

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Ciências Econômicas**  
**Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração**

Oscar Palma Lima

**DA MORTE SUMIDA AOS BENEFÍCIOS DE VIDA: percorrendo o negócio funerário**

Belo Horizonte

2018

Oscar Palma Lima

**DA MORTE SUMIDA AOS BENEFÍCIOS DE VIDA: percorrendo o negócio funerário**

Tese apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito à obtenção do título de Doutor em Administração.

Área de concentração: Estudos Organizacionais, Trabalho e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carrieri

Belo Horizonte

2018

Ficha catalográfica

Lima, Oscar Palma.

L732d

Da morte sumida aos benefícios de vida [manuscrito] :  
percorrendo o negócio funerário / Oscar Palma Lima. – 2018.

2018

312 f.: il.

Orientador: Alexandre de Pádua Carrieri.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de  
Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.

Inclui bibliografia (f. 283-312).

1. Morte – Teses. 2. Serviço funerário – Teses. 3. Medicina legal –  
Teses. I. Carrieri, Alexandre de Pádua. II. Universidade Federal de Minas  
Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. III. Título.

CDD: 304.64

Elaborado por Leonardo Vasconcelos Renault CRB-6/2211

Biblioteca da FACE/UFMG. – LVR 113/2023



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Ciências Econômicas  
Departamento de Ciências Administrativas  
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO do Senhor **OSCAR PALMA LIMA**, REGISTRO N° 204/2018. No dia 30 de maio de 2018, às 14:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 02 de maio de 2018, para julgar o trabalho final intitulado "**Da morte sumida aos benefícios de vida: percorrendo o negócio funerário**", requisito para a obtenção do **Grau de Doutor em Administração**, linha de pesquisa: **Estudos Organizacionais e Sociedade**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carrieri, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO;

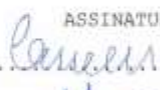
( ) APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

( ) REPROVAÇÃO.


O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 30 de maio de 2018.

NOMES


ASSINATURAS

Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carrieri .....  .....

ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Alfredo Rodrigues Leite da Silva .....  .....

(PPGADM/UFES)

Profª. Drª. Annette Gertrud Anneliese Leibing .....  .....

(Faculté des Sciences/Université de Montreal)

Profª. Drª. Denise Franca Barros .....  .....

(PPGA/UNIGRANRIO)

Profª. Drª. Elise Yoshie Ichikawa .....  .....

(Universidade Estadual de Maringá/PR)

## RESUMO

Essa tese tem como objetivo examinar a influência da *episteme* médica nas práticas e estratégias do mercado funerário, a partir de três negócios do setor: os laboratórios de tanatopraxia, as funerárias e os planos funerários familiares. O material empírico foi recolhido durante 2015 e 2016, quando fiz entrevistas e anotações; observei práticas diversas (rituais de velório, higienização de cadáver, transações de bens e serviços, transporte, enterro, cremação, para citar alguns) e tive acesso a material impresso. A parte teórica se baseou nas ideias de filósofos e sociólogos pós-estruturalistas, ainda que complementada pontualmente por estudiosos de outras áreas de conhecimento. Na primeira parte, busquei entender as burocracias que controlam a mortalidade e a linguagem médica que elas utilizam para a contabilidade dos óbitos – uma linguagem instrumental e seletiva que se consolida em conjunto com profissionais e instituições que passaram a se ocupar diretamente com a morte e o morrer. Na segunda parte, estudei as atividades comerciais que, para mim, se desenvolvem e se fortalecem em meio às instituições da primeira parte da tese. Me interessa mostrar as transformações do negócio funerário a partir de uma organização social cuja perspectiva da morte não é exclusivamente religiosa.

**Palavras-Chave:** Negócio funerário. Morte. Medicalização. Consumo.

## **ABSTRACT**

*This thesis aims to examine the influence of medical episteme on funeral market practices and strategies, based on three businesses of the sector: embalming laboratories, funeral homes and family funeral plans. The empirical material was collected during 2015 and 2016, when I did interviews and took notes, observe various practices (waking rituals, corpse cleaning, transactions of goods and services, transportation, burial, cremation, to name a few) and had access to printed material. The theoretical part was based on the ideas of post-structuralist philosophers and sociologists, although I complemented them punctually with scholars of other areas of knowledge. In the first part, I tried to understand the bureaucracies which control mortality and the medical language they use to account deaths – an instrumental and selective language that consolidates along with professionals and institutions that became directly involved in death and the dying. In the second part, I studied the commercial activities that, for me, were developed and strengthened parallelly the institutions of the first part of the thesis. I am interested in showing the transformations of the funeral business from a social organization whose perspective of death is not exclusively religious.*

**Keywords:** *Funeral business. Death. Medicalization. Consumption.*

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Atestado de Óbito XIX.....	62
Figura 2 – Fluxo da Informação de óbitos hospitalares.....	64
Figura 3 – Cabeçalho da Declaração de Óbito .....	70
Figura 4 – Local de ocorrência do óbito.....	80
Figura 5 – Prováveis circunstâncias de morte não natural.....	91
Figura 6 – As causas da morte.....	105
Figura 7 – Caso 1.....	112
Figura 8 – Caso 2.....	112
Figura 9 – Caso 3.....	113
Figura 10 – Exemplo 1.....	114
Figura 11 – Exemplo 2.....	114

## **LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS**

**ABRASIF** Associação Brasileira do Setor de Informações Funerárias

**ANS** Agência Nacional de Saúde Suplementar

**ANVISA** Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**AT** Acidente de Trabalho

**AVC** Acidente Vascular Cerebral

**BACEN** Banco Central do Brasil

**CBCD** Centro Brasileiro de Classificação de Doenças

**CBO** Classificação Brasileira de Ocupações

**CID** Classificação Internacional de Doenças

**CEARF** Código de Ética e Auto-Regulamentação do Setor Funerário.

**CF** Constituição Federal

**CFM** Conselho Federal de Medicina

**CLT** Consolidação das Leis do Trabalho

**CNAE** Classificação Nacional de Atividades Econômicas

**CNESeg** Confederação Nacional das Empresas de Seguros

**CRM** Conselho Regional de Medicina

**DATASUS** Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

**DETRAN** Departamento de Trânsito

**DO** Declaração de Óbito

**DPVAT** Seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre

**EPI** Equipamento de Proteção Individual

**FUNASA** Fundação Nacional de Saúde

**FPMZ** Fundação de Parques Municipais e Zoobotânica



**FSCBH** Funerária Santa Casa de Belo Horizonte

**FTC** *Federal Trade Commission*, Comissão de Comércio Federal

**FUNENSEG** Escola Nacional de Seguros

**IBGE** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**ILPI** Instituição de Longa Permanência de Idosos

**IML** Instituto Médico Legal

**MS** Ministério da Saúde

**MTE** Ministério do Trabalho e Emprego

**NDM** *Natural Death Moviment*, Movimento de Morte Natural

**NTE** Norma Técnica Especial

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**PBH** Prefeitura de Belo Horizonte

**PEA** População Economicamente Ativa

**PGM** Procuradoria Geral do Município de Belo Horizonte

**PM** Polícia Militar

**PROCON** Proteção ao Consumidor

**PSIU** Posto de Serviço Integrado Único

**RDC** Resolução da Diretoria Colegiada

**SAMU** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SCI** *Service Corporation International*

**SEBRAE** Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

**SES** Secretaria Estadual de Saúde

**SIM** Sistema de Informação sobre Mortalidade

**SMAAS** Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social

**STF** Supremo Tribunal Federal

**SUS** Sistema Único de Saúde

**SUSEP** Superintendência de Seguros Privados

**SVO** Serviço de Verificação de Óbitos

**UERJ** Universidade Estadual do Rio de Janeiro

**UFMG** Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1 – Apresentação.....	13
1.2 – A pesquisa de campo.....	14
1.3 – A descobertas gerais do campo .....	23
1.4 – A morte nos Estudos Organizacionais.....	24
1.5 – A tese e os seus pressupostos epistemológicos.....	28
<b>2 – A CONTABILIDADE DE ÓBITOS NO BRASIL.....</b>	<b>47</b>
2.1 – O controle da morte: de rituais a números e categorias.....	47
2.2 – Os mecanismos de controle da mortalidade no Brasil: o IBGE e o SIM.....	53
2.3 – A declaração de óbito dentro do contexto do SIM e do registro civil.....	60
<b>3 – A DECLARAÇÃO DE ÓBITO.....</b>	<b>70</b>
3.1 – O óbito: de acontecimento a processo.....	70
3.2 – Os locais de óbito.....	80
3.3 – As mortes não naturais.....	91
3.4 – A cadeia causal.....	105
<b>4 – O NEGÓCIO DOS LABORATÓRIOS DE TANATOPRAXIA.....</b>	<b>120</b>
4.1 – Introdução.....	120
4.2 – O início dos tanatórios.....	124
4.3 – Os poderes das polícias municipais.....	138
4.4 – As relações entre trabalhadores estigmatizados e as famílias .....	145
4.5 – A gestão dos riscos e erros do serviço.....	155
<b>5 – AS FUNERÁRIAS E SEUS CANAIS DE CIRCULAÇÃO.....</b>	<b>161</b>
5.1 – A função social dos funerais.....	166
5.2 – Um serviço concedido.....	170

5.3 – Uma organização social da morte.....	177
5.4 – Descrição das funerárias.....	180
5.5 – O consumidor vulnerável.....	190
5.6 – Navegando pela barca de Caronte: a economia de captura dos clientes.....	197
<b>6 – OS PLANOS FUNERÁRIOS.....</b>	<b>224</b>
6.1 – Introdução.....	224
6.2 – A realidade econômica brasileira e os planos funerários.....	226
6.3 – Os clientes do plano.....	231
6.4 – Circulando o nome.....	238
6.5 – O “valor” do plano funerário.....	245
6.6 – Mais que um plano funerário, um clube de vantagens.....	256
6.7 – Aquém dos planos de saúde, os benefícios de vida.....	263
<b>7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>275</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>284</b>

# 1 - INTRODUÇÃO



## 1.1 – Apresentação

E foi assim, há doze anos, que aconteceu o meu primeiro contato pessoal com a indústria funerária. Lembrando aquele dia, posso dizer que muitas das coisas que estudei nesta tese aconteceram comigo: a vulnerabilidade, o ativismo familiar (sobretudo de tios e primos), a raiva dos agentes funerários pelos atrasos que eles causaram, o desuso de desinformação para vender um caixão mais barato que o seguro cobria, etc. O tempo passou e o meu interesse no negócio funerário voltou quando eu decidi fazer o doutorado em Administração. Como graduado e mestre em Filosofia, a questão da morte sempre me interessou, ainda sim sabia pouco sobre isso; tinha somente algumas referências esparsas como “Ser e Tempo” de Martin Heidegger e “Luto e Melancolia” de Sigmund Freud. Também eu nunca tinha lido nada específico sobre o negócio mortuário (funerárias, cemitérios, necrotérios, crematórios, planos funerários e negócios auxiliares), a não ser algumas investigações jornalísticas. Eu compartilhava da crença de que esse negócio era uma “máfia” e as pessoas me alertavam se eu não correria risco de vida ao fazer essa pesquisa. Além disso, eu estaria lidando com lugares perigosos, de contágio por doenças infectocontagiosas graves, porque armazenavam corpos em decomposição.

Inicialmente eu queria entender como os símbolos funerários foram construídos para depois se tornarem mercadorias comercializadas. Até aquele momento, os livros de referência eram de estudiosos como Philippe Ariès (1977) e Norbert Elias (1985); e mais uns poucos textos gerais sobre o tema. Estava mais fácil falar sobre a “morte” do que sobre o “negócio da morte”. À medida que aprofundei na literatura e ao elaborar uma proposta de projeto para o doutorado sanduíche, comecei a vislumbrar outras possibilidades que pudessem interessar aos orientadores estrangeiros. A pesquisa na *internet* me levou a notícias de empresas vendendo planos funerários familiares com descontos em clínicas médicas populares, além de outros benefícios para os seus associados. Após ter descoberto tal situação peculiar, me chamou a atenção o fato de não haver nenhum estudo em profundidade sobre o assunto. Aliás, em literatura nacional, há pouca coisa publicada sobre o negócio funerário<sup>1</sup> e nenhum artigo científico na Administração<sup>2</sup>. A partir de então, o meu objetivo foi entender como operam essas empresas.

## 1.2 – A pesquisa de campo

A minha tese remete à tradição *qualitativa* de investigação que, diferentemente da tradição quantitativa que busca dar vida própria às variáveis independentes da consciência humana, visa compreender o fenômeno a partir das significações que os fenômenos recebem dos sujeitos em suas atividades cotidianas. Os temas com as quais eu me ocupei (identidade, estratégia e cotidiano<sup>3</sup>) são de difícil exploração e remetem à profundidade do tecido

---

<sup>1</sup> O mesmo não acontece com a pesquisa de cemitérios. Estes cada vez mais são utilizados como fonte para pesquisas em Religião, Antropologia, História, Arte, entre outros.

<sup>2</sup> Eu não encontrei nenhum artigo ao pesquisar no indexador spell.org. Disponível em: < [http://www.spell.org.br/documentos/resultadobusca/?eou%5B%5D=&tipo\\_busca=simples&campo%5B%5D=TITULO&texto%5B%5D=funer%C3%A1ria&eou%5B%5D=E&campo%5B%5D=TITULO&texto%5B%5D=&eou%5B%5D=E&campo%5B%5D=TITULO&texto%5B%5D=&mes\\_inicio=&ano\\_inicio=&mes\\_fim=&ano\\_fim=](http://www.spell.org.br/documentos/resultadobusca/?eou%5B%5D=&tipo_busca=simples&campo%5B%5D=TITULO&texto%5B%5D=funer%C3%A1ria&eou%5B%5D=E&campo%5B%5D=TITULO&texto%5B%5D=&eou%5B%5D=E&campo%5B%5D=TITULO&texto%5B%5D=&mes_inicio=&ano_inicio=&mes_fim=&ano_fim=) > Acesso em: 15 jan. 2018.

<sup>3</sup> Segundo Lefebvre (1991), o cotidiano seria a expressão de práticas contraditórias e que ao mesmo tempo reproduzem a lógica social (de mercado) como também possibilitam a recriação desta lógica pelos sujeitos. Para Certeau (1994), o cotidiano é construído por meio de bricolagens dos vários indivíduos que compartilham de um mesmo espaço. Os sujeitos seriam capazes de se apropriar da esfera simbólica constituídas na sociedade pelos grupos dominantes e transformá-la, ressignificá-la, de acordo com suas próprias necessidades e possibilidades.

sociocultural. Como não me propus a estabelecer leis e regras universais, na presente tese trilhei os caminhos de uma pesquisa qualitativa (TRIVIÑOS, 1987; GOLDENBERG, 2002). Esse tipo de pesquisa “compreende um conjunto de práticas interpretativas, mas não privilegia qualquer tipo de metodologia, inexistindo teoria ou paradigma que lhe seja próprio” (LUZ, 2001, p. 95). No geral, ela utiliza vários tipos de métodos científicos (semiótica, análise do discurso, análise de conteúdo); e também empíricos (estudo de caso, experiência pessoal, história de vida, entrevistas, observação participante e análise de documentos históricos). Essa liberdade me permitiu ver melhor o funcionamento do negócio da morte, que eu contextualizei numa dinâmica de relações *entre* os dados colhidos (CHIZZOTTI, 1991).

Para a pesquisa de campo em Belo Horizonte, trabalhei em duas frentes. A primeira foi a funerária “A”, uma empresa de renome e a mais antiga em funcionamento na cidade. Para tanto, utilizei do contato com os médicos que eu já conhecia, alguns colegas de profissão de meu falecido pai. A outra frente foi através de uma amiga, estudante de arquitetura e estagiária da Fundação de Parques Municipais, responsável pelos quatro cemitérios públicos da cidade. Do primeiro contato com os funcionários dos cemitérios públicos, fui conhecendo também os gestores das funerárias privadas, que apareciam durante os momentos de entrevista. E foi assim que eu cheguei na funerária “B”, uma grande funerária privada da cidade, com a qual eu pude entrevistar alguns de seus gerentes.

No todo as entrevistas em Belo Horizonte ocorreram entre setembro e novembro de 2015. Foram feitas 57 entrevistas na cidade que foram gravadas para transcrição e análise. Eu me apresentei como um estudante que estava fazendo um “trabalho de faculdade”. Alguns entrevistados (sobretudo os funcionários) foram muito solícitos e por vez elogiavam a iniciativa de estudar um tipo de negócio que ninguém tinha interesse. Outros entrevistados eram bastantes desconfiados. Eu completei as entrevistas com observação e dados secundários (leis, relatórios, manuais, laudos técnicos do Governo e resoluções do conselho federal de medicina). As observações geraram notas de campo para as quais eu considerei eventos, discursos específicos, reflexões pessoais (de onde eu produzi as análises propriamente ditas). Enquanto as entrevistas permitiram o entendimento das histórias profissionais e os dados secundários documentavam a historicidade, a observação sistemática permitiu o acesso às

atividades no cotidiano dos atores sociais. Como eu intentava fazer uso da técnica de triangulação para combinar metodologias e o máximo de fontes para proporcionar maior suporte teórico e empírico à pesquisa, eu adotei a ordenação e a catalogação sistemática dos dados por tipo e por ordem cronológica (MARRE, 1991).

Visitei os cemitérios públicos municipais com o intuito inicial de colocá-los na tese, pois, em relação aos cemitérios privados de Belo Horizonte, eu havia conseguido apenas uma entrevista com um gestor na sede da empresa. O Cemitério do Bonfim é o mais antigo da cidade e foi pensado para uma elite política e econômica mineira. Hoje ele realiza 106 sepultamentos por mês. Ali já foram realizados mais de 200 mil sepultamentos. Ele foi inaugurado em 1897, enquanto vigorava aqui a ideologia higienista que originou o modelo moderno de cemitério (cf. FOUCAULT, 1986). Trata-se de um cemitério horizontal com túmulos e jazigos; além de grandes construções, estátuas e mausoléus – muitas delas de autoria de escultores italianos que moravam no Brasil em fins do século XIX. Há também obras de arte de estilos diversos – Belle Époque, Art Déco, modernismo brasileiro, etc. Para conhecê-lo, além das entrevistas, eu participei de uma visita pública agendada para grupos. O Cemitério da Paz, de 1967, é um cemitério-parque público para as classes populares. Nos foi dito que o terreno foi doado pelo falecido empresário Antônio Luciano Pereira, para que se enterrasse um de seus funcionários. Outros dois cemitérios populares são o cemitério da Saudade, construído em 1942 e que hoje registra média de 234 sepultamentos por mês, e o cemitério da Consolação, construído em 1979, que hoje possui quatro velórios e tem média de 140 sepultamentos por mês.

A visita desses cemitérios serviu para eu compreender algumas coisas. Em *primeiro lugar*, os funcionários terceirizados (coveiros, construtores, etc.) se mostraram fontes importantes de pesquisa. Acontece que, como a maioria dos altos postos são cargos políticos, quase sempre são rotativos, a cada mudança de prefeito, mudam-se os funcionários públicos responsáveis, e todo o conhecimento acumulado da gestão anterior é perdido. Além disso, é visto com maus olhos quem é transferido para a administração dos cemitérios, geralmente pessoas que tiveram problemas em outros departamentos e foram enviadas para lá como punição. *Segundo lugar*, as diferenças de classe social quanto ao lugar de morrer. Por exemplo, os cemitérios populares



são o destino de grande parte da população de baixa renda da cidade, pois as taxas são as mais baratas. Mas é preciso adquirir um jazigo perpétuo após três anos do sepultamento para permanecer ali. Quando ninguém surge para fazê-lo, como é o caso dos indigentes, os seus restos mortais são enviados aos ossuários e se misturam com os restos de outros desconhecidos. Em *terceiro lugar*, o ativismo das maiores empresas nos cemitérios, considerando que os trabalhadores dali eram observadores atentos do setor funerário. Por exemplo, algumas funerárias utilizam destes espaços para fazer publicidade, seja em datas comemorativas como Finados, por meio de licitação aberta pela PBH; seja ao longo do ano, através de doações de uniformes, pintura, presentes para funcionários, etc. Além disso, diferentes tentativas de parceria entre funerárias e cemitérios municipais, algumas bem-sucedidas e outras nem tanto, são formas das funerárias de baixar custos, agilizar o desfazimento de cadáveres e fazer um bom nome para captar clientes (o que eu exploro no capítulo 5). Em *quarto lugar*, o desinteresse da PBH em investir nos cemitérios. Inclusive, a atual gestão criou a “Fundação de Parques Municipais e Zoobotânica”, uma autarquia para com a finalidade de atrair recursos do setor privado. Durante a pesquisa, houve uma certa apreensão das funerárias quanto a intenção da PBH em estabelecer parcerias público-privadas (PPP) para a exploração dos cemitérios municipais<sup>4</sup>, uma situação que poderia aumentar as taxas cemiteriais e inviabilizar o enterramento de pessoas de classes sociais mais pobres, grandes consumidores desses serviços. Aliás, eu ouvi de um entrevistado que “morto não dá voto”, ao contrário de temas como educação, saúde e segurança. Por fim, a constatação o alto índice de homens jovens mortos pela violência nas periferias e nas favelas da cidade – uma informação que foi aproveitada no item 3.3 (Mortes não naturais), como uma característica sombria da nossa economia, e no capítulo 6 (Os planos funerários), na minha tentativa de esboçar as características consumidor de baixa renda dos planos funerários.

Conforme dito acima, em visita ao Cemitério da Paz, fui apresentado ao gerente comercial da funerária “B”, que foi muito solícito em responder minhas perguntas. Juntamente com a funerária “A”, que durante muito tempo foi líder de mercado, eu pude entender como uma

---

<sup>4</sup> Disponível em: < <http://hojeemdia.com.br/horizontes/al%C3%A9m-dos-parques-pbh-quer-terceirizar-a-administra%C3%A7%C3%A3o-dos-cemit%C3%A9rios-p%C3%BAblicos-da-cidade-1.327009> >. Acesso em: 21 nov. 2015.

cadeia funciona pela perspectiva de seus funcionários: a recepção do cadáver no necrotério do hospital, o traslado, a ornamentação do corpo (coroa de flores, necromaquiagem, etc.), a preparação para o velório e o enterro. Ali conheci parte do processo de gestão, a logística e o *marketing* de vendas (clientes individuais, famílias e cooperativas e sindicatos profissionais). Especificamente na funerária “A”, pude ver a implementação de um controle de qualidade. Além disso, notei que toda a sua organização foi construída a partir dos recursos (físicos, financeiros, pessoal, etc.) e do conhecimento médico (como embalsamamento) disponíveis nos hospitais do Grupo responsável por esta empresa fazia. O fato dessa empresa estar ligada ao ramo hospitalar facilita com que ela tenha facilidade de atender clientes enlutados em diversos hospitais – um tema do capítulo 5.

A passagem pelas duas funerárias teve outros efeitos sobre a minha pesquisa. Em primeiro lugar, como era recorrente os entrevistados falarem da *necessidade da Declaração de Óbito* para dar início a qualquer procedimento no corpo, resolvi explorar esse o funcionamento deste documento na primeira parte. Em segundo lugar, os contatos das funerárias facilitaram visitas a outros empreendimentos do setor, que aconteceram por indicação. O primeiro deles foi o cemitério privado “C”, um cemitério-parque, voltado para o público popular, localizado em Santa Luzia, região metropolitana de Belo Horizonte, que também tem serviços de cremação. *Esse foi o único cemitério privado que pude visitar*. De fato, os proprietários dos cemitérios se mostraram pouco disponíveis com a pesquisa. O segundo deles foi as clínicas populares de saúde dos planos funerários. Em algumas dessas clínicas, fui bem recebido e pude fazer bem a pesquisa. Em outras, após alguns agendamentos, as respostas eram quase monossilábicas. Sendo bem ou mal atendido, enquanto eu esperava, conversei com alguns clientes e busquei entender o que os levava até ali. O terceiro deles foi os laboratórios de tanatopraxia, que preparam os cadáveres para velório. Uma descoberta foi que o surgimento desse negócio está diretamente relacionado à Norma Técnica Especial nº 002/2001 da PBH, uma contramedida municipal a um suposto comércio ilegal de partes de cadáveres. De fato, um “medo urbano” pode incentivar o Estado a regular um meio (cf. FOUCAULT, 1986), algo que trabalhei no quarto capítulo (cf. item 4.1).

Na pesquisa, eu também descobri haver empresas que atuam no negócio funerário, que originalmente estavam relacionadas a serviços de saúde e/ou de prevenção. Por exemplo, visitei o grupo “D” uma empresa administradora de planos preventivos que adquiriu uma funerária para oferecer este serviço diretamente aos seus associados. Outro exemplo foi a empresa “F”, que presta serviços de saúde, ainda que contra o Conselho Regional de Medicina (CRM), e que recentemente passou comercializar um seguro funerário. Um último exemplo foram os auxílios funerários das seguradoras e dos bancos. Essa descoberta teve duas consequências para a tese. A primeira delas foi o item 3.3, onde eu discuto a noção de *acidente* como uma nova mentalidade (longe de ser uma providência divina, o acidente pode ser calculado por probabilidades matemáticas e reduzido por ações preventivas). É sabido que mudanças nas ideologias de *risco* e *especulação* possibilitaram o desenvolvimento dos seguros de vida (cf. ZELIZER, 1978, p. 596 – 7). Nesta seção, eu aproveitei para mostrar um modo específico de “deixar morrer”, nos casos de acidente de trabalho, quando se apaga a agência humana e o contexto socioeconômico das causas declaradas na Declaração de Óbito. Nos Estudos Organizacionais, esse poder da medicina de redefinir os casos de doença e de morte em situações de trabalho precário é um tópico ainda pouco explorado. Eu achei importante falar sobre os riscos do trabalho precário porque os principais clientes dos planos funerários, isto é, a “ralé” e os “batalhadores”, executam esse tipo de trabalho e estão mais sujeitos aos seus riscos (cf. SOUZA, 2003, 2012, 2015). A segunda consequência delas, foi esclarecer como os planos funerários foram redefinidos como forma de prevenção de doença, os chamados “benefícios de vida” (cf. capítulo 6). Até porque, as mudanças de mentalidade relativa a esse serviço (o que, obviamente, alavancou a sua comercialização) ocorrem no contexto dos programas do governo do Partido dos Trabalhadores de promoção da inclusão social pelo sistema financeiro (cf. BESTER et al, 2011).

Na cadeia funerária de Belo Horizonte, há ainda empresas que prestam serviços para as funerárias, não tendo contato direto com cadáveres (cf. KOPP e KEMP, 2007). Visitei a “empresa G”, localizada no Mercado Novo, na região central da cidade, a única empresa especializada na cidade na fabricação de Santinhos, Lembrancinhas de Luto para Missa de Sétimo dia. Outra empresa prestadora de serviços funerários foi a “empresa H” de traslados póstumos, uma empresa criada com o objetivo de auxiliar as funerárias de Belo Horizonte ao traslado funerário por via terrestre – viagens, remoções e cortejos. Cada uma dessas

empresas prestadoras de serviço merecia um capítulo à parte, mas para esta tese, a importância delas está no fato de que seus gestores me apontaram problemas relevantes do mercado funerário da cidade.

Visitei também a empresa “Funeral House”, inspirada no modelo estadunidense e localizada num bairro nobre da cidade. O empreendimento é ligado a um grupo que detém dois cemitérios privados e uma funerária. Ali, não me foi dada permissão de fazer a pesquisa. Essa visita ocorreu na ocasião do velório do meu tio André Gazzola (1954 – 2016). Como cliente, pude ver de perto os processos gerenciais que envolvem uma cerimônia naquele estabelecimento (as pétalas de rosas, o buffet, lembranças de luto, homenagem musical e carro de luxo para traslado) e as adaptações de uma instituição estadunidense para a realidade belo-horizontina.

Por fim, ainda na cidade de Belo Horizonte, mas para além do negócio funerário, fui ao Instituto Médico Legal (IML), no Bairro Gameleira, sob orientação de uma pessoa conhecida daquela instituição. O IML é um órgão da Polícia Civil estadual que objetiva realizar perícias em pessoas vivas e em cadáveres para esclarecer crimes. O objetivo foi entender como é a atuação das funerárias na captação de clientes e quais as contramedidas. Ali, senti haver restrições de tempo e lugar para que fossem respondidas minhas questões. Uma descoberta importante foi compreender a racionalidade pericial em relação aos cadáveres (cadáver como prova de um crime) se diferencia da racionalidade hospitalar (cadáver como falência de um tratamento), uma distinção que trabalhei no capítulo cinco (cf. item 5.6).

Sob recomendação de um gestor da funerária “A”, viajei à Curitiba em julho de 2016, por uma semana, para realizar nove entrevistas. O propósito principal foi para conhecer o sistema de rodízio de funerárias da cidade. Esse sistema não seria necessário se o nosso entendimento da morte não fosse *medicalizado*, ainda que não totalmente: como muitas pessoas morrem em hospitais (cf. item 3.2), este considerado um lugar de cura por excelência, é ali que as funerárias vão buscar clientes. Assim, desde 2002, como forma de evitar o “agenciamento” ou

“captura” deles, um escritório sorteia os atendimentos para 26 funerárias habilitadas pela prefeitura por meio de licitação. Ali, pude entender como o poder público atuou nas “regras do jogo” para coibir os abusos dos agentes econômicos, num mercado caracterizado pela fragilidade emocional e desinformação dos consumidores. O dispositivo de agenciamento/canalização se tornou um capítulo específico da tese, devido a sua complexidade.

Em Curitiba, eu encontrei alguns negócios que não havia visto em Belo Horizonte. Visitei a funerária e crematório “I”, empresa que produziu o primeiro diamante de cinzas humanas do Brasil. Este serviço não será explorado nesta tese, mas a entrevista com os donos (filho e neta de um fabricante de caixões) foi bastante instrutiva sobre o histórico recente do setor funerário no país. Também visitei a “empresa J”, que prepara os seus participantes para desenvolverem ações de homenagem póstuma. A empresa também aluga auditórios para a realização de cerimoniais. Por último, visitei o cemitério vertical de Curitiba, inaugurado em 1989. Ali pude ver o atendimento dos assistentes sociais aos enlutados. Dessas duas visitas, ficou evidente para mim um discurso terapêutico do luto que completa e, até mesmo, toma lugar do discurso religioso, algo que eu trabalho no capítulo 4. Felizmente, em Curitiba, eu não encontrei resistências em participar da pesquisa (respostas monossilábicas, reagendamentos, etc.), que eu encontrei em alguns empresários mineiros.

Outra capital que visitei foi São Paulo, onde fiz trinta e cinco entrevistas. O intuito da viagem foi a feira do setor funerário e o primeiro crematório e a primeira *funeral home* do país. Começamos pela Feira Internacional de Produtos, Serviços e Equipamentos para o Setor Funerário e de Cemitérios (FUNEXPO) e que conta com a participação de dezenas varejistas e atacadistas que vendem produtos relacionados a funerais, cremação ou sepultamento e memoriais (fabricantes de caixões, de fornos, de castiçais, de químicos e ferramentas para embalsamamento, entre outros) e que me deram um melhor entendimento da *indústria mortuária*. Eu também fui à empresa *Funeral Home*, o primeiro negócio inspirado nas funerárias norte-americanas a ser inaugurado no país, em 2008. As entrevistas melhoraram o meu entendimento sobre a gestão dos riscos e dos erros de cerimônias (cf. item 4.5). Por fim, eu fui ao crematório Vila Alpina, o pioneiro na América Latina e o único da pesquisa. Ali,

pude ver algumas cerimônias, visitar o necrotério refrigerado e os fornos crematórios; além de entender as mudanças de hábitos em relação à cremação. A visita à São Paulo me mostrou como funciona um serviço fornecido por *monopólio estatal*, o que enriqueceu as reflexões sobre a economia política municipal acerca dos negócios funerários (cf. item 5.2).

Depois de ter os dados recolhidos, como eu já havia dito, combinei diferentes métodos para lidar com as questões identitárias, espaciais e “estratégicas” que surgiram do material coletado. Essa liberdade existe na pesquisa qualitativa (DENZIN e LINCOLN, 1994) e aproxima o pesquisador de um *bricoleur* (CERTEAU, 1994). Primeiramente, eu procedi à análise empírica por meio do estudo multicasos para encontrar fatores comuns no grupo escolhido; fatores comuns apenas a alguns subgrupos; e fatores únicos em caso específico (TRIVIÑOS, 1987). Eu também utilizei o método biográfico para saber o sentido das experiências profissionais cotidianas dos entrevistados (MARRE, 1991; GARFINKEL, 1967). Eu enriqueci a captura desse cotidiano com observações dos eventos e das atividades diárias. O meu intuito seria, primeiro, revelar como os indivíduos expressavam a atual época histórica e as características da sociedade através de suas vidas e ações e, segundo, detectar a relevância das atitudes do indivíduo no grupo (GOLDENBERG, 2002). E contra a dificuldade do método biográfico em reconstruir as relações dos indivíduos entre si (NEVES, 2003), utilizei a técnica do mosaico, buscando a contribuição de cada “peça” – entrevista, documento e/ou fonte histórica, escrita ou oral – na composição do todo (BECKER, 1994).

No total, para a pesquisa de campo, eu visitei 7 funerárias, o maior crematório público do país, 5 velórios privados, 6 cemitérios (5 públicos e 1 privado), 3 grandes seguradoras, 3 necrotérios privados, 2 necrotérios públicos e dezenas de negócios de suporte (fábrica de caixões, transportadoras, etc.) em 3 estados (Minas Gerais, Paraná e São Paulo). Foram cento e uma entrevistas no total, ainda que a compreensão dos fenômenos propostos não dependesse diretamente da quantidade de incursões ao campo.

### 1.3 – As descobertas gerais do campo

Houveram alguns achados gerais no campo que eu quero discutir agora. O primeiro deles diz respeito aos arranjos sociomateriais de captura de clientes. Num mercado cujas práticas comerciais estão em “envoltas em mistério” (trata de um mercado estigmatizado, cujos agentes mantêm companhia de cadáveres) e cujos consumidores estão abalados emocionalmente, o que dificulta a pesquisa e a escolha do melhor serviço (TROMPETTE, 2007); as empresas competitivas são aquelas que conseguem capturar as famílias através de uma gestão e de uma logística eficientes (cf. capítulo 5). Todo esse processo só se inicia quando o consumidor tiver a posse da Declaração de Óbito (DO), o que torna este documento em um comprovante material de como a racionalidade médica interfere na nossa compreensão da morte (cf. capítulo 2) e no cotidiano do negócio funerário (cf. item 5.6). Além disso, ao pesquisar sobre como as funerárias “capturam” seus clientes, eu pude registrar reiteradas reclamações de empresários acerca de seus concorrentes (emitir meia nota, espalhar boatos, fazer conluíus com agentes públicos e privados, etc.), o que me abriu a perspectiva associar atividades semilegais à gestão. De fato, se há uma “polícia mortuária” (cf. SILVA, 2000) e possível encontrar entendimentos tácitos e até corrupção entre funcionários públicos e empresários, fatos que há muito são noticiados neste mercado (cf. itens 4.3 e 5.6).

O segundo achado é a influência das feiras no hemisfério norte nas inovações neste mercado. Talvez porque o percurso dos corpos no negócio funerário se assemelha a outras partes do mundo moderno: remoção rápida para um necrotério, embalsamamento, “visualização” institucionalizada e eliminação por enterro ou cremação (cf. HUNTINGTON e METCALF, 1991). Eu percebi em campo que os serviços e produtos são que fortemente influenciados pelo estado peculiar de luto na cultura estadunidense. Muitos deles estão associados à terapia de luto (tanatopraxia, funerais personalizados, etc.) e não raro fornece aos sobreviventes uma nova linguagem para expressar si mesmos enquanto buscam um suposto processo de cura psicológica (cf. LADERMAN, 2003). Supõe-se que eles “beneficiam” aos enlutados por serem “terapêuticos”, dentro da velha máxima de que “os funerais não são para os mortos, e sim para os vivos” (cf. capítulos 4 e 5).

O terceiro achado importante diz respeito à permanência do modelo funerário que surge na República Velha. *Hospitalocêntrico* desde o início, ele foi pensado como uma forma de subsidiar os hospitais beneficentes com os lucros de todos os negócios funerários (DOWD, 1921). A contrapartida era que os hospitais removessem os cadáveres que morriam pela cidade. Em Belo Horizonte, a Funerária do Grupo Santa Casa (FSCBH), em acordo entre e a Prefeitura (PBH), tem o lema de “cuidar dos carentes e enterrar os indigentes”. Ela realiza o enterro gratuito de carentes e indigentes em troca do desfazimento de peças anatômicas retiradas dos pacientes dos dois hospitais do grupo. De outro lado, no plano das leis, os padrões de higiene originalmente elaborados para os hospitais balizam o funcionamento do negócio funerário, uma vez que agências funerárias, empresas de transporte de cadáveres, velórios, necrotérios, cemitérios, crematórios, entre outros, são considerados “estabelecimentos de interesse da saúde” (Norma Técnica Especial de nº 002/2001, art. 1º; cf. BRASIL, 2009).

Em último lugar, me chamou a atenção para a dimensão social do mercado, já que o seu público-alvo é majoritariamente pessoas de baixa renda. Eles são a maioria dos que consultam nas clínicas com desconto, que renegociam as mensalidades atrasadas com as empresas e que vão aos cemitérios municipais prestar homenagens nas datas religiosas e/ou significativas. Também são os que mais correm risco de ser enterrados como “indigentes” (cf. capítulo 4 e 6) e, dependendo da idade, serem vítimas da violência urbana (cf. item 3.3 e capítulo 6). A partir disso, eu adotei a premissa de que a morte não é a grande niveladora e me preocupei em trazer as práticas que corroborem essa minha visão. Isso quer dizer que *esta tese tem uma dimensão política*, algo que não é comum na Administração.

#### **1.4 – A morte nos Estudos Organizacionais**

Com raríssimas exceções, a teoria da administração continua ignorando o negócio mortuário, em geral, e o negócio funerário, em particular. Basta ir ao indexador Spell ([www.spell.org.br](http://www.spell.org.br)) para perceber que há apenas um artigo sobre funerárias, mais especificamente sobre marketing, publicado em 2015<sup>5</sup>. No plano internacional, escreve Tony

---

<sup>5</sup> Disponível em: [http://www.spell.org.br/documentos/resultadobusca/?eou%5B%5D=&tipo\\_busca=simples&campo%5B%5D=TI](http://www.spell.org.br/documentos/resultadobusca/?eou%5B%5D=&tipo_busca=simples&campo%5B%5D=TI)



Walter (2014), a teoria organizacional costuma tratar da morte no sentido metafórico, de forma que o tema da morte interage indiretamente com as organizações. Conforme aponta este autor, a maioria das análises gravitam entre usar o termo “morte organizacional” como uma metáfora para destacar o sofrimento humano em momentos de mudança organizacional; e entre aplicar a ideia de negação da consciência morte de Ernest Becker (cf. 1973) nas organizações, para compreender como esse tipo de ansiedade, que é uma importante força motriz do comportamento humano, também impulsionaria o comportamento organizacional. Esse seria o caso daquelas propostas de utilizar o desejo de imortalidade individual para influenciar o comportamento nas organizações, nas circunstâncias em que os funcionários assumam que a organização é imortal.

Usando essa classificação, poderíamos colocar, no primeiro grupo, autores como Reedy e Learmonth (2011), por se proporem a tratar “o fato brutal da morte” (cf. GLASER e STRAUSS, 1965, p. 3), isto é, tratar a morte em seu aspecto disruptivo, para questionar o propósito das organizações e o nosso lugar nelas (REEDY e LEARMONTH, 2011). Os autores identificam a existência de “sistemas discursivos e simbólicos que regulam e controlam os efeitos adversos, indisciplinados e perturbadores da morte” que, por meio da negação dela e de fantasias de imortalidade, nos leva “a várias formas de dominação e uma conformidade amortecedora” (Ibid., p. 127). Para Bell e Taylor (2011), nesses estudos, haveria mais interesse em solucionar problemas, controlar as reações de sofrimento de funcionários, minimizando o seu potencial disruptivo e o risco de mais um custo para os proprietários, do que buscar significados de uma morte organizacional.

Certamente esses autores seriam críticos do emprego de cerimônias de despedida em organizações “moribundas” para dirimir os conflitos que surgem com o fechamento dela: a ameaça de roubo e sabotagem pelo estafe, a desconfiança dos *stakeholders* ou a culpa dos gerentes pela demissão dos subordinados (cf. HARRIS; SUTTON, 1986). Eles também não

aceitariam, por exemplo, o uso de eufemismos (*downsizing*) pela alta cúpula para abrandar o sofrimento dos empregados e a responsabilidade dela em acabar ou diminuir uma organização (cf. STEIN, 1997) e nem, tampouco, integrar o medo da morte à gestão, ou seja, aproveitar dos sentimentos de fracasso e impotência de uma equipe para aumentar a eficiência dela (cf. LAPIERRE, 1989). Todavia, o objetivo da crítica deste primeiro grupo se limita *apenas* a encontrar “formas de trabalho e relações mais gratificantes dentro das organizações” (BELL; TAYLOR, 2011, p. 127), sem considerar que as suas descobertas podem facilitar o aperfeiçoamento das técnicas de poder que eles tanto criticam (cf. RODRIGUES, 1983).

O mesmo ponto apareceu em autores do segundo grupo, segundo a classificação de Tony Walter (2014), cujo exemplo mais notório ao nosso ver seria Burkard Sievers (1990, 1997). Em um de seus textos, Sievers (1997, p. 7) observa que a maioria das teorias de motivação partilham da convicção “de que o trabalho que as pessoas realizam nada tem a ver com suas vidas, nem a vida em geral tem ainda algo a ver com a morte”. Ele afirma que tal convicção reflete o quanto em nossa sociedade transformou a morte em uma moldura que daria significado à vida em um episódio crítico ou um ponto final no tempo de cada um (cf. ELIAS, 1985). Segundo ele, no caso das empresas ocidentais, o corte entre a vida e a morte é de dois tipos. O primeiro é a cisão entre o trabalho e a vida, que se manifesta na preocupação com a qualidade de vida no trabalho, mas não com a vida em si (ela seria assunto exclusivo de disciplinas como medicina, biologia e outros.). O segundo corte encontra-se entre os administradores e os trabalhadores da organização e funciona da seguinte maneira:

Apesar do fato de que algumas [empresas] possam ocasionalmente vir a falir, elas são construídas com a suposição de que irão durar para sempre. E, em conformidade com a cisão subjacente, são os administradores que, ao devotarem suas vidas ao crescimento e sobrevivência permanente da empresa, tentam continuamente provar sua própria imortalidade. Ao mesmo tempo, os trabalhadores da base parecem ser lesados até mesmo em sua mortalidade, na medida em que são convertidos em meios de produção, ferramentas, peças de engrenagem, materiais inúteis ou descartáveis. E, na medida em que os trabalhadores são vistos e tratados como coisas, são também considerados não-mortais (SIEVERS, 1997, p. 8).

Mas ainda que esse desdém do topo pela base que esteja presente em muitas culturas organizacionais, essa dimensão “parece estar persistentemente escondida nas atuais e bem-sucedidas novelas de excelência empresarial” (Ibid.). Para ele, elas silenciam sobre a crescente *diabolização* (do grego, *diabollein* – separar, dividir, fragmentar) da mortalidade nas organizações, presente em processos que conferem ares de *imortalidade* aos administradores ou *não mortalidade* aos trabalhadores. Nos dois casos, há nas empresas o que o autor chama de uma produção de *goods and gods*, ou a objetificação das experiências subjetivas dos trabalhadores e a deificação dos administradores, dois processos que comprometem toda relação entre trabalho, morte e vida em si<sup>6</sup>. Em outro texto, ele argumenta como isso ocorre:

Embora a realidade da morte seja basicamente negada pela nossa sociedade e pelas organizações de trabalho, parece que apenas os trabalhadores devam conscientemente carregar o peso de tal negação. Enquanto participantes da imortalidade da empresa, através da negação da própria morte, os administradores veem o resto e os trabalhadores como os objetivos de seu próprio destino divino. Como a morte e o cadáver em nossa sociedade muito frequentemente não têm outro significado além da configuração do nada e, portanto, têm que ser eliminados de uma forma bastante higiênica e estéril, a perda do trabalho e o desemprego têm um significado semelhante e, portanto, devem ser negados de forma semelhante, ou seja, através da esmola da empresa ou através de planos assistenciais. Como o seguro de vida em caso de morte, esses planos de ajuda aos desempregados representam uma tentativa da sociedade de não só livrar-se de quaisquer consequências mais sérias decorrentes de tal perda, como também negar tais consequências posteriores, sejam elas quais forem (SIEVERS, 1990, p. 12).

Ironicamente, Sievers (1990, 1997) soluciona dilema dos empregados que queiram conciliar com a inevitabilidade da morte e adquirir uma compreensão mais significativa do trabalho e da vida com uma reformulação das relações industriais que confie igualmente a participação de trabalhadores e gerentes na imortalidade da organização. Dito de outro modo, no âmbito da empresa, o problema existencial da mortalidade humana (particularmente de que todos vamos perecer, enquanto a ordem social – imortal – irá continuar) seria extinguir a distribuição

---

<sup>6</sup> Diabolizada a morte nas organizações, o indivíduo tem que corresponder às expectativas que o cercam de energia, competência, masculinidade, carreira e criatividade, enquanto no seu íntimo ele luta em dar significado à vida em geral, à vida profissional e à instituição que o emprega. Eis o seu dilema: tendo aprendido a esconder a sua busca por sentido e a experiência de falta de sentido, ele tende a deslocar o sentido de sua vida para o sucesso e sobrevivência da organização. O sentido oferecido pela empresa torna-se um substituto para a sua experiência pessoal da morte (SIEVERS, 1997).

desigual de “despojos de imortalidade” que ali ocorrem (ROSENTHAL, 1995). Isso é o que ele parece sugerir ao reformular as relações de trabalho por meio de uma “administração da sabedoria”, em virtude da sabedoria ser possível a qualquer um e poder ser um critério da empresa para produzir “agentes mortais da imortalidade” (SIEVERS, 1990, p. 9). Em resumo, a solução para o problema da morte nas organizações é a sua negação – a imortalidade.

Certamente Foucault (1978b, p. 443) não ficaria satisfeito com essa solução, uma vez que para ele “sonhos de imortalidade se parecem muito e levam rápido ao enfado”. Além disso, eles se apresentam pobres “quando comparados com a maneira como os homens do Ocidente teceram, dia após dia, tantas relações diversas com a morte e fabricaram tantas maneiras de morrer”. Ele está se referindo ao livro “O homem diante da morte” de Phillipe Ariès, historiador de “erudição estonteante” que discorreu sobre as transformações dos “diferentes regimes da morte” do Ocidente (grifo nosso). O que seria determinante neste livro, segue Foucault, foi a substituição de uma “metafísica do após a morte” por uma “‘física’ da própria morte”, em que “as estratégias” relativas a ela não seriam “a mesma fuga sempre derrisória diante do aniquilamento”, mas antes “todo o sério da relação que se mantém consigo mesmo, com os outros, com a natureza e com o mal” (1978b, p. 443, grifo do autor).

### 1.5 – A tese e os seus pressupostos epistemológicos

A pergunta que norteia esta desta tese é: como a *episteme* da medicina moderna presente nas práticas estatais e pessoais para lidar com a morte interfere nas organizações funerárias? O meu objetivo é responder essa pergunta enquanto eu analiso uma “física” que associa *morte* a *negócio*, entendendo por “física” o conjunto específico de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação e de alvos (cf. FOUCAULT, 1978b; Ibid., 1975, p. 238). Já quanto à *episteme*, eu considere o conceito de *prática* e de *formação discursiva* (cf. CASTRO, 2011, p. 217). Sinteticamente, uma *prática* seria a racionalidade ou a regularidade que organiza o que os homens fazem – “sistemas de ação enquanto são habitados pelo pensamento” (FOUCAULT, 1984, p.209) –, que possui sistematicidade e generalidade (ou

recorrência), o que lhe permite constituir *experiências* ou *pensamentos* (cf. CASTRO, 2011, p. 427). Especificamente, uma *prática discursiva* seria “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa” (FOUCAULT, 1966, p. 133). Ainda assim, no nível da descrição arqueológica, é possível definir *episteme* como *formação discursiva*:

Por *episteme* entende-se, na verdade, o conjunto das relações que podem unir, em uma dada época, as práticas discursivas que dão lugar a figuras epistemológicas, a ciências, eventualmente a sistemas formalizados; o modo segundo o qual, em cada uma dessas formações discursivas, se situam e se realizam as passagens à epistemologização, à cientificidade, à formalização; a repartição desses limiares que podem coincidir, ser subordinados uns aos outros, ou estar defasados no tempo; as relações laterais que podem existir entre figuras epistemológicas ou ciências, na medida em que se prendam a práticas discursivas vizinhas mas distintas. A *episteme* não é uma forma de conhecimento, ou um tipo de racionalidade que, atravessando as ciências mais diversas, manifestaria a unidade soberana de um sujeito, de um espírito ou de uma época; é o conjunto das relações que podem ser descobertas, para uma época dada, entre as ciências, quando estas são analisadas no nível das regularidades discursivas (FOUCAULT, 1966, p. 214).

À grosso modo, uma *episteme* se refere ao “sistema de conceitos que define o conhecimento para uma dada era intelectual” (GUTTING, 2005, p. 9). Trata-se, portanto, de um conjunto básico de princípios, enunciados e regras que governam a produção de discursos (e, conseqüentemente, as condições de possibilidade para que algo seja pensado) durante um período (VEIGA-NETO, 2007). **Para esta tese, me interessa o papel das práticas médicas em estabilizar o significado da morte como *negócio*, com características próprias de nossa época, se comparado a um período de grande influência das ordens religiosas** (cf. REIS, 1991, p. 228 – 246). Afinal, se, por um lado, uma *episteme* informa e dá sentido às práticas (discursivas e não-discursivas), por outro, ela funciona decorrência de tais práticas (VEIGA-NETO, 2007). Resumidamente, uma *episteme* possui os seguintes princípios organizativos:

[1] abre um campo inesgotável e nunca pode ser fechada; não tem por finalidade reconstruir o sistema de postulados a que obedecem todos os conhecimentos de uma época, mas sim percorrer um campo indefinido de relações. (...) [2] não é uma figura imóvel que, surgida um dia, seria convocada a apagar-se abruptamente; é um conjunto indefinidamente móvel de escansões, defasagens, coincidências, que se estabelecem e se desfazem. (...) [3] permite compreender o jogo das coações e das limitações que, em um momento determinado, se impõem ao discurso (...). [4] não é uma maneira de retomar a questão crítica (ou seja: dada uma certa ciência, quais são suas condições de legitimidade?) (Ibid., p. 214 – 215)

Portanto, sob essa perspectiva, não faz sentido discutir a organização da morte sem me referir ao corpo de regras e práticas através das quais diversos atores se relacionam com a morte tanto em nível material quanto em nível teórico (cf. PRIOR, 1989). O que busquei no meu trabalho de campo foi encontrar esse corpo de regras e práticas em conversas, comportamentos, manuais de procedimentos, livros didáticos, atestados de óbito, e como ele é composto e utilizado em ambientes específicos. Assim, não só o mundo das práticas, mas também as *estruturas teóricas* determinam e sustentam o que ocorre em certas organizações, tal como escreve Foucault (1977, p 157) acerca do hospital psiquiátrico, uma instituição que pode ser compreendida “a partir de algo exterior e geral, que é a ordem psiquiátrica, na medida em que essa ordem articula com um projeto absolutamente global, que visa toda a sociedade e que podemos chamar (...) de higiene pública”. Nesses termos, aponta Prior (1989), o que ocorre no *cartório* só tem sentido na perspectiva teórica que busca individualizar a morte e policiar suas causas; enquanto o que ocorre no *necrotério*, só faz sentido numa patologia que busca biologizar a morte e normalizar a doença. Portanto, o discurso de que a morte seria, primeiramente, um fato físico cujas causas estariam localizadas na anatomia humana, é o que confere razão tanto a essas organizações quanto ao que ocorre nelas.

Todavia, paralelamente, os discursos sobre a morte e o corpo não são confinados exclusivamente às teorias e práticas instrumentais dos agentes e agências do Estado. De fato, a esfera privada do luto, por envolver mais especificamente a dimensão familiar, possui dimensões não-materiais do falecido que também servem para estruturar características da existência humana e organizar as consequências sociais da morte – como as relações sociais e familiares, as crenças religiosas, os rituais, os sentimentos que surgem na presença da morte, etc. (PRIOR, 1989). Mas mesmo que o mundo privado do enlutado dê ênfase à personalidade social dos falecidos, também é verdade que é a *presença do cadáver* frequentemente fornece a ocasião para as práticas funerárias dos vivos acontecer sejam elas expressar sentimentos, realizar o ritual religioso, relacionar imagens de morte e/ou individualizar a morte (HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). De fato, no âmbito da coletividade, “os impactos sociais, financeiros e emocionais para aqueles que ficaram para trás são

reconhecidos em um nível, mas os enlutados devem continuar a rotina diária após um curto período “normal” de luto (STEVENSON, KENTEN e MADDRELL, 2016, p. 157).

Isso quer dizer que eu vou trabalhar os negócios funerários considerando as relações entre elementos que eu acredito serem as mais salientes do *momento atual*. Apesar dos conflitos entre a burocracia racional e um individualismo crescente podem levar o “renascimento da morte” de uma nova forma, eu estou tomando como certa uma *relativa divisão entre as esferas pública e privada*, entre o mundo do trabalho e da razão e o mundo da família e da emoção, e essa divisão se reflete no modo vigente de morte (WALTER, 1994). Isso inclui, em primeiro lugar, uma estrutura social em que a produção e consumo se separaram; e, em segundo lugar, uma esfera pública baseada na tecnologia, organização racional, eficiência e/ou lucro; e uma esfera privada (notavelmente a família) na qual estão localizadas a geração de significado e a expressão da emoção (Ibid.). Certamente, como ocorreu com a maioria dos aspectos da vida, os funerais estão entre as atividades pessoais e públicas afetadas por essas mudanças, que também compreendem:

a comercialização e a intrusão do lucro; individualização e estabelecimento da preferência pessoal antes do bem comum; a municipalização e o papel reforçado dos serviços públicos na vida pessoal e familiar; a secularização e a diminuição de um quadro sobrenatural de referência para a vida cotidiana; e consumerização [*consumerisation*], o exercício do elemento de escolha e a atribuição de um valor a uma gama crescente de bens (JUPP, 2005, p. XVI).

Assim, esta tese se divide em duas partes. A primeira parte trata de certos discursos e práticas *públicas* relativas à morte – é a morte “sumida” dos indivíduos, mas muito presente, na legislação e no planejamento de serviços de saúde, na técnica atuarial, entre outros (WALTER, 1994). Como veremos, essas atividades tratam de uma realidade impessoal e não relacionada às experiências e sentimentos de moribundos ou enlutados. As causas para isso ter ocorrido já foram discutidas por diferentes autores: perda das tradições (GORER, 1955; ARIÈS, 1977), predominância de instituições e tecnologias médicas de cura (SUDNOW, 1967; GLASER e STRAUS, 1965; ELIAS, 1985) ou uma cultura que nega a morte (BECKER, 1973). Trabalharei essas ideias, considerando o funcionamento de uma linguagem instrumental e sem sentido para a dor da perda no nível pessoal.

Trata-se de um sistema repleto de regras formais para registrar e determinar o óbito, eliminar os mortos, adquirir e utilizar documentos, e estabelecer direitos legais de propriedade, pensões e similares. A organização burocrática dos mortos ocorre a partir deste labirinto de práticas e procedimentos, em meio a uma rede de agentes e agências estatais que envolvem vivos e mortos igualmente (PRIOR, 1989). São *arranjos preliminares* com implicações nas práticas de diferentes atores – profissionais de saúde, legistas, funcionários de cartório, entre outros. Enquanto o cadáver estiver neste estágio, ele é um *órgão público* sob o qual o Estado afirma seus direitos investigativos quase ilimitados sobre ele. Potencialmente, todos os aspectos da existência humana estão sujeitos à sua investigação, seja ele a biografia pessoal, a anatomia e/ou a fisiologia (Ibid.).

No primeiro capítulo eu analisei como a atual contabilidade dos óbitos no Brasil foi constituída e como seus registros são feitos. Isso porque economicamente as estratégias comerciais da indústria funerária dependem da saúde da população<sup>7</sup>. Busquei entender como surge e como funciona o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), baseando-me na literatura anglo-saxônica e nos escritos de Michel Foucault sobre *biopoder* – deste poder que é ativo ao “investir sobre a vida, de cima a baixo” (FOUCAULT, 1976b, p. 131). Fui buscar no SIM, os dois polos de desenvolvimento do exercício deste poder que seriam: as disciplinas (anátomo-política do corpo humano) e as regulações da população (uma *biopolítica* da população). Eu entendo o aparecimento do SIM como um produto de “uma espécie de estatização do biológico”, em que a mortalidade entra numa estratégia política. Aliás, conforme aponta Calvet (1997), embora Foucault não tenha publicado uma análise mais detalhada do papel da medicina durante os anos em que ele desenvolveu sua genealogia da biopolítica, ele não deixou de mostrar a centralidade dela na produção desse poder: “O

---

<sup>7</sup> Na verdade, as vendas dependem da taxa de mortalidade e da economia, sendo difícil impulsionar o crescimento delas. Uma taxa de mortalidade mais elevada tende a aumentar as vendas, enquanto uma economia em crescimento pode influenciar, mas nem sempre, as compras de itens de velório. Assim, apesar da expectativa de lucro ser real, a indústria funerária “não é uma indústria em crescimento”, pois “as empresas não têm controle sobre a taxa de mortalidade, deixando-as com opções limitadas para aumentar receitas e ganhos além de métodos tais como aumentos de preços incrementais, aquisições e expansão de margem operacional” Disponível em < [http://www.valueline.com/Stocks/Industries/Industry\\_Overview\\_\\_Funeral\\_Services.aspx#.Wq7u1ujwbIU](http://www.valueline.com/Stocks/Industries/Industry_Overview__Funeral_Services.aspx#.Wq7u1ujwbIU) >. Acesso em: 13 fev. 2018.



controle da sociedade sobre os indivíduos não se efetua apenas pela consciência ou pela ideologia, mas também no corpo e com o corpo. (...) O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 1977b, p. 80).

Dito isso, busquei traçar o histórico da instauração do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Eu quis mostrar o desenvolvimento desse sistema também “como resultante de um efetivo processo de modernização de grandes proporções que toma o país paulatinamente a partir dos inícios do século XIX” (SOUZA, 2003, p. 17). Estou tratando de uma época em que a Igreja e o Estado se separam, o que possibilitou um novo tipo de conhecimento dos eventos vitais da população – registro de dados, comparação, estabelecimento de estatísticas (cf. SILVA, 2000; REIS, 1991; RODRIGUES, 2005). No Brasil, essa mudança é acompanhada do fortalecimento de uma autoridade médica que toma decisões no nível das instituições e dos regulamentos (MACHADO et al., 1978). No meu entendimento, conforme observado em outros lugares, aqui também houve uma estatização do saber médico com a finalidade de controlar os fenômenos de saúde coletivos; inserir os médicos no grande aparelho do Estado, etc. (cf. Ibid.).

Utilizei de fontes secundárias para tratar do percurso do controle de óbitos segundo a governamentalidade de um *Estado laico*, isto é, segundo a concepção contida nos manuais do ministério da saúde do que seria o controle e a logística *normais* da distribuição dos atestados. Cruzei essas informações com a minha pesquisa de campo, uma escolha me levou a tratar o cotidiano do registro de óbito no hospital e no cartório, dois rituais que antecedem a contratação do serviço funerário, mas que participam igualmente da transição do falecido para o “outro” mundo (neste caso, o mundo dos arquivos). Para mim, o controle de mortalidade trouxe noções que interferiram nos modos pessoais de compreender a morte, sobretudo nos aspectos burocráticos e documentais dessa passagem. Uma dessas noções é a de que é dentro do corpo humano que a causação opera e a origem e os efeitos da doença se manifestam – independentemente das circunstâncias sociais, econômicas e políticas nas quais elas surgem (PRIOR, 1989). É isso que possibilita com que a doença seja reduzida a variações quantitativas do normal e suas anormalidades sejam medidas nas escalas mortuárias (cf. FARR, 1839; 1854).

Como se trata de um instrumento de registro e análise, no segundo capítulo, eu busquei explicar as categorias da declaração de óbito (DO). É dela que se extrai os dados brutos sobre a natureza, os padrões e as tendências da mortalidade brasileira sobre os quais os governos poderão (ou não) atuar. Explorei quatro categorias – o óbito, o local de ocorrência do óbito, as circunstâncias do óbito e a linguagem de causação – segundo *três princípios centrais* estruturam uma *episteme* específica acerca da mortalidade: a localização da causa subjacente da morte exclusivamente dentro do quadro de referência humano, a ênfase nas lesões anatômicas e a seleção de apenas uma causa de morte (cf. PRIOR, 1989). É importante notar que a preocupação em determinar os sinais físicos da morte e, portanto, reduzir o medo de enterro vivo, estaria entre as causas da medicina ter prevalecido hoje no reino da morte e do morrer (cf. BONDENSON, 2001).

A segunda parte da tese é sobre os negócios funerários. Diferentemente das equipes médicas e administrativas, que geralmente *não estão* envolvidos em persuadir as pessoas enlutadas a comprar, eles estão preocupados com o lucro enquanto organizam o sepultamento ou cremação (BRADBURY, 1999). Trata-se de uma “economia de qualidade”, onde a compra de bens e serviços envolve a noção de *incomensurabilidade*, cujo propósito seria “mostrar a profundidade da perda e do luto pelo ‘ente querido’, numa relação que é tanto privada (pagar a dívida para com o falecido através de um último rito digno) como pública (fazer uma oferta nobre que vai ganhar aprovação social)” (TROMPETTE, 2007, p. 7).

Também aqui, eu utilizei a mesma divisão da primeira parte: um *campo prático* de atividades e procedimentos, e um *campo teórico* de conceitos, ideias e princípios sobre a natureza da morte, doença e do corpo. Mas por se tratar de troca, produção e venda, aproximei da noção de *mercado*, inclusive porque ele é objeto privilegiado da vigilância e das intervenções do governo (cf. FOUCAULT, 1978a). É uma forma de tirar o foco principal do Estado para analisar o mercado em seus processos constitutivos: a fabricação e origem dos objetos, os procedimentos de venda, os preços estabelecidos (se “justo” ou não), os direitos e as necessidades dos comerciantes e compradores, etc. (Ibid.). Em tese, se deixado livre, o

mercado, em seu jogo da oferta e da demanda, conseguiria ele mesmo estabelecer naturalmente suas regulações, seus limites, enfim, sua verdade; e também verificar a própria prática governamental. Haveria, portanto, uma *verdade* de mercado: a distribuição justa de mercadorias e a ausência de fraudes, roubos e delitos (Ibid.). Obviamente, essa afirmação precisa ser relativizada. Então, eu utilizei a *base* e o *princípio* de mercado segundo Foucault (as ideias de “regulamentação”, “justo preço”, “sanção da fraude”) para avaliar *não somente* as práticas de governo (boas ou ruins, bem ou malsucedida, etc.), *mas também* as próprias práticas concorrenciais, considerando todo o criticismo que envolve o setor (cf. ANDREWS, 2004; CRABTREE, 2010; HOWARTH, 1996; KEMP e KOPP, 2010; MITFORD, 1963; MORAIS, 2009; PARSONS, 2003; SANDERS, 2009; WOOD, 2015).

