostaria de agradecer muitíssimo a Fernanda Rocha, que além de uma fiel amiga, tão gentilmente cedeu seu tempo corrigindo toda a gramática dessa dissertação e também, agradeço a todos os outros amigos que continuaram meus amigos apesar das ausências exigidas pela dedicação acadêmica e também à minha família, que sempre me deu o suporte financeiro e social necessário para que eu chegasse até aqui.

## ÍNDICE

RESUMO.....	1
INTRODUÇÃO.....	2
1. O PROCESSO DE RACIONALIZAÇÃO DA MORTE .....	9
1.1. A Morte no Mundo Ocidental antes do Século XIX e em Outras Culturas. ....	9
1.2. Morrer na Era da Razão: A Racionalização e a Institucionalização da Morte.....	17
2. A MEDICINA LEGAL E SEUS DISCURSOS LEGITIMADORES.....	34
2.1. O Nascimento da Medicina Legal .....	34
2.2. O Campo da Medicina e a Especialização dos Saberes.....	41
2.3. O Discurso Médico-Legal e a Legitimação de Valores Morais.....	46
2.3.1. Por que Morrem as Vítimas de Mortes Violentas? .....	49
2.3.2. O contágio e a contaminação: uma ameaça bacteriológica ou uma questão moral? .....	55
3. MORTE E CONTÁGIO MORAL.....	56
3.1. Os Burakumins .....	56
3.2. Os intocáveis indianos .....	61
3.3. A Medicina Higienista e as Noções de Contágio .....	68
3.4. As noções de contágio entre os operadores da morte e relativas às suas funções.....	76
4. REPRESENTAÇÕES SOBRE O CONTÁGIO E A HIERARQUIA NO IML DE CURITIBA E SUAS RELAÇÕES COM A ARQUITETURA DO PRÉDIO.....	88
4.1. O IML de Curitiba: notas sobre sua história .....	88
4.2. O Subsolo e os mortos .....	93
4.3. O Térreo: “os vivos caminham sobre os mortos” .....	98
4.4. O Andar Superior: a sabedoria dos “deuses” .....	101
CONCLUSÃO .....	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	116
ANEXO 1 .....	120
ANEXO 2 .....	123

## RESUMO

Nesta pesquisa, abordaremos, a partir do Instituto Médico Legal de Curitiba, a morte, demonstrando o processo de racionalização e institucionalização que ela vem sofrendo ao longo dos séculos. Trataremos também de uma dimensão do contágio relativo à morte que é moral, não obstante seja legitimada por um discurso técnico-racional científico da medicina higienista. Quando entramos em contato com a morte, com o morto, o cadáver, é acionado um medo de contaminação que extrapola a possibilidade real de contágio biológico. A contaminação a que nos referimos escapa aos processos de racionalização típicos de uma instituição da modernidade, como é o caso do IML, e pode ser comparada à crença no contágio que existe em relação aos *Intocáveis*, na Índia, e aos *Burakumins*, no Japão. Analisaremos como esse fenômeno ocorre entre os médicos legistas, auxiliares de necropsia, odontologistas forenses e demais profissionais que trabalham no necrotério do IML de Curitiba. Embora uma observação mais atenta possibilite perceber que se trata de um contágio moral e não real, pautado muito mais em preceitos tradicionais, os profissionais acima citados não fazem facilmente essa distinção. As medidas de “purificação” adotadas por esses profissionais quando entram em contato com o cadáver acabam se sobrepondo a noções racionais de higiene. Ou seja, diante da morte e do contato com o cadáver, uma outra representação se sobrepõe ao discurso médico-legal da instituição. Mostraremos também que a medicina higienista, que teve seu início a partir do séc. XVIII na Europa, sempre foi permeada por valores morais, valores estes que acabam legitimados como científicos e, portanto, verdadeiros. Finalmente mostraremos de que forma a arquitetura da instituição se assemelha às suas representações e valores.

**Palavras-chave:** *morte, racionalização, institucionalização, contágio moral.*

## INTRODUÇÃO

Em maio de 2003, considerando a falta de pesquisas sobre o Instituto Médico Legal de Curitiba, um grupo de alunos vinculados ao então GEV (Grupo de Estudos da Violência – departamento de Sociologia da UFPR), atual CESPDPH (Centro de Estudos em Segurança Pública e Direitos Humanos), no qual estou inserida, resolveu iniciar uma pesquisa exploratória em tal instituição.

O Instituto Médico Legal é um órgão público subordinado à Secretaria de Estado da Segurança Pública (SESP) e presta serviços de Polícia Científica na área de Medicina Legal. Realiza perícias médico-legais em cadáveres, partes de corpos, ossadas completas ou não, e em pessoas vivas, além de exames laboratoriais nas áreas de anatomia patológica, toxicologia, química legal e sexologia forense, requisitadas por autoridades policiais e judiciárias, necessários ao esclarecimento dos processos policiais, judiciários e administrativos. Por ser um serviço técnico-científico à disposição da Polícia e do Judiciário, especialmente, o IML emite laudos sigilosos que representam partes importantes nas investigações, inquéritos policiais e demais encaminhamentos jurídicos (*site* do IML, [www.pr.gov.br/iml](http://www.pr.gov.br/iml), acessado em 07/03/2007).

Inicialmente, e como forma de entrada no *campo*, decidimos montar um banco de dados sobre mortes violentas<sup>1</sup>, ocorridas em Curitiba e região metropolitana, entre julho de 2003 e julho de 2004. A elaboração desse banco de dados permitiria um primeiro contato com o *campo*.

Na medida em que conhecia melhor aquela instituição e já definindo meu tema para uma pesquisa de mestrado, algumas questões me chamaram a atenção e pude ir ao encontro de algo que me interessava já algum tempo: o IML enquanto uma instituição que trabalha com a morte, atravessada pela história da própria instituição e também da Medicina Legal de forma mais ampla. Interessava-me também compreender como o fato de trabalhar com a morte incidia sobre os médicos legistas, auxiliares de necropsia e demais funcionários da instituição.

---

<sup>1</sup> Entende-se que esta categoria “mortes violentas”, segundo a classificação médico-legal, abarca as mortes por homicídio, suicídio, colisão, acidentes de trânsito em geral, enforcamento, afogamento, envenenamento, ou seja, todas as mortes consideradas não naturais. As mortes naturais são aquelas causadas por doenças, sem que tenha havido a ação de algum agente ou objeto externos.

Desta forma comecei a colher dados para aquilo que denominarei de *análise institucional*<sup>2</sup> do IML de Curitiba. As visitas à instituição para colher as informações do banco de dados obrigavam-me a ir semanalmente ao IML, fato que me permitiu compreender vários aspectos da dinâmica da instituição.

Embora tivesse acesso aos diversos setores do IML, o lugar no qual mais ficava era o necrotério, pois era naquele espaço que estavam os livros com os dados que precisávamos para montar o banco. No entanto, sempre que podia, fazia algumas incursões pelos laboratórios, conversava com os peritos, ia ao museu, à biblioteca, observava a clínica médica e perguntava sobre a rotina dos funcionários.

A partir dessas constantes observações, algumas questões foram sendo privilegiadas no olhar sobre tal instituição: os processos de racionalização e institucionalização da morte, os discursos que a instituição tem sobre o morto e a morte e a sensação de contágio que estar próximo da morte propicia, mesmo em uma instituição científica da modernidade. A sensação de contágio a que me refiro diz respeito a uma dimensão do contágio relativo à morte que é moral e não apenas biológica, é pautada em preceitos religiosos, tradicionais.

Além dessas questões, chamou-me também a atenção a arquitetura do prédio onde fica o IML e a forma como esta se assemelha às representações<sup>3</sup>, à forma de pensar da instituição. Esses pontos serão distribuídos e analisados ao longo de quatro capítulos.

No primeiro capítulo veremos que alguns autores como Norbert Elias (2001), Philippe Ariès (2003, 1989, 1990) e Jean Ziegler (1977) demonstram

---

<sup>2</sup> Análise institucional, segundo L'ABBATE (2003, pág.2), significa problematizar a própria constituição do campo como um conjunto de saberes e práticas, relacionados a um contexto amplo, de ordem político-social, ideológica e técnico-científica.

<sup>3</sup> Utilizarei a noção de representação algumas vezes ao longo de todo o trabalho. Tomarei o conceito de "representação social" a partir de Durkheim, que na construção de tal conceito preocupou-se em compreender a maneira pela qual reunimos "as palavras e as coisas". Nas "Formas Elementares da Vida Religiosa", Durkheim ([1912]1989) aponta que as categorias da sensibilidade e do entendimento não são inatas, e sim, construídas socialmente. Essas categorias, socialmente construídas e compartilhadas, são as "representações sociais" e são sempre categorias compreendidas através de uma historicidade. As representações sociais determinam inclusive a maneira como conhecemos e entendemos o tempo e o espaço. As representações sociais são externas aos indivíduos e ao mesmo tempo internalizadas, interiorizadas por eles. Ao mesmo tempo em que os indivíduos as sofrem, eles às reproduzem. O conceito de "representações sociais" nos permite compreender como um grupo social ou instituição entende o mundo e, conseqüentemente, o representa, pois as maneiras de pensar e representar o mundo se traduz nas práticas adotadas por tal grupo ou instituição (Durkheim, [1912]1989 e 1970). Através das práticas sociais adotadas pelo IML de Curitiba, por exemplo, poderemos compreender que coisas são valorizadas, protegidas, reproduzidas, sacralizadas ou racionalizadas na instituição.

historicamente que a morte tem sido cada vez mais privada, asséptica, escondida e institucionalizada. Isso não significa que em outras épocas a morte tenha sido sentida como algo completamente natural do ponto de vista psico-sociológico. Veremos no primeiro capítulo como diferentes sociedades e culturas não atribuem à morte uma característica meramente biológica, consequência de um processo vital.

Na atualidade, principalmente se pensarmos numa cultura ocidentalizada, lidamos de forma mais recalcada com a morte que outrora, ou seja, a negamos mais intensamente, temos mais dificuldades de falar dela, de expressá-la. A modernidade é um período bastante interessante para analisarmos a questão da morte, pois ela se apresenta de forma paradoxal. Se por um lado há uma maior compreensão dos processos vitais e das causas da morte - não a ponto de reduzi-la um processo biológico e racional, mas certamente menos místico - por outro, tudo indica que todos esses avanços científicos nos tornaram menos capazes de lidar com ela, pois acabamos não utilizando esses avanços para aceitá-la, mas para adiá-la, driblá-la, escondê-la, desnaturalizá-la. Se por um lado desmistificamos muitas causas da morte, por outro, acreditamos que esse fato pode nos habilitar cada vez mais para combatê-las. Adiar a morte tem sido uma das molas da sociedade moderna.

Martins (1983, pág. 9) diz que “não sabemos lidar com a morte, porque transformamos a doença e a morte num problema técnico e para isso criamos as empresas, os técnicos mais qualificados, os equipamentos mais sofisticados...”, ou seja, institucionalizamos a morte. Não cabe mais morrer e ser velado em casa, junto à família. Para isso há as instituições encarregadas de oferecer ao moribundo e seus familiares a “boa” morte, inodora, silenciosa, discreta, “adequada”, porque em certa medida, racionalizada, cientificizada.

Assim, mesmo diante de toda racionalização típica da modernidade, quando abordamos a morte, as explicações racionais e biológicas não nos satisfazem, sentimos muitas vezes que essas explicações são insuficientes para nos alentar. Desta forma, diante da morte, voltamos a nos perguntar o que acontece, para onde vamos, por que temos que morrer? Ou seja, buscamos explicações para as quais as explicações científicas não se fazem suficientes.

Há algo sobre a morte que ainda parcialmente escapa à racionalidade e à burocracia da modernidade. Sejam pertencentes a um ou outro tipo de sociedade, diante da morte evocamos símbolos, representações, crenças, que

escapam a um processo de racionalização, e isso será demonstrado a partir de uma instituição da modernidade, científica e tecnológica: o Instituto Médico Legal de Curitiba.

Percebemos então que esse movimento de institucionalização e racionalização da morte, de busca pelas suas causas, nos distanciou de sua aceitação, fez dela um tabu ainda maior. Por outro lado, fez florescer o desenvolvimento de uma nova ciência: a ciência forense, mais especificamente a medicina legal, que é o tema do segundo capítulo.

A medicina legal surge como uma especialidade dentro do *campo* da medicina - no sentido atribuído por Pierre Bourdieu (1983 e 2005) - capaz de discursar sobre a morte e suas causas. Esse discursar pressupõe-se científico e por isso legítimo. Desta forma, a medicina legal passa a ser legitimamente instituída pelos institutos médico-legais (instituições na qual se dá o encontro do campo médico com o campo do direito). No entanto, esse discursar da medicina legal sobre a morte e suas causas não é pautado somente pela ciência, carrega também valores e representações morais tradicionais, ou seja, como já dissemos anteriormente, há coisas que escapam dos processos de racionalização típicos da ciência e isso vai aparecer no discurso médico-legal, como poderemos verificar através do trabalho de campo realizado.

Assim, o discurso médico-legal acaba por não elucidar ou distinguir o que é científico do que é um valor moral. Essa não distinção acaba conferindo o estatuto de científico a aquilo que não o é, ou seja, dá ao preconceito, ao senso comum, ao religioso, ao místico, a possibilidade de se legitimar através do discurso científico. Quando tratamos da morte, crenças e valores morais são constantemente reeditados nas nossas modernas instituições, e muitas vezes “maquiados”, disfarçados de cientificidade. Veremos como isso ocorre no Instituto Médico Legal de Curitiba.

No terceiro capítulo, tratarei de uma questão pouco abordada até então: a noção de contágio moral que a morte produz. Há locais, profissões, pessoas, que estão gravados firmemente em nossa história e cultura como sujos, contaminados, poluídos, como é o caso das prisões, dos manicômios, dos hospitais, cemitérios, necrotérios, dos coveiros, dos mortos, das prostitutas, dos moribundos. Costumamos dizer que esses locais “vibram com uma energia ruim”, que “sugam a nossa energia”, que são lugares cheios de bactérias e que são focos de contágio,

como é o caso do IML. É o que acontece com os auxiliares de necropsia, médicos legistas, odontologistas forenses, e demais profissionais que lidam com a morte. Procurarei demonstrar, através do trabalho de campo realizado, de que forma os profissionais acima citados parecem ser socialmente percebidos como impuros, contagiosos.

O IML é um local privilegiado para observar essa noção de contágio porque lá muitas vezes estão imbricadas categorias socialmente marginalizadas: a morte, o crime e a loucura. Por lá também passam os mortos, os criminosos e os doentes mentais. Essas duas últimas categorias, embora não sendo objeto de minha pesquisa, vêm somar representações à noção de contágio da morte.

O que tentarei demonstrar é que essa sensação de contágio produzida pela morte e pelo morto não é exclusivamente objetiva e científica, mas moral. Ao entrarmos em contato com a morte somos atingidos pela idéia de poluição, é como se ficássemos impregnados por uma massa invisível, simbólica, mortífera, que nos remete à nossa própria morte. Ou seja, somos de alguma forma “tocados” pela morte, pelo seu cheiro, pela sua imagem. Sentimo-nos em perigo, ameaçados, frágeis diante de seu alcance. Portanto, passamos a evitar lugares ou pessoas que estão em contato com a morte, passamos muitas vezes a fazer desses lugares ou pessoas, tabus, como é o caso dos *dalits*<sup>4</sup> e dos *burakumins*<sup>5</sup>. Veremos que o IML também produz seus “párias”, que evitamos tocar ou conviver porque nos remetem à proximidade da morte.

Ao adentrarmos numa instituição como o IML de Curitiba, é importante perceber que nada ali é aleatório. A forma como é levantando o prédio, a disposição das salas, a divisão dos andares, tudo diz de uma forma de pensar, de uma forma de representar o mundo, de uma lógica. Assim, no último capítulo tentarei estabelecer uma relação entre a arquitetura do IML de Curitiba e as representações sociais produzidas dentro e fora da instituição. Para tanto, passarei brevemente pelos 107 anos de sua história, fazendo uma descrição etnográfica e desvendando tanto os muros concretos quanto os simbólicos guardados pela sua arquitetura.

---

<sup>4</sup> Os *dalits* são conhecidos como intocáveis e fazem parte das mais baixas castas hindu. São considerados intocáveis por pertencerem a uma hierarquia social baseada nos princípios de pureza, poluição ritual e de exclusão social, são considerados tão impuros que podem contaminar pelo simples contato físico. São 260 milhões de *dalits* na Índia, Nepal e Sri Lanka, dos quais, 160 milhões somente na Índia.

<sup>5</sup> Os *burakumins* ocupam um lugar equivalente na cultura japonesa, poderíamos dizer que são os intocáveis do Japão e, assim como os hindus, lidam com cadáveres, abatimento de animais, curtição de couro e pele, etc.

Desta forma, com esta pesquisa, percorrerei a temática da morte desde sua racionalização e institucionalização, até a noção de impureza e contágio produzidos pela sua proximidade, a partir do IML de Curitiba.

Assim, a pesquisa teria como eixo duas hipóteses. A primeira verificaria a idéia de que, embora o IML seja um local a serviço da ciência, as representações do senso comum, tão presentes quando o assunto é a morte, permeiam o discurso médico-legal. A cientificidade da instituição é atravessada por e/ou contém representações morais, místicas e leigas, mas, por tratar-se de uma instituição científica, essas representações são então legitimadas e reproduzidas.

A segunda hipótese, que é uma extensão da primeira, apontaria para o fato de que os operadores da morte<sup>6</sup>, embora não carreguem uma noção de impureza tão intensa quanto os *dalits* ou *burakumins*, também sofrem da noção de contágio moral da morte por manusearem cadáveres.

O trabalho de campo consistiu na montagem de um banco de dados através da coleta diária de dados sobre mortes violentas por meio da verificação dos livros de autopsias<sup>7</sup> de mortes violentas ocorridas entre junho de 2003 e julho de 2004.

Foi realizada também uma etnografia contendo observações da instituição e da sua rotina no período de maio de 2003 a novembro de 2006, entrevistas com 3 médicos legistas, 6 auxiliares de necropsia e com 1 odontologista forense. Este número de entrevistados deve-se ao fato de ter sido extremamente difícil obter as entrevistas para a pesquisa, principalmente com os médicos legistas, que pareceram demonstrar resistência em colaborar. Havia também um desejo de entrevistar os zeladores responsáveis pela limpeza do necrotério, pois julguei que seria um grupo bastante interessante para falar sobre as possíveis noções de contágio. No entanto, nenhum zelador consentiu entrevista, mesmo havendo certa persistência de minha parte.

Houve também inúmeras conversas com vários funcionários da instituição, tanto dos setores essencialmente administrativos quanto dos demais setores, inclusive de laboratórios forenses, motoristas, papiloscopistas, etc. O conteúdo das

---

<sup>6</sup> Denominarei “operadores da morte” todos os funcionários que de alguma forma manuseiam os cadáveres ou entram em contato com alguma substância proveniente desse manuseio, como médicos legistas, auxiliares de necropsia, odontologistas forenses, antropólogos forenses, zeladores.

<sup>7</sup> Farei uso, ao longo do texto, ora da palavra necropsia e ora da palavra autópsia. Ambas significam a mesma coisa. De acordo com um legista entrevistado, antigamente utilizava-se necropsia para animais e autópsia para seres humanos, mas atualmente não existe mais tal distinção.

entrevistas mostrou-se em consonância com aquele ouvido dos funcionários que não fizeram parte das entrevistas mais formalizadas, fato este que poderia garantir a qualidade delas.

Além das entrevistas e observações no IML, no ano de 2005 tive a oportunidade de ministrar aulas para 4 turmas (aproximadamente 100 alunos) de auxiliares de necropsia na Escola Superior da Polícia Civil do Estado do Paraná. Tais turmas eram compostas de auxiliares de todo o Estado, o que viabilizou ampliar consideravelmente a compreensão sobre o cotidiano de tais profissionais nos diferentes IMLs<sup>8</sup> ao longo do Estado. A realidade com a qual se deparam no dia-a-dia da profissão é bastante parecida nas diferentes cidades. As discussões realizadas em sala de aula sobre a função que executam, bem como um material escrito contendo questões abertas, que voluntariamente esses profissionais me cederam, reforçaram as informações obtidas com os entrevistados do IML de Curitiba.

---

<sup>8</sup> O IML de Curitiba não é o único no Estado e através do contato com os auxiliares de necropsia pude perceber que cada Instituto tem suas especificidades e profissionais com perfis diferentes também.

## **1. O PROCESSO DE RACIONALIZAÇÃO DA MORTE**

### ***1.1. A Morte no Mundo Ocidental antes do Século XIX e em Outras Culturas.***

De acordo com Ariès (1989, 1990 e 2003), até o século XVIII, a forma de lidar com a morte no mundo ocidental sofreu mudanças muito pequenas, quase que imperceptíveis. Mas, a partir do final do século XVIII e início do XIX, uma forma diferente de tratar a morte começa a aparecer e a se impor.

Autores como Elias (2001), Ariès (1989, 1990 e 2003) e Martins (1983), vão demonstrar em suas pesquisas uma mudança social significativa na abordagem da morte, algo diferente de como vinha sendo nos séculos anteriores.

Dessa forma, o séc. XIX nos coloca uma demarcação histórica, a partir da qual delimitarei a maior parte de minha pesquisa. No entanto, é importante fazermos uma explanação, mesmo que reduzida, de como o assunto era tratado anteriormente, para podermos fazer um comparativo das distintas realidades. Com essa explanação, não objetivo deter-me nas especificidades de cada século, mas captar de maneira geral a maneira que os indivíduos tratavam as questões relativas à morte.

Até o séc. XIX podemos dizer que a morte ocupava um lugar mais popular, menos marginal e menos temido na sociedade. A morte era algo que fazia parte da vida social desde a mais tenra idade. Não só se morria mais cedo, também se adoecia com mais freqüência. As condições de vida e a falta de tecnologia levavam a sociedade da época a adoecer mais amiúde. Essa realidade, de certa forma, introduzia uma conformidade maior do que a que temos atualmente diante de nossa finitude.

Segundo Ariès (2003), nos séculos anteriores ao XIX, o moribundo era protagonista de sua morte, sabia que ia morrer, preparava-se para isso, tanto do ponto de vista material (heranças, testamentos) quanto do ponto de vista emocional. Ele pensava no que diria para os que ficavam, preparava as devidas despedidas e dava as instruções de como gostaria que fosse seu sepultamento. A morte era esperada em casa, no leito, e o tempo do adoecer gravemente até o momento da morte constituía-se de uma cerimônia pública, organizada pelo próprio moribundo, que, como dissemos anteriormente, estava totalmente ciente de que iria morrer em breve. De acordo com Ariès (2003, pág. 34),

*O quarto do moribundo transforma-se, então, num lugar público, onde se entrava livremente. Os médicos do fim do séc. XVIII, que descobriram as primeiras regras de higiene, queixavam-se do excesso de pessoas no quarto dos agonizantes. Ainda no começo do séc. XIX, os passantes que encontravam na rua o pequeno cortejo do padre levando o viático, acompanhavam-no, entrando em seguida no quarto do doente.*

Essa popularidade que o moribundo tinha na hora de sua morte acabava por transformá-la num evento social. Isso demonstra que, naquele tempo, a morte não era ainda interdita, banida e nem civilizadamente silenciosa, como aponta Ariès (2003) e Martins (1983). A presença dos familiares, parentes e amigos no leito do moribundo era indispensável. Até as crianças participavam ativamente desse momento. O momento da morte e os ritos daí advindos eram aceitos de forma mais simples e mais tranqüila, sem grandes melodramas ou constrangimentos.

Elias (2001) menciona que fazer referências à morte, à sepultura e a quaisquer detalhes que envolviam essa situação, não era de forma alguma censurado como atualmente. E segue dizendo que “a visão de corpos humanos em decomposição era lugar-comum. Todos, inclusive as crianças, sabiam como eram esses corpos; e, porque todos sabiam podiam falar disso com relativa liberdade, na sociedade e na poesia” (Elias, 2001, pág.30).

De acordo com Ariès (2003), nesse período, a atitude diante da morte era familiar e próxima e, ao mesmo tempo, atenuada e indiferente. Parece paradoxal que a morte pudesse ser ao mesmo tempo familiar, próxima e indiferente. No entanto, Ariès (2003) aponta que a possibilidade de estar mais próximo da morte existia por haver nesse período uma maior naturalidade, uma menor comoção e uma maior indiferença diante do moribundo e de sua morte. Esse estilo de morrer, Ariès (1989 e 2003) chamará de *morte domada*, em oposição à forma como lidamos com a morte nas sociedades ocidentais modernas.

Elias (2001) também compartilha a afirmação de Ariès sobre a morte ser um evento muito mais público do que é atualmente. Segundo ele, “em épocas mais antigas, morrer era uma questão muito mais pública do que hoje (...) nascimento e morte – como outros aspectos animais da vida humana – eram eventos mais públicos e, portanto mais sociáveis que hoje; eram menos privatizados” (Elias, 2001, pág.25).

Assim, vemos que nas sociedades ocidentais anteriores ao séc. XIX, uma intensa familiaridade com a morte era parte integrante da vida de qualquer indivíduo, mesmo que esse fosse ainda uma criança. Falar da morte, estar próximo ao moribundo, vivenciar os ritos fúnebres era algo banal e corriqueiro, ainda que a morte nunca tenha sido completamente naturalizada e desmistificada - e aqui devemos ressaltar a importância de não incorrerem no erro de acreditar que, em algum momento da humanidade, a compreensão acerca da morte tenha sido reduzida a uma das fases de um ciclo vital.

Mas, mesmo nesse contexto histórico de maior proximidade da morte (os séculos que precederam o XIX), havia certo temor dos mortos e “um dos objetivos dos cultos funerários era impedir que os defuntos voltassem para perturbar os vivos”. (Ariès, 2003, pág.36).

Dessa forma, a morte, embora em outra época tenha sido tratada de forma mais tranqüila, jamais foi enxergada como parte de um mero processo vital, nem entre as sociedades ocidentais nem entre as sociedades mais tradicionais<sup>9</sup>.

Para boa parte das sociedades tradicionais, a morte – e aqui é necessário atentar para o fato de que a idéia do que significa morrer nas sociedades ocidentais contemporâneas é completamente distinta - é fruto de feitiçaria, encanto, magia. Alguns clássicos da antropologia como Frazer (1982), Lévy-Bruhl ([1910] 1947), Mauss (1974), Leenhardt ([1947]1997), entre outros, apontam o caráter mágico ou religioso atribuído à morte pelos membros desse tipo de sociedade, lembrando que a noção de mortalidade no sentido ocidental é algo muitas vezes inexistente.

De acordo com Mauss (1974, pág. 195), “os australianos<sup>10</sup> só consideram como naturais as mortes que chamamos de violentas. Um ferimento, um assassinio, uma fratura são causas naturais (...).Todas as outras mortes têm por causa uma origem mágica ou religiosa.”

Vejam os casos dos *Canacos*, narrado por Leenhardt ([1947]1997). Para os *Canacos* há a idéia de que, após a morte, o *bao* (espírito do morto) requer um lugar novo para viver. Já não há mais função para ele na sociedade dos vivos. O morto é considerado defunto durante toda a decomposição cadavérica. Mas um defunto também não está morto ainda. Esta noção é importante porque explica como alguns

---

<sup>9</sup> A noção de sociedade tradicional aqui trazida é sinônima à noção encontrada na literatura antropológica como sociedade “primitiva”, pré-cristã, etc.

<sup>10</sup> Mauss não está se referindo aos australianos de modo geral, mas a aqueles pertencentes às sociedades “primitivas”.

membros dessa sociedade são considerados defuntos por não possuírem nenhuma função social, por estarem “desafetados” da sociedade à qual pertencem, ou por terem violado algum tabu, ou por serem considerados loucos, etc. É inconcebível aos *Canacos* que alguém possa vir a ser um defunto antes de terminar sua função social, como no caso de uma mãe que morre antes de dar a luz. Os *Canacos* crêem que esta mãe continua sua função depois de morta, ou seja, ainda não é um defunto. Só será um defunto quando sua função materna estiver encerrada.

Um outro fator importante é que, para os *Canacos*, o estado de defunto é provisório. Após a decomposição cadavérica este defunto deve ser reafetado, religado àquela sociedade, mas de uma outra forma, diferente das ligações que se estabelecem entre os *kamo* (aqueles que são viventes). É necessário que se estabeleçam espaços diferenciados para esses reafetados. Esses espaços são delimitados através de uma consulta aos *bao* e nessa consulta se dá a deificação dos mortos. Então, para Leenhardt ([1947]1997), o *bao* domina a sociedade, a crença no *bao* conduz e assegura a existência social entre os *Canacos*. Nessa sociedade, os vivos, os mortos e os deuses, estão em constante relação.

Com isso, podemos afirmar que os *Canacos* não concebem a morte enquanto fim, mas como uma outra forma de existência, que inclusive pode coexistir com a existência dos vivos, que influencia e conduz a vida nessa sociedade. Para os *Canacos* o termo morrer não se aplica, de acordo com Leenhardt ([1947]1997, pág.55),

*Vale decir que la idea de muerte no existe. No se muere em Melanésia, sino que, para usar uma expresión popular francesa muy justa y que se acerca al pensamiento melanésio, “on défunte” (se difunta). No existe ninguna idea de aniquilamento em la muerte. El canaco no puede confundir la muerte com la nada<sup>11</sup>.*

Em sociedades como essa, de modo geral, a causa da morte de alguém nunca é natural, mesmo nos casos em que a morte é por alguma doença ou, até mesmo, velhice e falência de algum órgão<sup>12</sup>, casos que, em nossa sociedade,

---

<sup>11</sup> [Trad.] Vale dizer que a idéia de morte não existe. Não se morre na melanésia, mas para usar uma expressão popular francesa muito adequada acerca do pensamento melanésio, “on défunte”, defunta-se. Não existe nenhuma idéia de aniquilamento na morte. O canaco não confunde a morte com o nada.

<sup>12</sup> Estamos aqui falando acerca de uma percepção de doença das sociedades modernas ocidentalizadas, as quais consideram a existência do indivíduo, do corpo e dos órgãos.

seriam atribuídos à morte natural, quando não é causada por nenhum agente externo.

Há também, muito amiúde, a idéia de que a morte de um dos membros da tribo deve-se à não observância de certos tabus, o que, mais uma vez, nos indicaria que certas práticas estão permeadas por crenças mágicas e essas crenças têm uma eficácia simbólica (c.f. por ex. Levi Strauss, 1975) tamanha, que são capazes de contagiar, causar a morte ou de curar doenças.

Assim, independente do tipo de sociedade ou do momento histórico, não se encontra literatura sociológica ou antropológica onde a morte é reduzida a uma noção biológica. Embora nos séculos anteriores ao XIX, a morte não fosse revestida da carga afetiva que tem atualmente, pois havia uma maior conformação com a finitude, ou seja, a morte era mais facilmente aceita (Ariès 2003, 1989, 1990), isso não nos daria subsídio algum para criarmos uma linha lógica e/ou cronológica pela qual pudéssemos, ao retroceder no tempo, encontrar a idéia de morte como encontramos nas ciências naturais. Elias (2001) atenta para o fato de que,

*O recalçamento e o encobrimento da finitude da vida humana individual certamente não é, como às vezes se diz, uma peculiaridade do século XX. É provavelmente uma reação tão antiga quanto a consciência dessa finitude, quanto o pressentimento da própria morte. [...] as criaturas vivas vieram gradualmente a conhecer de antemão o fim como conclusão inevitável de toda vida humana. Mas junto com essa previsão do próprio fim provavelmente ocorreu, desde o início, uma tentativa de suprimir esse conhecimento indesejado e encobri-lo com noções mais satisfatórias.*

É claro que esse encobrimento aumentou consideravelmente nos últimos séculos, como o próprio Elias dirá mais adiante no texto, mas o que precisa ficar claro é que ele sempre existiu. Ariès (1989, pág. 24) também aponta que:

*Existem duas maneiras de não pensar na morte: a nossa, a da nossa civilização tecnicista que recusa a morte e a interdita; e o das civilizações tradicionais, que não é uma recusa, mas uma impossibilidade de pensar intensamente na morte, porque ela está muito mais próxima e faz parte excessiva da vida cotidiana.*

Para citar a psicanálise, que, como se sabe, compreende o inconsciente humano de forma universal e atemporal, ahistórica, nela também não há menção

da compreensão da morte através de uma lente racional e tecnicista como encontramos no discurso científico.

No texto de Freud, de 1915, “Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte” (e este texto freudiano é particularmente interessante porque, embora ele faça algumas inferências acerca de como o “homem primitivo” via e se relacionava com a morte, ele foca sua análise em indivíduos inseridos nas sociedades civilizadas), na segunda parte, “Nossa Atitude para com a Morte”, que para muitos autores, seria a mais longa e detida exposição freudiana sobre o tema, Freud aponta que conscientemente consideramos a morte natural e inevitável, porém no inconsciente estamos totalmente convencidos de nossa imortalidade, só sabemos da morte pela morte do outro. Isso quer dizer que não temos registro de nossa morte no nosso inconsciente, pois é uma experiência pela qual nunca passamos. Se há um momento supremo de alheamento do indivíduo, esse momento é a morte. Segundo Freud ([1915] 1988, pág. 327),

*Revelamos uma tendência inegável para pôr a morte de lado, para eliminá-la da vida. Tentávamos silenciá-la; na realidade, dispomos até mesmo de um provérbio [em alemão]: ‘ pensar em alguma coisa como se fosse a morte’. Isto é, como se fosse nossa própria morte, naturalmente. De fato é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. Por isso, a escola psicanalítica pôde aventurar-se a afirmar que no fundo ninguém crê na sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua imortalidade.*

Ziegler (1977, pág.189) aproxima-se de Freud quando diz que “não querer morrer é ‘natural’”. Até determinado estágio da agonia, todo subconsciente recusa de maneira enérgica, total, irredutível a idéia de sua própria morte”. Desta forma, embora tenhamos consciência de que um dia morreremos, isso não está “gravado” em nosso inconsciente, acarretando uma recusa em aceitar de fato nossa finitude.

Assim, também a partir de Freud e de Ziegler, podemos perceber que, no que diz respeito à morte, explicá-la como resultado da vida ou parte de um processo vital, tentar racionalizá-la, é totalmente ineficaz, pois as explicações racionais sobre a morte acabam não sendo satisfatórias, ao menos para boa parte das pessoas.

Elias (2001) aponta que a morte pode ser explicada de várias maneiras e que as maneiras mitologizadas ou religiosas são as formas mais antigas e comuns

de se explicar a finitude. As pessoas estão preparadas para acreditar em qualquer coisa, desde que isso lhes dê esperança de que poderão continuar existindo em vida eterna.

*Há varias maneiras de lidar com o fato de que todas as vidas, incluídas as das pessoas que amamos, têm um fim. O fim da vida humana, que chamamos de morte, pode ser mitologizado pela idéia de uma outra vida no Hades ou no Valhalla, no Inferno ou no Paraíso. Essa é a forma mais antiga e comum de os humanos enfrentarem a finitude da vida (Elias 2001, pág.7).*

Dessa forma, penso que, com essas explicações complementares, possa enfatizar ou garantir que a morte não pode ser apenas explicada por uma ótica biológica, pois socialmente as explicações dadas a ela sempre passam pelo viés da mitologização, da representação.

Mas, o que é mais importante destacar nesse capítulo são as mudanças de conduta diante da morte. Vimos que nos séculos que antecederam o XIX havia uma atitude mais familiar e próxima da morte. Elias (2001) fala de uma familiaridade que remonta a épocas anteriores ao estágio civilizador no qual nos encontramos, épocas em que lidar com a morte era mais fácil porque o tipo e o grau de identificação com os outros indivíduos eram diferentes do que temos hoje. Aqui chegamos num ponto em que Elias e Ariès sinalizam a mesma questão. Lidar com a morte era mais fácil porque havia um tipo diferente de solidariedade, havia menos empatia com o outro, sofríamos menos com a morte porque não nos compadecíamos como hoje nos compadecemos pela morte do outro. Elias (2001) lembra que na Antiguidade, ver leões e tigres devorando pedaço a pedaço pessoas vivas era apenas diversão e não brutalidade. A noção do que seja violência ou brutalidade atualmente é outra, pelo menos quando tratamos das sociedades ocidentalizadas (c.f Moraes, 2005, parte II, cap. 5).