O objetivo principal da minha tese foi então cruzar os vários dispositivos materiais e simbólicos desses negócios (i.e., todo o feixe de fenômenos, fatos e relações que envolvem dinâmicas de mercado e regulações do Estado) à uma episteme médica, cuja configuração se inicia antes do que se pode chamar de nossa modernidade (MACHADO et al., 1978). A minha referência é a ideia de “medicina indefinida” desenvolvida por Foucault, uma medicina sem limites, que logrou um “desbloqueio epistemológico” a partir de fins do século XVIII e passou a se ocupar “de aspectos diferentes dos doentes e das doenças” (FOUCAULT, 1976c, p. 384). Trata-se, portanto, de uma medicina “começa a não haver mais um domínio que lhe seja exterior” e que passa a incluir, no âmbito de sua ação, objetos e alvos que *a priori* não faziam parte dela (Ibid., p. 386). Diversos fenômenos da vida cotidiana entram no campo deste saber médico (escolas, família, tribunais); e as práticas da medicina se multiplicam, também porque, além de funcionar como instância de controle social e moral, posteriormente, a saúde se torna objeto de desejo e lucro (Ibid.):

A medicina como técnica geral de saúde (...) ocupa um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e na maquinaria do poder que não cessa, ao longo do século XVIII, de estender-se e afirmar-se. O médico se instala nas diferentes instâncias de poder. (...). A administração serve de ponto de apoio e por vezes de ponto de partida às grandes investigações médicas sobre a saúde das populações (...). Constitui-se, também, uma empreitada político-médica referida a uma população que cercada por toda uma série de prescrições concernentes não apenas à doença mas às *formas gerais da existência e do comportamento*. (Ibid., 1976d, p. 367 - 8, grifo meu)

O meu objetivo foi analisar sobretudo a *interregionalidade* entre ciências médicas e ciências administrativas nas empresas funerárias – de onde surgiu a ideia de tratar essas empresas como um *bionegócio*. Para realizar isso, eu escolhi quatro processos que acompanham a medicina moderna: a) autoridade médica (que toma decisões no nível de instituição e regulamento); b) a medicina do meio (que intervém nas construções, etc.); c) o hospital como instituição de medicalização (e os questionamentos que levanta); d) os mecanismos de administração médica (registros, estatísticas, etc.). A novidade da tese é localizar os efeitos desses processos em três *negócios* (laboratórios de tanatopraxia, funerárias e planos funerários). Se na versão foucaultiana as *epistemes* (re)produzem objetos, sujeitos, conhecimentos e relações de poder (cf. LAW, 2004), no meu entendimento, este conjunto de materialidades permitem o surgimento de saberes e práticas ao longo da cadeia produtiva funerária, afinal:

Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro (FOUCAULT, 1986, p. 10)

Vejamos como essas estruturas teóricas e conceituais se aplicam ao *cadáver*, o elemento sobre o qual se exerce a atividade comercial funerária (ZAPATA, 2008). De fato, o cadáver define todos os eventos controlados pela indústria fúnebre (LADERMAN, 2003). Primeiramente, e em referência aos dois polos do biopoder, temos o *polo individual*. Em “O Nascimento da Clínica”, Foucault mostra como os patologistas se opunham ao uso de cadáveres, devido à uma convicção epistemológica de que os cadáveres eram de pouco uso. Após a “ruptura epistêmica” com a medicina classificatória, uma ruptura que fez nascer a clínica, que o cadáver adquire importância. É o momento em que a atenção foca na superfície da lesão, o sítio de uma doença; em que os clínicos se interessam pela *geografia* mais que a *história*; que a pergunta deles deixa de ser a essencialista “o que há de errado com você?” para a nominalista “Onde dói?” (cf. FLYNN, 2005, p. 33). A ruptura também permitiu associar o corpo à *máquina*, a noção “Homem-máquina”, o que foi essencial para se produzir corpos

dóceis (cf. FOUCAULT, 1963, p. 184; Ibid., 1975, p.132). Nesta nova tecnologia política, o cadáver representaria o *ideal de corpo dócil*, por permanecer imóvel e acessível a diversas formas de intervenção (análise detalhada, experimentação e uso exaustivo), sobretudo as que acontecem nas escolas de medicina e no IML (BOGARD, 2008). Como objeto de autópsia, ele serve para descobrir e erradicar *tendências anormais* na população e para produzir indivíduos normais e inteiros: treinar cirurgiões, resolver crimes ou doar órgãos que *completam* as pessoas novamente (BISHOP, 2011). Assim, fora do negócio funerário, há muito o corpo morto, através de um feixe de controles, usos e correções, participa do sonho de se produzir uma sociedade bem ordenada e de saúde abundante, algo que Foucault se refere a seguir:

como os homens puderam, no final do século XVIII, pela primeira vez na história do pensamento e do saber ocidental, abrir cadáveres de pessoas para descobrirem a fonte, a origem, a razão anatômica da doença particular que causara sua morte?

(...)

Tentar explicar isso pela personalidade de Bichat é, penso eu, sem interesse. Se, ao contrário, se tentar estabelecer o lugar da doença e da morte na sociedade no final do século XVIII, e o interesse, para a sociedade industrial, de quadruplicar a população para se desenvolver, e que em consequência disso foram feitas inquirições sanitárias sobre a sociedade e foram abertos grandes hospitais; se se tentar descobrir como o conhecimento médico foi institucionalizado nessa época, como suas relações com outros tipos de saber se organizaram, então se compreenderá a relação entre a doença, a pessoa doente, hospitalizada, o cadáver e a anatomia patológica (FOUCAULT, 1974b, p.107 – 108).

Em nível de Estado, o conhecimento recolhido do cadáver teria sido traduzido em parâmetros para examinar a saúde da população e dar apoio às estratégias biopolíticas (por exemplo, os cuidados do corpo e da saúde apropriados para o trabalho, a família e os deveres de cidadão) (BOGARD, 2008). De fato, “o cadáver é o corpo epistemologicamente normativo, e a metafísica da medicina é dominada pela causação eficiente [das ciências naturais modernas] – a animação da matéria morta” (BISHOP, 2011, p. 22). Os exames que se desenvolvem a partir do cadáver para rastrear a doença na população geral ajudam a regular a esfera *normativa* da sociedade. Ela serve para classificar as diferenças e depois filtrar os elementos “irregulares” e indesejáveis, ainda que inicialmente, isso tenha sido feito através da separação física (FOUCAULT, 1975). E não seria exagero afirmar que as mais recentes inovações científicas, em meio a tendências históricas mais amplas do secularismo liberal, do individualismo e consumismo, estão mudando os significados sociais dos cadáveres:

transplantes de rosto, tratamentos de beleza com colágeno cadavérico, genômica, pesquisa de células-tronco, extração de órgãos, transplantes interespécies, clonagem e o crescente tráfico internacional de partes do corpo expandiram a necessidade pública de discutir os “usos” adequados do cadáver, como ele é recodificado, dessacralizado e transacionado por aqueles que o veem como uma mercadoria mundana para explorar por lucro (FOLTYN, 2008, p. 100)

Os negócios funerários também desenvolveram usos específicos dos cadáveres a partir das ciências biomédicas, sobretudo para confirmar a *imagem* de uma vida póstuma comercializável (CANN, 2017). Assim, a técnica do embalsamento (ou tanatopraxia), que foi crucial para aperfeiçoar os estudos em anatomia no século XIX, adquire nessas empresas uma finalidade predominantemente *simbólica*: “O embalsamamento fornece um simulacro do ente querido vivo, mesmo que o segredo da morte real paira sobre a figura pacífica “em repouso” no caixão” (LADERMAN, 1999, p. 3). Por essa técnica, o *corpo físico* adquire proeminência sobre o *corpo social*, e à semelhança de um doador de órgãos, o corpo cadavérico pode ser manuseado como uma *máquina* a ser consertada, reconstruída, tratada (cf. HOWARTH, 2014). Isso permite com que os trabalhadores tratem o cadáver como uma *ordem de serviço* com regras (prazo de entrega, modo de manuseio, etc.) criadas em função da “experiência funerária” (FORSYTH, PALMER e SIMPSON, 2006). Talvez esse aspecto instrumental seja um dos motivos pelos quais Foucault entendia as funerárias como uma forma pouco engenhosa da “estilização da existência”, sobretudo quando se considera que a espécie humana há séculos viveu e morreu “mil mortes” (cf. FOUCAULT, 1978). Aliás, é elucidativo o seu comentário sobre *funeral homes* estadunidenses: “não me aflijo somente com sua espantosa banalidade, como se a morte devesse apagar todo esforço de imaginação, mas eu lamento que isso só sirva para cadáveres e as famílias felizes de estarem ainda em vida” (Ibid., 1979, p. 106).

Em segundo lugar, no *polo populacional*. Mesmo que as funerárias não tratam os cadáveres como fonte de informação para uma economia política da vitalidade, elas poderiam servir de ponto de apoio para o biopoder produzir configurações sócio-materiais de proteção contra os mortos. Em tese, somente após a vigilância sanitária confirmar essa função material, é que estas empresas poderiam funcionar segundo as leis de mercado. De fato, o atual modo de desfazimento de cadáveres se originou com o medo deles serem fonte de contágio, num momento em que a medicina começava a estabelecer os padrões que as pessoas desejam viver

(FOUCAULT, 1986). Sabe-se que no século XVIII, havia uma grande preocupação com “os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença” (Ibid., p. 53), o que incluía os cadáveres. Por se tratar de epidemias e endemias, um problema novo, e a solução pela exclusão ou quarenta do sistema disciplinar seria insuficiente (cf. Ibid., 1977b, p. 23 – 25). O fato é que o planejamento das cidades incorporou um cálculo contínuo de probabilidade de toda uma série de elementos que se deslocam (pessoas, veículos, habitações, miasmas), de modo a criar um “meio”, ou melhor, de modo a inscrever uma série regularizada num espaço transformável (cf. Ibid., p. 26 – 27). O cadáver torna-se obstáculo aos planos urbanos estruturados por uma “polifuncionalidade” relativa à circulação, buscando acentuar os efeitos positivos da higiene, do comércio, da comunicação e da vigilância (cf. Ibid., p. 26). Foi essa nova *episteme* que possibilitou o surgimento do modelo moderno de cemitério – individualizado e nas periferias das cidades:

São os mortos, supõe-se que trazem as doenças aos vivos, e é a presença e a proximidade dos mortos ao lado das casas, ao lado da igreja, quase no meio da rua. É essa proximidade que propaga a própria morte. Esse grande *tema da doença disseminada pelo contágio dos cemitérios* persistiu no fim do século XVIII: e foi simplesmente ao longo do século XIX que se começou a processar a remoção dos cemitérios para a periferia. Os cemitérios constituem, então, não mais o vento sagrado e imortal da cidade, mas a “outra cidade”, onde cada família possui sua morada sombria (FOUCAULT, 1984, p. 417 – 418, grifo meu).

Similarmente, no Brasil, há *dispositivos de segurança* para produzir *fluxos* controlados e homogêneos de desfazimento dos corpos. Esse poder de regulação é exercido pela polícia mortuária (cf. SILVA, 2000, p. 437). É ela que exerce a relação de *biopoder* que intervém na encruzilhada entre o indivíduo e o ambiente, e que pode fechar qualquer negócio funerário que transgrida esses arranjos. Em suas disposições, esses mecanismos buscam fazer funcionar as leis que determinam o que deve e o que não deve ser feito com o falecido. O corpo dele deve permanecer intacto e ser eliminado de maneira apropriada. Possivelmente, essas leis aparecem com o liberalismo, após a “apropriação burguesa do cemitério”, quando cada indivíduo “teve direito à sua pequena caixa para sua pequena decomposição pessoal” (FOUCAULT, 1984, p. 417). Algumas dessas leis lidam sobretudo com a integridade e unidade do corpo. Assim sendo, punem pela esfera penal, vilipêndio, destruição, subtração ou ocultação de cadáver, e qualquer coisa que comprometa a *memória do falecido* (SILVA, 2000). Outras leis buscam anular os efeitos negativos de um ambiente desordenado (cf. ANVISA, 2009). Elas lidam com problemas de logística, como o transporte e o

armazenamento, e para mim subentendem que morte seria uma doença disseminada pelo contágio de cadáveres (cf. FOUCAULT, 1977b, p. 418). Por fim, há ainda leis que lidam com o bom atendimento do público e a modicidade das tarifas (MEIRELLES, 1996, p. 322 – 323).

Mas se o problema do contágio que motivou os dispositivos de segurança, ele também movimenta a economia funerária. Esse é o caso do embalsamento (ou tanatopraxia). Sabe-se, por exemplo que, apesar de ser uma prática cultural, “parte do sucesso na venda embalsamento para os consumidores é baseado noção de que os próprios corpos são inerentemente anti-higiênicos e representam um perigo” (CANN, 2017, p. 5)<sup>8</sup>. Esse é um ponto importante, porque subentende que a família carece das habilidades e dos materiais necessários para manusear o cadáver antes do desfazimento. De fato, como essa técnica domou a rebeldia da morte no corpo foi determinante para a sua difusão (O’NEILL, 2008). Um cadáver *preservado* sem o risco de vazamento ou odor; ou ainda, maquiado e parecendo dormir – é algo que se espera quando a custódia dele passa do âmbito *familiar* para o *especializado*, ainda que os enlutados não saibam exatamente o que seja o serviço de “cuidado do corpo” (PARSONS, 2018). É como se o falecido cooperasse para que não haja momentos constrangedores (ruídos, movimento, etc.) durante sua exposição. Aliás, se o caixão estiver fechado, todos os presentes sabem como ficaria se estivesse aberto (O’NEILL, 2008). Ademais, o *caráter aparentemente científico* deste trabalho, pois esta indústria enfatizou a competência técnica de seus praticantes para se consolidar, permite as empresas reivindicarem para si uma respeitabilidade profissional (PARSONS, 2018). Assim, é preciso lembrar do peso das práticas de higiene em “organizar o nosso meio” e “dar uma certa unidade de experiência” (DOUGLAS, 1966, p. 7) também quando se firma um empreendimento do setor:

O embalsamento, acompanhado de uma nova ordem de práticas funerárias, redesenhou as linhas da sujeira e da limpeza, reconstruindo a

---

<sup>8</sup> Mas hoje, a própria ciência não encontra evidências convincentes de que os cadáveres representam um perigo, seja em situações extremas como desastres naturais ou no cotidiano das empresas funerárias (CONLY e JOHNSTON, 2005; HOWARTH, 2016; MITFORD, 1963; CANN, 2017; PARSONS, 2018; OMS, 2016; FISCHER, 2005; McCORKLE, 2010). É claro que é possível que cadáveres possam carregar doenças, mas a maioria dos agentes patogênicos morrem quando o corpo o faz. As raras exceções de cadáveres contaminados (com cólera, febre hemorrágica ou tuberculose, por exemplo) não passam pela cadeia funerária e são despachados em caixões vedados. Muito mais perigosos são os materiais usados no próprio embalsamento – alguns, como o formol, são cancerígenos (CANN, 2017). Disponível em: < <http://www.who.int/hac/techguidance/management-of-dead-bodies-qanda/en/> > Acessado em: fevereiro de 2018.



decomposição do cadáver em algo poluente. (...) Numa época em que outras instituições tinham se tornado cada vez mais bem-sucedidas em disciplinar o corpo (Foucault), a indústria fúnebre, a medicina e a ciência estavam encontrando maneiras próprias de disciplinar a questão da morte. (...) A desordem da natureza – a própria decadência humana – não só precisaria ser excluída e negada, mas gerenciada, dominada e refeita (KELLY, 2012, p. 43).

As *autoridades sanitárias* precisaram aceitar que um novo grupo de práticas funerárias seria uma “precaução de saúde necessária para todos os mortos” (KELLY, 2012, p. 42) para que o *bionegócio* do desfazimento de corpos existisse – ainda que ele também esteja relacionado às obrigações dos vivos com o “outro mundo”. Com a posse dos corpos, os agentes funerários podem preservá-los de acordo com uma assepsia instituída, controlar as horas dos serviços e cobrar por complementos adicionais (CANN, 2017). Eles põem em ação um tipo de racionalidade utilitária para lucrar. Afinal, se nas sociedades primitivas, ligadas ao rito, a vida e a morte são marcos reversíveis e o corpo é uma figura indeterminada que move através de formas humanas e inumanas (animal, vegetal ou mineral), em sociedades técnicas, essa circularidade é limitada por marcos fixos e lineares (como saúde, sobrevida e integridade), que permitem decodificar os corpos e convertê-los em objetos de consumo (BAUDRILLARD, 2001). É dentro desses marcos que é possível uma limiaridade reduzida, por exemplo, a identidade do cadáver transitando entre *sujeito falecido* e *objeto morto*:

Primeiro, o sujeito falecido certamente não é um objeto morto para os consumidores de práticas médicas e funerárias, tais como membros da família, clero, etc. Em segundo lugar, o objeto morto não é necessariamente um sujeito falecido para praticantes de tecnologias médicas e funerárias. (...) A ontologia de cada um depende então da relação do observador com o cadáver nos limiares flutuantes da condição pós-morte (TROYER, 2007, p. 25)

Tudo isso quer dizer que a existência do *bionegócio* seria impossível sem que os fenômenos globais da vida tivessem se transformado em um campo de intervenção da medicina (FOUCAULT, 1976d). Para mim, é semelhante ao que ocorre à instituição judiciária, na medida que ela “se integra cada vez mais num contínuo de aparelhos (médicos, administrativos etc.) cujas funções são sobretudo reguladoras” (FOUCAULT, 1976, p. 134). Por exemplo, a indústria de seguros e a sua necessidade do controle estatal da população para calcular a morte em probabilidades e depois calcular o lucro (BOGARD, 2008). Em campo, nos laboratórios de tanatopraxia, eu observei uma atenção especial aos supostos agentes

patogênicos nos corpos cadavéricos segregados e confinados; enquanto nos encartes dos planos funerários, há um subjacente cultivo individual do corpo saudável, muito próximo à uma “linguagem da sobrevivência” (cf. BAUMAN, 1993, p. 130 – 1). Configura, nestes casos, uma rede sociotécnica complexa e de racionalidade específica, dentro da qual os empreendedores (re)criam seus negócios.

Mas para mostrar essas e outras situações, precisei ir *ao nível do município* porque é nele que o Estado atribui o exercício de um serviço público por meio de concessão ou permissão a alguém que aceita prestá-lo em nome próprio, por sua conta e risco (MEIRELLES, 1996). Essa escolha condiz com a perspectiva pós-estruturalista de Foucault, que considerava não haver qualquer *estrutura essencial* que sustente eventos diversos, sendo sempre possível encontrar eventos específicos, particulares e locais (MCHOUL e GRACE, 1993)<sup>9</sup> <sup>10</sup>. Como concessionário ou permissionário, o empreendedor colocará em prática a lógica “morra, nós fazemos o resto”, ou melhor, ele estará “ocupando-se de *tudo*, desencarregando a família de tudo” (RODRIGUES, 1983, p. 203). São performances que ocorrem nos bastidores das empresas e que têm grandes efeitos nos consumidores. Assim, como qualquer *produto* de mercado, o corpo em decomposição também sofre no nível micro,

uma sequência de ações, uma série de operações que o transforma, o move e o faz mudar de mãos, para atravessar uma série de metamorfoses que acaba por colocá-lo em forma julgada útil por um agente econômico que paga por ele. Durante essas transformações, suas características mudam. (...) O produto (considerado como uma sequência de transformações) descreve (...) as diferentes redes que coordenam os atores envolvidos em sua concepção, produção, distribuição e consumo. O produto separa e aglutina os agentes e, reciprocamente, são os agentes que, por ajuste, iteração e transformação, definem suas características (CALLON, 2002, p. 197 – 198).

---

<sup>9</sup> Conforme os autores: “O estruturalismo, por exemplo, no trabalho do antropólogo Claude Lévi-Strauss, tentou encontrar as estruturas ‘profundas’ ou ‘ocultas’ (taxonomias e hierarquias) na base dos mitos (como o mito de Édipo). Ele tentou descobrir, por meio de uma análise *reduzitiva*, os constituintes objetivos e universais de todo o pensamento humano. Numa análise estruturalista, não há espaço para interpretações locais ou distintas de um mito. O texto mítico específico, coletado ‘no campo’ pelo antropólogo, é útil apenas como ‘dados’ para confirmar ou não a *estrutura* mítica supostamente subjacente” (MCHOUL e GRACE, 1993, p. 1 – 2, grifo dos autores).

<sup>10</sup> Assim, apesar das diferenças com o viés desta tese, recorri a autores estruturalistas apenas com o propósito de extrair informações pontuais sobre o tema em tela – este foi o caso de Lévi-Strauss (1957) que eu utilizei mostrar a função social dos funerários.

Assim, para compreender o que ocorre no nível das empresas, utilizei da Teoria Ator Rede (TAR) para completar as noções foucaultianas, devido à proximidade entre ambas (cf. LAW, 1992; 2004; MOL, 2002). Para Lemke (2013), a obra de autores ligados à teoria ator-rede, notadamente Callon e Latour, podem ajudar a elucidar alguns dos *insights* de Foucault sobre as artes de governo (cf. *Ibid.*, p. 48 – 49). Trata-se de uma observação importante, considerando que para mim existe uma “mecânica do poder” (LAW, 1992) nas práticas comerciais que promovem *transições* dos seus usuários – de enlutado para cliente assistido, de falecido para ordem de serviço com prazo de entrega, de cadáver para parte do processo terapêutico dos vivos. Além disso, ambas perspectivas entendem que os saberes técnicos podem produzir uma ordem social (cf. MOL, 2002; LAW, 2004). E é por meio dessas duas perspectivas que eu discutirei a “gestão de circulações” de consumidores, produtores, mercadorias, doenças, etc. (cf. MUNRO, 2011).

Todavia, também é importante mostrar as *diferenças* entre elas para explicar a minha escolha (cf. PYYHTINEN e TAMMINEN, 2011). Em primeiro lugar, *as estratégias de pesquisa*. Enquanto Foucault utilizou de fontes textuais para acessar campos históricos através de um método que “trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados, muitas vezes reescritos” (FOUCAULT, 1971, p. 273); alguns trabalhos em TAR realizaram etnografia (LAW, 2004). Como veremos, a segunda parte deste trabalho se apoia muito mais em pesquisa de campo do que em análise documental. Em segundo lugar, *a escala de exploração*. Foucault, especialmente em seus primeiros trabalhos, procurava as condições da possibilidade de conhecimento e verdade na estrutura epistêmica de uma época (cf. 1966, 1969, 1984). Segundo a TAR, essas condições estão nos contextos mais limitados das conexões locais que criam as redes – as “micro-epistemes” – de diferentes tamanhos e formas. Cada corpo logicamente coerente de conhecimento (*episteme*) seria “um produto ou um efeito de rede de materiais heterogêneos” (LAW, 1992, p. 2) – o que, para mim, tornou essa abordagem muito menos ambiciosa e mais apta para a compreensão do objeto da tese. E não é difícil imaginar o próprio corpo morto como um produto de diferentes redes, cada qual com uma heterogeneidade e funcionamento específicos:

para o técnico transformar um cadáver dissecado de volta em uma pessoa apta a ser enterrada envolve muito mais trabalho do que apenas levantar um pedaço de pano. Ele tem que preencher as cavidades das quais os órgãos são retirados, costurar a pele, limpá-la, vestir o corpo nu. Cuidar de um cadáver gelado que não cheira bem é difícil – mas é importante. Se o técnico faz isso bem, ele poupa a família da tarefa (muito mais difícil para eles do que para

profissionais bem treinados) de mudar repertórios. (MOL, 2002, p. 126 – 127)

Considerando a passagem acima no contexto de um hospital, é possível dizer que, como alguns de meus entrevistados, este trabalhador está lidando com dois tipos de corpos inter-relacionados. Um corpo teve o seu interior aberto e, talvez, alguns de seus órgãos manipulados. O outro é depositário da dignidade humana e é tratado com respeito. Nenhum é menor que o outro. Para cada tipo, há diferentes *redes* com ordenação, lógica, estilo, prática e realidade específicos que orientam a execução do trabalho. Mas essas redes também se interferem, revelando conexões parciais (LAW e MOL, 2002). Na prática, se há um corpo unido é porque há diferentes estratégias de coordenação (documentos que circulam, rotinas, conversas, troca de experiências, etc.) que reagrupam diferentes compreensões dele. Assim, inspirado por Law e Mol (2002), percorri similaridades e diferenças entre as redes da cadeia funerária, procurando o grau da imersão de uma diversidade de ordens (médica, comercial, etc.) na linguagem e na materialidade delas. Pois é em meio a essas associações, que dão forma aos encontros entre o mundo humano e não-humano, que novas *epistemes* emergem e estruturam materialmente edifícios, instrumentos, gestos e performances (ou *enactments*). Ou como escreve a autora: “tal como sujeitos (humanos), objetos (naturais) são enquadrados como partes de eventos que ocorrem e de peças que são encenadas. Se um objeto é real, isso é porque ele faz parte de uma prática. É uma realidade performada [*enacted*]” (MOL, 2002, p. 44)

Ao discutir o papel da performance, a TAR se aproxima também do interacionismo simbólico de Erving Goffman (1959) (cf. MOL, 2002; LAW, 1993, 2004). Goffman (1959) acreditava que a identidade que as pessoas executam seriam mera performance, carecendo de profundidade (MOL, 2002). Como a performance tem consequências sociais da são efetivas (pois as pessoas reagem a ele), ela se torna um importante objeto de estudo. Obviamente, por adotar a TAR, não me interessa a distinção de Goffman entre as apresentações do *Eu* e o *Eu* como uma realidade oculta e subjacente que produz essas representações, levando alguém a duvidar do “realismo” psicológico do papel representado (cf. LAW, 2004)<sup>11</sup>. Ao invés disso,

---

<sup>11</sup> Conforme escreveu Goffman (1959, p. 25): “Num dos extremos, encontramos o ator que pode estar inteiramente compenetrado de seu próprio número. Pode estar sinceramente convencido de que a impressão de realidade que encena é a verdadeira realidade. Quando seu público está também convencido deste modo a respeito do espetáculo que o ator encena – e esta permanece a regra geral – então, pelo menos no momento,

me limitei na abordagem dele do tema da agência (humana) e assumir o valor de face da realidade para analisar a produção e manutenção de arranjos que possibilitam o comércio funerário. Devemos lembrar que alguns conceitos de Goffman podem ser muito úteis para explicar como se produzem acordos de transações comerciais ou de negociações de contrato (CALLON, 1998). Mas, para além de Goffman (e também de Foucault), nos interessa também as redes de agências (humanas e não humanas) e as questões acerca do organizar que elas suscitam:

Somos compostos de, ou constituídos por nossos apoios, visíveis e invisíveis, presentes e passados. Esta é uma das coisas que podemos aprender lendo os interacionistas simbólicos e Erving Goffman (...). Cada um de nós é um arranjo. Esse arranjo é mais ou menos frágil. Existem processos de ordenamento que mantêm (ou deixam de manter) esse arranjo em curso. E alguns desses processos, embora muito poucos, estão parcialmente sob nosso controle a maior parte do tempo (...) Tudo o que posso dizer é que existem organizativos [*organizings*] e ordenamentos [*orderings*] dos quais nós dizemos (quais ‘nós’?) “eles agem como organizações”. Assim como alguns corpos humanos – por exemplo, aqueles com morte cerebral irreversível – podem ser (dizem ser) menores que ‘pessoas’. (...) Se o todo for maior que a soma de seus partes e pedaços, então houve algum ordenamento (LAW, 1993, p. 33 – 34).

Sendo assim, escolhi tratar três tipos de empreendimento separadamente e entender a participação deles no *regime de morte* do nosso presente (cf. FOUCAULT, 1978b). O primeiro deles é o laboratório de tanatopraxia, onde se realiza o trabalho de conservação e embelezamento de cadáveres. O segundo é a funerária e os seus mecanismos de captura de clientes “perdidos” nos principais pontos de escoamento de cadáveres (hospitais, estabelecimentos de saúde, etc.). Por fim, explorei a cadeia de descontos dos planos funerários, o que inclui um tipo de acesso a bens de saúde que tem se tornado cada mais escassos no sistema público. Nos três serviços, há “benefícios” que os clientes certamente desejam, porque os ajuda a estar longe de situações *anormais* (ou “marginais”), onde a maioria das pessoas no seu íntimo não quer se encontrar (ter um funeral com o corpo

---

somente o sociólogo ou uma pessoa socialmente descontente terão dúvidas sobre a “realidade” do que é apresentado. (...) No outro extremo verificamos que o ator pode não estar completamente compenetrado de sua própria prática. Esta possibilidade é compreensível, pois ninguém está em melhor posição para observar o número do que a pessoa que executa”.

cheirando, vazando, etc.; ser enterrado como “indigente”; não conseguir acompanhamento médico de qualidade). Dito isso, vejamos a seguir os resultados obtidos nesta pesquisa.

## 2 – A CONTABILIDADE DE ÓBITOS NO BRASIL

“A bioestatística é a bússola da saúde pública” – Oswaldo Cruz

### 2.1 – O controle da morte: de rituais mortuários a números e categorias

Uma das explicações para a existência dos rituais funerários diz respeito à necessidade do homem de exercer controle sobre a própria morte. Para nós, a morte é uma incógnita, uma condição que nos gera bastante medo: não sabemos o que existe na vida após a morte – se é que existe alguma coisa –, mas, sobretudo, não temos uma previsão certa de *onde, quando* ou *como* ela vai ocorrer. O fato de a vida poder ser apagada a qualquer momento, sem aviso e sem consideração, fez os homens procurarem diferentes modos para exercer algum domínio sobre a natureza aleatória da morte. Seriam exemplos os ritos de passagem, o culto aos mortos, construção arquetípica do mundo divino, etc. que a antropologia social tem estudado por tanto tempo.

Em seu clássico texto, Blauner (1966) argumenta que as sociedades secularizadas escolheram controlar a morte pela burocratização, a estrutura social característica do nosso tempo (cf. WEBER, 1979). Em primeiro lugar, essa burocratização derivou-se da transferência das funções sociais familiares e domiciliares para instituições especializadas e autônomas de laços de parentesco. O autor aponta que, se antes era mais comum ver a família cuidar do doente terminal e preparar o cadáver para o funeral, hoje nos acostumamos a associar essas atividades a hospitais e *funeral homes*. Além do mais, a burocracia tem a característica de ordenar a ocorrência de eventos – ordinários e extraordinários – em procedimentos previsíveis e rotineiros. Sabemos, por exemplo, que há muito os hospitais tem rotinas específicas para lidar com as mortes que ali acontecem (cf. SUDNOW, 1967; GLAUSSER e STRAUSS, 1965, 1968). O autor acredita que o declínio da autoridade religiosa e as mudanças nas funções da família subjazem esse fato. Para ele, depois que a perspectiva secular e racional se dilatou, o predomínio nos assuntos da morte foi transferido da Igreja para os representantes da ciência.

Isso quer dizer que, contra o potencial disruptivo e desagregador da morte, cujos efeitos podem “se espalhar para um território social maior e afetar um grande número de pessoas” (BLAUNER, 1966, p. 23), estabelecemos um número cada vez maior de instituições especializadas – os hospitais, as estatísticas de mortalidade, as instituições que tratam do

cadáver, etc. O autor sugere que a especialização da responsabilidade em cuidar dos moribundos e em preparar os cadáveres varia de acordo com a frequência e a escala massiva de mortalidade, além das condições físicas e sociais causadoras da morte. Dentre todas as opções disponíveis, a burocratização seria a nossa resposta ao perigo da mortalidade enquanto ameaça à continuidade do coletivo, uma resposta que edifica – para não dizer fortalece – a estabilidade do tecido social. Dito de outra forma, se é certo que a lâmina da morte ceifa a vida dos indivíduos; no nível social, o potencial desagregador dessa lâmina é contraposto com uma maior coesão social. Portanto, a sociologia da morte torna-se “central à questão de como as sociedades modernas se mantêm unidas” (WALTER, 1999, p. 22).

Howarth (2004) também concorda que a substituição gradual de Deus e do destino como causas explicativas da morte e o aperfeiçoamento de práticas e métodos considerados mais racionais e modernos, como é o caso das estatísticas de mortalidade baseadas no sistema de certidão de óbito, fizeram a morte parecer estar mais controlada e previsível. Criados para que os Estados gerenciarem os riscos da rápida urbanização (máquinas, doenças profissionais e acidentes), esses *sistemas de registro* têm produzido uma enorme quantidade de números sobre a natureza e a frequência dos óbitos, com o propósito de que se mapeie a sua ocorrência e encontre modos de evitá-los no futuro. A mesma maneira de entender e investigar a morte, isto é, *medicalizá-la*, entendê-la como uma doença, um risco ou um perigo a ser evitado ou postergado<sup>12</sup>, trouxe ainda mais inovações, como o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e a legislação trabalhista.

Quanto a esses sistemas de registro (demografia, etc.), é bem claro que, apesar da sua preocupação central com a morte, eles não falavam de morte *per se*<sup>13</sup>. Em vez disso, falavam de “mortalidade” e taxa de mortalidade. Este seria um ponto de foco significativo no mundo moderno, pois o interesse não recai mais no destino do moribundo ou do corpo individual, muito menos na compreensão da morte pelos sujeitos envolvidos, mas antes no *destino das espécies* (PRIOR, 1989). E as tentativas emergentes de registrar e medir os padrões de mortalidade nas sociedades secularizadas têm muito elementos em comum com o que

---

<sup>12</sup> Por exemplo, para uma morte de acidente de trânsito que ingressar na estatística de mortalidade, interessa muito mais a circunstância da morte (que é necessário prevenir) que a lesão no corpo (NUBIA, 2007).

<sup>13</sup> Aliás, para Foucault, a morte – termo da vida – seria o limite de qualquer relação de poder. A morte estaria “do lado de fora” do domínio do poder, sendo a qual “o poder só terá domínio de modo geral, global, estatístico. Isso sobre o que o poder tem domínio não é a morte, é a mortalidade” (Ibid., 1975c, p. 296).



Foucault (1978a) chamou de *biopolítica* da população. Aparecendo no momento em que a população se converte num objeto privilegiado das técnicas de governo, a *biopolítica* seria uma maneira de “racionalizar os problemas postos à prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raça...” (Ibid., p. 431). Técnica de poder aplicada à espécie humana, a *biopolítica* caracteriza-se como um poder normalizador, que se integra à tecnologia do corpo e tem como alvo a população (CALVET, 2008). Ou seja, ela:

centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e *controles reguladores: uma bio-política da população* (FOUCAULT, 1976b, p. 131)

A biopolítica é uma dimensão fundamental da governamentalidade. Aliás, para Foucault, estaríamos vivendo na “era da governamentalidade” (Ibid., 1977, p. 145), um momento que se inicia no final do século XVIII, desde quando a tecnologia de governo não parou de ser acossada pela questão do liberalismo, entendida como a questão do “governar demais” (Ibid., 1978a, p. 436). Portanto, é inviável compreender o Estado moderno sem se referir às “táticas gerais de governamentalidade”, sem se referir às “táticas de governo que, a cada instante, permitem definir o que deve ser do âmbito do Estado e o que não deve, o que é público e o que é privado, o que é estatal e o que é não-estatal” (Ibid., 1977, p. 145) – para não cair nos excessos de governamentalidade.

Para fins desta tese, eu entendo *governamentalidade* como “o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas” que permitem exercer uma relação de poder em que (1) o alvo seria a população; (2) a economia política seria a principal forma de conhecimento; e (3) os dispositivos de segurança seriam o instrumento técnico essencial (FOUCAULT, 1977, p. 143). A governamentalidade, nesse contexto, consistiria “em *conduzir condutas* e em ordenar a probabilidade” (Ibid., 1982, p. 244) de ocorrências que vinculam *homens e coisas* e que podem incluir “os acidentes ou as desgraças, como a fome, as epidemias, a morte” (Ibid., 1977, p. 129)<sup>14</sup>. Também é importante

---

<sup>14</sup> A referência é o conceito de “governo” de Guillaume de La Perrière [1499 – 1533], ou seja, o *governo* como “a correta disposição das coisas” (Foucault, 1977, p. 130). Assim, não se trata de opor *coisas e homens*, “mas

destacar que o surgimento da governamentalidade coincide com a *descoberta da população* e o uso sistemático de números que torna fenômenos populacionais opacos em um objeto inteligível:

De fato, essa estatística que havia funcionado até então no interior dos marcos administrativos e, portanto, do funcionamento da soberania, essa mesma estatística descobre e mostra pouco a pouco que a população tem suas *regularidades próprias*: seu número de mortos, seu número de doentes, suas regularidades de acidentes (Ibid., 1977, p. 138; grifos meus).

É nesse momento de descoberta que se lança mão da medição estatística com as primeiras demografias. Assim, pode-se argumentar que o surgimento da população carecia, como também dependia, do surgimento de *mecanismos de segurança* que possibilitaram os cálculos acerca das variáveis de uma população<sup>15</sup>. Os mecanismos de segurança são dispositivos da governamentalidade que são muito diferentes de um monólito. Aliás, o termo *dispositivo* denota “um conjunto decididamente heterogêneo”, ainda que estável, de “discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” que devem ser entendidos como “formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma *urgência*” (FOUCAULT, 1986, p. 138, grifo meu). Para fins dessa tese, se o *dispositivo*, então, engloba “o dito e o não dito” (Ibid.) ao pressionar todos os seus elementos heterogêneos serviço de “uma função estratégica dominante”, então a *episteme* é o formato “especificamente discursivo” deste dispositivo (Ibid., p. 139):

Voltando um pouco no tempo, eu definiria *épistémè* como o dispositivo estratégico que permite escolher, entre todos os enunciados possíveis, aqueles que poderão ser aceitáveis no interior, não digo de uma teoria

---

uma espécie de complexo constituído pelos homens e pelas coisas” (Ibid., p. 128). Para Lemke (2013, p. 48), essa concepção de governo é mais abrangente por afastar do foco exclusivo nas relações entre os homens e incluir “o ambiente material e os arranjos específicos e as redes técnicas que relacionam o humano e o não humano”. Assim, este autor sugere uma aproximação com a teoria ator-rede (o que farei na segunda parte desta tese), para analisar numa racionalidade governamental específica, as diversas maneiras como as redes sociotécnicas negociam, reconfiguram e estabilizam as fronteiras entre organismos, coletivos e instituições, ou melhor, entre o mundo humano e o não-humano (Ibid).

<sup>15</sup> Segundo Jacques Revel, com a estatística, surge um corpo coletivo e um espaço contínuo e abstrato em que qualquer ponto é por definição igual a outro. Se antes da estatística existiam apenas os moradores, com essa instituição surge a população. Através dos mapas demográficos, torna-se possível conhecer informações detalhadas das doenças que afetam a população, do grupo mais atingido e da extensão do mal causado. As estratégias de combate contra a mortalidade seriam traçadas com base nesses dados (cf. REVEL, 1990, p. 159-169).

científica, mas de um campo de cientificidade, e a respeito de que se poderá dizer: é falso, é verdadeiro. E o dispositivo que permite separar não o verdadeiro do falso, mas o inqualificável cientificamente do qualificável (Ibid., p. 140).

Hacking (1991, p. 185 – 189) também concorda que o uso dos números como forma de conhecimento sistemático e racionalizado sobre a população seria um pré-requisito fundamental para o surgimento do Estado moderno e o exercício da governamentalidade que lhe constitui. Ele identificou três eventos históricos interligados na passagem do século XVIII para o XIX que fazem do uso de números um fenômeno da *episteme* da política moderna. Em primeiro lugar, tem-se a *erosão do determinismo* pela epistemologia positivista que acompanha o Iluminismo. Ao invés de explicar como o passado e as leis da natureza determinaram a ocorrência necessária dos eventos sociais, há agora uma atenção crescente ao papel do acaso [*indeterminism*] para essas transformações ocorrerem. O segundo desenvolvimento, como resposta a esta insegurança recém-descoberta, seriam as tentativas de “domar o acaso” [*taming of chance*] por meio do conhecimento das *probabilidades*; por meio da nossa ignorância do que seriam as verdadeiras causas dos fatos reais da natureza <sup>16</sup>. Por último, uma *avalanche de números*; um aumento exponencial de publicações de figuras numéricas entre 1820 e 1840 na Europa Ocidental, concomitante à expansão e centralização das burocracias estatísticas. Vistos em conjunto, esses seriam os sinais do “nascimento da estatística moderna”.

Analisando a emergência das estatísticas populacionais da Palestina enquanto tecnologia biopolítica, Busse (2015) sugere haver três processos inter-relacionados no uso governamental dos números, processos estes que extrapolam a realidade daquele país, que seriam a *problematização*, a *normalização* e a *objetivação*. Primeiro, os mecanismos de segurança permitem identificar os riscos a que a população corre, tornando-os *problemas*. A problematização é ela própria política, porque se baliza nas táticas gerais de governamentalidade do Estado (cf. FOUCAULT, 1977, p. 145). Ainda segundo o autor, um acontecimento precisa ser antes identificado como um *problema* que requer intervenção para depois se tornar um objeto de inquérito estatístico. Esta seria uma característica essencial de um estado “governamental” moderno: os números que ele produz entrelaçam quem governa

---

<sup>16</sup> Como aponta o autor, se em 1800 as leis da mortalidade eram consideradas superficiais porque a realidade da morte seria produzida por causas individuais, uma realidade longe de ser explicada pela probabilidade, tal concepção já havia transformado no final do século, quando essas mesmas causas da morte passaram a ser descritas como de natureza probabilística (Ibid.).

às pessoas, aos processos e aos problemas que se quer governar; uma vez que esses mesmos números “são *integrais às problematizações* que moldam o que deve ser governado, *aos programas* que pretendem dar resultado ao governo e à *avaliação* implacável do desempenho do governo” (ROSE, 1999, p. 199, grifos meus).

Em segundo lugar, os aparelhos de segurança não estabelecem um comportamento-modelo ao qual a população deva se conformar, pois essa é a forma do poder disciplinar atuar sobre os indivíduos (FOUCAULT, 1977). Em vez disso, o procedimento de *normalização* dos mecanismos de segurança identifica primeiro as diferentes curvas de normalidade para depois “fazer uma interação entre essas diferentes distribuições de normalidade funcionarem umas em relação às outras e [em] fazer de sorte que as mais desfavoráveis sejam trazidas às que são mais favoráveis” (Ibid., p. 83)<sup>17</sup>. Média da população e projeções sobre seus desenvolvimentos futuros são decisivos, sendo impossível gerir uma série aberta de acasos sem um inventário de elementos e uma estimativa das probabilidades de sua ocorrência (cf. Ibid., p. 26 – 27). Nesse sentido, os dados numéricos sistemáticos acerca da população viabilizam os mecanismos de segurança.

Finalmente, os números contribuem para a *objetivação* da população, que se torna “uma espécie de objeto técnico-político de uma gestão e de um governo” (FOUCAULT, 1977, p. 92). Essa objetivação aconteceria de duas maneiras, segundo Busse (2015). Por um lado, os números geram um senso de objetividade que aumenta a credibilidade de quem governa. Indispensáveis à política que se faz hoje, escreve Rose (1999, p. 198), os números também despolitizariam áreas inteiras do julgamento político, por “fingirem agir como mecanismos técnicos automáticos para fazer julgamentos, priorizar problemas e alocar recursos escassos”. Por outro lado, em um nível instrumental, os números transformam pessoas em *objetos*, facilitando o exercício de poder que passa através delas. “Aqueles que não se conformam são estigmatizados”, escreve Porter (1995, p. 77 – 78), enquanto os demais “têm internalizado os valores de uma burocracia cada vez mais onipresente”; de uma burocracia cujo “poder é inseparável da sua objetividade”; e de uma burocracia “pela qual a linguagem opressiva da normalidade e da anormalidade é criada”. Tal conjuntura permite que a credibilidade dos

---

<sup>17</sup> Por exemplo, no século XVIII, o coeficiente de morbidade *provável* causado por varíola era o de uma morte para cada oito casos da doença, aproximadamente. Essa era a mortalidade “normal”. Qualquer número acima desta expectativa era considerado “anormal” (cf. FOUCAULT, 1977, p. 81).

números seja *frequentemente* aceita sem questionamento, ainda que esses números sejam produzidos no contexto das relações políticas.

Para Prior (1989), a nossa compreensão da morte foi subordinada aos mecanismos de controle da população e de qualquer coisa que gerasse ou que consumisse a saúde e a vitalidade dela. Conseqüentemente, segue o autor, a “mortalidade” foi meticulosamente desmembrada em *categorias* cada vez mais precisas (sexo, idade, causa de óbito, etc.). Para medi-la, instrumentos cada vez mais complexos se fizeram necessários, nomeadamente, os diferentes tipos de taxa de mortalidade (infantil, por ocupação, de adultos, de homens e mulheres, etc.) e seus componentes (“infantil”: neo-precoce, neo-tardio, pós-neo, etc.). Além disso, e em conjunto com este interesse no destino das populações, “surgiu toda uma série de regulamentos, atividades, organizações e ocupações para coletar, confrontar e analisar os dados associados”, tais como o registro civil (nascimentos, óbitos e casamentos); os certificados oficiais e sua devolução; os mecanismos de contabilização; a admissão de registradores, estatísticos e epidemiologistas; além de regras para o desfazimento de cadáveres (PRIOR, 1989, p. 8). O autor sugere que são esses instrumentos que estruturam a organização social da morte, muito mais do que as atitudes ou sentimentos perante a morte. Assim, seguindo o seu conselho, iniciaremos as nossas investigações a partir deles.

## **2.2 – Os mecanismos de controle da mortalidade no Brasil: o IBGE e o SIM**

No Brasil, os órgãos públicos que lidam com a mortalidade foram sendo modificados, transformados de acordo com as demandas dos sucessivos governos brasileiros, após o advento da República, esses órgãos se tornam parte de um *estado laico*. Esta laicidade deveria ser entendida como algo que é mais do que a neutralidade religiosa nos atos de governo; como algo que seria “a condição de possibilidade para a governamentalidade de um Estado” (DINIZ, 2013, p. 1704). Nesse processo, destaca-se o papel do médico brasileiro, um “herói civilizador” que se destacou em meio a uma elite pouco cultivada do século XIX. Figuras ativas no cenário político, estes profissionais acreditavam “no poder transformador da razão e na medicina como maior aliado”, pois “só o saber especializado do médico levaria o Brasil à altura da civilizada Europa” (REIS, 1991, p. 248). Todavia, ainda que houvesse esforços prévios para modernizar o controle da mortalidade no país, como atestam as mudanças no registro civil (cf. SILVA, 2000, II, p. 657 – 659), a grande mudança ocorre nos anos setenta

do século XX, quando surgem os dois sistemas de controle de óbito que temos hoje – o sistema do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (1973) e o Sistema de informações sobre Mortalidade [SIM] (1975) – cada qual com suas categorias, instrumentos, regulamentos, organizações, atividades e ocupações próprias. E é a partir da constituição deles que podemos começar a pensar como se organiza a morte no Brasil.

Para Silveira e Laurenti (1973), por *registro* entende-se todo o processo de obtenção de dados por meio de anotação de cada fato ou acontecimento: *como*, *quando* e *onde* ele se produziu. No Direito, seguem os autores, a função principal do registro é a *publicidade*, ou seja, tornar conhecida certa situação jurídica que afete os interesses de terceiros. A função do registro seria conseqüentemente garantir e defender um direito. Dos tipos de registro, há um chamado de *registro vital*, que é o assentamento do estado civil de cada pessoa, que começa com o nascimento e termina com a morte, passando por todos os acontecimentos neste período – casamento, adoção, desquite, tutela, etc. Existe aí uma série de fatos e atos jurídicos, que resultam em modificações importantes na vida de uma pessoa, conhecidos como *atos vitais*. Quando se trabalha com fatos vitais em nível populacional, o registro desses fatos cabe às *estatísticas vitais*, permitindo caracterizar uma população quanto ao número e atributos desses fatos.

O *registro de óbito* (a anotação de quando, como e onde ele aconteceu) é o que torna conhecido o *status* jurídico do falecido (SILVEIRA e LAURENTI, 1973). Segundo os autores, a morte, que rompe todos os laços do indivíduo com a sociedade, faz desaparecer os *direitos pessoais* inerentes ao indivíduo, mas não faz desaparecer os *direitos materiais* de seu patrimônio – que passam aos seus sucessores legítimos ou testamentários. Assim, o registro de óbito serve juridicamente para prevenir terceiros do desaparecimento dos direitos pessoais do '*de cujus*' e da mudança de titular quanto aos direitos materiais – do falecido aos seus herdeiros ou sucessores<sup>18</sup>.

No Brasil, durante o império, não havia registro civil de nascimento e de óbito de católicos, pois esses registros eram supridos pela certidão de batismo e pelo livro obituário da Igreja

---

<sup>18</sup> Sobre a transmissão da propriedade, nos escreve Pontes Miranda: “a morte não é causa de perda da propriedade. O titular mesmo desaparece, sai da relação jurídica (...). O herdeiro põe-se no lugar do morto sem precisar de qualquer ato seu, ou de outrem: a lei coloca-o como senhor e possuidor do que herdou, automaticamente” (MIRANDA, 1983, t. XIV, p. 1652).

(SILVA, 2000). Nesta época, os lançamentos paroquiais eram revestidos de todo o valor comprobatório e não se conhecia outro registro além do religioso (SILVEIRA; LAURENTI, 1973). Todavia, apesar das relações existentes entre o Estado e a Igreja, não faltaram tentativas para secularizar o registro civil. O primeiro ato governamental sobre registros de óbito é de 1814, e, em 1870, foi criada uma Diretoria-Geral de Estatística, com competência para gerir os dados de nascimentos, casamentos e óbitos. Mas foi somente com o Decreto nº 9886, de 7 de março de 1888, que se estabeleceu a obrigatoriedade do registro civil de nascimentos, casamentos e óbitos; o que fez cessar os efeitos jurídicos dos registros eclesiásticos. Em 1912, elaborou-se um projeto de lei que propunha alterar o Decreto nº 9886. Esse projeto de lei é importante, pelo fato de aparecer nele duas novidades: legitimar que o farmacêutico atestasse o óbito na falta de médico e apresentar, pela primeira vez, um modelo padrão de atestado de óbito (SILVA, II, 2000). Historicamente, o Decreto de nº. 9886 inaugura no país a obrigatoriedade de apresentar o atestado de óbito com a causa (médica) da morte para poder fazer o registro (civil) de óbito (VASCONCELOS, 1998).

Contudo, conforme escreve Vasconcelos (1998), apesar da obrigatoriedade do atestado de óbito, as estatísticas de óbito permaneceram muito deficientes durante muitos anos, excetuando o estado de São Paulo e algumas capitais do país. O sub-registro de nascimentos e óbitos<sup>19</sup> e a desorganização do sistema de estatísticas vitais apareciam como os principais problemas. Com o intuito de melhorar as *estatísticas vitais*, em 1973, o governo federal atribuiu ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a responsabilidade por produzir as estatísticas vitais brasileiras aos moldes da Organização das Nações Unidas (ONU). O órgão padroniza a sua coleta em nível nacional junto aos Cartórios de Registro Civil e consegue obter dados mais detalhados e contínuos sobre os eventos vitais (JORGE, LAURENTI, GOTLIEB, 2009). Um outro acontecimento importante ocorrido em 1973 foi a aprovação da Lei dos Registros Públicos Brasileira que, sobre o registro de *óbitos*, obriga o seguinte: “Nenhum sepultamento será feito sem certidão do Oficial de Registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tenham presenciado ou verificado a morte” (Lei nº 6015/73, art. 77). Desde então, a declaração médica de óbito

---

<sup>19</sup> Entre as causas do sub-registro, incluem-se, nomeadamente, a pobreza de grande parte da população; a extensão do país, com regiões de difícil acesso e distantes de cartórios e de serviços de saúde, regiões rurais onde é mais fácil ocorrer sepultamentos “clandestinos”, sem a exigência do atestado de óbito; o analfabetismo e falta de interesse da população, que não vê benefícios no registro civil (VASCONCELOS, 1998).

atende a essa Lei, enquanto o governo tenta também diminuir os cemitérios clandestinos no país, lugares associados à pobreza e prevalentes na área rural, e que realizam sepultamentos sem exigir certidão (SZWARCOWALD et al., 2002).

Todavia, apesar da modernização, o sistema de controle apresentava algumas falhas. Segundo Vasconcelos (1998), para publicar as estatísticas vitais num sistema de estatísticas do registro civil, a coleta de dados do IBGE baseia-se em *mapas de óbitos*, um procedimento de coleta de dados que foi estabelecido no século XIX. Conforme este procedimento, os mapas – que são listas completas dos eventos registrados no período – são preenchidos pelos Cartórios de Registro Civil e enviados aos escritórios do Instituto a cada três meses. Ainda que tenha um grande nível de detalhamento sobre o falecido (sexo, idade, estado civil, local de nascimento e residência, local e data do óbito, e local e data de registro), os mapas não informam a *causa da morte*; registrando apenas a sua *natureza* (natural ou violenta).

A ausência da informação sobre a *causa da morte* no sistema de informações do IBGE, além da pressão política para que isso fosse realizado em nível nacional<sup>20</sup>, segue a autora, fez o Ministério da Saúde implantar mais um sistema de controle da morbi-mortalidade em 1975. Neste ano, surgiu o “Sistema de Informações sobre Mortalidade” (SIM), que tinha o objetivo principal de produzir estatísticas de mortalidade *por causas* que cobrissem todo o território nacional. O novo sistema de controle possibilitou ao Ministério da Saúde introduzir a *Declaração de Óbito*, um modelo nacional de certificado<sup>21</sup> que conformava os diagnósticos

---

<sup>20</sup> Um dos elementos desta pressão era a inexistência de informações sobre óbitos do Brasil em Anuários de Organismos Internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e as Nações Unidas (NU); considerando que a OMS já havia fixado a conceituação de todos os eventos vitais a ser obedecida pelos países membros desde os anos cinquenta (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2009). Nos anos setenta, a OMS e a Opas contribuíram ativamente para o estabelecimento do SIM no país (Ibid., 2007).

<sup>21</sup> Até certa época, nos escrevem Laurenti e Jorge (2016), os atestados de óbito no Brasil eram feitos no próprio receituário do médico. Em 1919, surgem os primeiros esforços, como os do médico-legista negro e nordestino Oscar Freire junto à Sociedade de Medicina e Cirurgia, para que os atestados fossem feitos em folhas duplas, contendo elementos que lhe desse maior cientificidade. A DO que utilizamos hoje aparece em 1976 depois de unificar os diversos modelos de DO e fluxos de informação de óbitos existentes (JORGE et. al., 2007; 2009). O primeiro modelo foi feito em duas vias; e, desde 1994, apresenta-se em três, com cores distintas e fluxos diferenciados para óbitos domiciliares e hospitalares, na tentativa de inibir o comércio ilegal deste documento e de evitar que óbitos não sejam registrados pelo SIM. O controle é tanto que, se uma DO for anulada, é necessário devolver as três vias; e se extraviada, há de se fazer um boletim de ocorrência. Ultimamente, o modelo do formulário vem sendo aperfeiçoado, vários campos de preenchimento foram desenvolvidos, assim como novas revisões do CID se processaram.



médicos com a nomenclatura do Código Internacional de Doenças (CID), seguindo a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Ainda assim, a análise do aparecimento do SIM fica incompleta quando se desconsidera a conjuntura nacional em que ele aparece, sobretudo pela influência desta conjuntura sobre a definição das políticas de saúde e dos modelos assistenciais (cf. VIANA; MACHADO, 2009). O SIM é lançado no ano seguinte ao II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), que veio a público, em setembro de 1974, seis meses após a posse do presidente Ernesto General Geisel. Dentre outros motivos, o II PND é importante por ter sido o primeiro programa do regime militar a reconhecer que o desenvolvimento social deveria acompanhar o desenvolvimento econômico (SCOREL, 2012). Uma das prioridades do II PND no campo social era o setor de saúde, cujo diagnóstico à época era de que este setor carecia de capacidade gerencial e estrutura técnica (Ibid.). Almejando mudar essa situação, o II PND estabeleceu que o Ministério da Saúde seria de “caráter eminentemente normativo, com ação executiva voltada para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo, inclusive vigilância sanitária” (BRASIL, II PND, p. 73). Acerca do ambiente sanitário em que se apresentam essas medidas, comenta Sarah Scorel (2012, p. 336 – 337):

As políticas de saúde têm grande relevância na conjuntura inaugurada em 1974, caracterizada por uma “crise sanitária” na qual a epidemia de meningite, as denúncias do aumento da mortalidade infantil em São Paulo, a ‘epidemia’ de acidentes de trabalho, o reaparecimento de antigos problemas de saúde pública se traduziram em notícias diárias.

Para Hésio Cordeiro (1980, p. 163), “[a] ‘conjuntura sanitária’ assinala o fim do milagre econômico e indica um estado de ‘insolvência sanitária’, com aumento dos gastos com hospitalizações ao mesmo tempo que se reduzem gastos em Saúde Pública”. Diante deste cenário, os burocratas do governo se perguntavam: “por que motivos a Revolução, que superou tantos antagonismos para tirar o País do subdesenvolvimento, não consegue pôr ordem em nosso caótico sistema de assistência médica e sanitária”. A saída proposta por eles incluía acessar o *estado sanitário* da população brasileira, por meio dos “elementos que compõem a *estatística vital* ou *bioestatística*”; elementos que “não dão a medida da saúde, mas sim os *efeitos* ou consequências das doenças que matam” (BASTOS, 1975, p. 34 – 35,

grifos meus). A resposta daquele governo à crise sanitária<sup>22</sup> que se seguiu ao período do ‘milagre’ ocorreu através de “políticas racionalizadoras” que “incorporavam a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário” (PAIM, 2008, p. 70). A partir de 1975, e por meio do II PND, o MS teve seus recursos aumentados, o que lhe possibilitou desenvolver redes de projetos e pessoas, financiar pesquisas, contratar profissionais, fomentar a articulação com as secretarias estaduais de Saúde, elaborar propostas alternativas para os serviços de saúde e os recursos humanos (SCOREL, 2012) – o que certamente viabilizou o SIM naquele ano.

Uma vez que os gestores do Ministério da Saúde implantam o SIM, aparecem duas novidades (VASCONCELOS, 1998). A primeira foi um controle maior das características sociodemográficas do falecido e das circunstâncias do óbito segundo a nosologia internacional. Hoje, no verso de cada uma das três vias da DO, estão os conceitos que a OMS vinha propondo desde 1948 para o registro dos eventos vitais (nascimentos vivos, perdas fetais, óbitos e causa básica da morte, etc.) que ocorressem em seus estados membros. Esses conceitos são provenientes da Classificação Internacional de Doenças, que se encontra hoje na sua 10ª Revisão – CID-10 (cf. OMS, 1996). A outra novidade é a descentralização do SIM, pois o sistema do IBGE é centralizado. Essa descentralização aumenta em 1991, no contexto da transição democrática e do federalismo que a acompanha<sup>23</sup>, quando as Secretarias estaduais e municipais de saúde passam a coletar os dados para o SIM diretamente de hospitais, cemitérios e unidades de saúde. A partir de 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde do MS (SVS/MS) passou a gerenciar o SIM (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007; 2009).

Mas só introduzir o novo modelo seria insuficiente para atingir os objetivos governamentais. Em primeiro lugar, foi preciso produzir uma legislação para que o sistema funcionasse (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2009). Uma legislação que, entre outras medidas, obriga o

---

<sup>22</sup> “Em julho de 1974, o SNI informara ao presidente que “notícias alarmantes sobre a ocorrência de surtos de doenças graves e perigosas, tais como a meningite”, uma vez “exploradas pelos meios de comunicação”, poderiam intranquilizar o povo. Quando Geisel recebeu esse documento, São Paulo vivia o pico de uma epidemia de meningite que atingira 18 mil pessoas e matara cerca de duzentas. Duas semanas depois, o governador Laudo Natel proibiu que se dessem informações à imprensa” (GASPARI, 2004, p. 108 – 109).

<sup>23</sup> Nos anos noventa, a redefinição do Ministério da Saúde envolveu dois movimentos concomitantes: a unificação do comando nacional sobre a política de saúde e a descentralização político-administrativa. Enquanto o primeiro movimento implicou na formação de uma única autoridade sanitária nacional; a descentralização fortaleceu outras autoridades sanitárias – os gestores estaduais e municipais da saúde -, redefinindo a repartição de poder e de recursos entre as esferas federal, estadual e municipal (VIANA; MACHADO, 2009).

uso da DO para o registro de óbitos em cartórios (cf. Portaria Funasa nº 474/2000); que pune os médicos que negam a fornecer a DO e que prevê suspensão de recursos para programas de atenção básica à saúde para a secretaria municipal de saúde que deixar de alimentar os sistemas de informação em saúde – o que inclui o SIM – por dois meses seguidos (art. 6 da Portaria MC/GM nº 1882). Em segundo lugar, a produção de farto material didático, que é produzido pelos funcionários do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD)<sup>24</sup> para assistir o MS na formação de recursos humanos (médicos, estudantes e funcionários públicos) (JORGE; LAURENTI; GOTLIEB, 2007, 2009). Além disso, meios acadêmicos, MS e secretarias municipais e estaduais de saúde vêm promovendo estudos sobre a qualidade das informações das DO sob o viés da vigilância epidemiológica.

Assim, desde os anos setenta, há dois sistemas independentes de controle de óbitos no Brasil – o do IBGE (sistema de estatísticas de registro civil) e do Ministério da Saúde (sistema de informações sobre mortalidade) – evidenciando uma grande estrutura para a coleta, consolidação e publicação das nossas estatísticas de mortalidade (VASCONCELOS, 1998). Os dois mecanismos de segurança populacional têm utilidades diferentes para os sucessivos governos que se seguiram. Atualmente, a tabela do IBGE da mortalidade da população brasileira subsidia o cálculo do *fator previdenciário*, feito pelo Ministério da Previdência Social, para fins das aposentadorias sob o Regime Geral da Previdência Social (cf. Decreto Presidencial nº 3.266/99, art. 2º). Já o SIM permite monitorar a saúde da população em seu tempo e espaço de ocorrência, identificar os pontos de risco e, por conseguinte, gerenciar os programas de saúde – pesquisa, prevenção, etc. (LEBRÃO, 1995).

Em comum, escreve Vasconcelos (1998), os dois sistemas de controle da morbi-mortalidade funcionam com um grande nível de detalhamento sobre os procedimentos de registro, sobre as taxas cobradas e sobre as penalidades e multas para os eventos não registrados. Poderíamos pensar, a partir de Foucault, se não há um excesso de governo sobre os controles dos óbitos no Brasil, uma vez que parece não haver motivos claros para os governos manterem dois sistemas independentes (cf. *Ibid.*). Todavia, o que nos interessa é mostrar, em primeiro lugar,

---

<sup>24</sup> O CBCD foi criado em 1976, a partir do convênio entre instituições brasileiras e organismos internacionais. Hoje, órgão colaborador da OMS para a Família de Classificações de Doenças em Português, o CBCD é responsável por melhorar a qualidade da informação dos atestados de óbitos e assessorar o Ministério da Saúde na promoção e revisão da CID.

setor público como “tutor pleno” que legisla, planeja, executa, compra, financia e fiscaliza os serviços de saúde relativos à mortalidade da população. Em segundo lugar, interessa-nos entender como esses sistemas de controle de mortalidade ajudaram a *institucionalizar* uma compreensão “medicalizada” da morte, que tem efeitos consideráveis de nossas atitudes para com ela, e nisto em muito ajuda o estudo da Declaração de óbito. Por último, para mostrar que a partir do momento da morte, nos bastidores, o corpo se torna objeto de investigação de uma série de profissionais que detém a sua posse para que ele seja examinado, certificado e vestido. Assim, conforme indica Parsons (1997), em conjunto com a mudança de atitudes contra a morte e a mudança do corpo para o ambiente médico institucionalizado, aumentou-se a formalização dos aspectos associados à morte e ao processo de eliminação do cadáver. Isso tem impactos organizacionais e operacionais consideráveis para o agente funerário, que vê aumentar as suas responsabilidades como profissional, num momento de menor participação da família e da comunidade neste processo.

### **2.3 – A declaração de óbito dentro do contexto do SIM e do registro civil**

A declaração de óbito seria o eixo de todas as regras e as práticas que liga um complexo sistema médico, legal e administrativo (que inclui o SIM). As regras, as nosologias e as categorias de descrição e de explicação podem ser capturadas nos manuais do governo federal que explicam como selecionar e classificar as causas de morte; nas leis que regem o registro e o desfazimento dos mortos; no discurso da medicina ocidental; e nas *práticas* humanas de selecionar, aplicar e adaptar todas essas normas para organizar a realidade social (cf. BRASIL, 2007; LAURENTI e JORGE, 2016; PRIOR, 1989). Sobre a DO enquanto ponto central de todo este sistema, nos escreve Shneidman (1976):

No mundo ocidental, à morte é dada a sua dimensão administrativa pelo atestado de óbito. É o formato e conteúdo dele que determina e reflete as categorias em termos de que a morte é conceituada e que estatísticas de óbitos são relatadas (SHNEIDMAN, 1976, p. 246).

O documento-básico do SIM é a declaração de óbito (DO) (Portaria nº 116/2009, art. 10), mais conhecido como “atestado de óbito”, um documento emitido pelo médico e que, ao declarar o falecimento, encerrará a existência da “pessoa natural”. É através dela que os governos têm um mapeamento dos óbitos no Brasil. No cotidiano, a associação entre a morte

e a DO é tão próxima que um médico que assiste um paciente grave pode confirmar que a morte se aproxima, ao afirmar que estará disponível a qualquer momento para fazer a declaração. Assim sendo, é esperado que o médico certifique a morte e declare a sua causa, ou causas<sup>25</sup>. A DO contém nove partes (ou blocos) que descrevem *quando, onde e como* os óbitos ocorreram, uma descrição detalhada do falecido (sexo, idade, data de nascimento, etc.) e a fonte do registro (médico e cartório)<sup>26</sup>, sendo que oito deles – em tese – são de *responsabilidade do médico*<sup>27</sup>.

Isso permite saber se o óbito ocorreu no hospital, domicílio ou via pública; qual foi a causa; qual o método de diagnóstico; quem atestou, se médico ou não; qual o tipo de violência (acidente, homicídio e suicídio), se caso houve. Esse detalhamento é uma prova jurídica de que o indivíduo não mais existe e serve para proceder com o sepultamento do corpo (LAURENTI e JORGE, 2016). Foucault, embora em outro contexto, também notou a significância política de investigações como essa, assim como a importância do “caso” e “história do caso” em geral. Ele afirma:

Durante muito tempo a individualidade qualquer – a de baixo e de todo mundo – permaneceu abaixo do limite de descrição. Ser olhado, observado, contado detalhadamente, seguido dia por dia por uma escrita ininterrupta era um privilégio. (...) Os procedimentos disciplinares reviram essa relação, abaixando o limite da individualidade descritível e fazem dessa descrição um meio de controle e um método de dominação. Não mais monumento para uma memória futura, mas documento para uma utilização eventual. (...) Esta transcrição por escrito das existências reais não é mais um processo de heroificação; funciona como processo de objetivação e de sujeição. A vida cuidadosamente estudada dos doentes mentais ou dos delinquentes se origina (...) de uma certa função política da escrita (FOUCAULT, 1975, p. 215 – 216).

O detalhamento inquisitivo que encontramos hoje numa DO nem sempre existiu. Conforme Camargo (2007), na cidade de São Paulo, até por volta de 1860, a maioria dos conhecidos

<sup>25</sup> O artigo 15 do Decreto nº 20.931 de 11 de janeiro de 1932, que regula e fiscaliza o exercício de alguns profissionais de saúde no Brasil, estabelece entre os deveres do médico “e) atestar óbito em impressos fornecidos pelas repartições sanitárias, com a exata *causa mortis*, de acordo com a nomenclatura nosológica internacional de estatística demógrafo-sanitária”.

<sup>26</sup> Os blocos da DO seriam: Bloco I – Identificação; Bloco II – Residência; Bloco III – Ocorrência; Bloco IV – Fetal ou menor de um ano (informações sobre a mãe); Bloco V – Condições e causas do óbito; Bloco VI – Médico; Bloco VII – Causas externas; Bloco VIII – Cartório; Bloco IX – Localidade sem médico.

<sup>27</sup> Conforme Niobey et al (1990), o que acontece com frequência é que alguns médicos se concentram na parte das causas e as condições do óbito (Bloco V), ficando para os funcionários administrativos o preenchimento de campos “menos nobres” da DO. Se, para a autora, a resistência dos médicos atrapalha as estatísticas de mortalidade e, por consequência, o diagnóstico de saúde do país, além de gerar implicações no campo do Direito; para o negócio funerário, disponibilizar pessoal para fazer um trabalho que seria do médico abre a possibilidade de capturar clientes antes da concorrência.

“atestados” ou “bilhetes de sepultamento” não era redigida por médicos, e sim por padres<sup>28</sup>. Esta era uma das várias funções dos religiosos, que incluía, por exemplo, dar a extrema-unção. Naquela época, era um costume muito arraigado no povo chamar um padre, e não um médico, para acompanhar os últimos momentos do doente. Para atestar a morte, em geral, os clérigos se valiam das informações passadas por familiares e pessoas próximas ao falecido – semelhante ao que alguns médicos fazem hoje, ainda que contra o *status* científico que a prática médica adquiriu (cf. SILVA, 2000). Em muitos casos, não havia indicação da *causa mortis* nos “bilhetes de sepultamento”, considerando que, para a Igreja e para a maioria das pessoas da época, o fato de que “foi Deus quem quis” chamar a Si determinado indivíduo já seria uma explicação suficiente.

**Figura 1 – Atestado de Óbito do século XIX**



No século XIX, já era possível encontrar a preponderância da medicina científica, a ênfase nas lesões anatômicas e a seleção de apenas uma causa de morte nos atestados de óbito.

Fonte: pesquisa de campo.

A partir de 1858, ainda segundo o autor, a legislação sobre enterramentos passa a exigir atestado médico que certificasse o óbito e que incluísse *a moléstia de que faleceu e a sua duração*. A obrigatoriedade de um médico verificar o óbito antes do sepultamento do corpo

---

<sup>28</sup> Nos casos de falecimentos de pessoas mais humildes, os "atestados" e "bilhetes" eram muito simples, escritos pelos padres em tiras de papel e, em muitos casos, cortados à mão, sem régua ou tesoura (Ibid.).

não se vinculava apenas a questões sanitárias, ou de uma ciência que lentamente ganhava terreno em relação a práticas “não esclarecidas”<sup>29</sup>; mas também a uma *dimensão policial da morte*, pois a ausência de uma “autoridade idônea” que verificasse o cadáver possibilitaria que os óbitos por causa criminosa (sobretudo, os crimes domésticos) passassem despercebidos pelas autoridades. É bem verdade que, atualmente, as dimensões policial e sanitária continuam sendo duas das grandes finalidades do atestado de óbito, aproximando a ciência da morte à ciência do crime:

O atestado de óbito tem assim a finalidade de assegurar a realidade da morte, esclarecer questões de ordem sanitária, além de satisfazer as exigências da determinação da causa jurídica da morte. Quanto à realidade, permite ele que não subsistam dúvidas quanto à possibilidade de estar a pessoa viva. É de grande valia no que se relaciona a certas questões de ordem sanitária, principalmente quanto à elaboração de estatísticas com a precisão exata da causa da morte. No que se refere à causa jurídica da morte, é importante que o médico, ao atestar o óbito, esteja certo de que se trata de morte natural e não de causa violenta (SILVEIRA e LAURENTI, 1973, p. 43).

Hoje, no que pesa o controle logístico desses formulários, cada DO é fornecida pelo Ministério da Saúde (MS) e distribuída pelas regionais de saúde aos municípios, que por sua vez coordenam o repasse dos impressos aos estabelecimentos de saúde (Institutos Médico-Legais, hospitais, entre outros) e recolhem as primeiras vias em hospitais e cartórios. Se *a priori*, isso resolveria o problema do comércio de DO pelas agências funerárias, que possivelmente iriam comercializá-lo<sup>30</sup> (JORGE, LAURENTI e GOTLIEB, 2009), ainda que essa saída não contenha todos os casos ilícitos, pelo menos segundo a grande mídia<sup>31</sup>, o percurso de uma DO serve de preâmbulo da organização social da morte numa cidade como Belo Horizonte. Esquemáticamente, cada uma das três vias da DO percorre os seguintes passos, conforme os itens abaixo e o fluxograma que segue (cf. *Ibid.*):

---

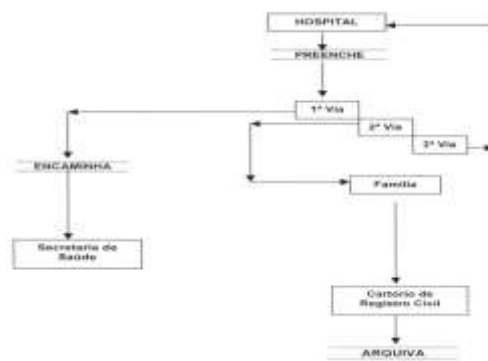
<sup>29</sup> Além da presença dos padres, era comum mandar chamar curandeiros, benzedeiros ou “pretos véios”, se se suspeitasse que a causa da enfermidade fosse um feitiço a ser quebrado (*Ibid.*).

<sup>30</sup> Segundo os autores, haveria uma prática das funerárias de oferecer às famílias atestados já preenchidos (ou só assinados) por médicos. É bom lembrar que, segundo o CFM, a emissão do atestado de óbito pelo médico é gratuita para óbitos de pacientes que ele assistiu. Todavia, para as demais pessoas, o CFM lhe permite cobrar pelo preenchimento do atestado após ele verificar o óbito (Parecer nº 17/1988; BRASIL, 2006).

<sup>31</sup> A compra de atestados de óbito, por exemplo, para encobrimento de crimes foi denunciada em reportagens investigativas. Disponível em: < <http://www.funerariaonline.com.br/Dicas/Default.asp?idnews=5579> >. Acesso em: 1 jun. 2016.

- A primeira via (branca) é recolhida mensalmente dos estabelecimentos de saúde e do Instituto Médico Legal pela secretária municipal de saúde (SMS) e serve para o processamento de dados no nível municipal ou estadual.
- A segunda via (amarela) é entregue à família pelo médico/unidade que a elaborou, que a leva ao cartório de registro civil para ser arquivada ali e utilizada em procedimentos legais.
- A terceira via (via rosa) permanece onde se notificou o óbito, junto com os documentos do paciente, até ser recolhida pela SMS. Quando o óbito é domiciliar, geralmente ela é entregue à família pelo médico particular e segue o mesmo fluxo da segunda via.

**Figura 2 – Fluxo da Informação de óbitos hospitalares**



Fonte: LAURENTI e JORGE, 2016.

O fluxograma acima representa uma rede formal em que transita a DO. O domínio do pessoal e dos ambientes médicos, dos agentes legais, dos encarregados de burocracias estatais e, claro, dos parentes próximos é evidenciado no fluxograma. E, assim como alguns agentes e cenários estão incluídos, outros são excluídos. Neste cenário dominado pela burocracia e pela ciência médica, vemos que a responsabilidade pelo documento é de competência da família e de pelo menos três instituições: os estabelecimentos de saúde, a secretaria municipal de saúde e o cartório de registro civil. O fluxograma não menciona, por exemplo, funerárias, seguradoras, líderes comunitários ou amigos. Isso não quer dizer que alguns desses atores não participem dos rituais funerários, mas é incontestável que eles são supérfluos para esta burocracia que descobre, define e atribui as causas de morte. Eles estão bastante engajados



neste processo, como nos falou um atendente de uma funerária, entrevistado em sua mesa de trabalho dentro de um grande hospital:

geralmente o médico ou a enfermeira responsável já orienta que tem que estar com a identidade da pessoa que faleceu para eu poder fazer o registro e iniciar o processo da declaração de óbito... eu faço o registro, eu colho os dados e esses dados são levados à intimação... Na intimação tem um funcionário responsável que faz a declaração de óbito, e o médico coloca as causas do óbito e assina... A família pega a declaração de óbito, que é esse documento, e vai até o cartório para ser feito o atestado de óbito... O corpo só é sepultado quando registrado em cartório... Pode ter feito velório normalmente, mas só é sepultado se tiver o registro do cartório (E64).

Conforme ficou evidente na fala anterior e no fluxograma, e também na lei de registros civis (cf. Lei 6015/73, art. 80), um dos atores mais ativos neste processo de desfazimento do corpo é a família do falecido, que no momento que sucede o óbito percorre um itinerário muito diferente do que segue o cadáver (BRADBURY, 1999). Num município como o de Belo Horizonte, após obter uma DO assinada pelo médico que acompanhou o caso, se a pessoa faleceu num hospital; ou pelo médico que assistiu ao falecido, se a morte aconteceu em casa e não há suspeita de crime; ou pelo médico do Instituto Médico Legal (IML) que fez a autópsia, no caso de mortes violentas; a família enlutada que é instruída a levar este formulário para o cartório de registro civil da comarca onde sucedeu o óbito. Geralmente, registra-se o óbito no dia de ocorrência. No cartório, tomar-se-ão notas dos detalhes da morte, dos dados da pessoa falecida<sup>32</sup> e do cemitério ou crematório ao qual será encaminhado o corpo, antes de liberar gratuitamente a *certidão de óbito* e a *guia de sepultamento*<sup>33</sup>. Se a lista de documentos estiver completa, o registro dura em média quinze minutos. Do cartório se sai com a Certidão de Óbito – a via original e pelo menos uma cópia que ficará arquivada no cemitério ou crematório – e a guia de sepultamento. Nenhum corpo pode ser eliminado sem esses papéis. Em posse desses dois documentos, e após conferir o CPF e RG do responsável e cobrar dele as taxas administrativas para abrir e fechar o jazigo, o Cemitério emite a autorização para sepultamento. Enquanto seus associados vão ao cartório, as funerárias costumam agendar o

---

<sup>32</sup> Há os documentos do falecido que devem ser apresentados: Certidão de Nascimento (se solteiro); Certidão de Casamento (se casado); Certidão de Casamento e Certidão de Óbito do Cônjuge (se viúvo); Certidão de Casamento com averbação (se divorciado ou separado judicialmente); Carteira de Identidade; CPF; Título de eleitor ou comprovante de votação ou certidão do TRE; Número do benefício e número da Espécie (se aposentado ou pensionista do INSS).

<sup>33</sup> Desde 1998, o registro de óbito e a primeira certidão de óbito são gratuitos segundo a Lei n° 9534/97.

velório e o enterro/cremação. A funerária só pode operar no cadáver em posse da certidão de óbito e da autorização de sepultamento.

O que pode parecer fácil no organograma, na verdade não o é. Comunicar o falecimento no cartório vem acompanhado de diversas dificuldades, as quais a família deve gerir para continuar com os trâmites legais para o desfazimento do cadáver. Tudo se faz sob o impacto de uma perda recente, quando quase não se concentra nas tarefas mais simples necessárias para realizar o registro (BRADBURY, 1999). Em momentos como esse, quando o zelo burocrático parece pedante ou trivial, é comum a irritação dos familiares com os atendentes dos guichês quando eles pedem um documento que faltou, uma informação do falecido que se perdeu ou para esperar mais pelo atestado de óbito. Se normalmente as exigências burocráticas incomodam, no momento do luto, elas se tornam muito mais irritantes: seja ela voltar ao hospital para pegar a guia que foi esquecida, confirmar a informação registrada no computador ou consultar um parente ao telefone para lembrar o registro daquela propriedade, o nome de parente ou qualquer outro dado do falecido. O risco de o familiar passar informação errada aos atendentes é alto, o que exige deles algum autocontrole emocional que eles dizem ter aprendido no cotidiano de seu trabalho. Como veremos, a orientação das funerárias a seus associados faz parte dos “benefícios de vida” incluso nos serviços delas ou, para quem não possui um plano funerário, uma primeira abordagem de vendas:

A gente tem que passar orientação de cartório, a gente tem que passar orientação de cemitério... é necessário porque a gente está ali para isso... O trabalho é isso... Quando acontece o óbito, em alguns hospitais a gente busca a família também (E78).

Tem muitas famílias que chegam chorando muito, aí eu preciso que alguém da família que esteja melhor venha acolher... Porque tem muitas informações a serem passadas e a pessoa não está apta a receber informação nenhuma devido ao estado psicológico... A gente dá um acolhimento, conversa com a família, verifica como é que está... Tem família carente que não tem condições nenhuma de atendimento funerário, e a gente faz uma entrevista para ver como estão as condições da família... como que ela tomará as providências funerárias... Aí aqui a gente inicia tudo isso (E64).

Ademais, ainda que a família nem sempre precise percorrer longas distâncias como se verifica no meio rural, nos bairros de periferia e na região metropolitana das capitais, uma dificuldade adicional é encontrar o cartório aberto da comarca do local do falecimento quando o óbito

ocorre fora do horário comercial (das nove da manhã às cinco da tarde durante a semana)<sup>34</sup>. Esta dificuldade aumenta nos fins de semana e feriados, quando só o cartório que foi escalado entre oito existentes na região metropolitana está aberto em regime de plantão, ainda que funcionando em horário comercial<sup>35</sup>. Conforme um entrevistado nos disse:

as áreas são divididas por regiões. Então se uma pessoa morreu lá no Venda Nova e ela vier para o IML quando o médico legista do IML declara o óbito, ela não vai no cartório perto do IML, ela vai no cartório aonde faleceu, que é o cartório regional de Venda Nova. Os cartórios de hoje em dia não têm plantão vinte e quatro horas. Só funcionam no horário comercial, mesmo em plantão final de semana e feriado... (...) Tem dia que você chega na porta de um cartório tem dez, quinze famílias ali e demora um pouco declarar o óbito... (...) Cada cidade tem o seu cartório (...) Em algumas cidades como Santa Luzia, por exemplo, já tem um cartório da região de São Benedito... Cada região que evolui e eles criam um cartório ali para cobrir aquela região enorme ali (E1).

Outra dificuldade é a manusear a papelada de registro, com uma variedade de documentos que precisam ser localizados e organizados, para que a ida ao cartório aconteça somente uma vez. Há ainda o fato irritante de que nos cartórios, como na maioria das instituições que trabalham com o óbito, os funcionários têm pouco ou nenhum preparo para atender pessoas enlutadas. A sensação de quem está recebendo o serviço faz lembrar o testemunho da jovem enfermeira que se viu na condição de moribunda: “Para vocês a morte faz parte da rotina. Para mim ela é nova e única” (ZIEGLER, 1977, p. 206). Mas a prova de resistência às práticas rotineiras do pós-óbito não termina aí. Além disso, há ainda que se resolver a documentação relativa à contratação do serviço funerário:

É muita informação: documentação, cartório, procedimentos funerários... Porque quando a família faz o serviço, ela tem que assinar muitos formulários... É a autorização do tratamento, a ficha de autorização do serviço contendo valores, os itens que ela está adquirindo, a autorização do serviço com o acordo de que o serviço funerário não cobre as taxas do cemitério... Assinar a frase de coroa, porque a família escolhe uma frase de coroa ou homenagem de luto... São várias assinaturas... Porque é muito delicado quando você mexe com corpo de um familiar...Então tem que autorizar o tratamento, desde um barbeamento até a venda de uma urna... Porque qualquer erro pode virar infração, né? pode ocorrer um problema

---

<sup>34</sup> Em Belo Horizonte há seis cartórios onde se faz registro de óbito, localizados nos seguintes bairros: Floresta, Centro (2 cartórios), Lourdes, Nova Suíça e Venda Nova. Também atende a região metropolitana dois cartórios localizados na cidade de Contagem, nos bairros Centro e Eldorado. Bimestralmente esses cartórios fazem um rodízio para atendimento nos finais de semana e feriados.

<sup>35</sup> Sobre os detalhes dos plantões para o registro de óbito, conferir o Provimento nº 260/CGJ/2013. Disponível em: < <http://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/servicos/plantao-de-registro-de-obito.htm#.WqQxQuiwbIX> >. Acesso em: 22 jan. 2018.

muito grande porque você está mexendo com corpo do ente querido de alguém... (E64).

De qualquer maneira, o que vemos, todavia, é uma construção social da morte que tem a burocracia atuando como elemento coesão. Assim como os mortos só são vistos como *mortos* até que um médico declare como tal (SUDNOW, 1967; GLASER e STRAUSS, 1965, 1968), a morte não é reconhecida burocraticamente até que o cartório lavre a certidão de óbito. E esse reconhecimento é o que torna a *Certidão de Óbito* (e, indiretamente, a DO) um documento indispensável para reorganizar o *status* social e familiar após a morte de alguém (SILVA, 2000). *Indispensável* porque, segue o autor, a falta deste documento inviabiliza uma série de direitos, que incluem: a abertura do processo de inventário, o pedido de pensão pela morte do falecido, a possibilidade de o cônjuge sobrevivente casar novamente, o término da obrigação alimentar, a abertura de vaga em cargo público, a extinção de possível processo criminal, entre outras relações jurídicas. E há todo um corpo de funcionários públicos responsáveis pelo cancelamento de benefícios ao falecido e seus familiares (Ibid.). Aqui vemos um aspecto da nossa sociedade em que tudo é regulado, controlado e certificado. Aliás, seria possível identificar o funcionamento de uma tecnologia panóptica enquanto as famílias transitam de uma instituição à outra. Uma vez que “os circuitos da comunicação são os suportes de uma acumulação e centralização do saber”, os parentes do falecido são induzidos a participar de diferentes formas de inquérito e confissão criados para prover as informações que os sistemas de controle de mortalidade exigem (cf. FOUCAULT, 1975, p. 240). Por esse motivo, é muito pouco provável que se proceda qualquer ritual mortuário em Belo Horizonte antes de a certificação ocorrer.

Ainda que muito semelhantes, os dois tipos diferentes de atestado de óbito, que no geral confundem as pessoas por causa da semelhança entre eles. Esses dois certificados são entregues sem lacre e podem ser lidos em qualquer momento. Como observou Prior (1989), as suas categorias frequentemente se tornam um assunto no círculo de parentes e amigos do falecido. Elas alimentam as conversas sobre os últimos momentos do morto, porque sempre se quer saber de que ele morreu, qual a doença que estava no seu corpo, há quanto tempo ele estava sofrendo e se a morte dele não teria sido uma “bênção” para todo mundo. Já a resposta preferida à pergunta sobre *como e por que* uma pessoa morreu, em geral será sobre a doença ou a ineficácia da medicação ou do tratamento – pois hoje se morre muito mais de doença do que velhice, pecado ou infortúnio. Essa transformação de percepção seria uma consequência

da nossa atualidade<sup>36</sup>, momento quando “as estatísticas de mortalidade atuaram como um ponto de articulação para várias mudanças na percepção da natureza dos corpos, da saúde e das populações” (ARMSTRONG, 1987, p. 654).

Esse exemplo ilustra como durante uma eventual morte é possível presenciar a “linguagem especial da medicina, à forma de conhecimento que produz e às instituições profissionais e aos espaços sociais que ela ocupa” (NEAD, 1988, p. 4). Conforme a autora, trata-se de “uma forma particular de linguagem com suas próprias regras e convenções e as instituições dentro das quais o discurso é produzido e divulgado”. Uma característica desse discurso é a *redução das mortes a seus aspectos físicos*, o que confere mais importância aos *corpos biológicos* que ao *corpo social* (PRIOR, 1989). Essa característica produz uma posição específica de falecidos em nossa sociedade, bem antes dele se tornar uma ordem de serviço de uma funerária. Cabe agora analisar o funcionamento deste arranjo sóciotécnico a partir da racionalidade médica subjacente, para depois ver a presença desta mesma racionalidade nas práticas e discursos existentes no setor funerário.

---

<sup>36</sup> Lembremos, por exemplo, o filósofo e ensaísta Walter Benjamin que em “O Narrador” denunciou a representação da morte como uma crise da experiência narrativa que, segundo ele, ocorria no contexto mais amplo da cultura do século XX: “No decorrer dos últimos séculos pode-se observar que a ideia da Morte vem perdendo, na consciência coletiva sua onipresença e sua força de evocação. Esse processo se acelera em suas últimas etapas. Durante o século XIX, a sociedade burguesa produziu, com as instituições higiênicas e sociais, privadas e públicas, um efeito colateral que inconscientemente talvez tivesse sido seu objetivo principal: permitir aos homens evitarem o espetáculo da morte. (...) Hoje, os burgueses vivem em espaços depurados de qualquer morte e, quando chegar sua hora, serão depositados por seus herdeiros em sanatórios e hospitais. Ora, é no momento da morte que o saber e a sabedoria do homem e sobretudo de sua existência vivida – e é dessa substância de que são feitas as histórias – assumem pela primeira vez uma forma transmissível. Assim, como no interior do agonizante desfilam inúmeras imagens – visões de si mesmo, nas quais ele se havia encontrado sem se dar conta disso –, assim, o inesquecível aflora de repente em seus gestos e olhares, conferindo a tudo o que lhe diz respeito àquela autoridade que mesmo um pobre-diabo possui ao morrer, para os vivos ao seu redor. Na origem da narrativa está essa autoridade” (BENJAMIN, 1936, p. 207)

### 3 – A DECLARAÇÃO DE ÓBITO

**Figura 3 – Cabeçalho da Declaração de Óbito**



Fonte: LAURENTI e JORGE, 2016.

#### 3.1 – O óbito: de acontecimento a processo

A declaração de óbito (DO), exigida pelas instituições públicas, verifica para a sociedade que um dos seus membros se foi. Ela permite que a família reorganize a vida sem a pessoa falecida e que as instituições sociais paguem seguro, cessem com os pagamentos da seguridade social, e registrem a morte nas estatísticas de mortalidade (RODABOUGHT, 2003). O número da Declaração de Óbito consta no cabeçalho do documento e por ele faz-se o controle da emissão, distribuição, coleta e resgate da DO; além de dificultar fraudes e evitar erros na emissão do documento e na digitação dos registros (JORGE, LAURENTI e GOTLIEB, 2009).

No que tange ao trabalho conceitual, as questões se tornam mais complexas. No dicionário, uma definição para “óbito” é a de “falecimento; *momento exato* em que se declara a morte de uma pessoa”<sup>37</sup>. O conceito de “instante da morte” seria o centro do sistema organizativo ocidental da morte, nos escreve Ziegler (1977), e determinar sua ocorrência tem sido objeto de debate há séculos. Cerca de 500 anos antes de Cristo, Hipócrates definiu o “instante da morte”, em *De Morbis*, segundo livro, seção 5, quando ele descreveu as modificações do rosto imediatamente ao *post mortem*, de cuja descrição ficou conhecida por “facies hipocrática” (TAYLOR, 1884). O autor descreve a aparência desta máscara da morte:

Testa está seca e enrugada, – os olhos estão afundados, – nariz saliente e rodeado por uma coloração escura, – têmporas estão cavas, deprimidas, e enrugadas, – as orelhas estão levantadas, – os lábios estão relaxados e pendentes, – as bochechas estão caídas, – o queixo está enrugado e endurecido, – pele seca, e de um tom de chumbo, – os cabelos das narinas e das sobrancelhas estão cobertos por um pó branco fosco, e a fisionomia está distorcida e alterada, a fim de tornar o indivíduo não mais reconhecível (TAYLOR, 1884, p. 66).

<sup>37</sup> Disponível em: < <http://www.dicio.com.br/obito/> >. Acesso em: 5 ago. 2016.

Para Hipócrates, a morte era devastadora, imprevisível e inesperada. Ou como se dizia outrora, *Mors certa, hora incerta* (ARIÈS, 1977). O que se deveria estabelecer seria o momento da morte do corpo, pois a morte final seria aquela das células que ocorre posteriormente, com a decomposição. Isso torna a “fácies hipocrática” mais um retrato do rosto do morto do que uma definição esclarecedora de morte, o que deixa a morte no terreno das indefinições (SANVITO, 2012). Todavia, os elementos constitutivos do instante da morte que Hipócrates preconizou – cessar definitivo das funções vitais do organismo vivo, acompanhado do desaparecimento da coerência funcional e a decomposição de tecidos orgânicos e células – continuam sendo adotados na medicina e na biologia, apesar das críticas ao agenciamento teórico dos sintomas que ele anunciou<sup>38</sup> (ZIEGLER, 1977, p. 174).

Foi no século XVIII que começou o desejo de encontrar a morte com precisão meticulosa, em situá-la exclusivamente no corpo humano. Havia uma enorme pressão para se resolver o problema do diagnóstico de morte e poder enterrar uma pessoa sem correr o risco de fazê-lo com ela viva. E assim, como nos mostra Santos (1997), em 1742, Jacques Jean Bruhier [1685–1756] realizou os primeiros trabalhos sobre inumações prematuras, recolhendo 189 casos de supostos enterramentos em vida. Como consequência, em 1793, as câmaras mortuárias de espera são criadas na Alemanha e Itália. Também a *Académie des sciences* da França, em 1837, estabeleceu um prêmio para os trabalhos sobre os *sinais* de morte e os meios para prevenir o enterro prematuro. O prêmio foi obtido por Eugène Bouchut [1818–1891] em 1846, com seu *Traité des signes de la mort et des moyens de prevenir les enterrements prématures* (1849)<sup>39</sup>, que popularizou o uso do estetoscópio para atestar a

---

<sup>38</sup> Uma dessas críticas foi formulada por Foucault (1963, p. 163 – 164) através da cronologia existencial de Bichat: “Os invólucros sucessivos da vida se desprendem naturalmente, enunciando sua autonomia e sua verdade naquilo mesmo que os nega. O sistema das dependências funcionais e das interações normais ou patológicas se esclarece, também, pela análise destas mortes”. A nova medicina havia destruído a antiquíssima imagem da morte como algo que surge no fim da vida. Não foi a morte chamando de fora que terminou a vida, mas os efeitos da lesão patológica dentro do corpo. As sementes da morte e as fontes da vida estão inclusas no corpo desde quando ele nasce (ARMSTRONG, 2002).

<sup>39</sup>

Disponível

em:

<

<https://books.google.fr/books?id=Rd26H3UfhjYC&dq=inauthor%3AEug%C3%A8ne%20inauthor%3ABouchut&hl=fr&pg=PP7#v=onepage&q&f=false> >. Acesso em: 15 ago. 2016.

ausência de batimentos cardíacos em moribundos<sup>40</sup>. Por causa desses eventos, as legislações de hoje exigem prazos mínimos para necropsias e sepultamentos (SANTOS, 1997, p. 346)<sup>41</sup>.

Esses eventos também nos mostram o momento da ascensão da anatomia patológica. O debate dos séculos XVIII e XIX sobre o instante da morte e enterro prematuro buscava descobrir onde, no corpo, estaria a verdadeira origem da morte. Deste modo: “No domínio da morte e do morrer, prevaleceu a medicina, em parte porque estava preocupada com a determinação dos sinais físicos da morte e, portanto, poderia reduzir o medo do enterro vivo” (TIMMERMANS, 2006, p. 5). Nessa época, como aponta Santos (1997), Marie François-Xavier Bichat formula a primeira definição científica de óbito. Para o anatomista francês, a morte não seria um acontecimento “sem duração” (ou um único evento) como acreditava Hipócrates, mas um processo lento que começa com uma lesão e termina numa catástrofe fisiológica. A patologia anatômica ia apagando o que poderia ser até então identificado como “instante da morte”. O homem morre quando se verifica que cessaram simultaneamente o coração, o pulmão e o cérebro – a denominada “trípode de Bichat”, que sustenta as funções vitais do organismo humano.

Assim, a morte foi reduzida a *sintomas* fisiológicos, e não mais a *signos* fisiológicos (PRIOR, 1989). Daí em diante, há uma única morte cujos sinais devem ser procurados em tecidos e células, órgãos e sítios anatômicos específicos do corpo humano. Muito mais um *processo* fisiológico que um *único evento* fisiológico, o instante da morte dissipou-se. Foucault nos escreveu sobre essa mudança: “O tempo da morte pode se deslocar ao longo da evolução mórbida; e como esta morte perdeu sua característica opaca, ela se torna, paradoxalmente e por seu efeito de interrupção temporal, o instrumento que permite integrar a duração da doença no espaço imóvel de um corpo recortado” (FOUCAULT, 1963, p. 164-165). Ou seja, a doença não seria uma constelação fugaz de sintomas que entram e saem do corpo; ela era uma anormalidade de estrutura ou função contida *no corpo*. Essa anormalidade, ou melhor, essa ruptura das funções básicas dos sistemas do corpo, poderia ser tão grave ao ponto de causar a morte (ARMSTRONG, 2003).

---

<sup>40</sup> Death the last taboo. Disponível em: < <http://australianmuseum.net.au/stethoscopes> >. Acesso em: 9 ago. 2016.

<sup>41</sup> Geralmente esse prazo é de 24 horas, a não ser em caso de doença infectocontagiosa. No Brasil, quando a lei municipal não dita esse prazo mínimo, a referência se torna os usos e costumes (SILVA, 2000, II, p. 445).



Para Ziegler (1977), depois de a patologia europeia ter incorporado a técnica do cadáver como uma providência fundamental, quanto mais essa técnica desenvolvia, mais o conceito de “instante da morte” se tornava ambíguo. Foucault, que notou essa imprecisão, escreveu: “na morte, a doença, tendo atingido o final do percurso, calava-se e tornava-se objeto da memória. Mas se os traços da doença atingiam o cadáver nenhuma evidência podia, então, distinguir absolutamente o que era dela e o que pertencia à morte; seus signos se inter cruzavam em indecifrável desordem” (FOUCAULT, 1963, p. 161). Mas a organização original da clínica não questionou o conceito ambíguo de morte, pressupondo que a vida e a morte poderiam ser claramente divididas uma da outra (HOWARTH, 2000). No melhor dos casos, “o instante do falecimento pode desempenhar o papel de *um sinal sem espessura*, que reencontra o tempo nosográfico, como o escalpelo, o espaço orgânico. A morte é apenas a *linha vertical e absolutamente fina* que separa, mas permite aproximar a série dos sintomas e a das lesões” (Ibid., grifos meus).

Na atualidade, sob a ótica da Justiça, o momento da morte é uma *questão de fato*, e não *de direito* (ZIEGLER, 1977; SANTOS, 1997). É o médico que define o seu instante, as suas modalidades de ocorrência e as suas causas. Pela nossa lei, há uma hierarquia entre o ato médico de constatar a morte e os demais atos que o seguem (a interrupção dos cuidados hospitalares, a autópsia, os transplantes e as primeiras mudanças na identidade do cadáver pelo cartório). O destaque do profissional médico *em constatar o óbito* está claro na Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, a Lei de Doação Presumida de Órgãos, ou mais conhecida como a “Lei dos Transplantes”. Nessa lei, lemos que:

A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina (Lei 9434/97, art. 3º).

Segundo passagem, é o Conselho Federal de Medicina (CFM) que determina os critérios para o diagnóstico de *morte encefálica*<sup>42</sup> (cf. CFM nº. 1480/97). Toda e qualquer controvérsia sobre a validade desses critérios também ocorre no âmbito dessa organização. Um primeiro

---

<sup>42</sup> Conceitualmente, escreve Sanvito (2012), a “morte encefálica” ocorre supostamente quando todas as funções do encéfalo (o cérebro e o tronco cerebral) cessam irreversivelmente, ainda que a atividade cardiovascular continue. Nessa, as funções vitais são mantidas por aparelhos.

ponto é que na grande maioria de países aplica-se sistemas semelhantes de verificação, segundo os quais o médico, e somente ele, fixaria o momento do término da vida (ZIEGLER, 1977). Pelo seu conhecimento da fisiologia humana, pressupõe-se que ele seria quem melhor identifica o “sinal sem espessura” ou a “linha vertical e absolutamente fina” que separa o corpo vivo de um cadáver. Testemunha de um fenômeno da natureza, o médico fisiologista assinala, analisa e define as causas do falecimento. Isso não é de se estranhar porque, até ele declarar o óbito, este médico é responsável por determinar o grau de sucesso dos tratamentos e por fazer diagnósticos e prognósticos<sup>43</sup>, afinal,

as concepções modernas do morrer, dominadas pela linguagem da medicina, supõem uma dialética complicada entre o andamento autônomo do organismo e as intervenções, voluntárias ou não, que sobre elas são operadas. Em decorrência dessas intervenções, a morte poderá ser postergada ou adiantada: as doenças poderão ser bem ou mal tratadas [sic], (...) A morte, de certo modo, se transforma numa espécie de responsabilidade técnica que nada tem a ver com o andamento autônomo do organismo (RODRIGUES, 1983, p. 191).

O problema é que nem sempre é fácil constatar fisiologicamente o “instante da morte” (RODABOUGH, 2003). Há *morte local*, que é a substituição constantemente de células velhas por novas no corpo vivo. Há a *morte geral* que é a morte de todo o corpo. Ela inclui a *morte somática* e a dos tecidos. Há a *morte somática* quando cessam o batimento cardíaco, a respiração, os movimentos, os reflexos e a atividade cerebral. Geralmente, ela precede as mortes dos órgãos individuais, células e partes de células. Só depois ocorre a *morte dos tecidos*. Outra dificuldade reside no fato de durante a *morte somática* haver estados transitórios, como desmaio, transe, e coma que podem assemelhar-se muito ao óbito. Os debates entre os séculos XIX e XX sobre o instante da morte expressam a dificuldade de *escolher apenas uma causa* em meio várias a condições patológicas de quando a vida termina (PRIOR, 1989). Nessas condições, a constatação do óbito torna-se um *ato social*, uma vez que o médico realiza o diagnóstico com referências de seu contexto (ZIEGLER, 1977).

---

<sup>43</sup> Com tantos instrumentos (desfibrilador, ventilador mecânico, tratamentos medicamentosos, cirurgias, etc.) para manter um indivíduo vivo, o médico pode declarar óbito somente após ele acreditar que todas as formas de reanimação falharam (RODABOUGH, 2013). Mas o paciente também pode escolher parar o tratamento. Como geralmente não sabemos o que vai provocar a nossa morte, no Brasil, se uma pessoa desejar, ela pode registrar um “testamento vital” em cartório de notas. Nesse documento, que inclusive pode ser escrito à mão, uma pessoa instrui quais os futuros cuidados médicos que quer receber quando estiver incapaz de manifestar a sua vontade, evitando intervenções que ela não queira (DADALTO, 2013). Cabe aos familiares dela levar esse documento à equipe de saúde e garantir que essa vontade seja cumprida. Ou, se nenhuma vontade foi comunicada, escolher o que cabe ao moribundo quando já não for possível evitar a morte.

Até meados do século 20, uma pessoa era declarada morta quando a sua função respiratória e circulatória cessasse. Todavia, com o advento de novas técnicas de transplante e o aperfeiçoamento de métodos de sobrevida em meados do século XX, surgiram-se novos critérios para o momento do óbito. Uma questão importante dizia ao fardo material e psicológico de doentes comatosos graves; afinal em hospitais, esses casos ocupavam leitos que poderiam ser de outros doentes com maior chance de cura. Devido à dificuldade da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre quais seriam os novos critérios que definissem o instante da morte, uma comissão foi criada na Faculdade de Medicina de Harvard, o *Ad hoc Committee to examine the definition of brain death* que em 1968 publicou um comunicado especial chamado de “Definition of Irreversible Coma” (cf. BEECHER, 1969). Se até aquela época o único critério para aferir a morte era o cardiorrespiratório, foi necessário um novo diagnóstico para a chamada morte neurológica.

A determinação de morte cerebral [*brain death*] exige que haja coma sem resposta, a ausência de reflexos do tronco cerebral e a ausência da função do centro respiratório, na situação clínica em que estes resultados sejam irreversíveis. Em particular, deve haver evidência clínica ou neuro-imagem de patologia cerebral aguda (por exemplo, lesão traumática cerebral, hemorragia intracraniana, encefalopatia hipóxica) consistente com a perda irreversível da função neurológica (ANZICS, 2013, p. 17).

O instante da morte se expandia e se avizinha com a vida, ou melhor, morrer tornou-se uma espécie de vida (ARMSTRONG, 1987)<sup>44</sup>. Estava implícito na categoria de “coma irreversível” que a sociabilidade estaria residindo na consciência humana e na ausência de tal consciência seria o equivalente à “morte” – ou, como já se dizia sobre o paciente comatoso irreversível, “Socialmente ele já está morto, embora seu corpo permaneça biologicamente vivo” (GLASER e STRAUSS, 1965, p. 108). No campo científico, a definição de “coma irreversível” deu início aos debates sobre os méritos do cérebro inteiro contra a morte do tronco encefálico, como evento causal ou constitutivo da morte (cf. BARLETT, 1995). O que houve de fato uma inusitada reversão em que as preocupações com as “deficiências dos sinais de morte” do século XIX foram substituídas pelo interesse no “excesso dos sinais de vida”, seja ele um processo celular, cerebral ou somático (PRIOR, 1989, p. 30).

---

<sup>44</sup> É de Morison (1971, p. 694) o entendimento de que o “morrer” seria “um processo prolongado que começa quando a própria vida inicia e não é completada em nenhum organismo dado até a última célula deixar de converter energia”.

A nova grade de inteligibilidade que surge na declaração de Harvard teve implicações legais enormes em todo o mundo. Naquele momento, havia se tornado imperativo estabelecer *os limites das aspirações da medicina hospitalar*, ou seja, “limites para o tipo e a extensão da pesquisa médica e para os cuidados que os indivíduos podem legitimamente pedir à sociedade, e (...) para os cuidados médicos que devem ser investidos para manter as pessoas vivas” (CALLAHAN, 1977, p. 33). No Brasil, enquanto a atividade cerebral não cessar, o paciente terminal encontra-se em trajetória de falecimento (BOMTEMPO, 2013; cf. Lei nº9.434/1997, art. 3; Resolução nº 1480/97 do CFM, art. 4). De fato, entre os critérios mais problemáticos da morte cerebral é que *ver* não significa necessariamente *acreditar*: “os mortos cerebrais podem parecer estar dormindo, mas na realidade eles não estão mais ‘lá’.” (SHARP, 2007, p. 19). Destacamos quatro considerações preliminares da referida resolução:

- (...) a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial;
- (...) o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para o suporte de funções vegetativas em pacientes com parada total e irreversível da atividade encefálica;
- (...) a necessidade de judiciosa indicação para interrupção do emprego desses recursos;
- (...) a necessidade da adoção de critérios para constatar, de modo indiscutível, a ocorrência de morte;

Chamou-nos a atenção o fato de este trecho ter destacado o “ônus psicológico e material” pelo prolongamento dos cuidados médicos de pessoas em coma irreversível. Quando lemos o comunicado especial de 68, reparamos que também a *primeira preocupação* do comitê estadunidense foi o “fardo” nas famílias, pacientes, hospital e “nos pacientes que precisam de leitos hospitalares já ocupados por esses pacientes comatosos”; enquanto a *segunda preocupação* cria novos critérios para a obtenção de órgãos para transplante (BEECHER, 1968, p. 337). De fato, um dos critérios para o diagnóstico de morte cerebral é disponibilizar cuidados intensivos para casos com mais esperança (LAU, 2004). De *Mors certa, hora incerta*, passamos para *hora certa et etiam praescripta* (ARIÈS, 1977), uma mudança que trouxe um novo conjunto de critérios fisiológicos, sociais e éticos:

Mais e mais pacientes estão sujeitos a uma longa e contínua intervenção (...). Tudo isso custa dinheiro (...). Existem outros custos, menos tangíveis, mas talvez mais importantes – por exemplo, o desvio de recursos médicos escassos de pessoas mais jovens temporariamente ameaçadas por doenças agudas, mas potencialmente curáveis. O pior de tudo é a tensão na qual uma família tem que viver por anos acompanhando de perto um cadáver mudo,

mas aparentemente vivo (...). Um parâmetro ainda mais de perturbador foi adicionado recentemente à equação. Parece que partes do corpo moribundo podem adquirir importância maior do que o todo. (...) pode significar toda a vida para um “donatário” muito mais jovem, potencialmente mais vigoroso e feliz (ROBINSON, 1971, p. 695, grifo do autor).

Para Ziegler (1977), a Resolução de Harvard seria uma “revolução conceitual” por ter criado “uma nova transparência”. De fato, se antes, a morte era definida por critérios estritamente físicos, esses critérios passam a agrupar critérios sobre o valor da vida e a essência das qualidades humanas (cf. VEATCH, 1989, p. 17). Mesmo assim, esse tipo de discussão ignora as *práticas sociais* que envolvem a morte, como os processos decisórios dos médicos sobre o que fazer com cada caso terminal <sup>45</sup>. Para o grupo de autores que eu adotei, essas práticas envolvem muito mais do que constatar a presença de um conjunto de processos fisiológicos que ocorrem no corpo (cf. GLASER e STRAUSS, 1968). Nesse contexto, aponta Armstrong (1987), o novo discurso da morte biológica passou a conferir especial atenção ao *olhar técnico* do clínico e do patologista:

Em parte, este novo espaço era aquele em que a biologia não era mais constituída por estruturas fixas de patologia, mas pelos processos de vida em constante mudança. No entanto, este discurso, particularmente nas mãos do especialista em ética médica, também se afastou do corpo para se concentrar no especialista – o clínico, o patologista – que falava. O problema da morte duvidosa ou não identificável tornou-se um problema para aqueles que criaram a imprecisão ou foram incapazes de identificar o momento da morte. O segredo da morte e a verdade da vida não residiam mais com tal segurança nas profundezas do corpo, o tribunal de julgamento exigia menos o corpo como evidência e mais a pessoa como testemunha (ARMSTRONG, 1987, p. 656).

Assim, a ética médica assumiu a análise médica da morte e exigiu a confissão do clínico. Não podemos esquecer que, sendo positivistas, os médicos têm uma predileção para categorizar os indivíduos segundo diferentes tipos de morte e prescrever um ritual técnico específico para cada situação, ainda que nenhum deles satisfaça as *necessidades espirituais* dos pacientes e familiares envolvidos (O’GORMAN, 1997). Para eles, as *dimensões sacrais da morte* são espetaculosas demais para ser admitidas como explicação. Eles preferem uma linguagem especializada, que varia do jargão técnico para ferramentas e métodos a eufemismos projetados para amenizar o impacto emocional de notícias devastadoras, ainda que isso possa

---

<sup>45</sup> Os parâmetros para essas decisões seriam “o respeito à vida, que impele a prolongá-la indefinidamente; a humanidade, que impele a abreviar o sofrimento; a consideração da utilidade social do indivíduo (se é jovem ou velho, famoso ou desconhecido, digno ou degradado); e o interesse científico do caso” (ARIÈS, 1977, p. 277; cf. GLASER e STRAUSS, 1968).

diminuir o status *humano* dos pacientes (SHARP, 2007). Obviamente, a secularização da vida pela medicina teve consequências para alguns negócios da morte:

O seguro de vida não tem nada a ver com a vida, mas tudo a ver com a morte e quem recebe a quantia de dinheiro depois que um indivíduo morre. A linha onde ocorre a morte legal torna-se especialmente crítica quando pessoas feridas e doentes são colocadas no suporte de vida por tempo longo o suficiente para determinar se elas vão reassumir as funções normais da vida por conta própria. Suponha que a apólice de seguro de vida de uma pessoa expira enquanto ele ou ela está na UTI e, mais tarde, o corpo é determinado incapaz de sobreviver e é desconectado do suporte de vida. A pessoa estava morta quando colocada no suporte de vida, ele ou ela morreu enquanto estava no suporte de vida, ou a morte ocorreu apenas quando a pessoa foi desconectada do mecanismo de suporte de vida? As respostas a essas perguntas podem fazer uma considerável diferença financeira para os membros da família e as empresas de seguros (RODABOUGHT, 2003, p. 286).

A citação e a discussão acima mostram que os problemas em enxergar a morte simplesmente como um “fato biológico”. O que eu quero mostrar é que a compreensão e gestão da morte nas práticas sociais cotidianas depende das formas de discurso que o cercam – legais, religiosos, sociais ou (bio)políticos – nos contextos em que ocorrem (cf. PRIOR, 1989). Por exemplo, quando consideramos a racionalidade científica atual, que estabeleceu os critérios que compõe uma DO, devemos lembrar que “se existem conhecimentos capazes de extirpar, até às raízes, a crença na existência de seja lá o que for que se pareça a uma ‘significação’ do mundo, esses conhecimentos são exatamente os que se traduzem pela ciência” (WEBER, 1917, p. 37). Ou seja, *não é no discurso racionalista da ciência, que encontraremos um “sentido” para o que experienciamos quando perdemos uma pessoa querida*. Para este discurso, só existem “coisas” – relações causais e leis universalmente válidas para o controle da natureza. Daí porque, por exemplo, há espaços normalmente isolados de visitação pública, como é o caso do necrotério, “um ambiente onde o corpo é reduzido a um objeto de medição por patologistas, onde se torna muito ‘carne’” (TOWNSEND, 1988, p. 132).

O mesmo pode-se dizer do corpo, quando consideramos a “corporeidade” um produto de discursos que o impactam: “O corpo: superfície de inscrição dos acontecimentos (enquanto que a linguagem os marca e as ideias os dissolvem), lugar de dissociação do Eu (que supõe a quimera de uma unidade substancial), volume em perpétua pulverização (FOUCAULT, 1986, p. 15)”. O corpo, portanto, não se cede à observação nua sem medição de pelo menos uma forma de conhecimento. É o que acontece, por exemplo, em alguns hospitais, onde o moribundo “perde sua individualidade e se transforma em número, fragmenta-se em órgãos

que têm existências independentes; ele se descobre objeto de uma linguagem que não compreende” (RODRIGUES, 1983, p. 190).

De fato, a maioria das ações que se toma na hora da se morte relaciona com alguma prática ou teoria sobre o corpo. Sinais são descobertos “sobre” ou “dentro” do corpo, causas da morte são localizadas “dentro” do corpo, o registro da morte depende de um corpo, os enlutados choram sobre o corpo, o profissional de tanatopraxia prepara o corpo, etc. (cf. HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). *Sem um corpo*, ou mesmo sem partes dele, o processo mortuário é perturbado irremediavelmente (HALLAM e HOCKEY, 2001). Por exemplo, a desconfiança generalizada de órgãos humanos “desaparecem” nas funerárias em Belo Horizonte, motivou a prefeitura baixar uma norma técnica para regular a posse dos cadáveres na cidade, de modo a proteger o *estado social destes corpos* e, conseqüentemente, os *significados* dos procedimentos mortuários para os sobreviventes.

Portanto, é pertinente indagar nesta primeira parte como *a guarda do Estado* interfere nas formas de perceber, compreender e constituir o corpo humano na hora da morte, para analisar posteriormente como esse conjunto de práticas e concepções teóricas interfere quando este mesmo corpo estiver sob *a posse das funerárias*. Afinal, nelas é permitido práticas em torno do cadáver condizentes a uma concepção de “pessoa” ou de “indivíduo”, de “alguém” que está sendo preparado para o velório e desfazimento, práticas que não são operadas por agentes ou agências estatais (cf. PRIOR, 1989). Práticas morais, religiosas, sociais e políticas, que extrapolam os aspectos físicos e materiais do corpo impostos pela ciência da anatomia (Ibid.). Dito isso, vou continuar essa pesquisa através de uma topografia dos lugares de óbitos para explorar racionalidade subjacente a cada um deles quando se compara uma racionalidade que havia num período anterior ao nosso.

### 3.2 – Os locais de óbito

**Figura 4 – Local de ocorrência do óbito**

Fonte: LAURENTI e JORGE, 2016.

O terceiro bloco da DO (campos 20 a 26) colhe informações sobre o local do óbito<sup>46</sup>. Presume-se que o local da morte seja um parâmetro importante da qualidade dos cuidados no fim da vida (cf. GOMES et al., 2013). Dependendo do lugar, as funerárias têm mais liberdade para abordar clientes. Ainda que, pela numeração, seja possível inferir onde mais acontecem óbitos, é praticamente um consenso na literatura que hoje as pessoas morrem na maioria das vezes em hospitais. Em seguida, temos outros estabelecimentos de assistência à saúde<sup>47</sup>, que estão adquirindo uma importância crescente se consideramos o alto custo da hospitalização e as mudanças na tecnologia (LEBRÃO, 1995). Desta categoria, e segundo a jurisprudência<sup>48</sup>, o estabelecimento que nos interessa é a Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI). Depois temos as pessoas que morrem em casa, um número que vai aumentar com a popularização do *home care* (cuidado domiciliar). Alguns desses lugares são produtos dos deslocamentos históricos e espaciais de tratamento e cura das doenças (cf. FOUCAULT, 1974, 1986). De fato, os espaços onde se realiza o tratamento e controle de doenças se configuram de diversos modos e ganham ênfases em diferentes períodos históricos e culturais (WHO, 2000). Finalmente, temos as pessoas que morrem em via pública e em “outros lugares” – que inclui, por exemplo, o *lugar de trabalho*, porque essa categoria não aparece na nossa DO (cf. COHEN et. al., 2006).

<sup>46</sup> Em 2015, dos 15.143 óbitos, 10.381 casos ocorreram em hospitais, 2.805 casos ocorreram em residências, 952 casos ocorreram em outros estabelecimentos de saúde, 544 casos ocorreram em via pública, 460 casos ocorreram em outros lugares e 1 caso teve o local de óbito ignorado. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10MG.def> >. Acesso em: 29 mar. 2018.

<sup>47</sup> Para uma lista completa de estabelecimentos de saúde, conferir: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo\\_estabelecimento.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm). Acesso em: 10 nov. 2017.

<sup>48</sup> Disponível em: < <http://trt-2.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/158621703/recurso-ordinario-ro-7019320125020313-sp-00007019320125020313-a28> > Acesso em: 17 nov. 2016.



Para Cohen et al (2006), a distribuição espacial de moribundos segue determinantes como gênero, status socioeconômico, o grau de urbanização, entre outros. De fato, o acesso de uma classe social à habitação, saúde e assistência social de fato afeta a expectativa de vida, o modo de morrer e o cenário da morte dessa classe (HOWARTH, 2007b). Essa seção busca caracterizar os lugares onde se morre e apresentar uma *topografia* da morte. Há de se pensar na situação específica de Belo Horizonte, onde a maior parte da pesquisa de campo foi feita, cidade originalmente planejada para funcionar como um “organismo saudável”, mas que agora é caracterizado por um desenvolvimento urbano e um perfil social desiguais, onde os eventos relacionados à saúde refletem condições de segregação social (CAIAFFA et al, 2005).

Começamos pelo hospital, lugar onde desde há algumas décadas o tema “morte” se tornou um assunto técnico para profissionais médicos (cf. GLASER e STRAUSS, 1965). Schachter (2004) sugere que o hospital moderno possui um grande prestígio como instituição de tratamento de doentes ou feridos, cuidando de todo tipo de doença (*generalista*) ou apenas de um tipo ou grupo de doenças (*especializado*). Nas grandes cidades, como em Belo Horizonte, muitos hospitais adquiriram renome ao se tornar centros equipados de cuidado de pacientes, formação de pessoal médico e auxiliar, e pesquisa das causas e das curas de doenças (cf. OUVENEY e NORONHA, 2013). Os hospitais têm oferecido uma variedade de serviços de saúde (urgência, unidades cirúrgicas, cuidados intensivos, ambulatório, etc.), num cenário dominado por profissionais que se veem comprometidos em curar os corpos enfermos, sobretudo os dos pacientes mais graves. Ali, eles habitam um lugar idealizado e de enorme potência, o lugar de quem salva. De fato, a ênfase material do hospital é toda sobre salvar vidas, em virtude das intervenções médicas que ali se pratica (PAGE, 2010).

No Brasil, é comum as pessoas dizerem “correr com fulano para o hospital” quando há risco de vida ou lesão grave envolvidos, subentendendo o caráter curativo dessa instituição. Devemos lembrar que, num momento de pouquíssima familiaridade das pessoas com a morte, muita gente continua assumindo que os doentes terminais teriam os melhores cuidados no hospital (THÖNES e JAKOBY, 2013). Talvez essas pessoas se assustem ou se indignem quando se deparam com a assepsia dos procedimentos, a linguagem que nos torna analfabeto ou a informação que não é compartilhada (cf. BRUM, 2017). O fato de que agora é o médico o primeiro a ser chamado nessas ocasiões, e não mais o padre ou o curandeiro, também nos diz muito sobre como a mortalidade humana é compreendida entre nós. Pois o que leva os

processos de morte e de morrer a serem hospitalizados é precisamente pelo fato deles serem entendidos, acima de tudo, como eventos físicos (PRIOR, 1989). No sistema de saúde brasileiro, onde predomina um modelo clínico hegemônico (centrado no saber-fazer médico, na doença e na orientação hospitalar), há uma cultura de procurar os hospitais para atender casos que poderiam ser resolvidos pela Atenção Básica (CAMPOS et al, 2014).

No mundo acadêmico, o tema da *hospitalização da morte* tem sido longamente debatido na sociologia e suscitou inúmeras publicações sobre ele. Uma breve revisão bibliográfica mostra que os primeiros estudos empíricos sobre a morte e o morrer se localizam nos limites desta instituição (cf. GLASER, STRAUSS 1965; 1968; SUDNOW, 1967; KLÜBER-ROSS, 1969). O argumento geral é o de que há uma transferência do processo de morrer da privacidade do lar para os enclaves profissionais de saúde desde os meados do século XX (ELIAS, 1985). São autores que fazem referência à ideia de “isolamento social”, para explicar como a hospitalização da morte tornou necessário que o moribundo se retire da vida social e morra por conta própria (cf. THÖNES e JAKOBY, 2013). Trata-se do polêmico tema do *sequestro da morte*: longe do olhar público e da vida cotidiana, a morte é “sequestrada” porque passa a ocorrer majoritariamente em instituições especializadas (HOWARTH, 2007a). Em consequência, parentes e amigos deverem pedir permissão para ver o moribundo após ele ter dado entrada no hospital; e para ver o morto no IML e na funerária<sup>49</sup>. O hospital moderno também seria o responsável por aumentar a demanda de especialistas que soubessem lidar com as dificuldades práticas de desfazimento de corpos (cf. HOWARTH, 1997, p. 132).

Mas a atual preponderância do hospital nem sempre existiu. Em “O nascimento do hospital”, conferência realizada no Instituto de Medicina Social da UERJ em 1974, Foucault trata de como os cuidados com o doente moribundo, de responsabilidade da família e dos religiosos,

---

<sup>49</sup> Aliás, uma funcionária responsável por liberar os corpos de um grande hospital, deu o tom do controle burocrático do seu trabalho: “da Ficha de Óbito que vem do quarto, o médico faz a DO... agente pega os dados do paciente, endereço da família, etc. O médico preenche essa parte aqui... Aí, é entregue para família que leva essa via para o cartório. A via fica lá... No cartório é emitido a Certidão de Óbito que vem para cá... essa via branca fica retida aqui, a outra amarela fica retida no cartório e o cartório passa essa daqui para a família... eu tiro um xerox dela para passar para funerária que faz a remoção... só pode fazer o sepultamento com a Certidão de Óbito e não com a DO... O cartório faz a Guia de Sepultamento que o cemitério exige... Com DO, eles podem ter o velório, mas não sepultamento... Só a funerária que pode vir pegar... Eu só libero se o papel tiver a logomarca e esse pedido aqui, com todos os dados da pessoa e para onde ela vai, o que mostra que a família já foi no cartório fazer o registro e na funerária resolver tudo... Aqui eu dou entrada do que vem e controlo o que sai: a data de hoje, o horário da saída, a empresa que pegou, a placa do veículo, o nome do motorista, o RG e a rubrica dele, e a minha assinatura” (E77)

passaram para a medicina. O hospital geral – como instrumento terapêutico – surge no final do século XVIII, concomitantemente à racionalidade *anátomo-clínica* que inovava a estrutura da medicina ocidental moderna (cf. Ibid., 1963, p. 226).

Antes do século XVIII (especificamente na França), o Hospital funcionava como instituição assistencial dos desvalidos no fim da vida, instituição que ao mesmo tempo *separava* e *excluía*<sup>50</sup>. O pobre como “pobre” precisava ser assistido e, como “doente”, portador de doença e de possível contágio, era visto como perigoso. Por isso, o hospital devia estar pronto, tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que era o pobre. Até o século XVIII, o personagem ideal do hospital não é o doente a ser curado, mas aquele pobre que está morrendo e, por isso, é preciso assisti-lo material e espiritualmente, dar a ele os últimos cuidados e o último sacramento. Dizia-se que a função principal do hospital era a de ser um *morredouro*, um lugar onde morrer (Ibid., 1974, p. 101 – 102).

Quem estava no hospital para fazer obras de caridade e assegurar sua salvação eterna era um pessoal caritativo, que podia ser religioso ou leigo. A equipe do hospital não curava, mas facilitava a salvação do doente. Em vista disso, a instituição hospitalar servia para salvar a alma do pobre no momento da morte e a alma do pessoal hospitalar, que cuidava dele. Segundo Foucault, essa entidade exercia, simultaneamente, a passagem da vida para a morte, a salvação espiritual e o afastamento dos indivíduos cuja saúde colocava em perigo a população geral (Ibid., p. 102).