Elias (2001) menciona que havia um abismo identificatório entre uma e outra camada da população, entre reis e plebeus, entre jovens e idosos, entre adultos e crianças e isso recaía também sobre a negação da finitude daqueles que não conseguiam perceber, ou aceitar, que a morte também chegaria para eles. Vejamos a seguinte citação:

*(...) os gladiadores saudavam o imperador ao entrar com as palavras “Morituri te salutant” (os que vão morrer te saúdam). Alguns dos imperadores sem dúvida se acreditavam imortais. De todo o modo, teria sido mais apropriado se os gladiadores dissessem “Morituri morituum salutant” (os que vão morrer saúdam aquele que vai morrer). Porém, numa sociedade em que tivesse sido possível dizer isso, provavelmente não haveria gladiadores ou imperadores. A possibilidade de se dizer isso aos dominadores – alguns dos quais mesmo hoje têm o poder de vida e morte sobre um sem número de seus semelhantes – requer uma desmitologização da morte mais ampla do que a que temos hoje, e uma consciência muito mais clara de que a espécie humana é uma comunidade de mortais e de que as pessoas necessitadas só podem esperar ajuda de outras pessoas. O problema social da morte é especialmente difícil de resolver porque os vivos acham difícil identificar-se com os moribundos (Elias, 2001, pág.9).*

Esse exemplo extraído da Antiguidade nos faz pensar, de certa forma, o quanto esse abismo identificatório ilustrado na citação acima, volta hoje a existir, ao menos em países como o nosso. Isso pode ser parte da explicação para o fato de algumas mortes terem tão pouca relevância quando ocorrem com certos indivíduos e/ou grupos.

De qualquer forma, da Antiguidade até os dias atuais, algumas mudanças ocorreram e, principalmente, no fim do século XVIII, lidar com a morte tornou-se mais difícil, mais sofrido. De acordo com a tese elisiana (1994), houve neste período uma maior ampliação do espaço psíquico dos indivíduos, o que permitiria uma maior identificação com as outras pessoas, e isso também mudaria os sentimentos para com a morte e o moribundo.

Ariès (2003) fala inclusive de um período entre o final do século XVIII e meados do século XIX, no qual apareceu uma intensa comoção com a morte que, até então, não era comum. Nesse curto período, os prantos dramáticos eram freqüentes nos ritos fúnebres. Para ele, esse período indicaria um aumento da sensibilidade e afetação diante da morte, num momento em que o controle de nossos afetos não era tão proeminente. Desvencilhar-se de entes queridos passa a ser muito mais traumático e doloroso. A partir do século XIX a morte passa a ser cada vez mais sentida como uma transgressão que arrebatava o indivíduo da sua vida cotidiana, de sua sociedade racional e “segura”, arremessando-o para o momento maior de fragilidade.

Elias (2001) também aponta que sofremos muito com a morte do outro, em parte porque nos remete à nossa própria e ao medo de perder aquilo que consideramos significativo e por isso, evitamos os moribundos, os enfermos. Segundo Elias (2001, pág.17),

*A morte do outro é uma lembrança de nossa própria morte. A visão de uma pessoa moribunda abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a idéia de sua própria morte. O amor de si sussurra que elas são imortais: o contato muito próximo com os moribundos ameaça o sonho acalentado.*

Dessa forma, com essa breve explanação, podemos compreender como a morte já foi encarada como algo menos traumático, um momento mais romantizado de maior resignação do que atualmente. Agora exploraremos um pouco mais as mudanças ocorridas a partir do século XIX.

### **1.2. Morrer na Era da Razão: A Racionalização e a Institucionalização da Morte**

A partir do século XIX, a familiaridade que havia com a morte e com os mortos vai se transformando cada vez mais em estranhamento, desconforto, distanciamento. A morte é cada vez mais sentida como uma intrusa ingrata para a qual o indivíduo moderno nunca está realmente preparado. A morte, que outrora tinha a banalidade das cerimônias sazonais, começa a ser agitada por uma grande carga emocional. Diante do adoecimento de um ente querido, as pessoas passam a chorar, suplicar, a relutar de forma apaixonada em abandoná-lo à morte. Ou seja, vemos aí aparecer uma intolerância com a morte que antes não havia, a separação de alguém querido passa a ser um suplício e a simples menção de sua morte passa a comover, a causar angústia (Ariès, 1989, 1990 e 2003).

Essa maior sensibilidade e dor frente à morte vão levar a uma ruptura que se refletirá no comportamento das pessoas. Diante de tamanha emoção e dor é necessário criar mecanismos de economia psíquica para lidar com as situações que remetam a esses estados e a morte é, sem dúvida, uma dessas situações. Dessa forma, quanto mais comovente é a situação, mais controle das emoções é necessário ao indivíduo moderno. Assim, as manifestações mais dramáticas passam a causar constrangimento e mal-estar, não porque as pessoas tornaram-se

insensíveis, mas, ao contrário, porque se tornaram sensíveis demais e precisam de alguma forma se resguardar.

Lembramos que, para Elias (1994), o processo civilizador, que se intensifica justamente nesse período, implica, ao mesmo tempo, uma ampliação dos espaços psíquicos e das identificações e uma forma de pensar voltada para a razão, com maior controle dos afetos e, por consequência, de suas manifestações. A modernidade traz um crescente desconforto com a manifestação das emoções, com os sentimentos. “(...) o presente estágio da civilização produz em muitas pessoas uma indisposição e muitas vezes uma incapacidade de exprimir emoções fortes, tanto na vida pública quanto na vida privada” (Elias, 2001, pág.35). A ordem é ter autocontrole, as emoções devem ser racionalizadas. “Reconhecidamente, essas emoções de fato têm, em forma “refinada”, racionalizada, seu lugar legítimo e precisamente definido na vida cotidiana da sociedade civilizada.” (Elias, 1994, pág.200). Mas “o permanente autocontrole (...) está muitas vezes tão firmemente embutido nas pessoas que crescem nessas sociedades que é experimentado como uma muralha realmente existente, que bloqueia o afeto e outros impulsos espontâneos...” (Elias, 2001, pág. 67).

Diante desse novo desconforto com os sentimentos e emoções, Ariès (2003) aponta que, progressivamente, a morte, algo que traz à tona os sentimentos mais incontroláveis, vai sendo afastada da vida cotidiana do homem moderno, pois se sua simples menção comove e angustia, paramos de mencioná-la, de pensá-la, de evocá-la e a morte vai perdendo seu lugar ordinário para se tornar um tabu.

A situação muda completamente com relação ao moribundo. Esse, outrora protagonista de sua morte, que se constituía de um evento popular, passa a ser sistematicamente poupado e escondido, torna-se, de acordo com Ariès (2003), um clandestino. Segundo ele, “essa clandestinidade é o efeito de uma recusa em admitir completamente a morte daqueles a quem se ama” (pág. 239).

A sociedade moderna vê na morte um fracasso, uma vergonha. Fracasso, não do moribundo, mas, da sociedade por não conseguir evitar sua morte. Até porque, com os avanços da medicina, Ariès (2003) lembra que na sociedade moderna sabe-se cada vez menos se uma doença é grave suficiente para matar, as chances de sobreviver a uma doença grave são cada vez maiores. Desta forma, “em nosso mundo onde se age como se a Medicina tivesse resposta para tudo (...) não se tem razão alguma (...) de morrer” (Ariès, 2003, pág.239).

Se não há razão para morrer, também não há mais razão para falar da morte ou da doença. Não apenas porque não estamos mais acostumados a pensar tanto na morte, mas porque esse distanciamento propiciou uma maior dificuldade em lidar com ela e com o que sentimos diante dela. Na ocasião da morte de alguém que amamos sentimos intensa comoção, comoção que a sociedade moderna não mais se sente preparada a sentir. Comover-se descontroladamente fere os princípios racionais de autocontrole. Dizer a alguém que vai morrer, que sua doença é grave, vira sinônimo de crueldade e de intenso desconforto. Ninguém quer ser o portador de más notícias, nem os médicos, nem os familiares, nem os amigos e, assim, os moribundos passam a ser poupados, escondidos e evitados. De acordo com Rasia (1996), não são raras as situações em que os médicos começam a se afastar quando percebem que as alternativas terapêuticas utilizadas para manter a vida do paciente se esgotaram. O desconforto sentido pelos médicos frente à impotência de manter a vida do paciente se expressa através de um afastamento, de um “abandono” do paciente. Além disso, a morte cada vez mais próxima dos moribundos remete os médicos à noção de suas próprias mortes (Rasia, 1996).

E dessa forma, os moribundos acabam “herdando” a exclusão e o alheamento da sociedade. “A morte, tanto como processo quanto como imagem mnemônica, é empurrada mais e mais para os bastidores da vida social (...). Para os próprios moribundos, isso significa que eles também são empurrados para os bastidores, são isolados” (Elias, 2001, pág.19).

O moribundo passa a compactuar com a sociedade de um alheamento. Se, por um lado, os familiares, médicos e amigos escondem o fato do doente, esse, por sua vez, desempenha seu papel de não perguntar, de não querer saber e, se souber, tornar a situação confortável para todos, evitando melodramas ou emoções fortes. Segundo Ziegler (1977, pág.197),

*(...) o bom doente é o emocionalmente equilibrado. Ele é alegre, pouco ansioso e domina bem seus sentimentos. Comunica-se facilmente com as enfermeiras, coopera, conforma-se logo com o regulamento hospitalar e com sua rotina; é atencioso (...). O mau doente é emocionalmente instável. É angustiado, depressivo, hostil. Isola-se e evita qualquer comunicação. Critica e faz perguntas demais. Sua tendência a ser demasiado independente, agressivo, impaciente, faz dele um ser pouco compreensivo....*

Dessa forma, na sociedade moderna e racional, a atitude desejada do moribundo é a de ser realmente um *paciente*. Mesmo estando à beira da morte, não é desejável que se perca o autocontrole, diferentemente do que acontecia em outros tempos, como demonstra Ariès (1989, 1991, 2003), nos quais o moribundo podia dramatizar sua morte de forma bastante intensa.

Essa racionalização e autocontrole são tão maiores quanto maiores são o encobrimento e o recalçamento da noção de finitude. Elias (2001) alerta, como já dissemos, que esse alheamento da morte não é uma peculiaridade do século XX. Desde que o ser humano se deparou com a perda de um ente querido passou a sentir a morte como algo desagradável e temido. Mas o que os autores enfocam é o progressivo aumento de sua negação.

Diante do aumento da negação da morte, uma aura cada vez maior de mistério foi surgindo diante de tudo que se refere a ela. Dessa forma, a morte é cada vez menos tratada “como problema humano e social que as pessoas devem resolver entre si e para si (...) o crescente tabu da civilização em relação à expressão de sentimentos espontâneos e fortes trava suas línguas e mãos. E os vivos podem, de maneira semiconsciente, sentir que a morte é contagiosa e ameaçadora; afastando-se involuntariamente dos moribundos” (Elias, 2001, pág.36-37).

Dedicarei mais adiante um capítulo<sup>13</sup> para falar mais especificamente sobre essa questão do contágio, mas é importante percebermos que esses eventos (afastamento dos moribundos, recalque da idéia de morte, relutância em falar sobre o tema, aumento da racionalização, medo de se comover e sensação de contágio) estão todos de certa forma interligados e são frutos de uma nova era: a modernidade.

Se, nos séculos anteriores ao XIX (Áries (2003) foca suas análises nos séculos medievais e na modernidade, apontando a Idade Média como um período no qual as mudanças de atitude para com a morte foram quase imperceptíveis. Tais mudanças aparecem de forma bastante acentuada e significativa com o advento da Modernidade), a morte podia ser socialmente tratada de forma mais natural e familiar, aparece, mais intensamente a partir do século XX, um movimento de compreensão e classificação da morte enquanto um fenômeno *biologicamente* natural, ou seja, começa a se intensificar uma “cientifização”, uma “biologização” da

---

<sup>13</sup> O capítulo ao qual me refiro é o capítulo 3.

morte. A morte passa a ser “medicalizada”, explicada por um desgaste natural do corpo, ela obrigatoriamente fecharia um ciclo biológico: nascimento, desenvolvimento e morte, e é claro, se descobertas suas causas, apareceria aí a possibilidade de protelá-la. Segundo Elias (2001), esse movimento é uma característica das sociedades que vivem sob o signo da ciência, ele lembra que os médicos do século XX são amplamente influenciados pela idéia de que os processos naturais são tudo o que importa em seus pacientes, o conhecimento médico é em geral tomado como conhecimento do corpo.

A ciência vem para melhor compreender os processos vitais, mas não foi capaz de confortar com suas descobertas, os que estão diante da morte. As explicações racionais e/ou científicas sobre as causas da morte não servem para apaziguar ou dar um sentido ao indivíduo moderno, dessa forma, ainda recorremos a crenças religiosas para nos alentar. Elias (2001, pág. 12) lembra que, “claramente não há uma noção, por mais bizarra que seja, na qual as pessoas não estejam preparadas para acreditar com devoção profunda, desde que lhes dê um alívio da consciência de que um dia não existirão mais, desde que lhes dê esperança numa forma de vida eterna”.

Weber ([1918]2006), ao falar sobre o desencantamento do mundo trazido pela ciência e pela racionalização, lembra que Tolstói tinha como temática de suas teses a questão da morte e se ela fazia ou não sentido. A conclusão de Tolstói é a de que, para o homem civilizado, a morte não faz sentido. Segundo Weber ([1918] 2006, pág.38), as conclusões de Tolstói foram as seguintes:

*(...) para um homem civilizado, não existe tal sentido. Obviamente não pode existir porque a vida individual do civilizado navega no “progresso” e no infinito e, consoante seu sentido imanente, essa vida não deveria ter fim [...] o homem civilizado posto em meio ao caminhar de uma civilização que se enriquece continuamente de pensamentos, de experiências e de problemas, pode sentir-se “cansado” da vida, mas não “pleno” dela. Certamente, jamais ele pode apossar-se de uma parte diminuta de que a vida do espírito incessantemente produz. Ele pode captar apenas o provisório e jamais o definitivo. Em virtude disso, a seus olhos a morte é um acontecimento que não faz sentido..”*

Então, podemos compreender que, quando se trata da morte, os avanços da ciência são insuficientes para nos alentar, ao contrário, parecem acirrar nosso desejo irrealizável de alcançar a vida eterna. Nesse processo, tecnologias

altamente desenvolvidas operam para descobrir, cada vez mais precocemente, formas de evitar e de tratar todos os tipos de doenças. Sobre isso, Elias (2001, pág. 89-90) diz:

*O estoque de conhecimento da sociedade em relação aos aspectos biológicos do envelhecimento e da morte aumentou muito nos dois últimos séculos. O próprio conhecimento nessas áreas se tornou mais bem fundamentado e mais realista. E nossa capacidade de controle aumentou com o conhecimento. Mas nesse nível biológico parecemos nos aproximar de uma barreira intransponível quando tentamos estender ainda mais o controle humano sobre os processos de envelhecimento e morte. O que nos faz lembrar que aqui e ali a capacidade dos seres humanos em relação ao universo tem seus limites.*

E ele continua:

*O progresso no conhecimento biológico tornou possível elevar consideravelmente a expectativa de vida do indivíduo. Mas por mais que tentemos, com o auxílio do progresso médico e a capacidade crescente de prolongar a vida do indivíduo e aliviar as dores do envelhecimento e da agonia, a morte é um dos fatos que indica que o controle humano sobre a natureza tem limites.*

Vimos então que a morte, assim como outras esferas da vida cotidiana, também é atravessada por uma tentativa de racionalização, no sentido de um explicação a qual recorreremos à luz de preceitos *naturais* e *lógicos*. Weber (2002, pág. 200) diz que “a tendência para um racionalismo prático na conduta é comum a todas as camadas cívicas; é condicionada pela natureza de seu modo de vida...” Mas como aparece mais especificamente esse processo de racionalização?

O aparecimento de uma racionalização, que Elias (1994) localiza no processo civilizador ao atingir a modernidade, foi tratado anteriormente por Weber. O sociólogo alemão discorre ao longo de sua obra sobre uma *lógica racional* que aparece na modernidade. A modernidade traria uma objetividade racional, fruto principalmente de um vasto processo de burocratização nas instituições. Segundo Weber (2002, pág. 170), “a marcha da burocracia destruiu as estruturas de domínio que não tinham caráter racional (...)”.

Enquanto Elias foca a racionalização como uma capacidade de submeter as emoções ao filtro da razão e a um auto-controle, Weber (2002) fala de uma racionalização que pode ser pensada a partir de uma lógica instrumental com

relação a meios e fins, na qual os meios estejam adequados aos fins. Essa forma de pensar seria tipicamente representada pela ciência. Assim, pode-se dizer que a racionalização surge com o desenvolvimento da ciência, alimenta-se dele e também o alimenta. Mas é importante atentar para o fato de que os conceitos de “racionalização” ou o de “racionalismo” permeiam toda a obra weberiana e assumem distintos sentidos ao longo dela. De acordo com Weber (2002, pág.206),

*Temos de lembrarmos, antes de mais nada, que “racionalismo” pode significar coisas bem diferentes. Significa uma coisa se pensarmos no tipo de racionalização que o pensador sistemático realiza sobre a imagem do mundo: um domínio cada vez mais teórico da realidade por meio de conceitos cada vez mais precisos e abstratos. O racionalismo significa outra coisa se pensarmos na realização metódica de um fim, precisamente dado e prático, por meio de um cálculo cada vez mais preciso dos meios adequados. Esses tipos de racionalismo são muito diferentes, apesar do fato de que em última análise estão inseparavelmente juntos.*

Assim, ao falar de uma racionalização da morte é necessário entender de qual racionalização estou falando. Tomarei o conceito de “racionalização” tanto no sentido empregado por Elias quanto no empregado por Weber, quando este afirma que tal conceito é promovido (e, portanto, promove) por um domínio cada vez mais teórico da realidade e pela realização metódica de uma ação escolhendo conscientemente e intencionalmente os meios mais adequados.

Dessa forma, quando falo que houve uma progressiva racionalização da morte, quero dizer, elisianamente, que a forma de expressão dos sentimentos em relação a ela foi se tornando cada vez mais controlada e quero dizer também, a partir de Weber, que ela (a morte), assim como outras categorias sociais, sofreram um processo de institucionalização, de cientificação e muitas vezes de burocratização.

Essa forma de racionalização se dá principalmente no Ocidente – tanto Elias quanto Weber localizaram de forma mais acentuada no Ocidente esse processo – pois é no Ocidente que se encontravam as condições adequadas para o desenvolvimento de uma ciência altamente especializada e sistematizada. “(...) a busca racional, sistemática e especializada da ciência por parte do pessoal treinado

e especializado existiu somente no Ocidente, em um sentido que se aproxima de seu papel dominante em nossa cultura atual” (Weber [1904] 2006, pág.25).

Weber ([1904] 2006) observa que no Ocidente há um racionalismo específico da cultura ocidental, uma racionalização da contemplação mística, da vida econômica, da técnica, da pesquisa científica, do treino militar, do direito e da administração e, certamente, ele concordaria se incluíssemos a morte nessa listagem, pois logo a seguir diz que “racionalizações dos mais variados tipos têm existido em vários setores da vida, em todas as áreas da cultura” (Weber [1904] 2006, pág.32).

No entanto, essa racionalização não é completa e nem poderia, pois a morte vai a lugares que a ciência não alcança. É possível perceber, como já apontei, que a ciência e a racionalização que ela promove, e vice-versa, não são capazes de explicar ou dar sentido à morte, ao menos não completamente. Se assim o fosse, não haveria tantas pessoas, inclusive as que trabalham com a morte, tentando dar um sentido não racional a ela. Para Weber (2002, pág.198),

*...o cálculo do racionalismo coerente não realizou com facilidade uma operação perfeita, na qual não houvesse restos. Na música, a “coma” pitagórica resistiu a uma racionalização completa orientada para a física tonal (...). O mesmo parece ter ocorrido com a concepção teórica de mundo, apenas mais acentuadamente. Acima de tudo, pareceu acontecer com a racionalização da vida prática. As várias grandes formas de levar uma vida racional e metódica foram caracterizadas pelas pressuposições irracionais, simplesmente aceitas como “dadas”, e que foram incorporadas a esses modos de vida. (...) os elementos irracionais na racionalização da realidade foram os loci para os quais a irrepresível busca da posse de valores sobrenaturais pelo intelectualismo foi forçada a se retirar. Isso ocorreu principalmente na medida em que mais destituído de irracionalidade o mundo parece ser. A unidade da imagem primitiva do mundo, em que tudo era mágica concreta, tendeu a dividir-se em conhecimento racional e domínio da natureza, de um lado, e em experiências “místicas”, do outro. O conteúdo inexprimível dessas experiências continua sendo o único “além” possível, acrescido dos mecanismos de um mundo sem deuses. De fato, o além continua sendo o reino incorpóreo e metafísico, no qual os indivíduos possuem intimamente o sagrado.*

Os apontamentos de Weber ao falar daquilo que a racionalização não dá conta podem ser facilmente verificados ao olharmos para as nossas instituições. Pensando o Instituto Médico-Legal enquanto uma dessas instituições, que trabalha, entre outras coisas, com a morte, podemos verificar no discurso dos seus membros

e divisão à qual Weber se refere, que coloca de um lado o conhecimento racional e o domínio da natureza e de outro as experiências místicas. Mesmo tendo a morte no seu cotidiano, os profissionais entrevistados pensam “o além” como um reino incorpóreo e metafísico.

A grande maioria dos entrevistados para esta pesquisa (auxiliares de necropsia, médicos legistas e uma odontologista forense) professam alguma religião e acham que a vida não termina com a morte biológica e/ou física. Uns crêem na reencarnação, outros na vida eterna. Um mais cético, como um dos médicos legistas entrevistados, acredita que mudamos de estado energético, passamos a ser uma outra forma de energia, o que não deixa de ser uma explicação mística, com roupagem científica é bem verdade, mas ainda assim, mística. Ou seja, mesmo vivenciando a morte diariamente no seu cotidiano, e talvez, principalmente por isso, os profissionais não consigam encará-la somente como o fim de um ciclo biológico, embora o discurso técnico-racional assim o faça.

Entre os profissionais entrevistados, todos disseram que há boatos de espíritos que são vistos à noite, principalmente no necrotério, embora nenhum deles tenha visto. Os médicos legistas dizem que é invenção das pessoas. Alguns auxiliares de necropsia e a odontologista forense dizem que, embora nunca tenham visto, não duvidam que possa existir esse tipo de manifestação ali, pois lidam com todos os tipos de morte e de pessoas.

Ou seja, vemos que no IML é bastante comum a existência de crenças místicas e do senso comum. Mas as representações sociais acerca da instituição ultrapassam seus muros. Ao procurar textos históricos na Internet sobre o IML de Curitiba, encontrei um artigo intitulado “Bruxaria e Satanismo no Estado do Paraná”, do jornalista Johnni Langer (2002). O texto relata uma série de eventos ocorridos no Paraná e, principalmente em Curitiba, que estão relacionados com casos de bruxaria e satanismo. Vejamos a seguinte passagem:

*(...) nenhum caso de bruxaria ficou mais famoso na mídia curitibana quanto o incidente ocorrido na Rua Visconde de Guarapuava em 1934. A esposa de um importante juiz, D. Nair Ribeiro, teria sido enfeitiçada pela bruxa Tiburcia e "começou a vomitar despachos contendo panos, cabelos, fumos, couro de sapos e outros ingredientes de magia negra". A polícia, acompanhada de médicos e repórteres compareceu ao local. Quando ela novamente começou a vomitar, foi retirada uma "bola" com os seguintes componentes: "maços de cabelos atados, contas de colar, bilhetes amarrados". Por vários dias, os jornais noticiaram o encontro de*

*sapos e gatos pretos encontrados na frente da casa de dona Nair, ambos vivos com os olhos e bocas costurados! Após alguns meses, Nair acabou falecendo e a notícia também desapareceu aos poucos dos jornais. Hoje em dia, "coincidentalmente" no mesmo local onde existia a sua casa, foi construído o Instituto Médico Legal de Curitiba, (...) onde dizem muitos funcionários, os casos de assombração são muito frequentes durante a noite..” (Langer, 2002, s/paginação).*

O texto acima aponta para o lugar que o IML ocupa no imaginário social: um lugar habitado pelo sobrenatural (fantasmas, magia e maus agouros). E muitas dessas representações são compartilhadas pelos próprios operadores da morte, como vimos acima.

Como fazer então para aplicar o discurso técnico-racional/científico ao seu cotidiano profissional se pessoalmente não crêem nas explicações desse discurso? Como lidam com isso? Creio, a partir das entrevistas realizadas, que ocorre uma cisão entre o campo profissional e o pessoal desses profissionais. Embora esses profissionais estejam imersos na rotina da instituição, permeada de procedimentos burocráticos e racionais, preservam pessoalmente a crença em explicações religiosas. Até porque Weber ([1904] 2006) aponta que a religião não deixa de existir no mundo moderno.

A práxis dos profissionais da morte é permeada por uma tentativa recorrente de separar o profissional do pessoal, como se fosse possível “seguimentalizar”, “compartimentalizar” o ser humano em várias partes. Isso obviamente diz de uma tentativa de racionalização de algo que muitas vezes nos é inaceitável: a morte. Com isso podemos atentar para a dificuldade de se tomar a morte apenas pelo viés da racionalidade científica. Vejamos um trecho de uma entrevista realizada com um médico legista:

*Para fazer isso aqui (necropsia) tem que esquecer que é uma pessoa que está ali, tem que ser frio, deixar o ser humano da porta para fora. Senão você não dorme, não come, fica maluco. Por exemplo, aqui eu sou médico, se você não conseguir separar, nunca mais vai comer um fígado, um miolo. O sangue daqui é diferente do sangue de casa. Se um filho se machuca você não consegue agir friamente como um médico. Tem que separar as coisas, como se fosse um monte de gavetas: abre uma e fecha outra.*

Essa dificuldade em vivenciar os processos da morte apenas enquanto algo “frio”, “de fora”, como uma tentativa de racionalização é bastante comum para os

profissionais entrevistados. Claramente há algo que escapa. No trecho acima vemos que, mais do que tentar separar o profissional do pessoal, os operadores da morte tentam se desumanizar. É como se a profissão exigisse algo que não é possível sendo humano, como se, para lidar com a morte de forma “fria”, racional, científica, fosse necessário ser máquina, ser algo não humano.

Vejamos também algumas passagens de uma entrevista realizada com um auxiliar de necropsia:

**AN-** *“Acho que nessa vida tudo tem um porquê (...) sou católico de criação, mas hoje tenho gostado do espiritismo (...). Também, aqui a gente vê tanta coisa, né? (...) Tenho uma convicção de que não é qualquer um que faz isso (necropsia), e pro cara segurar, não deixar transparecer emocionalmente a emoção de fazer a necropsia num corpo, num acidente de repercussão muito grande, que é algo que choca muito... Todos sentem, todos sentem, inclusive nós, principalmente quem tem filhos. Fica muito tênue essa margem. (...) Nós somos frágeis, somos pessoas.”*

**E-** *“E o que acha que acontece quando morremos?”*

**AN-** *“Quando trabalho penso de um jeito e fora daqui penso de outro. Quando estou abrindo um corpo não penso se a pessoa tem alma ou não. (...) No passado já cheguei a pensar sobre isso, ainda mais dependendo do tipo de morte, mas hoje em dia não, hoje em dia sou profissional (...) não que a gente não tenha emoção, compaixão, mas é porque a gente quando está trabalhando num corpo está muito focado, tá trabalhando (...). Para quem vê pode passar a impressão de que a gente não tem emoção, não tem coração, (...) mas é que você precisa fazer o serviço, (...) mas para mim o corpo tem alma de qualquer forma”.*

Novamente aparece uma separação entre o indivíduo e o profissional (c.f. noção de pessoa em Mauss, [1936]1974). Ou seja, por mais que se tente racionalizar a morte, essa racionalização acaba não abrangendo todas as convicções dos indivíduos. Então, há algo sobre a morte, sobre o *além*, como aponta Weber acima, que ainda escapa a um processo de racionalização, do discurso científico.

O fato é que, sejamos pertencentes a um ou outro tipo de sociedade, oriental ou ocidental, diante da morte evocamos símbolos, representações, crenças, que escapam a esse processo de racionalização. Não obstante tal fato acabe por encerrar uma outra lógica e assim uma outra racionalidade.

Assim, mesmo diante da racionalização própria da modernidade ocidental, quando o assunto é a morte, as explicações racionais e biológicas, como já vimos,

não nos satisfazem, há um limite para seu alcance. Dessa forma, diante dela, voltamos a nos perguntar o que acontece, para onde vamos, por que temos que morrer, etc., ou seja, buscamos explicações onde a ciência não se faz suficiente.

E, embora sejam inegáveis os avanços científicos trazidos pela modernidade, eles, ironicamente, nos tornaram menos capazes de lidar com a morte, pois, como já dissemos acima, acabamos não utilizando esses avanços para aceitá-la ou compreendê-la, mas para adiá-la, driblá-la, escondê-la e socialmente desnaturalizá-la. Elias (2001) diz que passamos a acreditar que os processos naturais que levam à morte são, dentro de certos limites, controláveis.

*Mais do que nunca podemos hoje esperar - com a habilidade dos médicos, a dieta e os remédios - o adiamento da morte. Nunca antes na história da humanidade os métodos mais ou menos científicos de prolongar a vida foram discutidos de maneira tão incessante em toda a sociedade como em nossos dias. O sonho do elixir da vida e da fonte da juventude é muito antigo, mas só assumiu uma forma científica – ou pseudocientífica – em nossos dias. A constatação de que a morte é inevitável está encoberta pelo empenho em adiá-la mais e mais com a ajuda da medicina e da previdência, e pela esperança de que isso talvez funcione (Elias, 2001, p.56).*

Adiar a morte tem sido uma das molas da sociedade moderna. Martins (1983, pág. 9) diz que “não sabemos lidar com a morte, porque transformamos a doença e a morte num problema técnico e para isso criamos as empresas, os técnicos mais qualificados, os equipamentos mais sofisticados”, ou seja, institucionalizamos a morte. Não cabe mais morrer e ser velado em casa, junto à família. Para isso há as instituições encarregadas de oferecer ao moribundo e seus familiares a “boa” morte, inodora, silenciosa, discreta, “adequada”.

Na modernidade, aponta Elias (2001), morre-se só, morre-se nos leitos dos hospitais em meio à parafernália dos aparelhos e equipamentos hospitalares, “apenas as rotinas institucionalizadas dos hospitais dão alguma estruturação social para a situação de morrer” (pág. 36). De acordo com Elias (2001), atualmente temos uma institucionalização ostensivamente racional da morte e isso acaba gerando um conflito para a própria equipe médica. No hospital, sem dúvida, o doente recebe tratamento médico mais avançado e cientificamente recomendado, mas por outro lado, a rotina hospitalar reduz o contato com familiares porque estes são freqüentemente considerados inconvenientes para o tratamento racional do

hospital, para a rotina hospitalar. No entanto, Elias (2001) aponta que esse afastamento promove muitas vezes uma piora do paciente e uma recusa em responder ao tratamento médico-racional. Assim, se por um lado o hospital é o local que tem a melhor tecnologia possível para adiar a morte, por outro sua rotina racional agrava tanto o estado físico quanto o estado psíquico do paciente (Elias, 2001).

Para Ziegler (1977), o a racionalização hospitalar rouba do moribundo a possibilidade de morrer enquanto sujeito com voz ativa. No hospital outros falam por ele e outros decidem o que seria uma “vida digna de ser vivida” e o que para sua família seria uma “vida intolerável”. “O homem, parcialmente sujeito ao seu destino antes de transpor a soleira do hospital, desliza imperceptivelmente para o estado de homem objeto. Noutras palavras: torna-se objeto de uma práxis e de uma racionalidade que lhe são fundamentalmente estranhas” (pág. 202).

Mas a hospitalização não é a única forma de institucionalização da morte, tão comum na modernidade. Há os institutos médico-legais, os serviços funerários, os planos de saúde, os seguros de vida.

Menezes (2004) localiza o início da institucionalização da morte no século XIX. Segundo ela, o primeiro *hospice* fundado especificamente para moribundos foi provavelmente o de Lyon em 1842, fundado por Mme. Jeane Garnier, chamado “um *Hospice* e um Calvário”. Em 1846, Florence Nightingale funda em Dublin uma casa para alojar pacientes terminais, chamada “Our Lady *Hospice*”. Nesse mesmo período foram abertos em Londres outros *hospices*, entre eles o “St. Columba” (1885) e o “St. Lukes” (1893), o único fundado por um médico, o Dr. Howard Barret, para acolher pobres moribundos. Depois, em 1905, na Grã-Bretanha, em Hackney, surge o “St. Joseph *Hospice*”, fundado pelas Irmãs Irlandesas de Caridade. Essas foram as primeiras instituições para abrigar doentes, pessoas que necessitavam de cuidados especializados.

Foucault (1999) também enfocou a questão da institucionalização da morte discorrendo sobre a transferência dos cuidados ao doente, que antes era da família, para o médico e suas instituições. De acordo com Foucault (1999), até o século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, administrada por religiosos, nada havendo que se parecesse com uma medicina hospitalar. Era uma instituição de assistência, separação e exclusão, não para curar o doente, mas para abrigar o pobre destinado a morrer. O objetivo de quem

trabalhava no hospital não era fundamentalmente realizar a cura, mas alcançar a própria salvação. Tratava-se de pessoal caritativo religioso ou leigo, fazendo obra de caridade tendo em vista salvação eterna<sup>14</sup>.

O hospital como instrumento terapêutico surge no final do século XVIII, concomitantemente à transformação no conhecimento que instituiu a racionalidade anátomo-clínica como fundamento da medicina. A “medicalização” dos hospitais introduz uma série de mecanismos disciplinares num espaço então confuso.

A partir da consolidação da instituição hospitalar, administrada e controlada pelos técnicos da medicina, iniciou-se um processo de “medicalização” do social durante o século XIX, extensamente desenvolvido no século XX. Como conseqüência, o último século assistiu a uma administração da morte na qual a medicina com seus progressos técnicos, passou a ser responsável pela diminuição de algumas taxas de mortalidade e pelo prolongamento da vida. Ao mesmo tempo, a medicina, com suas medidas de prevenção e de controle social da saúde e da doença, desempenha um papel fundamental no afastamento da idéia de morte e no processo de ocultamento do processo do morrer. Para Elias (2001), em tempo algum na história da humanidade, morreu-se tão silenciosa e higienicamente como nos hospitais modernos dos últimos cem anos.

Como já dito anteriormente, Elias (2001), Ziegler (1977) e Ariès (2003, 1989, 1990) chamam atenção uma administração do processo do morrer excessivamente racionalizada, “desumana”, controlada e escondida pela equipe médica e compactuada pelo moribundo, para a intensidade com a qual a racionalização e institucionalização - especificamente a instituição hospital - da morte se impõe ao moribundo.

*A instituição designa ao doente uma nova identidade, que não leva em conta nem a sua história, nem o seu destino pessoal, nem a ecologia humana singular do sujeito, e sim a sua posição na rede relacional do universo hospitalar. Uma nova racionalidade, que não é a de sua própria vida e das opções sucessivas que a constituem, dele se apodera, impondo-lhe um código de comportamento inédito. Para chamar a atenção do médico, para obter cuidados das enfermeiras, em suma, para sobreviver, o doente deve, seja qual for a sua revolta, amoldar-se à linguagem hospitalar dominante (Ziegler, 1977, pág. 203).*

---

<sup>14</sup> O desejo de alcançar a salvação através do trabalho caritativo abrangeu não só os hospitais, mas também os pobres, os peregrinos, as crianças abandonadas, os velhos e os presos. (c.f Moraes, 2005, parte II)

Mas, se para Weber (2002), a lógica da modernidade segue um viés racional nos quais os fins devem estar ajustados aos melhores meios para se chegar lá, não há como prescindir da institucionalização. Para que os fatos possam ser sistematicamente organizados e controlados, é necessário que as ações tornem-se habituais, ao mesmo tempo, elas devem conservar seu caráter significativo para os indivíduos. Além disso, de acordo com Berger e Luckmann (1997), a formação do hábito vai acarretar um ganho psicológico aos indivíduos, no sentido de estreitarem-se as opções de como proceder diante das situações, ocasionando uma economia psíquica considerável.