Até o início do século XVIII, o hospital era “lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc.”, sendo ainda, em meados do século XVIII, “uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece” (Ibid., p. 103). Nessa época, nada na prática médica viabilizava um *saber hospitalar* e nada na organização hospitalar viabilizava a *intervenção da medicina*. Quer dizer, a independência entre as séries hospital e medicina perdura até meados do século XVIII (cf. Ibid., p. 103).

---

<sup>50</sup> Em Belo Horizonte do início do século XX, a criação de um hospital não conteve os índices de mortalidade por falta de atendimento médico. O Hospital Santa Casa, que era o único da cidade, nasceu vinculado à clientela pobre e foi difícil convencer de que ali também era lugar para as “pessoas de bem”. Quanto às maternidades, inicialmente, as mulheres da elite preferiam ter seus filhos em casa, assistidas por parteiras, do que ir a um local que favorecia as mulheres que tinham seus filhos longe de um lugar estabelecido, como as mães solteiras e as prostitutas (CASSIA MARQUES, 2011).

O nascimento do hospital médico ocorre quando se ajustam dois processos: o uso da disciplina no espaço hospitalar e a mudança da intervenção médica, que agora passa a intervir sobre o *meio* (Ibid., p. 107). E foi a contar do instante em que o hospital foi preparado como um instrumento de cura e que a distribuição do espaço se converte num meio terapêutico que o médico se torna o principal encarregado da organização hospitalar. Com o fim do hospital-exclusão, onde se rejeitam doentes para morte, surge um personagem novo: o médico de hospital. Até o século XVIII, não havia o grande médico de hospital, cuja sabedoria acumulava com a experiência hospitalar. Já no século XVIII, o saber médico que estava localizado nos livros começa a ter seu lugar no hospital; como algo “quotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital”. Ele se torna um lugar de cura e também de formação médica. A clínica desponta, dessa maneira, como um aspecto indispensável do hospital (cf. Ibid., p. 109 – 111):

Com base no hospital e em todos esses controles sociais, a medicina pôde ganhar impulso e a medicina clínica adquiriu dimensões totalmente novas. À medida que a medicina se converteu em uma prática social em lugar de individual, abriram-se possibilidades à anatomia patológica, à grande medicina hospitalar e aos progressos que os nomes de Bichat, Laënnec, Bayle, etc. simbolizam (Ibid., 1976d, p. 183).

Na atualidade, a maioria das pessoas morre em hospitais<sup>51</sup> por diversas razões. Para algumas pessoas, a preferência pelo hospital pressupõe a garantia de que o tratamento adequado estará disponível, uma sensação de segurança, o desejo de aliviar os parentes do peso (inclusive emocional) do cuidado, ou ausência de membros cuidadores em casa (CORREIA e TORRES, 2011). Subjetivamente, o desejo de morrer no hospital pode acontecer, em primeiro lugar, porque o moribundo internalizou o papel de paciente na esperança que a tecnologia médica salve a sua vida e, em segundo lugar, porque o modelo de “cura” do sistema de saúde, que governa a interação paciente e profissionais de saúde, entende o hospital como uma instituição em que a ocorrência da morte é entendida como um fracasso da medicina (THÖNES e JAKOBY, 2013; cf. AREDES e MODESTO, 2016;).

---

<sup>51</sup> Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (2014), de 2008 a 2013, houve 70.529 casos de morbidade hospitalar em Belo Horizonte. As principais causas foram, em primeiro lugar, as neoplastias/tumores (25.277 casos); seguida pelas doenças do aparelho circulatório (26.793 casos); doenças do aparelho respiratório (18.377 casos); e causas externas de morbidade e mortalidade (82 casos). Todavia, como o município de Belo Horizonte concentra a oferta hospitalar para a região metropolitana, as internações realizadas nos hospitais na capital não se referem apenas aos atendimentos realizados para os seus residentes (VIEGAS, 2002).

Mas isso não quer dizer que todas as pessoas que dão entrada nos hospitais morrerão ali sozinhas, desamparadas ou isoladas como se faz acreditar nessas análises (cf. ELIAS, 1985; ARIÈS, 1977; HOWARTH, 2007a). No Brasil, temos o Estatuto do idoso, que garante ao idoso internado o direito de um acompanhante, ainda que caiba ao médico a autorização final (Lei 10.741/03, art. 16). Mas também não podemos esquecer que, ao dar entrada no sistema hospitalar brasileiro, é a família que deve pedir permissão para ver o moribundo e seguir o que o “doutor” e a instituição que agora têm a posse do corpo permitirem. Assim, para alguns pacientes, fica a impressão de que: “No momento em que se entra num hospital e a morte se desenha como desfecho, aqueles que amamos deixam de pertencer a si mesmos. É uma espécie de sequestro, mas sem um resgate possível” (BRUM, 2017).

É verdade que o cuidado com os doentes terminais varia de acordo com a instituição e a visão que a sociedade tem sobre eles (SCHACHTER, 2004). Mas é possível que os serviços prestados (curar infecções severas de curto prazo, tratar de doenças específicas, restituir a saúde dos indivíduos, etc.) seriam muito agressivos e inadequados para alguns doentes. Eles podem ignorar as necessidades psicossociais dos doentes; ser caros (o que torna a pessoa ciente do uso de recursos); agressivos; possibilitar que o médico evite encontrar com o doente terminal quando ele bem entender; subestimar o controle da dor. Nestes momentos em que o corpo se torna objeto, o sujeito é sujeitado e o que é apresentado como cuidado vira tortura. Ainda não aconteçam com todos, essas situações levar os familiares a expressarem sentimentos de tristeza, culpabilização e revolta após o óbito, por não acreditarem não ter feito o suficiente para mitigar a dor (CORREIA e TORRES, 2011). Essa culpa pode interferir no consumo de serviços funerários, porque o acesso a eles,

na maioria das vezes, é motivado mais pela circunstância do que pela escolha real do consumidor. Isso ocorre principalmente porque a maioria das mortes ocorre em uma instituição (hospital, instalação de cuidados a idosos, lar de idosos) e o estigma social que cerca lidar com os mortos. Isso cria uma oportunidade para os diretores funerários de adicionar uma taxa significativa de serviço e de margem de lucro em caixões (VAN DER LAAN e MOERMAN, 2017, p 1).

O regime disciplinar de que trata Foucault acerca do hospital também foi aplicado ao “asilo de velhos” (Ibid., 1973), conhecido hoje no meio acadêmico como Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), e registrado na DO como “Outros Estabelecimentos de Saúde”. Caracterizadas por regras rígidas, rotina diária conduzida por horários determinados e

vigilância constante, essas instituições são responsáveis por acompanhar e alojar pessoas idosas (ALVES-SILVA et. al., 2013). Ainda que não haja no Brasil um consenso sobre o que seja uma ILPI, o seu aparecimento está relacionado aos asilos, a princípio voltados para a população carente e sem abrigo, em consequência da caridade cristã diante de políticas públicas inexistentes (CAMARANO & KANSO, 2010). Segundo as autoras, a característica explicaria porque os desprovidos financeiros e de moradia figurem entre os motivos principais para a sua busca; a maioria das instituições brasileiras é filantrópica (65,2%); há preconceito com esse gênero de atendimento, e as políticas voltadas para essa demanda estão localizadas na assistência social.

Mas o envelhecimento populacional e a sobrevivência aumentada de indivíduos com a capacidade física e mental diminuída<sup>52</sup>, em um contexto de grandes mudanças, inclusive no sistema de valores e na configuração dos arranjos familiares, têm demandado que os asilos deixem de participar apenas da rede de assistência social (isto é, oferecer abrigo) e passem a integrar a rede de assistência à saúde (CAMARANO & KANSO, 2010). Empenhando-se em traduzir conceitualmente o novo papel híbrido dessas instituições, cujos residentes recebem serviços de moradia, alimentação e vestuário, ao lado de serviços médicos e medicamentosos, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a designação Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), correspondendo a *Long Term Care Institution* (CREUTZBERG et al, 2008) substituindo o uso indiscriminado dos termos *casa de repouso*, *lar*, *clínica geriátrica*, *abrigo* e *asilo*. Segundo Camarano e Kanso (2010, p. 234), deveríamos entender ILPI como sendo “uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados”.

Independente do conceito acadêmico, a residência em instituições é uma prática pouco comum no país. Isso quer dizer que, apesar da morte ser um acontecimento rotineiro nessas instituições (SILVA et. al. 2007), elas ainda não se constituíram uma categoria distinta na DO como é o hospital. Em países desenvolvidos, indivíduos longevos e pouco independentes ou

---

<sup>52</sup> Sobre o aumento da população idosa no Brasil, os dados do Censo de 2010 coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011) apontam que em 1991 o grupo de idosos com idade igual ou superior a 65 anos representava 4,8% da população; já em 2000 essa porcentagem aumentou para 5,9% e em 2010 alcançou 7,4%. Segundo Veras (2007), todo ano, a população brasileira recebe 650 mil novos idosos, a maioria com doenças crônicas e certas limitações funcionais.

que carecem de cuidados médicos podem escolher a institucionalização. No Brasil, a família e, na ausência dela, os amigos e vizinhos são que se responsabilizam por prestar os cuidados aos idosos. Contudo, quando a família sai de cena por conflitos ou ausência<sup>53</sup> e se desobriga a seguir a determinação da Lei 8842/94 (a recente Política Nacional do Idoso), no contexto da falta de serviços públicos de amparo a esse grupo etário, a institucionalização se mantém como a melhor alternativa (CAMARGOS, RODRIGUES & MACHADO, 2011; PORTO e KOLLER, 2008).

Em tese, essa parcela populacional poderia escolher três tipos de acomodações residenciais: as públicas, as privadas e as voluntárias (não lucrativas) (KATZ, 2004). No Brasil, a maioria das instituições é de natureza filantrópica (65,2%), em decorrência da sua origem; poucas são públicas (6,6%), com predomínio das municipais (CAMARANO e KANSO, 2010). Ainda segundo as autoras, entre os anos 2000 e 2009, o número das instituições privadas com fins lucrativos cresceu, representando 57,8% das instituições criadas no período. E considerando que a falta de companhia do idoso está diretamente ligada às transformações no interior da família – queda da fecundidade, aumento dos divórcios, presença aumentada da mulher (tradicional cuidadora) no mercado de trabalho, entre outros (VERAS, RAMOS e KALACHE; 1987) – é provável que as empresas privadas venham a dividir cada vez mais com a família os encargos no cuidado da população longeva. O grau da mudança poderá alterar as categorias deste campo da DO, sobretudo quando aguardamos um crescimento elevado da população muito idosa (80 anos e mais) no futuro próximo. Quanto a isso, talvez estejamos vendo um novo tipo de “morredouro” se institucionalizar<sup>54</sup>, juntamente com novas práticas comerciais para captar clientes – como dar presentes de fim de ano a responsáveis pelos lares de idosos (cf. TROMPETTE, 2007).

---

<sup>53</sup> Não é fato novo a negligência e os maus-tratos físicos e emocionais da família contra o idoso. Foucault observou isso numa entrevista ao dizer que, antes da segunda guerra na França, “as famílias empurravam seus velhos para um canto da casa e reclamavam do peso que eles constituíam, fazendo-os pagar sua presença na família com mil humilhações, mil hostilidades”. E nem mesmo o estado de bem-estar social francês, que melhorou a condição dos idosos ao garantir-lhes independência financeira, teria dado fim à sordidez dos asilos e à marginalização desse grupo (FOUCAULT, 1983, p. 139).

<sup>54</sup> Em seu livro, Hockey (1990) sugere que as casas residenciais para idosos são basicamente lugares para morrer. Para mascarar esse processo dos residentes, a autora alega existir nesses ambientes uma administração das fronteiras entre “vida” e “morte”. Segundo ela, por detrás de uma atmosfera “caseira”, haveria um sistema de cuidados altamente estruturado e controlador que mantém os velhos ocupados e que os desencoraja de pensar na própria morte.

A terceira categoria que aparece na DO é o das pessoas que morrem no domicílio, ainda que este seja o segundo lugar de maior concentração de óbitos na cidade (cf. nota 46). A assistência domiciliar tem crescido devido à mudança no perfil epidemiológico da população, o que inclui aumento da expectativa de vida e o aparecimento de condições crônico-degenerativas, (WHO, 2000) e a necessidade de economia do espaço hospitalar<sup>55</sup>. Tais tendências estão levando os hospitais a ampliarem seus serviços em direção ao domicílio de pacientes com pouca ou nenhuma possibilidade de cura e oferecerem a atenção domiciliar como uma nova modalidade assistencial, que substitui ou completa as já existentes. O objetivo é minimizar os danos para o sujeito através da família e dos cuidados paliativos, enquanto se otimiza os leitos de hospitais. Neste caso, segundo a lei, uma equipe de saúde proporciona suporte e prepara um familiar que realizará o cuidado do doente (cf. Portaria n° 825, de 25 de abril de 2016).

Nessas condições, emergem discursos sobre os benefícios de se viver a terminalidade no domicílio: filosofias em torno dos cuidados paliativos, discursos da humanização em saúde opostos ao modelo centrado no médico e no hospital, ideias de boa morte em casa, proximidade com a família em momentos de sofrimento, entre outros (OLIVEIRA e KRUSE, 2017). São formas que legitimam o governo dos improdutivos, tornando um familiar do paciente em alguém produtivo como cuidador. Subjacente à esta mudança, um deslocamento da sociedade disciplinar para sociedade de controle, cujas características incluem a substituição dos meios de confinamento, espaços característicos da sociedade disciplinar, como o hospital, pela tecnologia controle, como o prontuário, que possibilita localizar e acessar o paciente que está em domicílio (Ibid.).

Para os enlutados, um problema de morrer em casa é não ter um suporte para realizar os trâmites burocráticos quando a morte ocorre. Em algumas cidades brasileiras, casos de morte em domicílio, há hospitais que fornecem a declaração de óbito (BRAGA, 2018). A autora mostra que o suporte institucional é necessário, considerando que um documento com o preenchimento incompleto pelo médico (sem assinatura, causa da doença da morte, etc.), pode levar a complicações no processo de sepultamento, atrasando-o em dias; sobretudo quando se

---

<sup>55</sup> A redução de custos e a liberação de leitos estavam entre os principais objetivos do programa de assistência domiciliar elaborado para hospital universitário da Universidade de São Paulo em abril de 1993 (cf. ANDREONI, SILVA e FERNANDES, 1994).



torna necessário uma autorização judicial para realizá-lo. Em situações sem suporte institucional adequado, questões práticas como a *contratação do serviço funerário* podem ser muito mais difíceis para os consumidores, expondo-o a aproveitadores.

Após a morte no *domicílio*, seguem-se as que falecem em *via pública*; depois, *outros* locais além dos já mencionados (como o lugar de trabalho) e, por fim, os locais *ignorados*, quando não for possível identificar a ocorrência do óbito. O *lugar* também pode ajudar a determinar qual tipo de inquérito será feito, de modo que uma morte ocorrida em lugar suspeito talvez faça o legista responsável pelo caso decidir por um inquérito mais detalhado, com a possibilidade de fazê-lo reconsiderar a causa da morte (de natural para não natural, por exemplo) (PRIOR, 1989). Por se tratar de mortes que escapam ao gerenciamento médico, o tipo de trabalho que se realiza é diferente do que acontece dentro dos hospitais:

Em contraste com as intervenções comuns de cuidados de saúde, o trabalho dos investigadores de morte é guiado não pela cura ou pelo cuidado – evitando a morte ou preparando a transição final - mas pela necessidade de gerar conhecimento especializado sobre a vida. Determinar a causa e a maneira de mortes suspeitas é um trabalho altamente técnico, dependente dos achados de investigação da cena, observações de autópsias, avaliações de testes toxicológicos e uma leitura atenta de prontuários médicos (TIMMERMANS, 2006, p. 3).

No Brasil<sup>56</sup>, a polícia é acionada para a morte natural, acidental ou violenta ocorrida em via pública. Registra-se um boletim de ocorrência na delegacia mais próxima e se aguarda a remoção do corpo para o IML – Instituto Médico Legal, que é responsável por emitir a Declaração de Óbito após a autópsia. É assim que se delimita os limites do homicídio, suicídio, acidente e morte natural. Enquanto o cadáver não for reclamado, ele é considerado *desconhecido* e pode ficar guardado por muito mais tempo bem que nos hospitais. Afinal, a informação que está no cadáver beneficia os vivos, por localizar os perigos de uma vida arriscada e explicar a ocorrência de mortes suspeitas (TIMMERMANS, 2006). Para retirar o corpo, os parentes e/ou amigos também precisam provar ter contratado um serviço funerário. Por se tratar geralmente de uma morte súbita (ou violenta), a percepção da morte nesses locais quase nunca é a de uma “boa morte” (“descanso”, “alívio”, “melhor coisa”, etc.), como quando em casos de pacientes terminais domiciliares (cf. GUTIERREZ, 2003).

---

<sup>56</sup> Disponível em < [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/servicos/servico\\_funerario/guia.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/servicos/servico_funerario/guia.pdf) >. Acesso em: 5 out. 2016.

No geral, o estudo desses locais se justifica para entendermos os contextos espaciais onde ocorrem práticas e discursos da racionalidade médica moderna. Vimos nessa seção que o hospital é a principal organização quanto ao lugar de óbitos. E a partir da centralidade dele, estão surgindo (ou ressignificando) espaços de ocorrência do termo da vida, como o domicílio. Particularmente, em termos de negócio, me interessa esses locais (e sobretudo os hospitais) porque é onde as funerárias irão *canalizar* seus clientes. Assim, “se a família transferiu o moribundo para o hospital”, pode-se dizer que, uma vez que a morte ocorre, o hospital “transferiu o morto para as empresas funerárias” (RODRIGUES, 1983, p. 203). Especificamente, haveria entre as duas instituições uma relação de cumplicidade, com as funerárias “adquirindo adiantadamente informações sobre a saúde dos doentes”, de modo a resolver o “problema” hospitalar o quanto antes (Ibid.). Todavia, a nossa imagem da mortalidade humana é limitada, sem a compreensão do funcionamento da categorização dos tipos de morte, ou melhor, de como funciona a separação entre doença e sociedade.

### 3.3 – As mortes não naturais

**Figura 5 – Prováveis circunstâncias de morte não natural**

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL ( informações de caráter estritamente epidemiológico )

48 Tipo	1 <input type="checkbox"/> Acidente	3 <input type="checkbox"/> Homicídio	ignorado 9	5 <input type="checkbox"/> sim	ignorado 9	Fonte de informação	3 <input type="checkbox"/> Família	ignorado 9
	2 <input type="checkbox"/> Suicídio	4 <input type="checkbox"/> Outros		2 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência	4 <input type="checkbox"/> Outra	
53 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência								
56 SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO								
57 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)								Código

Fonte: LAURENTI e JORGE, 2016.

Nesta parte, propomos-nos a trabalhar as categorias que envolvem a morte *não natural* (ou súbita) e as respostas organizacionais a ela. Essas categorias aparecem no bloco sete (campos 48 a 52) e estão identificadas no capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em “*Circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal*” (LAURENTI e JORGE, 2016). A área de saúde utiliza o termo *causas externas* quando se refere à mortalidade por: (a) homicídios e suicídios, agressões físicas e psicológicas; (b) acidentes de trânsito, transporte, quedas, afogamentos e outros; (c) lesões e traumas provocados também por esses eventos. Como sugere Minayo (2009), a categoria *causas externas* é operativa e tem servido para os organismos internacionais efetuarem perfis, comparações e, assim, emitirem observações e sugestões aos governos nacionais a respeito do fenômeno social que provoca a morte. Em 2015, em Belo Horizonte, ocorreram 1.493 casos de óbito por causas externas de morbidade e mortalidade<sup>57</sup>.

Na lei brasileira, a distinção conceitual entre os dois tipos de morte aparece na Resolução do CFM 1.779/2005<sup>58</sup>, sendo que *morte natural* tem como causa uma doença ou lesão e *morte não natural* é decorrente de causas externas violentas. Como destaca Júnior (2004), uma *morte não natural* pode ser provocada por uma intervenção voluntária, como o homicídio ou suicídio, ou por uma causa extremamente brutal, como um acidente automotivo. Em 2015, em Belo Horizonte, ocorreram 15.143 óbitos, sendo 1.493 (10,14%) por causas externas<sup>59</sup>. Desde os anos oitenta, os óbitos por causas externas representam a segunda causa em volume no

<sup>57</sup> Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10mg.def> >. Acesso em: 10 mar. 2018.

<sup>58</sup> Disponível em: < [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779\\_2005.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779_2005.htm) >. Acesso em: 20 ago. 2016.

<sup>59</sup> Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10br.def> >. Acesso em: 16 jan. 2018.

Brasil e a primeira para quem tem entre 5 e 39 anos de idade (GONSAGA et al, 2012). Para o IBGE (2015), o crescimento de mortes por causas externas nos últimos 30 anos já está diminuindo a esperança de vida dos brasileiros, ainda que esta ameaça de morte não atinja a todos igualmente. Seria possível imaginar se isso não se configura um mecanismo de biopolítica sob a forma de uma crescente exposição à morte, como já ocorre aos muito precarizados socialmente (cf. SOUZA, 2015):

É claro, por tirar a vida não entendo simplesmente o assassinio direto, mas também tudo o que pode ser assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc. (FOUCAULT, 1976a, p. 306)

Como em outros estados, em Minas Gerais, a morte não natural é mais frequente entre indivíduos do sexo masculino com idade de 20 a 39 anos, grupo denominado de “adulto jovem” e que compõe População Economicamente Ativa (PEA) (JÚNIOR, 2004). A maioria das mortes por causa não natural ocorridas no estado na década passada foi devido primeiro à violência e, depois, a acidentes de transporte terrestre (SILVA, et. al., 2010). O seu registro é maior em casa, no trabalho ou na rua, do que em hospitais ou clínicas. São mortes típicas de países cuja rápida urbanização não foi acompanhada de políticas de segurança e bem-estar subjacentes ao crescimento das cidades (IBGE, 2010). Em consequência, é mais fácil ocorrer mortes *não naturais* entre jovens, pobres, negros e moradores de periferia do que entre adultos, ricos, brancos e que vivem no campo ou nas áreas abastadas da cidade (MINAYO, 2009). Essa é uma situação também comum de outros lugares, pois na sociedade estadunidense, por exemplo, “são os pobres, os desprotegidos e os mais socialmente marginais que são os mais susceptíveis de morrer de mortes prematuras, evitáveis, causadas pelo homem, seja por suicídio ou homicídio” (KEARL, 1989, p. 10).

Geralmente, há uma condição organizacional específica de lidar com o corpo falecido por causa não natural. Em cidades como Belo Horizonte, as perícias são feitas pelos médicos-legistas do IML – unidade central, cuja função é reduzir o número de causas indeterminadas e encontrar causa mais plausível: *acidente, suicídio, homicídio* ou *outros*, que corresponde aos códigos V01 ao Y98 da CID-10 (JORGE et. al., 2003). Juridicamente, a determinação da causa da morte constitui elemento de prova, o que torna necessário o exame pericial. O artigo 162 do Código de Processo Penal prevê o tempo mínimo em que a autópsia deve ser feita, que é de pelo menos seis horas após o óbito. Pode demorar menos, se os peritos conseguirem fazê-

la antes do prazo<sup>60</sup>. E pode demorar mais, de horas a dias, dependendo da complexidade do caso, da confirmação de identificação ou da disponibilidade de pessoal<sup>61</sup>.

Até aqui podemos dizer apenas que mortes não-naturais acontecem com mais frequência em indivíduos do sexo masculino em idade economicamente ativa do que no restante da população. Dito de outra forma, a morte *não natural* seria inevitavelmente um fenômeno social com um perfil específico de classe e idade (CAMPBELL, 1997). Mas caracterizar uma morte como sendo *não-natural*, no entanto, depende bem menos da amostragem populacional do que o *sistema classificatório* que a define. Pelo menos é o que a antropologia nos tem mostrado, com relatos detalhados de como cada sociedade cria suas categorias acerca da morte e como elas influenciam os ritos de passagem e o desfazimento do corpo (cf. METCALF e HUNTINGTON, 1991). Para esta tese, escolhi as distinções já bastante esmiuçadas que são “morte natural” e “não natural”; “boa morte” e “má morte”; e “morte social” e “morte física”. Nenhuma delas está na DO, mas as suas lógicas de funcionamento nos ajudarão a entender os diferentes modos de separar sociedade e doença.

Em primeiro lugar, há a distinção entre a morte “boa” e “má”. Para Howarth (2004), a morte seria geralmente vista como algo que encontraríamos no final da estrada da vida. Na nossa existência diária, escreve a autora, desenvolvemos a expectativa de que a vida é ordenada de forma linear – nascimento, casamento e morte – sendo que o último passo ocorre no final de uma longa vida, de modo suave (e preferencialmente, em casa, sem dor e durante o sono). Esses seriam os pressupostos em que se assenta o nosso cotidiano (cf. BERGER e LUCKMANN, 1966). Uma *morte inesperada*, ao contrário, seria uma morte fora do tempo e do lugar, que interrompe a nossa biografia. Este tipo de morte implica uma falta de controle e ameaça a nossa expectativa de finitude com o caos e a aleatoriedade. A ideia de uma morte que “ataca” as suas vítimas ao acaso existe em várias culturas, conforme escrevem Bloch e e Parry (1982, p. 15):

Tanto o impulso para determinar a hora e o local da morte, e a dissociação de morte social a partir do término da função corporal, claramente representa uma tentativa de controlar a natureza imprevisível da morte biológica e, portanto, dramatizar a vitória da ordem sobre a biologia. A especificidade e

---

<sup>60</sup> Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/Del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3689.htm) >. Acesso em: 9 ago. 2016.

<sup>61</sup> Disponível em: < [https://www.policiacivil.mg.gov.br/pagina/liberacao\\_corpos](https://www.policiacivil.mg.gov.br/pagina/liberacao_corpos) >. Acesso em: 15 out. 2016.

contingência do evento em si é suprimida para que a morte possa ser representada como parte de uma ordem cíclica repetitiva.

A figura da morte “boa”, continuam os dois autores, sugere haver algum controle sobre a arbitrariedade, por replicar um modelo que acomoda todas as mortes previsíveis. Em consequência, essa morte pode ser vista como instância de um modelo geral, necessário à reprodução da vida. Ao contrário, todas as mortes que demonstrassem “a ausência de controle” seriam representadas como “mortes más” (Ibid.; cf. METCALF e HUNTINGTON, 1991). Assim, comenta Walter (1991), a função dos rituais funerários nas sociedades tradicionais seria reafirmar o tempo cíclico, em contrapartida com a mudança irreversível que ocorreu. Sobre os rituais, resume ele: “Biologicamente, a morte segue o nascimento; ritualmente, o nascimento – expresso em renascimento ou ressurreição – segue a morte. A morte leva à regeneração da vida se a natureza cíclica do tempo e, portanto, a cultura propriamente dita, deva ser afirmada” (WALTER, 1991, p. 306).

No Brasil, a “boa morte” foi durante muito tempo associada a toda uma pedagogia católica do “bem morrer” (RODRIGUES, 2005; REIS, 1991). O conceito de julgamento era central para uma boa morte no cristianismo, nos escreve Clare Gittings (2004). O leito da morte – tal como os textos e ilustrações da *ars moriendi* nos mostram – era o cenário da batalha sobrenatural entre as forças do bem e do mal pela alma do morto. Uma boa morte podia redimir os pecados de uma vida. Para resolver assuntos mundanos e receber a extrema-unção do sacerdote (que consistia na confissão e na obtenção da absolvição, na unção com óleo sagrado e na hóstia sagrada), era necessário reconhecer que a morte se aproximava. O arrependimento era a garantia para ser absolvido. Uma morte inesperada (que inclusive poderia ocorrer durante o sono) seria considerada desastrosa, tal como o era morrer excomungado ou não batizado (GITTINGS, 2004). Essa também era a realidade da cidade do Rio de Janeiro nos séculos XVIII e XIX, como atesta Cláudia Rodrigues (2005, p. 40):

Preparar para a morte significava para o católico acertar as contas com Deus para que, no momento do Juízo, não houvesse empecilho à salvação de sua alma. Como se dizia na época, esta era uma “boa morte”. O contrário seria a “má morte”, aquela para a qual não se preparava com os devidos cuidados e com antecedência devida. (...) Corria-se o risco de, no mínimo, ir para o Purgatório para expiar, transitoriamente, os pecados leves e, no caso extremo, ir para o Inferno, onde as penas seriam eternas.

Hoje, como também nos escreve Cláudia Rodrigues (2005), os dois fatores principais do controle eclesiástico sobre como os fiéis agem diante da morte – a gerência predominantemente pública do culto aos mortos e o diálogo privilegiado entre os mortos e os vivos, através de orações e missas em intenção aos mortos – têm bem menos força do que durante os séculos XVIII e XIX. De certo, nos escreve Reis (1991, p. 74), “temia-se, e muito, a morte sem aviso, sem preparação, repentina, trágica e sobretudo sem funeral e sepultura adequados. Assim como se temiam os mortos que assim morriam”.

Atualmente, muitos consideram que a *má morte* é aquela que ocorre nos Centros de Tratamento Intensivo, lugares onde o médico submete o doente terminal a regras e rotinas institucionais determinadas por ele (MENEZES, 2003). Perfurado por tubos e agulhas, cercado de aparelhos, este paciente se encontra sozinho, sem conhecer a sua patologia e com pouca autonomia para participar nas decisões terapêuticas da equipe médica, especialmente quando ela preferir manter as funções vitais do que diminuir o sofrimento ou respeitar dignidade dele (ARIÈS, 2003; ELIAS, 1985). Nesses termos, num momento que se vincula a morte tecnológica e a desumanidade, o modelo contemporâneo de “boa morte” seria aquela “escolhida” e “produzida” pelo indivíduo autônomo que está a morrer (SEYMOUR, 1999). No fundo, o que se deseja evitar é um fim de vida “mau” ou fisicamente difícil – o que torna cada vez mais frequente associar uma “boa morte” à “morte assistida” clínica e socialmente (KELLEHEAR, 2004)<sup>62</sup>.

Uma segunda forma de oposição em que se compreende a morte é a diferença entre a “morte física” e a “morte social”, cujas respostas organizativas. Uma “morte social” ocorre quando uma sociedade considera alguém morto, independente do seu estado vital. Nessas circunstâncias, tratamos o indivíduo como alguém que foi uma pessoa, quando ainda ela está viva (LEAMAN, 2004). Na idade média, segundo Foucault (1986), o leproso, logo que

---

<sup>62</sup> Mesmo assim, nos parece que as pessoas ainda se escandalizariam com alguém que queira preparar a própria partida deste mundo sem ser através de instituições especializadas. Isso seria mais um indício da medicalização da morte da qual estamos falando. Assim, conforme observou Foucault (1979) sobre a realidade do suicídio há décadas atrás: “Pessoas que não conhecemos, que não nos conheciam fizeram com que um dia pudéssemos existir. Fingiram acreditar e imaginaram, sem dúvida, sinceramente, que nos esperavam. Em todo o caso, prepararam, com muito cuidado e frequentemente, uma solenidade um pouco imitada, nossa entrada no ‘mundo’. Não é admissível que não nos permitam prepararmos nós mesmos com todo o cuidado, a intensidade e o ardor que desejamos e as algumas cumplicidades de que temos vontade, esse algo ao qual pensamos há muito tempo, de que fizemos projeto desde, uma noite de verão, talvez, nossa infância. Parece que a vida é frágil na espécie humana, e a morte, certa. Por que é preciso que nos façam dessa certeza um acaso, que ganha, por seu caráter repentino ou inevitável, os ares de uma punição?” (FOUCAULT, 1979, p. 105).

descoberto, era segregado da convivência comum. O *mecanismo de exílio* servia para purificar as cidades da possibilidade de contágio, de modo que muitas vezes elas eram olhadas como “mortas”, antes da morte biológica acontecer. No presente, a morte social pode ocorrer em situações de luto antecipado, quando o fim é esperado ou iminente. É o que geralmente ocorre com idosos no contexto de uma família que resolve acolhê-lo. Nesses casos, quando se aproxima o finamento, há o afastamento espacial do moribundo em conjunto a processos antecipatórios de pesar (CORR, 2004).

No que pesa especificamente o ambiente hospitalar, Sudnow (1967, p. 74) coloca a morte social nos seguintes termos: “o momento em que os atributos socialmente relevantes do doente começam a cessar permanentemente e deixam de ser operativos, como condição para lhe ser dispensado tratamento, passando o doente a ser visto como alguém que já morreu”. Em seu livro, o autor discutiu as maneiras pelas quais o morrer havia se tornado uma rotina institucional e um evento significativo para a equipe do hospital. Ele enfatizou que esta equipe tentava manter uma atitude de impessoalidade “apropriada” em relação à morte e como ela favorecia a “morte social” que precede a “morte biológica”. Sudnow argumentou que a equipe de saúde decidia como administrar seus cuidados com base no “valor social” do paciente – por exemplo, quanto menor era o seu “valor”, tanto menos ela se sentia obrigada a ressuscitá-lo.

Uma terceira forma de oposição em que se compreende a morte é a diferença entre a “morte natural” e a “não natural”. Aqui entenderemos melhor a referência para quem preenche a DO pois a decisão de situar um caso de morte num campo específico do documento opera segundo o sistema de categorias que foi construído sobre essa dicotomia<sup>63</sup>. É sabido que o médico-legista aloca *primeiro* uma morte no domínio do antinatural para *depois* poder classificá-la como suicídio, homicídio, acidente, etc. O que nos pareceu importante mostrar é que ainda que este preenchimento dependa muito das regras pessoais que cada médico-legista usa para organizar as suas descobertas (BLOOR, 1991), elas operam em semelhança ao que

---

<sup>63</sup> Para Louis-Vicent Thomas (1993, p. 45), a expressão “morte natural” é equivocada, afinal qualquer morte é um feito da natureza. Para este autor, a fonte das confusões reside no fato de “natural” se opor ao “acidental”, se equivaler a “necessário” e jogar com a ambiguidade “interno/externo”.



Erving Goffman (1974) chamou de “quadro” (*frame*)<sup>64</sup> e, mais especificamente, de *quadro primário* (*primary framework*)<sup>65</sup>.

Segundo Martins (2014), em “Frame Analysis” (1974), Goffman direciona na experiência de cada indivíduo e em como essa experiência seria resultado da realidade em que ele está inserido. Para o Goffman, a resposta à questão “o que está acontecendo aqui?” (“What is it that's going on here?”) é o que faz com que nós emolduremos as nossas experiências (Ibid., p. 8). É por meio do conceito de “quadro” (*frame*) que o autor quis compreender como atribuímos realidade e irrealidade aos acontecimentos do nosso cotidiano. Assim, sugere ele, antes de se chegar a uma situação definida como “real”, o pesquisador deve identificar quais os “quadros” usados e quais podem ser acionados para chegar a variadas definições. Para Goffman, há os chamados quadros primários (*primary frameworks*) que se dividem em *naturais* ou *sociais*, cada qual com uma atribuição de causalidade diferente. Os quadros primários *naturais* lidam com acontecimentos físicos sem qualquer consciência causadora. Em compensação, os quadros primários *sociais* possibilitariam compreender fenômenos com outro tipo de causalidade:

Os quadros primários sociais, por outro lado, fornecem uma compreensão de fundo para os eventos que incorporam a vontade, o objetivo e o esforço de controle de uma inteligência, de um agente vivo, sendo o principal deles, o ser humano [...] O que ele faz pode ser descrito como “ações guiadas”. Estas ações submetem o executor a “padrões”, à avaliação social de sua ação com base em sua honestidade, eficiência, economia, segurança, elegância, tato, bom gosto e assim por diante (Ibid., 1974, p. 22).

Ainda segundo Goffman (1974), um mesmo grupo de eventos pode ser interpretado por um quadro natural ou por um quadro social, e ambos podem incorporar conceitos de causalidade,

---

<sup>64</sup> Goffman nos explica o que ele entende por “quadro” (*frame*): “Eu pressuponho que as definições de uma situação são elaboradas de acordo com princípios de organização que governam os acontecimentos – pelo menos os sociais – e o nosso envolvimento subjetivo neles; quadro [*frame*] é a palavra que eu uso para me referir àqueles dentre estes elementos básicos que sou capaz de identificar. Essa é minha definição de quadro [*frame*]. A expressão “análise de quadros” é um slogan para referir-me ao exame, nesses termos, da organização da experiência (Ibid., 1974, p. 10 -11).

<sup>65</sup> Sobre quadro de referências primárias, Goffman (1974) nos explica seu funcionamento: “Os quadros primários variam em grau de organização. Alguns são perfeitamente apresentáveis como um sistema de entidades, postulados e regras; outros – de fato, a maioria deles – parecem não ter forma articulada aparente, fornecendo apenas uma artimanha de compreensão, uma abordagem, uma perspectiva. Seja qual for o grau de organização, no entanto, cada estrutura primária permite que seu usuário localize, perceba, identifique e rotule um número aparentemente infinito de ocorrências concretas definidas em seus termos. É provável que ele não esteja ciente dos recursos organizados que a estrutura tem e não seja capaz de descrever o quadro com alguma completude se solicitado, mas essas desvantagens não são nenhuma barreira para a sua aplicação fácil e completa” (Ibid., p. 21).

mas com significados totalmente diferentes. Como estamos vendo, estabeleceu-se no ocidente a equivalência entre naturalidade e doença, algo que se faz eliminando a agência humana e, por conseguinte, a eficiência dela nos eventos que precederam a morte. Ou seja, a morte será “natural” (ou por doença) quando inexistirem os motivos, a vontade, a finalidade e a agência humana (PRIOR, 1989). Isso já havia sido apontado por Mary Douglas (1970), para quem a percepção de não-naturalidade só pode ocorrer num quadro de naturalidade. Assim, só sabemos que algo “não natural” ocorreu no nosso corpo porque destoa das coisas “naturais” que supostamente acontecem com ele: os estágios pelos quais ele passa, a extensão da sua vida, os sofrimentos que suporta, etc. Ou como escreve a antropóloga:

O corpo social restringe a forma como o corpo físico é percebido. A experiência física do corpo, sempre modificada pelas categorias sociais através das quais é conhecida, sustenta uma visão particular de sociedade. Há uma troca contínua de significados entre os dois tipos de experiência corporal para que cada um reforce as categorias do outro (DOUGLAS, 1970, p. 69).

Além da equivalência entre doença e naturalidade, existem outros princípios classificatórios “naturais”. Antes do Estado e da Igreja se separarem no Brasil, o que ocorreu no final do século XIX com o advento da República Velha, a vontade divina era uma causa de morte muito comum para explicar os tipos de morte sem causa humana ou presença de doenças visíveis (além da arbitrariedade das doenças mortais). Para a medicina da época, nos escreve Camargo (2007, p. 21), “no caso de algum infeliz acontecimento ou mesmo uma fatalidade, a sempre correta mão divina estaria presente para explicar o ocorrido”, independente do status social do falecido. Mas se até para a medicina da época havia uma relação íntima entre a vida e as forças divinas, continua o historiador, isso se deu porque a doença e a morte (apesar de trágica) eram entendidas como algo ordinário e natural, um desígnio de Deus. Somente Ele decidiria quando levava para Si alguém desta vida e o médico nada poderia fazer. A morte e a ressurreição de Jesus eram o grande modelo interpretativo, sendo a sua crença considerada uma condição necessária para a salvação.

A *arbitrariedade*, antes causada por Deus, tem agora como causa o conceito de *acidente*, e, com ele, surge uma outra ordem de problemas. Um dos principais problemas é que o termo acidente se mantém ligado à ideia de fatalidade, destino ou má sorte; e esconde os indícios da agência humana (VIGILANT e WILLIAMSON, 2003). No nosso presente, como aponta Prior (2004), o termo “morte acidental” se refere mais ao *modo de morrer* do que os danos

físicos provocados pelo acidente. Tal característica equipara tecnicamente “acidente” a “homicídio” e “suicídio”, com a diferença que no acidente não há uma *intenção criminosa*. Sem um agente causador, a morte acidental é necessariamente atribuída a uma cadeia improvável de acontecimentos, uma falha no sistema ou um azar. Mas, quase sempre, a atribuição do infortúnio a forças impessoais concorre com a vontade de culpar qualquer um que seja legalmente imputável<sup>66</sup>. Por essas e outras razões, o emprego do conceito de “morte acidental” costuma ocorrer quando outras explicações possíveis forem refutadas.

Figlio (1985) acredita que “acidente” é um conceito que se desenvolve com uma compreensão de que as relações humanas seriam componentes de contratos formais, numa sociedade que se industrializa e onde o individualismo se fortaleceu como a ideologia da natureza humana<sup>67</sup>. Seu foco é a Inglaterra, entre os séculos XVI e XIX, quando as certezas e os significados do espírito comunitário iam sendo minados pela pressão do capitalismo e das formas jurídicas que legitimavam a nova ideologia do liberalismo<sup>68</sup>. Focando no “Workmen’s Compensation Acts” da passagem do século XIX ao XX, que tratavam do direito dos trabalhadores de indenização por ferimento pessoal, ele afirma que:

O que é um acidente? Em um momento especificável, um evento levou a ferimentos ou doença; foi um acidente – uma violação imprevista e involuntária na história natural, social e pessoal. Se acontecesse no trabalho, provavelmente iria se inserir no campo do contrato de trabalho, e a questão que surge era a de saber se o risco era ou não um termo implícito no contrato. A forma-contrato de relações sociais colocava o não fazer [*nonfeasance*] em um par com o mal comportamento [*malfeasance*], de modo que fazer nada ou pretender nada se tornasse uma espécie de causalidade, uma espécie de ação. Elucidar os termos do contrato determinava a prestação de contas por lesão e doença, e uma descoberta de quebra do contrato exigia compensação. Os incontáveis casos de adjudicação legal dos termos do contrato ordenaram uma cosmologia com a qual intenções individuais aqui incorporadas como eventos em relações jurídicas

---

<sup>66</sup> Nestas circunstâncias, escrevem Vigilant e Williamson (2003), aplicar o rótulo “acidente” a um fenômeno social teria a finalidade de consolar sobreviventes, proteger culpados de processos judiciais e nos lembrar de que não temos controle pleno sobre a vida, do que evitar reincidência dele. Os autores acreditam que o termo adequado seria “morte por erros – erros humanos”.

<sup>67</sup> “Meu argumento é que a crescente proeminência das relações contratuais e do direito dos contratos, principalmente do século XVI para os casos em geral, e do século XIX para relacionamentos senhor/servo, estabeleceram a possibilidade de um acidente” (Ibid., p. 183).

<sup>68</sup> Segundo Figlio (1985), na sociedade pré-moderna, eram muito poucos os eventos fortuitos percebidos como “acidentais”. Em vez disso, eles eram “simbolicamente, importantes indicadores da integridade e a ruptura social”. Ou seja: “Quando alguma coisa ocorre em tal cenário, fortuna ou infortúnio são esperados. Algo parecido estava prestes a acontecer e não necessariamente a ninguém em particular, pensamento do tipo ‘apenas merece’ pode ser frequentemente comentado. Uma lesão, uma doença ou algum outro infortúnio traz alívio da crescente agitação da comunidade. Nada poderia acontecer por acidente quando todo evento é examinado por seu lugar no denso tecido de expectativa” (FIGLIO, 1985, p. 184).

(contratuais) formalizadas em lei. Esses eventos poderiam ser especificados como questões de fato contra um plano de fundo ou um campo no qual as coisas poderiam acontecer. Até mesmo a perda de acordo se tornou um tipo de erro. Em tal campo de intenções neutralizadas, em que as coisas aconteciam por não-fazer e apareciam como erros entre fatos estabelecidos, eventos imprevistos, ainda que não excepcionais, poderiam ocorrer – como por natureza. Tal evento era um acidente – uma violação de contrato (Ibid., p. 201 – 202).

Não mais incorporados ao tecido da vida comunitária, os acidentes seriam acasos que acontecem com indivíduos que só seriam ressarcidos, se se descobrisse quem foi o agente causador do seu infortúnio. Nas relações trabalhistas, comenta Campbell (1997), para um empregado processar o seu empregador por um dano que ocorreu durante o expediente de trabalho, seria necessário que ele comprovasse ter havido intenção criminosa ou negligência grave. E como à época presumia-se que trabalhadores que aceitavam empregos arriscados se comprometiam voluntariamente a correr esses riscos, não é de se surpreender que “o relacionamento a respeito do ressarcimento por danos entre o empregador e o empregado foi distorcido em favor do empregador” (FIGLIO, 1985, p. 182) Nessas circunstâncias, o recurso ao *acaso* era fonte de explicação que costumava beneficiar os empregadores, mais que empregados.

Mas, ainda que o conceito de acidente tenha surgido com contratos formais de trabalho, devemos lembrar que ele se generalizou nas sociedades laicas, onde explicações referentes à “Divina Providência” perderam sua força e as referências à ação divina se tornaram cada vez menos frequentes nas descrições de acidentes (KEARL, 1989). Assim, o termo “acidente” também está intimamente ligado ao “risco”, algo que não é mais compreendido como uma entidade caprichosa. A mudança de mentalidade permite que o acidente seja calculado em probabilidades matemáticas e reduzido por meio de ações preventivas – seja no nível dos indivíduos<sup>69</sup> ou no nível da sociedade<sup>70</sup>. E no contexto do liberalismo, entendido por Foucault

---

<sup>69</sup> O sociólogo médico Suchman (1961), por exemplo, propôs alguns critérios para a probabilidade de um acidente. Inicialmente, para um evento ser “acidental”, deve-se inquirir sobre o grau de previsibilidade, de prevenção e de intencionalidade do evento observado. Há ainda quatro fatores adicionais, os quais ele chama de “sintomas” ou “antecedentes” dos acidentes: (a) o (baixo) grau de alerta, (b) a (curta) duração de ocorrência, (c) o (alto) grau de negligência, e (d) o (alto) grau de engano.

<sup>70</sup> Por exemplo, o mapeamento do governo dos segmentos econômicos e nas empresas que têm apresentado as maiores taxas de óbito como indício do controle das mortes por acidente de trabalho. Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), alguns dos segmentos considerados de alto risco seriam a Indústria Extrativa, a Fabricação de Produtos Minerais não metálicos, os Transportes e a Construção Civil. Quanto aos processos de trabalho de maior risco, destacam-se os que utilizam máquinas e equipamentos. No Brasil, apesar dos acidentes serem **subnotificados**, entre 1997 – 2013, a média anual de mortes no trabalho foi de 2.817 óbitos. Disponível

(1978a) como arte de governar o jogo segurança/liberdade, a ligação entre acidente e risco tem muito sentido. Afinal, no liberalismo, os indivíduos são postos em situações em que os fazem experimentar sua vida, seu presente e seu futuro como portadores de perigo. “Viver perigosamente” seria um “correlato psicológico e cultural interno do liberalismo”, sem o qual ele não pode existir:

E é essa espécie de estímulo do perigo que vai ser, a meu ver, uma das principais implicações do liberalismo. (...) toda uma cultura do perigo aparece de fato no século XIX, que é bem diferente daqueles grandes sonhos ou daquelas grandes ameaças do Apocalipse, como a peste, a morte, a guerra, de que se nutria a imaginação política e cosmológica da Idade Média, ainda no século XVII. Desaparecimento dos cavaleiros do Apocalipse e (...) invasão dos perigos cotidianos, perigos cotidianos perpetuamente animados, atualizados, postos portanto em circulação pelo que poderíamos chamar de cultura política do perigo no século XIX, (...) Não há liberalismo sem cultura do perigo (Ibid., 1978a, p. 90 – 91).

No contexto da DO, comenta Prior (1989), o termo “acidente” possibilitaria que alguém apague a agência e a intenção humanas quando se preenche este documento. Sai o domínio dos homicídios, suicídios, infanticídios e atos de guerra, para entrar o domínio dos infortúnios. Sem a eficácia do agente humano, o óbito é *naturalizado*. Para o autor, o artifício de identificar a causa próxima (ou imediata) da morte e simultaneamente manter a ocorrência (social) do evento ao “acaso” tornou o termo apropriado para explicar doenças de trabalho, “acidentes industriais” e desventuras terapêuticas – “por acaso” uma doença/enfermidade ocorreu e a pessoa não resistiu quando ela se agravou. Ainda segundo ele, apesar desse tipo de explicação muitas vezes não satisfazer os parentes do falecido<sup>71</sup>, ela segue as regras atuais da nosologia que classificam as mortes de acordo com o estado da doença que precisou ser tratada, ao invés de classificar o próprio tratamento médico. Em todo caso, basta um legista usar o “quadro primário natural” e o termo “acidente”, para transformar uma variedade de casos de óbitos em eventos “naturais”.

---

em: < <http://www.erplan.com.br/wp-content/uploads/2015/10/Estrat%C3%A9gia-Nacional-de-Redu%C3%A7%C3%A3o-dos-Acidentes-do-Trabalho-2015-2016.pdf> >. Acesso em: 14 ago. 2016.

<sup>71</sup> Por exemplo, uma diarista falece após uma cirurgia de retirada de tireoide, enquanto ela estava no centro de recuperação. A necropsia feita pelo hospital atesta a causa da morte como sendo parada cardíaca decorrente de laringoespasma (inflação nos músculos da laringe). A família desconfia e aciona a polícia civil. No novo laudo, a causa morte passar a ser hemorragia pós-cirurgia e choque hipovolêmico (perda de grandes quantidades de sangue e líquidos devido a hemorragias). Abre-se uma sindicância para saber a “real” causa da morte e punir possíveis culpados. Por este caso, podemos ver que, ao preencher uma DO, é possível substituir o executor humano pela doença, de modo a tornar a morte um acontecimento “natural” e livrar o agente humano da culpa pela sua negligência, imperícia ou imprudência. Notícia disponível em: < <http://g1.globo.com/sao-paulo/sorocaba-jundiai/noticia/2015/06/foi-uma-bomba-diz-jovem-sobre-morte-da-mae-apos-cirurgia-de-tireoide.html> >. Acesso em: 18 set. 2016.

Ainda que isso não seja de fato uma novidade para alguns historiadores<sup>72</sup>, um conjunto de mortes que ilustra como os quadros de referência naturais e sociais alteram a percepção, classificação e reposta ao óbito seria o da morte por excesso de trabalho – a ideia de “ocorrência natural” (cf. FIGLIO, 1985, p. 191). No Brasil, segundo Cândida da Costa (2013), as mortes dos trabalhadores do setor sucroalcooleiro, que é intensivo de mão de obra, por muito tempo estavam associadas a causas como acidente vascular cerebral (AVC), parada cardiorrespiratória ou causa desconhecida. Nessas ocorrências, o estudo epidemiológico de cada caso individual, assim como o estudo dos atestados de óbito, seria suficiente para explicar o óbito. O problema é que ambos os estudos, restritos a determinantes biofísicos, rompem onexo causal entre o trabalho e os agravos dele na saúde do trabalhador. Não é de surpreender que as empresas e a medicina do trabalho costumam usar esse tipo de explicação para responsabilizar os trabalhadores pelo seu adoecimento.

Mas quando a autora toma a “causalidade” como um “fenômeno multifacetado que atinge os coletivos, e não indivíduos isolados” (Ibid., p. 3), uma série de fenômenos silenciados numa DO surge. Ela identifica elementos sociais causadores da morte desses trabalhadores – pagamento proporcional à produção, más condições de trabalho, intimidação e práticas antissindiciais por parte das empresas, entre outras. Ao final do texto da pesquisadora, a morte *no* trabalho torna-se uma morte *pelo* trabalho. Foi o trabalho, de tão intenso, que gerou o colapso fisiológico fatal. Já não importa onde o trabalhador faleceu, mas se a quantidade de trabalho foi o motivo do óbito, por si só (causa única) ou pela associação com problema de saúde anterior (concausa). Da parte dos médicos, esse discurso sobre o corpo de trabalhadores precarizados seria uma tentativa de (re)definir como a causalidade operou no espaço de um corpo:

---

<sup>72</sup> Em sua tese sobre os modos de morrer e viver na cidade de São Paulo, no século XIX, Camargo (2007) analisa as circunstâncias inusitadas do registro da morte de Jesuína Maria de Godoi, em 1861. No registro de sepultamento, a verdadeira causa de seu falecimento, “assassinada por escravo”, foi encoberta pela expressão “morte natural”. Pelas circunstâncias trágicas da morte, D. Jesuína deveria ter passado pelo exame de corpo delito, um exame bastante simples, bastando o olhar do médico ou do policial e uma rápida descrição das condições do corpo. O exame era comumente feito quando se encontravam cadáveres nas vias públicas, com suspeita de homicídio, suicídio ou afogamento (no caso de rios). Mas D. Jesuína não passou pelo procedimento porque o seu corpo sem vida ainda carregava signos de distinção: “Uma mulher branca, casada e de posses (não obstante sem vida) não deveria ter seu corpo devassado pelo olhar de homens estranhos, mesmo que de autoridades. Eis aqui uma das intenções de se escamotear a verdade (...): os familiares, ou o marido, não permitiriam este procedimento e, com isso, concordou o vigário” (Ibid., p. 397). Nestes termos, a “morte natural”, em destaque no registro de sepultamento, pôde servir de salvaguarda do corpo dela diante dos demais corpos que em vida detinham um status inferior.

Para nossos olhos já gastos, o corpo humano constitui, por direito de natureza, o espaço de origem e repartição da doença (...) Esta ordem do corpo sólido e visível é, entretanto, apenas uma das maneiras da medicina espacializar a doença. Nem a primeira, sem dúvida, nem a mais fundamental. Houve e haverá outras distribuições do mal (FOUCAULT, 1963, p. 1)

Esse estudo com que finalizamos a presente seção nos serviu para ilustrar como a DO funciona de ponto de apoio para redefinir os casos de doença, saúde e morte. Ainda que as práticas da clínica possam levar os seus pacientes à uma “má morte” ou uma “morte social”, essas consequências são silenciadas na linguagem neutra e objetiva dela. Como vimos acima, nos exemplos dos usos do “acaso” e da “doença” para explicar causas de morte, é possível conceber mortes naturais e “não naturais”, dependendo de como se entende a divisão entre *doença e sociedade* (cf. DOUGLAS, 1970). Ou como nos escreve Seale:

As classificações médicas de doenças, prescrições sobre higiene, conselhos sobre estilos de vida saudáveis, a construção e o policiamento de categorias de mortes “naturais”, são tentativas de organizar o ambiente humano em face de uma invasão desordenada por natureza. Os procedimentos médicos que acompanham a morte, portanto, têm tanto uma razão técnica quanto um aspecto ritual, na medida em que enquadram e encaixotam a experiência, criam novos objetos a partir de entidades anômalas ou perigosas e colocam mortes individuais no contexto de um sistema progressivo e científico-racional projetado a gerar esperanças de um mundo melhor (SEALE, 1989, p. 78).

Essa divisão ficou clara, por exemplo, nos casos de pedido de indenização dos trabalhadores ingleses, na morte de Dona Jesuína (cf. nota 71), na mortalidade dos trabalhadores do setor sucroalcooleiro, para citar alguns exemplos. Esses e tantos outros casos nos mostram que é bastante difundido o uso de princípios para explicar os óbitos que descontextualizam a doença, o distúrbio e a morte das circunstâncias sociais e econômicas em que ocorrem<sup>73</sup>. Isso quer dizer que, ao retirar o fundo social e ao restringir progressivamente a influência da agencia humana das causas de óbito, e através de uma linguagem neutra e objetiva tem interferido na nossa percepção dos modos de morrer.

---

<sup>73</sup> Para Oliveira e Mendes (1997, p. 75): “A redução na notificação dos casos de AT a partir da década de 70 tem sido relacionada às modificações nos critérios de enquadramento dos casos, as alterações nos aspectos legais havendo contribuído para a modificação da série histórica dos dados epidemiológicos”. Os autores nos chamam a atenção para “a diminuição do número de acidentes de trabalho e o concomitante aumento da taxa de letalidade por acidente de trabalho a partir de 1976, ano da reforma da legislação que tornou responsável das empresas o pagamento pelo afastamento do trabalho nos primeiros 15 dias após o acidente. A taxa de letalidade por acidente de trabalho cresceu aproximadamente 1.300% em 23 anos, apesar de não ser observada mudança importante no número absoluto de óbitos”. Ainda segundo os autores, entre as décadas de setenta e de noventa, houve mais de 28 milhões de acidentes de trabalho e mais de 90 mil mortes deles decorrentes.

Mas o *controle social do corpo físico*, mais especificamente, como um discurso particular disfarça ou manipula o que aconteceu com o *corpo real* ou *natural*, também é praticado no negócio funerário. Esse é precisamente o trabalho dos laboratórios de tanatopraxia, já que os aspectos transformadores de seus procedimentos buscam evidenciar o *corpo* antes de ser reprimido ou desfigurado pelos eventos associados à *má morte* (passagem por autópsia, tratamento médico prolongado, a quantidade de dor experimentada, o estado do corpo). Baudrillard (1993) descreve o corpo em termos da economia política do signo e o modelo de referência dele é o *manequim*, o lugar dos “modelos de significação” (Ibid., 1993, p. 114). O cadáver cai facilmente nessa categoria, como um significante da “boa morte”, já que, da mesma maneira que um manequim, ele pode ser colocado num quadro de morte (culturalmente) apropriado e aceitável (cf. BRADBURY, 1999).

Isso é o que ocorre no cotidiano das pessoas. Primeiramente porque, a causa da morte desempenha um papel importante para tomada de decisão do parente mais próximo e do profissional de saúde (cf. BRADBURY, 1996, p. 92). Certas *causas* permitem *humanizar* o termo da vida: o doente terminal de câncer, por exemplo, tem mais chance de proximidade da família, uso de analgésicos, morrer em casa, etc. Em segundo lugar, para os enlutados, rotular a causa da morte (se “boa” ou “ruim”) é uma forma de expressar o seu estado de luto, muito mais do que aplicar uma categoria a um caso específico como fazem os órgãos públicos. Desse modo, a compreensão da interferência *pública* sobre o corpo torna-se incompleta, se não investigarmos uma das principais características deste cientificismo, que é *a linguagem da causação*. É sob esse viés que o sujeito moribundo, destituído de significados pessoais e existenciais, torna-se um *portador de doença ou lesão*. Só assim, o cadáver pode ser sujeitado a um exame minucioso para detectar a causa “verdadeira” da morte.



### 3.4 – A cadeia causal

Figura 6 – As causas da morte

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL		ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
<input type="checkbox"/> A morte ocorreu <input type="checkbox"/> No gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o parto <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Recabou assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> Necropsia ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
<input type="checkbox"/> CAUSAS DA MORTE Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. <b>PARTE I</b> Causas antecedentes Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. <b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não serviram, porém, na cadeia causal.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA Devido ou como consequência de: Devido ou como consequência de: Devido ou como consequência de:		Sempre aproximado entre o início da doença e a morte CID	

Fonte: LAURENTI e JORGE, 2016.

O quinto bloco (campos 37 a 40) do atestado de óbito se refere, entre outros elementos, às *causas da morte* e a sua *classificação* (ou nosologia) que, como vimos, segue a norma internacional. Nesta parte, iremos entender como esse processo conseguiu apagar a agência humana para alcançar uma objetividade científica. Antes é preciso lembrar que a biopolítica apenas leva em conta o indivíduo considerando-o a partir daquilo que o define como membro de uma população, isto é, a partir daquilo que “permite mensurar quantitativamente os efeitos de massa dos comportamentos individuais” (FOUCAULT, 1978c, p. 55). Ou, como comentou Lemke (2011, p. 5), “o objeto da biopolítica não são os seres humanos individuais, mas seus aspectos biológicos mensurados e agregados no nível da população”. Como resultado, segue o autor “a ‘vida’ tornou-se um fator independente, objetivo e mensurável”, e também “uma realidade coletiva que pode ser separada epistemologicamente e praticamente de seres vivos concretos e da singularidade da experiência individual” (Ibid.). Lembremos ainda que na racionalidade econômica liberal, dentro da qual aparece a biopolítica, o cálculo utilitário admite o descarte estatístico dos casos isolados, das exceções, das singularidades (cf. FOUCAULT, 1978a, p. 307). Dessa maneira, vejamos como isso se operacionaliza na DO.

A principal preocupação do governo com aqueles que preenchem a DO é registrar a *causa básica da morte*, que pode ser, em primeiro lugar, “a *doença* ou *lesão* que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte” e, em segundo lugar, “as circunstâncias do *acidente* ou *violência* que produziu a lesão fatal” (BRASIL, 2007, p. 28, grifos meus). O registro deve ocorrer segundo a lista da Classificação Internacional de

Doenças (CID), que está na sua décima edição (CID-10) (LAURENTI e MELO, 2016)<sup>74</sup>. Nesta classificação, agrupam-se as doenças semelhantes em *grupos de diagnósticos* (e não por casos individuais) que receberão uma *nomenclatura* (cf. LAURENTI, 1991, p. 408). Na nosologia da CID, há um código numérico para classificar “doença” ou “estado mórbido” segundo a edição vigente. O local destinado a CID no atestado de óbito é preenchido pelos codificadores da secretaria de saúde, que são especialmente contratados para isso (BRASIL, 2007). A atual edição contém mais de 8 mil motivos pelos quais nossa vida termina. No geral, essas práticas não se distanciam muito do que já ocorria em meados do século XIX, quando:

Os certificados eram preenchidos como uma rotina diária; então eram encaminhados para um escritório central onde eram coletados e analisados. Finalmente, os resultados eram publicados como estatísticas de mortalidade. A morte foi assim traduzida do papel de definir um corpo para o de caracterizar uma população (ARMSTRONG, 2002, p. 90).

A estrutura descritiva do campo 40 permite que o clínico registre as causas primárias (parte I) e as causas secundárias (parte II) da morte. Ainda que, fisiologicamente, morremos de diversas causas simultâneas, como mostra a estatística de correlação, para evitar incertezas, as mudanças na DO levaram à obrigatoriedade de uma sequência identificada pelo médico (ARMSTRONG, 2002). A CID também tem regras de procedência que ordenam os processos patológicos que ocorrem no corpo, regras que impactam na “contabilidade” dos óbitos<sup>75</sup>. Na atual versão da DO, a sequência da parte I, organizada de baixo para cima, registra os fatos que levaram ao óbito, sendo que o último deles (linha a) seria a causa imediata da morte. Assim temos: (d) Causa básica da morte → (b) e (c) Causa intermediária → (a) causa imediata ou terminal. O corpo se torna um espaço no qual ambas as causas da doença e da morte podem ser encontradas; o espaço anatômico se torna espaço causal (PRIOR, 1989). Como adotamos o padrão internacional, a identificação da *causa imediata* é que produz efeitos estatísticos e que fundamenta as análises de programas e políticas de atenção à saúde (LAURENTI, 1991).

---

<sup>74</sup> Há previsão de atualização na CID, e, ao que tudo indica, a 11ª revisão será lançada em 2020. Disponível em: < <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/> >. Acesso em: 28 jan. 2018.

<sup>75</sup> Atualmente, o registro das doenças do sistema circulatório (100-199) deve preceder as doenças registradas em outros subsistemas; até 1912 eram as doenças pulmonares e hepáticas que tinham precedência (PRIOR, 2004). É possível dizer que, a cada mudança nas regras de procedência da CID, mudam-se as formas de visibilidade, por haver, conforme Foucault escreveu sobre a clínica, uma “reorganização epistemológica da doença, em que os limites do visível e do invisível seguem um novo plano” (FOUCAULT, 1963, p. 225).

Neste bloco, também se pergunta se o diagnóstico do óbito foi feito por *necropsia*, isto é, pelo exame órgãos e tecidos do morto (popularmente conhecido por *autópsia*). Em cidades como Belo Horizonte, apenas uma pequena parte das mortes, as de *causa “não natural”*, é sujeita a esse procedimento. Segundo Katz (2004), a quantidade é limitada porque a lei geralmente só requisita a sua realização para casos específicos – morte súbita (acidente, suicídio), morte inesperada, morte violenta ou morte de doentes sob cuidados médicos, mas sem uma explicação clínica (pois há patologias indetectáveis ao olho nu, como os tumores cerebrais). São casos em que paira a dúvida sobre a existência ou não de um crime, e, caso ele tenha ocorrido, deve-se documentar as suas circunstâncias. Em caso de *morte natural*, a autópsia não é obrigatória e deve ocorrer com autorização da família (PARECER CFM nº 39/11). Mas não quer dizer que ela abra mão do seu controle sobre o ente querido de bom grado, pois muitas vezes os procedimentos periciais de tratar a morte inesperada privilegiam mais as exigências legais e médicas do que as necessidades dos familiares:

O lidar com o defunto e com seus familiares apresenta uma série de dificuldades a estes funcionários judiciais. A perda imediata dos direitos sobre o corpo, recambiado para um organismo do Governo, e como acesso restrito, exacerba um sentimento de estranheza dos familiares. (...), quando os *coroners* tomam a custódia do corpo, este fica na sua posse, e, portanto, deixa de estar ao dispor da família. Nessa altura, a única ocasião em que a família pode acender ao corpo é o momento da sua identificação. Além disso, a insistência na realização da autópsia é muitas vezes angustiante para os familiares do defunto (HOWARTH, 2004, p. 134, grifo da autora).

Sobre isso, em nossa cidade, a situação de desconforto das famílias foi agravada por uma decisão da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). Em 2014<sup>76</sup>, a administração local vetou uma proposta de lei municipal para criar um Serviço de Verificação de Óbito (SVO) o que impediu que Minas Gerais integrasse a rede nacional de SVO<sup>77</sup>. Certamente, uma estrutura complementar para os óbitos sem assistência médica, ainda frequentes no país, seria bem-vinda num estado com 104.248 mortes de causas naturais em 2012<sup>78</sup>. A importância social do SVO seria aliviar o excesso de trabalho no IML. Afinal, nos casos de morte direcionados ao

<sup>76</sup> Disponível em: < <http://www.otempo.com.br/cidades/prefeito-de-belo-horizonte-veta-13-proposi%C3%A7%C3%B5es-de-lei-1.777354> >. Acesso em: 7 ago. 2016.

<sup>77</sup> Criada em 2006 pelo Ministério da Saúde, a rede nacional de SVO funciona integrada ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, do Ministério da Saúde (cf. Portaria nº 1.405/2006). Em cada ponto desta rede, há um laboratório que verifica as mortes naturais sem assistência médica e de causa má definida, através do estudo das partes do organismo que a doença alterou (LAURENTI e JORGE, 2016).

<sup>78</sup> Disponível em: < <http://hojeemdia.com.br/horizontes/laborat%C3%B3rio-vai-revelar-causa-de-morte-natural-e-combater-epidemias-em-minas-1.93935> >. Acesso em: 9 set. 2016.

SVO, como não há infração penal, o atestado de óbito pode ser emitido sem necropsia (cf. Resolução CFM nº 1.779/2005). Com um SVO, muitas mortes poderiam ser classificadas de “indeterminadas”, ao invés de “suspeitas”, aliviando o IML<sup>79</sup>. Mas a decisão da PBH fez com que o IML acumulasse o serviço de SVO. E como muita gente prefere evitar os demorados e traumáticos procedimentos do IML, não é difícil imaginar a emergência de um comércio ilegal de atestados de óbito em decorrência disso, como atestam algumas reportagens sobre outras capitais do país<sup>80</sup>.

Como objeto de pesquisa, o preenchimento da cadeia causal serve para avaliar a qualidade das informações da DO e suas imprecisões. Todavia, nos lembra Bloor (1991), a exigência de avaliar a exatidão dos atestados de óbito em termos exclusivamente patológicos e estatísticos é insuficiente para compreender o papel social deste mecanismo contábil. Importante notar que a certificação da morte é uma prática médica que mostra grande variabilidade entre seus praticantes, com cada profissional investindo um valor moral específico para as suas certificações. Afinal, trata-se de uma atividade largamente solitária e invisível ao controle do corpo médico, o que permite seus praticantes apresentarem variações quanto aos seus pares, ainda que cada um acredite estar de acordo com a norma-padrão de preenchimento de atestados<sup>81</sup>. Isso permite, por exemplo, que um médico possa preencher a DO considerando mais os sentimentos da família, como a angústia de saber o resultado da autópsia ou se precisará atrasar os preparativos do funeral<sup>82</sup>, do que a precisão do registro.

---

<sup>79</sup> O parecer do CFM nº 57/1999 esclarece essa diferença: “A morte de causa suspeita é bem diferente da morte por causa desconhecida, mesmo que súbita. Esta é um tipo de morte natural que não compõe o rol de possibilidades com natureza jurídica para classificação como morte suspeita. A ‘causa mortis’, para ser conhecida, merecerá avaliação necroscópica clínica e anátomo-patológica para a sua verificação e conclusão, porém nunca uma perícia médico-legal. A perícia oficial é desnecessária e somente será solicitada pela autoridade policial, nestes casos, por intuição ocasional, por desconhecimento de causa em sua função ou por falta de mecanismo administrativo institucional municipal de Serviço de Verificação de Óbitos”. Disponível em: < [http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1999/57\\_1999.htm](http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1999/57_1999.htm) >. Acesso em: 22 fev. de 2018.

<sup>80</sup> Disponível em: < <http://odia.ig.com.br/noticia/rio-de-janeiro/2014-02-27/policia-civil-realiza-operacao-para-apurar-fraude-em-declaracoes-de-obito.html> >. Acesso em: 19 abr. 2016.

<sup>81</sup> “Esta ordem moral sem uma ordem normativa foi descrita anteriormente na antropologia. É o ‘habitus’ de Bourdieu. (...) onde cada membro da coletividade segue suas próprias leis que são vistas como razoáveis (sem razões explícitas) e onde cada membro, no entanto, concorda com o outro” (BLOOR, 1991, p. 285).

<sup>82</sup> No Brasil, por exemplo, esse atraso pode ocorrer devido à exigência da lei da presença de certidão de óbito para realizar um enterro (cf. Lei 6015/73, art. 77). Isso já é uma exigência em algumas cidades brasileiras, pelo menos desde o século XIX. Conforme aponta Camargo (2007), em São Paulo da década de 1850, a obrigatoriedade do médico em verificar um óbito antes de sepultar um corpo, não se vinculava apenas a questões médicas, mas, também, a questões criminais como a ocultação de crimes. Inicialmente, tal determinação não foi cumprida à risca, pelo menos até a década de 1870, devido ao hábito muito antigo da população de chamar um padre, e não um médico, para acompanhar os últimos momentos do doente.

Na rotina médica, de resto, o preenchimento dos atestados de óbito é considerado uma tarefa menor: para muitos médicos, ela é uma atividade não supervisionada ou noticiada, invisível e desvalorizada (BLOOR, 1991). É comum que os médicos não vejam o certificado de óbito como fonte potencial de dados clínicos, mas como documento médico-legal e, de muitas maneiras, apenas um “trabalho burocrático” (BRADBURY, 1999). No Brasil, é normal o profissional se ater à parte médica do atestado, a que se refere às causas e condições do óbito, deixando para os outros funcionários preencherem as demais informações (LAURENTI e JORGE, 2016). Veremos as consequências da relação entre médico e DO no negócio funerário no quinto capítulo.

Mas a qualidade do preenchimento da DO é um evento superficial para os nossos propósitos se comparado ao funcionamento da *nosologia* nesse documento. Uma característica interessante da CID é que ela agrupa as doenças de acordo com os subsistemas do corpo humano (o sistema respiratório, o sistema circulatório, etc.). Agrupar doenças segundo a localização anatômica é uma herança de William Farr [1808 – 1883], médico que iniciou as estatísticas de mortalidade de acordo com a causa do óbito (LAURENTI, 1991). Em 1853, Farr trabalhou com o Congresso Internacional de Estatística para desenvolver uma taxonomia mais refinada da morte, esta contendo 139 causas em sete categorias. O trabalho forneceu a base para a primeira lista internacional sobre as Causas da Morte, contendo 161 causas, publicadas em 1893. A originalidade da sua ideia foi distribuir a mortalidade na topografia do corpo, ainda que variando a ordem<sup>83</sup>, o que fez com que a anatomia humana, de sítio para descobrir as causas da morte, também se tornasse um meio para classificar e compreender as causas da morte (PRIOR, 1989). O próprio William Farr nos explica a centralidade do corpo para suas categorias:

O médico pode encontrar suas principais divisões de doenças em seus tratamentos médico ou cirúrgico; o patologista, na natureza da ação mórbida ou na coisa produzida; o anatomista ou o fisiologista nos tecidos e órgãos envolvidos; o jurista médico sobre a rapidez ou a lentidão da morte; e todos estes pontos bem merecem atenção em uma classificação estatística (FARR, 1854, p. 76).

---

<sup>83</sup> No eixo classificatório que ele propôs em 1855, no Segundo Congresso Internacional de Estatística, as doenças do sistema nervoso (VI) estavam próximas das doenças do sistema circulatório (VII), enquanto as doenças da reprodução (XI) avizinhavam as doenças do sistema urinário (X) (cf. WHO, 1990, p. 13 – 23).

Epistemologicamente, observa Armstrong (2002), a morte pôde ser individualizada: em vez de uma morte genérica para quase todas as situações, um rótulo específico para a “causa de morte” patológica imediata poderia ser atribuído a todos e cada corpo. A existência conceitual de uma causa específica para cada morte significava que cada corpo poderia ser examinado pela lesão patológica que causou o fim da vida. Também possibilitou formular um refinado sistema de classificação e agrupamento que transformaria a morte de um evento privado em uma estatística pública. De fato, trata-se de uma mudança qualitativa no que pesa a transição entre a vida e a morte. Tradicionalmente, as Igrejas mantinham registros de batismos e sepultamento, o que, na prática, registravam nascimentos e mortes. Mas, como *episteme*, eles são completamente diferentes: a Igreja estava interessada no destino da alma, não no corpo. Se o objetivo da vida é ganhar acesso ao Céu (“bem morrer”), e a morte está nas mãos de Deus, não haveria sentido em detalhar como se morre (cf. RODRIGUES, 2005, p. 93 – 147). De fato, tal mudança não poderia ocorrer no país sem que do poder civil buscasse autonomia frente ao poder eclesiástico quanto aos procedimentos de registro, e, na medida que acompanhamos as evoluções que ocorrem na Europa (cf. *Ibid.*, p. 309 – 360), é possível considerar a descrição abaixo de Armstrong (2002) como algo próximo do que ocorreu por aqui:

No lugar do dobre do sino da igreja, da procissão religiosa que transportava o Corpus Christi, dos amigos e parentes que se aglomeravam ao redor da cama na sala escura, havia um novo cerimonial marcado pelo preenchimento mundano do atestado de óbito. Uma morte natural era uma experiência doméstica, apresentada diante da família e dos vizinhos. A nova morte envolveu clínicos, patologistas, forenses, funcionários e registradores que submeteram o cadáver a um escrutínio detalhado para estabelecer a verdadeira causa da morte. A Medicina inaugurou um novo regime de investigação e análise em torno do corpo que não procurou os laços familiares dos mortos para refletir a verdade da vida, mas examinou os órgãos internos do próprio corpo, onde tanto o núcleo da vida quanto da morte repousava (ARMSTRONG, 2002, p. 19).

Além disso, com a “morte patológica”, a medicina também redefiniu a vida. Ou como observou William Farr (1839, p. 89 – 90) ao detalhar os procedimentos de registro que ele havia desenvolvido: “independentemente de lesão externa, o corpo humano tem tendência à morte; mas a tendência para a vida é mais forte em quase todos os instantes da existência”. Para o Armstrong (2002), nesta época, o *espaço corporal* que ciência sanitária delineou e a anatomia humana subdividiu foi preenchido com uma *força vital* que pulsava em seus tecidos e órgãos. É uma força que resiste a um chamado no íntimo de seu corpo. É na burocracia que

registra a morte que se encontrava “a verdade da vida”, quando, por exemplo, “o patologista dissecava o corpo, o clínico completava o certificado de óbito e o notário reunia esses registros da luta épica dentro do corpo do Homem” (Ibid., p. 19). Ao mesmo tempo, vê-se o Homem se distanciando do mundo natural quando lhe surge um domínio corporal separado e independente das forças que podem levá-lo a termo. Será nesse espaço de diferenciação do Homem que, em vida, se rastreia a lesão patológica e, no pós-vida, se realiza a autópsia “para revelar a verdade da morte na forma de processos ou estruturas de doença que a provocaram” (Ibid., p. 20).

Isso quer dizer que, no contexto da morte patológica e em conjunto com os procedimentos de identificação e controle dela – afinal, vivemos numa sociedade onde a saída das pessoas do mundo dos vivos é regulada por um mecanismo de certificação (PRIOR, 2004) –, o tratamento terapêutico se direcionou à doença, e não mais à singularidade do doente (WARNER, 1986). Também no nível populacional, a classificação e a contagem das mortes eram por doenças, e não por mortalidades (Ibid.). Em ambos os níveis, surge algo próximo da concepção de “doença” que a “medicina das espécies” utilizava (FOUCAULT, 1963)<sup>84</sup>. Em consequência, o campo da doença e da mortalidade estreitou:

Todas as mortes têm causas, cada morte tem uma causa, cada morte particular tem suas causas particulares. Os cadáveres são cortados, explorados, escaneados, testados até que *a causa* seja encontrada; um coágulo sanguíneo, uma insuficiência renal, uma hemorragia, uma parada cardíaca, um colapso pulmonar. Não ouvimos falar de pessoas morrendo de mortalidade. Eles morrem apenas de *causas individuais*, morrem *porque* havia uma *causa individual* (BAUMAN, 1992, p. 138, grifos do autor).

Dito isso, vejamos três exemplos desta *episteme* aplicada em casos de morte. A partir da análise do manual do Ministério da Saúde intitulado de “Declaração de Óbito: documento necessário e importante” (BRASIL, 2007), eu pretendo mostrar é como “o homem se transformou num objeto de sua própria morte”, ou melhor, “como ele foi reduzido a uma condução menor” em prol do desenvolvimento econômico-social e do progresso (RODRIGUES, 1983, p. 191). De fato, o foco na anatomia do corpo permitiu simultaneamente definir como a doença se distribui no corpo e ignorar o contexto social,

---

<sup>84</sup> Na medicina das espécies, a doença comportava-se como um tendo uma existência e um desenvolvimento próprios, tal como as plantas e os animais. Na relação entre doença e paciente, nos escreve Foucault (1963, p. 7) “o médico deve abstrair o doente”. Ou melhor: “Paradoxalmente, o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses”.

econômico e político em que ela surge (PRIOR, 1989). Os casos a seguir se referem a pacientes com *hipertensão* (caso 1); *esquistossomose mansônica*, isto é, uma doença parasitária transmitida em águas poluídas com fezes humanas (caso 2); e *doença de chagas* (caso 3). Em comum, todos eles se referem à dimensão investigativa do cadáver:

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

**Figura 7 – Caso 1**

CAUSAS DA MORTE		AVIDE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		ICD *
<b>PARTE I</b> Descreva as causas mortais que causou diretamente a morte.  <b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Causas mortais, se existirem, que contribuíram a causar a morte registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a	Edema agudo do pulmão	5 horas			
	b	Insuficiência cardíaca hipertensiva	2 meses			
	c	Cardiopatia hipertensiva	2 anos			
	d	Hipertensão arterial	35 anos			
		Neoplasia maligna de próstata	2 meses			
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, a que não estiveram, porém, na cadeia causal.						

Fonte: BRASIL, 2007.

Exemplo 2 – paciente diabético, deu entrada no pronto-socorro às 10:00 com história de vômitos sanguinolentos desde às 6 da manhã. Desde às 8:00 com tonturas e desmaios. Ao exame físico, descorado +++/4+, e PA de 0 mmHg. A família conta que paciente é portador de Esquistossomose mansônica há 5 anos, e que 2 anos atrás esteve internado com vômitos de sangue, e recebeu alta com diagnóstico de varizes de esôfago após exame endoscópico. Às 12:00, apresentou parada cardio respiratória [sic] e teve o óbito verificado pelo médico plantonista, após o insucesso das manobras de reanimação (Ibid., p. 17).

**Figura 8 – Caso 2**

CAUSAS DA MORTE		AVIDE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		ICD *
<b>PARTE I</b> Descreva as causas mortais que causou diretamente a morte.  <b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Causas mortais, se existirem, que contribuíram a causar a morte registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a	Choque hipovolêmico	2 horas			
	b	Rotura de varizes esofageanas	6 horas			
	c	Hipertensão portal	2 anos			
	d	Esquistossomose mansônica	5 anos			
		Diabetes mellitus				
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, a que não estiveram, porém, na cadeia causal.						

Fonte: BRASIL, 2007.

Exemplo 3 – paciente chagásico, com comprometimento cardíaco, internado com história de distensão progressiva do abdômen. Há 2 dias vem apresentando fraqueza, febre alta, e não suporta que lhe toquem o abdômen.



Sem evacuar há 3 dias, tem diagnóstico colonoscópico de megacólon há 5 anos. Na visita médica das 8:00 da manhã, paciente suava muito e apresentava pressão sistólica de 20 mmHg. O diarista, após avaliar o hemograma, trocou o antibiótico, e ao longo do dia ajustou várias vezes o gotejamento de dopamina. Às 16:00, apresentou parada cardio respiratória e teve o óbito confirmado pelo médico substituto, após o insucesso das manobras de reanimação (Ibid., p. 18).

**Figura 9 – Caso 3**

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

Fonte: BRASIL, 2007.

Cada um dos 3 casos em que é aplicada a nosologia, é possível encontrarmos o discurso (ou entendimento) de que sendo a morte uma lesão patológica, ela se torna um objeto da ciência médica. Essa *medicalização da morte* apresentaria algumas características fundamentais (PRIOR, 1989). A primeira delas é a de demonstrar que a morte natural é inerente ao corpo: ela não interrompe a vida do mundo externo, como uma maldição ou como um fenômeno repentino. Nos casos em tela, a hipertensão (caso 1), a doença parasitária (caso 2) e o quadro crônico (caso 3) se tornam núncios da morte que virá no longo prazo. A segunda característica é a crença de que é sempre possível localizar a *causa primária* na anatomia humana (pulmão, no caso 1; esôfago, no caso 2; peritônio, no caso 3). A terceira característica é que, embora a nossa morte tenha diversas causas simultâneas, optou-se por isolar e classificar uma única causa (i.e., *causa básica*). A quarta e última característica é a de ignorar as condições sociais latentes quando se selecionam as causas de morte. Por exemplo, nos casos de Esquitossomose Mansônica (caso 2) e de doença de Chagas (caso 3), não há nenhuma referência das condições sociais subjacentes às mortes, isto é, a ausência de esgoto e água tratada (caso 2) e má qualidade de moradia (caso 3). Poderíamos também acrescentar outras causas, como falta de atendimento, erro no atendimento, preço do remédio, etc. Além disso, como sabemos, a pressão da família e a reputação do falecido também desempenham um papel na determinação da causa da morte – há estudos que sugerem que a AIDS costuma ser subnotificada nos certificados (GONÇALVES et al, 2008); e o mesmo parece ocorrer com o suicídio (MACENTE e ZANDONADE, 2010).

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

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

Figura 10 – Exemplo 1

10 CAUSAS DA MORTE		AVISE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e o óbito		CES *
<b>PARTE I</b> Doença ou estado morbido que levou diretamente à morte.		a	Edema cerebral	3 dias		
<b>CAUSAS ANTERIORES</b> Fatores anteriores ao momento que contribuíram à causa direta registrada, mencionando-se em uma linha a cada doença.		b	Traumatismo crânio encefálico	3 dias		
		c	Queda de andaime	3 dias		
		d	Operado			
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para o óbito, e que não estejam, porém, na linha acima.						

Fonte: BRASIL, 2007.

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

Figura 11 – Exemplo 2

10 CAUSAS DA MORTE		AVISE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e o óbito		CES *
<b>PARTE I</b> Doença ou estado morbido que levou diretamente à morte.		a	Choque hemorrágico agudo	+/- 2 horas		
<b>CAUSAS ANTERIORES</b> Fatores anteriores ao momento que contribuíram à causa direta registrada, mencionando-se em uma linha a cada doença.		b	Perfuração cardíaca			
		c	Projétil de arma de fogo			
		d				
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para o óbito, e que não estejam, porém, na linha acima.						

Fonte: BRASIL, 2007.

Como se vê no quadro, em nenhum dos dois casos há referência à ação humana na sequência causal. A referência à queda e ao tiro implica que alguém caiu ou levou um tiro, mas a pessoa ativa torna-se um elemento residual quanto à terminologia padrão de *natureza do fato*

[traumatismo crânio encefálico, perfuração cardíaca] e de *circunstâncias originárias* [queda de andaime, projétil de arma de fogo] (cf. WHO, 2016, p. 149). Não há nenhuma referência à ação da polícia, às condições de trabalho, aos procedimentos médicos ou ao atendimento pelo qual o falecido foi submetido. Dessa forma, quando se reduz a experiência vivida da morte a esses elementos, não vemos senão a sua aparência formal<sup>85</sup>, sem nenhum indício de medo ou de apreensão. Aos olhos dos homens, esse é o pequeno espaço que a morte tem no discurso médico: o termo da vida é limitado a uma leitura instrumental do corpo, sem considerar a sua dor e o seu sofrimento, nem o mundo material, social e político da agência humana. A morte é a grande niveladora. O que temos na DO é uma sequência de eventos em “alguém” e, dependendo da classe social, em uma “não-pessoa”<sup>86</sup>.

Nada muito diferente do cânone da ciência positiva, para o qual “a primeira regra e a mais fundamental é considerar os fatos sociais como coisas” (DURKHEIM, 1895, p. 15). Desse cânone também participou um interesse duradouro e obsessivo na causalidade, nas regularidades objetivas como leis, para não dizer no domínio instrumental da natureza e da contingência (ADORNO e HORKHEIMER, 1947). De fato, “uma ideologia cientificista e uma filosofia biológica” garantem um sistema “que associa a explicação idealista (o progresso da razão) à explicação materialista, mecanicista (os triunfos da vida sobre a morte)”

---

<sup>85</sup> Mas como em toda época, há sempre alguma forma de subversão que se apoia na morte para inverter as hierarquias de poderes (VOVELLE, 1996). Por exemplo, a criação espontânea de outros tipos de nosologias. Na comunidade de Alto do Cruzeiro, na zona da mata pernambucana, Nancy Scheper-Hughes (1992) colheu das mães de filhos falecidos uma nosologia para as maiores patogêneses que acometiam aquela localidade. Para a autora, a diligência dessas mulheres para explicar a mortalidade infantil contrastava com o desinteresse dos médicos locais em fazê-lo. Essas mulheres estavam atentas aos efeitos da hostilidade cotidiana do meio sobre as causas da morte dos recém-nascidos. Nessa outra nosologia, a autora encontrou referências a constrangimentos sociais (por exemplo, a pobreza tirava vontade de viver dos bebês) e a agência humana (como o insucesso das mães em bem nutrir as suas crianças). O “fundo social” dessa nosologia permitiu uma tipificação bem diferente da CID-10, com tipos de diarreia (“quentura”, “barriga desmantelada”, etc.), de “doença de criança”, de “fraqueza”, de “susto” (e outras emoções perniciosas), de “mal trato”, “resguardo quebrado”, entre outros.

<sup>86</sup> Tal forma de apresentar a morte possui paralelos com o modo como a morte é apresentada nos *media*. Na década de cinquenta, Gorer (1955) quis entender o porquê do fato da morte ter adquirido o status contraditório de “pornografia”: “enquanto a morte natural se tornou cada vez mais ocultada em decência, a morte violenta tem desempenhado um papel sempre crescente nas fantasias oferecidas às audiências em massa” (Ibid., p. 51). O autor esboçou uma “fórmula” que viabilizaram essas fantasias. Em primeiro lugar, presta-se pouca ou nenhuma atenção nas emoções concomitantes à morte; já as sensações, elas só existem tanto quanto a pobreza de linguagem permitir. Em segundo lugar, narram-se uma sequência ininterrupta de ações com ou contra “alguém”, uma “não-pessoa”, cujo corpo talvez sinta dor e morte. Em terceiro lugar, utiliza-se uma linguagem pobre para expressar dor intensa. Por último, ignoram-se todas as limitações físicas, sociais e legais que envolvem uma ação violenta. O resultado disso seria uma violência visual que é vista, mas não é sentida. A conclusão do autor é a de que “se não gostarmos da pornografia moderna da morte, então devemos devolver à morte (...) sua exibição e publicidade, readmitir dor e luto” (GORER, 1955, p. 52). Hoje, é possível que um adolescente estadunidense de dezesseis anos já tenha visto pelo menos dezoito mil assassinatos pela televisão, num país onde a cultura de massa se tornou a maior fonte de informação sobre a morte e o morrer (DURKIN, 2003).

(VOVELLE, 1996, p. 22). É o contexto em que surge uma série de leis para organizar a estrutura e funções dos organismos vivos; leis para definir a natureza do crescimento populacional; as leis para explicar o crescimento de tecido saudável ou o desenvolvimento de doenças (PRIOR, 1989). A utopia dessa aventura moderna seria atingir, através do progresso científico, “a mortalidade de uma longa vida a se encerrar sem dor e voluntariamente” (VOVELLE, 1996, p. 22).

É possível dizer que esse otimismo científico, que possibilitou com que o destino da alma e do corpo se separassem e promoveu o corpo como objeto de intervenção científica, baseada numa epistemologia que se comunica pelos padrões das ciências naturais modernas (BISHOP, 2011), teve consequências diretas na indústria mortuária. Desde então, os funerais têm que conciliar a sua função *secular* (ser um meio de dispor do corpo que é socialmente aceitável e publicamente saudável) e sua função *sagrada* (ser um ritual que faz a vida e a morte do falecido em algo pessoalmente significativo e espiritualmente importante) de acordo com uma pessoa específica (HAYSLIP JR, SEWELL e RIDDLE, 2003). Tal separação se mostra no modelo “cadáver mortuário”, um modelo que eu acredito que a indústria funerária brasileira adaptou da realidade estadunidense<sup>87</sup>. Ele consiste em preparar o cadáver para servir de um *sítio duplo de memória* (O’NEILL, 2008). Em primeiro lugar, os agentes funerários podem refazer a imagem estável do morto sobre a superfície recalcitrante do corpo, transformando o cadáver num meio de homenagem e de ritual do sujeito secular moderno. Em segundo lugar, e além do indivíduo histórico, eles podem deixar visível a alma que “partiu” e que estava oculta no interior do corpo através do correto trabalho de embalsamamento. Mas ainda que dupla, essa representação traz problemas: ela é estática (o cadáver não fala, não responde, ou move), artificial (porque foi preparada por profissionais), e de curta duração (após o velório, ela desaparece com o enterro ou a cremação). Assim, segundo o autor, os agentes funerários estariam praticando “uma metafísica da ausência ou da presença provisória e representativa”, devido ao “deslize entre a aparência do cadáver e a essência ausente a que esta aparência se refere” (O’NEILL, 2008, p. 179).

---

<sup>87</sup> Houve, naquele país, uma certa transmutação dos ideais religiosos em formas mais seculares e materiais, como, por exemplo, uma relação entre limpeza e salvação pessoal: “O comportamento corrente e a estrutura institucional da religião permanecem intactos, assim como no enterro, mas os significados foram secularizados. Uma preocupação com a essência e com a pureza da alma, foi reorientada na limpeza da superfície do corpo e uma preocupação secular com as aparências” (DAVIES, 1996, p. 68).

Todavia, apesar da diferença de contextos e dos seus impactos no mundo do consumo fúnebre, a referida dessacralização veio acompanhada de alguns silenciamentos (VOVELLE, 1996). O primeiro deles é a (falsa) crença sobre “a morte, niveladora, igualitária, que reduz os homens à mesma sorte” (Ibid., p. 18). De fato, os mortos ainda carregam consigo as marcas das diferentes situações que tiveram em vida: “Dos traços que ela nos deixa, ficam as provas, os testemunhos, os indicadores dos ricos, dos poderosos, mas nada para a massa anônima dos pobres” (Ibid.). No Brasil, desigualdade, na doença, no falecimento e mesmo depois, quando do sepultamento (CAMARGO, 2007). No presente, desigualdade do registro dos óbitos segundo *raça* ou *cor*<sup>88</sup> e uma rede de serviços funerários voltados para uma população mais carente de proteção social e com menor poder de compra (cf. BESTER et al, 2011).

O segundo silêncio, seria o “silêncio voluntário” dos homens sobre o acontecimento “obscuro” da sua morte. Para alguns autores, trata-se da “morte escondida do óbito hospitalar ou do luto proscrito” (VOVELLE, 1996, p. 18). Tal isolamento singular de moribundos e enlutados explica-se, porque a morte já não seria mais um problema no nível social e econômico, apesar de ser mais dolorosa no nível emocional (MELLOR, 1993). Desde há algum tempo, a maioria das pessoas morre idosa, aposentada e já tendo cumpridas suas responsabilidades parentais, de modo que a vida econômica de fábricas, escritórios e famílias, pode continuar sem grandes mudanças (BLAUNER, 1966). Como o impacto social reduzido, diminui-se também a importância social de quem morre. De fato, a cultura moderna valoriza as mudanças e os jovens, mas não os idosos, que podem partir sem perturbar a marcha do progresso (cf. WALTER, 1991, p. 306). Trata-se da mentalidade segundo a qual a morte “não representa futuro em uma cultura orientada para futuros” (MELLOR, 1993, p. 419). Nestes termos a sociedade moderna sabe lidar com a morte – ela trata disso muito bem quando eleva juventude, educação e progresso (WALTER, 1991), desde que respeite alguns parâmetros específicos de linguagem: “existem discursos e práticas públicas relacionadas à morte – em medicina, em legislação de saúde pública, no planejamento de serviços de saúde, na prática atuarial, em prêmios de seguro de vida, na gestão e manutenção de crematórios e cemitérios, e nos meios de comunicação” (WALTER, 1994, p. 23).

---

<sup>88</sup> Só a partir de 2001, quando o Ministério da Saúde passou a trabalhar essa categoria, foi possível investigar os agravos que acometem populações em situação de vulnerabilidade, como negros e indígenas. Assim, escreve Oliveira (2003, p. 253): “A falta de identificação étnico-racial no âmbito da saúde certamente tem resultado em inúmeras mortes evitáveis. Não considerar a composição pluriétnica da sociedade brasileira significa impedir sistematicamente a equidade na atenção à saúde e apostar na permanência de modelos negativamente racializados de atenção à saúde”.

No nível individual, sugere Zygmunt Bauman (1992)<sup>89</sup>, a nossa obsessão pelas causas de morte permitiu que surgisse uma “língua da sobrevivência” (Ibid., p. 130) que tem a morte como um objeto de esforços preventivos e instrumentais. Sob esta linguagem, a morte torna-se um evento específico com uma causa específica e evitável, que adquire *significado* apenas através de tarefas de alerta e prevenção, de tarefas para deixar (ou impedir de) acontecer. Ela é traduzida como doença potencialmente *terminal* e, portanto, potencialmente *curável*. Assim, escreve o autor, “(o único verdadeiramente certo) de todos os eventos da vida deve ser dissolvido em uma coleção de *condições contingentes*, cada uma com uma consequência incerta: condições não inevitáveis, condições que podem ser alteradas, condições manipuláveis” (Ibid., Ibid.). A “incerteza do resultado” incita à ação e elimina a preocupação metafísica da morte como o inevitável fim da existência. Ironicamente, a obsessão com as doenças mortais permeou a própria vida, nos cuidados com a saúde contra as várias causas da morte – uma mudança de mentalidade que pode explicar em parte o sucesso dos planos funerários e os seus “benefícios de vida” que eu analisarei no capítulo 6:

Manter-se em forma, fazer exercícios, “equilibrar a dieta”, comer fibras e não comer gordura, evitar fumantes ou combater a poluição da água potável são tarefas factíveis, tarefas que podem ser realizadas e que redefinem o problema incontrolável (ou melhor, o não-problema) da morte (sobre a qual não se pode fazer nada) como uma série de problemas totalmente manejáveis (sobre os quais se pode fazer alguma coisa; de fato, sobre o que se pode fazer muito) (Ibid., Ibid).

Outro fator importante decorrente dessa dessacralização é que enquanto a morte se tornou um assunto técnico para os profissionais de saúde e funcionários públicos, socialmente, a individualidade passou a preceder as formas de convívio comunitário que antes protegiam seus membros contra o mundo do comércio (O’NEILL, 1999). O fato de haver “indivíduos desnorteados” e sem o terem apoio comunitário (WALTER, 1991, p. 306), também descreve a experiência recente brasileira (cf. KOURY, 2001, p. 68). No capítulo 5, veremos como algumas funerárias aproveitam da desorientação dos enlutados no ambiente hospitalar para

---

<sup>89</sup> Utilizei Bauman (1992) neste trabalho, porque a referida obra é muito citada na tanatologia. Isso não quer dizer que eu endosso a perspectiva de que estaríamos vivendo em uma “modernidade líquida”, um momento de mutações constantes, sem que nenhuma mudança se estabeleça. Ainda que não cabe aqui discutir as minhas ressalvas à perspectiva de que nada mais seria sólido (Estado-nação, família, emprego, laços e compromissos com a comunidade, entre outros atores e estruturas), basta saber que me valerei de algumas observações deste autor por tê-las julgado pertinentes.

conseguir clientes. Por hora, basta saber que os ritos funerários se tornaram um assunto quase exclusivo de família, que contrata um grupo especializado no desfazimento do corpo (METCALF e HUNTINGTON, 1991). Essa mudança explicaria, por exemplo, porque os funerais custam o que custam e porque os não-especialistas (parentes, padres, etc.) aparecem quase sempre em papéis passivos (Ibid.). A posse do corpo é o que dá suporte a relações comerciais específicas e transforma as instalações funerárias em locais privilegiados desse tipo de controle (HARPER, 2010). Assim, as funerárias puderam aumentar substancialmente a sua renda, desenvolver um conjunto de procedimentos dispendiosos e promover uma nova estética da morte que privilegia igualmente corpos e arredores “belos” (O’NEILL, 1999).

Mas não quer dizer os familiares achem isso ruim. Muitas vezes eles até preferem que alguém com formação técnica lhes tire o fardo de cuidar do cadáver e que saibam lidar com as dificuldades práticas envolvidas<sup>90</sup>. De fato, ainda que considerado um “espetáculo comercial vazio”, o modelo funerário tem se mostrado bastante resistente em relação aos seus críticos (O’NEILL, 2008). Serão os membros desse grupo de especialistas, pertencentes ao que Walter (1994) chama de uma “profissão incapacitante” [*disabling profession*] (cf. ILLICH, 1977), pois, como os médicos, eles também adquirem conhecimento acumulado ao remover os falecidos, que nós vamos nos atentar a partir de agora.

---

<sup>90</sup> Conforme uma entrevistada que relatou sua experiência na cidade de João Monlevade, em Minas Gerais: “a minha tia contratou da empresa [nome omitido] e foi bem interessante pela praticidade (...). Na questão funerária, eles facilitavam bastante o serviço porque eles entravam em contato direto com a perícia se fosse num hospital ou se fosse num outro caso. Dependendo da morte, eles providenciavam toda a documentação, cuidavam de tudo do corpo, além de questões práticas, que a inicialmente a gente acha que são pequenas, mas num momento de dor é um pouco mais complicado, como fazer café, receber as pessoas que iam prestar as condolências à família... Ficava alguém para limpar a casa, caso o velório fosse realizado em casa, como foi o do meu avô e da minha avó... o da minha tia foi realizado no velório municipal, e tinha uma pessoa no velório responsável por servir café, biscoito, bolo, coisas simples, durante todo o tempo...” (E75).

## 4 – O NEGÓCIO DOS LABORATÓRIOS DE TANATOPRAXIA

A sala tem paredes de azulejo branco, chão cinza chumbo. A minha direita, uma pia com sabão líquido e papel toalha. Diante de mim, uma grande maca metálica por onde passava uma mangueira de água. Há uma estante com materiais de assepsia hospitalar. Ao fundo, uma prateleira que se estende por toda a parede, com tanques e os bombeadores do líquido a ser usado no trabalho. O lugar é bem iluminado e bem arejado, ao que parece ser exaustores. Ainda assim, senti um cheiro forte de formol. Havia duas pessoas trabalhando, um homem negro e uma mulher, ambos com avental, luvas, botas de borracha e touca. Eles estavam fazendo os ajustes finais de um cadáver, colando suas pálpebras e amarrando sua língua, para que nada de estranho ocorresse durante a cerimônia funeral. (Diário de Campo)

### 4.1 – Introdução

Em nossas sociedades, temos uma relação ambivalente com os cadáveres. Por um lado, o corpo morto indica a perda da individualidade e a realidade material da morte. Se em vida, o corpo simbolizava a ordem da natureza, através do funcionamento regular dos órgãos; agora morto, o corpo produz efeitos desestabilizadores da ordem social. Considerado como subproduto tangível da morte, fonte de contágio e símbolo da nossa mortalidade, o cadáver é percebido como um poluente físico e simbólico, que pode transmitir doenças e outras mazelas advindas da decomposição corporal (HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). Por outro lado, as inovações médicas (pesquisa com células-tronco, extração de órgãos, clonagem, o crescente tráfico internacional de partes do corpo) expandiram a necessidade pública de discutir os “usos” apropriados do cadáver, à medida que ele é recodificado, dessacralizado e transacionado como uma mercadoria lucrativa (FOLTYN, 2008). Assim, em meio a este rearranjo das relações de poder em torno do corpo morto, é possível dizer que:

somos ambivalentes sobre o status do cadáver, exibindo e escondendo-o, reverenciando e profanando-o, vendo-o como útil e inútil e como uma fonte de diversão e tristeza. Atraído e repellido por ele, temos imbuído o corpo morto com a tensão do paradoxo (...). Ao mesmo tempo sagrado e profano (...), vemos ele como uma ameaça poderosa para os vivos e uma entidade impotente, necessitando de nossa proteção (Ibid., p. 100)

Muito provavelmente, as mudanças recentes acerca da percepção do cadáver permitiram que os mortos fossem removidos para as empresas da indústria mortuária (HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). Dessas empresas, focaremos nesta parte nos *laboratórios de preparação do corpo* (ou *Tanatórios*), que vendem serviços de *tanatopraxia* e/ou



*somatoconservação*<sup>91</sup> exclusivamente para fins de velório. Conforme uma entrevistada, tratam-se de serviços cuja finalidade seria “evitar o constrangimento dos familiares”, afinal, “antes o tratamento do corpo era no próprio velório e havia vazamentos, sangramentos, inchaço do corpo. Era muito desagradável” (E73). Sem dúvida, “ver o corpo” num caixão aberto se tornou a norma e o fundamento da economia mortuária, por fazer os enlutados incorrer em novos custos para a cerimônia, como o aluguel da sala de velório e seus equipamentos (mantos, suportes, cortinas temáticas); a compra de flores, itens para o corpo e caixões mais caros, entre outros (DEMPSEY, 1977; ROACH, 2003). Aliás, comenta Kearl (1989, p. 95):

Talvez os casamentos sejam superestimados como eventos sociais. É nos funerais que você encontra o espectro mais amplo de pessoas, onde você vê quantas vidas podem ser tocadas por um único indivíduo. O funeral é o retrato acabado de uma pessoa, proporcionando uma ocasião ritual para se refletir os sucessos e deficiências de uma biografia concluída.

Presenciei casos como o de Belo Horizonte, onde existem oito laboratórios que funcionam vinte quatro horas por dia, sete dias por semana, atendendo uma demanda inesperada e oscilante<sup>92</sup>. Todos eles estrategicamente localizados nas proximidades de hospitais e do instituto médico legal (IML). Essas empresas realizam práticas para suspender a deterioração dos corpos, numa demonstração do exercício de poder do homem sobre a natureza (HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). Seus serviços fazem parte dos pacotes fechados que são comercializados: “tanatopraxia, ornamentação, coroas, transporte, remoção... isso tudo é o nosso conjunto” (E73). Operacionalmente, o primeiro encontro dessas equipes com o corpo é geralmente no pós-morte (HOWARTH, 1996). Geralmente, o carro funerário entrega

---

<sup>91</sup> Por **tanatopraxia** entende-se a técnica de “higienização e conservação temporária do cadáver, através da injeção de líquidos conservantes para melhorar sua aparência, deixando-o o mais próximo do aspecto natural”. Já por **somatoconservação** seria “ato médico que consiste no emprego de técnicas através das quais os restos mortais humanos são submetidos a tratamento químico com vistas a manterem-se conservados por tempo total e permanente (embalsamento) ou previsto (tanatopraxia ou formolização)” (cf. Resolução SES nº 4798/15). A Guerra Civil estadunidense popularizou a somatoconservação como negócio (CAHILL, 1995, p. 122).

<sup>92</sup> Na lei e nos órgãos de vigilância, esses estabelecimentos são conhecidos como *necrotérios privados*. Segundo os dados colhidos na Vigilância Sanitária do município, há doze necrotérios. Há seis necrotérios *hospitalares* (Hospital Infantil São Camilo SA, Associação Evangélica Beneficentes de Minas Gerais, Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais LTDA, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Obras Sociais da Paróquia São Paulo, Unidade de Pronto Atendimento Nordeste). Há seis necrotérios *privados*: Flora Egnalos LTDA, Serviço Funerário Santa Casa de Misericórdia LTDA, Funerária São Cristóvão LTDA, Real Pax Assistencial LTDA, Renascer Funerária LTDA, Tanatos Prestação de Serviços LTDA. Cinco deles se localizam no bairro Santa Efigênia (região hospitalar de Belo Horizonte); e um no bairro Nova Gameleira (próximo ao IML). Dos necrotérios privados, somente um possui alvará de funcionamento atualizado (Funerária São Cristóvão). Os outros necrotérios podem estar com prazo para cumprirem as exigências a fim de se adequarem.

o cadáver para que ele seja preparado para a exposição no velório. Para que se iniciem os trabalhos, os laboratórios exigem que a DO emitida por médico e um documento de consentimento da família acompanhem o corpo. Ou como disse o funcionário de uma funerária:

E aí a família autorizando inicia-se o tratamento do corpo que não é realizado aqui no hospital. Ele é realizado na funerária que tem um laboratório próprio... Os documentos servem para autorizar a funerária tocar no corpo, que é propriedade da família desde quando ocorre o óbito... nós não podemos tocar nele porque o tratamento é incisivo... Geralmente, é necessário algum corte... então para que a gente possa iniciar, tem que ter autorização da família para o tratamento... Ela lê o termo e assina... Ela autoriza a maquiagem, o barbeamento, entre outras coisas... Todas as informações são colhidas aqui, porque a família só vai ter contato com o corpo agora somente no velório... Eles me informam o tempo que vai precisar para fazer o velório e eu já tenho o tratamento para cada tipo de situação (E64).

O laboratório não pode realizar o seu trabalho enquanto a causa morte for esclarecida, sob o risco de atrapalhar as investigações acerca de uma morte suspeita e de lidar inadvertidamente com uma doença infectocontagiosa<sup>93</sup>. Há dois tipos de cadáveres que não são entregues ali para serem diretamente enterrados: os de falecidos por doenças infectocontagiosas graves, segundo os critérios da OMS e do MS (cf. art. 10º RDC 33, de 2011); e os dos *indigentes*, pois a PBH não considera que a tanatopraxia seja um direito de pessoas enterradas sob esta categoria. Em média, essas empresas atendem entre cinco e vinte e cinco cadáveres por dia. Sobre como o cadáver é entregue num laboratório independente, nos foi dito que:

A funerária busca e traz para mim... Se falecer no hospital a mesma coisa: o médico dá o óbito, e a funerária busca e traz para mim... Se falecer no IML, aí o rabeção busca e traz... Geralmente, no IML é acidente, homicídio, suicídio, alguma morte assim que precisa para fazer a autópsia... Hospital e residência só quando a família já tem um médico que acompanha a pessoa e aí eles dão o óbito... O corpo vem para mim nu, e eu faço toda a preparação... (SM).

A expressão “preparação do corpo” nos permite dizer que há uma tarefa de construção da identidade do cadáver. Através da linguagem da identidade e da personalidade, projetando expectativas como a escolha da roupa e do penteado do falecido, os técnicos de tanatopraxia procuram re-humanizar o cadáver (HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). A construção

---

<sup>93</sup> Além da declaração de óbito, a avaliação do perigo potencial para a saúde é feita com base em focos sobre as circunstâncias da morte e nas próprias observações do corpo do morto (HOWARTH, 1993).

dessa “imagem memorizada” – reordenar feições e características do cadáver para apresentá-lo à semelhança do que ele era em vida – tem níveis distintos de dificuldade. Um trabalho considerado fácil, cuja *causa mortis* foi natural e que teve acompanhamento do médico, isto é, “simples e sem muita secreção” (E42), dura por volta de 2 horas. Um trabalho difícil, morte por causa externa ou que o corpo está em processo de decomposição avançado, que levou muito tempo para ser encontrado pela polícia ou pelo corpo de bombeiros, pode demorar até cinco horas. Em alguns casos, e dependendo do estado do cadáver, não há como fazer trabalho de conservação temporária, e o corpo é enterrado ou cremado em caixão fechado. Sobre o cotidiano do trabalho, nos foi dito que:

Cada caso é novo e surpreendente, né? os profissionais daquela área, eles ficam lá dentro esperando o que vai acontecer... Às vezes ele pega um corpo magrinho que teve uma morte tranquila... Como eles pegam um corpo que vem todo desfigurado no IML sem uma parte da face e tal e que tem que ser reconstituído... Ele vem costurado, mas vem aberto por causa da necropsia para saber a causa da morte, né? Tanto é que o resultado é dado em trinta dias... Ele é um corpo que exige mais cuidados para não ter problema de odor, de vazamento durante o período da noite (FM).

Há de se falar dos clientes destes empreendimentos. Reparamos que o laboratório não é contratado diretamente pelas famílias, ainda que inexista uma lei que as proíba de fazê-lo. Na maioria das entrevistas, as famílias são identificadas somente como *clientes das funerárias* que, por sua vez, intermedia as duas partes: “o trabalho da funerária em Belo Horizonte é fazer o contrato com a família e me contratar para fazer o serviço” (E16). A fala deixa subentendido que o grupo familiar não seria autônomo para negociar com o laboratório e, na ausência no país de um movimento como o *Natural Death Movement*<sup>94</sup>, aliado a uma possível (e provavelmente, considerável) resistência por parte dessas empresas a funerais do tipo “faça você mesmo”, ficou a impressão de que essa possibilidade permanecerá desconhecida ainda por muito tempo. Ao invés das famílias, os clientes dos laboratórios seriam operadoras funerárias da capital e da região metropolitana que contratam os laboratórios por serviço individual ou por prazo, em acordos de parceria que são renovados anualmente. Quanto aos

---

<sup>94</sup> O *Natural Death Movement* (NDM), movimento radicado sobretudo no Reino Unido e na América do Norte, tem promovido funerais mais econômicos, ecológicos e organizados no seio da família. O grupo rejeita a profissionalização da morte, que seria responsável por afastar os enlutados da organização do funeral, quase monopolizar os serviços e produtos funerários, e consequente encarecê-los. Através de suas organizações, o NDM orienta consumidores a encontrar serviços mais econômicos, além de sensibilizar as pessoas para os “fatos” da morte e do funeral – possibilidade de enterrar em chão particular, a dispensabilidade de se aplicar a tanatopraxia no cadáver ou de agentes funerários se envolverem no funeral. Ainda assim, o NDM é um movimento limitado a uma classe média informada (HOWARTH, 2004, p. 379- 380).

clientes da região metropolitana, de cidades como Mateus Leme, Nova Lima, Sete Lagoas, entre outras, os cadáveres são trazidos aqui para o tratamento e levados de volta para o enterro ou cremação devido à falta de laboratórios nessas localidades.

De qualquer maneira, o negócio e a sua clientela se instituem de fato após os atos normativos municipal e estadual obrigarem que a tanatopraxia fosse realizada somente em lugares autorizados e fiscalizados pelos órgãos públicos (cf. Norma Técnica Especial nº 002/2001 e Resolução SES nº 4798/15). Vejamos como se deu esse processo.

#### **4.2 – O início dos tanatórios**

Ao longo processo da consolidação dos tanatórios em Belo Horizonte, um evento de destaque foi a entrada em vigor da Norma Técnica Especial nº 002/2001. Conforme nos foi relatado, antes da norma técnica da PBH, as atividades de conservação eram feitas em qualquer lugar (nas funerárias ou anexos, nas floriculturas, em garagens, nos veículos, etc.), por qualquer pessoa (floristas, marceneiros, motoristas funerários, etc.), e sem aparelho de proteção ou técnica considerados apropriados (com pessoas comendo e\ou bebendo enquanto mexiam no cadáver). “Qualquer funerária arrumava o corpo no fundo de quintal, usando qualquer tipo de coisa para poder encher a urna... lixo, papel... Era uma coisa muito malfeita, qualquer funerária ou floricultura fazia” (S). A tolerância para que essas práticas ocorressem mostra o desinteresse do município em organizá-las, ainda que a tanatopraxia já existisse por aqui nos anos noventa<sup>95</sup>. Em 2001, o caso do desaparecimento de órgãos de uma estudante morta num acidente de trânsito, com repercussão nacional<sup>96</sup>, fez com que a prefeitura mudasse o seu entendimento desses negócios e decretasse a obrigatoriedade dos laboratórios para o trato de cadáveres. Uma entrevistada relata como isso aconteceu:

---

<sup>95</sup> Conforme um empresário do setor, que foi um dos primeiros a usar essa técnica no país: “quando eu comecei com funerária, eu mesmo lavava o corpo... eu pedia uma bacia na casa da família e uma toalha... e eu mesmo lavava o corpo, tirava a secreção, tirava a sonda... tinha que tirar sonda... amarrava boca com pano... mas aí a pessoa não é a mesma pessoa em vida... só para fechar boca, ela fica dura e torta assim... não era assim que a pessoa nasceu... e quando veio alguém dos Estados Unidos dizendo que já tinha uma técnica de fechar a boca, tinha uma técnica de não dar vazamento de líquido e mal cheiro... que você podia velar mais dias... rapidamente emprestei dinheiro do banco e investi nisso... eu trouxe tanatopraxia... e ela se pagou prestando serviço...” (EC).

<sup>96</sup> Disponível em: < <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,mp-investiga-sumico-de-orgaos-de-estudante-em-mg,20011217p22241> >. Acesso em: 11 out. 2016.

[S] na época, a família resolveu mexer no corpo no velório e a moça não tinha os órgãos por dentro. O corpo estava cheio de serragem... Aí chamaram a polícia, deu uma polêmica, e a vigilância veio e bloqueou todo mundo... Foram descobrir os órgãos tinham sido jogados fora... foi onde a vigilância exigiu um monte de critérios. Hoje, é uma burocracia muito grande para conseguir abrir um laboratório...

Nos termos do nosso código penal (Lei nº 2.848/1940, art. 212) e da lei de transplantes (Lei 10.211/01), o que houve foi um *vilipêndio de cadáver*, um crime omissivo que, neste caso, ocorreu porque se retiraram tecidos, órgãos ou partes do corpo, sem haver uma “recomposição condigna” do morto antes de entregá-lo aos responsáveis legais para o sepultamento (SILVA, 2000). Importante notar que, durante os anos noventa, década seguinte à promulgação da Constituição Federal de 1988, foi notória a atuação dos governantes em determinar uma miríade de conceitos e metas em relação à saúde da população e transformar os corpos individuais em objetos de preocupação de saúde pública (cf. CF/88, art. 199, § 4º; GELIS, 1997). Além disso, à medida que as ciências têm mostrado o “potencial” do cadáver para o mundo dos vivos (células-tronco, coleta de órgãos, transplante interespécies, clonagem), uma situação que faz crescer o tráfico internacional de partes do corpo, os iniciadores de políticas públicas se viram forçados a proteger os mortos dos vivos, estendendo a eles direitos perante a lei (FOLTYN, 2008).

No Brasil, a disponibilidade dos sucessivos governos em legislar o tema possibilitou que as regras já existentes acerca da integridade e da recomposição do corpo fossem incorporadas no novo ordenamento jurídico, o que garantiu o respeito ao cadáver enquanto símbolo da pessoa que faleceu (SILVA, 2000). Assim, no nosso entendimento, o fato de o município se dispor a proteger o se considera ser o “aspecto condigno” do cadáver, isto é, “da *aparência normal de um morto*, nas circunstâncias em que se achava ele antes da intervenção” (FRAGOSO, 1995, p. 587-8, grifos meus), forçou uma maior profissionalização do setor mortuário e possibilitou que o negócio dos tanatórios se consolidasse. Um relato descreveu como isso começou:

A vigilância sanitária bloqueou todas as pessoas que trabalhavam nesse ramo: necrotério, funerária, empresa de traslado... eu fiquei seis meses fechada com dez funcionários até que eu me adaptasse... Aí a lei exigiu um monte de coisas: medidas de mesa, lugares descentes, banheiro para deficiente... E foi colocando um monte de regras (S).

Como medida de segurança contra o vilipêndio de cadáver, dias após este ocorrido, a PBH publicou a Norma Técnica Especial (NTE) de nº 002/2001 que desde então regula a instalação e o funcionamento dos tanatórios no município. Destacamos algumas de suas disposições. Em primeiro lugar, a norma se refere somente a *necrotério* que ela define como sendo um lugar “onde se manipulam os cadáveres que vão ser autopsiados, identificados, embalsamados e/ou tamponados”. Todavia, no nosso entendimento, como tais atividades são exclusivas de “médico com registro para o exercício de tal atividade no Conselho Regional de Medicina”, percebemos que mais uma vez (cf. Lei 9434/97) as instituições estatais alocaram a competência de um tema relacionado à morte (a recomposição condigna do cadáver) a um órgão de classe específico (o Conselho de Medicina), ao invés de um órgão governamental no sentido clássico do termo. Nos dois casos – conservação cadavérica e transplante de órgãos –, não se “produz” a morte, e o corpo do morto sem ser através da hierarquia profissional chefiada pelo médico e do quadro da ciência médica (cf. HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). A necessidade de um médico responsável para que estes laboratórios funcionem, ainda que o caráter liberal de sua profissão lhe permita conciliar com outras atividades da medicina, nos foi explicada da seguinte maneira:

O responsável técnico é o médico e tem os técnicos para fazer o preparo. Qualquer coisa extra deve ter acompanhamento médico. O corpo que está dando problema, está tendo secreção, vazamento, essas coisas mais complexas, a gente solicita a presença do médico... O certo seria um clínico geral ou um legista, mas qualquer médico que tenha entendimento do corpo está habilitado para ser responsável técnico. O meu responsável é professor da faculdade e dá curso também (FM).

Em segundo lugar, a proibição de que as operadoras funerárias realizassem qualquer tipo de prática em cadáveres – conservação, identificação, necropsia, manipulação, autópsia, limpeza e armazenamento (art. 3º) –, foi responsável pelo surgimento do negócio da *tanatopraxia* em cidades como Belo Horizonte. Hoje, os tanatórios funcionam isolados ou vinculados a operadoras funerárias<sup>97</sup>, o que faz com que o *tanatopraxista*<sup>98</sup> aja como um subcontratado ou um empregado especializado da empresa funerária. Além disso, o atendimento é feito por

---

<sup>97</sup> Em campo, percebemos que a possibilidade de vínculo com os necrotérios fez com que as operadoras funerárias se tornassem holdings, barateando os custos e flexibilizando os processos.

<sup>98</sup> Na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), a família dos Trabalhadores dos serviços funerários (FO 5165), que trabalha tanto em estabelecimentos privados como nos serviços funerários municipais, congrega uma única ocupação, que é a do *Agente funerário*. O documento foi atualizado para incluir a "tanatopraxia" e fez surgir a sub-categoria *Tanatopraxista* (NOZOE et al, 2003). A especialização técnica ajudaria a cumprir a busca do status profissional através da “natureza pseudo-científica do trabalho” (PARSONS, 1999, p. 130).

ocorrência ou por contrato em prazo determinado. Por fim, importa saber que a NTE complementa a legislação municipal, para a qual todo *necrotério* (que inclui os laboratórios de tanatopraxia) é classificado como um *estabelecimento de interesse da saúde* (cf. Lei 7.031/96, art. 18º, inciso III) e que deve obedecer a uma série de requerimentos da vigilância sanitária para continuarem operando. Ou, conforme a lei:

Os estabelecimentos de interesse da saúde deverão obedecer às exigências sanitárias previstas em *normas técnicas especiais*, além de manter perfeitas condições de higiene e limpeza, organizados de modo a não possibilitar focos de insalubridade em seu ambiente interno e externo. Parágrafo único – *As normas técnicas especiais* a que se refere o caput contemplarão, dentre outros, os aspectos gerais de construção, áreas de circulação, iluminação, ventilação, aeração, água potável, esgotos, destino final de dejetos, proteção contra insetos e roedores, procedimentos ligados ao processo de trabalho, higiene do manipulador e outros de fundamental interesse para a saúde individual e coletiva (Lei 7.031/96, art. 69, grifos meus).

A lei faz referência às noções de salubridade e de vigilância sanitária. Segundo Foucault, a noção de *salubridade*, fundamental para a constituição da vigilância sanitária, diz respeito ao estado das coisas, do meio e de seus elementos constitutivos que, em sendo salubres, favorecem a saúde das pessoas. O controle político-científico deste meio foi chamado de *higiene pública* no século XIX (FOUCAULT, 1986). Aqui figura importante a noção de *sujeira*. Para Armstrong (2002), a ideia de *sujeira* possibilitou a substituição do regime de quarentena, vigente desde a Idade Média, pelo da ciência sanitária. A partir de então, estabelecer um *cordão sanitaire* entre lugares interligados – e separar cidade de cidade, país de país, casa de casa – havia se tornado insuficiente para prevenir o risco de contágio. A grande mudança da ciência sanitária foi reconhecer o vasto ciclo de troca entre contaminação e purificação conforme as substâncias passavam por entre os espaços do corpo e do ambiente. Um novo regime da higiene foi introduzido para policiar o trânsito de substâncias *sujas* (presentes no ar, na água ou na comida) pelas *fronteiras* do corpo (especialmente a linha divisória marcada pela pele, e as áreas problemáticas da boca e do cólon). A sujeira do ambiente que entrava no corpo era perigosa, mas também as excreções e as secreções que saíam dele. Para o autor, a consequência deste controle foi esculpir os limites do corpo, dando-lhe isolamento e substância: “O novo regime da ciência sanitária fez o limite do corpo em alvo de práticas cotidianas, limpeza e monitoramento, sanitização e policiamento, que, por sua vez, trouxe ao olho minucioso da medicina o esboço firme do espaço corporal do homem” (Ibid., p. 15). No nosso presente, o risco de contágio, ainda que pequeno, é uma preocupação para os (bio)gestores que atuam nestes laboratórios:

o corpo quando vêm para funerária, normalmente eles vêm com a declaração de óbito com a *causa mortis*... se a *causa mortis* é uma coisa que pode ser proliferada por aí, vamos supor meningite, a pessoa que tratou o corpo, ela vai receber um medicamento, tá? Agora têm processos, tipo a vaca louca, isso não passa pela funerária... Nós mandamos um caixão porque faz sepultamento direto... não pode ter circulação do corpo... Então contra o que é abrangente e pode correr risco, nós já tomamos antes todas as medidas... Para você ter uma ideia, nos quinze anos que eu estou aqui, e o histórico passado também, eu nunca ouvi falar de alguém que contraiu alguma doença por estar trabalhando em funerária (E19).

Imagina, em quatro anos, numa média de quatrocentos e vinte [atendimentos] por mês, não tive problema de contaminado. Pois na mesma hora que a gente fica sabendo do cara que teve um contato, que não atendeu aos requisitos de segurança, a gente já encaminha ele para tomar o coquetel (E3).

De outro lado, não é de se estranhar que uma estratégia desses empreendimentos foi assumir a linguagem científica da medicina e da saúde pública (CAHILL, 1995). É o que lemos numa importante revista do setor: “O manuseio de cadáveres e o registro de óbito podem colocar em risco a saúde pública. (...) Somente uma empresa funerária legalmente constituída, sujeita a controle e fiscalização dos órgãos públicos, pode dar a segurança necessária”. Isso traz a necessidade, segue ela, de “investir em conhecimento e equipamento, aplicar normas de procedimentos que representam um custo adicional ao empreendimento”<sup>99</sup>. Esse seria um exercício de responsabilidade social da empresa, inclusive porque “o registro incorreto de óbito pode prejudicar os programas de prevenção que utilizam estatísticas de óbitos para determinarem suas estratégias” (Ibid.). Eventualmente em cidades como Belo Horizonte, essa prática também foi adotada por empresas que funcionam sem alvará, o que subentende algum comprometimento com a contabilidade estatal de mortalidade por meio do controle de corpos. Afinal, não encontramos nenhum laboratório que realize qualquer intervenção nos cadáveres sem o atestado de óbito e a autorização da família. Como nessa entrevista, eles foram categóricos: “eu só posso colocar a mão no corpo depois que tiver o [atestado de] ‘óbito’” (S).