*O hábito fornece a direção e a especialização da atividade que faltam no equipamento biológico do homem, aliviando assim o acúmulo de tensões resultantes dos impulsos não dirigidos. E oferecendo um fundamento estável no qual a atividade humana pode prosseguir com um mínimo de tomada de decisões durante a maior parte do tempo, liberta energia para decisões que podem ser necessárias em certas ocasiões. Em outras palavras, o fundamento da atividade tornada habitual abre o primeiro plano para a deliberação e a inovação. [...] esses processos de formação de hábitos precedem toda institucionalização (Berger e Luckmann, 1997, pág.78).*

Como vimos, poder “rotinizar” procedimentos foi essencial para o desenvolvimento da ciência. Institucionalizar algo é especificar atitudes, criar padrões de conduta, historicizar acontecimentos e controlar ou regular grupos e indivíduos. Segundo Berger e Luckmann (1997), dizer que um segmento da atividade humana foi institucionalizado já é dizer que esse seguimento da atividade humana foi submetido ao controle social. Assim, ao mencionar que houve uma institucionalização da morte, quero dizer que, atualmente, a morte também é regulada pelas instituições de controle social, como IMLs, funerárias, hospitais.

Ao adoecermos, começamos a passar por uma série de procedimentos tecnológicos, científicos, presentes nas instituições. As especialidades médicas, cada qual com seu saber e com seu discurso, ditam os caminhos que o doente ou moribundo devem percorrer.

Se o doente vier a morrer, mais procedimentos aparecem. Além dos procedimentos médicos, agora há os procedimentos legais através dos quais os

familiares são informados da forma como devem proceder. Ao fato de perder um familiar, somam-se os inúmeros itens protocolares a serem cumpridos.

Até poucos meses atrás era vetado aos familiares do morto, pela prefeitura de Curitiba, escolher um ou outro serviço funerário. As funerárias eram comunicadas pelo IML das mortes ocorridas de acordo com um rodízio pré-estabelecido. Essa medida institucional servia para evitar que as funerárias abordassem os familiares que aguardavam a liberação dos corpos no necrotério. Os funcionários do IML chamam as funerárias de “abutres” em função da avidez que adotavam nas suas abordagens.

Isso acarretou um problema aos que precisavam enterrar alguém, pois não havia possibilidade de pesquisar melhores preços e de escolher o serviço que mais lhe agradasse. Atualmente isso acabou. Os próprios familiares podem escolher a funerária que desejarem. No entanto, a antiga abordagem das funerárias volta a acontecer. Segundo um médico legista entrevistado, isso tem gerado um grande problema para o IML, pois parece uma “feira macabra”. Vários representantes das funerárias ficam aguardando os familiares para oferecerem seus serviços. Além disso, muitas pessoas confundem o preço pago às funerárias com cobrança de serviços pelo IML - o que seria algo ilegal - pois os preços muitas vezes são negociados ali mesmo no necrotério.

Como o IML é um local de atendimento ao público, as funerárias não podem ser barradas nas dependências da instituição. Assim, uma cena típica da modernidade se observa em decorrência da morte de um indivíduo. Desta forma, muitas vezes a morte de um ente querido no mundo moderno e principalmente nas grandes metrópoles, não pode ser nem ao menos vivenciada enquanto um momento de pranto ou até de introspecção, pois há uma série de procedimentos legais e formais a serem seguidos. Muitas vezes a vivência do luto é “atropelada” pelos processos racionais e burocráticos típicos das instituições da modernidade, dando aos indivíduos a sensação de que a morte seria um mero protocolo para as instituições pelas quais eles passam.

A questão é que os processos de institucionalização acabam gerando uma série de burocracias as quais impelem os indivíduos a desenvolverem uma racionalidade cada vez maior. Weber (2002) delinea a descrição da burocratização como uma mudança da organização baseada em valores e ação (a chamada autoridade tradicional) para uma organização orientada para os objetivos e ação

(chamada legal-racional). O resultado, segundo Weber, é uma "noite polar de frio glacial" na qual a crescente burocratização da vida humana a coloca numa gaiola de metal de regras e de controlo racional. Assim podemos verificar que burocracia e racionalização são processos interligados.

Mas embora as instituições sejam importantes veículos para a burocratização e racionalização, esses dois processos não se dão apenas nelas. A burocracia deve ser entendida como parte de um processo de transformação dos vínculos sociais, expressado marcadamente no campo político-administrativo, mas que acaba transformando os processos identitários existentes em toda a sociedade (Weber, 2002).

Paiva (2004), tomando Weber, atenta para o fato de que é preciso ficar claro que a dinâmica de mudanças nas rotinas de atividades que caracteriza o discurso burocrático de eficiência e racionalidade encontra terreno em outros campos da vida social e, por isso, não pode ser reduzida simplesmente às transformações no mundo do trabalho. "Assim, devemos considerar que não é apenas o órgão ou a instituição que se burocratiza, mas também a sociedade" (Paiva, 2004, s/pág.). A marca da burocracia acaba por estruturar as relações sociais de acordo com padrões de comportamento considerados econômica e cientificamente mais eficazes, imprimindo nos indivíduos uma atitude formalista e impessoal (Paiva, 2004).

Com isso surgem alguns efeitos. No que se refere ao nosso comportamento diante da morte, ele também passa a ser submetido a uma institucionalização e, dessa forma, a uma racionalização e burocratização. Mas, como já vimos, para a morte há ainda um refúgio e tais processos, há um limite para o quanto podemos racionalizar a morte, algo que foge, que escapa aos discursos técnico-científicos. Mesmo na modernidade, os processos de racionalização e institucionalização são insuficientes para lidar com ela e o que se tem como produto é um distanciamento de sua aceitação. Nas sociedades ocidentais a morte hoje parece ser um tabu ainda maior.

Mas, sem dúvida, esses processos de racionalização e de institucionalização, como aponta Weber (2002), levaram a sociedade a um amplo desenvolvimento científico. E a modernidade faz florescer, entre outras coisas, o desenvolvimento de uma ciência da morte: a medicina legal.

## **2. A MEDICINA LEGAL E SEUS DISCURSOS LEGITIMADORES**

### **2.1. O Nascimento da Medicina Legal**

Os textos nativos sobre o nascimento da medicina legal - ciência formada a partir da junção de dois saberes: a medicina e o direito -, de modo geral, remontam à Antiguidade. Um, em particular, o do médico e professor de medicina legal da UFRJ, Prof. Dr. Higyno de Carvalho Hércules, publicado em 1988 na Revista Acadêmica da Faculdade de Medicina e do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, localiza no código de Hammurábi as primeiras relações oficialmente registradas envolvendo o que Hércules (1988) chama de medicina e direito. No entanto, devemos ter em mente que as ações empregadas para a cura, e sua relação com a lei na antiguidade, nada ou muito pouco têm a ver com o que entendemos por Medicina Legal atualmente.

Assim, destacarei nesse histórico os elementos que, de alguma forma, remetem às práticas envolvendo morte e lei e que podem ser nomeadas de medicina ou direito como duas áreas de saber, legitimamente constituídas dentro do corpo científico como temos na modernidade.

Foucault (2006) lembra que a medicina se apresenta como científica a partir do século XIX. Segundo Foucault (2006, p. VIII – prefácio), “a medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos de século XVIII. Quando reflete sobre si própria, identifica a origem de sua positividade com um retorno”. Esse retorno a que Foucault se refere diz respeito às “velhas noções usadas há muito tempo e que sem dúvida, já formavam o equipamento da medicina grega” (p. XV – prefácio). Mas Foucault adverte que nada nesse velho arsenal pode designar claramente o que ocorreu com a medicina moderna quando ela retoma o antigo conceito clínico. Essa retomada “produziu”, à primeira vista, uma mutação essencial no saber médico” (2006, pág. XV – prefácio). Então, embora mencionando alguns eventos anteriores ao século XVIII, considerarei de maior relevância para esta pesquisa a prática médico-legal a partir do final de tal século.

Gostaria, inicialmente, de retomar, ainda que muito brevemente, o conjunto de saberes intitulado de medicina legal, a partir do século XVI, até para que se possa começar a perceber uma questão importante deste trabalho: a legitimidade que a medicina legal pode conferir às crenças sobrenaturais e/ou morais, ao senso comum (c.f Foucault, “Os Anormais”, 2002).

Veremos que a incidência de crenças morais no discurso médico-legal<sup>15</sup> é ampla, mesmo com toda evolução científica que temos. Muitas vezes é possível localizar nesse discurso posicionamentos morais que não dizem de uma ciência, crenças morais que podem ser totalmente questionadas e colocadas em “xeque” por métodos científicos adequados. No entanto, essas crenças se mantêm legítimas e válidas por serem proferidas por um saber construído academicamente e, por isso, pressupõe-se científico. Exploraremos essa questão um pouco mais adiante. Além disso, esse pequeno resgate a partir do século XVI também se faz importante porque algumas obras feitas nessa época foram utilizadas até os séculos XVIII e XIX.

Segundo Hércules (1988), em 1507, através do Código Barbergense, na Alemanha, é decretada a obrigatoriedade da perícia médica em casos de morte violenta<sup>16</sup>, mas nessa ocasião ainda não se podia fazer nenhum tipo de evisceração, ou seja, não eram permitidas necropsias.

Em 1532 acontece o grande marco da história da medicina legal, também na Alemanha. É promulgada pelo imperador Carlos V a “Constituinte *Criminalis Carolina*”, que abordava vários temas médico-legais tais como traumatologia, sexologia e psiquiatria forenses. Nessa constituinte também foi permitida a realização de necropsias em casos de mortes violentas. De acordo com Hércules (1988), esse foi o primeiro grande passo para a medicina legal como uma disciplina distinta e individualizada.

A partir da segunda metade do século XVI surgem os primeiros tratados de medicina legal. O primeiro livro ocidental de medicina legal foi escrito por um famoso cirurgião francês, Ambroise Paré. Neste livro, o médico discorre, entre outros temas, sobre feridas feitas por projéteis de arma de fogo. Algo interessante relatado por Hércules (1988) é que o ambiente cultural da época fez com que o autor do livro misturasse teorias científicas com crenças sobrenaturais. O médico considerava nos seus estudos a superfetação<sup>17</sup> e a atuação malévola de feiticeiros que tinham pacto com demônios, atuação essa que era vista como causa de

---

<sup>15</sup> Quando menciono um discurso médico-legal, quero chamar a atenção para o fato de que esse discurso não é apenas proferido por médicos, mas por outros profissionais que trabalham na área de medicina forense, como os odontologistas forenses, os auxiliares de necropsia e demais profissionais.

<sup>16</sup> O autor não faz menção a que categorias eram entendidas como morte violenta naquela época. Muito possivelmente houve alterações nessas categorias, possibilitando classificar atualmente como morte violenta formas outras de morrer, distintas das do século XVI.

<sup>17</sup> Concepção de um feto quando já há outro em gestação.

infertilidade. O fato dessas crenças serem contempladas em seus estudos as eleva a um status diferenciado, sem dúvida as credencia.

Em 1597, um médico italiano chamado Baptista Condronchius publica o “Methodus Testificandi”, no qual analisa e exemplifica problemas de traumatologia, sexologia e toxicologia. Entre 1621 e 1658, o romano Paulus Zacchias publica um conjunto de dez livros que foi considerado a maior obra de medicina legal desta fase. Esses dez livros foram tão importantes que continuaram a servir de referência até o século XIX.

Mas é em 1650 que surge na Alemanha, Leipzig, o primeiro curso teórico especializado de Medicina Legal, dado por Michaelis. Vários nomes se destacaram na Universidade de Leipzig, mas o principal foi Bohn com seu trabalho “De Renunciacione Vulnerum”, de 1689, no qual o autor classifica as lesões mortais *per se* e aquelas fatais quando complicadas por outros fatores. Além disso, o livro fazia um diagnóstico diferencial entre lesões *intra vitam* e *post mortem*. Bohn também escreveu sobre como os médicos deveriam se comportar com seus pacientes e diante dos tribunais. Segundo Hércules (1988), é também na Alemanha, em 1782 que surge o primeiro periódico de Medicina Legal, fundado em Berlim por Uden e Pyl.

Em meados do século XVIII, a clínica de Viena já tinha uma sala de dissecação de cadáveres (Foulcault, 2006), o que propiciava o aprofundamento dos estudos práticos.

Na França poucas obras relevantes apareceram, pois a Medicina Legal era considerada uma área menor pelos médicos franceses. Em 1799, Foderé publica o “Traité de Medicine Legale et d’Hygiene Publique”, sendo usado como referência por cerca de 50 anos. E em 1829, é fundado o “Anales d’Hygiene Publique et Medicine Legale”. Nesse momento, é muito forte o movimento sanitaria/higienista na Europa e a Medicina Legal é uma das grandes condutoras desse movimento. Corbin (1987) localiza no século XVIII, principalmente na França, o início desse movimento que se preocupava com condutas sociais adequadas para evitar doenças.

No campo da Medicina Legal, havia uma forte preocupação com os miasmas<sup>18</sup>, com os odores que exalavam dos cadáveres em putrefação, pois, na

---

<sup>18</sup> Emanações malefíticas do solo, tidas como causa de várias doenças endêmicas. Acreditava-se que essas emanações eram capazes de corromper, contaminar, apodrecer os indivíduos expostos a elas.

época, esses odores eram considerados altamente tóxicos para os indivíduos que lidavam com esses cadáveres ou moribundos. De acordo com Corbin (1987, pág. 65), havia uma crença muito intensa de que “o corpo doente ou o corpo que apodrece vivo, desprende, com efeito, emanações nocivas e odores morbíficos.” Da mesma forma, havia uma grande preocupação por partes dos higienistas em dar um destino adequado aos corpos que se amontoavam em valas nas grandes cidades. Diz Corbin (1987, pág. 81),

*(...)a multidão corre, nota Menuret em 1781, para evitar o odor e o veneno da doença e da morte. Dentro da extensa gama dos fedores, é o do cadáver o primeiro que parece ter suscitado mais amplamente a intolerância [...] a colocação do odor cadaveroso e a corrupção das carnes e dos metais em mútua relação reaviva as ansiedade (...). Separar o mundo dos mortos do mundo dos vivos passa a ser uma exigência incessantemente reiterada.*

A abordagem higienista da Medicina Legal inevitavelmente recairá sobre os comportamentos da população tidos como adequados e inadequados, pois torna-se necessário adotar algumas práticas a fim de resguardar o “ambiente salutar”. Dessa forma, a partir do século XVIII, hábitos sociais, indivíduos e etnias passarão pelo crivo da medicina legal. Essa ingerência da medicina legal sobre o social oculta em seu cerne um discurso sobre a moral e um intenso controle social, julgando os comportamentos moralmente aceitáveis ou inaceitáveis, estes, repreendidos e policiados.

Outros dois autores, Antunes (1998) e Harris (1993), também chamam atenção para como a Medicina Legal não se limitou a questões anatomo-fisiológicas, mas avançou discursando sobre a moral, sobre o certo e o errado. Segundo Antunes (1998), os médicos gostariam de fazer da medicina não só uma ciência do corpo, mas uma ciência da moral, na qual os médicos, tendo em vista seus conhecimentos sanitários, normatizariam a sociedade atribuindo valores como bom e ruim, certo e errado, em função de noções morais.

Para Hércules (1988), essa medicina de cunho higienista e social era favorecida e intensificada pelo cenário das grandes cidades européias no início do século XIX: densidade demográfica, acúmulo de lixo e eclosão de epidemias.

É também no início do século XIX que surgem as primeiras cátedras de Medicina Legal na França, em Paris, Strasbourg e Montpellier. A partir da criação

das cátedras, a Medicina Legal francesa se destaca. Embora os trabalhos de Medicina Legal realizados até aqui tenham sido fundamentais para essa disciplina, é no século XIX que Medicina Legal se firma em seu posto de ciência.

Em meados do século XIX, alguns nomes se destacavam na medicina legal européia, o espanhol naturalizado francês Matio José Boaventura Orfila, os alemães Johan Ludwig Casper e Rudolf Virchow e o francês Marie Guillame Devergie.

Orfila é considerado o pai da toxicologia moderna porque trouxe para a medicina seus conhecimentos de química. Publicado em 1814, o “Traité des Poisons...” é considerado pelos médicos legistas como uma obra revolucionária.

Devergie abre na França o primeiro curso de medicina legal prática, que só dura dois anos e é reaberto apenas em 1878 por Brouardel, inspetor do morgue.

Dois grandes livros foram essenciais para o desenvolvimento da medicina legal prática, ambos de Virchow, considerado o pai da patologia celular. O primeiro foi “Dissecação Forense”, de 1850 e o outro foi “Manual Prático de Medicina Forense”, de 1856.

De acordo com Hércules (1988), a “maturidade” da medicina legal se deu na segunda metade do século XIX. A ampla utilização do método empírico pelas ciências naturais e a utilização dos novos conhecimentos na solução dos problemas periciais colocam a medicina legal definitivamente no campo da medicina aplicada. Foucault (1996) lembra que é no início do século XIX que acontecem os grandes atos fundadores da ciência moderna, a formação de uma sociedade industrial e a ideologia positivista que a acompanha.

No Brasil, segundo Hércules (1988) e Antunes (1998), os primeiros registros de atividade dentro da medicina legal só aparecem no fim do período colonial. Aparentemente, a primeira publicação brasileira sobre medicina legal é de 1814, na qual o médico e senador do império Gonçalves Gomide contesta um parecer. Não havia a obrigação no Brasil dos juízes ouvirem peritos antes de proferirem a sentença. Isso só seria obrigatório em 1830 com o primeiro código penal brasileiro.

Em 1832, por conta da regulamentação do processo penal, foram estabelecidas as regras a serem adotadas nos exames de corpo de delito, criando a perícia profissional. Nesse mesmo ano, as antigas escolas de medicina criadas por D. João VI, na Bahia e no Rio de Janeiro, são transformadas, através de um decreto, em faculdades oficiais de medicina com uma cadeira de medicina legal.

O Conselheiro Jobim foi o primeiro catedrático de medicina legal da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, uniformizou as práticas dos exames médico-legais e criou uma comissão para organizar uma tabela prognóstica das lesões, segundo o local e a natureza delas.

Em 1856 foi criado o primeiro necrotério do Rio de Janeiro, no depósito de mortos da Gamboa, usado até então para guardar os cadáveres de escravos, indigentes e presidiários.

O caráter prático da medicina legal só aparece no Brasil em 1877, sendo Souza Lima o catedrático responsável. Souza Lima, juntamente com Borges da Costa, consegue autorização para utilizar o necrotério oficial nas aulas práticas de medicina legal apenas um ano depois de Brouardel, em Paris.

Em 1891, as faculdades de Direito passam a ter como obrigatórias as disciplinas de Medicina Legal e de Higiene. Neste mesmo ano, a faculdade de Medicina perde a cátedra de toxicologia, que passa para o curso de Química Analítica.

Em 1895, as disciplinas de Medicina Legal e de Higiene da faculdade de Direito são fundidas na disciplina Medicina Pública, a qual realçava o caráter social da medicina legal. No mesmo ano, o maior professor brasileiro de medicina legal do século XIX, Nina Rodrigues, toma posse da cátedra de Medicina Legal na faculdade da Bahia. Nina Rodrigues atuou principalmente no campo da psiquiatria forense e da antropologia criminal. Ele era chamado por Cesare Lombroso de “apóstolo da Antropologia Criminal no Novo Mundo”. Seus artigos eram por vezes escritos em francês e publicados nos “Annales” de Lacassagne e Brouardel. Nina Rodrigues era famoso por estudar as correlações de elementos étnicos e sociais com a criminalidade. Ele dizia que os livros europeus não serviam para a realidade brasileira na área de antropologia criminal porque os aspectos étnico-sociais eram bastante distintos.

Essa atribuição do caráter criminoso a determinadas etnias e classes sociais deixa claro como a medicina é capaz de legitimar inúmeras questões que são tão somente morais, sem base científica alguma, já numa época em que o positivismo era amplamente utilizado.

No entanto, mesmo diante do prestígio de Nina Rodrigues, segundo Maio (1995), até o final do século XIX a cadeira de medicina legal não gozava desse mesmo prestígio, pois seu ensino carecia da parte investigativa. Até então faltavam

muitos recursos técnicos para análise, demonstração e pesquisa, além disso, não eram permitidas autópsias senão com cadáveres de negros, indigentes, loucos e anti-sociais.

Em 1900, no Rio de Janeiro, é criado o serviço de identificação antropométrica e assessoria médica da polícia no Gabinete Médico-Legal. Esse serviço passa a fazer também exames psiquiátricos.

Em 1901 as provas práticas deixam de ser obrigatórias nas faculdades de medicina e os alunos deixam de freqüentar as aulas de medicina legal prática.

Segundo Hécules (1988), embora os avanços da medicina legal no Brasil fossem inúmeros e alguns legistas, inclusive, reconhecidos no panorama europeu, a situação vigente relativa às perícias continuava calamitosa, pois ainda era comum a realização de perícias por médicos não especializados, que pouco entendiam de medicina legal. Esses médicos atuavam como peritos apenas por serem amigos ou parentes de magistrados.

Em 1911, Oscar Freire torna-se diretor do Serviço de Medicina Legal da Bahia, que depois passaria a ser chamado de Instituto Nina Rodrigues. Em 1917 Oscar Freire foi para a faculdade de Medicina da USP, onde organizou um grande instituto de medicina legal.

Em 1915, a lei Maximiliano deu aos professores de medicina legal o direito de fazerem perícias em suas aulas, reconhecendo a validade jurídica dos laudos até então elaborados.

Em 1924, no Rio de Janeiro, o Serviço Médico-Legal passa a ser o Instituto Médico Legal, subordinado diretamente ao Ministério da Justiça. Para o Instituto é criado um escudo de bronze com a inscrição *Fideliter ad lucem per árdua tamem*<sup>19</sup>.

Em 1932 é construído um anfiteatro no IML do Rio de Janeiro para a realização das aulas práticas. Em 1949 o IML é transferido para sua sede atual. Atualmente, apenas os médicos que têm a função de perito-legista do Estado podem emitir laudos que têm valor judicial

Os avanços técnico-científicos, principalmente provenientes dos países economicamente desenvolvidos, permitem que a atuação da medicina forense e das ciências associadas seja algo mais apurado e mais objetivo. No entanto, ainda é bastante possível detectar no discurso médico, no discurso médico-legal, mais

---

<sup>19</sup> Essa inscrição é uma declaração de fidelidade à verdade, que deve ser a guia da atividade pericial custe o que custar.

especificamente – através dos técnicos que atuam na área, ouvidos nesta pesquisa - traços morais muitas vezes calcados no senso comum.

## **2.2. O Campo da Medicina e a Especialização dos Saberes**

De acordo com Foucault (2002), o século XVIII foi o século do disciplinamento dos saberes. É no século XVIII que ocorre uma organização interna de cada saber como uma disciplina, com critérios de seleção para descartar o que era considerado um falso saber e o que era considerado um não-saber. Aparecem também as formas de normalização e de homogeneização dos conteúdos, além da hierarquização e organização interna da centralização dos saberes. Podemos então localizar aí, entre o século XVIII e XIX, o nascimento da medicina forense enquanto uma disciplina autônoma e especializada, data que também marca os primeiros passos da constituição de uma ciência.

Com isso Foucault não quer dizer que antes do século XVIII e XIX não existisse ciência, existiam ciências e saberes, mas não um campo global denominado “a ciência”. Vejamos:

*Logo, organização de cada saber como disciplina e, de outro lado, escalonamento desses saberes, assim disciplinados, do interior, sua intercomunicação, sua distribuição, sua hierarquização recíproca numa espécie de campo global ou de disciplina global a que chamam precisamente a “ciência”. A ciência não existia antes do século XVIII. Existiam ciências, existiam saberes (...) Aparece agora, com o disciplinamento dos saberes, em sua singularidade polimorfa, ao mesmo tempo o fato e regra que agora estão incorporados na nossa cultura e que se chama ‘ciência’ (Foucault, 2002, pág. 217 – 218).*

Assim, a Medicina Legal emerge enquanto um subcampo dentro do *campo*<sup>20</sup> da Medicina e, tal qual a Medicina, não se constituía enquanto área de conhecimento científico até então.

De acordo com Harris (1993), o médico legista aparece como um novo elemento, elemento híbrido da medicina e do direito, com poderes legais e de

---

<sup>20</sup> O conceito de *campo*, antes de tudo, nos remete à obra bourdieusiana e pode ser definido por um espaço estruturado de posições, cujas propriedades dependem de sua posição neste espaço. Um *campo* pode ser analisado independentemente das características de seus ocupantes. Mas é importante pontuar que os campos não possuem fronteiras rígidas, estritamente delimitadas, nem são espaços totalmente autônomos (Bourdieu, 2005).

intervenção nos tribunais. Desta forma, e medicina legal nos remete - ao mesmo tempo em que se diferencia em função de suas especificidades – ora ao *campo* da Medicina, ora ao *campo* do Direito.

Segundo Trovão (2002), o século XIX foi marcado por um intenso debate entre médicos e juristas a respeito de um mesmo objeto e, assim, surge a tentativa de se constituir uma especialidade científica. Esse debate, às vezes, apresentava consenso, às vezes, apresentava divergências entre os saberes, o que é normal ocorrer no interior dos campos, como já pontuou Bourdieu (1983), pois o que está em jogo é a possibilidade de construção de autoridade e legitimidade.

*(...) os médicos opinavam sobre a forma como a justiça deveria proceder e, ao mesmo tempo, buscavam o respeito e a possibilidade de se especializarem em determinados casos que “agredissem” ou colocassem em “risco” a vida pública. Detentores de um conhecimento que lhes possibilitava julgar o futuro de indivíduos, graças às suas (de)formações biológicas, os legistas, como também eugenistas e higienistas disputavam espaços com juristas pela possibilidade de conduzir os destinos da nação e do estado (Trovão, 2002, pág. 7).*

Além do embate entre médicos e juristas, de acordo com Maio (1995), o século XIX também foi marcado por disputas no interior do próprio campo da Medicina. Havia muita preocupação nessa época, como vimos nos histórico da Medicina Legal, em reservar a função de médico legista apenas aos que detinham esta especialidade, e não como vinha ocorrendo até então, quando os médicos legistas estavam disputando espaço com clínicos gerais, que pouco entendiam de Medicina Legal. De acordo com Maio (1995, pág. 233),

*A luta dos médicos se desenvolveu no sentido de monopolizar o exercício da medicina contra os leigos e os charlatães, a partir da passagem do século uma nova disputa se associará à primeira. Desta vez, a competição se refletirá no interior da própria categoria médica, a partir da era das especialidades. Desde o final do século XIX, os médicos-legistas procuraram questionar os fundamentos dos clínicos gerais em matéria de medicina legal. Esta crítica apareceria com maior evidência na cotidiana tarefa de comprovar a fragilidade das perícias realizadas por clínicos. É nesta luta com os médicos clínicos que se constituirá o campo autônomo da medicina legal, campo este que será configurado definitivamente nas três primeiras décadas deste século. Desse modo, a criação de uma associação e de uma revista não-oficiais voltadas para as questões médico-legais deram maior legitimidade à especialização.*

São essas disputas no interior do *campo* que possibilitam sua progressiva autonomização, como apontado pelo autor a partir de uma leitura bourdieusiana. Mas o fato de um *campo* tornar-se autônomo, com um corpo de regras próprias e a simbolização de suas práticas, não impede que ele esteja articulado com outros campos e que incorpore ao seu discurso outros saberes. O mesmo vale para os subcampos. No caso da Medicina Legal há uma clara incorporação e articulação com a psiquiatria, a patologia, a toxicologia, etc. Ou seja, as fronteiras que separam um campo/subcampo de outro nem sempre são precisas e podem ser mais ou menos visíveis, dependendo do objeto estudado/analísado (Bourdieu, 1983).

Sendo os *campos* espaços de diferenciação progressiva e autonomização, eles tendem, portanto, a ficar cada vez mais especializados (Bonnewitz, 2003). Essa especialização ocorre em função das inúmeras lutas<sup>21</sup> que ocorrem no interior de cada *campo*. Para que a Medicina Legal pudesse se desenvolver e se instituir enquanto especialidade da Medicina, foi necessário que houvesse disputas, lutas por espaço e poder dentro do próprio campo da Medicina, como demonstrado por Maio (1995). Segundo ele, “o campo médico é um espaço de confrontos estruturalmente determinado pelos embates passados, onde os médicos buscam monopolizar a autoridade/competência científica” (Maio, 1995, pág. 236).

A ascensão da Medicina Legal enquanto uma especialidade pode ser localizada mais especificamente no século XIX, como já dissemos acima. Isso ocorre quando grandes nomes da Medicina e do Direito aparecem situados no campo da Medicina Legal. Personalidades como Cesare Lombroso, Enrico Ferri, Garófalo, Alexandre Lacassagne e o Dr. Corre (Maio, 1995).

Após a segunda metade do século XIX, há uma grande profusão de publicações e congressos científicos, principalmente em função do grande sucesso que Cesare Lombroso fazia com seu livro “O Homem Criminoso”. Segundo Maio (1995, pág.231) “a cientifização do fenômeno criminológico inaugura uma febre de medições, de exercícios antropométricos, de invenções de instrumentos de aferição jamais vistos. Uma década após o surgimento de *O Homem Criminoso* aparece um novo universo de publicações e a realização de vários congressos”.

---

<sup>21</sup> Essas lutas – simbólicas - ocorrem entre os indivíduos que se encontram em posição dominante dentro do campo e entre aqueles que estão subjugados às idéias e posições dominantes, portanto, os dominados. Dessa forma, os campos não são espaços estáticos e, embora haja uma forte tendência para manutenção das posições dominantes, há possibilidades de que os indivíduos dominados utilizem estratégias de subversão para mudarem de posição (Bourdieu, 1983).

A Medicina Legal pode ser considerada a primeira das especialidades médicas, pois possuía uma grande bagagem instrumental para a época, constituída de aferição e classificação, através da craniometria, da antropometria, da frenologia. Com isso, de acordo com Maio (1995), a Medicina Legal pôde oferecer a mediação técnica e empírica que outras áreas mais gerais do saber médico não possuíam em seu tempo.

Darmon (1991), ao mencionar a medicina francesa na passagem do século XIX para o XX, afirma que “se a cardiologia, a ginecologia, a laringologia e outras especialidades ainda estavam na fase de improvisação, a Medicina Legal pode ser considerada, graças ao emprego das novas técnicas, a primeira especialidade médica digna desse nome” (Darmon, 1991, pág. 232).

Dessa forma, a Medicina Legal emerge como a primeira especialidade dentro do *campo* da Medicina, detentora de uma saber e de um discurso cientificamente instituído. Pertencer ao campo científico confere à Medicina Legal legitimidade, confere a autoridade suficiente para dar enorme credibilidade para o que é dito a partir de seu referencial. Segundo Bourdieu (1983, pág.122-123),

*O campo científico, enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da autoridade científica definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da competência científica, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado.*

Mas, juntamente com essa autoridade, aparecem alguns outros subprodutos que contribuem para a manutenção de crenças equivocadas. Bourdieu, Chamboredon e Passeron (2004) destacam que o campo científico não é sempre isento de crenças e discursos do senso comum e, muitas vezes, pode ocorrer uma sobreposição do discurso científico com o que é dado pelo senso comum. Essa sobreposição pode, e freqüentemente é isso que ocorre, revestir conceitos daquilo que os autores denominaram de um senso comum erudito. O discurso acadêmico acaba incorporando, e até mesmo legitimando, objetos e crenças construídos e entendidos a partir do senso comum.

*(...) a linguagem corrente que, pelo fato de ser corrente, passa despercebida, contém, em seu vocabulário e sintaxe, toda uma filosofia petrificada do social sempre pronta a ressurgir das palavras comuns ou das expressões complexas construídas com palavras comuns que, inevitavelmente, são utilizadas pelo sociólogo. Quando aparecem dissimuladas sob as aparências de uma elaboração erudita, as prenoções podem abrir caminho no discurso sociológico sem perderem, de modo algum, a credibilidade que lhes é conferida pela sua origem (...) (Bourdieu et al., 2004, pág.32).*

Se trocarmos na citação acima “sociólogo” por “cientista” e depois “discurso sociológico” por “discursos científicos”, o que parece ser bastante possível, teremos uma dimensão muito adequada das maneiras como o discurso médico-legal pode, e veremos como isso acontece, apropriar-se do senso comum, das crenças baseadas em valores morais, para produzir verdades, produzir noções legítimas e hegemônicas sobre a morte e o morto.

Aconteceria, igual à Sociologia espontânea<sup>22</sup>, uma espécie de Medicina Legal espontânea, na qual conceitos do senso comum abririam caminho e legitimar-se-iam através do discurso médico-legal.

A Medicina Legal discursa moralmente sobre questões evocadas a partir de um referencial científico. Ou seja, a Medicina Legal é uma ciência, mas isso não a exige de considerar científicas crenças que são tão somente morais, sem que seus agentes assim as percebam enquanto tais. Um exemplo disso foram as idéias de Cesare Lombroso, amplamente adotadas e legitimadas pela Medicina Legal. A crença no criminoso nato colocava na berlinda um perfil social de forma totalmente arbitrária, sem que isso tivesse causado na comunidade científica da época enormes questionamentos. Obviamente havia posições contrárias, responsáveis por tornar a teoria lombrosiana ultrapassada, mas isso não diminui o impacto e a legitimidade de atuação que os adeptos das teses lombrosianas tiveram. Estabeleceu-se por algumas décadas um controle social, poderíamos dizer “perverso”, que separou, segundo alguns aspectos físicos, os ditos criminosos natos dos demais. Isso tudo respaldado por uma ciência e por homens respeitados, altamente credenciados no meio acadêmico.

---

<sup>22</sup> A sociologia espontânea se dá quando o senso comum, valores ou pré-noções abrem caminho no discurso sociológico por estarem dissimuladas através de uma elaboração erudita, de expressões complexas. Essa aparência erudita confere ao senso comum credibilidade, pois ele se origina no interior do campo científico (Bourdieu et al, 2004).

De acordo com Maio (1995), a teoria lombrosiana não seria somente uma vaga proclamação de que o crime é hereditário, mas uma teoria evolucionista específica baseada em dados antropométricos. Criminosos seriam casos de atavismo evolutivo, carregariam genes de um passado ancestral que permaneceriam adormecidos na hereditariedade dos não criminosos. Se comportamentos criminosos aparecessem em indivíduos aparentemente normais, uma pesquisa mais apurada de sua anatomia acabaria por revelar o "criminoso nato", não escapando, assim, das características herdadas.

Segundo Maio (1995), as idéias de Lombroso tiveram muito êxito durante duas décadas, como poderia se verificar pelas diversas edições de suas obras e a publicação de artigos. O sucesso do médico italiano chegou ao auge em 1885, com o Primeiro Congresso Internacional de Antropologia Criminal, reunido em Roma, quando *"afirma sem rodeios que sua teoria do criminoso nato predisposto ao crime por sua constituição física não é passível de discussão por ser o resultado da observação positiva dos fatos"* (Darmon, 1991, pág. 37).

Essa citação de Darmon ilustra brilhantemente a coroação de uma certa noção de ciência que se ancorava em questões morais. Ao invocar a observação positiva dos fatos, Lombroso deixa claro que a ciência lhe confere uma autoridade que lhe permite deter "a verdade" dos fatos. A legitimidade conferida pela medicina legal o projeta à posição de discursar sobre quem representa uma ameaça à sociedade e sobre quem pode andar livremente sem apresentar risco algum.

De acordo com Maio (1995), a ciência tornou-se uma fonte preciosa para a legitimação das análises sobre o social, e a medicina legal no Brasil foi uma das primeiras disciplinas a conquistar um espaço institucional próprio e a demarcar a atuação de um profissional adequado: o perito.

### **2.3. O Discurso Médico-Legal e a Legitimação de Valores Morais.**

Sendo o médico legista um agente detentor de uma autoridade legal e socialmente outorgada, torna-se capaz de falar e de agir legitimamente, pois detém capacidade técnica e poder social, como apontam Bourdieu, Chamboredon e Passeron (2004). No entanto, não só o médico legista usufrui dessa legitimidade, mas também os outros técnicos que trabalham numa instituição médico-legal como o IML. Isso é importante atentar porque minhas análises incidirão não apenas sobre

os médicos legistas, mas também, e principalmente, sobre aqueles que estão institucionalmente “protegidos” pela legitimidade da instituição que, como já disse, são os técnicos auxiliares de necropsia, odontologistas forenses, antropólogos forenses. Ou seja, minha análise será também sobre os operadores da morte, aqueles que, sendo médicos ou não, evocam a cientificidade e, portanto, a legitimidade da medicina legal para credenciar suas crenças.