Da sua parte, e ainda que prevista em lei, a contração de *médico legista* ajuda a garantir que os procedimentos de conservação estão em concordância com a técnica, a ciência e a lei. Geralmente, as empresas vão ao CRM para indicações. O médico não precisa estar sempre presente, bastando a assinatura dele para atestar que o cadáver foi corretamente conservado,

---

<sup>99</sup> Disponível em: < <http://ptdocz.com/doc/1195813/abredif#> >. Acesso em: 18 dez. 2016.



considerando que a figura deste profissional está associada à idoneidade profissional e ao conhecimento profundo da anatomia humana. Sobre o último ponto, há de se ressaltar a importância prática e simbólica da disciplina de Anatomia nas escolas de Medicina (CONCONE, 1983). Imprescritível para o exercício da profissão, a disciplina tem um teste final, o *vestibular* de anatomia, e se compara a um verdadeiro rito de passagem – com expectativa, impacto, sofrimento, iniciação, medo e orgulho. O rito termina com a prova que qualifica os alunos que alcançaram “um saber diferenciador” e “novas atitudes (profissionais)” adquiridas ao manusear o cadáver humano (Ibid., p. 28). Não deve se estranhar o fato do conhecimento da Anatomia humana representar a linha demarcatória entre “ser médico” e “não ser médico”, e que a produção dessa identidade seja acompanhada de uma imagem *medicalizada* da morte. Ou, como escreve a antropóloga:

Passar pela prova, implica reordenar as ideias e as atitudes ante a vida: há a necessidade de tomar uma rápida decisão quando colocados diante da mesa de dissecação, a reflexão sobre o significado da vida e a transitoriedade do corpo, a necessidade de não pensar na morte para pensar na vida, a curiosidade com respeito ao corpo e a descoberta do interesse do trabalho com o bisturi (Ibid., p. 31).

O uso do prestígio da medicina para vender o serviço de tanatopraxia, pode ser apropriado também para estabelecer os padrões de todo *modus operandi*. Segundo Trompette e Lemonnier (2007), a tecnologia de tanatopraxia mostra uma certa continuidade entre o processo de tratamento do falecido e o mundo da saúde, sobretudo no equipamento da sala de somatoconservação e nos instrumentos usados para operar no corpo e impedir que ele se decomponha. Chamada de “tanatório” em algumas entrevistas, a sala de preparação dos laboratórios se assemelha a uma dependência de hospital, a meio caminho entre a sala de cirurgia e a sala de exames pós-morte (TROMPETTE e LEMONNIER, 2007). Essa parece ter sido também a surpresa da fiscalização, quando os primeiros instrumentos de tanatopraxia chegaram ao Brasil:

Eu fiquei preso na polícia federal por causa do equipamento que eu estava trazendo. Eu tinha nota, mas eles não sabiam para que que era... Ele falou: ‘isso aqui é um liquidificador’ e para mim era uma bomba de injeção de líquido... Os caras não entendiam: ‘não, são quatro, é industrial... isso aqui é contrabando’... eu dizia: ‘isso eu vou usar para o meu trabalho...’ e eles: ‘nossa, e essas espátulas aqui, e esses negócios tudo aqui de medicina?’ E eu respondia: ‘um laboratório nosso é como se fosse uma UTI, tem espátula, tem um monte de aparelhos, que são importantes também para o trabalho’... Daí, paguei as taxas e eles me soltaram, mas eu perdi o voo (E4).

A iluminação adaptada, o sistema de arejamento e desinfecção, a brancura do pavimento, a mesa de preparo de aço inoxidável e o rigor dos regulamentos de higiene – todos provêm as condições ideais para que o tanatopraxista execute seu trabalho com eficiência: “o cara se parametriza, bota luva, bota outro tipo de máscara, bota avental, para se resguardar (...) a gente usa uma máscara comum para fazer transplante... Quando têm doença infectocontagiosa, muda máscara, tem que botar tudo descartável” (E3). As autoridades inclusive prescrevem que ele se vista como um cirurgião (touca, máscara, luvas, avental, etc.), ele trabalhe com a ajuda de instrumentos complexos e específicos como os utilizados em cirurgia (bisturis, pinças, agulhas, etc.) (cf. Resolução SES Nº 4798/15). Além disso, na rotina diária, é comum o uso da terminologia médica para se referir a aspectos do serviço (CAHILL, 1995).

Para nós, também é importante notar que as práticas cotidianas de limpeza e monitoramento, de sanitização e policiamento, não dizem respeito a quem tem contato direto com os corpos. A gestão desses laboratórios também inclui o controle de substâncias e microrganismos que podem pôr em risco a saúde pública ou o meio ambiente. A preocupação com a biossegurança poderia ser melhor explorada por esses empreendimentos como um diferencial competitivo de mercado, ainda mais quando sabemos que a maioria dos laboratórios joga continuamente na rede de esgoto solventes e outros químicos, além de sangue, urina e secreções de corpos:

Vou te falar mais uma coisa: a única empresa de Minas Gerais que têm uma estação de tratamento de esgoto com contrato com a Copasa... É a [omitido]. o resto não tem não, tá? Vai para o esgoto... Nós temos a estação de tratamento que é controlada... Tem a análise feita mensal, tem a coleta de amostra mensal... A Copasa faz a verificação do que o laboratório manda do tratamento de esgoto... a gente tem produtos que só pode usar para matar a bactéria... O processo tem que se fazer dentro da fossa cética para água já sair tratada...

O tema da sujeira também foi trabalhado por Mary Douglas (1966), que utilizou a ideia da pureza e do perigo como analogia para expressar uma visão geral de ordem social. Uma das teses da antropóloga é que, apesar de “hoje nos é difícil pensar na impureza sem evocar de imediato o seu caráter patogênico”, devido à descoberta das bactérias como transmissoras de doença no século XIX, “os fundamentos das nossas regras de pureza” não seriam tão recentes, e existiam “antes de serem transformadas pela bacteriologia” (Ibid., p. 30). A autora quer mostrar que, apesar do medo em sociedades modernas ter um fundo científico, como é o caso do medo de contágio por microrganismos, qualquer noção de higiene e impureza,

independente do grau de desenvolvimento científico em que se encontra uma sociedade, tem a ver com eventos que consideramos pouco claros, imprecisos e ambíguos:

Quando tivermos abstraído a patogenia e a higiene das nossas ideias sobre a impureza, ficaremos com a velha definição nas mãos: **qualquer coisa que não está no seu lugar**. Este ponto de vista é muito fecundo. Implica, por um lado, a existência de um conjunto de relações ordenadas e, por outro, a subversão desta ordem. A impureza nunca é um fenômeno único, isolado: **Onde houver impureza, há sistema. Ela é o subproduto de uma organização e de uma classificação da matéria, na medida em que ordenar pressupõe repelir os elementos não apropriados**. Esta interpretação da impureza conduz-nos diretamente ao domínio simbólico. Presentimos assim a existência de uma relação mais evidente com os sistemas simbólicos de pureza (Ibid., p. 30, grifos meus).

Para a autora, quando classificamos algo como sujo ou impuro, estamos imediatamente listando determinados comportamentos dentro de uma hierarquia de valores como sendo os mais *puros* ou mais *apropriados*. Por exemplo: um sapato, que em si não é impuro, torna-se impuro quando colocado sobre a mesa de jantar. De ideia absoluta, a impureza se torna uma ideia relativa, enquanto “uma espécie de compêndio de elementos *repelidos* pelos nossos sistemas ordenados”, que faz “*condenar* qualquer objeto ou qualquer ideia susceptível de lançar confusão ou de contradizer as nossas preciosas classificações” (Ibid., p. 30-31, grifos meus). As experiências que não se encaixam nesse filtro seriam consideradas *ambíguas* ou *anômalas*: “Uma anomalia é um elemento que não se insere numa dada série ou num dado conjunto; a ambiguidade caracteriza os enunciados que se podem interpretar de duas maneiras” (Ibid., p.32). Assim, em resumo, a poluição pode ser conceituada como “uma tentativa de coagir a experiência a rimar com as categorias lógicas da não-contradição” (Ibid., p. 118). Ou seja, o impreciso seria encarado ritualmente como impuro.

Em sua análise das fronteiras simbólicas, a autora explora o significado do corpo para abordar antinomias como pureza/impureza, limpeza/sujeira, contágio/purificação, ordem/desordem. Quando o corpo e a “sujeira” que ele produz são usadas em práticas rituais para representar aspectos da ordem social, Douglas observa que se atribui “poder” e “perigo” às partes marginais do corpo (Ibid., p. 90). Para ela, todas as margens são vulneráveis, e a sujeira e os resíduos corporais, que transgrediram os limites socialmente estabelecidos, costumam ser imbuídos de poderes benévolos ou maléficos. Douglas cita o exemplo do uso ritual dos restos da rainha dos Lovedu como forma de sagrar a sucessora real (Ibid., p. 90). Seu cadáver decomposto é usado para fazer unguentos que a nova rainha emprega para controlar a chuva

e, por consequência, defender a estrutura social. O cadáver em um nível torna-se sujo e poluente assim que seus limites fogem ao controle e se dissolvem no processo de decomposição. A transgressão de limites corporais é perigosa, pois confunde o interior e o exterior do corpo. Mas, escreve a autora, “o perigo a que se corre ultrapassando os limites é também uma fonte de poder” (Ibid., p. 117) e este perigo pode ser manipulado em rituais, transformando o que era sujo em um poder criativo e sagrado.

Quanto ao tema da morte, as respostas aos corpos mortos podem ser poderosamente ambíguas, por eles serem, ao mesmo tempo, fascinante e repulsivos (HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). Para os autores, testemunhar as transformações físicas um cadáver em decomposição é uma experiência angustiante que nos faz lembrar da nossa fragilidade, vulnerabilidade e mortalidade. Um corpo que desmancha torna visíveis processos negados por um ideal moderno de controle dos limites corpo (por exemplo, a matéria orgânica que ele expele, o movimento dos membros e dos músculos faciais) serve de pré-requisito para se preservar a identidade do *eu*. Nesse âmbito, o cadáver adquire qualidades aterradoras, e a curiosa obsessão do cinema com o retorno dos mortos sedentos por carne humana assegura essa nossa ambiguidade, conforme atesta um especialista no assunto:

O pedaço de lixo mais ameaçador, muito mais ameaçador do que qualquer mera excreção corporal, é o cadáver (...) O cadáver deve ser embalado se quisermos sobreviver ao dano psíquico infligido pelos mortos; no entanto, mesmo se o objeto deva ser removido, simplesmente não podemos tratar a carne de nossos entes queridos, como apenas qualquer lixo descartável. Devemos reconciliar o nosso desejo de arrumar os mortos com a necessidade igualmente poderosa de não esquecer a alma amada que uma vez animou a carne fria (...). Quando tomamos em consideração nossa cuidadosa conexão com os mortos, também devemos considerar nossa relação com o monstro. O que é um monstro senão um cadáver reanimado? Podemos dar as costas ao morto querido e apressar-se para casa, uma vez que a tampa do caixão está cheia de sujeira, mas o filme de terror nos retorna aos mortos e nos obriga a enfrentar o que esperávamos ter confinado ao túmulo silencioso (CRANE, 1994, p. 31 – 32).

Humano-ainda-que-inumano, o cadáver seria uma “matéria fora do lugar” independente do seu potencial patogênico (DOUGLAS, 1966). Consequentemente, os procedimentos públicos e privados (classificar a causa da morte, manipular a aparência do cadáver, reter a sua deterioração e então destruí-lo completamente no crematório ou no cemitério) podem ser entendidos como tentativas de controlar um evento aterrador, ainda que natural e inevitável (HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). O caráter precário desse controle parece ser o que causa uma rigorosa e variada produção de códigos de conduta que, por sua vez, poderia

explicar a natureza conservadora dos “modelos de morte” que são vendidos pelos negócios mortuários. Mas, ainda que conservadores, esse controle é o que permite restabelecer os limites do corpo, que é uma necessidade para a empresa sobreviver neste mercado:

É igual [nome omitido] fala ‘Nós trabalhamos num ramo/ num serviço que nós não podemos errar’, você entendeu? ‘Nós não temos como consertar depois’, né? Então qualquer falha, qualquer erro e outra, igual ele fala”. Qualquer coisa que acontece num velório, aquilo vai ser lembrado para o resto da família o resto da vida’. O resto da vida, a família vai dizer ‘Não’. Por que que a gente faz tanato em todos os corpos? ‘Tanato’ é um procedimento que não é barato. Mas por que que é feito em todos os corpos, inclusive as doações? Porque imagina você em um velório de uma pessoa carente. Você está velando lá [nome omitido] ou numa igreja. Chega lá e você vê um corpo vazando. O que que vai vir na tua mente? ‘Foi a [nome omitido] que preparou isso aí? Nessa situação? ... Rapaz, eu tenho esse plano aí e se acontecer isso com alguém da minha família?’ (EP)

Se o cadáver é considerado poluente e perigoso para quem tem contato com ele – e o discurso sanitarista atesta que o cadáver seria vetor de transmissão de doenças através dos germes e da matéria putrefeita que ele libera (TELAROLLI JÚNIOR, 1996) – esses medos de contágio são aproveitados pelos profissionais mortuários para ganhar um grande controle sobre seus clientes e popularizar a tanatopraxia [*embalming*] (CAHILL, 1995). “Fora dos círculos médicos”, escreve Jessica Mitford (1963, p. 56), “pessoas razoavelmente cultas e sofisticadas tomam como certo não só que o embalsamamento é feito por motivos de saneamento, mas que ele é exigido por lei”. O discurso parece funcionar como *verdadeiro*<sup>100</sup>. Do seu lado, os donos dos laboratórios não costumam hesitar em aplicar a tanatopraxia a qualquer corpo exibido em velório (TROMPETTE e LEMONNIER, 2007). Esse é o caso de um empresário do setor no Brasil, para quem a tanatopraxia seria uma “higienização profunda” com a finalidade técnica de “apagar a face feia da morte” (ADISSI, 2010, p. 53 – 54). A dimensão da higiene possibilitaria humanizar o cadáver, ou conforme suas próprias palavras: “O grande benefício da tanatopraxia é a *humanização*. Não apenas na desinfecção do corpo, na assepsia, como ainda mais no cuidado com a *memória que vai ficar do falecido*” (Ibid., p. 53, grifos

---

<sup>100</sup> Para Jessica Mitford (1963), o embalsamamento não protege do contágio de doenças. Se há poucos casos de contaminação é porque um cadáver oferece pouco risco: ele “não excreta, inala, exala ou transpira” como um doente (Ibid., p. 57) e porque cada vez mais as pessoas morrem de doenças crônicas não transmissíveis. Para doenças transmissíveis, a solução mais eficaz seria o saneamento e o planejamento urbano e não expor os trabalhadores a elas. No nível ambiental, recentemente, um cemitério de Ohio encontrou perigosos níveis de arsênio e outros metais pesados associados com vários fluidos de embalsamamento, bem como materiais de caixão (CREELY, 2004). O autor sugere que o uso de químicos conservantes torna o cadáver (por natureza, não-tóxico) em um resíduo perigoso para o meio-ambiente, contaminando o solo, os lençóis freáticos, etc.

meus). Como há muito, a suposta eficácia sanitária da conservação cadavérica vem sendo criticada<sup>101</sup>, o que deixa subentendido que as justificativas da necessidade da conservação cadavérica seriam de ordem econômica, sentimental e espiritual; e muito menos de ordem sanitária ou jurídica.

Podemos dizer que essa foi uma importante solução do negócio funerário para incentivar no público um reconhecimento social aos serviços do setor mortuário, especialmente quando eles são acusados continuamente do contrário (CAHILL, 1995). Se por um lado as “despesas de um funeral são de natureza tal que não podem ser dramatizadas” porque podem desagradar os clientes; por outro, eles não podem simplesmente “pedir muito pelo seu produto extremamente visível” (GOFFMAN, 1959, p. 38), como encarecer o caixão simplesmente mudando o nome para “urna funerária”, sem se tornarem vulneráveis às acusações de lucro (CAHILL, 1995). Nesse sentido, um recurso adicional já não se encontra na medicina, mas no referencial teórico da terapia de luto. Aqui, os agentes mortuários insinuam que a preservação temporária dos tecidos humanos protegeria os clientes de uma dor mais intensa, além dos perigos ligados ao corpo em decomposição (HOWARTH, 1996). Vejamos o que nos foi dito sobre esta função terapêutica da tanatopraxia como mais um benefício aos vivos:

As pessoas tinham medo de ir em velório: os algodões aparecendo, corpo vazando, aquela coisa toda... Hoje não, hoje você não vê isso... A partir do momento que o corpo é tratado, ele fica menos perigoso, porque nós brasileiros temos o hábito de demonstrar aquilo que a gente sente tocando (...). As pessoas põem muito a mão, pegam muito e beijam muito. Às vezes a gente vai muito em velório que a boca abriu e o olho abriu, aí você tem que ir lá e refazer o trabalho de novo... (E16).

Isso nos aproxima da antropologia de Robert Hertz (1907), para quem as emoções poderiam ser estudadas como fatos sociais. Nestes termos, os rituais funerários funcionariam para organizar e orquestrar emoções “espontâneas” ou privadas, como é o caso do choro, na circunstância de: “uma emoção que vem incontável e de dentro, conforme supomos, mas [que é] algo ordenado, orquestrado e certamente ‘puxado’ pela sociedade, de fora para dentro; obrigatoriamente” (DAMATTA, 1997, p. 139). Hertz (1907) acreditava que a intensidade da

---

<sup>101</sup> A fim de evitar confusões, recente do governo de Minas Gerais passou a exigir dos estabelecimentos mortuários que afixassem uma placa em local visível com os dizeres “Os procedimentos de maquiagem e conservação do corpo, conhecidos como tanatopraxia, não são obrigatórios”. (item 4.2.14. da Resolução SES nº 4798/15). Ainda segundo a nossa legislação, o único imperativo legal que obriga a prática de conservação é em caso de transporte do cadáver para longas distâncias, se este transporte estender para além de vinte quatro horas de falecimento (cf. ANVISA, Resolução RDC nº 147 art. 7º, inciso II e III; SILVA, 2000).

dor de um indivíduo ou de um grupo resultava de uma fórmula socialmente construída, ao invés de uma emoção natural ou inata. Assim, segundo a fórmula das sociedades tradicionais que ele pesquisou, haveria modos de distribuir e redistribuir a intensidade da dor e do sofrimento, o que explica, por exemplo, o porquê do luto das crianças ou dos estranhos era superficial, mas não o luto dos adultos ativos e saudáveis (Ibid.).

A abordagem antropológica nos faz querer analisar melhor o argumento da função terapêutica do trabalho de tanatopraxia na literatura do luto. Não podemos esquecer que no contexto do Esclarecimento, entendido como um momento de esforços humanos instrumentais de domínio da natureza, “um ethos médico, legal e (posteriormente) terapêutico gradualmente substituiu a religião como autoridade moral” (TIMMERMANS, 2006, p. 11). Tomemos por exemplo o trabalho de James Worden, autor que destaca a importância de ver o corpo como uma forma de “tornar real o fato da perda” (Ibid., 2009, p. 118), deixando subentendido a necessidade de um foco material no processo de luto (HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). Considerando que as pessoas enlutadas continuam emocionalmente ligadas ao corpo do seu ente querido, a presença do corpo contém de alguma forma a “verdade” sobre a morte e a sua ausência pode trazer “uma certa sensação de irrealidade”; uma sensação de que a morte “não aconteceu realmente” (WORDEN, 2009, p. 90). Para o autor, a “morte” seria o produto conseguido após as “tarefas” do “trabalho de luto” tiverem sido realizadas com sucesso. A primeira dessas tarefas seria a necessidade de “enfrentar plenamente a realidade de que a pessoa está morta, de que a pessoa se foi e não retornará” (Ibid., p. 39). Sem este trabalho, a morte perde sua “realidade”, e o luto não se sucede. Tudo isso leva a crer que é o encontro com o cadáver que provê à pessoa a evidência categórica do término da vida de alguém e torna o luto mais fácil.

Num sentido mais amplo, tal afirmação nos faz considerar a ideia de que o surgimento do “cadáver” não coincide com a morte “biológica”, ainda que o conjunto de mudanças orgânicas, como o fim das funções corporais, integrem a ocorrência da morte (HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). Em consequência disso, poderíamos dizer que a tanatopraxia estaria ajudando a produzir o cadáver e os enlutados no velório, em semelhança às práticas hospitalares que “mortificam” doentes terminais, tal como foi estudado por David

Sudnow (1967)<sup>102</sup>. No presente, o entrevistado a seguir subentende que ele está contribuindo para a (re)socialização da morte, um discurso que parece ecoar a construção de um “estilo” de morte (i.e. boa, digna, legítima ou desejável) pelos profissionais de saúde ligados aos cuidados paliativos nas últimas décadas (cf. MEMMI, 2003). Nesses casos, há uma especial dificuldade dos corpos que passaram por tratamentos terminais prolongados em hospitais, que receberam muito soro, uma mudança no tratamento médico que traz consequências ao trabalho no tanatário:

Geralmente quando a pessoa fica internada por muito tempo, ela recebe soro e muito líquido, então o corpo costuma inchar... A fisionomia do cara nunca é totalmente diferente... o familiar também fica desgastado com isso... Quando a pessoa falece, o cara fica pensando: ‘poxa, meu pai era tão bonito, era tão magro. olha como é que ele está inchado...’. Então, na hora que esse falecido chega lá na funerária, o pessoal faz uma técnica para que esse líquido saia do corpo e a pessoa volte ao normal... ou então teve um infarto e a pessoa fica toda roxa por causa do sangue... Aí o filho chega e vê um pai ou uma mãe todo roxo, que cena chocante para o cara, ele já fica até com medo: ‘pô, meu pai está assim?’. Mas na hora que chega no velório, a fisionomia da pessoa é outra, parece que está normal (E91).

Apoiados no alcance de diferentes recursos teóricos (discurso médico, psicologia, sociologia), esses profissionais estariam ajudando a produzir um novo roteiro de “boa morte”, que considera muito mais o significado pessoal que a etiqueta social (DÉCHAUX, 2000). Nesse novo regime de enlutamento, de “proximidade” [*intimisation*] da morte (Ibid.), de conforto psicológico aos enlutados, o tanatopraxista se torna artesão e mediador de um encontro obrigatório com o cadáver, por possibilitar um contato significativo e prolongado com o corpo, sem a ansiedade de presenciar a decomposição (TROMPETTE e LEMONNIER, 2007). Tudo isso está intimamente ligado ao nosso entendimento deste tipo de corpo:

Enquanto as ciências biomédicas transformaram o corpo morto em evidência forense (...) e uma mercadoria (...) no caminho da imortalidade, o cadáver permanece três coisas: (1) um meio universal de conexão entre os mortos e os vivos (...); (2) um corpo a ser concedido privacidade e respeito; e (3) a forma mais poluída do corpo, algo para negar, disfarçar e esconder (FOLTYN, 2008, p. 101).

---

<sup>102</sup> David Sudnow investigou os cuidados das equipes de saúde aos moribundos, as formas de informar a morte aos familiares e como o óbito afetava a organização social do hospital. O autor categorizou a ‘morte social’, que precede a morte biológica, quando a equipe interagia com o doente – ainda vivo – como se já fosse um cadáver. Na introdução do livro, o autor escreveu o seguinte: “As práticas de inspeção, exame, disposição, anúncio, pronunciamento, remoção, encobrimento, etc., que eu explorarei a seguir, comprometem coletivamente o que poderia ser chamado de atividade “parental”: “preparar uma pessoa morta ou moribunda”. Minha ênfase é sobre a “produção de moribundos e da morte” (...) e sobre a “produção de uma pessoa enlutada” (SUDNOW, 1967, p. 8).



Mas se do lado da oferta, como vimos, constrói-se um “estilo de bem morrer”, do lado da demanda, a ausência de objeção da família tem sido caracterizada como permissão para realizar o serviço (PARSONS, 1999). Em geral, eles estão vulneráveis e confusos, são facilmente intimidados pela menor menção à decomposição e, por isso, estão dispostos a renunciar se desfazer dos mortos em prol dos profissionais equipados, em áreas de bastidores [*backstage*] especialmente concebidas (HOCKEY, 1996). Outra razão pela qual os enlutados assentam isso é porque eles estão no processo de desprendimento do cadáver, afastando-se do corpo em decomposição para a alma do falecido (HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). Para os autores, imaginar uma alma independente do corpo é o que permite os parentes aflitos desenvolver uma relação fantasmagórica com os seus mortos na esfera privada. No velório, os enlutados vivem numa realidade suspensa: eles prestam respeito a uma pessoa querida e sabem que o que eles podem ver e tocar é um cadáver (O’NEILL, 2008). Uma representação visual do falecido bem-feita pode ajudar a explicar porque alguns clientes expressam admiração pela capacidade restauradora desta técnica e pela habilidade dos preparadores que a executam. Mas ainda que a tanatopraxia esteja se tornando uma prática bastante comum, devemos considerar que ela cresceu num ambiente religioso que a aceitou, o que nem sempre é o caso, se tomamos como exemplo a comunidade judaica da cidade:

Na verdade, nós não fazemos tanatopraxia. Nós temos todo um ritual judaico em que é feito uma lavagem no corpo por voluntários nossos da comunidade os judeus. Esse corpo é recolhido do cemitério, e a gente tenta evitar que se faça qualquer tipo de verificação no instituto médico legal, de abrir corpo tirar órgãos, etc. Porque a ideia dentro do judaísmo é que o corpo retorne à terra com tudo que veio para esse mundo... *Então a gente tenta evitar autopsias e esses tipos de coisa, se possível obviamente, pois a gente não infringe a lei em nenhum momento* (E89, grifo meu).

Mas à parte de algumas restrições religiosas, é importante notar que o cadáver se torna poluente num momento da história em que a saúde pública e a patologia conseguiram ligar a doença, a higiene e os corpos em decomposição. Como vimos, a percepção estatal do cadáver como uma ameaça para a saúde pública e dos vivos como uma ameaça de vilipêndio do falecido reforça a necessidade dos laboratórios de tanatopraxia. Assim, o cadáver é entregue pelas famílias enlutadas às operadoras funerárias, que por sua vez contratam os tanatórios, caso elas não possuam os seus próprios. Sendo terceirizados ou não, os profissionais que ali trabalham assumem a custódia do cadáver para realizar o trabalho de dominar temporariamente o processo natural de decomposição, tendo suas decisões sujeitadas às leis

da saúde pública. Vejamos mais de perto um dos órgãos que faz funcionar essa legislação que determina onde e como deve ser feito o saneamento adequado do cadáver: a vigilância sanitária.

### 4.3 – Os poderes das polícias municipais

A exemplo de Belo Horizonte, as atividades dos necrotérios estão sujeitas aos órgãos da vigilância sanitária municipal, que possuem um *poder de polícia* para examinar se as exigências da norma técnica estão sendo cumpridas. Importante conceito do direito administrativo, o *poder de polícia* é entendido como “uma potencialidade própria da autoridade pública, com vistas à preservação da ordem” (SILVA, 2000, p. 432). Segundo Hely Lopes Meirelles (2016, p. 157), a finalidade desse poder seria a proteção do interesse público no seu sentido mais amplo – a moral e os bons costumes, a preservação da saúde pública, etc. “Desde que ocorra um interesse público relevante”, escreve a administrativista, “justifica-se o exercício do poder de polícia da Administração para a contenção de atividades particulares antissociais”. Para Justino Silva (2000, p. 437), dentre as várias espécies de polícia, há a *polícia mortuária*. Fundada como parte da polícia de salubridade, e tendo em vista “os perigos provenientes dos cadáveres humanos”, a polícia mortuária seria uma capacidade da Administração Pública “para condicionar e restringir o uso e gozo de bens, ações ou atividades de direitos individuais *relacionados com os mortos*, em benefício da coletividade” (SILVA, 2000, p. 437, grifos meus). Em resumo, é um poder capacitado para solucionar todos os problemas que surgem na relação entre vivos e cadáveres. O autor escreve quais seriam as competências desse poder:

Diz respeito ao poder de polícia funerária do município, a realização de inumações (...), serviços de pompas fúnebres (...); das exumações; das cremações (...); das translações dos corpos; bem como a construção, ordem e higiene dos cemitérios e sepulturas (...). A questão da salubridade pública é de interesse de todos, razão pela qual tanto as autoridades municipais, a polícia de segurança do Estado e a própria Justiça têm o mais alto interesse em resolver a série imensa de problemas que os cadáveres suscitam. Com frequência surgem questões envolvendo a posse de cadáveres, controvérsias sobre modo e local de sepultamento, além daquelas relacionadas à disposição de órgãos para realização de transplantes (SILVA, 2000, p. 438).

Um dos diversos temas relacionados à polícia mortuária é a conservação de cadáveres– no que pese à salubridade, higienização e dignidade deles (Ibid.). Através da atuação dessa polícia, podemos ver como o poder poluidor do cadáver pode ser aproveitado para gerar

controle e autoridade (BRADBURY, 1999). Aos moldes de Belo Horizonte, pelo menos no papel, esse *poder de polícia* estabeleceu uma punição para cada “desvio”, “irregularidade”, “ilegalidade”; para cada situação considerada inadequada ou fora da regra, do estabelecimento ou dos seus funcionários. Havendo vilipêndio de cadáver e sendo constatado que a empresa foi omissa, negligente ou imprudente, esta poderá ser punida civilmente por dano moral; enquanto o funcionário poderá ser punido criminalmente (cf. Lei 10.406/2002; Lei 2.848/1940). Além disso, os municípios estabelecem uma série de *infrações sanitárias* e suas penas correspondentes – advertência, interdição do estabelecimento, cancelamento do Alvará de Autorização Sanitária e/ou multa (art. 97, Lei 7031/96). Repara-se aqui a intensificação das ações públicas como vetor na normalização de processos e equipamentos – ferramentas, dispositivos e espaços (TROMPETTE e LEMONNIER, 2007). Isso coaduna com três observações feitas em entrevistas, uma sobre os dispositivos e outra sobre as ferramentas:

Nós temos os médicos que respondem pelo setor de preparação de corpos... Eles que movimentam aquilo tudo... A funerária é obrigada a ter um médico responsável, mas como é plantão de vinte e quatro horas, nós temos dois médicos... Eles são registrados na ANVISA, no Conselho Regional de Medicina como responsáveis técnicos, e estão afixados no nosso quadro também... o trabalho deles é acompanhar e verificar constantemente os tratamentos que a gente faz nos corpos, preencher e assinar as atas, despachar os corpos para viagem nacional e internacional... para que não tenha problema (E19).

Nós temos oito *Sprinters*... Elas têm que atender também a vigilância sanitária. Elas têm que ter uma base de aço inox, as paredes internas não podem ter material poroso... Então tem que ser de alumínio, de aço ou de PVC... São exigências que a ANVISA nos faz e nós temos que atender (E3).

Para você arrumar uma licença, tem que ter um laboratório com todas as exigências mesmo... As caixas de tratamento de resíduo, o próprio laboratório tem que ser todo revestido com louças, as mesas... É um local aonde tem uma exigência como se fosse um local de fazer alimento, tem que ser bem limpo e ter toda a estrutura, como se fosse um laboratório de remédio mesmo (E1).

Talvez Armstrong (2002) não acharia esse fato estranho, uma vez que o autor mostra como as autoridades sanitárias europeias do século XIX resolveram o problema de como desfazer de corpos sem vida e rejunta os domínios do corpo e da natureza que eles ajudaram a separar. O seu argumento é o de que, se no domínio da Igreja, o corpo fosse despejado na terra com indiferença; quando esse despejo passou a ser considerado um perigo para saúde pública, a ciência sanitária, que havia se empenhado em separar o espaço anatômico e o geográfico dos indivíduos em vida, precisou se esforçar para regular de perto como esses dois espaços se

reconciliavam quando essa vida terminava. Ou como ele mesmo escreve: “Poderia haver poucos objetos mais perigosos para a saúde da população do que o cadáver em decomposição e até que ele fizesse a transição de volta à natureza, até que se afastasse do mundo do espaço corporal ao qual uma vez pertenceu, as autoridades sanitárias e o público tiveram que estar sempre vigilantes” (ARMSTRONG, 2002, p. 21).

Se, operacionalmente, os profissionais da indústria mortuária realizam a transição do corpo morto para a natureza; cabe às autoridades sanitárias verificar se essa transição segue o que determina a higiene pública. “Todo ano a gente entra com pedido de alvará de funcionamento e de vigilância sanitária lá no posto PSIU” (E3). Dotados de autoridade, os fiscais agem sobre como os laboratórios se organizam: “hoje você tem a vigilância sanitária exigindo muita coisa. Ela nunca diz que você está excelente. Você tem que estar sempre adequando” (E16). Ainda que a entrevistada tenha personificado o órgão fiscalizador, ela deixa subentendida a atividade de seus agentes. Segundo o texto seminal de Michael Lipsky (2010), esses agentes podem ser chamados de “burocratas ao nível da rua” [*street-level bureaucrats*], se considerarmos que eles são “trabalhadores do serviço público que interagem diretamente com os cidadãos no curso de seus trabalhos e que têm critério substancial na execução do serviço que desempenha” (p. XII). No dia a dia, esta é a burocracia estatal responsável pela aplicação das políticas públicas, a mesma que dispõe a seus agentes da base considerável discricionariedade para aplicar regras e distribuir sanções entre os demais cidadãos, a despeito de terem pouca autoridade formal na hierarquia. Além disso, o trabalho deles incorpora o paradoxo de realizar estritamente os objetivos originados no processo político, ao mesmo tempo que requer improvisação e *responsiveness* (o tratamento diferenciado para cada situação) (OLIVEIRA, 2013). Mas é talvez por essa dualidade que se permite alguns empresários utilizarem a fiscalização para obstaculizar o funcionamento de seus concorrentes:

a fiscalização, eu acho que ela deveria ser regular... Muitas das vezes eu recebo aqui na empresa um fiscal porque foi feito uma denúncia anônima... Mas eu acho que o fiscal perdeu o tempo dele vindo aqui, porque a denúncia foi infundada... Aí quem pagou ele foi eu, porque eu pago meus impostos... Eu acho que deveria acontecer é pegar os dados de quem está fazendo a denúncia, se o que ele falar for infundado, aí o processo vai é para cima de dele... E isso não acontece. Simplesmente, vem, constata que não tem nada, vai embora e fica por isso mesmo... Mas fiscalização permanente, não existe não (E2).

Em campo, percebemos que o rigor da lei e a discricionariedade dos agentes da Vigilância Sanitária fazem com que essas empresas criem estratégias para adquirir e/ou renovar anualmente o Alvará. A primeira opção é acatar as decisões dos fiscais, ainda que seja sabido que nem sempre os burocratas do nível da rua tenham os recursos necessários a uma tomada de decisão apropriada (OLIVEIRA, 2013). Segundo uma entrevistada, logo após da NTE que regula os tanatórios ter surgido, parecia que faltava aos fiscais da vigilância sanitária a informação sobre o funcionamento desses lugares, o que não raro levou a *decisões arbitrárias* na perspectiva dos funcionários dos laboratórios:

Na verdade, hoje eles [fiscais da vigilância sanitária] estão até melhor informados a respeito... porque houve época que às vezes eles mandavam você colocar alguma coisa num local para nada... Eles pediram para colocar na Santa Casa uma caixa d'água de mil litros vazia... Estava lá... Eu não sei se eles imaginavam que a gente dava banho nos corpos naquilo... Mas aquele troço ficou lá anos... um dia, eu falei: 'escuta aqui, pra que que é isso aqui? Porque esse trem está aqui à toa, há anos e anos, e nós não conseguimos utilizar isso...'. Aí o que que aconteceu? Ele falou que não pode tirar... (risos) (E16).

Mas, se considerarmos que essa exigência faz parte das orientações técnicas estatais a esses estabelecimentos<sup>103</sup>, pode ser que outra causa para a arbitrariedade da aplicação norma estaria também na natureza da lei que rege esses espaços. Isso nos foi colocado por outro entrevistado. Para ele, como a lei foi pensada para hospitais, ela seria inadequada às funerárias, considerando que elas são instituições com modos diferentes de funcionamento e que, por isso, precisariam de regras distintas de vigilância. A estratégia do legislador seria utilizar as regras já empregadas nos hospitais e, com o passar do tempo, realizar ajustes. Sabe-se que, no direito, uma lei *artificial* é insuficiente para organizar a vida da sociedade, por se tratar de uma mera criação teórica, sem vínculos com a experiência social (NADER, 2014). No caso em tela, subtende-se que ela possibilita as condutas irregulares dos fiscais. A norma também serviria para conformar as funerárias ao *modelo hospitalocêntrico* de saúde, pensado para espaços de depósito de corpos em que se reproduziria um tipo de saber (cf. AMARANTE, 2007; FOUCAULT, 1974). É o que nos diz um entrevistado:

Ainda não existe uma legislação própria para a funerária. Muitas das coisas que se tem hoje, que a gente segue, foi de que tentaram inserir normas de

---

<sup>103</sup> A exigência de um "reservatório de água potável" aparece no item I "c" do capítulo V da "Referência técnica para o funcionamento de estabelecimentos funerários e congêneres" da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2009).

hospital dentro da funerária. Funerária é totalmente atípico. Então o que que eles fizeram? Pegaram a norma e foram inserindo pequenos parágrafos para que fosse adaptado... E a partir daí, já que tem normas, tem que haver uma fiscalização para se aquela norma está sendo cumprida (RM).

Ao que parece pelos casos mostrados, os funcionários dos laboratórios e os fiscais da vigilância sanitária teriam concepções distintas do que seria um perigo para a saúde pública. Conforme as ideias de Mary Douglas que expomos acima, lembremos que sujo, antes mesmo de ser considerado orgânico e patogênico, é de ordem simbólica e classificatória. Com o tempo, a consequência do uso destas distinções é a reificação (naturalização) do próprio sistema de pensamento, algo que a autora comenta a seguir: “À medida que o tempo passa e que acumulamos experiências, investimos cada vez mais no nosso sistema de etiquetas. Tornamo-nos parciais, conservadores, o que nos dá confiança”. E quanto mais confiança temos em nossas suposições, continua a autora, mais provavelmente “ignoramos ou deformamos os factos incômodos que se recusam a conformar ao esquema, para que não venham perturbar as nossas ideias preconcebidas” (Ibid., p 31).

No episódio da caixa d’água, como em outros casos que envolvem a vigilância sanitária (cf. MINNAERT, FREITAS, 2010), os dois lados mostram diferentes modos de classificar a sujeira e a higiene. Na percepção dos fiscais, a ausência da caixa d’água vazia, objeto sem função prática segundo os funcionários do laboratório, interfere na ordem do ambiente e o torna sujo. Todavia, ainda que os símbolos e os sistemas de códigos sobre a higiene são objetos da realidade no mundo do trabalho dos fiscais de controle sanitário, na relação de policiamento que eles mantêm com o espaço dos laboratórios, devemos adicionar também o interesse de multar como uma forma pessoal de trabalho (cf. Ibid.). Sobre esse aspecto, há de se considerar a dimensão de *ilegalidade* de cada fiscal, que pode variar entre os polos da fidelidade estrita à letra da lei à avaliação do risco sanitário real. Essa hipótese ficou subentendida em uma das entrevistas:

Porque não adianta: se você não fizer da *forma adequada*, eles vêm e te multam, fecham... é aquela confusão para você ir lá pagar a multa, para reabrir... E aqui é um lugar que trabalha vinte e quatro horas... Você não tem tempo para isso... Nós temos contrato com o cliente e você tem que atender o cliente, né? Então é melhor você andar certinho... Às vezes, muda alguma coisa na norma: querem um armário aqui, querem um carrinho diferente ali, querem uma outra coisa ali... Então você tem que tá sempre adequando... Se a gente não faz, vai custar muito mais caro e então é preferível fazer... Tem umas alterações que eles querem – vai ter que quebrar parede, essa coisa toda -, então nós temos que fazer... (ME, grifos meus).

As mudanças na norma e a discricionariedade dos fiscais mostram a noção de sujeira como sendo uma ideia relativa, em que aparecem sempre novos elementos rejeitados no sistema ordenado pelo poder público. O cuidado com a norma deve ser constante, de modo a evitar na empresa qualquer equipamento físico ou prática que contradiga o sistema simbólico de sujeira utilizado pela administração pública. Isso inclui paredes mofadas, vidros quebrados, portas malconservadas ou itens faltosos do equipamento de proteção individual (EPI). Para não desafiar esses pressupostos, e também passar ao largo do excesso de formalismo, de documentação e do papelório necessários para a renovação do alvará; e arriscar fechar o negócio, uma estratégia foi pagar alguém na fiscalização, que está familiarizado com os rótulos de *sujeira* aplicado por esses órgãos, para prestar consultoria ou assistência técnica na estrutura física. Assim a separação do mundo dos vivos do mundo dos mortos não implica necessariamente a separação da *res publica* da *res privata*, pelo menos para alguns burocratas ao nível de rua:

Aí você precisa primeiro de projeto de tudo e *o projeto tem que ser feito por alguém da prefeitura*, senão não é aprovado... Porque, senão meu filho, é um rolo danado... Aquele trem demora... Aí vem: ‘o que que nós vamos fazer?’ Porque senão, você faz e depois você tem que desmanchar tudo e fazer de novo... é preferível você fazer com alguém que já sabe o que que é que tem que ser feito. Por isso a gente paga projetista da prefeitura... ele fala o que que é para fazer... a gente confirma com a vigilância: ‘- É isso?’, ‘- É’... então você vai lá e faz *dentro da norma*... Eles vêm, vistoriam e aprovam ou não aprovam. Mas se não aprovar, tem que fazer de novo (E16, grifo meu).

Estar dentro da norma permite aos negócios participarem de uma economia de serviços cujo foco é o corpo sem vida, porque é ele que possibilita o lucro. Caso contrário, o risco financeiro de ser interditado torna-se grande, prejudicando também os contratos e a renda das empresas parceiras que estão localizadas na capital e na região metropolitana. Com posse do alvará, a empresa comprova, pelo menos em tese, que aquele lugar não é um “laboratório de fundo de quintal” (E42) – que seus gestores não separaram claramente os vivos e os cadáveres, ou organizaram devidamente cada lado da fronteira – e que há menos chance de que eventos ambíguos e anômalos, ligados ao que é sujo e poluído, aconteçam. Em resumo, comprova a separação entre sujeira e sociedade. Importante notar que a própria entrevistada tem a sua noção do que seja *poluição* que, nesse caso, está localizada em seus concorrentes, que prestam um serviço de qualidade inferior ao seu:

Porque às vezes as pessoas trabalham sem documentação nenhuma, sem respaldo nenhum... Aí o que que acontece? A vigilância chega e multa... Aí

chega lá o laboratório não está dentro da norma, ele não está azulejado do piso ao teto, o funcionário está lá sem equipamento de segurança... Alguma coisa de errada tem... Aí ele lacra mesmo...Porque tem uns troços por aí... Se você for visitar alguns lugares, você vai ver coisas aí que você vai arrepiar. É porque é desorganizado demais, sabe? Sujo... Os funcionários não têm equipamento adequado para trabalhar aquela coisa toda, então, quando acontece de a vigilância ir num lugar desses, ela fecha mesmo.

A poluição que é encontrada nos outros mostra como o serviço que ali se presta é de qualidade superior e, por isso, mais caro. Mas se, em tese, essas empresas não deveriam estar funcionando, por que funcionam? Um entrevistado nos diz que há falta de pessoal na fiscalização e que o departamento prioriza os serviços de saúde sobre todos os demais. A baixa presença de fiscais permitiria que os laboratórios funcionem sem alvará, enquanto se utilizam do expediente do *protocolo*, isto é, "entrar com a documentação na prefeitura e ficar enrolando, dando propina aqui e ali, para poder segurar a onda" (S). O *protocolo* seria um pedido de autorização de funcionamento, mas que, por causa da demora dos departamentos municipais em liberar o alvará, acaba se tornando um expediente para as empresas funcionarem. A expectativa é que a fiscalização não apareça e que o prejuízo da multa seja menor que deixar de funcionar. Essas empresas não trabalhariam "da porta para dentro", ou, como veremos, nos bastidores; preocupadas exclusivamente com as etapas de preparo do cadáver para o funeral, pois elas precisariam também gerenciar as propinas, adiando as multas da PBH e as ordens de fechamento. O ato infracional de *corrupção*<sup>104</sup> seria um dos instrumentos da gestão do negócio, pois contabilmente ele diminui os custos – gastos com reformas para renovar o alvará e impostos recolhidos pelo fisco de empresas legalizadas –, o que permite baratear o serviço e torná-lo mais atraente, inclusive para os clientes da concorrência.

---

<sup>104</sup> Por corrupção, entendemos "a relação social (de caráter pessoal, extramercado e ilegal) que se estabelece entre dois agentes ou dois grupos de agentes (corruptos e corruptores), cujo objetivo é a transferência de renda dentro da sociedade ou do fundo público para a realização de fins estritamente privados. Tal relação envolve a troca de favores entre os grupos de agentes e geralmente a remuneração dos corruptos ocorre com o uso de propina ou de qualquer tipo de *pay-off*, prêmio ou recompensa" (CGU, 2009, p. 60).



#### 4.4 – As relações entre trabalhadores estigmatizados e as famílias

As causas do recolhimento do cadáver para os laboratórios vão além da compreensão de que este *corpo* seja somente um perigo para a saúde pública. Ainda que as pessoas transfiram o cuidado de seus falecidos a empreendimentos privados devido a um poder aterrador da decomposição (“cientificizado” pelo discurso sanitarista), este argumento é insuficiente. Assim, do que foi dito, há de considerar outros aspectos do processo, que só são abordados quando nos atentamos ao grupo familiar. Primeiro porque, segundo o nosso Código Penal (cf. Lei nº 2.848/40)<sup>105</sup>, a família tem o desejo e o direito de sepultar os seus mortos da maneira que melhor represente o apreço e a consideração à memória do falecido (SOUZA e BOTELHO, 1999). Em segundo, é devido ao ativismo da família no processo de enterro (BRADBURY, 1999), ainda que ela tenha uma importância diminuída no velório desde a especialização do negócio funerário. Diminuída, mas não anulada, conforme ouvimos numa entrevista:

A funerária faz a contratação do serviço que é encaminhado para o laboratório e lá é feita toda parte de higienização. É barba, maquiagem, unha... tudo de acordo com a solicitação da família... ‘quero que faça a barba e deixe o bigode, eu quero que põe o cabelo pra frente, eu quero que passa esmalte na minha mãe, eu quero que faça uma maquiagem, mas quero uma coisa bem leve, eu quero que põe o batom’, entendeu? E então pronto, logo o atendente vai fazer a conferência para ver se está de acordo com o que foi combinado com a família. Essa é a conferência para ver se a urna que foi vendida é aquela que está o corpo, ... É tipo um “controle de qualidade” para autorizar esse corpo sair para o velório (FM).

De qualquer maneira, é por interesse exclusivo das famílias que se aplicam processos de conservação e restauração que revelem um estado de bem-estar naquele corpo. Ao morrer, o vigor do corpo se desfaz, a pele converte-se em flácida e descolorida, o cabelo fica frágil, os membros enrijecem e a deterioração se acelera conforme a decomposição afeta os órgãos e tecidos (HOWARTH, 1996). Operacionalmente, para que o cadáver seja visto, a sua decomposição é refreada ao se apropriar de todo o sistema circulatório humano para substituir os fluídos corporais pelo composto químico (ROACH, 2003). As características humanas associadas à vitalidade também são reconstituídas temporariamente: as feridas são limpas,

---

<sup>105</sup> A legislação protege o sentimento de respeito aos mortos previstos no Código Penal Brasileiro, no Título V que trata “Dos Crimes Contra o Sentimento Religioso e Contra o Respeito aos Mortos”, sobretudo nos artigos 209 a 212.

fechadas e escondidas; a descoloração é eliminada com transfusões de formol e corante<sup>106</sup>; expressões faciais que indicam trauma são suavizadas, olhos fechados, lábios selados; a chance de o corpo exalar cheiros é eliminada. Um técnico nos deu mais detalhes deste procedimento:

Antigamente se colocava formol, né? hoje ele foi substituído pelo [fluido] cavitário e arterial... porque esse através da veias deixa a pessoa com cor natural... Hoje você não vê o corpo com algodão no nariz... Não vê mais nada disso... ele é que mantém a conservação do corpo... O produto só existe verde e vermelho, para saber o que que é o cavitário e o que que é o arterial... A cor vem da infusão dele no sangue na veia... No caso de corpo necropsiado do IML, aí tem que fazer injeções na barriga porque está aberto... Isso é feito numa mesa especial... Acabou esse procedimento já dá o banho e veste e sai de lá pronto (FM).

Pertencente a este conjunto de práticas, temos as diferentes técnicas de reparação facial que se utilizam em casos de morte violenta (tiro no rosto, acidente, afogamento, etc.): “o cara morreu por estrangulamento, está com a cara azul, você pode tentar mudar um pouco a cor dele, colocando um fluido arterial ou senão passar uma máscara base, para tentar decorar (...) porque depois que morre é muito difícil mudar a expressão da pessoa” (E3). Dessa maneira, o principal desafio seria a justa aplicação do líquido de embalsamento, para que o corpo não adquira um estado demasiadamente irrealista (MITFORD, 1963). É assim que o laboratório oferece à família um corpo reconciliado com a sua própria imagem, antes da doença ou da violência lhe acometer (TROMPETTE e LAMOUNIER, 2007). O restabelecimento dos limites do corpo traria benefícios terapêuticos para os vivos, uma vantagem que pode ser vista a seguir:

É um procedimento que muda a aparência do corpo, porque a pessoa que está internada, quando ela chega aqui, ela está muito debilitada. Então a gente mostra o corpo numa *posição de sono* de tranquilidade para a família. *É claro que a gente sabe que isso aí não tira a dor de ninguém, mas pelo menos ameniza.* É melhor que você ver aqueles algodões aparecendo. (...) Às vezes o corpo tá muito inchado, que é por muito encharcamento de soro, que é feito no hospital pra manter pressão... ela tem muita retenção de líquido... então aqui é feito um trabalho de drenagem pra dar uma condição melhor de velório pra essa pessoa... Porque às vezes a pessoa fica *deformada* de tão inchada, que não tem como a família ver... Então a família *assusta* com

---

<sup>106</sup> Em Belo Horizonte, cada laboratório compra de um médico especialista a fórmula para produzir as suas próprias substâncias conservantes. Há várias fórmulas disponíveis para esse fim que o médico poderia basear a sua invenção (cf. BRENNER, 2014). Em comum, essas fórmulas são à base de formol e têm adicionadas um corante vermelho, que dará ao corpo sem sangue uma aparência natural. O processo de produção permanece no nível artesanal, sem termos encontrado a presença de empresas de químicos em somatoconservação que atuam em outros estados (Tanatus, Laboratório São Carlos).

aquilo que ela vê... Não tem nada a ver com aquela pessoa que ela conviveu com ela uma vida inteira, né? Então aquilo que a gente faz é trazer de volta – pelo menos próxima – a *aparência natural* da pessoa que ela tinha antes de ir a óbito (ME, grifos meus).

Pela fala, vemos que o objetivo da técnica é conservar *esteticamente* o corpo, o que torna “a aparência natural” num bem simbólico a ser comercializado (TROMPETTE e LEMONNIER, 2007). O corpo é apresentado em “posição de sono” que é o modelo-padrão do negócio mortuário para normalizar a presença do morto diante dos vivos, por situá-lo nas fronteiras da morte e da vida (BARLEY, 1983). No nível simbólico, segue Barley, as práticas de conservação cadavérica funcionam como as *figuras de linguagem* (metonímia, metáfora e oposição). Por meio da *metáfora*, aproximam-se os sinais cadavéricos (olhos arregalados, boca fechada, ausência de respiração) de expressões de sono sereno. Através da *metonímia* justapõe-se, por um lado, os signos de sono que se pode simular e, por outro lado, ocultam-se os signos do sono indissimuláveis (respiração, movimento dos olhos, etc.), acobertando as expressões antagônicas ao sono de um “cadáver deitado”. Assim, muda-se o cadáver de um domínio semântico (morte) para um outro (sono) e sugere-se a semelhança destes opostos (BARLEY, 1983). Para ele, as *funeral homes* tendem a controlar tanto os enlutados quanto o corpo.

De acordo com Ariès (1977), aquele a que se visita num velório, que seria “um quase vivo que *morticians* maquiaram e arrumaram para que continuasse dando a ilusão de vida”, respeita o interdito que pesa hoje sobre a morte (Ibid., p. 273, grifo do autor). O autor questiona o modelo de sociedade que supostamente “encontrou fórmulas que respondiam às inquietudes dos homens de hoje e que conseguiam apaziguá-los”. De fato, este modelo pertence a um tipo de coletividade que vem produzindo “meios eficazes para se proteger das tragédias quotidianas da morte, a fim de ficar livre para prosseguir em suas tarefas sem emoções nem obstáculos” (Ibid., ibid.)

Mas retornemos aos aspectos do ativismo familiar em relação à sobrevivência dos negócios. Como ocorrido nos tanatórios de Belo Horizonte, as famílias nos apareceram como uma constante ameaça de processar judicialmente a empresa e seus funcionários em defesa da memória do morto. Segundo as entrevistas, como a manifestação de pesar deles pela morte do parente é impossível de prever, podendo variar desde a maior gratidão (com presentes,

dinheiro, cartões de agradecimento, etc.)<sup>107</sup> à maior hostilidade, compreender o que acontece com os enlutados neste momento é inevitável para os empregados, mesmo que seja para reduzir o sofrimento no trabalho quando houver ocorrências de agressividade. Um entrevistado que tratava do bem-estar de seus subordinados no ambiente de trabalho nos contextualizou do seguinte:

O meu funcionário não pode trazer o problema de casa dele para cá... porque as pessoas que tão sepultando ali, estão com aquela carga emocional pesada. Ele tem que receber aquela carga e saber *ser invisível e imparcial*... Já aconteceu de insultarem meu funcionário, chamarem ele de "papa defunto"... Ele não é um "papa defunto", ele está fazendo o seu trabalho. Mas ele tem que assimilar aquilo, entender que a pessoa está num momento muito difícil. Às vezes a pessoa chega aqui para ser atendida e uma informação que meu atendente dá, ele já briga e quer bater porque ele já tem toda uma burocracia para se resolver, fora a questão emocional... Aí, chegam aqui e descarregam nele... Alguns até depois voltam e pedem desculpas... Então, nós temos que ter a preocupação com esse funcionário... (E94, grifo meu).

O entrevistado se referia aos funcionários dos cemitérios públicos, pessoas que em muitos casos são enviadas para lá como forma de punição administrativa: “o funcionário que deu problema lá na prefeitura e não estava dando certo em lugar nenhum, eles mandavam para o cemitério porque eles acreditavam que lá não tinha preocupação, que era só para enterrar” (E94). Mas o descaso com os funcionários parece estar mudando também na esfera privada, pelo menos no discurso. Acontece que criar espaços de empatia às famílias começou a se tornar um problema para alguns gestores de funerárias, que se propuseram a criar serviços que se estendem após o término dos rituais:

Sabemos que a morte é burocrática, morrer é complicado sob os mais diversos aspectos. Os familiares desejam que o corpo da pessoa falecida receba novamente, através de nosso trabalho, a dignidade que a doença tirou. Buscam, ainda, lugar adequado para o ritual de velório, além de todas as outras providências necessárias para os atos de sepultamento ou cremação (...). *Nós precisamos formar pessoas e propiciar espaços autorizados onde as famílias que atendemos sejam acolhidas, respeitadas e cuidadas em sua dor* (FIDELIS, 2010, p. 16).

Em campo, achamos interessante que, para explicar os casos de clientes que se irritam facilmente com o serviço, muitos dos entrevistados usavam a referência dos estágios do *luto*

---

<sup>107</sup> Ouvimos de um entrevistado uma situação de gratidão de seus clientes: “tem muitas pessoas passam aqui e falam ‘eu vim fazer uma visita, tudo bem?’ Elas se tornaram amigas nossas devido ao serviço que nós fazemos... ao apoio de uma palavra amiga nessas horas” (RB).

desenvolvidos por Elizabeth Kubler-Ross (2005), teoria que alguns deles aprenderam no treinamento da empresa ou por conta própria. Para a referida autora, que estudou a reação de pessoas em situação de enfermidade grave ou em estágio terminal, a elaboração da morte possuiria um momento de raiva, momento que foi ajustado para a realidade do trabalho mortuário. Conforme uma apostila a que tivemos acesso, o estágio acontece quando os enlutados externam seus sentimentos coléricos com o intuito de aliviar o sofrimento intenso e a revolta pela perda, além de procurar por culpados e respostas a questionamentos, tal como: “Por que ele?”. Assim, se no ambiente hospitalar, parentes e funcionários vivenciavam a irritabilidade desses pacientes, em virtude de “esta raiva se propagar em todas as direções e projetar-se no ambiente, muitas vezes sem razão plausível” (Ibid., p. 56), no atendimento do laboratório:

Elas já começam a brigar por tudo... às vezes pela morte da pessoa porque você era o irmão que cuidava não cuidou direito... Tem que culpar alguém porque tem gente que não consegue aceitar a perda de uma forma mais natural então ele precisa de um culpado... Então ele culpa qualquer um quando vem aqui ver.... Antes de preparar, brigam com a gente e xingam: “você cuida direito porque isso aí é o meu pai, é a minha mãe!” E falam muita coisa... Já falaram para mim numa época em que eu fui arrumar uma senhora, e a filha adotiva dela virou e falou assim: “você cuida da minha mãe direito porque ela não era filha de chocadeira!” Teve uma senhora também que olhou para mim e falou: “eu tenho nojo de você!” (E16).

A fala indica alguns dados interessantes. Em primeiro lugar, os falecidos continuam com uma presença social profunda e vigorosa sobre os familiares e amigos, ainda que lhe faltem um corpo vivo. Para Hallam, Hockey e Howarth (1999), essa forma de agência social desencarnada manifesta-se de diversas maneiras: mártires, personalidades ilustres, ancestrais, uma referência de arquivo, um cadáver no funeral ou a “voz” de uma clarividente. Em segundo lugar, expressa a materialidade do cadáver em que pesa o seu caráter *ambivalente*, em que pesa ele ser, ao mesmo tempo, matéria em putrefação a ser evitada e alguém a ser cuidado (BRADBURY, 1999). No caso em tela, essa ambivalência se associa à desconfiança dos enlutados de que a pessoa querida seja tratada indevidamente pelos funcionários do laboratório. Em terceiro lugar, evidencia-se o fato de haver xingamentos a funcionários que trabalham nas áreas de serviço, que é onde no setor mortuário se *vivencia a morte* de fato (ZAPATA, 2008). Uma vivência da morte que, diga-se de passagem, caracteriza o cotidiano do trabalho desses setores e, inclusive, assusta alguns dos candidatos às vagas de emprego:

As pessoas para trabalhar com a área tem que ter afinidade, se não tiver não dá. Porque tem que ter afinidade na parte operacional, senão você não aguenta... você fica manuseado corpo o tempo inteiro. É por isso que a gente anda preocupado em não ter problema psicológico com esse pessoal (E3).

Eu já tive uma pessoa aqui pra pedir a função de motorista, que ele achava que é só dirigir, manter o carro limpo, andar bem vestido, ser o cartão de visita... mas na hora que você explica que o motorista de funerária tem que pegar no corpo do cara que morreu e está na casa, no hospital, no médico, não fica meia dúzia... Uns caras bambeiam, sentam, têm que tomar água, ficam brancos... Então todo motorista que vêm aqui, antes dele entregar o currículo, eu peço que ele veja onde que ele vai trabalhar, que o trabalho aqui é direto (nos) corpos... Então mostro pra ele, explico, aí o responsável pela área de transporte mostra pra ele, fala pra ele tudo de novo, pra ver se ele tem condição... Porque você vai ver corpo mesmo, você vai no IML, você vai pegar o cara que está na gaveta, segurar no braço, segurar na perna, vai colocar lençol, vai transportar... (E3).

Aos olhos alheios, como no exemplo acima, esses trabalhadores realizam um trabalho *sujo* pois, como nos mostram antropólogos e etnógrafos, eles operam um objeto abjeto que é a carne em putrefação e são identificados com cheiros horríveis e corrupção social (LADERMAN, 2003). Mais aterrador ainda é saber que, em alguns casos, eles o fazem por livre escolha: “eu já trabalho na área de saúde e tenho costume com a morte..., mas agora eu não quero lidar com vivo. Morto é muito melhor porque não reclama...” (E73). Esta entrevistada nos disse que a maioria dos candidatos que o procuravam buscavam sair de ambientes de trabalho estressantes, com muitas reclamações e problemas com pacientes, mas desconsideravam que “falecido não reclama, mas a família é muito pior” (E73). Afinal, diz ela, “se você passa um batom que a pessoa não usava, vira uma ofensa para a família.... Nossa, eles não aceitam. Aquilo lá foi ‘mal feito’ne é ‘falta de respeito’...” (E73) Além disso, o fato de eles lidarem com algo tão desagradável os torna portadores um status “deteriorado” (um *estigma*) e, portanto, menos valorizado que as pessoas “normais”, chegando ao ponto de incapacitá-lo para uma plena aceitação social (GOFFMAN, 1963). Em contrapartida, o que é desprestigiado por uns possibilita o trabalho de outros. Afinal, segundo uma entrevistada, o fato do trabalho ser desagradável e estigmatizado é o que permite com que grupos marginalizados se interessem por ele, como um jeito de inserir no mercado de trabalho:

Você quer trabalhar com defunto? Mexer nas vísceras, fezes, bicho subindo no seu braço, você quer? Sabe quem faz isso hoje? Pessoas que não tem instrução, estudo, não tiveram uma condição melhor de vida.... Os homossexuais são a maioria dos meus funcionários (...). Eu dou muita chance pra ex-presidiário, para as pessoas que não tem muita chance na vida, como mãe solteira, entendeu? Gente que não consegue emprego fácil, então

às vezes eu dou abertura para eles trabalharem.... Te falo que o serviço não é bem remunerado, então as pessoas começam por necessidade depois até aprendem a gostar... Mas muita gente que começa comigo porque não tem outra opção de vida (S).

Além do mais, essas pessoas aprendem a lidar com as diferentes formas de insulamento social que sofrem, como as brincadeiras, os apelidos, etc.; num contexto social de constante “assédio retórico” (CAHILL, 1995)<sup>108</sup>. Pela fala anterior (E16), a réplica da entrevistada ao estigma foi desvalidar implicitamente os motivos, o caráter e o conhecimento de quem condenou o seu trabalho (cf. ASHFORTH e KREINER, 1999). As pessoas que a xingaram “brigam por tudo”, não conseguem reconhecer o valor digno de seu trabalho, seja pelo aspecto *necessário*, pois “todos vamos morrer um dia” (E16), mas quase ninguém cuida de seus mortos; ou pelo aspecto *igualitário*<sup>109</sup>, pois “se entrar um mendigo e entrar um médico, o tratamento é o mesmo” (S). Aqui não estamos tratando do caráter falsamente nivelador da morte como vimos, que toma ares de verdadeiro quando se nivela o social pelo técnico, mas de um caráter humanizador, quando se nivela o técnico pelo social:

É o que eu prego aqui: ‘ó, vocês vão pegar um corpo de uma pessoa, de um baleado, de um presidiário, às vezes vai lá no presídio buscar o corpo de uma pessoa que se enforcou, ou de um estuprador, ou de um cara que estava bêbado e bateu o carro e morreu. Para nós não importa quem ele é e do que que ele morreu. Importa para nós é o respeito com a família’. ... A pessoa, ela é importante para alguém, o pai, a mãe, o irmão, o tio. Ela tem uma importância e ninguém é tão desprezível que alguém não vá lembrar da pessoa. Então o respeito tem que permanecer o mesmo (E75).