Durante todo o processo institucional observado, o IML utiliza-se do discurso médico-legal, científico e *racional* e é justamente o estatuto técnico-científico de seus agentes que fornece legitimidade aos seus laudos. Cabe então ao IML produzir provas que irão atuar posteriormente no convencimento jurídico.

Passam pelo IML casos que precisam ser cientificamente analisados, com o “carimbo” institucional, para que produzam efeitos no plano legal, como os laudos por ele emitidos. Os laudos são instrumentos que visam produzir “verdades” que, via de regra, acabam produzindo efeitos legais.

Mas será que as interpretações “racionalis”, à base de conceitos rigorosamente formais, opõem-se às crenças e valores tradicionais, morais? Ou será que seus pareceres formais são feitos não apenas pela suposição de conceitos racionais, mas pelo recurso às “analogias” com o senso comum? Em outras palavras, até que ponto os juízos de valor e subjetividade do agente institucional e da própria sociedade não têm voz em um laudo ou teoria produzida a partir de argumentações racionais ou científicas?

De acordo com o tema proposto por Weber (2002), poderíamos compreender que em qualquer instituição, pelo fato de ter seu discurso legitimado por uma técnica que pressupõe uma interpretação racional dos fatos que lhe são levados, há espaço para o discurso do senso comum, imbuído não apenas na subjetividade dos seus agentes, em sua vida privada, mas que antes perpassa todo o indivíduo, bem como as diversas esferas de sua vida, incluindo sua vida profissional. Como se daria o encontro entre o discurso do senso comum e o discurso técnico? Que efeitos derivados desse encontro podemos observar na presente instituição, e em seus laudos, que são o resultado concreto de sua contribuição, não apenas sob a ótica normativa, para o mundo burocrático e legal?

Várias são as questões que podemos levantar entre o *habitus* cotidiano da instituição e suas premissas racionais. Para Weber (2001), a sociologia requer uma abordagem diferenciada das ciências naturais e a consegue através de: 1) pesquisa

empírica que forneça dados para as formulações teóricas, 2) dos dados que derivam de um modo de vida dos atores sociais e 3) os atores podem expor suas ações sempre motivadas por causas tradicionais, sentimentos afetivos ou causas racionais.

Assim, foi de extrema importância em minha análise focar, não apenas a técnica utilizada no IML e seu corpo de normas, mas, antes, os agentes e seus discursos, e as relações destes com suas atividades desempenhadas e com a própria instituição.

A sociologia weberiana nos diz que as realidades sociais - e podemos pensar também as identidades daqueles que compõem a instituição e nos discursos que forjam a identidade dos que passam por lá - são construídas nos significados e através deles e só podem ser identificados na linguagem significativa da interação social. No caso do IML, a linguagem que perpassa a instituição, como dito antes, é a do discurso médico-legal.

O discurso médico legal quando proferido, muitas vezes, não distingue o que é científico do que é um valor moral, como demonstraremos à frente. Essa não distinção acaba elevando ao status de ciência aquilo que não é, ou seja, dá ao preconceito, ao senso comum, ao religioso, ao místico, a possibilidade de se legitimar através do discurso científico. Isso quer dizer que, quando tratamos da morte, crenças e valores morais são constantemente reeditados nas nossas modernas instituições, e muitas vezes “maquiados”, disfarçados de discursos científicos, doutos, como já vimos.

Obviamente não se trata de um movimento premeditado, intencional, mas nem por isso deixa de ter uma lógica. Esse movimento possibilita que questões morais abram caminho e encontrem no discurso científico condições de se respaldar enquanto crenças legítimas, como é o caso das teses lombrosianas e como é o caso da medicina higienista do século XVIII e XIX. A crença nos miasmas, outrora mencionada, identificava alguns lugares como mais ameaçadores que outros e, futuramente, classes sociais e seus hábitos, como particularmente mais perigosos que os indivíduos de outras classes. Corbin (1987) dá uma série de exemplos de como isso ocorreu na França. É importante que saibamos que esse processo de legitimação científica das representações sociais não é ilógico ou irracional. Ele se encaixa numa lógica ocidental moderna a qual tende a submeter toda sorte de sentimentos e experiências ao filtro da razão. Ou seja, são crenças e

medos compartilhados por muitos indivíduos que passam a ser justificados de forma lógica e racional pela ciência.

Quero apontar a seguir duas crenças morais que são amplamente legitimadas e instituídas pelo discurso médico legal: as causas sociais de mortes violentas e a crença no contágio.

### **2.3.1. Por que Morrem as Vítimas de Mortes Violentas?**

Como disse no início da pesquisa, minha entrada no IML se deu a partir da elaboração de um banco de dados sobre mortes violentas. Durante o tempo em que colhemos os dados e, posteriormente, nas entrevistas que realizei na pesquisa de campo, algumas alegações me chamavam a atenção, assim como dos membros do Laboratório de Estudos sobre a Morte (LEM) do CESPDPH - UFPR. Colhíamos os dados no necrotério e achávamos interessante como os auxiliares de necropsia, motoristas, zeladores e médicos legistas freqüentemente teciam comentários sobre as causas que levaram as vítimas a morrer. Seria algo normal num instituto médico legal se essas causas fossem as causas físicas da morte, não causas sociais, que fugiriam da alçada daqueles indivíduos.

É importante chamar a atenção para o fato de que em outros IMLs, principalmente de outros países, pode haver a possibilidade do médico legista e demais operadores da morte acompanharem a investigação. Isso os habilitaria a apontar quais as causas de um homicídio, ou de uma colisão, etc. No entanto, no IML de Curitiba isso não ocorre. A investigação completa, quando há (pois em grande parte das vezes não há), só é acompanhada pela polícia, investigadores e peritos que colhem provas materiais no local do crime, chamados de polícia científica. Os operadores da morte mal têm acesso aos resultados dos exames laboratoriais. Não porque sejam proibidos de acessar esses dados, mas porque a rotina de trabalho os faz ter acesso a partes da investigação e não ao todo. Dessa forma, todo e qualquer comentário realizado pelos operadores sobre as causas sociais de uma ou de outra morte são meras inferências.

Antunes (1999) já havia apontado essa ingerência da medicina na sociedade quando afirma que houve uma “medicalização” da sociedade.

*(...) vamos encontrar os médicos analisando os fatos sociais e avaliando os aspectos relativos à conduta moral. Vamos encontrá-los diagnosticando problemas que não caberia à anatomia patológica comprovar; propondo soluções que a fisiologia não saberia justificar. Veremos esses médicos reconhecendo, reproduzindo e reprogramando a realidade social que os cercava e que constituía a matéria de sua apreciação. Vamos flagrá-los em sua atividade conformadora da vida social, vamos caracterizá-los como um foco de emissão dos preceitos morais. Em outras palavras, vamos encontrá-los produzindo conhecimentos sobre a dimensão coletiva da vida humana, firmando sua especialidade como espaço de uma ciência propriamente social (Antunes, 1999, pág. 12-13).*

É possível transpor a citação acima para a realidade do IML de Curitiba. Quando encontravam o corpo de um jovem baleado na região metropolitana, por exemplo, os comentários não giravam em torno da ferida dos projéteis ou do tipo de lesão da qual o rapaz foi vítima, mas, rapidamente, já davam o parecer: homicídio, sem nem ao menos terem realizado exames que comprovassem tal afirmação. A essa primeira afirmação uniam-se outras como “o cara morreu porque estava envolvido com drogas, estava bêbado, ainda mais porque morreu perto de bar” ou ainda “isso é briga de gangues” (motorista do camburão), ou então “o cara tinha um ‘esquema’ lá no bairro, é claro que ia acabar morto” (aux. de necropsia). Essas atribuições, bastante freqüentes no IML de Curitiba, muitas vezes são feitas com base em nenhum exame prévio, sejam eles uma necropsia ou uma análise toxicológica.

Nas entrevistas realizadas aparecerem coisas interessantes. Ao perguntar para um dos auxiliares de necropsia qual, de modo geral, era o perfil das vítimas de mortes violentas, ele responde: *“morre mais homem do que mulher, a mulher é mais reservada, bebe menos, fuma menos, até por uma questão cultural”*.

Ele continua:

*Agora o que mais morre são adolescentes e todos eles estão envolvidos com as drogas. A droga é o filão de todas as mortes aqui, a droga é a morte em pessoa, a pessoa se envolveu com a droga está correndo risco de perder a vida, até mesmo pelo consumo da droga e quase sempre pelos conflitos que há por causa da droga. Daí acaba até envolvendo os familiares, porque os traficantes estão muito violentos, eles estão cobrando até das famílias. Às vezes a pessoa tem um problema com um traficante, eles entram na casa da pessoa para fazer medo e terror e já mata (sic) todo mundo.*

Pergunto a ele qual o nível sócio-econômico das pessoas que chegam ao IML vítimas de mortes violentas. Os dados disponíveis lá dizem respeito apenas ao nível de escolaridade, profissão e local de moradia, o que nos dá apenas alguns indicativos. Mas ele responde: *“não tem, isso não está existindo muito porque a droga tem atingido todas as classes sociais”*.

Pelos dados colhidos no IML de Curitiba (verificar anexo 1) por nossa equipe, a afirmação que os adolescentes são os que mais morrem, não condiz com o levantamento empírico. E toda essa digressão acerca das causas das mortes, não passa de crenças morais, que são proferidas por um agente do estado ocupando uma posição de técnico científico. Não há base empírica da qual parta sua fala. Essa fala ausente de suporte científico certamente é dirigida não só a mim, mas aos amigos, familiares, acadêmicos de diversas áreas que lá atuam e para mídia, pois, constantemente, há repórteres fazendo perguntas sobre as vítimas de mortes violentas e esses técnicos, muitas vezes, são porta-vozes da instituição.

Um outro auxiliar de necropsia diz que acha que o que o distingue de um médico legista é o diploma de curso superior, para que sejam consideradas verdadeiras as coisas que diz. Sem se dar conta, ele acaba apontando que é possível afirmar coisas, de forma legítima, desde que se tenha um diploma acadêmico. Ou seja, ele percebe que, entre ele e o médico, o que está em questão é a autoridade com que se discursa e não o conteúdo desse discurso. Para ele, as causas de mortes violentas são decorrentes de falta de políticas públicas que tirem as pessoas da marginalidade, quando isso não acontece, acaba-se dando oportunidades para o marginal e o chefe do tráfico. Há também a falta de educação, dinheiro, preparação, conhecimento e de moradia. Para ele, tudo isso leva a pessoa a cometer crimes, os jovens caem na marginalidade e, por isso, acabam morrendo cedo.

Outro disse que uma vez teve de fazer uma necropsia num conhecido e ficou se perguntando por que ele estaria ali, já que era uma “pessoa de bem”. Essa alegação é interessante porque pressupõe que as pessoas que morrem de mortes violentas – e lembremo-nos que esta categoria é vasta – não são “pessoas de bem”. É inegável o componente moral que perpassa o discurso da instituição.

Quando perguntei a ele como eram, de modo geral, as vítimas de morte violenta, ele respondeu:

*São jovens de 16 a 25 anos, de baixa escolaridade, de cor, envolvidos com drogas, que têm uma família não muito estruturada, de comportamento meio ilícito. Achrom que podem tudo com as drogas e com os amigos. Mulher tem menos, só acidente de trânsito, um ou outro suicídio<sup>23</sup>.*

Novamente, muitas dessas afirmações não batem com as contidas no banco de dados que temos. Aqui no IML de Curitiba, a grande maioria é branca, há pouquíssimos negros. Além disso, há mais vítimas com idade superior a 20 anos. Essa afirmação, acerca das famílias, das drogas e a crença de que as pessoas que ali entram não são “de bem”, não apresentam bases científicas, como podemos verificar nos dados apresentados no anexo 1. Diante dessas afirmações não aparecem palavras como “eu acho”, “pode ser”, é sempre uma afirmativa, uma certeza. Não distinguem o senso comum do científico. Assim, vemos claramente o pensamento médico dirigindo-se à vida social, mais especificamente como indica Antunes (1999, pág. 17), “aos fatos morais relacionados ao crime, ao sexo e à morte”.

Nos dados do livro de necropsia mais suposições voltam a aparecer, veiculadas agora pelos médicos legistas responsáveis pelas necropsias. Por exemplo, no item *causa mortis*, aparece muito freqüentemente “homicídio por arma de fogo”, anotado pelo médico legista. Sabendo que o médico legista, na ocasião da necropsia, não tem condições de afirmar que se trata de um homicídio por estar alheio aos outros dados que compõem a investigação, pode-se perceber que se trata uma suposição, mesmo que bastante provável, ainda assim é uma suposição.

Tecnicamente falando, essa categoria *causa mortis* não deveria ser preenchida com *homicídio*, que remete a uma categorização policial e não médica. A conclusão de que se trata de homicídio ou suicídio, acidente ou morte natural deveria ocorrer apenas após a investigação fornecer dados suficientes para, juntamente com o resultado da necropsia, chegar a um parecer mais completo. A categoria *causa mortis* seria, por exemplo, hemorragia, diferente de uma outra categoria, que é o *tipo de lesão*, que seria, por exemplo, perfuração por arma de

---

<sup>23</sup> É importante frisar que o entrevistado não estava fazendo um cálculo relativo, no que se refere ao número de mortes e cor das vítimas. Ou seja, ele não está falando em termos de proporção, o que poderia mudar a minha afirmação de que não são alegações baseadas nos dados colhidos. Aí seria possível pensar que, proporcionalmente ao número de adolescentes existentes em Curitiba, eles morrem mais que os indivíduos de outras faixas etárias. Ao falar que morrem mais adolescentes, o entrevistado está aqui dizendo que, o número absoluto de adolescentes que morrem de morte violenta é superior ao de outras faixas etárias e, portanto, torna-se uma alegação equivocada e baseada somente em uma impressão da realidade.

fogo. Essa sobreposição ou confusão de classificações pode ser observada nas tabelas do anexo 1, cujas informações foram colocadas exatamente igual ao livro de necropsia.

De qualquer forma, chamo a atenção para o fato de que os médicos legistas, no momento na necropsia, têm condições de identificar a *causa mortis* e o *tipo de lesão*, e não se trata de homicídio. No entanto, tais categorias (homicídio, suicídio, acidente) comumente aparecem na necropsia e cabe-nos perguntar: até que ponto essas afirmações influenciam numa investigação, pois sabemos que um laudo pericial de uma necropsia se supõe “verdadeiro”? Uma *queda de nível*, que é a categoria utilizada para qualquer tipo de queda de locais mais altos que o chão (quedas de sacada, de janela, de telhado, etc.) apresenta-se, muitas vezes, como suicídio. Mas, no decorrer da investigação, pode-se descobrir que se trata de um acidente ou até mesmo de um homicídio. E se um laudo médico influencia nesse decorrer?

A questão é que o legista ocupa aí o lugar de um saber e da narração de um *fato*. E esse *fato* não é tomado enquanto uma construção arbitrária, nem pelos policiais nem, tampouco, pelos próprios legistas. Antunes (1999, pág.33) diz que “a medicina legal resumiu-se à condição de instrumento de rotina para apoio às investigações policiais. O reconhecimento público da atividade médico-legal também se alterou, passando de uma das fontes de emissão dos preceitos morais, para depositária de uma insuspeita habilidade detetivesca”. Sem dúvida sua habilidade detetivesca continua insuspeita, mas o trabalho de campo mostrou que o apoio às investigações policiais é apenas uma forma deslocada de se dirigir a fatos apenas morais.

Num laudo oficial, uma declaração de óbito do IML traz como causa da morte um diagnóstico médico. No caso de uma morte natural, a causa da morte pode ser enfarte do miocárdio, por exemplo, e não uma suposição do porquê a vítima teve tal quadro, considerando seu estilo de vida, seu estresse e sua indisciplina alimentar ao tratar diabetes, etc. Mas, ao tratar-se de mortes violentas, as impressões sociais dadas pelo senso comum são muito fortes, ao ponto dessas impressões confundirem-se com ciência. Num laudo de morte violenta há um espaço para preenchimento com “prováveis circunstâncias da morte”. O problema é quando o que deveria ser provável apresenta-se como uma certeza. Na prática legista isso não tem sido incomum.

Entre julho de 2003 e julho de 2004, houve 2551 mortes violentas em Curitiba e Região Metropolitana. Os laudos internos preenchidos pelos legistas durante as necropsias, ou seja, logo após a morte da vítima, sem que tenha sido anexado nenhum dado da investigação policial, são, acima de tudo, pouco uniformes. Alguns médicos colocam apenas a lesão sofrida ou somente a *causa mortis*, ou seja, a causa física da morte, mas a grande maioria acrescenta também um outro tipo de causa da morte (homicídio por arma de fogo e agressão física, suicídio, acidente, etc.). Mas há ainda alguns legistas que colocam como causa da morte, de forma cuidadosa, algo como “suposto suicídio”, ou “lesões por arma de fogo, a esclarecer se homicídio”, ou ainda “capotamento do veículo”, sem mencionar ou afirmar se acidente, homicídio, ou suicídio.

A medicina legal pode fazer de uma impressão uma verdade científica. O discurso dos médicos legistas é legitimado por um órgão científico e por uma carreira clínica e acadêmica. O campo da medicina legal detém o total saber sobre as mortes violentas. Mortes naturais não precisam passar pelo IML se algum médico responsabilizar-se por assinar o laudo, mas, no caso das “mortes violentas”, o IML reserva para ele e seus operadores o legítimo direito de emissão dos laudos. Ou seja, nenhuma morte violenta deixa de passar pelo IML, mesmo que a vítima morra meses depois num hospital.

Mais do que compreender as causas biológicas da morte de alguém, a medicina legal estende-se até noções sociais. Historicamente a medicina legal pretendeu também discursar sobre o social (Antunes (1998), Harris (1993), Foucault (2002)) e essa ingerência ainda hoje se mantém.

Pelos dados obtidos através dos pareceres analisados, exames toxicológicos ou de dosagem alcoólica só são requeridos em caso de colisão de veículos ou atropelamento, raríssimas vezes é por outra causa e depende também do legista, uns pedem, outros não, diante do mesmo tipo de morte. Dessa forma, observa-se que a investigação policial está de antemão submetida ao julgamento do legista que considera relevante apenas saber se motoristas utilizaram algum tipo de substância. Os legistas negligenciam como parte complementar de uma investigação associar qualquer outro tipo de morte violenta com ingestão de alguma substância. A falta de uniformidade em alguns procedimentos, verificada na condução do trabalho dos legistas, parece indicar que crenças pessoais e não científicas são determinantes de suas funções.

### **2.3.2. O contágio e a contaminação: uma ameaça bacteriológica ou uma questão moral?**

Com relação à segunda crença, gostaria de deter-me um pouco mais sobre essa questão e para isso quero abordá-la de forma mais aprofundada no próximo capítulo. Por hora basta-me indicar que a crença no contágio é algo bastante forte na instituição.

É comum pensar que o IML, e principalmente o necrotério, são lugares altamente contaminadores e que isso não se trata de uma questão tradicional ou moral, como tenho sugerido, afinal corpos em decomposição carregam uma série de bactérias e liberam fluidos que podem transmitir doenças.

Sempre soubemos que há ambientes “perigosos” à saúde, como hospitais e necrotérios. Crescemos ouvindo que nesses ambientes vírus e bactérias pairam no ar e podem ser nocivos principalmente para pessoas que estão com sua imunidade mais baixa. Mas quero apontar para algo que vai além de uma possível noção real de contágio e, não obstante, se legitima e se mantém apoiando-se nessa noção, uma noção racional. O que encontraremos no IML – e não apenas lá, mas em muitos lugares e pessoas que estão em contato com a morte e com o morto – é uma noção de contágio que, não sendo biológica, seria moral. Ou seja, estar em contato com a morte produz nas pessoas uma sensação exacerbada de contágio que ultrapassa um perigo real.

O discurso do contágio e da contaminação, assim como o discurso sobre as vítimas de mortes violentas, quando proferido por uma instituição como o IML e por operadores da morte, legitimam-se e adquirem uma credibilidade científica tanto para a sociedade quanto para aqueles que trabalham no IML. Esse discurso é sustentado pela instituição e seus operadores através de uma lógica racional de higiene, através de um discurso higienista, uma questão que se mostra, através de uma investigação mais apurada, evidentemente tradicional. Veremos como isso acontece no próximo capítulo, onde faremos uma comparação com a forma de lidar com os mortos, presente na Grécia rural.

### 3. MORTE E CONTÁGIO MORAL

A noção de contágio na forma como a vivenciamos atualmente parece passar por duas vertentes, aparentemente distintas, mas que, no entanto, vou propor a hipótese de que são formas/lógicas diferentes de expressão do mesmo sentimento, ou melhor, de lidar com o medo do contágio relativo à morte. Uma vertente é mais tradicional e outra mais racional.

Do ponto de vista mais tradicional/religioso, podemos localizar o caso dos *burakumins* no Japão e os *intocáveis* na Índia<sup>24</sup>. Já a abordagem do contágio pelo viés racional científico surge principalmente na Europa do século XVIII, através de uma medicina de cunho higienista, a qual foi uma das molas propulsoras do nosso discurso científico atual sobre higiene e limpeza.

#### 3.1. Os *Burakumins*

Os *burakumins*, que na cultura japonesa parecem equivaler-se aos intocáveis indianos, apresentam certa dificuldade de serem mais profundamente analisados em função da quase inexistência de literatura científica sobre o tema.

De acordo com Saito (2006), a origem dos *burakumins* é diversa e divergente e várias teorias tentam explicá-la. Para a autora, incluíam-se neste grupo imigrantes coreanos, chineses e outros advindos de terras próximas e havia entre os japoneses um certo etnocentrismo, o que explicaria de certa forma, o racismo contra os *burakumins*, pois alegavam que pertenciam a outro grupo social não-japonês. Segundo a tradição, eles viviam isolados em tribos e foram os primeiros a estar na ilha de Okinawa, cujos habitantes eram de outra etnia (Saito, 2006).

Sofrem uma rígida discriminação até os dias atuais, bem como as prostitutas e os artistas, pois antigamente não faziam parte, estavam de fora do conjunto de regras que determinavam a sociedade. Além disso, não tinham residência fixa, em sua maioria eram nômades, tinham certo desprendimento com a propriedade fixa, no caso, a terra.

Oriundos dos *Eta*<sup>25</sup> e *Hinin*<sup>26</sup> do período pré-Meiji<sup>27</sup>, os *burakumins* são aqueles que produziam o *kegare* (poluição). Eram os *outcastes* que, a mando do

---

<sup>24</sup>Embora os intocáveis não existam somente na Índia, é lá que há a maior população de intocáveis do mundo e, portanto, nossas análises concentrar-se-ão sobre os intocáveis indianos.

<sup>25</sup> **Eta** quer dizer pessoa pertencente aos estratos sociais mais baixos do sistema de castas japonês no século XIX, considerada alguém que lidava com impurezas. (Homei, 2002)

*Shinto*<sup>28</sup>, foram designados a serem desprezados no horizonte social japonês. De acordo com Bueno<sup>29</sup> (2002), no meio do século XVIII, Atsutane Hirata (1776-1842), o reformador do Shintoísmo, escreveu que os Burakumin eram inerentemente impuros e interiores, que deveriam ser separados do resto da sociedade, e que deveriam ser impedidos de entrar nos templos.

O *kanji* (ideograma) de *Eta* significa sujeira, imundície, depravação, obscenidade, em excesso. Na etimologia chinesa significa algo incômodo (no sentido de difícil e laborioso) e inútil. Já o *kanji* *Hinin* remete a algo que não é humano, uma não-pessoa, já que o primeiro caractere tem o sentido de negação. Ou seja, o ideograma significa alguém que quebra com a categoria moral do vilarejo (Saito, 2006).

Segundo a autora, no início existia apenas a definição *Hinin*. O termo é oriundo da mitologia budista, mas teve um maior uso a partir das eras Kamakura, Nanbokuchō, Muromachi e Sengoku, eras correspondentes às medievais, isto é, por volta de 400 anos (entre 1180 a 1560). A significação incluía aqueles que manufacturavam o couro e, mais tarde, a nomenclatura já envolvia a ocupação/função e era referente aos encarregados da limpeza, aos jardineiros, aos caçadores de falcões - tradição vinda da Coreia do séc. V, ligada à questão da carne, sangue e morte – que, gradualmente, foram sendo considerados sujos.

O termo “*etori*” foi o precursor da palavra *Eta*. Quando é pronunciada rapidamente, “*etori*” soa como “*eta*”: açougueiros, artistas, coveiros e carcereiros (c.f. Moraes, 2005). Os *Eta* também eram responsáveis pela limpeza dos palácios imperiais, mas eram impossibilitados de ter contato com a corte. Segundo Saito (2006), essa segregação, aos poucos, foi tomada pela população.

Saito (2006) diz que existem três teorias explicativas da origem dos *Eta* e uma delas, a que mais nos interessa, propõe que os *Eta* são oriundos de uma tribo de coveiros, sendo verdade, ou não, é assim que os japoneses percebem a origem desses grupos sociais. A teoria sugere que a tribo surgiu a partir de nômades

---

<sup>26</sup> Bem como os **eta**, os **hinin** são membros das castas inferiores, composta de pessoas que trabalham respectivamente com manufacturas de couro e atividades fúnebres. (Umemiya, 2002)

<sup>27</sup> O Período Meiji se dá entre os anos 1867 a 1912. Nesse momento o poder imperial é restaurado e o 15º Shogun Tokugawa restitui o poder nacional ao imperador. (Sonoo, s/d e s/ paginação)

<sup>28</sup> O **xintoísmo** é a religião tradicional japonesa, estreitamente ligada à cultura e modo de vida japoneses.

<sup>29</sup> Eva Bueno é Professora de Espanhol e *English Communication* na Mukogawa Women's University, em Nishinomiya, no Japão.

hebreus que foram obrigados a servir ao Imperador Jinmu (que teria reinado entre 660 a.C. e 585 a.C.), no vilarejo de Hora, vigiando túmulos e trabalhando com serviços ligados à morte.

Atualmente, os burakumins representam cerca de 3% da população japonesa e são assim classificados pelo tipo de função/profissão executada que é legada aos seus descendentes, demonstrando alto grau de influência dos conceitos budistas e do Shinto, no que se refere aos costumes, hábitos alimentares, rituais e localidades limitadas específicas (Saito, 2006).

Entender o que significa ser um burakumin é importante aqui porque algumas das funções atribuídas a essa população é a de preparar os mortos, a de abater animais, a de apanhar o lixo. Esses indivíduos acabaram confinados a lugares, guetos, segundo Wacquant (2004), localizados perto de lixões, crematórios, prisões, em função da sua condição de poluição/impureza aos olhos da população japonesa.

*Na condição de descendentes do eta, a casta mais baixa das quatro que compõem o sistema feudal japonês, os burakumins eram intocáveis aos olhos das religiões budista e xintoísta e ficavam confinados por lei, desde o pôr do sol até o levantar, a pequenos vilarejos (buraku). Lá eram obrigados a vestir uma coleira amarela e a andar descalços, a ficar de quatro quando falassem com pessoas de outras castas e a casar somente com pessoas da mesma casta. Apesar de oficialmente emancipados em 1871, ao migrarem para cidades foram forçados a restringir-se a bairros próximos aos depósitos de lixo, crematórios, prisões e açougues, lugares vistos como ninhos de criminalidade e imoralidade. Excluídos de empregos na indústria, sobrava-lhes apenas os empregos mal pagos e de baixo prestígio. Os burakumins eram mandados para escolas separadas e compelidos à endogamia devido à pecha perene em seu sangue. No fim dos anos 1970, de acordo com a Liga de Defesa dos Burakumins [Burakumin Defense League], estimava-se que eles já eram 3 milhões, todos confinados em 6000 guetos espalhados por aproximadamente 1000 cidades da ilha (Wacquant 2004, pág.158).*

Bueno (2002) também menciona tal fato. Segundo ela, com a entrada do Budismo no Japão no século VI D.C., a noção da poluição associada à morte já presente no Shintoísmo, mais a proibição do consumo de certos animais, provocou ainda mais a separação dos Burakumin. Eles passaram a ser mantidos em bairros ou vilas Buraku e vistos como seres sujos e potencialmente poluidores. Em Kyoto, no ano de 1715, e em Tokyo, no ano de 1719, foram feitas pesquisas sobre as

populações de Burakumin, consultando-se os registros de família. Desta pesquisa resultou uma lista das pessoas que pertenciam a esta classe (Bueno, 2002).

É importante complementar que os empregos mal pagos e de baixo prestígio mencionados por Wacquant são aqueles, já citados anteriormente, ligados ao abatimento de animais, curtição de couro, serviços funerários, partos de bebês, etc. Atualmente, os Burakumin estão geralmente empregados em empresas de processamento de carne e são das pessoas mais pobres do Japão (Bueno, 2002).

Ou seja, quero chamar a atenção para o fato de que lidar, entre outras coisas, com a morte produz uma noção de contaminação que não passa apenas por questões de higiene. O que quero marcar é o caráter religioso, tradicional da “impureza” atribuído aos burakumins. Não é possível reduzir essa noção de contágio e impureza atribuída aos burakumins a uma questão de contaminação bacteriológica tipicamente ocidental, pois há na raiz dessa segregação crenças religiosas e morais. Para Saito (2006), os burakumins enfrentam uma longa relação dialética entre ser puro e impuro, sagrado e profano.

É importante perceber que a condição social a qual os burakumins estão relegados passa por um Estado regido pelas abstrações religiosas do budismo e realizações morais do Shinto. O estigma de ser burakumin se manifesta nas mais diversas esferas como: indumentária diferenciada, formação de guetos (já que não era permitido o livre acesso), hábitos, alimentação, rituais, etc.

Obviamente não estou aqui restringindo o fator impureza e contágio dos burakumins ao fato de lidarem com os mortos, vários outros fatores se somam na constituição de uma identidade, mas há no fato de manusearem cadáveres e carcaças um componente importante de exclusão que se repete em outras culturas, até mesmo nas modernas instituições ocidentais, como é o caso que veremos mais adiante dos operadores da morte.

A segregação dos burakumins em função de sua condição de impureza e contágio não está restrita ao passado japonês. Ainda hoje, eles são vítimas do receio de grande parte da população japonesa, como assinala Bueno (2002). De acordo com a autora, os burakumins ainda são considerados impuros, inferiores, e não devem misturar-se à sociedade normal, são os exilados dentro de seu próprio país.

A discriminação ocorre diariamente, de várias formas, desde um escritório em que o empregado é demitido quando o chefe descobre que ele é Burakumin, ou

o candidato a um emprego que não é aceito pela mesma razão, ou uma mensagem de e-mail insultando a pessoa Burakumin, ou grafite nas paredes das casas. Segundo Bueno (2002), até pátio de escola não escapa, porque as crianças se juntam para insultar a criança Burakumin, fazendo sinais com quatro dedos, imitando animais andando no chão.

A tal lista de pessoas burakumins citada acima ainda hoje é usada no Japão. A lista feita no século XVII foi atualizada por detetives particulares, consultando os registros de família. Mais de duzentas companhias japonesas compraram essa lista para poder identificar os Burakumin e excluí-los dos empregos. Segundo algumas fontes, também famílias compram essa lista ou contratam esses detetives para pesquisar a origem dos namorados das filhas e das namoradas dos filhos (Bueno, 2002).

É importante realçar, entretanto, que alguns dos artistas mais importantes da história do Japão foram e são Burakumin. Entre eles, houve vários artistas e criadores do teatro *noh*, assim como de *kabuki*, e de *kyogen*. Entre os escritores, sempre se menciona Mishima (autor de, entre outros, “O templo do pavilhão dourado”), e atualmente Kenji Nakagami, que faz questão que se saiba que ele é Burakumin. Mas Nakagami é uma exceção. A maioria dos Burakumin não pode se dar ao luxo de exibir a marca da discriminação, pela simples razão que, se fizer isso, perde emprego, e a possibilidade de se casar com pessoas de fora do grupo (Bueno, 2002). Bueno escreve um artigo no qual relata as representações sociais relativas aos burakumins:

*Outro dia, jantando com duas colegas de meu departamento num restaurante perto da minha universidade em Osaka, eu perguntei se elas sabiam alguma coisa sobre os Burakumin. As duas me olharam, literalmente lívidas. Onde você ouviu falar dessa gente? Elas me perguntaram. Na conversa que se seguiu, eu aprendi um pouquinho mais sobre os Burakumin, e confirmei o que estudiosos japoneses e internacionais dizem sobre a atitude da maioria dos japoneses em relação aos Burakumin.*

*Minhas colegas, digo logo de vez, são ótimas pessoas, e ótimas professoras; as duas têm ampla experiência em países do exterior, e falam outras línguas além do japonês e do inglês. Em outras palavras, elas são pessoas educadas e viajadas. Mas, quando o assunto é Burakumin, a reação das duas, que não conseguiam nem sequer pronunciar a palavra em um tom normal de voz, é igual à da maioria dos japoneses.*

*(...) depois de passado o primeiro choque causado pelo meu interesse pelo assunto, elas tentaram me convencer (enquanto falavam bem baixinho e olhavam pra ver se das mesas vizinhas ninguém estava nos escutando) que, mesmo na nossa universidade, há professores desta classe. Quem são eles? eu perguntei. Elas não puderam responder. Como vocês sabem que eles são Burakumin, se eles são iguais a todos os demais japoneses? Elas também não souberam responder. Talvez, numa cultura que abomina tudo o que é diferente, esta existência às vezes fantasmática dos Burakumin funciona como uma forma de controle social. A classe seria, então, como o abismo do qual todos, mesmos os que vêm dela, fogem horrorizados, mas ao qual todos retornam, como que hipnotizados, afinal, ninguém pode ter certeza absoluta (...).*

Embora não seja um artigo científico - nos é interessante nesse momento principalmente por isso, pois retrata o sentimento e visão da sociedade de modo geral, do senso comum – o que podemos apreender é o sentimento que a população em geral tem em relação aos burakumins. Uma das características que chama a atenção da autora é o fato de que esses indivíduos tão segregados preparam os corpos, são responsáveis pelos ritos funerários. Dentre todas as outras funções atribuídas aos burakumins, aquelas relacionadas com a morte aparecem por ela citada. Notem como pontua apenas duas funções, ambas relacionadas à morte: “O que os destaca é o fato de que seus antepassados eram forçados a lidar com animais e preparar cadáveres (...)” (Bueno, 2002). Ou seja, não podemos ignorar o caráter marcante que a morte tem nas mais variadas culturas e, mais marcante ainda, a noção de contágio a ela associada. Como vimos, trata-se de uma noção pautada na tradição, não em justificativas científicas.

### **3.2. Os intocáveis indianos**

Caso muito semelhante ao dos burakumins é o dos *dalits* ou intocáveis – segundo Dumont (1992), o termo intocável (*untouchable*) para designar a categoria é mais inglês que indiano; a noção está presente, mas no uso corrente essas pessoas são designadas em cada caso mais pelo nome da casta particular a qual pertencem. De acordo com Dumont (1992, pág.98), “para designar a categoria recorre-se geralmente a eufemismos, dos quais o mais recente, introduzido por Gandhi, é *harijan* que significa “filho de Hari”, isto é, criaturas de Deus (Vishnu).”

As castas consideradas intocáveis são 25 no total<sup>30</sup> e são classificadas em função do nível de poluição ao qual estão submetidas, ou seja, dentre os intocáveis existem os menos impuros e os mais impuros e, portanto, mais intocáveis.

De acordo com Dumont (1992), os intocáveis são servidores considerados muito impuros confinados fora das aldeias propriamente ditas, em casebres e bairros distintos. Eles não podem utilizar o mesmo poço que os demais e nem freqüentar os templos hindus. É verdade que, principalmente no norte da Índia, depois da reforma realizada por Gandhi, a exclusão das castas intocáveis foi minimizada (c.f. Dumont, 1992). Mas ela ainda é forte e em alguns lugares nada mudou. De modo geral, as atribuições das castas intocáveis são retirar e esquartejar as reses mortas, ordenhar e curtir couros, função que, segundo Dumont (1992), é uma das marcas principais da intocabilidade. Há também os que são intocáveis por tocar tambores nas ocasiões rituais ou festivas, pois entrar em contato com a pele de animais contida nos tambores traz muita impureza. Além dessas funções, há os agentes funerários, as parteiras, os lavadores.