Ainda que essa agressividade com os funcionários tenha um fundo social e psicológico, a entrevistada (S) silenciou sobre os casos de delitos contra o cadáver e a memória dele. Ou como nos foi dito em referência ao que acontecia antes do impacto do caráter moralizador da lei: “antigamente eles pegavam para fazer estudo em faculdade, o que foi proibido... e muita gente às vezes pegava por curiosidade ou até mesmo por brincadeira” (S). Algumas dessas infrações, ainda que ocasionais, quando noticiados pelas *media*, fazem cair suspeitas sobre

---

<sup>108</sup> Conforme uma entrevista: “o pessoal goza o tempo todo, brinca, cria adjetivo de toda espécie. Eu tenho funcionário que a família não sabe o que ele faz. Ele diz que não consegue contar. Eu tenho funcionário que a namorada não sabe o que ele faz. Ele fala que trabalha numa área operacional e não conta que trabalha na área de sepultamento... Se ele contar, ele acha que ela vai abandonar ou então exigir que ele saia do serviço...” (E58).

<sup>109</sup> Gary Laderman (2003) acredita que a indústria funerária estadunidense é um caso raro no mercado de serviços por ter operado com sucesso a doutrina “separados, mas iguais”, uma vez que, nela, “independentemente da identidade social quando vivos, todos os corpos mortos seguem o mesmo destino final” (p. 164).

toda a cadeia mortuária. Para outro entrevistado, esses desfalques se devem à natureza do próprio trabalho e, mais especificamente, como uma maneira de compensar uma frustração de lidar diretamente com cadáveres. Nesses termos, os funcionários que estariam adquirindo objetos sem autorização dos falecidos podem não ser julgados pela justiça dos homens, mas não deixariam de passar por punições individuais e cruéis:

Meu pai sempre falou assim 'ó, tudo que era do morto é sagrado. se você pegar alguma coisa dele, não vai te fazer bem nunca. você vai perder isso, então não pegue...' E antigamente as funerárias trabalhavam em regime de escravidão mesmo, trabalhavam vinte quatro horas e folgavam vinte e quatro... Então o funcionário não tinha vida social, perdia a família, separava, virava meio que alcoólatra... Porque eu acho que talvez de mexer com corpo, tanta tristeza, tanta coisa ruim, a pessoa tem que extravasar de algum jeito... isso é coisa pra psicólogo estudar... Mas eu percebi que todos os caras que eu vi que roubaram de morto, morreram tudo morto na miséria... porque eu vi que eles roubavam sapato de couro, capacete de motoqueiro, a joia da família, a roupa da família, alguma coisa que tinha no bolso... Todos esses que roubaram.. morreram pobres e não aproveitaram nada... Então dizia meu pai 'as coisas do morto são sagradas'... Você não sabe o que tem do outro lado e o que acontece depois da morte.... Então tem que ter respeito pelos mortos... (E4).

À parte do caso deste funcionário, quem acompanha os noticiários já viu, aqui e ali, as denúncias de corrupção, traficância e práticas de negócios falsos, se não abertamente ilegais, entre os modernos especialistas da morte. Inclusive porque jornalistas adoram cobrir histórias sobre o desrespeito à dignidade dos mortos (AKYEL, 2013). Fora dos meios de comunicação de massa, circulam casos de aborrecimentos com algum serviço do setor. Estórias sobre a grosseria de funcionários com familiares, um quadro sabido por um grande empresário do ramo que, em seu livro de memórias, alerta para a necessidade de “criar laços afetivos na prestação de serviço” como vantagem competitiva de um negócio (ADISSI, 2010, p. 34). Estórias também de pessoas que se sentiram lesadas, que constataram ter adquirido um produto ou serviço caro e desnecessário por falta de informação<sup>110</sup>, sobretudo quando elas se encontram num estado de urgência e vulnerabilidade emocional (MARCOS, 2003). Estórias também de furtos de objetos pessoais do cadáver, como vimos, mas que são difíceis de investigar, devido à longa “cadeia de custódia” pela qual passa o corpo, conforme a expressão de uma funcionária do IML:

---

<sup>110</sup> Zapata (2008) constatou que a falta de informação (normativa e técnica), imperícia e inexperiência quanto ao que se deve ou não fazer com cadáver seria uma característica desse tipo de consumidor.



É, já aconteceu de sumir pertences do morto, inclusive da gente ter sindicâncias administrativas por causa disso... Só que isso é muito complexo ... na hora que você vê um corpo no local... Quem é a primeira pessoa que vê aquele corpo? São familiares ou transeuntes... Quem é a segunda pessoa que mexe com aquilo? é a PM... Vem a terceira, então, vem uma cadeia de custódia muito grande... nesse meio tempo pode sumir alguma coisa... Isso vira uma sindicância administrativa e até resolver tudo é uma confusão danada... (VS).

Obviamente, estamos falando de *cadáveres com vínculos entre os vivos*. Não estamos falando de cadáveres de *indigentes*; de corpos não reclamados por familiares para enterro, e por isso, sem quem os defenda de vilipêndio; de *não pessoas*; ou ainda, de falecidos sem identidade social (indigente é *liminar*, nenhuma categoria social lhe cabe) e, em consequência, pessoal (CONCONTE, 1983). Neste sentido, vale tomar as palavras de Hertz (1907, p. 76) para quem, em sociedades indonésias e malgaxes, “a morte de um estranho, um escravo, ou uma criança dar-se-á quase despercebida; não despertará emoção, não ocasionará nenhum ritual”, uma vez que esses indivíduos não foram plenamente incorporados à ordem social. Tal situação ilustraria, para os propósitos de sua teoria, a natureza social das reações emocionais e ritualísticas à morte. Em semelhança ao que ocorre em Belo Horizonte, esses indivíduos sem vínculos com os vivos, mortos anonimamente, nem chegam aos laboratórios, porque as municipalidades geralmente excluem os procedimentos de conservação do serviço de enterro gratuito. Eles chegam primeiro no IML, onde o seu cadáver se torna uma fonte objetiva de conhecimento, de um olhar profissional que tentará reconstituir os antecedentes que levaram à morte, sobretudo o momento da morte e as suas causas fisiológicas. Para o médico legista, o cadáver que ali chega carrega uma história que será decifrada pelo exame da superfície do corpo, dos órgãos internos e dos objetos encontrados no ou em volta dele<sup>111</sup>. É através desse processo inquisitivo que se constrói a biografia pessoal do falecido (HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). Aliás, é importante lembrar que a categoria de “indigente” existe para PBH como forma de ligar um grupo de falecidos ao serviço gratuito que ela fornece. Já para a

---

<sup>111</sup> Há três situações que levam uma pessoa a ser enterrada como “indigente”. A primeira é a dos desconhecidos, que são mortos encontrados sem documentos. No segundo caso, estão as pessoas identificadas que sofreram morte violenta, mas sem o conhecimento da família. É aberto um boletim de ocorrência para investigar a morte, mas nada garante que as famílias sejam contatadas. No terceiro caso, estão os “não reclamados”: pessoas identificadas que sofreram morte natural e que precisam passar pelo controle de doenças do município. Nos três casos, os corpos são enviados ao IML para necropsia e, em seguida, se nenhum familiar reclamar o corpo dentro do prazo, encaminhados à Santa Casa para enterro nos cemitérios municipais. Como se vê, há circunstâncias que chamá-los de “indigentes” é bastante simplista, já que essas pessoas possuem documento de identidade, mas tiveram o azar de morrer longe das famílias, sem o conhecimento delas.

polícia civil, por exemplo, há uma outra categoria – a de “desconhecido” – que condiz com a natureza investigativa dessa instituição<sup>112</sup>:

Para nós aqui não existe “indigente”, existe o “desconhecido”... Então esse cadáver que entra aqui como “desconhecido” e às vezes que ocorre que ele é de outro estado, por exemplo, e como não tem ainda um sistema de identificação a nível nacional, então a pessoa entra aqui como “desconhecido”. Se faz a pesquisa que nada consta em Minas Gerais, mas como são vários estados, como é que você vai pesquisar em todos os estados? Não tem jeito, né? Então ele é sepultado como “desconhecido”, porque ele nunca fez uma identidade... Aí passa-se uma época qualquer, a pessoa chega, está procurando essa pessoa, acaba chegando aqui e vendo que tem fotografias... Então a pessoa reconhece ele pela foto e fala assim: “nossa, então esse aqui é o fulano de tal!” Eles vão olhar lá e vai ver que realmente era o fulano de tal... E aí, onde é que está esse moço? Ah, foi lá para o cemitério tal, na quadra tal, na sepultura número tal... Aí, às vezes a gente tem aqui uma mostra de DNA, porque antes de sepultar o cadáver como “desconhecido” a gente colhe uma mostra de material genético para fazer exame DNA, para a gente falar que era realmente a pessoa... Então vamos fazer o seguinte: “vamos pegar o material desse suposto parente seu e o material seu e vamos mandar lá na criminalística para fazer o exame de DNA”... Vai fazer a comparação e depois: “olha, realmente é seu parente, então e como ele está sepultado como ‘desconhecido’, então nós vamos pegar um documento e vamos levar no juiz para dar um nome para essa pessoa”... “- Mas nós não queremos que ele fique ali, nós já temos o nosso jazigo lá no outro cemitério...” Porque se ele continua ali, ou eles compram aquele pedaço para ele ou ele vai ser mandado pro ossuário... Então o que eles fazem? Tiram dali e mandam lá para o outro onde é que eles têm uma cova seja aqui em Minas mesmo ou em outro estado (E23).

Após passar pelo IML, alguns desses corpos não reclamados vão parar nas mesas de Anatomia das escolas de medicina e, enquanto objetos de estudo, há décadas ajudam a formar nos estudantes uma “atitude médica” diante da morte<sup>113</sup>. Foi o que ficou expresso nesta fala: “o cara foi assassinado, ficou lá no IML e não apareceu ninguém para te reconhecer o corpo... passou um tempo, eles sepultavam aqui ou então cediam parte do corpo para uma universidade e sepultavam aquele resto das vísceras aqui... daí um tempo ele voltava e a gente enterrava” (E36). E uma vez que a inclusão desses desvalidos no mundo dos vivos ocorre exclusivamente pelo interesse em aumentar a competência da ciência médica na luta pela vida (cf. Lei n° 8.501/92), para seus restos insepultos, escondidos e rejeitados por todos, nada mais

<sup>112</sup> Há três categorias de “desconhecidos” no IML: os casos em que a família reconhece o corpo, mas não quer reclamá-lo; os casos em que os parentes simplesmente não podem pagar pelo enterro, e aqueles que jamais foram reconhecidos. Hoje esses corpos são enviados para os cemitérios da Consolação e Saudade, pois somente eles têm espaço para “covas rasas”.

<sup>113</sup> Sobre isso, encontramos um trecho do escritor Pedro Nava em que ele relembra, enquanto estudante de medicina na UFMG, durante a década de vinte, um episódio que ele presenciou na Santa Casa: “Os pobres mortos traziam restos de roupa, curativos, cabelos, a última expressão do último arranco do último sofrimento – a máscara do término da agonia. Bocaberta. Olho aberto. Iam agora passar pela toaleta que os desumanizava e transformava de restos de gente em bonecos para o nosso estudo” (NAVA, 1985, p. 86).

verdadeiro que o aforismo visto na porta do anfiteatro de anatomia da Faculdade de Medicina da UFMG: *Hic locus est ubi mors gaudet succurrere vitae* [“É este o lugar onde a morte se alegra de socorrer a vida”] (cf. DE CASTRO et al, 2010). Mas não é desse tipo de corpo que estamos falando, isto é, de corpos de pessoas que “são, ao mesmo tempo, não-mais-classificadas e ainda-não-classificadas” (TURNER, 1958, p. 140). É um corpo de *alguém* para o qual se organiza uma cerimônia condizente ao que essa pessoa representou em vida para os que ficam<sup>114</sup>. E existe toda de fazer isso sem comprometer a performance de trabalho, afinal:

Ao contrário do trabalhador da construção civil, que pode “cobrir” quase todos os seus erros e consertar seu produto antes que os clientes o vejam ... muito do que o agente funerário faz está aberto ao escrutínio público, seja no local ou logo após a preparação. (UNRUH, 1979, p. 247 – 8)

#### 4.5 – A gestão dos riscos e erros do serviço

Limitar-se a contestar oralmente o estigma que o cliente lhe atribuiu como fez o entrevistado é insuficiente para se estabelecer a profissão. Para contornar a imprevisibilidade das reações familiares, no que pesa a ambivalência e a hostilidade deles, uma solução foi adotar o gerenciamento de risco [*risk management*]. Unruh (1979) explica que existem *regras* e *ideologias* para controlar os riscos e imprevistos que podem ocorrer em qualquer ponto do processo funerário. No entanto, ele aponta que elas controlam apenas “um pequeno número de coisas que podem dar errado” (Ibid., p. 253). Importante notar que muitas delas ainda são válidas, porque o trabalho mortuário continua sendo avaliado em como ele agrada a família (cf. FORSYTH, PALMER e SIMPSON, 2006). Assim, para manter a reputação, deve-se haver uma especial atenção para os erros que mais podem atrapalhar um funeral (Ibid., p. 248), na medida que essa informação pode ser usada pela concorrência para desvalorizar a empresa no mercado (AKYEL, 2013). Dito de outra maneira,

Eu acho que a partir do momento que você confia uma pessoa que você ama e que você perdeu para alguém *cuidar*... Você já está ali na dor da perda, então você espera no mínimo que você não tenha nenhum transtorno no decorrer do velório, que a pessoa cuide direito e que tenha certo carinho e cuidado com o corpo da pessoa que você entregou (ME, grifos meus).

---

<sup>114</sup> Em uma bela reportagem, a BBC Brasil relatou a luta de um morador de rua para evitar que sua companheira de 22 anos fosse enterrada como indigente. Segundo o jornal, no Brasil, há pelo menos 40 mil pessoas vivendo nas ruas sem documentação. São pessoas invisíveis até na morte. Disponível em: < <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-38095909> >. Acesso em: 30 jan. 2017.

Para os laboratórios, a primeira fonte de riscos é a *intrusão*. Aqui, é importante o conceito de *região* de Erving Goffman (1959, p. 101), considerado como “qualquer lugar que seja limitado de algum modo por barreiras à percepção” e que ele divide em dois tipos. A primeira é *região de fachada*, ou “cenário”, e é o lugar onde a representação é executada, com regras de decoro e polidez próprias. A segunda é a *região de fundo ou dos bastidores*, ou o lugar onde “os apoios de palco e os elementos da fachada pessoal podem ser guardados, numa espécie de aglomerados de repertórios inteiros de ações e personagens” (GOFFMAN, 1959, p. 106). Para o autor, o acesso ilimitado aos bastidores tiraria a credibilidade da performance. No caso do setor funerário, somente o objetivo de “dar à família enlutada a ilusão de que o morto está realmente num sono profundo e tranquilo” explica o porquê se proíbem os enlutados de ter acesso à “sala onde os cadáveres são tratados, embalsamados e recompostos, em preparação para a sua última representação” e ver o que se faz para dar uma boa aparência ao defunto (Ibid., p. 108). Este seria o caso brasileiro também:

Sempre nos ensinaram para nós “Nunca trabalhe próximo de alguém da família.”. Porque ninguém gosta de ver um parente seu sendo manuseado, né? Ter que mexer, você ergue a pessoa, você vira, você dobra, às vezes a roupa não serve e você tem que cortar, então é um serviço reservado. Se você fazendo um serviço reservado, o serviço vai sair bem feito. Agora, antigamente, você preparava na frente dos familiares, principalmente porque se arrumava muito na casa, pois era onde as pessoas faleciam. Aí você tinha toda aquela plateia olhando, né? (E75).

Em concordância, Unruh (1979) aponta para dois modos de gerenciar a chance de intrusões. Em primeiro lugar, planejar as etapas do processo. Isso aproxima os laboratórios das equipes médicas hospitalares (GLASSER e STRAUSS, 1968), com a diferença de que, nos laboratórios não se cura enfermidades ou gera produtos concretos (UNRUH, 1979)<sup>115</sup>. Tudo que não estiver previsto no cronograma é considerado um *risco*: permanência desnecessária do cadáver, atrasos e adiantamentos relacionados à cerimônia, etc. Em campo, vimos que, contra os obstáculos de uma auspiciosa progressão para o outro mundo, há um controle estrito das etapas que o cadáver passa enquanto ele estiver dentro da empresa. Para cada caso, há uma “ordem de serviço” diferente (E42), que enumera os itens que acompanham o pedido: o

---

<sup>115</sup> O autor argumenta que, ainda que as operadoras funerárias não tratem de doenças como as equipes médicas, um processo que tem uma progressão “natural” (ou “não fabricada”) para a maioria das pessoas; ele observou que alguns diretores funerários acreditavam que as experiências agradáveis que eles criavam facilitava a “cura” do luto dos seus clientes. Nas nossas entrevistas, reparamos que a motivação de muitos dos agentes mortuários era a de aliviar a dor alheia por meio de seu ofício, isto é, por meio de uma bela coroa de flores; uma bonita maquiagem; ou um cadáver bem preparado, sobretudo nos casos de mortes violentas.

estilo de maquiagem, a descrição dos adornos, o número de série da urna, etc. Há uma divisão de tarefas e a preparação do defunto que antes era feita somente por uma pessoa<sup>116</sup>, agora envolve pelo menos cinco funcionários operacionais. O controle é importante porque no Brasil tem sido habitual sepultar em pouco mais de vinte quatro horas após o falecimento, o que encurta os prazos de cada etapa e aumenta a chance de erro. Em um dos laboratórios, um entrevistado nos disse que a empresa exige que ele siga cada item (ou prioridade) de uma *check list*. Segundo ele, após o cadáver ter sido conservado e embelezado, o processo ocorre da seguinte maneira:

A gente tem um dos processos nossos de entrega do produto, né? É feito um *check list* entre uma área e a outra, para falar que a urna está fechada, está limpa (...). Acabou de ornamentar, aí o pessoal lá de cima libera o corpo. Em seguida, o despachante chama para a expedição, que leva para o velório. O ornamentador fecha a urna junto com o motorista para atestar que foi tudo fechado, e aí o motorista bota dentro do carro... O processo parece um chão de fábrica, guardando as devidas proporções (E3).

Subjacente a esta fala está a tendência das empresas em crescimento de criar procedimentos-padrão a partir da divisão, análise e estimativa de cada estágio e cada agente envolvido no *continuum* do desfazimento do cadáver e do cuidado dos enlutados (TROMPETTE e LAMONNIER, 2007). Após criados, esses procedimentos são distribuídos às equipes internas sob a forma de cursos de treinamento e guias de referência. Esse material cobriria: cuidados, exposição, colocar o corpo no caixão, fechar o caixão, levantar e remover o corpo, entre outros (Ibid.). Mas o mais importante é que as consequências *simbólicas* dos atos operacionais são consideradas como o *núcleo* de todo esse processo (Ibid.). Foi o que nos disse um funcionário de uma empresa após ele detalhar toda a sequência operacional da qual ele participa todos os dias:

O que acontece: cai o processo no CTP, que é o centro de tratamento preparação de corpos... O almoxarife pega a urna, desembala a urna e entrega para o CTO... Aí o ornamentador seca o corpo e veste o corpo, coloca o corpo dentro da urna... Acertou o corpo na urna... O que que é 'acertar'? É pôr plástico para não vazar nenhum líquido do corpo, forra com jornal do lado do corpo, para o corpo não ficar balançando... Depois que ele deixa o corpo estável, ele vem com papelão e prega nas bordas e por dentro da urna, pega o algodão e passa algodão todo por cima da urna.... Aí depois ele começa a colocar as flores e ele faz toda essa montagem.... Aí o corpo está

---

<sup>116</sup> Em uma entrevista, ouvimos o seguinte: “O motorista fazia tudo. Ele buscava o corpo, limpava, aplicava formol através (de umas seringas) maiores pela narina e a boca, fazia o tamponamento do corpo, enchia o corpo, ornamentava ele todinho... O motorista que fazia todo esse trabalho. Na empresa, nas residências ou nos necrotérios de velório; esses eram os lugares onde se fazia” (E1).

ornamentado... aí vem o reparador... Se for mulher, eles põem a maquiagem e, se for homem, eles dão uma melhorada, passam um pó, alguma coisa no rosto do falecido para dar uma aparência melhor, entendeu? Por exemplo, se for uma vítima de arma de fogo, se for um tiro no rosto, fica aquele buraco do tiro... O que que é feito? Existe uma massa reparadora que eles passam para fazer toda aquela maquiagem... e parece que a pessoa não recebeu tiro, não recebeu nada. Fica bem reconstituído... Na verdade, o que eu acho muito interessante desse serviço é que você dá a última lembrança para família do falecido. Quando a pessoa vê um ente querido morto, o último momento que ela vai ver é aquele lá da pessoa no caixão... Ela dificilmente ela vai lembrar do cara saindo com ela, brincando... Não, ela vai lembrar daquele momento que é o último e é marcante. Então o que que acontece, você fazendo esse trabalho, eu acho que é muito gratificante porque a pessoa vai ter a última visão da pessoa como se não tivesse acontecido nada, como se ela tivesse bem... Porque a última visão é a que fica... (E91).

De fato, um serviço que desrespeite o que o ser que esse morto foi em vida (uma maquiagem excessiva, uma barba indevidamente feita, um objeto pessoal esquecido, um vazamento inesperado) tem que voltar para ser arrumado “de acordo com o que a família tratou com o agente” (E42). Afinal, para os enlutados, o cadáver permanece um sítio para relações significativas com os vivos, que ainda veem nele identidade e personalidade (HOWARTH, 1996). Talvez por causa desse simbolismo, as tarefas de embelezamento de cadáver, como a reparação facial, têm sido delegadas às mulheres dessas equipes, uma vez que elas teriam um “dom” ou “carregam a bagagem” de reparar o corpo, pois “embelezar” o corpo seria um ofício supostamente aprendido por elas na infância, em suas brincadeiras com bonecas (E42).

Além do mais, não é difícil imaginar a comercialização desses procedimentos-padrão para o público externo. No caso em tela, a empresa que estabeleceu a *check list* também comercializa cursos de tanatopraxia. O introdutor desta técnica em Belo Horizonte foi o Mario Lacape, guatemalteco formado na *Cincinnati College of Mortuary Science* (EUA), que já havia vindo ao Brasil a convite de um grupo de empresários de São Paulo e Paraná, em meados da década de noventa. O primeiro curso que ele ministrou na cidade foi alguns anos depois, nos finais daquela década. Atualmente, o conteúdo é dividido em aulas teóricas e práticas e costuma ser ministrado por médicos. A carga horária dura em média oitenta horas, algo bem mais rápido que um curso técnico regulamentado pelo Ministério da Educação, com duração média de um ano e meio a dois anos. O valor total está em torno de dois mil reais. Um empresário de Curitiba nos contou como a tanatopraxia chegou ao Brasil:

Eu estava num desses congressos, comecei em Barcelona em noventa e dois, eu estava num congresso no México, acho que noventa e três... você conhece o Mário Lacape que é uma pessoa da Guatemala que trabalha nos Estados Unidos?... Ele é tanatólogo, preparador de corpo... nós trouxemos ele para o

Brasil... Fizemos um congresso aqui em noventa e seis... primeiro congresso nacional e internacional no Brasil foi feito em Curitiba, no parque Barigui... Eu não era presidente do sindicato, eu era vice... Veio gente do mundo inteiro aqui e veio esse Mário Lacape que deu a palestra sobre tanatopraxia... E daí eu fiz o primeiro laboratório... Tá no jornal “Gazeta do Povo”... A primeira preparação de corpo eu fiz numa mulher obesa e eu divulguei para todos os amigos... porque eu cobrava quatrocentos e cinquenta reais... Eles falaram “nossa, você está cobrando pra vestir um corpo quatrocentos reais?”... E me denunciaram, “tá muito caro isso aqui”. Então eu ensinei o que é preparação de corpo... A diferença é que você podia cobrar que a família olhava pelo serviço se estava bom... E por muitos anos a tanatopraxia salvou as funerárias... Porque a Prefeitura não subia o preço das urnas funerárias e a tanatopraxia era de escolha do cliente... O preço era o sindicato que fazia... digamos uma urna custava para sepultar trezentos e cinquenta reais e a tanatopraxia custava oitocentos... então, o maior lucro das funerária em Curitiba, por muitos anos, foi a tanatopraxia... ela era a mais rentável porque o custo era menor e o lucro era maior... então a tanatopraxia salvou as funerária em Curitiba... e daí foi difundido para o Brasil inteiro... Eu ia nos Estados Unidos comprava equipamento... Trazia para cá e fazia assim quem comprava equipamento numa loja chamada “connection” pertinho de Nova York... Trazia quatro equipamentos, vendia aqui e ensinava gratuitamente... então foi difundindo... E depois o sindicato funerário de São Paulo começou a fazer... (ED).

Horas depois, quando eu voltei para entrevistar esse empresário novamente, o nosso entrevistado nos explicou qual foram as circunstâncias que deram tanta visibilidade à tanatopraxia. Ocorre que o primeiro serviço que ele fez foi para um caso de feminicídio, que, pelos requintes de crueldade, chamou atenção da imprensa local e deu notoriedade para a nova técnica de recomposição cadavérica. E conforme ele mesmo nos explicou:

Quando fiz o primeiro curso de tanatopraxia aqui em Curitiba em mil novecentos e noventa e cinco, com o Mário Lacape, bem na época que ele estava fazendo curso aqui, aconteceu um crime bárbaro aqui com uma senhora: o marido matou a mulher e esquartejou totalmente ela ... e nós pegamos o serviço e a mulher ia ser enterrada com caixão fechado... A mulher tinha uma escadinha de filhos assim que queriam ver a mãe ainda... Aí eu falei para o Mário Lacape: “Você consegue reconstituir esse corpo?” e ele: “consigo”, ele reconstituiu inteirinho... Preparamos todas as peças, uma por uma... Costuramos e ela velou normalmente vinte quatro horas... Tivemos muita sorte, deu repercussão desse assassinato e dessa (reconstituição) do corpo... e os filhos estavam em volta do caixão chorando despedindo da mãe... Parece que o pai era açougueiro e por isso que ele sabia bem aonde desmembrar e os membros esquartejar... Então... (tivemos) muito sucesso e sorte na implantação da tanatopraxia... Por isso, a tanatopraxia em Curitiba pegou... Hoje noventa e nove por cento dos casos se faz tanatopraxia (E4).

Em Minas Gerais, como ocorre com outros negócios educacionais no país, muito da demanda por cursos de tanatopraxia foi impulsionada pelas regulamentações públicas. Quando a Resolução SES nº 4798 de 2015 trouxe a exigência de que o trabalho de tanatopraxia fosse realizado por quem fez “curso técnico legalmente reconhecido, mediante supervisão médica”

(item 40.3) e que “os estabelecimentos prestadores de serviços de atividades funerárias e congêneres” dispusessem “de profissionais legalmente habilitados e capacitados para a realização das atividades a que se propõem” (item 4), ela criou uma demanda para esses cursos em nível estadual. Por certo, muitos desses alunos voltam para a sua região de origem, considerando que aproximadamente 1 de cada 10 alunos inscritos encontram vaga no mercado trabalho da cidade. A baixa empregabilidade no município, os altos valores e um conteúdo irrelevante segundo os seus críticos, os quais entrevistamos, fazem com que esses cursos sejam apelidados de “caça-níquel” (S). Mesmo assim, é possível que no longo prazo esses alunos resolvam abrir seus próprios empreendimentos, devido ao conhecimento teórico e prático acumulado:

Vou dar o exemplo da [nome da pessoa omitido] ... Como há muitos e muitos anos ela já trabalha com esse tipo de serviço de tratamento de corpos...Pela experiência que ela tem, e ela fez bastante curso, então, ela viu uma oportunidade no mercado porque hoje são poucas funerárias que tem autorização da vigilância sanitária (E91).

Voltando ao gerenciamento dos riscos de intrusões, uma segunda maneira de minimizar a sua ocorrência é gerenciar a *microecologia* (ou espaço físico) dos laboratórios (UNRUH, 1979). Quanto a essa preocupação, nas nossas visitas, percebemos que os *laboratórios dentro das funerárias* colocam os laboratórios de preparação nos fundos das suas instalações, fora do fluxo do tráfego diário de pessoas, com portas de acesso fechadas e vigiadas. Nos *laboratórios autônomos*, há muros, sistemas de interfone e portões trancados. Inexistem placas que indiquem qual atividade ocorre ali. Aliás, esse controle nos ficou evidente logo no início da nossa pesquisa de campo quando um de nossos entrevistados nos alertou de uma pré-condição para estarmos ali:

Eu queria te pedir um favor. É o seguinte: fotografia aqui é zero, tá? ... dentro do CTO e do CTP não pode entrar com máquina de fotografia... Se você quiser tirar fotografia da área vazia dos carros, de serviço, daqui em cima. É sem problema nenhum. Mas onde tem corpo não pode... (E19).

De toda a maneira, a segregação espacial funciona para proteger as cenas “vitais”, em termos legais e dramaturgicos. Ou como nos disse uma empresária do ramo: “Então, às vezes chega uma pessoa ou outra, ou até a polícia dizendo ‘ah, eu quero entrar’. Por mim pode ser o Papa, se eu não quiser deixar entrar, eu não deixo” (S). O controle estrito do trânsito de pessoas mostra a seriedade de se esconder segredos de bastidores que podem trair a imagem do



negócio se revelados. Essas disposições espaciais, por si só, diminuem as chances de intrusões (inclusive, por pesquisadores movidos pela sua própria curiosidade mórbida) ou das famílias depararem com o cadáver antes dele estar pronto para ser visto. Ainda assim esses casos são raros: “nesses quatro anos que eu estou aqui, se eu vi alguém querer conhecer o processo in loco, foi uma ou duas pessoas. Dependendo do processo, não é muito bom de se ver não” (E3). Caso contrário, teríamos algo parecido com o que aconteceu em “Beira-Mar” (1985) quando Pedro Nava acessou pela primeira vez uma “cena vital” de preparação do cadáver para as aulas de anatomia:

Perito era o Joaquim Matos. (...) Joaquim metia mãos à obra com um tesourão. Cortava os destroços de veste e punha tudo nu em pêlo. Com a mesma tesoura tosava os cabelos da cabeça, bigodes, barbas, axelhos, e pentelhos. (...) Depois da tosquia, vinha o retoque da navalha e os glabros bonecos iam passar à segunda parte da operação. O Joaquim atracava-os braço a braço, dobrava-os, desdobrava-os, repuxava, fletia, defletia, lutava conta a rigidez cadavérica. Às vezes atirava os macabeus ao chão, amolecia-os um pouco com os pés descalços, imprimia-lhes solavancos e movimentos de chicote com baques surdos do quengo no mármore das mesas e ladrilhos do piso. A primeira vez que surpreendi o nosso servente nessa labuta, pensei num sacrilégio, numa profanação, numa quebra criminosa do selo real da Morte e começava a verberá-lo quando ele desatou a rir. *Qué* isso? *doutor*. Tou só amolecendo os boneco [sic] pro formol correr direito e engordar os bichinho por igual. Era verdade. Meti a viola no saco, assisti curioso o resto da sessão de amaciamento e vi depois a perícia com que o Joaquim em dois ou três golpes achava a femoral ou a carótida e amarrava a cânula que ia servir ao embalsamamento. Aquilo ligava-se a longa borracha vermelha que ia até irrigador enorme com três litros de formol em soluto concentrado e meio litro de glicerina. Esta era para dar maior flexibilidade aos defuntos que iam servir aos treinos operatórios. Lá ia o Joaquim na sua escada e pendurava o recipiente no alto do pé-direito. (...) Depois esperava o líquido escorrer e via que tudo estava bem quando a derme começava a fazer pequenos rosários e conglomerados de bolinhas de formol, estufando o tecido e a superpressão, criada pela injeção nos pulmões, fazia os defuntos golfarem pelas narinas e boca todo o catarro e pus que traziam nos peitos. O servente ia lavando a porcaria com um esguicho, ligava ao fim, peritamente, a artéria com um barbante, amontoava os corpos num carrinho e levava-os para os grandes tanques onde os mergulhava na caldivana verde e formolizada. Engordados de cerca de três quilos, descontados dos três e meio introduzidos, aí suas quinhentas gramas de monco e sangue perdidos (NAVA, 1985, p. 86-7).

A segunda fonte de riscos para os laboratórios é a empresa apresentar uma *imagem incongruente* devido ao descuido de algum trabalhador (UNRUH, 1979). No Brasil, essa estratégia é ainda mais crucial, quando se considera as inúmeras histórias negativas que circulam sobre o setor (furto de roupas e objetos de valor dos cadáveres, sumiço de órgãos, etc.). Para tanto, há algumas estratégias. Em primeiro lugar, adotar uma *ideologia organizacional*, um conjunto de regras gerais para os procedimentos da empresa com efeitos

duradouros para a reputação dela (Ibid., 1979). Sabemos que isso não se resume aos funcionários do laboratório, mas para toda a massa que lida diretamente com os clientes, subentendendo que o mesmo cuidado que se vê no “cenário” também existiria nos “bastidores” (cf. GOFFMAN, 1959; UNRUH, 1979). Assim, para alguns entrevistados, cabe especial atenção ao pessoal do atendimento e aos motoristas, considerados “cartões de visita da empresa”:

Os dois cartões de visita... A família que vêm aqui no atendimento e é o motorista que vai na residência, ou leva no velório... Tem que ser uma pessoa tranquila, não condiz com o ambiente uma pessoa muito agitada, que fala muito, que gesticula muito... Como é que você vai levar um corpo para o velório, com um cara muito agitado, naquele ambiente de família enlutada? Então o pessoal tem que ter uma postura diferente também (E3).

Em outra empresa, foi entregue aos empregados uma cartilha para que eles tenham ciência da ideologia organizacional em vigência. As diretrizes que esta empresa elaborou para nortear as ações e o comportamento corporativo foram redigidas com base nas normas cotidianas listadas pelos seus gestores e supervisores. É o que eles esperam de seus subordinados em termos de responsabilidades, ambiente de trabalho, uso dos equipamentos e bens da empresa e nos relacionamentos comerciais (sobretudo com as famílias):

Aqui quando o funcionário entra, a gente entrega uma cartilha e ele vai assinar o que que ele leu. Então ele já sabe que, dentro da cidade é 60km/h. Fora é 110km/h. Os carros são todos rastreados. Ele sabe que ele não pode beber, não pode fumar em serviço. Tem o horário de intervalo para isso. Ele não pode tirar foto. Ele não pode usar música de nenhum tipo em local nenhum dentro da empresa e dentro dos veículos. Tanto que os veículos nenhum tem rádio. E não pode usar fone de ouvido. Não pode fazer sepultamento com o vidro do veículo aberto. Porque é uma falta de respeito. Antigamente se usava muito os funerários lá fazer sepultamento com o vidro aberto, fumando com o braço para o lado de fora. Devagarzinho. (...) Se ele vai viajar, se vai ou não vai alguém da família, tem que permanecer de uniforme (...) É igual o Seu [omitido] fala “Nós trabalhamos num ramo/ num serviço que nós não podemos errar”. “Nós não temos como consertar depois”, né? Então qualquer falha, qualquer erro e igual ele fala: “Qualquer coisa que acontece num velório, aquilo vai ser lembrado para o resto da família o resto da vida. E o resto da vida, a família vai dizer ‘não’” (E75).

Essas regras gerais já podem ser encontradas nas resoluções técnicas municipais e estaduais ou no sítio da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho, sobretudo na seção de competências pessoais, bastando às empresas ter disposição de adotá-

las<sup>117</sup>. Ainda no sítio da CBO, na seção “características do trabalho”, se encontram os incentivos para se desenvolver uma destreza em manipular o corpo. Isso assegura a qualidade da aplicação da técnica e menor risco de acidentes com os instrumentos e o cadáver. O manuseio do falecido evita acidentes e hematomas que podem trazer ao técnico um processo judicial, como o ocorrido em 2001. Um entrevistado (E16) foi categórico ao dizer que “não se pode pegar o corpo com violência”, pois “um cadáver não tem defesa” e pode se “machucar” se manuseado inadequadamente. Além do cadáver, o técnico não pode sofrer ferimentos e ser afastado. “É um problema ergonômico”, nos disseram (E16), e é de fato, se considerarmos que a *ergonomia* tem sido usada para ajustar o trabalho ao trabalhador na prevenção de problemas de saúde (KROEMER e GRANDJEAN, 2004). Internamente também é proibido falar ao celular durante o expediente, e em alguns laboratórios os técnicos aprendem noções de ergonomia. Essa preocupação parece estar ausente nos necrotérios do IML, como nos lembra Barros e Silva (2004), onde a má concepção dos equipamentos exige dos técnicos de necropsia uma enorme força física para tirar e colocar cadáveres, o que os expõe a riscos de acidentes. A pressão para liberar o corpo e a imperícia de alguns técnicos vêm somar a esses fatores adversos.

Esteticamente, o risco de queda interfere também na apresentação final do corpo, e algumas vezes é preciso rasgar vestuário que vai ser usado no funeral. Para o morto “que não está aderindo aos comandos mais” e que “é pesado e difícil”, corta-se a parte de trás das vestes para que ela ajuste melhor ao corpo e para “andar mais rápido com o serviço” (E42). Mas é melhor esconder isso do “olho da família” (E42) e a gestão de impressões que acontece ao decorar o caixão – as flores presas ao cobertor de algodão em cima para ornamentar; o papelão e o jornal molhado abaixo e nas beiradas para preencher os espaços vazios – atua de modo a encobrir os indícios do acontecido. Foi o que nos disse um entrevistado, enquanto apontava para a sala de preparação: “Para te falar a verdade, nós aqui temos em torno de uns cem itens que são usados para fazer a preparação de corpo (...). Quem vê um corpo dentro do caixão, não sabe o que que está acontecendo ali atrás” (E3). Isso não é uma novidade, uma

---

<sup>117</sup> As competências pessoais do agente funerário (cód. 5165-05) seriam: “1 Transmitir confiança, 2 Dar provas de paciência, 3 Ouvir, 4 Agir com discrição, 5 Identificar-se com a profissão, 6 Demonstrar habilidade para negociação, 7 Identificar a pessoa adequada para conversar, 8 Evitar preconceitos, 9 Controlar-se emocionalmente, 10 Trabalhar com ética, 11 Manter boa postura profissional, 12 Atualizar-se, 13 Manusear cosméticos para necro-maquagem [sic], 14 Administrar o estress [sic], 15 Demonstrar conhecimentos técnicos e legais, 16 Manter sigilo”. Disponível em: <<http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/ResultadoFamiliaCompetencias.jsf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

vez que as técnicas cirúrgicas e cosméticas restauradoras, geralmente servem para a reconstituição adequada das *partes expostas do corpo*, tais como a cabeça, em especial a face, o pescoço e as mãos (SOUZA e BOTELHO, 1999). Nesses casos, há uma especial dificuldade em conter o desmanche dos corpos:

O corpo sempre está vazando... Por mais que você queira, não tem condições. Ainda mais quando volta de hospital. Toda a pulsão que o corpo tomou, com certeza aquilo dali vai vaziar, porque não tem mais a firmeza o tecido. O tecido vaza... Então o cara que ficou muito tempo deitado, tem (escaras) e a escara vai vaziar. O cara ficou com soro na mão, na mão vai vaziar. E vaza tudo... Então quando você faz o tamponamento, quando tampa o nariz, a boca, o ouvido e os outros orifícios, você coloca algodão... mais no resto não... Se o cara está com um machucado, se o cara quebrou a perna, se você não fizer uma preparação, a perna ali onde que foi quebrado, que tem um corte, tem ponto que vai vaziar... Então você tem que tomar o cuidado pra que não ocorra o vazamento. E é aí que entra a cola *super bonder* e esse filme *stretch* que estou te falando, entendeu? (E3).

Outra estratégia, diretamente relacionada à credibilidade da empresa, foi instalar diversas câmeras de vigilância sobre os espaços em que se realizam práticas de tanatopraxia. Esta ferramenta serve para identificar casos de furto de objetos, de imprudências no manuseio dos cadáveres (como o despejo indevido de órgãos do corpo) e até controlar o acesso dos empregados, pois as imagens ficam registradas para revisar as ocorrências e identificar o fato por parte da empresa, dos familiares desconfiados ou da polícia, se for o caso. É também uma forma de proteção dos funcionários para danos causados no corpo fora daquele estabelecimento – o IML, que em Belo Horizonte acumula a função de SVO; a viatura policial; a ambulância; etc. Essa forma de gestão de risco nos foi explicada numa entrevista:

Se por exemplo você fala assim ‘hoje chegou aqui dez quinze corpos’, pra mim isso é natural... Mas mesmo que a coisa começa a ficar muito igual, você não pode perder o respeito e o carinho pelo falecido, porque assim que você gostaria que um seu fosse tratado... Então é por isso que aqui é tudo filmado... Teve um dia uma família achou que a gente não tinha vestido a calça no falecido, aí teve que mostrar a filmagem... Por exemplo, se eu bater em você ou der um tapa no defunto aqui e alguém vê e me denuncia, o fato de eu ter batido em você dá um processo mínimo, mas o dele é fatal... Você sabe, tem famílias e famílias: se der algum problema, se esse corpo tiver que voltar pro IML, por exemplo, pra passar por um Raio X e aparecer um hematoma, você vai ter que dar conta disso (E16).

Assim, o trabalho do agente funerário é cercado de imediatismo que pode comprometer uma “experiência funerária” sem falhas. Para tanto, os gestores e os supervisores fizeram um tipo de mapeamento de situações que não são exclusivas deste setor, tais como: lidar com a

ambivalência e a hostilidade do cliente, e outras considerações logísticas e de custo/benefício. Afinal, diferente de outros tipos negócios, por detrás de todos esses complicadores está presença marcante do corpo e de todos os significados que o acompanham (unidade, integridade, corrupção, ruína, contágio, etc.):

Corpos, como refletido nas preocupações da cultura de consumo, correm o risco de odores corporais, dentes e gengivas em decomposição, manchas e cravos, e podem ser vítimas de vários outros destinos desagradáveis e insociáveis. Além disso, os fluidos corporais são percebidos como especialmente ameaçadores de contaminação (...). A propagação do HIV / AIDS é uma lembrança recente e poderosa do perigo do corpo (...). Assim, o corpo também é um problema de saúde pública, um que requer manutenção estrita e disciplinada para conter sua capacidade de contágio (HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999, p. 104).

De fato, vivemos numa cultura de consumo onde o corpo deve ser visto “como se estivesse em conformidade com uma aparência ideal bem gerenciada: limpa, inodora, bem formada e livre de defeitos da natureza, incluindo aqueles causados pelo aumento da idade”; um padrão se materializa no final da vida “através da produção de um corpo aparentemente não corrompido, cuja superfície bem cuidada parece negar a realidade pessimista da decadência na morte” (DAVIES, 1996, p. 70). Mas é preciso ir além desta dimensão estética. Como aponta Bogard (2008), o cadáver é o mais perfeito “corpo dócil”, muito mais do que o corpo disciplinado descrito por Foucault (cf. 1975, p. 163). Ele não se move, não resiste ao confinamento e permite todo e qualquer tipo de exame independentemente de quem o controla. Ou seja, ele “trabalha” para qualquer finalidade – treinar estudantes de medicina, pesquisa forense e comércio de partes do corpo. Dentre essas finalidades, há uma que me chamou atenção especial: *canalização dos clientes* nos hospitais e outros estabelecimentos de saúde. É isso que irei explorar no próximo capítulo.

## 5 – AS FUNERÁRIAS E SEUS CANAIS DE CIRCULAÇÃO

golpes sempre causados pelo negro barco  
que através do Aqueronte passa  
para terra invisível onde Apolo não anda,  
terra sem sol que recebe todos os homens.

[Trecho de “Sete contra Tebas” de Ésquilo]

### 5.1 – A função social dos funerais

Existem algumas explicações para a existência e importância dos ritos funerários. Há quem diga que os funerais têm uma função dupla (HOWARTH, 2004). De um lado, o funeral serviria para bem encaminhar o corpo à terra, ao fogo, etc.; e, de outro, para ajudar os enlutados a se adaptarem à perda pessoal sofrida, enfrentar a dor ou exorcizar a culpa. Em um espectro mais amplo, ele deriva da necessidade de uma comunidade se reconciliar com o finamento de seus membros e a mudança irreparável que o grupo sofre. Se os sobreviventes procuram delimitar claramente a sua separação com o morto, a fim de restaurar o equilíbrio do grupo e atribuir a outro o papel desempenhado por este membro, é através do ritual funerário que se alcança isso. Nestes termos, a cerimônia funerária pode ser interpretada como um mecanismo de *reintegração* e de *passagem* de estado – de vivo para morto, de mulher casada para mulher viúva, etc. Segundo Van Gennep (1908), deve-se atentar para a complexidade do fenômeno do luto, incluindo o seu aspecto *marginal*:

Na realidade, é um *estado de margem* para os sobreviventes, no qual entram mediante ritos de separação e do qual saem por ritos de reintegração na sociedade geral (ritos de suspensão do luto). Em alguns casos este período de margem dos vivos é a contrapartida do período de margem do morto. A terminação do primeiro coincide às vezes com a terminação do segundo, isto é, com a agregação do morto ao mundo dos mortos (Ibid., p. 129, grifo meu).

Para Claude Lévi-Strauss (1957, p. 356), a atenção do ritual mortuário recai mais na relação entre os vivos do que na relação entre os vivos e os mortos: “a representação que uma sociedade faz das relações entre os vivos e os mortos reduz-se a um esforço para esconder, embelezar ou justificar, no plano do pensamento religioso, as relações reais que prevalecem entre os vivos”. Frente a essa explicação, devemos adicionar aos rituais uma conotação ambivalente, de ausência/presença, de separação e agregação, pois todo o sistema social serve para aceitar inevitabilidade da nossa morte; mas também, e em certa medida, negar essa

realidade para permitir que continuemos dia após dia com algum sentido de compromisso (MELLOR, 1992). E os nossos projetos pessoais dependem da consciência de nossa finitude. Segundo Berger e Luckman (1966), o homem não poderia ter “uma existência dotada de sentido isolada das construções nômicas da sociedade” (Ibid., p. 134), essa maneira de *localizar* a morte no nosso cotidiano expressaria uma “potência transcendentalizadora” (e também “estratégica”) dos sistemas simbólicos de significado, algo que os autores evidenciam a seguir:

Todas as legitimações da morte devem realizar a mesma tarefa essencial, devem capacitar o indivíduo a continuar vivendo na sociedade depois da morte dos outros significativos e antecipar a morte com o mínimo de terror, suficientemente mitigado de modo a não paralisar o desempenho contínuo das rotinas da vida cotidiana (BERGER e LUCKMAN, 1966, p. 133).

Como mecanismo de controle, a ritualização e a regulação do funeral impedem que se façam sepultamentos prematuros de pessoas vivas, servem de desestímulo às mortes criminosas e permitem eventual identificação destas (SILVA, 2000). Para a família enlutada, cuja vida social fica *suspensa* durante o luto<sup>118</sup>, a dramatização do rito acrescenta peso e significado ao evento e auxilia a reintegração e o restabelecimento da hierarquia dela no âmbito daquela sociedade (GENNEP, 1908). No nosso caso, a disposição dos familiares e amigos na missa e no velório faz-se de acordo com o grau de proximidade em relação ao morto e a posição ocupada no âmbito da família. Há, portanto, uma prática de colocar “a família em primeiro lugar” nas estipulações do luto. Por exemplo, a etiqueta considera ser de bom tom as pessoas apresentarem os pêsames apenas os viúvos, pais, irmãos, avós e netos do falecido. Também se recomenda respeito ao espaço privativo do círculo familiar:

O espaço em volta do caixão é privativo dos familiares que ali recebem os pêsames. Levantar o lenço sobre o rosto do defunto é indiscrição. Amigos costumam sentar-se perto da pessoa mais chegada ao morto, mas deve ser dada oportunidade para que outros o façam também. Se a(o) viúva(o) estiver numa sala reservada, *respeita-se este recolhimento não indo até lá* (RIBEIRO, 2001, p. 97, grifo meu).

Todavia, não quer dizer que rituais mortuários religiosos tradicionais necessariamente satisfaçam as expectativas psicológicas dos sobreviventes (HOCKEY, 1996). Sabemos que

---

<sup>118</sup> No plano das leis, o empregado regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) pode se ausentar por 2 (dois) dias consecutivos em caso de falecimento de cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa declarada como dependente econômico na Previdência Social.

essas expectativas são muitas, pois a morte de uma pessoa querida é uma perda composta por perdas do papel de parceiro, assistência mundana, ligação com outros, criação e manutenção do 'eu', manutenção da realidade e de futuros possíveis, entre outros (LOFTLAND, 1982). A autora lembra que, para alguns sobreviventes, a magnitude da perda é tal que parece que a vida se encerrou. Isso quer dizer que a confusão traumática e a dor da perda põem os sobreviventes num estado de *liminaridade* que os deixa bastante vulneráveis (GENTRY et al, 1995). Aliás, por causa da desorientação dos enlutados, é esperado que os aspectos rituais do funeral sejam simplificados como forma de cautela:

O ritual representa a criação de um ambiente controlado onde as variáveis da vida cotidiana podem ser deslocadas precisamente porque são sentidas como sendo tão irresistivelmente presentes e poderosas. O ritual é um meio de realizar o modo como as coisas deveriam estar em tensão consciente do modo como as coisas são. O ritual depende de seu poder no fato de estar preocupado com atividades comuns dentro de um ambiente extraordinário (SMITH, 1987, p. 109).

Pessoas *liminares*, como a palavra indica, estão em um limite. O antropólogo Victor Turner, para quem a sociedade seria composta por uma “estrutura de posições”, encarou o período de margem ou liminaridade como uma “situação interestrutural” (TURNER, 1958, p. 137). Nestes momentos onde se percorre “um reino que tem poucos ou nenhum dos atributos dos estados passado ou vindouro” (Ibid., p. 138), os indivíduos se situam entre o “aquém e além” de classificações (Ibid., p. 140). Para Van Gennep, uma pessoa que estiver atravessando um estado mágico-religioso ou social para outro, “uma vez que flutua entre dois mundos”, ela estará à *margem* (Ibid., 1908, p. 35). Este estado liminar ajudaria a explicar por que muitos em sociedade geralmente evitam o contato com quem sofre: “Toda alteração na situação de um indivíduo implica aí ações e reações entre o profano e o sagrado, ações e reações que devem ser regulamentadas e vigiadas, a fim de a sociedade geral não sofrer nenhum constrangimento ou dano” (Ibid., p. 24). Dito de outra maneira, estados liminares explicam porque

De um modo muito real, eles são não-pessoas, tornando toda a interação com eles imprevisível e problemática. Como alguém trata um indivíduo que está morto em certos aspectos sociológicos? Devido a este não-estado e ao redolência de morte deles, as pessoas liminares são pessoas socialmente perigosas e a solução é isolá-las, interagindo apenas com a armadura protetora fornecida pelo formalismo ritual (MURPHY et al, 1988, p. 237).



Em sociedades capitalistas modernas, nos escreve Andrews (2004), o ritual funerário perdeu seu amparo numa estrutura comunitária e num discurso de cariz religioso para ser tratado no interior de uma estrutura político-econômica, cujos pilares seriam a medicalização e a mercantilização. Isso quer dizer que, enquanto as ‘soluções científicas’ da *medicalização* para os dilemas do espectro da morte puderam ser compradas sob a forma de *mercadorias*, ou seja, enquanto os cuidados médicos adquiriram preço no mercado da saúde (e ele ilustra isso com a eutanásia, a doação de órgãos e a livros de autoajuda sobre o término da vida), também os principais elementos do processo de morte se mercantilizaram. Isso explicaria a presença e o crescimento da “indústria funerária”, e o seu nexu economicista na produção de bens e serviços<sup>119</sup>. Pois, se por um lado, eles subsomem os papéis que outrora eram preenchidos pela família, em meio ao enfraquecimento do tecido social tradicional; por outro, eles se inserem na crescente importância do mercado no provimento de serviços de saúde, em meio ao desmantelamento generalizado de instituições estatais de cunho social. Por exemplo, em algumas cidades do interior, onde essa mudança nos foi mais visível, o uso de salas privadas ao invés da capela municipal para velar o falecido é algo recente:

Era muito comum você velar em residência até os anos 2000... E o que trouxe os clientes foi justamente a inovação das salas. E quando você mostrava para a pessoa, o que que ela ia ter e que não ter que se preocupar com serviço de copa, com café, com ar condicionado, que tinha tudo ali à disposição, aí as pessoas começaram a migrar da casa para a sala de velório. Mas até o ano 2000 você não tinha muita opção. As pessoas preferiam velar em casa porque a capela municipal, ela não te oferecia nada, né? Então, a pessoa pensava “não, vou levar para casa pelo menos lá em tenho quem faz café, eu tenho quem ajuda nisso, naquilo e tal” (E75).

Mas o estudo de como os produtos e serviços funerários se tornaram mercadorias nos pareceu insuficiente para a compreensão da dinamicidade do setor. Muito mais rico é entender os processos de consumo, isto é, entender como eles “‘tomam lugar’ em configurações determinadas (possivelmente múltiplas), cada uma com seus próprios recursos que afetam espaçamento, sintonia de ações e é constitutiva do seu significado” (CLARK e SZIMIG, 2003, p. 7). Assim, ao aproximarmos deste mercado, optamos por atentar para a sua

---

<sup>119</sup> Esse economicismo está subentendido na seguinte descrição do Ministério do Trabalho sobre os encargos dos agentes funerários “[r]ealizam tarefas referentes à organização de funerais, providenciando registros de óbitos e demais documentos necessários. Providenciam liberação, remoção e traslado de cadáveres. Executam preparativos para velórios, sepultamentos, conduzem o cortejo fúnebre. Preparam cadáveres em urnas e as ornamentam. Executam a conservação de cadáveres por meio de técnicas de tanatopraxia ou embalsamamento, substituindo fluidos naturais por líquidos conservantes. Embelezam cadáveres aplicando cosméticos específicos”. Disponível em: < <http://www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/516505-agente-funerario> >. Acesso em: 14 dez. 2017.

“coordenação espaço-temporal de trabalho”, considerando que diferentes indústrias funerárias estruturam seus respectivos mercados de modo a restringir a agência dos consumidores – principalmente através do controle dos comportamentos deles e da cadeia [*supply chain*] que funciona desde o óbito ao desfazimento (Ibid., 2003). Esse é um tipo de captura que se amplia à medida que acontece. Então, ao destacar o desenvolvimento e a manutenção da captura de clientes nesse mercado, nos concentraremos em duas áreas principais: a organização e o consumidor. E é isso que iremos analisar a seguir.

## 5.2 – Um serviço concedido

O mercado funerário no Brasil movimenta R\$ 3,95 bilhões ao ano, segundo dados da Associação Brasileira do Setor de Informações Funerárias (Abrasif) (LIMA e CURY, 2015). Apesar de inexistir um número preciso de empresas operando atualmente no Brasil, estima-se haver aproximadamente 5.500 funerárias, mil cemitérios e noventa crematórios privados que empregam de forma direta mais de cinquenta mil pessoas, sem considerar os outros negócios adjacentes (floriculturas, transportadoras, indústrias de velas, de caixões e de santinhos), em um mercado que cresce também em razão do envelhecimento da população e das dificuldades que o poder público tem em atender à população mais velha<sup>120</sup>. Em Minas Gerais, são mais de 1,4 mil empresas formais, reunidas em 2013 empreendimentos como funerárias, cemitérios, planos funerários e prestadores de serviços; um negócio que gira pelo menos R\$ 300 milhões por ano (CASTRO, 2013a). A maioria são pequenas empresas de natureza familiar, de um viés estritamente comercial. Trabalhando sob pressão, algumas se fidelizaram a uma determinada localidade de Belo Horizonte e região, onde se concentra a maioria de seus clientes. Como o número de óbitos é praticamente estável e existe um número excessivo de empresas, o ambiente destes negócios é impulsionado por disputas internas, fissuras e concorrência comercial. Por fim, ainda que tivemos notícias de empresas sendo adquiridas por outras, e há um grupo realizando uma política de aquisições agressivas na cidade, não encontramos a presença de grandes compradoras transnacionais como a estadunidense *Service*

---

<sup>120</sup> Não encontramos os números oficiais de cemitérios ou crematórios públicos e nem os nossos entrevistados souberam nos informar. Disponível em < <http://www.fecomercio.com.br/noticia/mercado-funerario-mostra-crescimento-e-investe-em-sofisticacao-de-servicos> >. Acesso em: 10 jun. 2017.

*Corporation International* (SCI), desde há algum tempo a maior operadora de funeral do mundo (cf. DRAKEFORD, 1998).

Segundo a Constituição Federal de 1988, subentende-se que os serviços funerários são de competência dos Municípios, entes federativos que têm a função de prestar os serviços públicos de interesse local, bem como para legislar acerca de matérias de idêntico raio de incidência. Sendo públicos, os serviços funerários podem ser prestados de forma *direta*, pelo próprio Ente Público, ou de forma *indireta*, pelos concessionários dos serviços, escolhidos mediante concorrência pública (cf. CF/88, art. 175). Isso quer dizer que em nosso país vários municípios possuem seus serviços funerários em regime de *monopólio* ou em regime de *acesso restrito*, por meio de autorizações, *concessões*<sup>121</sup> ou permissões, por vezes exclusivas a particulares.

Em tese, há municípios como o de Belo Horizonte que optam pela *concessão e pela permissão* para prestação do serviço<sup>122</sup>. Mas há casos como o município de São Paulo, que estabeleceu o *monopólio estatal*, exercido pela autarquia municipal; ou como o município de Adamantina (SP), que permite a *exploração plena* do serviço funerário por empresas privadas em regime de livre iniciativa, exigindo apenas requisitos sanitários e a garantia de permanência na exploração do serviço (MIRANDA, 2011). No caso de Belo Horizonte, o entendimento é de que há necessidade de licitação pública prévia para se conceder serviços funerários e cemiteriais, uma interpretação que ficou registrada num esclarecimento sobre a licitação ambiental de um cemitério privado no bairro Betânia (cf. Parecer classificado PGM n° 8979\99)<sup>123</sup>, quando a administração do município completou a letra da lei recorrendo à concepção de “serviço funerário” de Hely Lopes Meirelles:

---

<sup>121</sup> A Lei Federal 8.987/95, em seu artigo 2º, inciso II, define a concessão de serviço público como “delegação de sua prestação, feita pelo poder concedente, mediante licitação, na modalidade de concorrência, à pessoa jurídica ou consórcio de empresas que demonstre capacidade para seu desempenho, por sua conta e risco e por prazo determinado”.

<sup>122</sup> Um entrevistado acredita que o início do setor careceu dos instrumentos de um controle maior do Estado. Ele acredita que hoje há maior necessidade de fiscalização pela dimensão que o negócio está tomando: “em regra no Brasil se observa que as funerárias começaram a ser abertas a pedido de alvará e início de atividade pública municipal... então inicialmente não houve nada de licitação, concessão, permissão de serviço público, funerária... então uma coisa que está se aproximando é a necessidade da regulamentação da atividade que está sem regulamentação e sem fiscalização... e que nesses últimos dez anos têm empresas especializando em consultoria no ramo e no próprio direito, já aparece o direito funerário...” (E58).

<sup>123</sup> Disponível em: <  
[https://ecp.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=pgm&evento=portlet&pIdPlc=ecprTaxonomiaMenu&lang=pt\\_BR&tax=53206&taxp=53182&pg=11386&idConteudo=241278](https://ecp.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?app=pgm&evento=portlet&pIdPlc=ecprTaxonomiaMenu&lang=pt_BR&tax=53206&taxp=53182&pg=11386&idConteudo=241278)>. Acesso em: 14 jun. 2017.

O serviço funerário é da competência municipal, por dizer respeito a atividades de precípua interesse local, quais sejam, a confecção de caixões, a organização de velório, o transporte de cadáveres e a administração de cemitérios. As três primeiras podem ser delegadas pela Municipalidade, com ou sem exclusividade, a particulares que se proponham a executá-las mediante concessão ou permissão, como pode o Município realizá-las por suas repartições, autarquias ou entidades paraestatais.

Quando delegados esses serviços a particulares, serão executados sob a fiscalização e controle da Prefeitura, para que se assegurem o bom atendimento do público e a modicidade das tarifas. Este poder de regulamentação é irrenunciável e deverá ser exercido ainda que omitido na delegação, porque a **polícia mortuária** e a fiscalização dos serviços concedidos são atributos do Município como entidade delegante.

(...)

Convém advertir que a competência municipal não adentra a parte de saúde e de normas para autópsia, exumação de cadáveres, prazo para sepultamento e outros aspectos de atribuição estatal e até mesmo federal. *Cabem ao Município a parte administrativa dos cemitérios e os serviços funerários propriamente ditos, para a prestação dos quais a Prefeitura pode cobrar a respectiva remuneração* (MEIRELES, 1996, p. 322-323, grifos meus).

Para Correia (2016), o direito funerário visa garantir por meio de seus atos a dignidade da celebração da morte, pois é um direito fundamental ter uma morte *digna* – ou, no mínimo, não ter o cadáver insepulto além da fase avançada de sua decomposição; não ter a sua morte discriminada por sexo, idade, raça, religião ou cor; e não ter seu corpo ou túmulo vilipendiados. Trata-se do *jus sepulchri*, o direito de *ser e permanecer* sepultado (SILVA, 2000). Isso quer dizer que, para o direito, a dignidade humana não se esgota em vida, seja a incolumidade do corpo cadavérico, o direito de sepultamento não discriminatório, entre outros direitos extrapatrimoniais (Ibid., 2016) – cabendo à *polícia mortuária* assegurar o cumprimento de todos eles.

No âmbito das normas gerais deste direito funerário, devemos reparar que uma das causas do negócio mortuário está na própria Constituição Federal de 1988. Ironicamente, o impulso se deu quando empresas privadas também puderam construir e administrar cemitérios e crematórios de forma autônoma. De fato, em respeito aos municípios, a existência de um “regime de concessão ou permissão” para “serviços públicos de interesse local” só vai aparecer no texto da atual carta magna (art. 30, V, CF/88). Anteriormente, na esteira de “serviços públicos locais”, as Constituições de 1946 e de 1967 reservavam expressamente os serviços funerários à autoridade municipal (cf. MIRANDA, 2011, p. 36-7), que na maior

parte dos casos carecia de uma visão de negócio – voltado estritamente para o lucro<sup>124</sup>. Esse ponto nos foi trazido numa entrevista por um alto funcionário de um importante cemitério privado da cidade:

Mas a partir dos anos oitenta – você vê que é uma coisa absolutamente recente – que os cemitérios começaram a ser tratados e enxergados como negócios propriamente ditos, em empresas, em pessoas jurídicas de direito privado com finalidade econômica... E aí a coisa veio crescendo e diversificando..., mas mesmo assim só depois dos anos dois mil. Percebe como a atividade funerária está chamando atenção? Porque dificilmente antes dos anos dois mil uma pesquisa na área de ciências econômicas estudaria o negócio de cemitério, o negócio funerário propriamente dito... (E58).