*Definiremos a intocabilidade da maneira mais corrente: pela segregação nos casebres – ou nos bairros – distintos das categorias mais impuras. Esse traço é pan-indiano, do mesmo modo que a associação a uma função religiosamente pertinente (esquartejamento do gado morto e consumo de sua carne, tratamento do couro, função crematória ou limpeza do lixo ou dos excrementos, criação de porcos e consumo de sua carne). (Dumont, 1992, pág. 189).*

Assim como no caso dos burakumins, a noção de impureza e intocabilidade tem uma origem religiosa. Como vimos, uma das principais coisas que levam à intocabilidade é a especialização em tarefas consideradas religiosamente impuras. Mas não se pode dizer que o ofício determina a casta, não há uma identidade pura e simples. Há, indubitavelmente, relações estreitas entre o trabalho que se tem e a casta a qual se pertence, mas não dá para reduzir o sistema de casta a um sistema profissional. De acordo com Dumont (1992), a casta não é idêntica a uma corporação profissional. A religião tem um peso muito grande na questão das castas e, inclusive, a maioria das profissões é religiosamente marcada.

---

<sup>30</sup> As castas são: Basor, Bhuiya, Bhuiyar, Khatik, Majhwar, Bhar, Byar, Bind, Dusadh, Dharkar, Baheliya, Bajgi, Bhot, Golapurab, Khangar, Bansphor, Bhangji, Camar, Kharwar, Audhiya, Dangi, Gharuk, Agariya, Dom, Ghassiya.

Dumont destaca que, ao tentar compreender as causas da intocabilidade na Índia, poderíamos pensar que ela se deve a uma questão de higiene, ao odor nauseabundo que exala desses indivíduos em função de algumas atividades que lhes são designadas, como a curtição de peles, por exemplo. Mas o autor adverte que essa não seria a causa. “Com freqüência se procuram justificativas higiênicas para as idéias sobre impureza. Na verdade, mesmo se algo de higiene estiver contido na noção, ela não pode definir a questão, que é uma noção religiosa”. (Dumont, 1992, pág.98) Justificar a questão da pureza, em oposição à impureza, alegando uma função de higiene, seria, segundo Dumont (1992), cair no etnocentrismo. Soma-se à questão religiosa um outro aspecto para a manutenção do puro – impuro.

*Além do aspecto físico imediato (limpeza, higiene) a etiqueta da pureza corresponde por um lado, ao que chamamos cultura ou civilização, as castas menos impicantes, fazendo figura de bárbaro para as mais delicadas. Em relação à organização social, as pessoas puras são, por um lado, o equivalente do que chamamos de ‘gente de bem’ ou ‘bem-nascidos’ (Dumont, 1992, pág.111).*

Um viés mais próximo desse aparece em Douglas (1976) quando ela menciona que a crença no contágio tem uma função de manutenção de valores morais e definição de regras sociais.

*Logo, achamos que certos valores morais são mantidos e certas regras sociais são definidas por crenças em contágio perigoso, como quando se considera que o olhar ou contato de um adúltero provoca doença em seus vizinhos ou filhos. Não é difícil de ver como as crenças em poluição podem ser usadas num diálogo reivindicatório de status (Douglas, 1976, pág. 14).*

Há também em outras culturas uma condição temporária de intocabilidade e impureza que independe, no caso indiano, da casta a qual se pertence. Essa condição temporária de impureza se deve aos momentos da vida dos indivíduos. Dumont (1992, pág.99) cita como momentos particularmente importantes a morte e o nascimento. “Acredita-se generalizadamente, no mundo todo, que a morte, o nascimento e outros acontecimentos da vida pessoal e familiar escondem um perigo que conduz à reclusão temporária das pessoas afetadas, a interdições de contato, etc”. E segue ele dizendo que o contato com pessoas de luto pode ser considerado

extremamente perigoso em algumas culturas. No caso dos hindus, quando ocorre uma morte na família, o que é destacada é a condição de impureza dos membros da família em questão, não tanto a noção de perigo, mais comum em algumas tribos. A morte afeta coletivamente os parentes e, segundo Dumont (1992), é uma questão social e não material, pois em caso de morte, a impureza não afeta essencialmente as pessoas perto das quais o indivíduo morreu, mas os parentes do morto, onde quer que eles estejam.

Mas essa impureza que recai sobre os indivíduos enlutados é uma impureza temporária e não leva em consideração a questão do contato com cadáveres, como disse Dumont, é uma questão social e não material. E os indivíduos enlutados se livram da condição permanente de impuros porque as funções relacionadas à preparação dos defuntos são culturalmente atribuídas aos especialistas da impureza, esses sim, permanentemente impuros. No sul da Índia, o barbeiro é o sacerdote funerário, que, por causa de sua condição e função na sociedade, vive num estado permanente de impureza. O sacerdote funerário “costuma viver de maneira permanente num estado vizinho daquele que atravessam provisoriamente as pessoas que eles servem, e do qual saem elas, graças, entre outras providências, a um banho terminal” (Dumont, 1992, pág.99), pois como lembra Dumont, na medida em que a noção de impureza esteja presente, o banho é a cura mais difundida. “A água, o banho, é o grande agente purificador (...) Esses procedimentos purificadores são empregados também nos casos daquilo a que se chamaria de sujeira de casta: toma-se banho após o mercado ou o trabalho, um banho solene reintegra na casta” (Dumont, 1992, pág.102).

De qualquer forma, sendo a condição de impureza temporária ou permanente, algo importante para atentarmos é que de acordo com Dumont (1992), o fundamento elementar e universal da impureza está nos aspectos orgânicos da vida humana: no nascimento, no parto, na morte, na menstruação, nos fluidos corporais, na alimentação.

Aqui o que mais nos interessa é a relação existente entre impureza e morte, ou, mais especificamente, entre impureza e o cadáver. De acordo com Dumont (1992), há um tipo particular de intocável, chamado *mahabramna*, que oficia, muitas vezes, os rituais funerários, que inspira extrema aversão e com o qual se procura ter mínimo de contato possível, apenas porque ele se faz indispensável como representante do morto. Mas, de modo geral, os intocáveis são considerados tão

impuros que não poluem só pelo contato, mas até mesmo pela simples aproximação.

As variações acerca do conceito e pessoas impuras e intocáveis existem ao longo de toda Índia. Em algumas regiões as regras relativas à impureza são maiores e mais rígidas, em outras regiões, menores e mais fracas. Nos lugares onde já há uma maior frouxidão das regras e normas tradicionais, a tolerância com as pessoas consideradas impuras e com as atividades que fazem dessas pessoas impuras é mais ampla, menos rígida.

Considerando a comparação com a nossa realidade, podemos, quem sabe, pensar que, em função das regras religiosas e tradicionais serem mais brandas, nossas noções de impureza e contágio seriam amenizadas ou até inexistiriam, pois não temos na nossa sociedade nenhum grupo social que seja segregado como os intocáveis ou burakumins. Realmente, não temos castas e também não temos pessoas que são temidas por causa do seu ofício. Mas será?

Gostaria de apontar o que considero um dos aspectos mais importantes da minha pesquisa: a relação que podemos estabelecer, ou antes, a aproximação que podemos fazer de duas realidades bastante tradicionais e religiosas, como é o caso dos burakumins japoneses e intocáveis indianos, com a nossa moderna realidade - as idéias especializadas sobre limpeza e higiene. Quero demonstrar que é possível, como sugeriu Dumont (1992), ligar um mundo muito diferente de crenças e de representações ao discurso higienista de nossas modernas instituições e alegar que, embora sejam lógicas distintas, expressam exatamente a mesma coisa: uma noção de contágio diante da morte que é moral. Na modernidade ocidental, aparece justificada racionalmente por um discurso de higiene e assepsia.

Douglas (1976) já chamou atenção para a semelhança existente entre sistemas de crenças que aparentemente parecem contrastantes, como um baseado na ciência e outro baseado numa noção mais religiosa/tradicional.

*Nossas práticas são solidamente baseadas em higiene; as deles são simbólicas: nós matamos germes; eles afastam os espíritos. Isto soa francamente como um contraste. Todavia, a semelhança entre alguns ritos simbólicos e nossa higiene é algumas vezes estranhamente estreita (Douglas, 1976, pág.47).*

E, mais adiante, ela retoma a questão dizendo que nossas práticas higiênicas também estão inseridas num sistema simbólico e que as diferenças

relativas à forma como lidamos com impureza/poluição nas diversas partes do mundo são muito pequenas.

*Quanto mais nos aprofundamos nestas regras (a autora falava acerca das regras de poluição entre os hindus) e em outras similares, mais óbvio se torna que estamos estudando sistemas simbólicos. Será então esta realmente a diferença entre poluição ritual e nossas idéias de sujeira: são nossas idéias higiênicas enquanto as deles são simbólicas? Nada disso: passarei a sustentar que nossas idéias de sujeira também expressam sistemas simbólicos e que a diferença entre o comportamento da poluição em parte do mundo e em outra, é somente uma questão de detalhe (Douglas, 1976, pág.49).*

Dessa forma, penso ser amplamente possível supor que as práticas e discursos sobre contágio, adotados pelos operadores da morte, a partir de uma noção racional de higiene, apresentam estreita relação com as práticas e discursos sobre os *dalits* ou *burakumins*, acerca de sua intocabilidade e contágio. Ou seja, pensamos moderna e ocidentalmente que nossas crenças sobre contaminação são muito mais lógicas e justificáveis por estarem ancoradas numa racionalidade científica. No entanto, se olharmos com mais cuidado, acabaremos nos dando conta de que o que fazemos é subjugar a nossa secularidade a uma idéia tradicional de contágio, adotando o discurso científico para legitimar uma questão moral.

Com isso, deslocamos o medo de sermos contaminados pela morte, quando dela nos aproximamos, para uma posição racional, legitimada e justificada por um discurso higienista. Assim, podemos nos afastar do doente, da morte e do morto, não porque tememos a barreira tênue que nos separa, mas pelo “bem” de nossa saúde, para nos resguardarmos dos micróbios tão nocivos à nossa saúde.

Douglas (1976) chama atenção para o perigo que sentimos diante das situações indefinidas, ambíguas, viscosas, nas quais os limites entre um estado e outro estão nublados. Por exemplo, quando entramos em contato com o morto e com a morte, as claras barreiras que nos separam parecem obnublar-se e sentimos uma ampla necessidade de nos distinguirmos daquele que não mais habita esse mundo. Por outro lado, quando evocamos a poluição e a contaminação, o que estamos fazendo realmente é colocar fronteiras, separar, ordenar e marcar, ou seja, classificar, o lugar das coisas. Nós fazemos isso evocando a medicina higienista e os hindus, evocando posições religiosas.

Fazer uma clara distinção entre pares de opostos (por ex. sujo/limpo, dentro/fora, vida/morte) define o lugar no qual nos situamos. Seja em uma ou em outra sociedade, o que sentimos como contagioso é sempre algo que coloca nossa identidade em risco ou que nos dá algum tipo de temor. “(...) nosso comportamento de poluição é a reação que condena qualquer objeto ou idéia capaz de confundir ou contradizer classificações ideais” (Douglas, 1976, pág. 50-51).

Como sugere Douglas (1976), a diferença entre nós e as sociedades mais tradicionais ou religiosas é que nós operamos em um campo diferente de ação simbólica. Mas nós, tanto quanto os hindus ou japoneses, temos em comum a crença de que a poluição e contágio representam perigo e que os evitamos por essa razão. Enquanto eles acreditam que os intocáveis ou burakumins são religiosamente impuros, nós acreditamos que devemos ficar longe dos mortos e dos operadores da morte porque eles estão repletos de microorganismos que podem nos causar uma patogenia. Pensamos que a nossa justificativa para essas fantasias é pautada na ciência e que a deles é puro simbolismo. No entanto, nosso comportamento, a despeito de vivermos numa sociedade cientificizada, é repleto de simbologias.

Estamos, de certa forma, opondo Ocidente e Oriente, racionalidade científica e tradição, religião, mas não podemos esquecer que as crenças religiosas podem caminhar lado a lado com uma racionalidade científica nas sociedades em que ela é mais desenvolvida. No caso do Ocidente, as influências do cristianismo ainda são muito fortes, não deixaram de existir em função do desenvolvimento científico, da ampliação da racionalidade. E a questão do contágio pautada pelo viés religioso também está fortemente impressa nas idéias cristãs. De acordo com Rasia (1996), nos textos do Velho Testamento há a concepção de que o homem torna-se impuro por estar em contato com a contaminação. Quando isso acontece, o indivíduo fica em situação de pecado, torna-se um pecador. Tal situação ocorre *quando se entra em contato com pessoas e animais contaminados* ou quando se transgride a Lei do Senhor (Rasia, 1996).

Quando colocamos ênfase nas representações religiosas/tradicionais ao sustentar a idéia de contágio moral, não queremos com isso afirmar que todas as descobertas científicas da modernidade sobre higiene são meras “invenções” para justificar o medo de um contágio que é muito mais moral do que real. Queremos dizer que uma gama ampla das nossas crenças sobre contaminação, bactérias,

vírus, micróbios, etc., reside profundamente instalada em medos inconscientes e recalçados. Esses medos, com os quais temos bastante resistência em lidar, são deslocados para práticas e crenças racionais, e assim, aparecem legitimamente justificados pelo discurso científico da modernidade. Veremos como isso acontece a seguir.

### **3.3. A Medicina Higienista e as Noções de Contágio**

A segunda vertente, compreendida a partir de uma racionalidade – isso não significa que o sistema de crenças no qual estão inseridos os burakumins e intocáveis trata-se de um sistema irracional ou ilógico, ele é perfeitamente lógico e racional para as pessoas que dele partilham. Falo aqui de uma racionalidade científica, como já mencionado, que desponta principalmente no ocidente, na Europa dos séculos XVIII e XIX, através de uma medicina de cunho fortemente higienista.

A área da medicina que mais se ocupou dos procedimentos acerca da “boa” higiene foi a da medicina legal. A preocupação com a relação existente entre questões sociais e doenças biológicas faz parte do histórico da medicina legal. A saúde pública era algo a ser planejado e um bom planejamento de saúde pressupunha estabelecer comportamentos morais adequados e a solidificação da razão em detrimento das paixões, como podemos verificar em Antunes (1999), ao relatar o pensamento da época:

*Se as lições de moral são inatentemente ouvidas, menos ainda são seus ditames seguidos e a moderação só sobrevém com o arrefecimento das paixões. Eis, portanto, a tarefa do médico filósofo: pregar uma lição de moral que seja vividamente ouvida, fazer a voz da razão de fato impressionar o interlocutor. Como contrapeso aos desejos violentos e brutais, que trazem corrupção e ruína à saúde, destruindo a fonte da vida, só uma medida poderia ajudar o ser humano e o autor não hesita em prescrevê-la: fortificar a razão (Antunes, 1999, pág.169).*

A higiene preconizada pelos sanitaristas do século XVIII preocupava-se acima de tudo em manter a ordem social que certos perfis e comportamentos ameaçavam. Ou seja, as questões médicas estavam coladas a uma moral. O médico deliberava sobre como escolher uma boa esposa ou um bom marido, sobre

a atividade das prostitutas, sobre as benesses do casamento, sobre questões raciais, etc, e tudo isso a partir de um discurso racional sobre higiene e profilaxia. (Antunes, 1999). Homóloga a este debate há a questão do urbanista higienista das prisões (c.f. Moraes, 2005).

Diante dessa ingerência nas questões sociais, os higienistas sentiam-se impelidos a realizar um verdadeiro policiamento moral, pois isso evitaria doenças tanto sociais quanto individuais.

*A tradição de policiamento médico (...) considerava a higiene pública no sentido mais amplo possível: água, ar, solo, construções, alimentos, assim como a organização social e política eram todos vistos como elementos interagindo em infinitas combinações. O papel do policial médico era portanto, o de garantir o ajuste suave das relações biológicas e sociais (Harris, 1993, pág. 113).*

Assim, podemos observar que a relação estabelecida entre a onda higienista das grandes cidades européias e certos perfis sociais, lugares e, comportamentos nos indica que realmente é possível identificar componentes morais que se impõem através de um discurso racional/científico.

Para Corbin (1987), essa relação entre o discurso higienista e crenças morais, manifesta-se de muitas formas, inclusive na eleição de certas substâncias, comportamentos e lugares considerados puros/limpos ou impuros/sujos<sup>31</sup>.

No caso do discurso higienista empregado nos séculos XVIII e XIX, ele valorizava como símbolo de salubridade a brancura da cor, a transparência da pele. Seus alvos eram acima de tudo as emanações sociais, ou seja, odores que apresentam conexões com questões sociais e morais. (Corbin, 1987) Havia a crença herdada da ciência antiga e assumida pela medicina científica do final do século XVIII, de que cada indivíduo possuía seu odor próprio, o que possibilitava estabelecer uma noção de valor através das emanações odoríferas. Corbin (1987) nos fornece uma série de exemplos nos quais os homens de boas condições e mulheres jovens são percebidos com odores almiscarados, florais. A qualidade odorífera do indivíduo era dada pelo lugar onde habitava, pelos alimentos que ingeria, pelas paixões às quais se entregava, pelo gênero de trabalho que ocupava,

---

<sup>31</sup> Aqui estou aproximando a noção de pureza à de limpeza e a de impureza à de sujeira, mas Dumont (1992) e Douglas (1976) nos apresentam, além desses, outros significados relativos ao par puro/impuro.

pelas artes que exercia. Este fato nos indica claramente que, certas posições sociais e, conseqüentemente certos estilos de vida e comportamentos, eram positivados enquanto outros, temidos ou rechaçados. Tudo isso através de uma racionalidade cientificamente estabelecida pelos higienistas da época.

Ora, se prestarmos atenção já podemos perceber uma semelhança entre a impureza atribuída aos intocáveis e burakumins e a distinção que existia na sociedade francesa entre aqueles considerados limpos e higiênicos e aqueles considerados sujos e passíveis de serem evitados e, portanto, potencialmente perigosos.

Não podemos esquecer que nas representações sociais os odores considerados ruins são sempre associados ao perigo e impureza. Nos contos o diabo sempre é percebido antes de tudo pelo cheiro de enxofre fortíssimo, enquanto o olor das flores evoca o paraíso. Corbin (1987) lembra que o pútrido é freqüentemente associado ao demoníaco. Há, segundo ele, uma relação obsessiva entre o mau cheiro e as profundezas do inferno, sublinhada por vários autores como Milton, Cowper e Powys. Dessa forma, um limpa-fossas, um coveiro, um cadáver são antes de tudo representações de perigo.

Assim, podemos ver de que forma a crença nos miasmas, tão forte no século XVIII, deslocava para as exalações pútridas os medos socialmente instalados nos indivíduos. Era preciso evitar e combater o ar dos presídios (Corbin (1987) chama atenção para o medo dos miasmas das prisões. Pensava-se que “o pior dos escândalos olfativos é a prisão. O fedor significa a putrefação viva e coletiva dos detentos. O apodrecedouro humano acumula a infecção genealógica e a putridez presente” (pág.69)), das masmorras, das covas dos cemitérios, dos pântanos, das adegas e porões mal obturados, dos excrementos, dos poços, o contato com as prostitutas (a regulação da prática sexual através da “elevação” do casamento como o lugar da prática sexual higiênica e segura, viria a condenar a “mulher mundana” e a prostituta (Costa, 1983)). Era necessário evitar o subterrâneo e o solo de certos lugares, principalmente a terra dos cemitérios, pois ela guardava, embebia, estocava, os odores morbíficos dos cadáveres em putrefação. Corbin (1987) relata o pensamento dos higienistas franceses da época:

*A terra não faz apenas vomitar os sopros: ela também é embebida e estoca os produtos da fermentação e da putrefação. Torna-se*

*conservadora das sânieis. Uma dia, decidirá devolver os odores morbíficos. A obsessão do subsolo impregnado, afofado ou mesmo liquefeito pela acumulação de merda, pela putrefação dos cadáveres e pela multiplicação das aberturas, é seguramente uma das mais evidenciadas neste tempo. O homem futuro não poderá achar seu lugar nesse solo. A história excrementicial da terra pesa muito no destino de certos lugares. Os restos e dejetos das gerações passadas, as escavações que atestam sua presença, engendram incontestáveis fedores que apodrecem os organismos vivos, desfazem o equilíbrio vital (Corbin, 1987, pág. 36).*

Corbin (1987) aponta que, tantas obsessões estão de acordo com a salvaguarda, mais ou menos consciente, de crenças coletivas na “*sensibilidade da terra*”. Além dos medos sociais evocados pelos “maus” odores, havia também um aumento da sensibilidade olfativa dada pelo avançar do processo civilizador, era uma época em que se redefinia o insuportável.

As queixas acerca dos odores que emanavam dos açougues e peixarias, bem como das ruas parisienses, principalmente nos lugares onde se concentravam os mercados e feiras livres, eram cada vez mais freqüentes. Mas pensemos que a “eleição” dos odores considerados desagradáveis ao olfato está associada a pessoas, profissões e coisas sentidas como perigosas, impuras. Não podemos ser simplistas ou ingênuos de pensar que o temor despertado por esses odores era apenas por serem, já nesta época, desagradáveis ao olfato. É muito clara a semelhança entre os atributos da intocabilidade e os odores e funções considerados na sociedade francesa como uma ameaça. Certos odores eram tomados como ameaças claras a demandar a vigilância constante dos higienistas: odores dos excrementos, dos cadáveres, das carcaças de animais mortos (Corbin, 1987).

Diante desse temor, o século XVIII foi marcado por uma medicina voltada para a crença de que emanações odoríferas eram responsáveis por corromper, por contaminar a carne. De todos os odores, os odores da morte eram uns dos mais temidos, não só pelo desgosto sensorial, mas pelo medo incontrolável do contágio, da contaminação do putrefeito. Em meados do século XVIII, aparecem inúmeros casos de morte e adoecimentos associados ao contato com os miasmas cadavéricos. Uma obra de 1838, do higienista Charles London, traz a seguinte narrativa:

*O grande hábito que os médicos têm de manejar e de dissecar cadáveres não os preserva contra a ansiedade. A demonstração anatômica do fígado de um cadáver putrefeito que o deão da Faculdade de Paris impôs a Chambon, por ocasião de um exame, atesta claramente o fato. O primeiro dos quatro candidatos 'atingidos pelas emanções pútridas que se desprenderam logo que foi aberto, teve uma síncope, foi levado para casa e morreu em setenta horas. O outro – o célebre Fourcroy – é tomado por uma erupção exantematosa das mais abrasantes, e das mais completas; os dois últimos, Laguerenne e Dufresnoy, definharam por muito tempo, e o último nunca mais se restabeleceu' (London, 1838 apud Corbin, 1987, pág. 45).*

O perigo que as emanções cadavéricas despertava nos indivíduos dos séculos XVIII e XIX era uma parte significativamente importante na determinação da organização social da época. Os campos de batalhas eram considerados lugares perigosíssimos – não necessariamente por sua atividade bélica, mas pelos corpos que lá ficavam após as batalhas, a morte e as febres tifóides que esses campos abrigavam - temidos pelos moradores que necessitavam ocupar a vizinhança e se possível evitado pelos cidadãos parisienses.

Desta forma, podemos verificar que nos séculos anteriores ao XVIII, as preocupações com contágio, bactérias, micróbios e vírus eram de pouquíssima relevância. Foi, inclusive, no século XIX que surge a palavra micróbio, alavancando os temas relacionados ao estudo da bacteriologia (Harris, 1993). Sabemos, pois, que desde então não falamos em medidas sanitárias sem evocar as bactérias e vírus. São microorganismos a serem severamente combatidos. De acordo com Douglas (1976, pág. 50),

*(...) evitar a sujeira é para nós uma questão de higiene ou estética e não está relacionada com nossa religião (...) nossa idéia de sujeira é dominada pelo conhecimento de organismos patogênicos. A transmissão bacteriana de doença foi uma grande descoberta de século XIX. Ela produziu a mais radical revolução na história da Medicina. Isto transformou tanto nossas vidas que é difícil pensar sobre sujeira a não ser num contexto de patogenicidade. Mesmo assim, obviamente, nossas idéias sobre sujeira não são tão recentes. Devemos fazer um esforço para pensarmos além dos últimos cem anos e analisar as bases do ato de evitar sujeira antes de sua transformação pela bacteriologia (...) Esta idéia de sujeira (...) promete uma ligação com sistemas mais obviamente simbólicos de pureza.*

Como sugere Douglas (1976), é importante que possamos compreender que por trás de todas as grandes descobertas científicas no campo da medicina higienista, que sem dúvida são responsáveis por salvar inúmeras vidas, como é o caso da descoberta da penicilina, em 1928, residem alicerces tradicionais, morais que elevam o estatuto de cientificidade/racionalidade de um contágio que é antes de tudo moral. Pensamos que nossa forma ocidental de pensar saúde, doença e morte são a mais correta porque tomada a partir de uma racionalidade científica. E com isso, esquecemos de olhar para outras culturas, nas quais os debates científicos acerca de bactérias contagiosas têm pouca ou nenhuma relevância. Tomamos nossas crenças como universais e absolutamente mais evoluídas porque as consideramos verdadeiras, científicas. No entanto, é antes de tudo mais um sistema de crenças o qual possui múltiplas representações, laicas, religiosas, morais, que muitas vezes se sobrepõem umas às outras, ou melhor, coexistem paralelamente sem que se consiga fazer uma distinção dos seus limites. Essa sobreposição acontece principalmente com relação a temas que afetam nossa capacidade de pensar racionalmente, como crime, doença, morte.

Se analisarmos mais atentamente, não temos apenas nojo ou medo das bactérias que habitam o hospital, o moribundo, o necrotério, o cadáver, o cemitério. Tememos ao que isso nos remete: à doença, impotência, morte. Pensemos no câncer, que não é uma doença contagiosa, mas carrega um estigma tal que os doentes que apresentam essa doença são muitas vezes excluídos pela própria família, como se tivessem uma doença altamente contagiosa. O que há na verdade, é um altíssimo grau de contágio, mas um contágio moral. Sentimo-nos “contaminados” pelo alto grau de destrutividade que ainda hoje o câncer tem e ao que ele nos remete: nossa própria finitude. O grau de contágio moral é tanto que tememos inclusive falar o nome da doença. Quando perguntamos o que a pessoa tem, ouvimos muitas vezes: “aquilo”, “aquela doença” e muito raramente ouvimos sem maiores constrangimentos a palavra câncer. Mesmo as pessoas menos supersticiosas parecem ficar desconfortáveis em pronunciá-la, como se sua simples menção tivesse o potencial de materializar a doença, de atraí-la. Esse para mim é um dos exemplos mais elucidativos de como se dá a sensação de contágio moral.

Quando o tema é morte o medo é ainda maior. Em minha casa, sempre que íamos a um velório ou enterro, na volta minha mãe nos fazia tirar ao menos os sapatos na porta antes de entrar em casa. Lembro-me bem de sua fala ainda no

elevador: “a primeira coisa é tirar o sapato, a casa está limpa, não quero ver ninguém pisando em casa com o sapato que andou para lá e para cá no cemitério.” Lembro-me que quando era ainda criança, essa exigência parecia-me bastante natural, afinal havíamos pisado num chão cheio de pessoas mortas. Mas conforme fui crescendo e pensando de forma mais racional sobre o assunto achava engraçado que a sujeira de outros chãos, da rua, por exemplo, no qual milhares de pessoas transitam todos os dias, além de ter fezes, ratos, baratas, esse chão, teoricamente tão mais contagioso a meu ver, esse incomodava muito menos. Não ocorria à minha mãe pedir que tirássemos o sapato, ao modo da cultura asiática, tão logo chegássemos em casa. Tudo bem estar com sapatos sujos da rua. Embora minha mãe sempre tivesse alto apreço pela limpeza e organização, era particularmente o chão do cemitério que a incomodava. A questão não são os germes, mas os germes da morte. Nesse caso, a contaminação com as substâncias da morte é claramente muito maior, pois alcança uma dimensão moral.

O mesmo ocorria quando fazia estágio no Hospital de Clínicas. Ao chegar em casa, minha mãe perguntava se havia ido ao hospital e dizia para não entrar na cozinha, pois ela estava fazendo o almoço. Havia obviamente um cálculo que ela fazia de pureza. O alimento é algo que deve ser limpo, livre de bactérias e eu, que havia recém-chegado do hospital, era uma fonte repleta de bactérias contagiosas. A mesma preocupação não se dava com minhas irmãs, que haviam chegado da escola e do trabalho.

Quando estávamos mais freqüentemente no IML, para colher os dados da pesquisa, essas noções de contágio nos afetavam constantemente. Uma das pesquisadoras dizia que quando entrava no necrotério, cuidava para não pisar nos fluidos e substâncias que hora ou outra, caíam dos cadáveres que estavam sendo necropsiados, pois quando isso acontecia, ela ficava incomodadíssima e ao chegar em casa, os sapatos tinham que ficar isolados das outras coisas.

Uma outra situação engraçada aconteceu durante uma das aulas nas quais debatíamos o projeto de pesquisa. Em cada aula dois alunos apresentavam seus projetos e os submetiam à apreciação da turma e do professor. Era uma oportunidade de conhecermos o objeto de pesquisa dos colegas de turma. Alguns dias antes da minha apresentação, eu havia viajado com algumas pessoas da turma para um congresso e fui motivo de muitas piadas por causa do tamanho de minha valise de cremes e perfumes. No dia da minha apresentação, um tempo

depois da viagem, ao falar sobre o meu tema e sobre o campo, um dos colegas, que havia viajado comigo falou: “Nossa, não dá para acreditar que você, tão vaidosa, cheia de cremes e perfumes vai lá, no IML, nunca imaginei”. Aí eu perguntei: “O que você esperava, que eu tivesse mau cheiro e fosse desleixada porque vou ao IML?” E ele respondeu: “é, um cheirinho de defunto, não combina com você.” Então, podemos verificar que no imaginário social, as pessoas que trabalham com cadáveres são bastante identificadas com eles, é como se as pessoas não conseguissem dissociar o profissional do seu objeto de trabalho.

Lembro-me que na primeira vez que fomos ao IML, e mais especificamente ao necrotério, assistimos a uma auxiliar de necropsia realizando uma necropsia num putrefeito<sup>32</sup>, estávamos em quatro alunos além do orientador e diante daquela visão, uma moça franzina, numa pequena escadinha, debruçada sobre o corpo, do qual exalava um cheiro horrível, com as mãos dentro do corpo, retirando os órgãos... Ao ver a cena, não pude deixar de comentar: “imagine só namorar essa mulher, ou dar um beijo nela”. As expressões diante desse comentário afastaram quaisquer possibilidades disso acontecer. Pude então perceber que as pessoas com um ofício como este certamente tinham problemas em algumas instâncias da vida. É difícil não ser afetado de alguma forma com isso.

Numa outra ocasião, tive a oportunidade de fazer algumas perguntas a um agente funerário, da funerária “Luto Curitiba”, um dos responsáveis por preparar os corpos para o velório. Perguntei a ele como era trabalhar como agente funerário e ele respondeu que era uma profissão como outra qualquer, que exigia técnica e profissionalismo, mas ele próprio não tinha essa noção quando iniciou. Achava que as pessoas fantasiavam e pensam que o agente funerário é uma pessoa mórbida, com algumas manias estranhas, que gosta de cadáver. Mas para ele, isso não tem nada a ver. Perguntei a ele se já havia sentido que as pessoas tinham nojo ou medo dele em função da sua profissão. Ele disse que sente isso muito frequentemente. Relatou-me que há alguns dias atrás, havia saído para tomar uma cerveja e paquerar; durante a noite conheceu uma moça da qual gostou e com quem estabeleceu uma conversa agradável. Estavam conversando já há algum tempo quando a moça perguntou qual era a profissão dele. Quando ele disse que era agente funerário, a moça pegou sua bolsa e saiu correndo, sem dizer nenhuma

---

<sup>32</sup> Os operadores da morte do IML de Curitiba denominam “putrefeito” um corpo em estado de putrefação.

palavra. Segundo ele, essas situações não são tão incomuns, mas quando acontecem fica sem saber o que fazer, embora ele até entenda a reação das pessoas, porque no início também não foi fácil: acostumar com o cheiro, com a temperatura dos corpos, gélidos, são coisas que, de acordo com ele, no começo deixam com receio, mas depois se aprende a levar a sério e a ter orgulho da profissão, pois é dar aos familiares uma última visão do morto e essa visão tem que ser a melhor possível.

#### **3.4. As noções de contágio entre os operadores da morte e relativas às suas funções**

Com os operadores da morte do IML de Curitiba acontecem coisas semelhantes, no entanto, devemos agora separá-los por categorias, para melhor compreendermos a questão ( verificar anexo 2).

Podemos dizer que, de modo geral, tanto os auxiliares de necropsia quanto os médicos legistas e odontologistas forenses sentem, com poucas diferenças, o contágio da mesma maneira. Todos os entrevistados têm o mesmo discurso sobre o procedimento correto para lidar com os corpos e sobre as medidas de higiene que tomam para garantir sua saúde e de seus familiares. Contudo, a forma como sentem que as pessoas lidam com o fato de serem operadores da morte muda consideravelmente, para auxiliares de necropsia e demais operadores. Falaremos um pouco mais sobre isso mais adiante.

Com relação à forma como os operadores da morte agem diante do contágio, há uma intensa racionalização que tem como base os preceitos da medicina higienista. Mas com uma escuta mais atenta podemos verificar que crenças tradicionais ou morais se entrelaçam no discurso técnico-científico.

Todos os entrevistados alegam que o ambiente é altamente contaminador, que há vários tipos de vírus e bactérias no necrotério e que os cuidados com a higiene e limpeza devem ser intensos. Segundo Minayo et al. (2003, pág. 222), “em relação aos perigos biológicos, está fortemente presente a idéia de ‘contaminar-se’ com alguma coisa”; e, neste sentido, “todo mundo corre o risco de contaminação e intoxicação.”

Não faz muitos anos que as necropsias são feitas com luvas e máscaras, fato que, segundo os entrevistados, diminuiu para as pessoas que trabalham no necrotério o risco de contrair doenças. Perguntei quais doenças era comum

contraírem no exercício da profissão. De modo geral, responderam que a tuberculose<sup>33</sup> era umas das mais comuns – doença que também carregou durante muito tempo um estigma muito grande, dessas que têm associado um fator de contaminação que vai além da possibilidade real de contágio, como a hanseníase e a AIDS, por exemplo.

Eles também acham que o estresse é uma das causas responsáveis por um grande número de operadores doentes, devido ao risco diário de serem contaminados no trato com os cadáveres, principalmente os putrefeitos. Temem ser contaminados biologicamente por alguma possível doença que o cadáver pudesse ter ou transmitir, em função do próprio processo de decomposição, pois o risco de se cortar com o bisturi durante as necropsias existe e já ocorreu com alguns poucos colegas, embora não tenha havido nenhum caso de contaminação por essa razão.

*Alguns comentam os perigos (...) à sua saúde, ao lidarem com feridos, cadáveres e fluxos corporais: 'perigo maior são as gotas de sangue', 'risco de transmissão de vírus para o técnico que manuseia o cadáver'; ou 'às vezes, o corpo é de um aidético e se o profissional se cortar, ele está lascado' (Minayo et al., 2003, pág. 223).*

De acordo com Minayo et al. (2003), “(...) a inadequação dos equipamentos de proteção leva o trabalhador a ter que escolher entre o risco de contaminação e o risco de um acidente” (pág. 123). Dessa forma, o estresse faz parte do cotidiano desses operadores.

Mesmo atualmente, com adoção de um maior cuidado com a higiene, todos os entrevistados são unânimes em dizer que os colegas de trabalho vivem sob forte estresse. A causa de tamanho estresse não reside apenas nos cuidados com a assepsia. Segundo eles, o trabalho é muito duro, tem que ter a cabeça no lugar porque se vê de tudo. Dois médicos legistas disseram que uma colega de trabalho foi afastada com problemas emocionais severos. Deram a entender, mas recearam

---

<sup>33</sup> As idas quase que diárias ao IML não me causavam, como já havia ouvido nos relatos dos outros colegas, uma sensação de contágio, aparentemente lidava de forma mais distanciada e racional com a questão. No entanto, começou a se espalhar um boato de que estava ocorrendo um surto de tuberculose na instituição e dois auxiliares de necropsia foram afastados por licença médica porque haviam contraído a doença, a vigilância sanitária estava preocupada. Diante desse quadro, uma forte sensação de contágio me invadiu e de modo algum queria voltar ao IML antes que a situação tivesse sido resolvida, embora tivesse ouvido de alguns funcionários que os colegas adoeceram porque estavam mal alimentados e estressados. Pediram para que tomássemos vacina para prevenir qualquer possível contaminação. Levou um bom tempo para que a imagem de bactérias perigosas abandonasse meus pensamentos.

explicitar a situação, que o quadro foi gravíssimo. Ambos atribuem este fato ao tipo de trabalho que executam.

No entanto, todos os entrevistados também dizem que eles próprios lidam bem com o dia-a-dia da profissão, pois dizem que o estresse é porta de entrada para outras doenças, porque baixa a imunidade. Os outros todos são estressados e já tiveram alguma doença decorrente do trabalho - que atribuem tanto ao fator emocional quanto ao fator higiene e assepsia -, menos eles.

Percebe-se que, como comumente ocorre, torna-se mais fácil falar das “fraquezas” e vulnerabilidades por intermédio do outro, mas claramente observamos que todos têm medo de serem contaminados com alguma doença (em função de como descrevem a preocupação com a própria higiene após o trabalho) e a tensão de não possuírem aparatos de trabalho adequados). O estresse aumenta porque há uma ansiedade relativa a um tipo de contágio que é moral. Não se dão conta de que parte do medo que sentem é por algo que para muitos é inconsciente, deslocado para idéias higienistas, mas na realidade sentem medo da morte.

Uma odontologista forense relatou que, por vezes, principalmente no início da carreira, era insuportável deparar-se com o fato de nos reduzirmos a um corpo em decomposição quando morremos. Para ela, essa é a parte mais difícil de lidar com um putrefeito, por exemplo, tudo é horrível, o cheiro, a aparência, mas tudo fica supervalorizado porque é inevitável não pensar que um dia a gente vai ficar igual, que tudo que construímos durante a vida será resumido a um corpo que apodrece. Por isso, acha importante ter uma crença, crer que há algo além que justifique essa vida.

Pudemos observar que entre os operadores da morte, o medo do contágio é tanto maior quando mais decomposto está o corpo e, quando há putrefeitos (corpos em estágio de decomposição avançada) para serem necropsiados, a lamentação entre os profissionais é inevitável. Até o início de 2007<sup>34</sup> o quadro era ainda pior, pois os putrefeitos ficavam numa sala sem nenhuma refrigeração aguardando a necropsia. De acordo com a odontologista forense entrevistada, o corpo podia ficar dias ali até ser identificado e quando abriam a sala, havia bichos e larvas por toda parte. Segundo ela, o que mais se deseja depois de um dia lidando

---

<sup>34</sup> Atualmente, há uma recém construída câmara frigorífica para os putrefeitos, o que de acordo com a odontologista entrevistada, melhorou consideravelmente o trabalho.

com esse tipo de coisa é tirar a roupa e tomar logo um banho. É a primeira coisa que faz quando chega em casa.

Os auxiliares de necropsia dizem que possuem roupas e sapatos que usam apenas para trabalhar e nunca saem do trabalho sem tomar um banho e se trocar. Quando perguntei por que tomam um banho e adotam roupas e sapatos específicos para o trabalho, mesmo usando luvas, avental e máscara, eles responderam que é uma questão de bom senso, de higiene, uma medida importante para preservar a saúde deles e das pessoas com as quais convivem.

No entanto, não pude deixar de estabelecer uma relação entre essa prática e as práticas dos hindus. Segundo Douglas (1976, pág. 23), “(...) o contato com cadáveres, sangue ou saliva, pode ser considerado transmissor de perigo” e a água é considerada essencial para combater a poluição. “Todas as emissões corporais, mesmo sangue ou pus de um ferido, são fontes de impureza. Água, e não papel, deve ser usada para se lavar...” (Douglas, 1976, pág. 48). Como já citado, o banho é a cura mais difundida entre os hindus quando está presente a noção de impureza e contaminação.

O banho dos auxiliares de necropsia parece poder ser comparado com o “banho solene que reintegra na casta” (Douglas, 1992, pág. 102). Os outros operadores (médicos legistas e odontologistas forenses) dizem que não tomam banho no IML, mas que é a primeira coisa que fazem quando chegam em casa. Um dos médicos disse que sua esposa não o deixa tocar em nada até que tome seu banho e ele concorda porque seu trabalho o faz entrar em contato com inúmeras bactérias perigosas.

Embora a adoção dessas medidas higiênicas diante do contato com o cadáver seja muito provavelmente o que todos nós faríamos, é importante enfatizar que essas práticas não necessariamente são para se preservarem de doenças. Essa é a explicação que eles fornecem acerca de suas condutas.

Há outras formas de lidar com cadáver e nem todas pressupõem tanto cuidado com a assepsia. Ou seja, as nossas idéias sobre contaminação e os procedimentos para evitá-la não são os únicos nem necessariamente os mais corretos e evoluídos, se considerarmos que os adotamos com o discurso de preservação de nossa saúde, nossa vida.

Há outras lógicas nas quais as idéias sobre contágio da morte certamente nos surpreenderiam pela chocante despreocupação com vírus e bactérias, com os micróbios que habitam o cadáver em decomposição.

Para ilustrar essa questão tomarei o caso da Grécia rural, mais especificamente a Potâmia, com seus ritos de morte que atravessam séculos. O tema foi abordado num livro muito interessante e com uma belíssima etnografia, do antropólogo inglês Loring M. Danforth, de 1982.

De acordo com Danforth, a tradição nas vilas potâmicas determina que nenhum cadáver deve ficar enterrado por mais de cinco anos. Desta forma, o número de covas e lápides do cemitério é muitíssimo pequeno, só permanecem sepultados os corpos com menos de cinco anos da morte, os demais devem ser desenterrados através de um rito de exumação e depositados num ossuário onde estão abrigados todos os mortos da vila. “As I walked between two rows of graves, I noticed that no grave bore a date of death prior to 1974. The explanation for this, and for the small size of the graveyard as well, lay in a small cement building standing in the corner of the graveyard”<sup>35</sup> (Danforth, 1982, pág. 10).

Segundo a tradição, exumar o corpo propicia à família a oportunidade de ver o morto mais uma vez. Além disso, possibilita ao morto ver pela última vez a luz do sol, bem como tira de seu peito o peso da terra para que possa viver na eternidade.

Mas o mais interessante sobre esse rito de exumação é que ela (a exumação) é feita pelos familiares e amigos da família do morto, de forma bastante rudimentar, sem nenhuma preocupação com impurezas e contágio. Vejamos a seguir alguns trechos da descrição da exumação de uma moça, Eleni, que havia falecido de forma trágica (fora atropelada) quando havia ido morar em outra cidade para dar continuidade aos seus estudos.

*Late the following afternoon women gathered at the house of Irini. There were relatives, close friends and neighbors, many of them in mourning themselves for other dead, in other graves. They talked quietly about the good earth of Potamia and about the clean white bones of the village dead who had been exhumed in the past. (...) When the bell of the village church rang in a slow mournful rythm, the group set out the graveyard. Eleni's imediate family led the*

---

<sup>35</sup> [Trad.] Conforme eu andava entre as duas filas de túmulos, eu notei que não havia túmulo gravado com a data anterior a 1974. A explicação para isso e para o pequeno tamanho do cemitério encontrava-se numa pequena construção de cimento no canto do cemitério.

*procession. (...) Behind them came more distant female relatives carrying offerings of food and drink to be distributed after the exhumation as well as the metal box that would receive Eleni's remains. (...) Eleni's two brothers, who had started to dig down through the gravel and sandy soil (...) When they began to cry, two young women took their shovels and continued digging. (...) When the earth in the grave turned a much darker color, and fragments of rotten wood appeared, the singing grew louder. The young women with shovels were replaced in the grave by an older widow with a small hoe. Some women shouted instructions to her, telling her to dig carefully: "More to the right. Find the skull first, then the ribs. Don't break anything." When she struck something solid with her hoe, she put it down and began to dig with hands. (...) When the widow uncovered the skull, she crossed herself and bent down to pick it up. (...) The widow tried to wipe what looked like hair off the back of the skull before she wrapped it in a white kerchief. She crossed herself again and placed some paper money in the skull outside the kerchief. Then she kissed the skull and handed it to Irini. Irini cradled her daughter's skull in her arms, crying and sobbing uncontrollably. (...) Irini kissed the skull and touched it to her forehead three times before she handed it to Maria, who did the same. (...) Eleni's skull returned to Irini, who held it in her lap for the remainder of the exhumation. Some women commented in the blackness of the bonés and how well preserved Eleni's shoes, stockings, and dress were. Others offer advice as to where to find the small bones of the hands and feet<sup>36</sup> (Danforth, 1982, pág.19-20).*

---

<sup>36</sup> [Trad] No avançar da tarde seguinte, mulheres se reuniram na casa de Irini. Havia parentes, amigos próximos e vizinhos, muitos deles lamentando-se por outros mortos, em outros túmulos. Eles conversavam discretamente sobre a boa terra da Potâmia e sobre os ossos limpos e claros dos mortos da vila que haviam sido exumados no passado. Quando o sino da Igreja da vila tocou, num ritmo lento e desolado, o grupo abriu o túmulo de Eleni. A família de Eleni conduziu a procissão. Atrás deles vinham parentes do sexo feminino mais distantes, carregando oferendas de comidas e bebidas para serem distribuídas após a exumação, bem como a caixa de metal que receberia os restos de Eleni. Os dois irmãos de Eleni tinham começado a cavar o túmulo através do solo arenoso. Quando eles começaram a chorar, duas mulheres jovens pegaram as pás e continuaram cavando. Quando a terra da cova ficou mais escura e fragmentos de madeira apodrecida apareceram, a cantoria ficou mais alta. As jovens mulheres com as pás foram substituídas no túmulo por uma viúva mais velha com uma pequena enxada. Algumas mulheres gritavam instruções para ela, dizendo para cavar mais cuidadosamente: "mais para direita, encontre o crânio primeiro e depois as costelas. Não quebre nada." Quando golpeou algo sólido com a enxada, ela abaixou e começou a cavar com as mãos. Quando o crânio apareceu, a viúva virou-se e ajoelhou para apanhá-lo. A viúva tentou limpar o que parecia ser cabelo na parte de trás do crânio, antes de envolvê-lo num lenço branco. Ela virou-se novamente e colocou dinheiro dentro do crânio, fora do lenço. Então ela beijou o crânio e o entregou a Irini, que embalou o crânio da filha em seus braços, chorando e soluçando incontrolavelmente. Irini beijou o crânio e tocou-o com sua testa três vezes, antes de entregá-lo a Maria, que fez o mesmo. O crânio de Eleni retornou para Irini que o segurou em seu colo até terminar a exumação. Algumas mulheres comentavam sobre como os ossos estavam escuros e o quanto os sapatos, meias e vestidos estavam bem preservados. Outros aconselhavam a respeito de onde encontrar os pequenos ossos das mãos e dos pés.

**Figura 1- Foto de Alexander Tsiaras**



**Figura 2 - Foto de Alexander Tsiaras**



**Figura 3 - Foto de Alexander Tsiaras.**



Como vimos no trecho acima e nas fotos ilustrativas que o livro traz, os pensamentos sobre contágio são bastante distintos dos nossos e certamente causariam imenso desconforto a alguém acostumado às idéias que temos sobre contaminação. O fato é que a lógica higienista serve para explicar a nossa realidade e se molda à nossa racionalidade. No entanto, ao comparar essas duas realidades percebemos que nossas justificativas higiênicas e assépticas diante do contato com o doente, o morto, o cadáver, são meramente frutos de uma lógica pautada no medo do contágio, pautada no contágio moral. Os potâmicos preservam essa tradição há séculos e não se tem notícia de mortes ou adoecimentos decorrentes desses rituais de exumação, o que demonstra que boa parte de nossas crenças sobre contágio opera realmente para justificar uma questão moral ou religiosa.

Muitos operadores se queixam do desconhecimento da sociedade acerca da atividade que desempenham e alegam que quanto mais as pessoas desconhecem o trabalho mais preconceitos elas têm. Essa questão também foi apontada por funcionários de outros IMLs, como podemos verificar em Minayo et al. (2003, pág. 179):

*Os depoimentos dos profissionais do Instituto Médico Legal (IML) se destacam pelo fato de conformarem um grupo que, de forma mais homogênea, levanta a discussão sobre as imagens de desconforto que o Instituto provoca. Segundo os entrevistados, por ser associado à necropsia, um local 'feio que incomoda', relacionado a cadáver, 'a pessoa já tem uma certa ojeriza em relação ao IML, vendo-o como um espaço nojento que só fica fedendo' (Téc.), ou que expressa pavor.*

Os operadores entrevistados no trabalho de campo – e pelo que acabamos de constatar, os abordados na pesquisa de Minayo et al (2003) - julgam que o conhecimento do seu trabalho acarretaria uma desmistificação, uma objetivação e racionalização da morte. E desta forma o medo que as pessoas têm da função que eles desenvolvem também desapareceria. Julgam que quanto mais afastadas as pessoas estão das questões científicas mais questões morais e religiosas aparecem nas suas crenças. “As pessoas se surpreendem com a profissão e perguntam: ‘nossa, como você pode fazer isso?’ Mas se você fala que estuda o corpo, procura um diagnóstico, leva para o lado científico, a impressão torna-se favorável”.

Na opinião desses operadores, “o que favorece a relação com as pessoas é quando elas tomam conhecimento do que realmente é o IML e o desmistificam, levando para o lado da medicina” (auxiliar de necropsia). Mas também já verificamos que quando a questão é a morte, as noções morais sobre impureza, poluição e contágio, ainda persistem, apesar do avançar de uma racionalidade. Tornam-se possivelmente mais veladas, aparecem em forma de chistes, mas a psicanálise já nos elucidou acerca da importância e da função que os chistes têm, não são meras brincadeiras, ironias ou trocadilhos (Freud, [1905] 1988).

Há um ano e meio atrás, quando ministrei as aulas na Escola Superior de Polícia Civil do Paraná, para os auxiliares de necropsia<sup>37</sup>, passei uma fita de vídeo que falava do preconceito social sofrido pelas pessoas que trabalhavam com cadáveres, desde os intocáveis até os legistas particulares<sup>38</sup> dos Estados Unidos. A comparação entre dois mundos tão distintos (Índia e EUA), no entanto, foi inevitável. O documentário mostrava como os filhos dos médicos legistas americanos sofriam intensa exclusão na escola em função da profissão do pai, mesmo gozando de uma situação financeira bastante confortável. No fundo eram

---

<sup>37</sup> Os auxiliares de necropsia fazem parte da categoria policial civil, no entanto, não podem portar arma.

<sup>38</sup> Nos EUA é permitida a existência de legistas particulares contratados pelas famílias das vítimas, no Brasil, apenas legistas do Estado estão habilitados a emitirem laudos e outros documentos legais.

muito semelhantes aos intocáveis, mas obviamente tinham a seu favor uma sociedade menos rígida na qual os conceitos religiosos têm um alcance bem mais limitado. Mas não se podia negar: o medo do contágio estava presente.

Diante do documentário, a primeira reação dos auxiliares de necropsia foi negar que ocorria o mesmo com eles, mas no decorrer das aulas foram se sentindo mais à vontade para falar sobre como percebiam a relação das pessoas com o trabalho que eles executam. Nas entrevistas com os auxiliares no IML apareceu conteúdo bastante semelhante.

Muitos dizem que sentem cotidianamente a questão do contágio e a grande maioria diz que os familiares não sabem exatamente a função que desenvolvem no IML. Muitos dizem que trabalham na parte administrativa, com papéis.

*Uma grande gama de pessoas com quem convivo, sabe minha profissão, mas não sabe realmente das minhas atribuições. E as que sabem, sabem com restrições. Quando digo que sou auxiliar de necropsia, o que é raro, terei uma possibilidade de bloqueio nas minhas relações inter-pessoais (auxiliar de necropsia).*

Isso, de certa forma, demonstra que mesmo eles, que trabalham com isso todos os dias, apresentam dificuldade para tratar do tema com naturalidade, preferem mentir porque sabem que falar da profissão acarreta medo e afastamento das pessoas. Uma auxiliar de necropsia disse que perdeu seu melhor amigo por causa da profissão. Segundo ela, quando ele soube qual seria sua função ao passar no concurso da polícia civil, passou a evitá-la e, depois de um tempo, quando ela perguntou a ele o que estava acontecendo, ele disse: “desculpe-me, mas não consigo lidar com essa situação, não consigo ficar perto de você sem pensar que você abre corpos todos os dias, é demais para mim”.

Um auxiliar de necropsia diz que sente o mal-estar das pessoas através das brincadeiras que são constantes:

*Algumas pessoas tiram sarro, principalmente se faço um churrasco. Perguntam de onde é a carne e me chamam de açougueiro. Poucas pessoas tratam com naturalidade e até pedem para conhecer meu trabalho, mas a grande maioria fica com nojo e, embora, muitas vezes, tentem disfarçar com alguma brincadeira – como perguntando se lavei a mão – no fundo você sabe que têm nojo mesmo. (...) O medo e o nojo bloqueiam as relações.*

Minayo et al (2003) também relata essa noção de contágio quando os operadores estão em contato com a comida. Um dos operadores entrevistados para a pesquisa do livro diz: “qualquer pessoa, se souber que eu trabalho no IML, não come nem a pizza que eu faço. Me chamam de papa-defunto” (Tec.) (pág. 179)

Um auxiliar do IML daqui diz que as superstições com relação à morte dificultam a aproximação das pessoas, elas acham que o lugar onde ele trabalha pode ser amaldiçoado, ter espíritos que não conseguiram deixar esse mundo porque tiveram mortes muito feias, violentas.

Um dos auxiliares disse que o fato de trabalhar com necropsia abre, muitas vezes, a possibilidade de se comunicar com outras pessoas porque ao saber o que ele faz ficam imensamente curiosas.

*Quando revelo a profissão às pessoas, na maior parte das vezes, mostram-se interessadas nos detalhes do exame e começam o bombardeio de perguntas, mas em contrapartida, depois de respondidas as perguntas, existe sempre a mesma questão: ‘mas como você tem coragem?’ Acabam achando que você é um anormal.*

Outro auxiliar diz:

*O temor é a principal reação das pessoas quanto à morte e às pessoas que lidam com ela. Os profissionais que lidam com os já mortos – legistas, necropsistas, agentes funerários, coveiros – sempre serão vistos como seres diferentes. Todo mundo é programado para temer a morte, na igreja, na família (...) Diante da morte as pessoas têm medo e fé porque é o desconhecido. Como da morte só se tem certeza de que chegou ao fim da existência material, então os necropsistas fazem parte da contaminação e do sadismo das pessoas (...).*

Os depoimentos acerca de como são socialmente vítimas da noção de poluição aparecem em todos os entrevistados. Mas não percebem como o próprio discurso deles é permeado por crenças igualmente poluidoras. Um deles diz: “A maioria das pessoas visualiza tal profissão com exacerbada repulsa. (...) Como se não bastasse, muitos ainda consideram um local como o IML, por exemplo, como sendo gerador de vírus, bactérias e infecções eminentes”.

Ou seja, o que esse auxiliar aponta é que de alguma forma ele é totalmente identificado com o ambiente no qual trabalha e com o objeto com o qual trabalha. Sente-se provavelmente incomodado quando as pessoas o acham repulsivo por

trabalhar com cadáveres, mas não se dá conta do quanto a noção de contágio é forte também para eles, na medida em que precisam tomar um banho sempre que deixam o IML, na medida em que acham necessário adotar roupas específicas para o trabalho. Deslocam grande parte do medo que têm do contágio para o cuidado com medidas profiláticas.

Com os médicos legistas e odontologistas forenses o preconceito da sociedade parece ser menor ou mais velado. Os familiares sabem o que eles fazem, até porque ser médico é ainda hoje símbolo de *status*. Parece que a noção de contágio aumenta ou diminui conforme o recorte social que fazemos. Por exemplo, auxiliares de necropsia, zeladores do IML, coveiros, agentes funerários aparecem como muito mais contaminadores do que os médicos legistas ou odontologistas forenses. Iremos explorar um pouco mais essa questão mais adiante. Mas já podemos pensar que, muito possivelmente, as representações sobre o contágio moral acabam se somando a outros preconceitos como classe social, cor da pele, etc, categorias que por si só já são fatores de exclusão e contaminação, como já apontamos em Corbin (1987).

A lógica do contágio e a hierarquia dada pela posse de capitais, sejam eles culturais, econômicos ou sociais, expressam-se não só nos cargos ocupados e na forma como os operadores da morte são alvos de um contágio moral, mas expressam-se também na arquitetura do prédio, pois como atenta Elias (1987, pág. 20),

*A todas as reuniões de seres humanos corresponde uma certa organização do espaço que lhes permite organizarem-se na totalidade ou por unidades parcelares. Por este motivo, o reflexo de uma sociedade no espaço, o tipo de organização espacial que adota, representa de uma maneira concreta, no sentido mais rigoroso do termo, as suas características particulares.*

Veremos no próximo capítulo como isso acontece no Instituto Médico Legal de Curitiba.

#### **4. REPRESENTAÇÕES SOBRE O CONTÁGIO E A HIERARQUIA NO IML DE CURITIBA E SUAS RELAÇÕES COM A ARQUITETURA DO PRÉDIO.**

Ao adentrarmos os muros do Instituto Médico Legal de Curitiba, não só no sentido físico, mas principalmente no sentido simbólico, percebemos que parece existir uma relação entre a disposição do prédio e as estruturas de pensamento dos indivíduos que fazem parte de sua história.

Autores importantes como Elias (1987), Bourdieu (2002) e Panofski (1991) atentaram para a relação existente entre estruturas espaciais, arquitetônicas e formas de pensar. As estruturas arquitetônicas certamente não são meras transposições mecânicas de formas de pensamento, como bem atentou Panofski (1991). No entanto, não se pode deixar de perceber que existe uma relação entre pensar e construir a qual distribui, num determinado espaço, concepções acerca de adequação que não se pode entender como aleatórias.

Como apontei no capítulo anterior, é possível perceber de que forma as relações hierárquicas e a lógica do contágio estão impressas no prédio de Instituto Médico Legal de Curitiba, através da distribuição dos andares, em função do tipo de trabalho que se executa e das ocupações consideradas mais importantes na nossa sociedade. O pensamento médico-legal produz um tipo específico de construção que materializa as noções higienistas, de contágio, apontadas no capítulo anterior. Silva (2001), ao estudar a arquitetura de hospitais, aponta que os hospitais da modernidade são construídos segundo dois critérios principais: hierarquia técnica e administrativa e a preocupação com a assepsia, preocupação esta que separa os doentes dos sãos. Penso que é possível transportar esse modelo arquitetônico hospitalar para o IML, pois sendo o IML um local de práticas majoritariamente médicas, não é impossível pensar que, também ele, tenha sido *geograficamente* planejado considerando os dois critérios acima citados.

Mas antes de aprofundar um pouco mais esta questão, poderemos delinearla através da história da instituição ao longo dos seus 107 anos.

##### **4.1. O IML de Curitiba: notas sobre sua história**

Segundo um livro de uma historiadora nativa sobre os cem anos de história do IML de Curitiba, da perita Olga Singer Guchtain (2000), a especialidade de medicina legal já existia no Paraná antes de ser fundada a Universidade Federal em

1912. O legista era denominado médico da polícia e já havia 20 anos que era chamado aos tribunais para esclarecer questões penais e civis. Os juristas requisitavam exames médico-legais quando julgavam necessário e, em função das constantes demandas, o Governo do Estado formalizou a função de Médico Legista com atribuições de legista, em 21 de maio de 1892.

O primeiro livro de laudos foi aberto em 1899, quando iniciou-se o registro sistemático dos exames médico-legais. Os exames eram feitos no então Gabinete Médico Legal pelo Prof. Victor Ferreira do Amaral e Silva. O primeiro exame forense oficialmente registrado no livro foi de corpo e delito, no dia 5 de setembro de 1899 e os primeiros legistas do Paraná foram Victor Ferreira e Antônio Rodolpho Pereira Lemos.

O atual prédio do IML localiza-se na Av. Visconde de Guarapuava, nº 2652, e lá está desde fevereiro de 1975. O edifício do IML fica atrás do Instituto de Criminalística e é composto de três andares: subsolo, térreo e andar superior.

A antiga sede do IML era num velho casarão da Rua Marechal Floriano Peixoto, anteriormente casa de uma ilustre família paranaense. O Casarão abrigava o Instituto Médico Legal, o Instituto de Identificação e Instituto de Polícia Técnica (atual Instituto de Criminalística) os quais eram subordinados, assim como a Polícia Civil, à Secretaria de Negócios do Interior da Justiça.

Em 1936 foi realizada a primeira aula dada do Instituto Médico Legal, para o curso de palestras instituído pelo laboratório pericial para seus funcionários. O laboratório de toxicologia foi criado em 1940, mas a aparelhagem era incipiente e havia falta de recursos técnicos e humanos.

O primeiro exame de investigação de paternidade foi realizado em 1943, por Alô Ticoulat Guimarães. O exame foi realizado considerando apenas os caracteres físicos dos envolvidos. Isso, mais uma vez, aponta para a legitimidade que a Medicina Legal tem de dar credibilidade ao que atesta, mesmo que não haja qualquer procedimento empírico envolvido. A primeira investigação de paternidade através do exame pericial dos grupos sanguíneos ocorreu em 1944, e foi realizado por Ernani Simas Alves.

A partir de 1950, algumas reformas começaram a ser realizadas no prédio do IML, então sob a direção de Ernani Simas Alves, que constatou insuficiência das instalações. Assim, o IML foi mudado para a parte térrea do prédio onde ficava o

Instituto de Identificação. Foi nessa época também que o IML de Curitiba recebeu as primeiras câmaras frigoríficas para conservação de cadáveres.

Juntamente com as reformas veio a criação do Serviço de Verificação de Óbitos e a melhoria dos equipamentos dos laboratórios periciais, bem como a contratação de novos técnicos.

De acordo Guchtain (2000), até meados do século passado, o necrotério, onde são realizadas as necropsias, era bastante precário e dotado de poucas salas. No entanto, pode-se claramente verificar, quando entramos na instituição, que a precariedade do necrotério não foi solucionada até hoje, mesmo com as reformas realizadas.

Segundo Guchtain (2000), durante muito tempo “afirmava-se que seria construído um prédio destinado ao Instituto Médico Legal, que atendesse às exigências de serviço e estivesse à altura do progresso e do crescimento da população do Paraná” (pág. 9). A edificação seria baseada nos melhores Institutos Médicos Legais da Europa e dos Estados Unidos. Mas foi apenas em 1973 que o IML de Curitiba pôde contar com sua nova sede. A construção deveria atender aos requisitos técnicos “indispensáveis à boa execução das perícias médico-legais” (pág. 9).

Guchtain (2000) aponta que o prédio foi projetado prevendo instalações para os laboratórios de Anatomia Patológica, de Química Legal e de Toxicologia, sala de raio X, anfiteatro, necrotério, etc. Foram instaladas 69 câmaras frigoríficas no necrotério. A autora diz que “o Instituto Médico Legal se tornou um órgão de referência científica e cultural para o Brasil, por sua estrutura e pessoal capacitado”, pois juntamente com as novas instalações concursos públicos foram realizados para contratação de pessoal especializado (pág. 9).

Mas, ao que tudo indica, a época de ouro do IML de Curitiba já passou. Atualmente ainda se usa serrote para serrar a caixa craniana dos corpos necropsiados. Serras elétricas não fazem parte dos equipamentos adotados pelos legistas do IML de Curitiba<sup>39</sup>. De acordo com Aldé (2003), os IMLs, outrora serviços

---

<sup>39</sup> Muito possivelmente parte do descaso com o investimento em melhores materiais para realização das necropsias, deve-se ao fato de que os médicos legistas, cuja posição sócio-cultural é bastante respeitada dentro da instituição, não chegam a tocar os corpos, não põem a “mão na massa”, como dizem os auxiliares, apenas conduzem os auxiliares de necropsia na sua função. O trabalho do médico legista no IML de Curitiba acaba ficando restrito à verbalização do seu conhecimento. Quem realiza de fato a necropsia são os auxiliares. Um dos auxiliares de necropsia entrevistados disse que o que os distingue dos médicos legistas é o diploma não o conhecimento, pois a realização diária de

de referência para o país e um marco na prática e ensino da medicina legal, hoje apresentam vazamentos, entupimentos, além de inúmeros problemas funcionais. De modo geral, os prédios do IML têm pelo menos 50 anos, o de Curitiba, que tem 32 anos, é uma exceção.

Mas, embora existam outros prédios mais antigos, as instalações e equipamentos são praticamente os mesmos da década de 70, poucos recursos inovadores foram adquiridos. De acordo com um toxicologista por nós entrevistado, há uma imensa dificuldade em identificar substâncias, pois os reagentes são quase todos importados dos EUA e são bastante caros. Dessa forma, vários tipos de venenos ou drogas mais raras não são identificados pelos peritos. O que vemos são instalações antigas, escuras, úmidas, aparelhos desgastados pelo tempo e falta de recursos para pesquisas. Acerca disso, Minayo et al (2003, pág. 122-123) diz:

*No caso do Instituto Médico Legal (IML), por exemplo, as geladeiras antigas não dão conta da refrigeração adequada dos corpos, tornando o setor, já insalubre pela natureza da atividade, ainda mais insalubre. Os equipamentos de proteção também são considerados pelos profissionais como escassos e inadequados. O estado do material para segurança biológica ganha, na avaliação, a baixíssima nota 2,3, por parte dos profissionais da polícia técnica. (...) freqüentemente faltam produtos básicos de proteção, como: luvas, máscaras e protetores de ouvido (alguns profissionais chegam a recorrer a chumaços de algodão”.*

Os médicos legistas entrevistados para a pesquisa disseram que um fator altamente desanimador de se trabalhar com essa profissão é a falta de recursos e tempo para fazer pesquisas. Sentem que a instituição está a “anos luz” do ideal de um Instituto Médico Legal de ponta, com tecnologia e pessoal adequados. Minayo et al (2003) comprova as mesmas queixas no depoimento de um dos funcionários entrevistados para a pesquisa (embora seja referente à realidade do Rio de Janeiro, nossa pesquisa de campo encontrou a mesma realidade na capital paranaense).

*(...) Não é feita uma necropsia como deveria ser feita, primeiro que não há tempo, porque aquilo ali é um acúmulo de corpos. (...) Então a gente deixa de desenvolver a metodologia por conta do trabalho mesmo, da rotina do trabalho, que a gente tem que dar*

---

necropsias os ensinou muito mais que qualquer universidade. No entanto, quem assina o laudo é o médico, que detém o diploma.

*conta da rotina e deixar de desenvolver a metodologia, de estudar para melhorar o nível das nossas análises (Técnico do IML apud Minayo et al, pág.119).*

De modo geral, os médicos legistas trabalham em outros lugares além do IML e as necropsias são sempre realizadas a partir das 14h. Pela manhã nunca encontramos legistas no prédio, salvo exceções em acidentes com muitos envolvidos e/ou de grande repercussão na mídia, como foi o caso do político José Carlos Martinez, morto em um acidente aéreo em 4 de outubro de 2003. Esse episódio agitou o IML e mobilizou grande parte dos profissionais da instituição. Mas a rotina diária é marcada pela morosidade. Inúmeras vezes, durante trabalho de campo no necrotério, percebemos que há dificuldades para encontrar os legistas responsáveis pelo plantão. Embora precisem fazer o horário de trabalho para o qual foram contratados, na prática, o que ocorre é que os legistas pedem para serem avisados caso chegue algum corpo, do contrário, podem não aparecer por lá. Mas há certa dificuldade em encontrá-los, pois muitas vezes não atendem celulares e não são encontrados onde avisaram que estariam, atrasando ainda mais as necropsias. Uma autoridade do IML declarou que são poucos os legistas que realmente priorizam e se envolvem com o trabalho. Segundo o entrevistado, as funções acumuladas por causa dos cargos ocupados acabam se sobrepondo e levando os legistas a priorizarem uma delas, que raramente é a de legista do IML.

Além disso, de acordo com alguns profissionais ouvidos para a pesquisa, prédios antigos, úmidos, equipamentos ultrapassados, falta de pessoal especializado e materiais adequados acabam acarretando um afastamento inevitável dos embates científicos e, conseqüentemente, um recrudescimento da instituição e um fechamento cada vez maior. Passa a faltar à instituição arejamento, “oxigenação” de seus integrantes, saberes e discursos. Quando isso acontece, temos como um dos possíveis resultados a abertura de espaços para crenças místicas e do senso comum, como vimos no primeiro capítulo.

A tênue separação entre um *locus* de ciência e um abrigo para o sobrenatural faz parte do cotidiano dos próprios funcionários, sendo estes burocratas ou até mesmo cientistas. E ao que tudo indica, essa parece ser uma característica de outros IMLs também. De acordo com Minayo et al (2003, pág. 224), “(...) no trabalho de campo, pudemos observar que em todas as unidades, e mesmo nas salas de chefias, especialmente no setor operacional, é comum a

presença de amuletos, plantas consideradas de ‘proteção’, imagens de santos e objetos religiosos em geral.” No IML daqui é fácil verificar que ciência e religião se misturam. Nos laboratórios de perícia podemos encontrar imagens de santos e frases cristãs que evocam proteção.

Ao percorrer a instituição, desgastada pelo tempo e pela falta de reparos, entendemos porque é difícil enxergá-la como um lugar de ciência forense, pois poderia, tranqüilamente, ser cenário de um desses filmes baratos de terror, no qual se combina umidade, pouca iluminação e clareza e pouco investimento em tecnologia, principalmente no necrotério.

É inevitável não observar como as representações da instituição têm influenciado na sua arquitetura. Sabemos que projetos arquitetônicos são sempre submetidos às necessidades dos que vão utilizá-lo. Assim, podemos dizer que o Instituto Médico Legal foi construído – bem como as pouquíssimas reformas realizadas ao longo dessas três décadas – a partir de uma lógica, que é a lógica da medicina legal. Ou seja, embora os arquitetos responsáveis pela obra não estivessem submetidos ao sistema de pensamento médico legal na sua formação – como foram influenciados os arquitetos góticos pelo pensamento escolástico, por exemplo (Panofski, 1991) – foram totalmente influenciados pelas demandas da instituição e dos profissionais que lá atuam.

Dessa forma, é possível afirmar que o prédio onde se localiza o Instituto Médico Legal, feito para desempenhar funções relativas a tal órgão, obedece a uma lógica baseada no pensamento médico legal, considerando sua hierarquia e as representações sobre o contágio, como já citado anteriormente. Nas paredes da instituição não encontramos apenas concreto, encontramos também, impressas na forma como se ergueram essas paredes, manifestações simbólicas das atribuições de tal instituição e dos funcionários que nela trabalham.

O IML, como já mencionamos, possui cinco setores: administração, necrotério, clínicas, laboratórios e interior do Estado (que não abordaremos). Esses cinco setores estão distribuídos por três andares: subsolo, térreo e andar superior.

#### **4.2. O Subsolo e os mortos**

O subsolo é composto do necrotério, onde são realizadas as autópsias de mortes violentas, mortes com antecedentes patológicos (ou mortes naturais) e

exumações de cadáveres. As autópsias compreendem também a realização de exames complementares anatomopatológicos e identificação do cadáver.

O necrotério tem uma recepção, onde é dada a entrada dos corpos, uma sala de necropsia, uma sala de raio X, que fica ao lado da sala de plantão da odontologia, uma pequena sala para reconhecimento dos corpos, uma sala de necropsia utilizada apenas para cadáveres putrefeitos, a sala das câmaras frigoríficas, um crematório e uma lavanderia. Lá trabalham médicos legistas, responsáveis pela realização de autópsias em vítimas de mortes natural e violenta, odontologistas forenses, que realizam identificação odontolegal de putrefeitos e de carbonizados, antropologistas forenses, responsáveis pela identificação de ossadas, os auxiliares de necropsia, que como o próprio nome já diz, auxiliam os legistas na realização das autópsias. Há também zeladores, responsáveis pela limpeza do lugar, motoristas dos camburões, que realizam o transporte dos corpos para o IML e os papiloscopistas, policiais civis responsáveis por colher impressões digitais dos cadáveres.

É no subsolo também que podemos encontrar a sala para realização de dosagem alcoólica, o museu do IML e o alojamento dos auxiliares de necropsia e zeladores. Os auxiliares de necropsia trabalham em regime de 24 x 72 horas (trabalham 24 horas e folgam 72 horas) e utilizam o alojamento para repousos durante o plantão e para o banho, na saída do trabalho.

Até o ano de 2004 havia, também no subsolo, o serviço social que atendia e encaminhava as pessoas cujos parentes estavam aguardando para serem necropsiados. No entanto, antes de terminar o ano, a assistente social foi demitida e o serviço fechado. Esse cargo, assim como a grande maioria dos cargos do IML, é cargo de confiança e não há obrigatoriedade de manutenção de tal cargo<sup>40</sup>.

O museu do IML mereceria uma etnografia à parte se tivéssemos mais tempo, pois ele materializa tanto o atraso tecnológico quanto a mescla de temas sobrenaturais com temas científicos. O museu, que inicialmente fora construído com objetivo pedagógico para os alunos de medicina, pois não é aberto à visitação pública – inclusive é trancado e se quisermos fazer uma visita temos que agendar com o funcionário encarregado - repousa atualmente no úmido subsolo, como uma

---

<sup>40</sup> Havia também uma psicóloga institucional que fora demitida pouco antes da assistente social e também não houve reposição do cargo. Mas a psicóloga ficava no Recursos Humanos, no andar térreo.

feira de curiosidades macabras, mas, que para olhos mais atentos, contam um pouco da história da medicina legal. O funcionário encarregado de cuidar do museu é uma espécie de “faz-tudo”. Os legistas não vêem no museu um lugar relevante dentro da instituição. Outrora o museu era térreo, mas na última reforma foi transferido para o subsolo. Nas designações hierárquicas e pelo descaso que sofre dos legistas, podemos sugerir que o museu foi simbólica e geograficamente rebaixado. Está lá, abandonado, juntando teias de aranha e talvez à espera de alguns parques estudantes curiosos como nossa equipe. O funcionário que guiou nossa breve excursão estava empolgado com a possibilidade de mostrar sua “obra” e evidentemente sentia-se o orgulhoso. Mas também não deixou de reclamar do descaso e da falta de materiais para conservação adequada das peças.

Além de corpos embalsamados<sup>41</sup>, encontramos fetos conservados em formol, animais como cobras e aranhas, também conservadas no formol ou empalhados, um corpo de um homem de baixa estatura empalhado que levou uma machadada na cabeça.

Mas a seção mais interessante é destinada às doenças psiquiátricas. Há uma coleção de calcinhas femininas num mural intitulado “feiticismo”<sup>42</sup>, que, de acordo com o funcionário do museu, pertencia a um famoso “tarado” da cidade. Há também um pênis que, de acordo com o funcionário, era de um travesti, e um intestino repleto de cabelos, que o funcionário nos disse ser de uma garotinha que tinha a mania de arrancar e comer cabelos<sup>43</sup>. Perguntei ao funcionário de que forma eles selecionavam o que ia para o museu e ele disse que eram coisas que consideravam curiosas.

Para cada peça do museu há uma história acompanhando que, obviamente, nos questionamos sobre o grau de veracidade. Para o cadáver empalhado com a machadada na cabeça, o funcionário nos contou que o homem era um cearense que vivia arrumando briga com os outros, “era um cara invocado”,

---

<sup>41</sup> A técnica de embalsamar usada no IML foi criada por um antigo médico legista da PUC-PR. Antes de o médico deixar o IML, ele passou a técnica para um antigo funcionário do IML, que até hoje é responsável pela organização e preservação do museu.

<sup>42</sup> Feiticismo é uma palavra sinônima a fetichismo e significa: 1. culto de objetos que se supõe representarem entidades espirituais e possuírem poderes de magia, 2. admiração exagerada, irrestrita, incondicional por uma pessoa ou coisa, veneração, 2.1. desvio do interesse sexual para algumas partes do corpo do parceiro, para alguma função fisiológica ou para peças do vestuário, adorno, etc... (Houaiss, 2001). No português de Portugal empregam usualmente a forma feiticismo.

<sup>43</sup> O nome científico de tal doença é tricotilomania.

disse o funcionário, e “um dia achou o dele. Envolveu-se numa briga com uma cara mais forte e levou uma foçada na cabeça”.

Perguntamos a ele como ele sabia de todas aquelas histórias e ele nos respondeu que sempre as havia ouvido, que haviam sido passadas a ele. Claramente, temos aqui uma forma de transmissão bastante tradicional que, muito possivelmente, acaba agregando idéias e valores do próprio funcionário.

Longe de ser um local usado pelos alunos de medicina ou até mesmo pelos cientistas forenses para aprimorarem seus conhecimentos, o museu nos indica, mais uma vez, um afastamento da ciência. Pesquisas no museu apenas se forem de ordem histórica ou etnográfica, como a realizada por nós.

Mas o mais importante aqui é entendermos a relação que existe entre a *geografia* do prédio e as representações simbólicas da instituição. No subsolo, estão as pessoas hierarquicamente menos importantes para a instituição. Embora circulem por lá médicos, dentistas e antropólogos, é fácil verificar, depois de várias observações, que lá não é o lugar de origem desses profissionais. Eles apenas passam por lá, assim como os auxiliares de necropsia, zeladores e motoristas passam pelos outros andares. Mas o lugar deles é o subsolo<sup>44</sup>. Os demais profissionais ficam mais freqüentemente no andar térreo, numa sala ao lado do recursos humanos, e *descem* ao necrotério para realizar suas autopsias, mas de lá saem logo após terminá-las. Já os auxiliares de necropsia, zeladores e motoristas permanecem no subsolo. Lá tomam seu café, muitos almoçam, dormem durante os plantões, tomam banho e é lá que fazem amigos de trabalho.

Há uma clara distinção e barreira entre legistas e odontologistas forense. Estes e os demais funcionários do necrotério estão separados não só pelo nível sócio-econômico, mas estão também separados por uma *geografia* que reforça essa distinção, estão no andar “inferior”. Elias (1987, pág. 33) nos lembra que “às diferentes funções sociais correspondem as diferentes soluções arquitetônicas...”.

Além dessa questão hierárquica, estão presentes simbologias relativas à morte e ao contágio. Nas representações populares acerca dos mortos, salvo em algumas culturas onde são cremados, eles habitam simbólica e fisicamente um “mundo” abaixo dos vivos. Eles são sepultados e, a partir disso, surgem expressões

---

<sup>44</sup> Bem como o interior da casa berbere que é um reduto feminino, assim como seu exterior é masculino. Os homens transitam pelo interior da casa e as mulheres pelo exterior, mas se sabe tradicionalmente qual é o lugar de cada um. (Bourdieu, 2002)

como “caminhar sobre os mortos”. Essa oposição em cima - embaixo, que aqui nos remete a vivos e mortos, esses pares de opostos, como diria Douglas (1976), marca a linha que nos separa dos mortos, garantindo simbolicamente que estamos vivos.

As oposições geográficas também são enfatizadas por Bourdieu (2002) quando este discorre sobre a casa berbere. O autor atenta para o fato de que essas oposições não são meras questões técnicas como poderíamos pensar e como vários dos entrevistados pensam ao serem perguntados sobre o lugar onde foram construídos os ambientes do IML.

Quando perguntei a um médico legista porque o necrotério ficava no subsolo ele respondeu como se fosse óbvio e com uma convicção convincente. Ele disse que o subsolo era o lugar mais apropriado para ficar o necrotério, pois facilitava a chegada dos corpos, que entram por uma rampa de acesso.

Além disso, as substâncias que se desprendem dos corpos, como sangue e outros fluidos corporais ficam restritas aquele ambiente. De acordo com ele, se fosse no último andar, dificultaria imensamente o transporte dos corpos, além da falta de higiene, pois poderiam pingar fluidos corporais nos outros andares em função do transporte.

Um outro fator citado por ele é a facilidade de higienização do necrotério por ficar no subsolo. Podem utilizar mangueiras para lavar o local e o escoamento fica infinitamente mais fácil. No entanto, é importante lembrar que inúmeros centros cirúrgicos ficam nos andares mais altos dos hospitais e os fluidos corporais que saem em uma operação, principalmente sangue, são muitas vezes abundantes. Por que então não seria essa uma preocupação nos hospitais?<sup>45</sup> E se a questão é higiene, é fácil verificar que os centros cirúrgicos são muito mais “higienizados” que o necrotério do IML. Há ainda o fator citado por Minayo et al. (2003), que menciona que os IMLs convivem hoje com vazamentos, entupimentos e toda sorte de problemas funcionais.

*A precariedade das instalações hidráulicas provoca, por exemplo, inúmeros vazamentos e até mesmo “enchentes” no setor de*

---

<sup>45</sup> Seguindo a lógica hierárquica, nos hospitais, como aponta Silva (2001), a hierarquia médica comumente estabelece a arquitetura. Os centros cirúrgicos acabam se fixando nos andares mais altos, pois abrigam médicos de grande destaque social. A lógica do contágio e assepsia se dá de forma mais horizontalizada, submetida à questão hierárquica. Já no IML, parece ter se realizado um arranjo bastante engenhoso, que coloca ao mesmo tempo, hierarquia e contaminação no mesmo patamar. No subsolo encontram-se, ao mesmo tempo, os hierarquicamente inferiores e os maiores focos de medo e contaminação.

*necropsia, que funciona no térreo, piorando consideravelmente as condições de trabalho dos que lá exercem suas atividades. Quando isso acontece, num cenário dantesco, a água que vaza dos canos mistura-se ao sangue dos cadáveres e outras secreções. Não raro, os bueiros do pátio interno regurgitam o esgoto, tornando insuportáveis o cheiro e o ambiente (Minayo et al, 2003, pág.125).*

Então podemos nos perguntar: por que insistem em construir os necrotérios dos IMLs nos andares mais baixos dos prédios? Porque, muito provavelmente, a “escolha” dos lugares não seja meramente técnica. De acordo com Bourdieu (2002), o espaço geográfico e o espaço social, bem como a organização de um lugar, articulam não só uma necessidade técnica, mas também uma necessidade simbólica. Essa *geografia* simbólica parece fazer parte da instituição IML.

O IML, de modo geral, é pouco iluminado e pouco ventilado, fato que nos causa certa estranheza. Há poucas janelas e no subsolo, obviamente, não há nenhuma. É no necrotério onde há mais umidade e menos luz. Não há nenhuma luz natural, exceto na recepção, que tem um balcão aberto para o público por onde entra a luz do dia. Penso que há uma relação entre a umidade e a pouca luminosidade com a morte<sup>46</sup>. O lugar do morto é a sepultura, escura, úmida, assim como o necrotério.

#### **4.3. O Térreo: “os vivos caminham sobre os mortos”**

É no andar térreo que vemos circular uma grande quantidade de pessoas, pois nesse andar, além da clínica médica, estão todos os serviços administrativos prestados pelo IML.

Ao entramos no térreo vemos logo, à nossa esquerda, a biblioteca, que está a pouco tempo nesse local. Antes ficava mais aos fundos do andar. A biblioteca, assim como o museu, tem tido pouca utilidade. Também não é aberta ao público e apenas alunos de medicina e funcionários do IML têm acesso a ela, pois ela é trancada e sua chave fica aos cuidados da secretária da diretoria. A biblioteca é bastante pequena e com poucos exemplares de livros. Os livros que lá estão, são antigos e a instituição não tem investido na compra de exemplares novos. Os

---

<sup>46</sup> Bourdieu (2003) também observa uma relação semelhante na sua etnografia sobre a *maison kabile*. “O laço entre a parte escura da casa e a morte revela-se ainda no fato de ser à entrada do estábulo que se procede à lavagem do morto”. Mais abaixo, na nota de rodapé o autor menciona que “os cantos fúnebres representam a sepultura, ‘a casa debaixo da terra’, como uma casa invertida (branco/escuro, alto/baixo (...))” (pág. 40). A parte escura é o lugar da morte na *maison kabile*.

alunos do curso de medicina preferem usar os livros da biblioteca de suas faculdades, que são mais novos e atualizados, embora a medicina legal no Brasil seja uma área de tradição, na qual muitos dos livros utilizados são ainda do início do século passado. Na descrição das atividades de cada setor obtida no RH, a biblioteca tem a seguinte observação: “atualmente acha-se desativada, não tendo, portanto, funcionários responsáveis pelo setor”.

À direita, está o Protocolo, cuja principal atividade é atendimento ao público, distribuindo os pacientes aos diversos setores para a realização das perícias. O setor de Protocolo também é responsável pela emissão de laudos antigos, arquivamento e entrega de resultados de exames já realizados.

Em frente ao Protocolo encontra-se o Registro, responsável por realizar o registro das queixas de agressão e estupro e encaminhar para a clínica onde um médico e um odonto-legista, se necessário, realizarão o exame de corpo e delito (os médicos e odonto-legistas que atendem na clínica não são os mesmos que realizam as necropsias).

São, ao todo, três consultórios para atendimento com uma recepção em frente, na qual as pessoas que serão examinadas ficam aguardando, na grande maioria das vezes, acompanhadas de familiares ou amigos. Até alguns anos atrás, havia estagiários de psicologia da UFPR que realizavam um projeto na instituição de atendimento clínico às vítimas de estupro e lesões corporais. Atualmente não há mais estagiários para auxiliar nesse serviço.

Ao lado da recepção encontra-se o Arquivo, que tem como atividades arquivar laudos provenientes dos setores do necrotério, toxicologia, da química, da anatomia patológica e da clínica médico legal. O Arquivo também é responsável por encaminhar tais laudos para os respectivos requisitantes.

Entre o Protocolo e o Arquivo há um corredor de acesso que leva à sala da Diretoria, ao Almoxarifado, à Divisão Administrativa, à Divisão Técnica do Interior, ao Recursos Humanos e à Digitação. Atualmente, onde era um depósito, fica uma parte do Arquivo, na qual são arquivados apenas os livros de necropsia que sobem do necrotério.

É por este andar que os cidadãos podem ter acesso ao IML de Curitiba. Percebemos, ao adentrar na instituição, que não há seguranças ou policiais barrando nossa entrada ou pedindo qualquer tipo de identificação. No entanto, ao mesmo tempo, percebemos olhos atentos acompanhando nossos passos nos mais

diversos setores, prontos para nos barrarem, caso atravessemos as “fronteiras do mundo dos vivos”.

Há uma dificuldade muito grande em decodificar os aspectos simbólicos da instituição. As pessoas olham com desconfiança e resistem enormemente em dar qualquer tipo de informação. Tudo passa pela diretoria. Se pedimos para xerocar um documento obtido em algum setor, dizem que precisam da autorização da diretoria. Se solicitamos o número de funcionários da instituição, dizem que precisam da autorização da diretoria, mesmo nossa equipe tendo sido formalmente apresentada pelos então diretores.

O nível de fechamento da instituição é bastante considerável. Exceção para os funcionários mais jovens e novos na instituição. Esses parecem menos receosos de falar sobre seu trabalho e claramente são mais acolhedores e menos desconfiados. Parece que a dinâmica da instituição vai pouco a pouco “engolindo” seus funcionários e sufocando suas relações com o mundo externo.

Sentimos que há medo por parte dos funcionários quando fazíamos menção em descer ou subir um andar. Temem que o subsolo seja invadido por indivíduos com algum tipo de “curiosidade mórbida”, como eles dizem. Não é tão incomum uma ou outra pessoa pedir para tirar fotos dos cadáveres. As histórias mais bizarras podem ser ouvidas. Certa vez estava terminando de anotar alguns dados no plantão do necrotério quando chegou um moço querendo saber sobre um corpo de um homem. Ele havia ficado sabendo que o corpo estava no IML. A funcionária do plantão perguntou então, se ele era parente e ele surpreendentemente respondeu que, na verdade, queria ver o corpo apenas para ter certeza de que ele havia morrido, pois ele odiava o sujeito e era bom demais para ser verdade ele estar morto. Precisava ver para crer.

Dessa forma, não sendo aluno de Medicina ou de Direito acompanhado do professor legista, é extremamente difícil assistir a uma necropsia<sup>47</sup>. Ao pedirmos à direção para assistirmos a algumas necropsias, fomos informados que poderíamos assistir a qualquer uma, desde que o legista encarregado autorizasse. Dos legistas que tentamos, apenas um autorizou, o mesmo que auxiliou nossa re-inserção após um tempo fora da instituição. Mesmo evocando a autorização da Direção, ainda

---

<sup>47</sup> Acompanhar algumas necropsias era importante para a equipe de pesquisadores para que pudéssemos “pinçar” elementos para melhor compreender como se dava a questão do contágio entre os operadores e como procediam em função da relação que estabeleciam com essa questão.

assim, muitos legistas sentiam-se incomodados com nossa presença. Quando perguntamos aos auxiliares de necropsia o porquê, eles responderam que os médicos eram assim mesmo, uns eram mais acessíveis que outros.

Os auxiliares de necropsia, um pouco mais acessíveis, temiam, imensamente, que nossa presença incomodasse algum legista, cuidando o tempo todo para que fossemos os mais discretos possíveis, fazendo com que tivéssemos a sensação de clandestinidade no lugar. As conversas entre os funcionários eram sempre cifradas na nossa presença, falavam baixinho ou vagamente, não completavam as frases. Para obtermos o máximo de informações, da forma mais natural possível, recorríamos à invisibilidade que fomos adquirindo ao longo do tempo, através da naturalização de nossa presença. Com o passar do tempo, ela foi se tornando menos ameaçadora e procurávamos falar pouco para não interferir na rotina estabelecida.

O temor de que atravessássemos as fronteiras do “mundo dos vivos” era ainda maior com relação ao andar de cima, o andar superior.

#### ***4.4. O Andar Superior: a sabedoria dos “deuses”***

O último andar do prédio onde fica o IML é destinado aos laboratórios periciais, à psiquiatria forense e ao anfiteatro. Os laboratórios são três: de Toxicologia, de Química Legal e de Anatomia Patológica. Todos são bastante similares e sua disposição no corredor, forma um triângulo, dois lado a lado e um em frente. São ambientes mais iluminados que o restante dos que compõem o andar.

Na sala da Psiquiatria não consegui entrar, pois precisava marcar hora com o psiquiatra forense encarregado e nunca consegui, mas a sala se localiza no outro extremo do corredor.

Entre os laboratórios e a sala da Psiquiatria encontra-se o anfiteatro, no qual acontecem as aulas de Medicina Legal. A sala é grande e mal iluminada e apresenta os resquícios de uma época de luxo e ostentação. O carpete gasto pelo tempo ainda recobre o piso do ambiente. As carteiras de madeira maciça estão dispostas em forma de meia lua, enfileiradas uma atrás da outra. No centro encontra-se a mesa do professor, uma bancada comprida que ocupa boa parte da sala, com um quadro negro logo atrás.

Acreditamos que o andar superior<sup>48</sup> não é assim considerado apenas por ser o último, acima dos outros. Acreditamos que para a instituição ele é real e simbolicamente considerado superior, acima dos outros não apenas geograficamente.

Para um observador atento, não deixa de chamar atenção que a organização espacial do local seja tão representativa das crenças e representações institucionais, do pensamento médico legal.

Vejamos alguns dos significados<sup>49</sup> da palavra “superior”: 1. situado mais alto ou acima de outro, 2. que excede os outros em dignidade, mérito, posição, qualidade, etc, 3. que ocupa lugar elevado numa escala natural ou artificial, 4. que tem jurisdição ou direção sobre outro, de maior graduação que outrem, 5. próprio das camadas mais altas da população, não vulgar, elevado, distinto, 6. que emana autoridade, 7. de nível universitário, 8. a parte que se situa mais ao norte, 9. mais próximo às cabeceiras, 10. que está mais próximo à cabeça, 11. que implica em ou que tem uma organização mais complexa, mais elaborada, etc... (Houaiss, 2001)

Parece ser possível afirmar, através da etnografia realizada, que as atribuições dadas no verbete à palavra *superior*, são bastante adequadas para qualificar o que representa, para tal instituição, o andar em questão.

O trabalho de campo indica que não é por acaso, embora muito provavelmente também não seja intencional, que o andar escolhido para os laboratórios, a psiquiatria forense e ao anfiteatro da disciplina de medicina legal seja, não menos que, o andar *superior*. Ou seja, parece haver na instituição um ajuste perfeito, que não é efeito de um cálculo racional, entre espaço concreto e espaço simbólico.

A psiquiatria forense é uma das clínicas existentes no IML e é responsável por executar perícias de natureza psiquiátricas solicitadas pelas autoridades policiais, exames psicopatológicos nos candidatos à carreira policial, bem como uma reavaliação desses policiais quando for necessária uma readaptação e integração social e funcional. Mais esporadicamente, realiza também exames para a Vara Civil em casos de comprovada justiça gratuita (Guchtain, 2000).

---

<sup>48</sup> O termo “andar superior” não é uma unanimidade entre os entrevistados, uns se referem ao terceiro andar, outros ao andar de cima. No entanto, pensamos que esse fato não compromete a possibilidade de estabelecermos conexões entre o termo “superior” e seus significados.

<sup>49</sup> O recurso ao dicionário não tem como objetivo definir sociologicamente o conceito da palavra *superior*, apenas buscou-se compreender de que forma tal palavra aparece através de uma classificação normatizadora da língua.

De acordo com Ballone (2005), a Perícia Psiquiátrica ou Exame Pericial Psiquiátrico é uma espécie de avaliação psiquiátrica com a finalidade de esclarecer e auxiliar a autoridade judiciária, policial, administrativa e, até mesmo, particular (não no caso do IML). Para a Justiça o Exame Pericial constitui um meio de prova. O trabalho pericial do psiquiatra forense é uma avaliação especializada e será solicitado pelo juiz em situações que escapam ao seu entendimento técnico-jurídico, com a finalidade última de esclarecer um fato de interesse da Justiça. Em tese, todo médico especializado em psiquiatria poderá ser nomeado perito, mas, na grande maioria das vezes, opta-se por psiquiatras forenses, que são aqueles que, além de dominar os conteúdos da psiquiatria, dominam também aspectos da medicina legal.

O *site* do IML do Paraná coloca a Psiquiatria Forense no âmbito das clínicas médicas, que realizam também exames complementares relativos a diversas especialidades médicas, tais como Radiologia, Psiquiatria, Odonto-Legal. De acordo com o *site*, “a Clínica Médico-Legal oferece serviços de realização de exames de conjunção carnal, ato libidinoso, lesão corporal, verificação de aborto, verificação de idade, sanidade física, sanidade mental, identificação de sexo somático, psiquiátrico; emitindo seus respectivos laudos” ([www.pr.gov.br/iml](http://www.pr.gov.br/iml)).

Mas a questão é: se a psiquiatria forense é uma clínica como a Medicina Legal e Odontologia Forense, por que não se situa no andar térreo junto com as outras clínicas? Não seria mais lógico ou óbvio? Não, se nos remetermos a alguns aspectos da história da Psiquiatria Forense e à importância dada a esta especialidade ao longo do desenvolvimento da Ciência Forense.

A Psiquiatria Forense, embora surja a partir das teses realizadas no campo da Medicina Legal, vai, com o passar do tempo, destacando-se enquanto uma especialidade. Se a Medicina Legal pressupõe um encontro da Medicina com o Direito, poderíamos dizer que a Psiquiatria Forense se estabelece, mais especificamente, no encontro da Psiquiatria (subcampo da Medicina) com o Direito (Jacó-Vilela et al, 2005). De acordo com Russo (1993), a Medicina Legal e a Psiquiatria Forense possuem a mesma raiz, existindo entre essas duas especialidades inúmeros pontos de proximidade e conflito.

Enquanto o objeto da medicina legal é o corpo, esteja ele morto ou não, o objeto da Psiquiatria Forense é a mente, mais especificamente, a mente criminosa, as razões da delinquência.

Em verdade, qualquer histórico da Medicina Legal contemplará nomes que tiveram grande destaque no campo da Psiquiatria Forense, se colocarmos sob seu escopo a Antropologia Criminal de Cesare Lombroso, a Sociologia Criminal de Henrique Ferri e Rafael Garófalo, o primeiro a usar a denominação “Criminologia” para as Ciências Penais (Jacó-Vilela et al, 2005). É importante lembrar que no século XIX a Psiquiatria Forense dava seus primeiros passos e ainda não havia uma delimitação clara de todas essas áreas. Todas elas podem ser localizadas no campo da Medicina Legal, no entanto, tinham em comum o fato de discursarem sobre o louco, o alienado, a imputabilidade ou não de um indivíduo, discursos atribuídos à Psiquiatria Forense. Além de Lombroso, Ferri e Rafael, as principais idéias psiquiátricas debatidas na Europa eram antes ainda encontradas nas teses de Morel, Pinel e Esquirol. Mas os esboços da Psiquiatria Forense já tinham sido realizados por Quetelet, Brocca e Gall (Jacó-Vilela et al, 2005).

A literatura localiza o caso “Pierre Rivière”, de 1835, amplamente abordado por Foucault (1984), como o caso fundador da Psiquiatria Forense (Jacó-Vilela et al, 2005). Mas Foucault (2002) aponta que os exames psiquiátricos em matéria penal aparecem, ainda que mesclados a outros atos médicos, a partir de 1810, nos primeiros anos de aplicação do código penal francês.

A partir do caso “Pierre Rivière”, que agitou a Europa na época, a preocupação em determinar as motivações criminosas projeta a Psiquiatria Forense para o pódio das ciências forenses, atribuindo a tal especialidade a possibilidade de decidir, de acordo com noções de imputabilidade, sobre a vida e morte de um indivíduo, considerando o caso de morte como pena máxima. É nessa tradição de pensamento que se criam os Manicômios Judiciários (Jacó-Vilela et al, 2005).

Os embates travados entre a Psiquiatria Forense e o Direito eram calorosos, pois os juristas temiam que a nova escola acabasse com o Direito Penal, reduzindo-o ao domínio da Medicina, um ramo das ciências naturais (Viveiros de Castro, 1913, pág. 20 apud Jacó-Vilela et al, 2005).

Se tomarmos Foucault (2002), talvez possamos afirmar que o medo dos juristas não era assim tão infundado. A Psiquiatria Forense certamente não reduziu todo o campo do Direito às idéias sobre o estado mental do criminoso, no entanto, pode-se dizer que isso acontece nos casos em que um perito psiquiatra forense é requisitado.

Segundo Foucault (2002), a Psiquiatria Forense tem o poder de “determinar, direta ou indiretamente, uma decisão de justiça que diz respeito, no fim das contas, á liberdade ou à detenção de um homem” (pág. 8). E no limite, como já atentamos, pode decidir sobre a vida e a morte do réu. Portanto, como bem assinala Foucault (2002), a Psiquiatria Forense detém um discurso que, no limite, possui um poder de vida e de morte.

Além disso, esse poder funciona na instituição judiciária atribuindo ao discurso da Psiquiatria Forense um caráter de verdade, porque possui um estatuto científico, é proferido por pessoas qualificadas, no interior de instituições científicas que o legitimam, tornando-o quase que inquestionável, como é o caso já exposto dos discursos científicos de modo geral. No entanto, muito poucos discursos podem decidir sobre a vida e a morte de um indivíduo (Foucault, 2002).

Mas antes de situar-se nos extremos, a Psiquiatria Forense possui algo a mais que qualquer outra ciência: a capacidade de dobrar o delito cometido por um indivíduo “com toda uma série de outras coisas que não são o delito mesmo, mas uma série de comportamentos, de maneiras de ser que, bem entendido, no discurso do perito psiquiatra, são apresentadas como a causa, a origem, a motivação, o ponto de partida do delito” (Foucault, 2002, pág. 19). Todas essas outras coisas (comportamento, personalidade, etc) que não são o delito em si, tornam-se a partir de um laudo psiquiátrico o que deve ser punido.

O exame psiquiátrico permite, de uma forma legal e legitimada pelas instituições judiciárias, passar ao largo do entendimento de que não deve haver retroatividade da lei penal. Ora, o que faz surgir o exame psiquiátrico senão a retroatividade do ato criminoso? É somente no laudo do Psiquiatra Forense que podemos encontrar os elementos da personalidade que serão utilizados como argumentação punitiva para o ato cometido (Foucault, 2002).

O laudo psiquiátrico eleva à condição de delito qualificações que são tão somente morais, como: “imaturidade psicológica”, profundo desequilíbrio afetivo”, “personalidade pouco estruturada”. De acordo com Foucault (2002, pág. 21):

*...o exame psiquiátrico permite constituir um duplo psicológico-ético do delito. Isto é, deslegalizar a infração tal como é formulada pelo código, para fazer aparecer por trás dela seu duplo, que com ela se parece (...) e que faz dela não mais, justamente, uma infração no sentido legal do termo, mas uma irregularidade em relação a certo*

*número de regras que podem ser fisiológicas, psicológicas, morais, etc.*

Mas o mais importante é o que de fato eleva o poder da Psiquiatria Forense é quando ela consegue um outro tipo de desdobramento. Ela consegue constituir um médico que será ao mesmo tempo médico e juiz. Ou seja, o “psiquiatra tem por função dizer se é efetivamente possível encontrar no sujeito analisado certos números de condutas ou de traços que tornam verossímeis, em termos de criminalidade, a formação e o aparecimento da conduta infratora propriamente dita...” (Foucault, 2002, pág. 27). Constituir-se ao mesmo tempo em médico e juiz, dobraria, poderíamos por assim dizer, as possibilidades de exercício de poder. Segundo Foucault (2002), engana-se quem pensa que são os juízes que julgam enquanto os psiquiatras forenses apenas analisam a mentalidade ou personalidade dos sujeitos em questão. Para ele, “o psiquiatra se torna efetivamente um juiz; ele instrui efetivamente o processo...” (pág. 28).

Por essas razões, a Psiquiatria Forense, embora seja uma das clínicas do IML, não pode ser colocada no mesmo patamar que as outras clínicas que compõem a instituição e isso implica em colocá-la numa posição de distinção que se manifesta na distribuição espacial do local.

Os laboratórios periciais, assim como a Psiquiatria Forense, gozam de grande reconhecimento, até porque um cientista forense materializa um saber acadêmico dos mais reconhecidos na nossa cultura, pois acessa tecnologias de ponta.

Max M. Houck, diretor da Iniciativa em Ciência Forense da Universidade da Virgínia Ocidental e presidente da Comissão Certificadora do Programa Educacional de Ciência Forense, observa que “a ciência forense sempre foi a espinha dorsal de contos de mistério, desde as aventuras de Dupin, de Edgar Allan Poe, até as histórias de Sherlock Holmes, de sir Arthur Conan Doyle, da série televisiva Quincy, de Jack Klugman, até os atuais programas de investigação criminal de grande sucesso. Os métodos de Holmes precederam muitas técnicas verdadeiras usadas para ligar uma prova física a um criminoso, como exame de sangue. Tornou-se profissão legalizada no começo do século XX e teve seu *status* imensamente elevado na década de 90 com o advento da análise de DNA” (Houck, 2006). Houck sinaliza a notoriedade de tal campo e aponta que não é apenas nos

contos de mistério que os laboratórios de análises periciais têm sido as grandes estrelas nas investigações. Cada vez mais o velho, método investigativo do interrogatório cede lugar aos avanços da análise de vestígios, embora no Brasil isso fique aquém dos países mais desenvolvidos tecnologicamente.

Segundo reportagem intitulada “O que é Prática Forense?”, do Discovery Channel<sup>50</sup> localizada no *site* do canal:

*A prática forense é a aplicação de técnicas científicas dentro de um processo legal. Essas práticas envolvem pesquisadores altamente especializados – ou criminalistas – que localizam vestígios. Mas esses vestígios só podem proporcionar provas conclusivas quando são testados em laboratório. Alguns dos vestígios encontrados não podem ser vistos a olho nu. Hoje em dia, a ciência forense usa o teste de DNA nos julgamentos de acusações complexas e sérias – solucionando assassinatos através dos blocos da vida. Como os criminosos desenvolveram vias cada vez mais criativas de driblar a lei, nossa força policial foi obrigada a descobrir maneiras mais eficientes de levar esses delinqüentes a julgamento. Mesmo que aparentemente eles não deixem pistas, os detetives descobriram há algum tempo que isto não é verdade. A presença física sempre estará presente em um objeto, local ou até mesmo em outra pessoa. Todos nós sabemos que os criminosos podem ser capturados pelas pegadas e balas de revólver. Mas o que nem todos sabiam era que as fibras, amostras de cabelo e até sujeira de sapato podem ser usados na investigação. De fato, quase qualquer coisa encontrada na cena do crime pode ser testada e usada como prova, confirmando ou não a presença de um suspeito no local (Site Discovery Channel, www.discoverybrasil.com, acessado em 2007, s/paginação).*

O *blog via gene*, especializado em conteúdos de genética e evolução, também aponta que a ciência forense tem experimentado cada vez mais visibilidade e reconhecimento, tanto na mídia (seja no noticiário ou graças às inúmeras séries tipo CSI e afins) quanto nos tribunais (pela crescente inovação tecnológica - como a análise de DNA individual). De acordo com o *blog*,

*Uma revisão publicada recentemente na revista Science comenta sobre o uso da ciência forense na identificação individual, e mostra que a taxa de erro proveniente de testes forenses (63%) - que só*

---

<sup>50</sup> Sabemos que há uma série de veículos midiáticos que são uma espécie de *mix* entre ciência e senso comum, como é o caso do *Discovery Channel*. Na verdade são veículos que visam tornar populares, acessíveis à população de modo geral, temas tradicionalmente apenas abordados nos intra-muros acadêmicos. Obviamente, com essa manobra, muitas vezes perdem em profundamento e credibilidade científica. No entanto, a referência nos é válida nesse momento, por ilustrar a crescente importância, tanto científica quanto popular, dos laboratórios forenses.

*perde para a taxa de erro associada ao testemunho ocular (71%) - e de testemunhos científicos (27%) são bastante elevadas. Estes números foram calculados pela análise dos fatores associados a condenações errôneas em casos que foram exonerados por testes de DNA. As porcentagens excedem 100% porque mais de um fator foi identificado em mais de um caso. A análise de DNA (genotipagem) confere um novo - e melhor - modelo para identificação forense, principalmente porque as evidências podem ser tratadas com rigor estatístico e há precisão no cálculo da probabilidade de erro associado a um determinado "diagnóstico". A abordagem estatística baseada em teorias de genética de populações e testes empíricos é o maior diferencial da estratégia de identificação via DNA com relação à ciência forense tradicional. Até a análise de impressões digitais (normalmente venerada!) está sujeita a resultados errôneos: recentemente o FBI reconheceu que errou ao prender um cidadão em Oregon (EUA) como suspeito dos ataques terroristas em Madri com base na identificação de impressões digitais. **A ciência forense é uma força investigativa de primeira grandeza**, mas sua dimensão será ainda maior quanto mais recurso for investido em pesquisa e qualificação de recursos humanos (incorporando aos quadros da polícia peritos titulados com sólida formação científica), (grifos meus), (blog via gene, acessado em 2007, postado em 2005).*

Dessa forma, podemos verificar que os laboratórios forenses têm sido o *supra-sumo* das instituições especializadas em perícia, como é o caso do IML. Realizar um trabalho investigativo de “primeira grandeza”, como apontado na citação acima, justificaria o destaque geográfico dado a eles.

E, finalmente, o andar *superior* ainda contempla o anfiteatro, utilizado pelos professores e alunos dos cursos de Medicina e Direito, ao terem a disciplina de Medicina Legal. Muitos dos legistas que atuam no necrotério são professores da universidade e ministram suas aulas no anfiteatro do IML. No entanto, quando assumem a posição docente, são elevados a um outro patamar, tanto no nível simbólico quanto no nível concreto da geografia da instituição.

Com uma observação apenas superficial já é possível notar a deferência com que são tratados os legistas professores quando ocupam a sala de aula do andar superior.

Se o convívio com os auxiliares de necropsia no necrotério permite certa aproximação dos legistas com conversas mais descontraídas, quando esse encontro se dá no andar superior, parece pairar no ar uma formalidade ampliada.

O anfiteatro materializa o vínculo que a instituição tem com a ciência, como o saber. É como se as aulas ministradas no anfiteatro tivessem o poder de atestar que o IML é uma instituição, acima de tudo, científica e, por isso, com discursos e

ações legítimas. O anfiteatro transporta o saber obtido nos bancos universitários para dentro da instituição, onde esse saber é aplicado. Ou seja, o médico legista, quando na posição de professor, encerra a completude/totalidade do par teoria/prática. Desta forma, não poderia haver andar mais adequado a um cargo tão completo e *superior*.

Com isso percebemos que o andar superior é o andar do saber douto, da ciência. Abriga aqueles que, no limite<sup>51</sup>, possuem o poder de decidir pela vida ou pela morte de um indivíduo. Tais possibilidades fazem dos ocupantes de tal andar “deuses”, seres superiores, que estão simbolicamente acima e geograficamente em cima dos outros: mortos e “mortais”.

---

<sup>51</sup> Em países onde existe a pena de morte, como é o caso dos EUA, um laudo psiquiátrico pode significar o corredor da morte ou tratamento.

## CONCLUSÃO

A partir de um breve histórico do significado da morte, sob à luz da qual foi compreendida a forma como hoje lidamos com ela, percebe-se que houve mudanças significativas em relação aos séculos anteriores ao XIX. A partir de meados do século XVIII e início do século XIX, a morte passou a significar um tabu ainda maior nas sociedades ocidentais.

Foi possível perceber, a partir dos autores como Elias, Áries, Freud, Zigler, que a humanidade sempre teve dificuldade em compreender e aceitar a morte como algo natural. Todavia, em outras culturas, como algumas sociedades primitivas, parece haver uma maior resignação com a morte, pois ela é muitas vezes entendida como fruto de feitiçaria, de encanto, de magia, causas estas que estariam fora da capacidade da intervenção humana. Mas mesmo nessas culturas, existe grande necessidade de explicar a morte e inúmeras representações simbólicas são evocadas baseadas em crenças tradicionais.

Nas nossas sociedades, essa resignação foi se tornando cada vez mais inexistente. Temos imensa dificuldade de aceitar a morte; não falamos dela, escondemos os moribundos, inventamos uma série de explicações fantasiosas para poupar as crianças da realidade da morte. Isso obviamente reflete o constrangimento que sentimos quando precisamos lidar com situações de luto. Atualmente, não sabemos como nos comportar nos ritos de morte e ficamos desconfortáveis quando precisamos consolar alguém que perdeu um familiar ou ente querido ou até mesmo em ser consolado. A tendência ao afastamento é muito grande. No entanto, tal afastamento dificulta ainda mais a elaboração dos nossos lutos, pois a elaboração de conteúdos subjetivos se instala principalmente pela possibilidade da fala e do compartilhamento e comunhão de sentimentos. Nesse sentido, a religião desenvolve sempre ocupou e ainda tem ocupado um importante papel.

A progressiva dificuldade em falar sobre a morte tem atingido outras instâncias a ela relacionadas, como doenças que podem, mais comumente, ocasionar a morte da pessoa adoentada, como é o caso de doenças como o câncer e a AIDS.

Como causa da grande dificuldade que temos hoje em lidar com a morte, foram apontados dois fatores: um crescente processo de racionalização da morte e

a sua institucionalização. Com o desenvolvimento da ciência, inúmeras formas de prolongar a vida surgiram. Hoje, fala-se muito mais em *vida*, em tecnologias que perseguem o sonho da vida eterna e da fonte da juventude. Como vimos na pesquisa, o último século dedicou-se com afinco a administrar a morte. Os progressos técnicos diminuíram consideravelmente taxas de mortalidade e aumentaram as chances de prolongamento da vida. Isso foi um ganho inegável para toda a humanidade.

Mas, ao mesmo tempo em que a ciência, e mais especificamente, a medicina, com suas medidas de prevenção e de controle social da saúde e da doença, prolongou a vida, ela também causou um afastamento da idéia de morte e um ocultamento do processo do morrer. A morte hoje é silenciosa e asséptica e se dá nos equipados hospitais modernos.

O problema é que chegamos numa administração do processo do morrer excessivamente racionalizada, “desumana”, controlada e escondida. Se antes o moribundo morria em casa, perto dos familiares, hoje todo o processo de morrer é burocratizado e institucionalizado. Morrer implica em passar pelos hospitais, Institutos Médico-Legais, funerárias. Assim como se tem plano de saúde, se tem plano funerário. Nossa subjetividade muitas vezes é “atropelada” pelas exigências e rapidez do mundo moderno e racional científico. O tempo dedicado ao luto tornou-se curto e a tristeza dos enlutados, um constrangimento indesejável, pois a vida continua!

Mas é importante considerar que, quando o tema é morte, os processos de racionalização caminham lado a lado com representações tradicionais/religiosas. Não conseguimos pensar na morte e tratá-la apenas de forma científica. Ou seja, quando tratamos da morte, é praticamente impossível desvinculá-la de um caráter mágico ou religioso. Como vimos acima, a religião oferece espaços de simbolização que são muitas vezes negligenciados pela racionalidade do mundo moderno.

Comumente pensamos que as sociedades ocidentais modernas, como é o caso da nossa, estabelecem uma separação muito clara entre ciência e religião/tradição, classificando, de forma valorativa, o científico como o certo e verdadeiro. Nessas sociedades, as formas científicas de abordar a morte e o processo de morrer são consideradas hierarquicamente distintas. Todavia, pudemos ver que muitas crenças científicas estão impregnadas de senso comum e

religião. O que pensamos serem coisas distintas são, muitas vezes, categorias sobrepostas, mescladas.

Através do processo de constituição do campo da medicina, e mais especificamente da medicina legal, enquanto uma área de saber científico, pudemos perceber que este saber sempre esteve “colado” a uma moral. A medicina legal surge no auge de uma ciência fortemente ancorada em preceitos higienistas, que separava os indivíduos em geneticamente bons e maus, que valorizava a brancura da cor como símbolo de salubridade e que reafirmava a monogamia como “porto seguro” para a evitação de inúmeras doenças, condenando a prostituição. As relações entre saúde e pureza passaram a ser a bandeira no combate às “inadequações” sociais. Os comportamentos e pessoas entendidas como inadequados eram aqueles que, no imaginário social, representavam um perigo e estavam à margem das crenças e valores dominantes.

Nesse processo, como pudemos ver, questões morais foram legitimadas como verdadeiras, porque eram proferidas a partir dos discursos científicos. No entanto, essa mescla de questões morais com ciência permanece até os dias atuais e pudemos verificar como isso acontece no Instituto Médico Legal de Curitiba. Foram analisadas as formas como os operadores da morte tratam a questão do contágio e as alegações que eles fazem sobre as causas das mortes violentas e até mesmo, a confusão que fazem entre as categorias: tipo de lesão, *causa mortis* e a causa policial da morte.

As causas sociais às quais os operadores atribuem às mortes violentas não são, em sua grande maioria, passíveis de comprovação pelos dados que eles possuem. Dessa forma, são realizadas alegações que partem tão somente de impressões pessoais, mas que não percebidas por tais operadores como alegações do senso comum. São proferidas a partir de uma posição dentro do campo científico.

Um outro problema apontado pela pesquisa é a falta de clareza acerca das causas médicas das mortes violentas. Parece não estar claro para os médicos legistas as diferenças entre *causa mortis*, tipo de lesão e causa policial da morte. Ou seja, na categoria *causa mortis* aparecem classificações como homicídio, envenenamento e ferimentos contundentes. Ora, ao reunir tais classificações numa mesma categoria, é possível perguntar: envenenamento exclui a possibilidade de ser homicídio? Em que momento tais confusões são elucidadas e até que ponto

elas podem influenciar ou conduzir o processo investigativo? Por não serem áreas integradas – embora deveriam ser - legistas e policiais trabalham separados na grande maioria das vezes e os laudos que tais legistas emitem, podem ser tomados como verdadeiros e limitar de forma determinante um processo investigativo.

A mescla entre questões tradicionais e científicas também existe na questão da contaminação. A pesquisa buscou demonstrar que a forma como atualmente vivenciamos o contato com a morte e o cadáver nas sociedades ocidentalizadas e nas modernas instituições, é permeada por noções de contaminação, que embora estejam ancoradas num discurso científico, são muitas vezes morais. Para tanto, discutimos a noção de contágio moral, que é uma sensação de contaminação baseada em preceitos morais e não reais (no sentido biológico).

Foi analisada a forma como os operadores vivenciam a questão da contaminação no cotidiano de seu trabalho e também a forma como são vítimas de uma noção de contaminação na relação com outros indivíduos.

A forma como os operadores da morte vivenciam a questão da contaminação no cotidiano de seu trabalho passa pelo discurso higienista, que como vimos, ampara-se numa racionalidade científica. Tal discurso é usado para justificar uma série de medidas higiênicas adotadas pelos operadores da morte e está totalmente alinhado com a lógica moderna e ocidental. As justificativas científicas da “boa” higiene aparecem como uma maneira de deslocar o medo de estarmos tão próximos da morte, como esses operadores. Como vimos, embora a adoção de inúmeras medidas higiênicas diante do contato com o cadáver seja, aparentemente, o mais lógico e racional, é importante pensar que essas medidas não são necessariamente adotadas apenas para prevenir doenças. Há outras formas de lidar com o cadáver e nem todas pressupõem tanto cuidado com a assepsia. Como pudemos perceber, há outras lógicas nas quais as idéias sobre contágio da morte surpreendem pela despreocupação com vírus e bactérias, com os micróbios que habitam o cadáver em decomposição. Para ilustrar essa questão, recorri ao caso da Grécia rural, mais especificamente a Potâmia, com seus ritos de morte que atravessam séculos.

Ao compararmos a forma como o IML de Curitiba trata a morte e a forma como isso acontece na Potâmia, é possível perceber que nossas justificativas higiênicas e assépticas diante do contato com o doente, o morto, o cadáver, são

muitas vezes frutos de uma lógica pautada no medo do contágio, num contágio moral.

Com relação à forma como os operadores sofrem da noção de contaminação quando em contato com outras pessoas, também passa por uma questão moral. Para ilustrar tal afirmação foi realizada uma analogia entre operadores da morte (pertencentes a uma instituição científica da modernidade) e os *dalits* e *burakumins*.

Vimos que tanto os *dalits*, quanto os *burakumins* são considerados perigosos e impuros nas sociedades onde vivem. São excluídos, evitados, marginalizados porque as pessoas acreditam que o contato com eles pode contaminar. Sua impureza reside, entre outras coisas, no contato que eles têm com os mortos, com cadáveres.

A rigidez com que se dá tal exclusão social pode ser explicada por ela estar pautada num sistema tradicional/religioso. Há na raiz da sua segregação, crenças religiosas, morais. A execução de tarefas, consideradas religiosamente impuras, os tornam intocáveis.

Busquei demonstrar, através desta pesquisa, que os operadores do IML, embora inseridos numa realidade distinta, sofrem da noção de contágio e impureza de maneira semelhante aos intocáveis e *burakumins*. A forma como isso acontece é mais velada, mas pelas mesmas razões: crenças tradicionais, morais. Ou seja, os operadores da morte, assim como os intocáveis e *burakumins* realizam tarefas consideradas impuras. Os segundos dentro de um sistema religioso e os primeiros dentro de uma lógica racional científica.

Ao longo do terceiro capítulo, opus de certa forma, como recurso explicativo, Ocidente e Oriente, racionalidade científica e tradição, religião, mas embora já tenha sido comentado, é importante frisar que as crenças religiosas podem caminhar lado a lado com uma racionalidade científica nas sociedades em que ela é mais desenvolvida. A etnografia realizada no Instituto Médico Legal pôde elucidar esta questão.

E finalmente, vimos no quarto capítulo, como as representações da instituição se assemelham à sua arquitetura. A arquitetura do prédio onde hoje se localiza o IML de Curitiba parece ter sido realizada seguindo dois aspectos: a hierarquia das funções e o medo do contágio. Vimos de que maneira as categorias *hierarquia* e *contágio* se relacionam para formar aquilo que a instituição denomina

de um prédio moderno. Nesse capítulo também foi possível perceber que, certas justificativas racionais, utilizadas para explicar o “lugar das coisas”, podem ser repensadas e entendidas a partir de outro viés. Considerei que as representações morais da instituição estão apontadas na arquitetura do prédio, no qual os critérios para sua construção passam mais por questões subjetivas do que objetivas.

O eixo condutor de toda a pesquisa foi no sentido de aproximar o que a ciência pensa separar e separar o que o senso comum confunde: tradição/religião e ciência. Espero que possa ter sido uma contribuição para pensarmos temas difíceis como a morte e a forma como ela é tratada na modernidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDÉ, L. *Ossos do Ofício: processo de trabalho e saúde sob a ótica dos funcionários do Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado defendida em 31/03/2003 da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
- ANTUNES, J.L.F. *Medicina, Leis e Moral. Pensamento Médico e Comportamento no Brasil (1870 – 1930)*. Ed. Unesp, São Paulo, 1998.
- ARIÈS, P. *O Homem Diante da Morte*. vol I e II. Ed. Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1990.
- ARIÈS, P. *A História da Morte no Ocidente*. Ed. Ediouro, Rio de Janeiro, 2003.
- BALLONE, G. J. *Perícia Psiquiátrica Forense* – Revista PsiqWeb, Internet, disponível em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), revisto em 2005. (acessado em 03/03/2007)
- BERGER, P. e LUCKMANN, T. *A Construção Social da Realidade*. Ed. Vozes, Petrópolis, 1997.
- BLOG VIA GENE. *Ciência Forense: um Novo Paradigma* – [www.viagene.blogspot.com/2005/08/cincia-forense-um-novo-paradigma.html](http://www.viagene.blogspot.com/2005/08/cincia-forense-um-novo-paradigma.html) (acessado em 07/03/2007)
- BOURDIEU, P. *Três Estudos de Etnologia Cabila*. Ed. Celta (2002)
- \_\_\_\_\_. *O Campo Científico*. In: Bourdieu (Renato Ortiz, org). Ed. Ática, São Paulo, 1983.
- \_\_\_\_\_. *O Poder Simbólico*. Ed. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 2005.
- BUENO, E. *Burakumin*. Revista Espaço Acadêmico, ano II, nº 17, Outubro 2002, ISSN 1519.6186
- CORBIN, A. *Saberes e Odores. O Olfato e o Imaginário Social nos Séculos XVIII e XIX*. Ed. Companhia das Letras, 1987.
- COSTA, J.F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Ed. Graal, Rio de Janeiro, 1983.
- DANFORTH, L.M. *The Death Rituals of Rural Greece*. Fotos de Alexander Tsiaras. Ed. Princeton University Press, New Jersey, 1982.
- DARMON, P. *Médicos e Assassinos na Belle Époque*. Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1991.
- DOUGLAS, M. *Pureza e Perigo*. Ed. Perspectiva, São Paulo, 1976.

- DUMONT, L. *Homo Hierarchicus. O Sistema das Castas e suas Implicações*. Ed. Edusp, São Paulo, 1992.
- DURKHEIM, E. *Representações individuais e coletivas*. In: *Sociologia e Filosofia* (E. Durkheim), pp. 15-49, Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1970.
- \_\_\_\_\_. [1912] *As Formas Elementares da Vida Religiosa*. São Paulo, Ed. Paulinas, 1989.
- ELIAS, N. *A Solidão dos Moribundos*. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2001.
- \_\_\_\_\_. *A Sociedade de Corte*. Ed. Estampa, Lisboa, 1987.
- \_\_\_\_\_. *O Processo Civilizador*. Vol. I. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1994.
- HOUAISS, A. *Dicionário da Língua Portuguesa*. Ed. Objetiva, Rio de Janeiro, 2001.
- FRAZER, J. *O Ramo de Ouro*. Ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1982.
- FREUD, S. [1915]. *Luto e Melancolia*. *Obras Completas*, vol. XIV. Ed. Imago, Rio de Janeiro, 1983.
- \_\_\_\_\_. [1905]. *Os Chistes e sua Relação com o Inconsciente*. *Obras Completas*, vol. VIII. Ed. Imago, Rio de Janeiro, 1988.
- FOUCAULT, M. *A Ordem do Discurso*. Ed. Loyola, São Paulo, 1996.
- \_\_\_\_\_. *Em Defesa da Sociedade*. Ed. Martins Fontes, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Eu, Pierre Rivière., que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. Ed. Graal LTDA. Rio de Janeiro. 1984.
- \_\_\_\_\_. *O Nascimento da Clínica*. Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Os Anormais*. Ed. Martins Fontes, São Paulo, 2002.
- \_\_\_\_\_. *O Nascimento do Hospital*. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- GUCHTAIN, O. S. *O Instituto Médico Legal do Paraná nos Últimos Cem Anos: Síntese Histórica*. Ed. Fundação Santos Lima, Curitiba, 2000.
- HARRIS, R. *Assassinato e Loucura. Medicina, leis e sociedade no fin de siècle*. Ed. Rocco, Rio de Janeiro, 1993.
- HÉRCULES, H.C. *História da Medicina Legal*. *Revista Acadêmica* [órgão Oficial da Faculdade de Medicina e do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho]. nº. 2 (2), p. 53 -8 . Ed. da UFRJ, 1988.

- HOMEI, A. *Tempos Modernos: Novos Partos e Novas Parteiras: o parto no japão de 1868 aos anos 1930*. Revista Estudos Feministas, Ano 10, University of Manchester, Inglaterra, 2002.
- HOUCK, M.M. *A realidade do CSI*. In Revista Scientific American Brasil, edição eletrônica nº 51, Agosto de 2006. (acessado em 07/03/2007)
- JACÓ-VILELA, A. M. et al. *Medicina Legal nas Teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1830-1930): O Encontro entre Medicina e Direito, uma das Condições da Emergência da Psicologia Jurídica*. Revista Interações, vol.X , nº 19, p.9 -34, Jan/Jun de 2005.
- L'ABBATE, S. *A análise institucional e a saúde coletiva*. In Revista Ciência e Saúde Coletiva., Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003.
- LANGER, J. *Bruxaria e Satanismo no Estado do Paraná*. 2002.  
<http://www.sobrenatural.org/home/conteudo.php> (acessado em 13 de Fev. de 2007)
- LÉVY-BRUHL, L. [1910] *Las Funciones Mentales en Las Sociedades Inferiores*. Ed.Lautaro, Buenos Aires, 1947.
- LONDON, C. *Nouveaux éléments d'hygiène*. Paris, 1838. Apud Corbin, A. *Saberes e Odores. O Olfato e o Imaginário Social nos Séculos XVIII e XIX*. Ed. Companhia das Letras, 1987.
- MAIO, Marcos C. *A medicina de Nina Rodrigues: análise de uma trajetória científica*. Cad. Saúde Pública, abr./jun. 1995, vol.11, nº.2, p.226-237.
- MAUSS, M [1936]. *Sociologia e Antropologia*. Vol. I.e Vol II. Ed. Edusp e EPU, São Paulo, 1974.
- MENEZES, R.A. *História dos Cuidados Paliativos: uma nova especialidade*.  
<http://www.uff.br/ichf/anpuhrio/Anais/2004/Simposios%20Tematicos/Rachel%20Aisengart%20Menezes.doc> (acessado em 08 de Set 2006)
- MINAYO, M. C. S. et al. *Missão Investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial*. Ed. Garamond Universitária, Rio de Janeiro, 2003.
- MORAES, P.R.B. *Punição, Encarceramento e Construção de Identidade Profissional entre Agentes Penitenciários*. Ed. IBCCRIM, São Paulo, 2005.
- PAIVA, C.H.A. *Burocratização e Modernização: Proposição de uma Distinção Teórico-analítica*. In Revista Espaço Acadêmico, n. 35, Abril de 2004.  
<http://www.espacoacademico.com.br/035/35epaiva.htm> (acessado em 27/03/2007)
- PANOFSKI, E. *Arquitetura Gótica e Escolástica*. Ed. Martins Fontes, 1991.

- RASIA, J. M. *Hospital: Sociabilidade e Sofrimento*. Tese Apresentada ao Concurso de Professor Titular de Sociologia das Organizações do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1996.
- RUSSO, J.A. *Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil*. In: RUSSO, J. (et al). (orgs). *Duzentos anos de psiquiatria*. Ed. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, 1993.
- SAITO, N. *Burakumin: silêncio e invisibilidade*. Texto integrante dos Anais do XVIII Encontro Regional de História – O historiador e seu tempo. ANPUH/SP – UNESP/Assis, 24 a 28 de julho de 2006. Cd-rom. Nádia Saito. (UNESP/ Franca – graduanda)
- SILVA, K. P. (2001) *A idéia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII*. In *Periódico Mensal de Textos de Arquitetura*, n.85, Julho de 2001. <http://www.vitruvius.com.br/arquitextos/arg000/esp085.asp> (acessado em 02/08/2007)
- SITE DO DISCOVERY CHANNEL- [www.discoverybrasil.com](http://www.discoverybrasil.com) (acessado em 07/03/2007)
- SITE DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DO PARANÁ - [www.pr.gov.br/iml](http://www.pr.gov.br/iml) (acessado em 07/03/2007)
- SONOO, R. T. *Cronologia da História do Japão*. <http://www.sonoo.com.br/Cronologia> (acessado em 29/05/2007)
- STRAUSS, L. *A Antropologia Estrutural*. Ed. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1975.
- TROVÃO, F.V.B. *Homens de Ciência: A medicina Legal no Brasil da Belle Époque (1890-1920)*. Dissertação do Mestrado de História – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.
- UMEMIYA, M. *A Consolidação do Sistema Bakuhan e a Passagem para a Era Genroku*. Fundação do Japão, São Paulo, 2002.
- WACQUANT, L. *What is a ghetto? Building a sociological concept*. Rev. Sociologia. Política, Nov. 2004, nº.23, p.155-164. ISSN 0104-4478.
- WEBER, M. [1904] *A Ética Protestante e O Espírito do Capitalismo*. Ed. Martin Claret, São Paulo, 2006.
- \_\_\_\_\_. [1918] *Ciência e Política: Duas Vocações*. Ed. Martin Claret, São Paulo, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Ensaio de Sociologia*. Ed. LTC, Rio de Janeiro, 2002.
- ZIEGLER, J. *Os Vivos e a Morte*. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1977.

## ANEXO 1

TABELAS COM ALGUNS DADOS RELATIVOS ÀS MORTES VIOLENTAS ENTRE 21/07/2003 A 21/07/2004\*.

TOTAL DE MORTES VIOLENTAS NESTE PERÍODO = **2551**

**Tabela 1: mortes violentas por idade**

<b>IDADE</b>	<b>NÚMERO DE PESSOAS MORTAS</b>
0 a 10	92
11 a 20	408
21 a 30	691
31 a 40	477
41 a 50	331
51 a 60	193
61 a 70	111
71 a 80	69
81 a 90	39
91 a 100	7
IGNORADA	133

**Tabela 2: mortes violentas por gênero**

<b>GÊNERO</b>	<b>NÚMERO DE PESSOAS MORTAS</b>
MASCULINO	2130
FEMININO	394
IGNORADO	27

**Tabela 3: número de mortes violentas por cor**

<b>COR</b>	<b>NÚMERO DE PESSOAS MORTAS</b>
AMARELA	1
BRANCA	2277
MORENA	43
PARDA	141
PRETA	25
NADA CONSTA	64

**Tabela 4: mortes violentas tipo de morte**

<b>TIPO DE MORTE</b>	<b>NÚMERO DE PESSOAS MORTAS</b>
A ESCLARECER	76
ABORTO	1
ACIDENTE AÉREO	4
ACIDENTE DE TRÂNSITO (colisão envolvendo automóveis, motos e bicicletas, capotamento)	469
ACIDENTE COM TRONCO DE ÁRVORE	1
ACIDENTE DE TRABALHO	5
AFOGAMENTO	91

ASFIXIA POR ALIMENTO	7
ASFIXIA POR SUFOCAMENTO	1
ATAQUE DE CACHORRO	1
ATROPELAMENTO (por trem, automóveis, motos, etc.)	321
CARBONIZAÇÃO	15
CHOQUE ELÉTRICO	6
ENFORCAMENTO	18
ENVENENAMENTO	6
ESTRANGULAMENTO	4
EXPLOSÃO	3
HOMICÍDIO POR AGRESSÃO FÍSICA	102
HOMICÍDIO POR ARMA BRANCA	123
HOMICÍDIO POR ARMA DE FOGO	847
INTOXICAÇÃO (alimentos, medicamentosa, etc.)	17
INVIABILIDADE FETAL	3
LATROCÍNIO	3
NATIMORTO	3
NEGLIGÊNCIA MÉDICA	8
PICADA DE INSETO (aranha, abelha, etc.)	2
QUEDA	171
QUEIMADURAS	40
SUICÍDIO	128
SOTERRAMENTO	1
CAUSA INDETERMINADA	74

**Tabela 4: mortes violentas por tipo de lesão**

<b>TIPO DE LESÃO</b>	<b>NÚMERO DE PESSOAS MORTAS</b>
A ESCLARECER (à espera de exames complementares)	139
AÇÃO CONTUNDENTE	19
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	1
ASFIXIA MECÂNICA (por afogamento, estrangulamento, sufocação, enforcamento, etc.)	211
BRONCOPNEUMONIA	69
CARBONIZAÇÃO	21
CHOQUE ANAFILÁTICO	1
EDEMA CEREBRAL	1
EDEMA PULMONAR	2
ELETROCUTADO	2
ELETROPRESSÃO	1
EMBOLIA PULMONAR	6
ENFARTE DO MIOCÁRDIO, AGUDO, ETC	5
ENVENENAMENTO	2
ESFACELAMENTO DE CRÂNIO	1
ESGORJAMENTO	6
ESMAGAMENTO (crânio, tórax, abdômen, etc)	52
ESTRAÇALHAMENTO	2
ESTRANGULAMENTO	2
FALÊNCIA DE ÓRGÃOS	2
FERIDA NO ABDOMEN E/OU TÓRAX (contundentes,	83

transfixantes, etc)	
FERIDA NA CABEÇA (contundentes, transfixantes, etc)	2
FERIDA NO CORAÇÃO(contundentes, transfixantes, etc)	3
FERIDA NO PESCOÇO (contundentes, transfixantes, etc)	2
FERIDAS PERFURO-CONTUNDENTES E TRANSFIXANTES(sem especificação do local)	21
FERIDAS NA MEDULA ESPINHAL	2
FRATURA NA COLUNA CERVICAL	6
FRATURA DE CRANIO OU CRANIOENCEFÁLICAS	7
FRATURA DE FEMUR	1
FERIMENTOS HEMIPERITÔNEOS	7
HEMORRAGIA (interna, aguda , externa, de tórax, cérebro, etc)	415
HIPOTERMIA	1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	6
INTOXICAÇÃO (por remédio, alimentos, etc.)	3
INVIABILIDADE FETAL	7
LESÕES CRANIANAS E/OU CRANIOENCEFÁLICAS	699
LESÕES NA COLUNA VERTEBRAL E CERVICAL, RAQUIMEDULAR	47
LESÕES NO CEREBELO	1
LESÃO DE FÍGADO	1
LESÕES DE ABDOMEN E/OU TORAX	45
LUXAÇÃO DO CRÂNIO	1
MENINGITE	1
NEOPLASIA DO PULMÃO	1
PARADA CARDÍACA OU CARDIOVASCULAR	4
PERITONITE	2
PNEUMONIA	1
POLITRAUMATISMO	280
QUEIMADURAS ( 1ª, 2ª e 3ª graus)	35
SECÇÃO DE TRAQUÉIA	1
SEPTICEMIA	23
TAMPONAMENTO CARDIACO	2
TRAUMATISMO CRANIANO E /OU CRANIOENCEFÁLICO	80
TRAUMATISMO DE ABDOMEM E TORAX	26
TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR	5
TROMBOEMBOLIA PULMONAR	5
CAUSA INDETERMINADA	180

**\*As categorias classificatórias são “nativas”, constam nos registros do IML de Curitiba na forma como estão colocadas nas tabelas.**

## ANEXO 2

### **Cargos e Setores do IML de Curitiba de Acordo com a Planilha Obtida no RH da Instituição.**

#### **Setores:**

1. Administração
2. Necrotério
3. Clínicas
4. Laboratórios
5. Interior do Estado (não abordado nesta pesquisa)

#### **Administração**

##### a. Gabinete da Direção

###### Cargos:

- Diretor Geral: responsável por todas as atividades desenvolvidas pelo órgão, que abrangem o controle administrativo, financeiro, documental, político e cultural da entidade.
- Secretária: é responsável pela agenda do Diretor, registro e encaminhamento de ofícios em geral, atendimento de telefones, vistas, documentação relacionada ao gabinete do diretor, pela transmissão de suas ordens e correspondências a funcionários e demais órgãos públicos.

##### b. Planejamento

###### Cargos:

- Agente Administrativo: estabelece as normas de serviço, rotinas dos vários setores, organizando o regimento interno da instituição. Realiza também análise e pareceres jurídicos, ordenando tecnicamente este setor, além da supervisão geral administrativa com planejamento de vários setores.

##### c. Digitação

###### Cargos:

- Digitadores: os digitadores possuem várias funções distintas, digitação de laudos cadavéricos, de laudos da clínica médica, dos laudos do serviço de verificação de óbito, de laudos toxicológicos, ofícios e correspondência. Eles estão distribuídos nos diversos setores do IML.

##### d. Setor Pessoal ou Recursos Humanos

Cargos: atualmente este setor conta com 2 agentes administrativos responsáveis pelos boletins de frequência dos funcionários, férias, alterações na pasta funcional, comunicação de advertências e problemas referentes a pessoal junto à direção. Realizam também atendimento a funcionários, distribuição de contra-cheques, divulgação de procedimentos e ordens de serviço da Direção.

- e. Arquivo  
Cargos: 1 agente administrativo, 3 auxiliares administrativos, 1 técnica administrativa, 1 auxiliar de necropsia e 1 estagiária.  
O setor é responsável por arquivar laudos provenientes do necrotério, da toxicologia, da química, da anatomia patológica e clínica médica. Além disso, encaminha tais laudos para os respectivos requisitantes.
- f. Financeiro e almoxarifado  
Cargos: 2 agentes administrativos e 2 auxiliares administrativos.  
O setor realiza licitações e orçamentos para atender às necessidades de abastecimento e funcionamento da instituição, controle de fluxo do almoxarifado, controle de estoque de produtos e materiais de consumo utilizados bem como a distribuição dos mesmos no interior do Estado.
- g. Protocolo  
Cargos: 4 auxiliares administrativos.  
O setor realiza atendimento ao público distribuindo os pacientes aos diversos setores para a realização de perícias, com identificação prévia e registro dos mesmos nos livros específicos. Realiza também emissão de laudos antigos e arquivamento e entrega de resultados de exames realizados.
- h. Serviços Gerais  
Cargos:
  - 1 agente administrativo responsável por assessorar na parte de orçamentos e planejamento, fazendo a revisão orçamentária, preparando propostas e projetos técnicos.
  - 1 auxiliar administrativo responsável pelas tarefas de reparos e manutenção da parte estrutural, como serviços de alvenaria e acabamento e instalação elétrica.
- i. Telefonia  
Cargos: 2 telefonistas que realizam atendimento e encaminhamento de ligações telefônicas provenientes de órgãos internos e externos à instituição.
- j. Biblioteca (desativada)
- k. Anfiteatro: utilizados pelos professores para aulas de Medicina Legal

### **Necrotério**

- a. Identificação (papiloscopistas)  
Cargos: 4 papiloscopistas responsáveis por identificar os corpos que serão periciados, bem como peças cirúrgicas ou segmentos corporais. Trabalham juntamente com os fotógrafos e microfilmadores.
- b. Antropologia Forense (realiza identificação de corpos através de ossadas)
- c. Plantão (recepção e atendimento do necrotério)  
Cargos:

- 1 supervisora geral: responsável por orientar as famílias a respeito da documentação necessária para o sepultamento, pelo encaminhamento ao Serviço Funerário Municipal, pelo registro de ocorrências, convocação de plantonistas e encaminhamento ao serviço social e psicológico da instituição.
  - 4 chefes de plantão: responsáveis por atender o rádio e telefone e receber ocorrências, acionar os médicos legistas durante os dias úteis e finais de semana os médicos de lesões corporais, ajudar os motoristas a descarregarem os cadáveres da viatura e pesá-los, registrar as características do cadáver juntamente com o motorista na sala de necropsia e discriminar seus pertences. Solicitar ajuda da imprensa para corpos não reclamados, fazer registro de procedimentos no computador, ajudar o auxiliar de necropsia a levar os corpos no raio X, colocar corpos sem identificação nas câmaras frigoríficas, acompanhar familiares na identificação dos corpos, preencher declaração de óbito, fechar as portas e janelas de acesso ao prédio no fim do expediente, apagar as luzes, fazer o registro de controle das declarações de óbito enviadas para a secretaria de saúde e auxiliar agentes funerários no carregamento dos corpos.
  - 6 motoristas responsáveis por abastecer viaturas, atender o rádio, recolher cadáveres em hospitais, residências e locais da morte. Retirar os cadáveres da viatura e pesar. Verificar manutenção das viaturas. Buscar requisição de necropsia nas delegacias. Levar auxiliar de necropsia para casa após expediente, buscar médico quando necessário. Proceder como segurança no período do plantão. Atender telefone, fotocopiar documentos, levar o jornal para a diretoria, buscar material utilizado nos plantões, ajudar o perito a fazer o levantamento do corpo no local e orientar os familiares no local do óbito.
  - 2 motoristas administrativos responsáveis por levar e trazer toda documentação referente a laudos, encaminhado-os às varas criminais.
- d. Auxiliares de Necropsia: 7 auxiliares de necropsia responsáveis por auxiliar o médico legista, utilizando técnicas apropriadas para realização de necropsias, formolizações, embalsamentos e retiradas de materiais ou vísceras necessárias para exames posteriores, fechamento e o limpeza dos corpos.
- e. Serviço Social (extinto o setor e o cargo de assistente social)
- f. Dosagem Alcoólica  
Cargos: 10 técnicos e auxiliares de enfermagem responsáveis pela coleta de materiais biológicos (secreção, sangue, urina, esperma humano, swab anal e vaginal), atendimento a presos, policiais e público em geral no que se refere a acidentes de trânsito e inquéritos policiais em andamento.

## **Clínicas**

- a. Clínica médico-legal (atendimento na clínica e realização de necropsias)
- Exames de corpo e delito: 20 legistas que efetuam a pedido de autoridades legais. Perícias em pessoas vítimas ou autores de crimes, realizando exames de lesões corporais, sanidade física, determinação

de idade, conjunção carnal, ato libidinoso, aborto, gravidez, parto e puerpério

- Necrotério: 24 legistas responsáveis pela realização de perícias em cadáveres mediante solicitação de autoridade judicial ou policial, exames periciais em ossadas humanas, exumações, coleta de líquidos e partes do corpo humano para exames.

b. Odontologia Legal (atendimento na clínica e identificação de cadáveres)

Cargos: 3 odontologistas forenses responsáveis por realizar perícias odontológicas na clínica e no necrotério, estimativa de idade, perícias de lesões corporais, identificações de cadáveres através da arcada dentária, coleta de material ósseo para DNA.

c. Psiquiatria Forense

Cargos:

- 3 Psiquiatras Forenses que realizam perícias psiquiátricas tais como exame, entrevistas individuais, teste psicológicos, de sanidade mental, de dependência toxicológica, elaboração de laudos de réus presos ou não, conforme designação do juiz.
- 2 digitadores: digitam os laudos psiquiátricos.

### **Laboratórios**

a. Toxicologia

Cargos:

- Secretária: desenvolve atividades de recebimento, conferência e devolução de materiais para análise, atende o público, digita ofícios, laudos e os arquiva.
- Toxicologistas: São 19 ao todo e são responsáveis por realizarem atividades ligadas à perícia de materiais biológicos, inseticidas, herbicidas, drogas com a utilização de solventes, reativos, soluções de substâncias químicas diversas, registro de materiais em livro de entrada e confecção de laudos.
- 3 técnicos de laboratório: auxiliam os toxicologistas.

b. Química Legal

Cargos:

- 12 químicos legais: realizam perícia em secreções e líquidos biológicos (secreção, sangue, urina, esperma humano, swab anal e vaginal e líquido) e em peças de roupas e outros objetos. Determinam marcadores genéticos a partir de secreções biológicas
- 4 auxiliares administrativos: recolhem, organizam e distribuem material referente ao laboratório da química.

c. Anatomia Patológica

Cargos:

- 2 Técnicos de laboratório: preparam material biológico por meio de procedimentos laboratoriais para serem analisados pelos peritos.

- 1 auxiliar administrativo: arquiva material da análise microscópica, recebe e registra material para análise do interior, dispersão de vísceras e é responsável pelo museu.

### ***Interior do Estado***

***P. S: A maioria dos cargos não são concursados, exceção para médicos legistas, odontologistas forenses e auxiliares de necropsia. Os zeladores não aparecem entre as funções do IML porque são tercerizados.***