Voltando à questão jurídica, independentemente das diferenças na lei maior, conforme me lembrou esse entrevistado, as bases desse modelo foram lançadas na Constituição de 1891 que, em decorrência da separação do Estado e da Igreja, implantou um sistema secularizado e municipal de cemitérios, conforme se escreveu à época: *“Os cemitérios terão caráter secular e serão administrados pela autoridade municipal, ficando livre a todos os cultos religiosos a prática dos respectivos ritos em relação aos seus crentes, desde que não ofendam a moral pública e as leis”* (art. 72, § 5º, CF 1891). Até a implantação do regime republicano, os serviços fúnebres eram associados à *fé católica* e geridos pela Igreja. De fato, havia uma política da divisão socioespacial da Igreja, que era amplamente aceita, e que definia exatamente o local em que cada indivíduo seria sepultado (cf. REIS, 1991, p. 171 – 202; RODRIGUES, 2005, p. 149 – 198). Para assegurar aos cidadãos da Nova República a livre escolha religiosa, a Constituição de 1891 laicizou a atividade funerária, confiando-a aos municípios, ainda que essa transição que não tenha se dado sem conflitos (Ibid.).

Do ponto de vista político, o enterramento civil e a secularização dos cemitérios que ocorre em 1890 também pôs fim aos desencontros entre autoridades civis e eclesiásticas quanto a enterramentos em terrenos sagrados, um dissenso que vinha acontecendo desde meados do século XIX (SILVA, 2000). Acontece que a jurisdição eclesiástica impedia o sepultamento

---

<sup>124</sup> A municipalização do negócio funerário optou em conceder aos hospitais beneficentes o monopólio de exploração deste serviço como forma dele pagar suas despesas. As taxas cobradas dos mortos ricos pagava o tratamento de enfermos pobres (RODRIGUES, 2014). Durante algum tempo, essa foi uma das principais características do nosso regime de morte, e, sobre isso, Dowd (1921, p. 157) escreveu o seguinte: “Os enterros no Rio de Janeiro são controlados por um monopólio – o Hospital de Misericórdia – e o mesmo método alcança outras cidades brasileiras. Os lucros de todos os negócios funerários vão para auxiliar os hospitais. (Assim, o serviço para os mortos deve ajudar os moribundos a viver.)”.

de maçons e protestantes, o que gerava desconforto nas autoridades do Estado ao ver figuras de grande projeção política do Império serem impedidas de sepultamento e também imigrantes – o que colocava em jogo as garantias do projeto imigrantista frente ao fim da escravidão (RODRIGUES, 2005). As constituições seguintes repetiram a orientação da Constituição de 1891, e o tratamento perpetuou-se na prática dos municípios. Somente na Constituição de 1988, que intencionalmente *não* dispôs que as atividades funerárias fossem serviço/função pública, fazendo desaparecer qualquer menção aos serviços funerários, não obstante as emendas para que a matéria aparecesse nessa Carta (cf. SILVA, 2000, p. 332), é que essas atividades puderam passar à livre iniciativa, sob o regime de *concessão*<sup>125</sup> ou *permissão* (art. 175, CF 1988), sempre submetidos ao poder de polícia mortuária dos municípios (Ibid.).

Através esse breve resumo das mudanças na lei brasileira sobre os negócios mortuários, vemos a prática do que Michel Foucault chamou de “razão governamental moderna” (1978a, p.14), em que a intervenção do governo sobre a vida e a conduta dos indivíduos passa a ser regulada por um princípio limitador intrínseco à prática de governo, que demarca o que se deve ou não fazer. A linha divisória entre práticas de governo é negociada entre governantes e governados, em meio a discussões, conflitos, acordos, concessões mútuas, que “vai colocar, de um lado, a esfera de intervenção do poder público e, de outro, a esfera de independência dos indivíduos” (Ibid., p. 57). Ultrapassar esse limite seria um “excesso de governo” que tiraria a “liberdade de ação” que se consegue ao se “governar de menos”. Foucault nos explica que o surgimento dessa nova arte de governar deveu-se à *economia política*, que ele entendida como “uma espécie de reflexão geral sobre a organização, a distribuição e a limitação dos poderes numa sociedade” (Ibid., p. 19).

O advento desta economia política trouxe ao seu ver uma nova forma de qualificar o governo. Um governo que não segue a natureza dos fatos, por desconhecimento dos efeitos de suas ações, é um governo que deve ser evitado. O que fará toda a diferença é *re-conhecer* de forma dinâmica os mecanismos “naturais” (Ibid., p. 44) sobre os quais se age na prática governamental, isto é, a “verdade” de seus atos durante seu próprio exercício, em suas ações,

---

<sup>125</sup> A concessão de serviço público seria uma “delegação de sua prestação, feita pelo poder concedente, mediante licitação, na modalidade de concorrência, à pessoa jurídica ou consórcio de empresas que demonstre capacidade para seu desempenho, por sua conta e risco e por prazo determinado” (Lei 8.987/95, art. 2º, II).

seus movimentos e transformações. A partir de então, segue ele, sob um risco permanente do governo errar a dose da sua intervenção, as ações governamentais passaram se basear em premissas “transformáveis”, submetidas continuamente “à demarcação do verdadeiro e do falso” (Ibid., p. 26).

Na economia política, parece haver uma faixa de ação para os governos cujos limites mínimos e máximos não estão pré-fixados, porque eles se estabelecem à medida que as ações governamentais acontecem. Isso obriga o governante a estar atento aos limites do que seria um “bom governo” (princípio de autolimitação) e aos limites que lhe são dados pela própria natureza das coisas (princípio de verdade). A partir de então, bem governar seria “governar de menos” e deixar as coisas acontecerem (“*laissez-faire*”). Essa arte de (menos) governar deixa o mercado agir para que ele mesmo possa, naturalmente, estabelecer suas relações, seus limites, enfim, sua verdade. Ou como o próprio Foucault colocou, a economia política transformou o mercado em um “lugar de verificação” da prática governamental, responsável por constituir os mecanismos jurisdicionais que atuarão sobre o próprio mercado e o governo (Ibid., p. 45).

Todavia, conceber o mercado como lugar da verdade e fator de limitação interna de uma nova arte de governar trouxe o problema de como estabelecer um ordenamento jurídico que limite a ação do governo sem paralisá-lo e que deixe o mercado atuar livremente segundo a sua “verdade”. Para Foucault, existem duas vias para se limitar esse poder se valendo da verdade do mercado (cf. Ibid., 1978a, p. 54 – 59). Uma, que ele designa como *revolucionária*, é sistematizada sobre o direito público e na concepção de que a lei emana da vontade coletiva e mostra quais direitos os indivíduos desejam abrir mão e quais eles querem manter. Trata-se, portanto, de delimitar as competências do governo a partir dos direitos do homem. No caso da questão funeral, conforme vimos acima, trata-se do *jus sepulchri*, do nosso direito incontestável de um local de sepultamento (cf. CORREIA, 2016). Como a vontade coletiva não abriu mão deste direito, ele é *erga omnes*, ou seja, os efeitos da lei valem para todos. A outra, chamada de *via radical utilitarista*, estaria baseada na possibilidade de a lei impedir a interferência do poder público na independência dos indivíduos. Ele é “radical”, porque busca fazer valer os direitos originais dos indivíduos em face aos abusos do soberano, e “utilitário” porque a “esfera de competência” de um governo passa a ser limitada de acordo com sua *utilidade* – uma ideia que norteia a formação de um direito público a partir do século XIX

(Ibid., p. 56). No nosso caso, é o que vimos com o “regime de concessão ou permissão” para “serviços públicos de interesse local” na nossa Carta Magna (art. 30, V, CF/88).

Tem-se então uma governamentalidade limitada, de um lado, pelo jogo de *trocas* do mercado, de outro, pelo valor de *utilidade* do poder público (Ibid., p. 60). O princípio por trás tanto da troca no mercado como da utilidade no poder público é o jogo complexo de interesses: individuais e coletivos, utilidade social e benefício econômico, equilíbrio do mercado e regime do poder público (Ibid., p. 61). É esse jogo complexo que passa a orientar o funcionamento da nova razão governamental, e o governo passa a ser aquilo que respeita e se submete a uma “república fenomenal de interesses” (Ibid., p. 63).

Na circunstância de Belo Horizonte, a citação que o parecerista da prefeitura fez do livro de Meirelles (1996) deixa subentendida que a rede de interesses sobre a qual o município atuou inclui a livre iniciativa, a classe médica, a vigilância sanitária e os usuários do serviço. Uma interpretação foucaultiana diria que a governamentalidade municipal possibilitou uma **economia política da morte** específica de Belo Horizonte, semelhante ao que ocorre em outros municípios, cada qual com seu arranjo peculiar (cf. MIRANDA, 2011, p. 8 – 10). A diversidade de como os municípios prestam o serviço funerário pode ser vista na referida monografia (cf. Ibid., p. 10), mas podemos citar um exemplo dado por um entrevistado de como diferentes ramos do direito (ambiental, civil, administrativo, cemiterial) operam para solucionar uma contenda mortuária:

Se a família de um cadáver há setenta anos tem um jazigo adquirido no Bonfim ou no Colina... Se esse cemitério for interditado por poluir o meio ambiente, vão falar com ela: 'a partir de agora, você está proibida de sepultar lá. Agora é só no cemitério vertical ou cremar'? Isso não se pode, até porque a lei civil nossa determina que os restos dos mortais pertencem à família e cabe a ela decidir a destinação que vai dar, podendo o poder público regulamentar, mas não impor ao particular o que ele deve fazer com o corpo... Olha a complexidade do problema.... (E58).

O entrevistado parece concordar com a afirmação feita há muito por Silva (2000) de que a atenção do direito funerário aos municípios, pelos menos aqueles de maior índice populacional, decorre do fato desta legislação em quase sua totalidade ser de competência do Poder Público Municipal. E se no plano federal, há poucas matérias particulares de direito funerário – cremação, transporte e utilização de cadáveres; transplante de órgãos; determinação de necropsia; etc. – e somente uma lei ordinária tratando da matéria (cf. Lei



13.261/16), a situação não melhora muito no plano dos estados-membros, onde é contumaz se legislar apenas o transporte de cadáveres (cf. Lei 15758/05 do nosso estado). Assim, de certo modo, permanece atual a afirmativa do autor de que a ausência de uma legislação federal a ser observadas pelas municipalidades “faz com que haja grandes divergências e falta de uniformidade para as mesmas questões”<sup>126</sup>, fato que privilegia o *plano do município* como o lugar de entendimento de questões funerárias (Ibid., p. 149).

### 5.3 – Uma organização social da morte

É possível dizer que essa economia política municipal é um fator determinante do modo como enlutamos. Essa afirmação nos aproxima das ideias de Robert Hertz, autor que tomou as “funções sociais” da morte como seu tema fundamental. Se “a morte nem sempre foi representada e sentida como ela é em nossa sociedade” (HERTZ, 1907 1960, p. 28), e a exemplo de Émile Durkheim, líder da escola *Année Sociologique* da qual foi membro, que estudou o suicídio como um ato social, Hertz mostrou em seus escritos sobre os rituais funerários que essas emoções – bem como a concepção da morte (um instante para nós, mas um processo longo para a coletividade) e as práticas que as cercam – também poderiam ser estudadas como fatos sociais (BLOCH e PARRY, 1982). Nestes termos, todo ritual do ciclo de vida “implica a passagem de um grupo para outro: uma exclusão, ou seja, uma morte e uma nova integração, ou seja, um renascimento” (HERTZ, 1907, p. 81). Para ele, é a extinção do ser *social*, e não do ser físico, que encerra a morte em diferentes culturas, um movimento que possibilita a renovação do coletivo (Ibid.).

Foi em Hertz que encontramos a seguinte afirmação que, ao nosso ver, é emblemática: “Ao estabelecer uma sociedade dos mortos, a sociedade dos vivos regularmente recria a si mesma” (HERTZ, 1907, p. 72). De fato, os ritos fúnebres costumam revelar mais sobre os vivos do que sobre os mortos, e se levarmos em conta que a construção do mundo dos mortos reforça o mundo dos vivos, é a partir dele que podemos refletir a nossa sociedade. Mas aqui cabe uma importante pergunta: como entender como as funerárias contribuem para a produção e

---

<sup>126</sup> Em 2009, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) lançou uma “orientação técnica” a ser “observada na normatização e fiscalização sanitária de Estabelecimentos Funerários e Congêneres situados em Estados e Municípios que não possuam legislação específica” (ANVISA, 2009, p.4). No plano estadual, somente em 2015, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, instituiu um regulamento técnico que disciplina “as condições mínimas para instalação funcionamento e licenciamento” de operadoras funerárias e congêneres (Resolução SES nº 4798/15, art. 1º).

funcionamento deste “regime da morte” ou desta “física da própria morte”, tomando emprestados os termos de Foucault (1978b, p. 443), que tem sido tão criticados por praticamente toda a literatura de tanatologia? Se a morte virou ‘*tabu*’, se ela é ‘negada’ ou ‘sequestrada’, devido às práticas e atitudes em relação a ela, como abordar essas mesmas práticas e atitudes sem perder a sua dinamicidade num centro urbano como Belo Horizonte?

Para os meus propósitos, explicações que se sustentam *somente* na noção de sequestro da morte – comercialização, medicalização, declínio da religião – seriam insuficientes. Conforme nos escreve Smith (2006, p. 232), elas exagerariam “as ocasiões em que a rede é invisível, os momentos em que atua como um ‘bloco único’ e suas partes heterogêneas estão temporariamente ‘no lugar’”. Sem “qualquer sinal da complexidade subjacente”, continua ele, nos satisfazemos com “simples explicações sobre o que está 'faltando’”. Dito de outro modo, subjaz nessas explicações um esforço em descrever “as divisões entre categorias, bem como quem ou o que entra nelas” (HOCKEY et al, 2010, p. 3). Isso é o que ocorre quando se determina a fronteira entre estar vivo e estar morto. O problema é que esse modelo abre possibilidade de impor uma grade classificatória fixa para um mundo congelado, sem considerar *como* se transita *entre* categorias. E, como trabalho sobre a morte em particular nos lembra, “os seres humanos e seus ambientes estão em constante fluxo, movendo-se entre categorias como infância, idade adulta, final de vida e morte” (Ibid.). Assim, foi necessário nos afastarmos de Michael Foucault, por ele ter adotado o viés da medicalização em diferentes passagens sobre a *biopolítica*<sup>127</sup>, e nos aproximarmos da *teoria ator-rede*, pelos resultados que constatamos alcançar em alguns trabalhos sobre a morte e o morrer, sobretudo aqueles que lidam com a materialidade desses acontecimentos (que não se resume a atores humanos), de como eles conseguiram traduzir o que seria uma “mecânica de poder” por detrás de seus objetos de pesquisa. De fato, há conexões intrigantes a serem exploradas entre a obra de Foucault e os escritos de Michel Callon e Bruno Latour, por exemplo, uma vez que para Foucault, apenas os seres humanos (e não os objetos) seriam dotados da capacidade de ação, uma decisão que lhe impediu de relacionar melhor tecnologias materiais e estratégias de

---

<sup>127</sup> No curso “Em Defesa da Sociedade”, por exemplo, ele nos fala o seguinte: “Todo o mundo sabe, sobretudo desde certo número de estudos recentes; que a grande ritualização pública da morte desapareceu, ou em todo caso foi-se apagando, progressivamente, desde o fim do século XVIII até agora. A tal ponto que, agora, a morte – deixando de ser uma daquelas cerimônias brilhantes da qual participavam os indivíduos, a família, o grupo, quase a sociedade inteira – tornou-se, ao contrário, aquilo que se esconde; ela se tornou a coisa mais privada e mais vergonhosa (e, no limite, é menos o sexo do que a morte que hoje é objeto do tabu) (Ibid., p. 294-5; cf. 1983, p. 140 – 141; 1975c, p. 296; Ibid., 1976b, p. 131).

governo em seus escritos sobre biopolítica (cf. LEMKE, 2011a, 2011b, p. 172; 2013, p. 47 – 48).

Para Law (1992, p. 4), “um ator é uma rede padronizada de relações heterogêneas ou um efeito produzido por essa rede”. Segundo ele, o papel do pesquisador seria o de realizar uma “engenharia heterogênea” que junte as várias peças “do social, do técnico, do conceitual e do textual” (Ibid., p.2) de modo que ele compreenda como todo esse material se ordena e reordena. O problema é que, muitas vezes, focamos apenas no ator, no objeto ou na instituição, por desconhecermos as redes que os antecedem e os criam. Ao contrário, a teoria ator-rede rejeita o reducionismo de “assumir, a priori, que objetos ou pessoas em geral determinam o caráter da mudança social ou estabilidade” (p. 3) para assumir como seu cerne:

uma preocupação de como os atores e as organizações se mobilizam, justapõem e mantêm juntos os pedaços e as peças de que são compostos; como às vezes eles são capazes de impedir que esses pedaços e essas peças sigam suas próprias inclinações e escapem; e como eles conseguem, como resultado, esconder temporariamente o processo de tradução em si e assim transformar uma rede de um conjunto heterogêneo de pedaços e peças, cada qual com suas próprias inclinações, em algo que se passa como um ator pontuado (Ibid., p. 6).

Essa será a minha preocupação a seguir. Quero ver os *efeitos* que acontecem no interior de redes de pessoas, objetos inanimados e seus arredores – sem tomá-los isoladamente. Apreciar a agência em termos de *efeito* nos permite reconhecer seres humanos e seus ambientes como coprodutores de significado, o que me leva a considerar a agência não só de indivíduos, mas também de hospitais, do IML, das funerárias, isto é, dos ambientes em que se morre e se entristece (HOCKEY et al, 2010). Isso me permite afastar de uma crença existente no mundo dos negócios de que “os serviços funerários não requerem canais sofisticados para que o empresário alcance o cliente” e de que a agência se limita ao consumidor, que “vai à Funerária e contrata os serviços” (SEBRAE, 2012, p. 12). Contra essa perspectiva rasa, buscarei traduzir os mecanismos que permitem a categoria *cadáver* transitar para a categoria *ordem de serviço* de uma funerária em meio à concorrência de mercado. Dessa forma, me aproximo de Sudnow (1967) que, em estilo etnometodológico, ressaltou como a “morte” e o “morrer” emergiram das interações e práticas de saúde – “definição processual de morrer”, uma definição baseada sobre as atividades em que esse fenômeno pode ser dito” (Ibid., 1967, p. 194). No nível de tecnologia material, analisarei as redes sóciotécnicas segundo a estratégia de *clustering*, uma tendência recente do setor:

*Clustering* é uma técnica usada por empresas que organizam suas unidades operacionais – funerárias, cemitérios, lojas de flores, crematórios e negócios de seguros – em grupos integrados no mesmo mercado. Tal estratégia permite à empresa reunir recursos, ativos, pessoal e serviços no interesse de maiores lucros (...). *Clustering* também é benéfico para estabelecimentos funerários de propriedade privada com vários locais no mesmo mercado (SALOMONE, 2003, p. 584).

#### 5.4 – Descrição das funerárias

Começamos pela funerária, um tipo de empresa cujas atividades principais, segundo a crença de algumas pessoas, é o comércio e o traslado de urnas fúnebres (percurso hospital/IML-clínica-cemitério)<sup>128</sup>. Considerando o número de mortes por ano no país – em torno de um milhão – e o custo médio de um funeral é de R\$ 2 mil, o mercado estaria movimentando, pelo menos, R\$ 2 bilhões anualmente. Em campo, vimos que neste setor há um grau variável de profissionalização e um domínio por pequenas empresas familiares. De acordo com os entrevistados, as maiores empresas da cidade atuam em torno de dezesseis corpos por dia e quatrocentos corpos por mês. A origem desses corpos é majoritariamente os hospitais, as residências e o IML, nesta ordem.

A importância da funerária é atuar no planejamento e logística necessários após ocorrer o falecimento de uma pessoa, em resposta às preocupações da família e amigos que desejam prestar as últimas homenagens a esse que partiu (ZAPATA, 2008). Como o seu trabalho é intermediar os enlutados e as organizações que fornecem o modo de disposição (PARSONS, 2003), é comum encontrá-la nas proximidades de hospitais, clínicas médicas, cemitérios e IML, onde a possibilidade de procura pelo serviço é maior. Por exemplo, “hoje você vê nessa redondeza aqui, em dois quarteirões, há cinco funerárias que vieram atraídas pela Santa Casa...” (E19). Saber se o hospital pertence à rede pública ou se é privado, ou qual o tipo de bairro onde ele está localizado, ajuda a conhecer o perfil dos potenciais clientes, o tipo de divulgação usar, a expectativa de margem de lucro, etc. (SEBRAE, 2012). Importante que essa estratégia não é exclusiva do negócio funerário e é também utilizada pelos despachantes de trânsito, pois como ouvimos: “nesse quarteirão de cima havia vários bares... agora é mais funerária e despachantes, porque no entorno aqui é o DETRAN e o IML, e eles aproveitam o

---

<sup>128</sup> Disponível em: < <https://www.sebrae.com.br/sites/PortalSebrae/ideias/como-montar-uma-funeraria,37b87a51b9105410VgnVCM1000003b74010aRCRD> >. Acesso em: 25 nov. 2017.

espaço para fazer esse tipo de comércio...” (E23). De outro lado, a estratégia de localização das funerárias expõe a carência e distribuição desigual de serviços essenciais à vida dos cidadãos que se configura ao longo do território nacional. Essa segregação socioespacial é facilmente constatada no mundo dos vivos quando

[...] olha-se o mapa do país e se observa extensas áreas vazias de hospitais, postos de saúde, escolas secundárias e primárias, informação geral e especializada, enfim, áreas desprovidas de serviços essenciais à vida social e à vida individual. O mesmo, aliás, se verifica quando observamos as plantas das cidades em cujas periferias, apesar de uma certa densidade demográfica, tais serviços estão igualmente ausentes. É como se as pessoas nem lá estivessem (SANTOS, 1987, p. 59).

Como o centro da atividade funerária é dado pelo comércio, escreve Zapata (2008), poderia se afirmar que o negócio funerário está concentrado em duas grandes atividades. Num extremo, as operadoras cujo núcleo seria o comércio de seus espaços para o enterro; além de serviços de ritualização e de enterramento. No outro extremo, operadoras sem infraestrutura física, cujo núcleo é o comércio de serviços de terceiros, tornando-se intermediários de diferentes negócios do setor. Entre eles há uma variedade de formatos, porque um tipo de núcleo não exclui o outro, sendo fácil de encontrar empresas com suas próprias instalações, mas que ofertam bens e serviços de outras. Essas parcerias possibilitam os “pacotes”, cuja escala vai do mais básico, com os elementos considerados necessários de cuidado com um cadáver (objetos da cerimônia, traslado, etc.), ao mais caro, com acréscimos a esses elementos (mudanças nos estilos de caixão, de preparação corporal, de arranjo floral; carro de luxo para o cortejo fúnebre; acompanhamento musical; entre outros). Eles evidenciam os preços e serviços oferecidos pela funerária e deixam mais transparente a atuação dos vendedores para os clientes. Um coordenador de equipes nos explicou que a função dos pacotes seria viabilizar uma alternativa de produto mais módica:

E tem os pacotes, os serviços fechados, né? Por exemplo, o cara pode chegar ali escolher uma urna de dez mil reais e uma coroa novecentos reais, mas ele também pode escolher uns pacotes mais baratinhos, com um tipo de coroa, de ornamentação e de caixão. “Esse caixão com essa a ornamentação e com essa coroa é tanto”. É como se fosse uma cesta básica, sabe? Que o pessoal já monta, com um valor melhor (...). Eles estudam a média de custo, do quando que você vai gastar na ornamentação, na urna que você pode retirar, para diminuir na margem de custo, para fechar num valor redondinho e oferecer para o cliente um serviço mais em conta (E91).

A diferenciação e o aumento de tarefas facilitam as vantagens competitivas em meio à concorrência, ainda segundo a Zapata (2008). Além disso, tendo como exemplo Belo

Horizonte, o preço dos pacotes varia também em função das taxas cemiteriais, mais baratas em cemitérios municipais públicos, e do lugar onde o corpo será enterrado (capital e interior; no local de residência ou fora do local de residência do falecido). No Brasil, a disputa por clientes ocorre no contexto de taxas de mortalidade relativamente estáveis, com possibilidade de se tornar mais acirrada nas municipalidades em que as secretarias de assistência social oferecem serviços funerários gratuitos à população (SEBRAE, 2012)<sup>129</sup>. De fato, parece que a pressão por competição poderá crescer nos próximos anos, considerando possibilidades de redes público-privadas que foram arquitetadas em entrevista, mas ainda são impedidas pela disparidade de legislações municipais:

Eu incentivaria as parcerias estaduais, municipais, na grande BH, por exemplo. Porque em Contagem, em Betim, eles têm outra filosofia ou outros parâmetros de leis e tudo, que não permitem fazer parcerias com a gente. Talvez eu mudaria isso. (...) A questão de parceria com prefeituras do interior, porque vem muita gente de fora aqui para o hospital, né? Por exemplo, se morre aqui um cara lá de Oliveira no hospital daqui, prepara o corpo aqui e faz o traslado daqui, mas prefeitura da cidade de lá tem também os riscos e os compromissos... Então teríamos a parceria com a prefeitura, tudo acordado entre as partes. Porque nós mandamos muito corpo para fora, inclusive para o exterior, né? E para a família fica muito oneroso, demanda dela uma série de burocracia e tudo mais (AB).

Espacialmente, o plano de uma funerária média demonstra uma divisão entre as partes da frente e de trás, entre as partes de acesso fácil e difícil, tal como em outros países (cf. BRADBURY, 1999). Em campo vimos que na *parte da frente*, há a área onde o cliente, que como sabemos nunca desejou estar ali, é recebido e atendido de forma reservada e personalizada. Ali, é costume lhe servir água, café e biscoitos e apresentar o mostruário da empresa. Afinal, “já que você tem que ficar vinte e quatro horas, tem que ter café, tem que ter um chá, uma bolacha...” (E4). Também a sala de cerimônias de algumas funerárias fica neste

---

<sup>129</sup> Também o Hospital Santa Casa, que oferece sepultamento gratuito para carentes (pessoas com renda mensal de até três salários mínimos), indigentes e peças do IML. A contrapartida da PBH é que o hospital pode usar o Cemitério municipal da Saudade para desfazer de peças anatômicas oriundas de cirurgias. O hospital também provê serviço funerário na cidade, cuja renda ajuda a pagar os custos alimentares do Hospital e cobrir o montante que falta nos repasses federais ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Houve um momento em que a Funerária Santa Casa deteve monopólio da venda de caixões na cidade, fato que gerou conflitos jurídicos com empresas do setor. Atualmente, o serviço de enterros gratuitos é oferecido por meio da Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social (SMAAS), a autarquia Fundação de Parques Municipais e a Funerária Santa Casa. Por mês, há em média 105 sepultamentos gratuitos para pessoas carentes e indigentes. O serviço foi estabelecido em 1944, por meio de um contrato firmado entre a Prefeitura de Belo Horizonte (gerida por Juscelino Kubitschek) e a Santa Casa. Segundo a nossa legislação federal, o sepultamento gratuito estaria entre os “benefícios eventuais” da Política de Assistência Social, estes sendo “provisões suplementares e provisórias (...) prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública” (Lei 8742/93, art. 22).

lado. Já na *parte detrás* (às vezes, *de cima*), há a área administrativa, onde se realiza o trabalho de gestão e onde o próprio dono do negócio costuma ficar. A atividade burocrática é intensa e se divide em diferentes níveis hierárquicos: “Eu acho primordial ter controle”, nos disse um coordenador (E3). Claro, pois a coordenação de tarefas interfere na geração de cargos: “o [omitido] é o gerente, aí existem os supervisores – eu, [omitido] e o pessoal – e os coordenadores acima da gente... Aquele que chegou aqui, ele é coordenador geral do atendimento. Lá embaixo há o coordenador administrativo da parte operacional...” (E73). Se houver um almoxarifado (*em baixo* ou *no fundo*) certamente encontraremos urnas funerárias, velas, véus, castiçais, flores, livro de presença e demais mercadorias que são vendidas à vista ou em parcelas. Ademais, como o simbolismo do objeto do caixão pode deixar algumas pessoas aflitas, é comum que elas evitem ir onde ele é exposto:

A sala de urnas é a que as pessoas ficam mais com cisma, com medo. E às vezes, as pessoas que ficam ali no atendimento que estão mais traumatizadas, ficam mais sentadas, né? Entra mais lá dentro as pessoas que estão mais preparadas... Tem gente que tem cisma com fantasma, morte, essas coisas, e aí prefere nem entrar (E51).

Um almoxarifado espaçoso agiliza o atendimento de diferentes clientes. Por exemplo, o tipo de urna (se “normal” ou “para gente gorda e grande”) “vai de acordo com que a família escolhe, mas eu tenho que ter o produto para oferecer. Igual uma loja de sapato, você tem todo tipo de tênis lá, não é?” (E3). Nas facilidades com tanatório, são mantidas as instalações técnicas (áreas refrigeradas, mesas de aço, etc.) que serve de lugar de repouso temporário para os mortos retirados do hospital, mas que ainda não foram arrumados para o seu funeral. Em alguns momentos do meu percurso pelas empresas da cidade, tive a impressão de que “os agentes funerários tentam legitimar seus negócios transformando-o em um ritual sagrado”, e, por isso, tomam emprestado símbolos sacros para encobrir a atividade comercial (ZELIZER, 1978, p. 607). De fato, é comum encontrar num catálogo de artigos funerários, véus, velas, mantos com imagens de santas, flores artificiais, terços, cruzes, entre outros produtos de forte simbolismo. Dadas essas condições, não é de se estranhar quando um empresário compara diferentes ritos de passagem para explicar a disposição de elementos naturais – como as flores, que no mundo todo são utilizadas como símbolos de expressão emocional – em sua sala de cerimônia, subentendendo sua intenção de minimizar o aspecto “sombrio” de seu negócio, dando-lhe ares de celebração (cf. CRABTREE, 2010):

Sabe qual o cerimonial que eu comparo sempre um casamento com velório? Porque no velório tem que ter as flores e flor é vida... O que que está ali? Morte... Então você equilibra, entendeu? Porque tem que ter flores no velório para equilibrar o contraste da morte com a vida... Porque na sala de cerimônia tem água?... Porque água é vida.... Aí você ameniza a dor da família, você ameniza o velório, você descarrega o velório... Ele não é tão pesado quando eu tenho água e flores no velório... (E4).

Quanto aos equipamentos, encontrei veículos adaptados para cadáveres; carrinhos que transportam caixões, candelabros, castiçais, suporte para coroas, entre outros. Também encontrei câmeras de vigilância, telefones, equipamentos de informática, softwares de gestão (que controlam vendas, finanças, estoque, circulação de produtos, entre outros), e emissores de cupom fiscal. Esses itens são necessários para quando a funerária receber as instruções de realizar um arranjo cerimonial, pois um conjunto de tarefas físicas e administrativas, de tarefas planejadas e coordenadas, que envolve pessoal especializado, equipamentos e instalações, deve estar de prontidão para quando uma demanda surgir (PARSONS, 1997). Essa demanda é repentina, ainda mais porque não temos o costume de velar por dias seguidos como em países anglo-saxônicos, o que traz situações tais como a deste entrevistado: “os caras não fazem nem velório. Eles chegam aqui, agora são quinze para uma: ‘ó, eu quero enterrar às cinco horas aqui no municipal’. Pô, você sai correndo, vai pegar no hospital, então você não trabalha, você faz uma loucura...” (E27). A referência a países de língua inglesa não é gratuita, pois, no ambiente de profissionalização do setor, a grande referência dos nossos entrevistados são os EUA que, em conjunto com alguns países europeus, exercem grande influência no atual modelo funerário brasileiro:

O setor funerário aqui no Brasil agora evoluiu bastante, mas a verdade é que o conceito do serviço funerário no Brasil é um e na Europa, Estados Unidos é outro. Eles têm a morte como um acontecimento, como um nascimento de uma pessoa, um casamento, um cerimonial... Então aqui agora não só as próprias funerárias estão fazendo isso. Como estão exigindo mais, então atendendo melhor. Antes você ia em uma funerária e os caras estavam lá de camisa, de chinelo de dedo no pé. Hoje, não. Hoje você vai na funerária eles te atendem tudo trajado no terno, tudo bonito... Com o tempo, nós estamos trazendo a evolução de roupas dos Estados Unidos para cá. É difícil, mas trouxemos muita coisa já... tanto eu que participo quanto o pessoal que faz a feira aqui, nós já viajamos bastante e é que nem o Chacrinha falava: “Nada se cria, tudo se copia” (E83).

Como há muitas empresas familiares neste mercado, algumas inclusive na terceira geração, o tema da profissionalização apareceu em nossas entrevistas, sobretudo em grandes funerárias. Em tese, uma gestão profissionalizada diminuiria a arbitrariedade e a interferência de critérios particularistas que são recorrentes em empresas familiares (ausência de regras claras e



planejamento, a centralização de informações, nepotismo, entre outros), aumentando performance da empresa. Aparentemente verdadeira, essa pressuposição não possui evidência empírica, com pesquisas trazendo resultados contrastantes (cf. DEKKER et al, 2015). Ainda assim, vários entrevistados sublinharam a importância da impessoalidade e da formalidade nas empresas:

Se você observar aquelas que fazem investimento em infraestrutura, em planejamento; se você pegar essas empresas e conseguir levantar dados delas de cinco anos atrás.... você vai perceber que algumas há cinco anos atrás eram uma e hoje elas são a mesma coisa... Já outras deram um salto... por que deu esse salto? mercado é o mesmo... O que mudou foi a administração gerenciamento.... (E58).

De fato, algumas empresas começaram a investir na capacitação de seus profissionais: “a gente faz um treinamento de um dia, uma vez por ano, todo ele é voltado para o setor de óbito: contabilidade, atendimento, vendas...” (E44). A mudança no ambiente de negócios também foi percebida por um sepultador que nos disse que “a cada dia que passa, as funerárias têm ficado ‘primeiro mundo’, cada uma quer oferecer mais que a outra, e a qualidade de atendimento está muito boa” (E78). Em alguns países isso pode representar a passagem de uma *profissão das coisas*, que opera no mercado privado vendendo bens e serviços, para uma *profissão da vida* que trabalha diretamente com pessoas – um movimento sutil da transação comercial pura para noções de cuidar e nutrir (cf. BREMBORG, 2006). Mas o grande problema dessa mudança é a falta de ferramentas adequadas. De fato, a maioria dos participantes deste setor até recentemente não despunha de quase nenhuma formação formal em negócios e alguns sequer possuem curso superior, o que agora parece se tornado uma urgência. Nesse contexto, e em pleno processo de formalização de sua empresa, um entrevistado nos explicou porque ele prefere uma organização onde o controle e propriedade estão separados:

A estrutura familiar é o seguinte: você tem o negócio onde você precisa contratar alguém. Você contrata o amigo do fulano de tal, o parente, a esposa sem a mínima experiência... E quando a empresa se torna profissional, se eu preciso contratar um motorista, eu envio os currículos para o RH e ele faz essa seleção... Com relação às finanças, vamos dizer que o cabeça da família é o que recebe o cheque. Às vezes ele guarda na gaveta e as contas vão chegando... Profissionalmente, você tem a tesouraria que recebe e vai pagar mediante a nota fiscal e a confirmação daquela despesa... numa empresa familiar, se mistura as coisas da casa... Tipo o boleto da escola do meu filho... Quando você profissionaliza você tira da informalidade... vou numa feira em São Paulo, gostei do tal carro para funerária... Se eu sou uma empresa familiar, eu não preciso me reportar a ninguém eu já compro... No

profissional, tem o conselho que aprova se trazer um retorno... Então essa são algumas diferenças... (E27).

No que pesa a profissionalização, para Parsons (1997), quando surgem as instruções para o arranjo fúnebre, uma série de tarefas *físicas* e *administrativas* planejadas e coordenadas seguem até culminar no desfazimento do corpo (PARSONS, 1997). Para ele, as tarefas *físicas* seriam a remoção do corpo, embalsamamento e preparação para visualização, acabamento de caixão e a condução de veículos. Numa empresa, essas atividades compõem a parte “operacional”, que é o setor “que mete a mão na massa, vai lá para o funeral, atende a família aqui, leva o corpo para preparar, faz o enterro e a coroa” (E27). As tarefas *administrativas* envolvem acertar os horários com o cemitério, crematório ou legista: “a família não fica preocupada se o coveiro vai vir buscar o corpo, se a guia de sepultamento foi entregue, se as taxas de cemitério estão pagas. Tudo é o trabalho da equipe de cerimonial” (E1). Também em campo, que foi feito com as maiores empresas da cidade, nos foi possível identificar por meio de observação e entrevista como essas tarefas seguem um ordenamento característico, que pode ser resumido da seguinte maneira:

Quando o corpo chega aqui, há todo um processo de preparação até na hora de saída. Então a primeira coisa que é feita é a preparação do corpo, depois é feita ornamentação. Na ornamentação, é agregado alguns produtos que são as flores, o papelão, a roupa, o banho, a urna. Depois é liberado pela ornamentação e é feita a distribuição, que é a expedição para o velório... (E3)

À parte das urgências, no dia a dia, a equipe administrativa se envolve com o controle de receitas e despesas e o gerenciamento das tarefas de rotina essenciais ao funcionamento dessas organizações, como emissão de documentos, atualização de cadastro e atendimento a fornecedores. Há o departamento comercial que “faz o que a mídia faz que é buscar clientes” (E27) e o financeiro. Ali também se faz a negociação com fornecedores, com o cemitério e/ou crematório, entre outros. Em minhas visitas, aprendi que, entre seus diversos propósitos, a negociação pode servir para evitar que os custos finais oscilem por meio de contrato, diminuir gastos com a compra de insumos por meio de pesquisa de novos fornecedores, e/ou estabelecer parcerias de negócios com outros empreendimentos do setor, sobretudo com os cemitérios ou com laboratórios particulares (quando a funerária não tiver o seu). A seguir reproduzo algumas falas como ilustração:

Todos os fornecedores aqui são pelo contrato. Você fecha o preço no contrato por um ano com eles. Passado o tempo do contrato tem a renegociação de preço (...). Por exemplo, a flor oscila muito dependendo da

data, o que impactava muito no nosso custo aqui... mês das mães, mês das noivas... Manter o preço por doze meses ajudou bastante a funerária (E91).

A gente está sempre procurando fornecedor novo para diminuir custo. Tem uma feira semanal, aqui em Belo Horizonte, lá no Bairro São Paulo, de venda flores que a gente sempre vai para procurar novos fornecedores. A gente faz visita nos fornecedores nas fazendas, para tentar procurar produto com o preço melhor (E3).

Tem dois meses começou uma parceria com o cemitério [omitido]. Lá eles têm uma câmara fria. A gente manda coroa para eles, a preço quase de custo, pega uma margem pequena, e eles fazem a revenda lá. (...) A parceria é também com [o pessoal do] plano, você faz o plano e tem como comprar um jazigo mais barato (E91).

Ainda que não diretamente ligado ao funcionamento das funerárias, um fator curioso diz respeito aos roubos que passam ali. Os roubos de equipamentos eletroeletrônicos são raros, me disseram, porque “ladrão tem medo de alma penada” (E1). Aliás, quando ocorrem, os jornais policiais fazem questão de ressaltar a audácia dos criminosos<sup>130</sup>. E geralmente, ocorrem com pessoas em velórios. Decerto, não deixa de ser intrigante como entidades sobrenaturais interferem no curso de ações dos atores neste mundo, se situando entre os motivos que impedem um roubo, em semelhança à “Virgem” que, talvez por milagre, “induz peregrinos a embarcar num trem contrariando todos os escrúpulos que os seguram em casa” (LATOURE, 2012, p. 78). É possível que a relutância de alguns bandidos se deva ao fato do medo de encontrar de súbito “alguém” que ali reside na forma de espírito, alma, espectro, pois, a exemplo do que mostrou José Carlos Rodrigues (1983), a chance de ver surgir subitamente uma dessas assombrações que povoam a noite em corredores escuros, porões desertos, ou cemitérios, faz parte da lógica sobrenatural que surge com a medicalização da morte. Aliás, continua o autor, a nossa crença no aparecimento esporádico de “almas penadas” certifica uma realidade completar, que tem um *modus operandi* próprio de interferência no mundo dos vivos. Ou nas palavras dele: “Estórias fantásticas se multiplicam, cujos protagonistas são pessoas falecidas que reaparecem, que voltam para ajustar suas contas com os vivos” (Ibid., p. 161). Isso significa que, completa ele, uma série de significantes especiais aparecem para expressar a nossa problemática relação com a morte (crânios e tíbias associados a foices, relógios, enxadas de coveiros, etc.), sempre dispostos em lugares específicos (mesas, prateleiras, etc.). Disso, não é difícil imaginar a funerária como um espaço

---

<sup>130</sup> Reparem no título desta reportagem: “Sem medo de fantasmas, bandidos assaltam funerária”. Disponível em: < <https://noticias.r7.com/cidade-alerta/fotos/sem-medo-de-fantasmas-bandidos-assaltam-funeraria-24112014#!foto/1> >. Acesso em: 5 dez. 2017.

ameaçador da vida: “na verdade, o pensamento do povo para a questão funerária é uma questão meio macabra... porque existe até filmes que na funerária tem aquele cara mal que mata, entendeu?” (E91). Para outro entrevistado, haveria uma explicação menos sobrenatural – estar localizado próximo a um batalhão de polícia militar – ainda que ele silencie o fato de os roubos serem mais comuns em funerárias onde ocorrem velórios, com os vivos; e, muitas vezes, com a participação de ex-funcionários. Na fala, fica implícita a pequena disposição de ladrões assaltar lugares com entidades sobrenaturais, que parecem ser deixados como última opção. Além disso, notei que o medo de fantasmas parece não fazer parte do cotidiano de trabalho dos agentes funerários:

Também é área de segurança aqui, tem policiamento. Não guardamos dinheiro aqui. O pessoal tem amizade com policial... Porque o cara quando está a fim de roubar, eu acho que ele rouba até de fantasma... A gente tem mais medo dos caras que trabalham aqui do que do próprio fantasma (E51).

À parte de elementos supostamente fantasmagóricos, quanto aos gastos de uma funerária, a manutenção de veículos e os custos de pessoal são as maiores despesas gerais *fixas*, e não variam com o volume produzido e vendido pela empresa (PARSONS, 1997). O autor acredita que a alta de custos fixos por funeral seria um elemento crucial à mudança na estrutura organizacional e concentração da indústria durante o século XX. No Brasil, como em qualquer negócio, os custos fixos é o que dificulta a continuidade da empresa em momentos de crise econômica<sup>131</sup>. Como forma de reduzir esses custos, em casos como Belo Horizonte, alguns gestores de operadoras terceirizaram o transporte de cadáveres e restos mortais, o que fez surgir o segmento de traslados póstumos. Neste setor, há empresas que funcionam como cooperativa, com um administrador responsável por distribuir tarefas para motoristas independentes, proprietários dos seus próprios carros. O governo estabeleceu regras para formatar esses carros que, na maioria dos casos, levam um cadáver, ainda que a capacidade deles seja de até cinco cadáveres. Um entrevistado nos explicou alguns aspectos deste setor:

---

<sup>131</sup> Foi o que nos disse um grande empresário do ramo: “uma empresa que faz 100 funerais por mês num momento econômico legal, você chega lá na funerária e fala ‘pô, morreu meu pai, estou com dinheiro no bolso, vou prestar uma homenagem legal, vou gastar 4, 5, 6 mil reais’. Num momento de crise, você vai entrar na funerária com um discurso totalmente diferente, fala ‘pô, meu pai era um cara tão simples, não tem um serviço de 1500?’ Só que a minha estrutura operacional que representa pelo menos 75% do meu custo, e esse eu não consigo abaixar porque é a mesma hora/homem trabalhado, o mesmo carro vai levar ou mesmo que haja uma diferença de carro, mas o custo meu não cai. Eu não consigo diminuir a minha folha de pagamento porque o número de sepultamento vai ser o mesmo, então eu vou ter o mesmo número de coveiros, o mesmo número de pedreiros, o mesmo número de motoristas, o mesmo número de tudo. Só que a minha receita cai bastante” (LP).

Na realidade essa empresa foi criada em dois mil e três porque o ramo necessitava realmente de pessoas que tivessem experiência em estradas... hoje em dia a funerária faz aí um investimento pesado colocando veículo: compra, manutenção, motorista, horário, alojamento. Um monte de despesas que acarretava o serviço funerário ficar bem mais caro. Depois que a gente surgiu, uma empresa que conquistou um ramo que não exista nem na Prefeitura, que é a área de transporte funerário, aí teve que ser criado uma nova modalidade, uma nova cultura até mesmo em Belo Horizonte e na região metropolitana (E2).

Meus clientes hoje em dia são as funerárias. As funerárias já estão situadas em cada uma na sua região no Brasil... De modo geral a [nome da empresa] já circulou até internacionalmente. Ela já foi na Bolívia, no Uruguai, na Argentina... A gente não tem num mercado certo não. Nosso mercado é grande e expansivo, e a gente começou justamente porque o pessoal via necessidade de ter pessoas experientes no ramo para esse tipo de trabalho... (E2).

Geralmente, a gente cobra um valor bem menor do que a funerária cobra. A funerária coloca o preço dela em cima do nosso valor. Ou seja, se eu cobro quinhentos, a funerária cobra setecentos, oitocentos, novecentos... A vantagem de terceirizar um serviço com uma empresa como a gente é que você só paga se você executar. Caso você não execute, não tem que pagar (E2).

Em contraste, as despesas gerais *variáveis* de cada funeral são baixas: essencialmente, elas representam caixão, combustível dos veículos, administração, telefonemas, etc. Ainda assim, há linhas de gastos e desperdícios, ou como registramos no setor de tratamento e ornamentação de uma empresa que visitamos: “eu tenho um indicador para perdas. No caso das flores, tem que perder até 0,8% de tudo que eu compro. Eu perco pouca coisa, de R\$ 70 mil, eu perco uns R\$ 400 de flor, o que é menor que o indicador” (E91). Ao total dos custos de funeral também devem ser incluídos os pagamentos feitos em nome dos enlutados a terceiros, como o cemitério, o crematório, a missa, etc. Em semelhança ao que ocorre em Belo Horizonte, a prática é que a funerária receba esse pagamento dos clientes sem plano funerário ou com o plano no período de carência em até seis prestações mensais a partir do primeiro mês após o velório.

Para Zapata (2008), a divisão espacial de tarefas influencia na vivência que os departamentos têm da morte, afinal, quanto mais distante alguém estiver do momento da cerimônia, menor é a vivência da perda e do sofrimento alheios. Em decorrência, haveria uma “dupla sensibilidade”, uma contradição interna da empresa funerária, pois, apesar do cerimonial ser sua fonte de receita, as áreas que não operam diretamente com ele, por realizarem atividades de suporte, costumam omitir a sua parte neste objeto social. Não duvidamos que essa omissão participe da tentativa destas equipes de evitar receber os mesmos adjetivos e os julgamentos

do pessoal que trata constantemente com sujeira, sangue, dejetos humanos e secreções (cf. SOUZA e BOEMER, 1998). Ou, como se diz, “uma profissionalização sem o corpo morto” (cf. BREMBORG, 2006). Esse aspecto do distanciamento nos apareceu quando um funcionário de alto nível hierárquico, utilizando-se da tática de deslocar a minha atenção para os aspectos não-estigmatizados do seu cargo (cf. ASHFORD e KREINER, 1999), me disse o seguinte:

As pessoas acham que em funerária você vê morto toda hora. Você está vendo algum? Você está num ambiente de trabalho. Você vai no estacionamento e não vê nada, você vai no almoxarifado e não vê nada, porque há um local próprio lá embaixo.... No primeiro momento, todo mundo fala ‘Nossa, funerária?!’... Eu falei ‘é, funerária’... ‘Pô, você fica mexendo com defunto?’ Eu falei que não... ‘Eu sou administrador de empresas. Eu sou analista *master* da [nome omitido]. Eu não mexo com defunto e não me interessa quem faz o acompanhamento dele’ (E19).

Também identificamos um certo distanciamento, ou melhor, uma certa omissão quanto aos aspectos estigmatizados do cotidiano de um entrevistado do ramo de traslados póstumos: “porque o contato que nós temos com o corpo chega a durar no máximo dois minutos... é o suficiente para você encostar a maca, pegar o corpo e fechar a tampa” (E2). Mesmo assim, Zapata (2008, p. 77) acredita que esses elementos objetivos são insuficientes para entender as idiossincrasias do mercado funerário, um mercado que funciona fora do parâmetro das leis gerais da oferta e da procura. Para ela, é preciso atentar para a singularidade da demanda, cujas condicionantes seriam, primeiramente, “o desconhecimento acerca dos serviços e o caráter de obrigatoriedade no seu consumo”; seguido por “seu uso ocasional e a falta de informação”. Para a minha pesquisa, no que pesa a proposta de entendimento de algumas formas organizativas do mercado funerário, é importante explicitar as características da demanda, presumindo que elas “permitem e delimitam às organizações funerárias o desenho de suas ofertas” (Ibid.).

### 5.5 – O consumidor vulnerável

Continuemos o nosso encontro com a funerária pela análise das ‘disposições’ do consumidor, mais especificamente o consumidor que não possui plano funerário e faz uma compra emergencial [*at-need purchase*], para depois irmos aos dispositivos que o guiam até ele entrar numa funerária. “Um funeral é uma compra de sofrimento [*distress purchase*] ao extremo (...), os enlutados provavelmente não estarão familiarizados com o mercado; eles acham que é

desagradável discutir sobre dinheiro nestas circunstâncias; eles não terão ideia sobre quais são os seus direitos e o que esperar” (BROWN, 1995, p. 163, grifo do autor). Esse consumidor é levado através de uma série de procedimentos de rotina nos quais ele tem poucas oportunidades de fazer escolhas (CLARK e SZIMIG, 2003). Ou conforme nos disse uma funcionária do departamento administrativo de um cemitério privado, sua função é oferecer um conselho útil, e não ser uma simpatizante da família (cf. MITFORD, 1963):

*A gente trabalha num setor que é muito diferente de um atendimento normal. Nós trabalhamos com pessoas que já passaram pelo hospital ou pelo IML e até chegarem aqui já estão totalmente desestruturadas... Mas mesmo assim nós precisamos cobrar: nós temos taxas, nós temos uma documentação que a família tem que fazer... Vai ter gente que vai rir demais, vai ter gente que vai chorar demais e vai ter gente que vai chegar aqui muito agressiva... Então a gente tem uma preparação psicológica até a comercial para a gente saber lidar com esse tipo de situação... A gente vai atender o familiar, mas o certo é não se envolver (E44, grifo meu).*

O itinerário para a morte e o morrer no Brasil levou efetivamente a esta estrutura que aguarda o nosso consumidor fúnebre. Esses consumidores são considerados *vulneráveis* porque suas decisões de funeral podem estar sobre pressão de tempo, comoção e constrangimento emocional consideráveis (GENTRY et al, 1995). Assim, em meio ao sofrimento de perder um ente querido e à urgência de se desfazer de um cadáver em decomposição, os sobreviventes não conseguem cumprir o papel ativo esperado de um consumidor numa economia de mercado. De fato, ele não tem a mesma desenvoltura que o consumidor abordado por um despachante documentalista na porta do Detran. Simmons (1975) nos explica melhor isso:

Os pressupostos da economia clássica de que o consumidor é sempre racional e completamente bem-informado parecem absurdos se forem aplicados à compra de um funeral .... A comparação de preços de funerais é estritamente tabu e não há oportunidade para um período de experimentação. A maioria das avaliações pós-compra é evitada devido à dor que tais lembranças podem suscitar. A comunicação de boca a boca, a exposição aos media e a literatura referentes a funerais raramente são encontradas. Quando as informações estão disponíveis, as pessoas são rápidas em mostrar uma habilidade para a percepção seletiva e para esquecer esses pensamentos ... Funerais, como casas, automóveis e férias, estão entre as maiores despesas singulares [*single expenditures*] durante a vida média de uma pessoa. Ao contrário de outros tipos de compra, no entanto, os arranjos funerários são feitos em um dos momentos mais irracionais e emocionais da vida (SIMMONS, 1975, p. 9).

Considerando a nossa predisposição de nos mantermos afastados dos mortos até o nosso momento derradeiro, para quem não está numa “trajetória de falecimento” (GLASER e STRAUSS, 1965) e não foi exposta à morte de pessoas significativas (TOLOR e MURPHY,

1967), as chances de uma compra antecipada de serviços funerários são menores que uma compra emergencial (KEMP e KOPP, 2010). Isso permite que essa forma de negócio se realize em meio a uma “assimetria” de sentimentos, de informações e de expectativas entre os provedores e consumidores, porque, afinal, o que é uma rotina para os primeiros pode ser único, dramático e perturbador para os segundos (PRICE et al, 1995). Ao examinar o mercado de seguros de vida estadunidense no século XIX, Viviana Zelizer (1978) mostrou essa nossa posição existencial de ambivalência diante do fim, naqueles consumidores relutantes em adquirir a apólice, ainda que soubessem que esta aquisição protegeria os familiares dos gastos funerários e solidificaria postumamente as suas qualidades pessoais:

Por exemplo, poucas pessoas se preparam para a sua própria morte, em grande parte devido a medos mágicos de que isso a acelerará. A maioria dos testamentos é redigida pouco antes da morte. (...) Da mesma forma, as pessoas raramente organizam seus próprios funerais, apesar da evidência de que isso reduz consideravelmente as despesas (ZELIZER, 1978, p. 599).

Mas independentemente da nossa posição existencial, do momento em que se descobre o óbito (um telefonema no meio da noite, a descoberta de um morto na casa, a convocação urgente do hospital), surge a necessidade nada prazerosa de planejar o itinerário do cadáver: se ele será enterrado ou cremado, o local do velório, o formato do funeral, etc. (PARSONS, 2003). Para muita gente, o anúncio da morte e a urgência de saber o que fazer com o corpo em deterioração trazem uma situação de *crise*, e, no nosso caso, o consumidor, como qualquer outra pessoa, “se vê incapaz de sair com os recursos de afrontamento que habitualmente costuma empregar em situações que a afetam emocionalmente” (SÁ, WERLANG, PARANHOS, 2008, p. 3). São circunstâncias em que decidimos sem toda a informação necessária, devido ao tempo curto e a reduzida possibilidade de receber conselhos e refletir sobre eles (RIVELINE, 1991). Essa assimetria de informações foi mencionada em duas circunstâncias:

Se você entrar na primeira funerária e não fizer o orçamento – e a gente sabe que hoje tem serviço aí, vamos colocar em média de mil e quinhentos a quarenta cinquenta mil reais – e o agente funerário te oferecer um serviço de doze mil reais e você pagar, depois de uma semana você fala: 'Puxa, por que que eu não fiz um orçamento? Por que que eu não olhei? Por que eu não entendi mais desse processo para pagar um serviço bom e mais em conta?' (E1).

Eu trabalho com o pessoal do atendimento a informar bem para as famílias o que elas estão adquirindo... Para que elas não se arrependam e voltem, porque depois não pode mudar... Então eu falo para eles deixarem a família bem ciente do que que ela está adquirindo: ‘esse é mais em conta para o



senhor. Esse, o senhor vai pagar mais caro, mas vai te dar esse, esse e esse benefício... A escolha é da família, mas a gente tem que deixar claro para ela o que que ela está comprando... (E44).

Como resultado disso, por exemplo, em Minas Gerais, há alguns anos tornou-se obrigatória a afixação de cartaz com informações sobre o que o familiar ou responsável precisam fazer em caso de óbito de paciente nas portarias de hospitais e de clínicas (cf. Lei estadual 14.813/02). O momento parece coincidir com o início do processo social e simbólico de desapego, quando não raro a família tem desejo de pressa para se distanciar do falecido (cf. WALTER, 1991). Dependendo de como se lida com esse desapego, a família pode transformar o velório numa experiência pouco significativa, porque todo o fardo da responsabilidade recai nos profissionais do ramo, enquanto ela se torna a grande ausente no processo (Ibid.). Mas, mesmo assim, o pagamento pelo serviço também traz os seus próprios conflitos e dilemas:

A culpa gerada pelo desejo por parte dos enlutados para livrar-se rapidamente do corpo e da própria morte, a possível confusão e ansiedade na seleção do caixão “certo” e a atitude do diretor funerário como o constante lembrete e associado da morte, leva o público a criticá-lo (FULTON, 1965, p. 101).

Além do choque emocional e da situação de emergência, esse processo é feito em meio a uma falta de experiência com um tipo de negócio que utilizamos pouco em vida (BRADBURRY, 1999). Se por um lado, tal compra envolve um pesado investimento financeiro, por outro, ele não garante que a empresa conseguirá prestar devidamente as homenagens ao falecido ou atender os “últimos desejos do morto”<sup>132 133</sup>. Pagar um preço caro e com consequências emocionais significativas se um erro ocorrer é um risco sempre presente para quem compra (UNRUH, 1979). À parte disso, muitas vezes o consumidor nem sabe estimar o valor ou

---

<sup>132</sup> Nesse caso, os sobreviventes empregam “estratégias de preservação de identidade” póstumas (URUH, 1983). Pois, apesar dos moribundos desejarem ser lembrados como “boas pessoas” (bons pais, mulheres competentes, empresários bem-sucedidos, etc.), a amálgama de imagens, materiais, objetos e desejos que eles deixam também pode preservar outras características que eles não reconheceriam como sendo suas (uma pessoa desagradável, instável ou orgulhosa). Isso porque o que se preserva postumamente seria “um autoconceito que existia durante a vida, o qual foi reconhecido por outros e tornou-se um aspecto significativo do próprio ser da pessoa morta” (Ibid., p. 340).

<sup>133</sup> Aliás, no conto “A Falecida” de Nelson Rodrigues (1965), a qualidade do funeral se torna um instrumento de vingança do viúvo Tuninho após ele ter descoberto as traições da esposa Zulmira. Se em vida Zulmira quis ter um enterro de luxo para compensar a sua vida simples e miserável num subúrbio do Rio de Janeiro, a revanche do marido foi a de lhe ter proporcionado um enterro “fuleiro”, “de cachorro”, segundo os testemunhos. Com referência à antropologia da arte e dos objetos de Alfred Gell (1998), podemos afirmar que essa peça ilustra como os objetos conseguem se tornar extensões das pessoas, adquirindo uma certa agência como resultado da intencionalidade humana. Sob esta perspectiva, a cena deixa a entender que os objetos que compuseram o funeral (o que inclui os pertences pessoais da falecida) tornaram-se fragmentos com poder de representar toda a personalidade de Zulmira de acordo com a versão do marido.

julgar a qualidade do que está adquirindo, por desconhecer as atividades técnicas que extrapolam a cerimônia, que carecem de “realização dramática” (GOFFMAN, 1959, p. 38), ainda que elas necessitem de um grupo de pessoas para acontecer (embalsamar, organizar o serviço, etc.) (PARSONS, 2003). Ou como disse um promotor de justiça a uma entrevistada que recebia dele uma lembrança de agradecimento: “eu que estudei tanto na minha vida, mas, quando eu perdi minha mãe, eu vi que não entendia de nada, que eu estava na mão de vocês” (NB). Além deste relato, similarmente ao que acontece em Belo Horizonte, colhemos casos de agentes funerários que não raro recebem joias, queijos, vinhos, entre outros presentes, também nos mostra que, se por um lado, é comum desenvolver laços emocionais entre clientes e prestadores de serviço em momentos limiares (cf. GENTRY et al, 1995); por outro lado, este tipo de compra é excepcional, imprevista e emergencial, feita em desconhecimento (preço, concorrência, legislação) e motivada muito mais por necessidade do que por desejo (GENTRY et al, 1995). Aliás, corroborando essa tese, um entrevistado esboçou uma estatística de que, nos casos urgentes, “noventa e cinco por cento dos óbitos, a família não tem preferência por funerária, o que ela quer é ser atendida” (E27).

Quando consideramos o cliente típico de funerária como alguém que quer prestar as últimas homenagens ao falecido, enquanto enfrenta os entraves da emoção, da urgência e da ignorância para fazer escolhas sensatas, qualquer esforço de educar os consumidores a assumir maior autonomia num mercado com fama de ser trapaceiro, acusado de práticas que “infligiram lesões econômicas e emocionais substanciais em um grande número de consumidores” (LADERMAN, 2003, p. 134)<sup>134</sup>, seria um esforço pouco proveitoso (GENTRY et al, 1995). Claro que ele pode ajudar a legitimar um tipo de comportamento financeiro, que até mesmo ofende a memória do morto, como pesquisar o pacote de bens e serviços mais barato, e pechinchar os seus itens (TROMPETTE, 2007). Todavia, o esforço em transformar enlutados em consumidores ativos só alcançaria os clientes que priorizam o critério de *preço*, que acreditam que a cerimônia é uma futilidade, uma bobagem, porque afinal, dizem, “acabou, gente, a terra vai comer” (E11), num mercado capaz de mobilizar

---

<sup>134</sup> O autor está se referindo a um relatório da Federal Trade Commission (FTC), órgão de defesa de práticas de marketing e publicidade “justas” segundo o padrão do mercado estadunidense. Nos anos oitenta, a FTC estabeleceu a “Funeral Rule” para proteger os consumidores de transações abusivas e passou a exigir que eles recebessem informações corretas e detalhadas sobre os itens e serviços adquiridos de qualquer empresa do setor (cf. LADERMAN, 2003, p. 132 – 5). Para maior detalhamento dessas normas, consultar: < [https://www.ftc.gov/system/files/documents/plain-language/pdf-0131-complying-with-funeral-rule\\_0.pdf](https://www.ftc.gov/system/files/documents/plain-language/pdf-0131-complying-with-funeral-rule_0.pdf) >. Acesso em: Setembro de 2017.

demandas por *singularidade*<sup>135</sup>. A nossa pesquisa nos leva a crer que homenagear propriamente uma pessoa inigualável independe da condição social, pois, tal como Pearson (1982) notou, sobre a realidade inglesa, onde desde há muito a baixa renda das famílias não as impede de fazer grandes gastos com honras fúnebres, também aqui encontramos algo semelhante:

Olha, acontece demais de vir carente e fazer um serviço por exemplo de dez mil... Teve uma vez que veio uma doninha aqui muito humildezinha [para fazer o velório da mãe]. Quando eu vim trazendo aquela urna mais simples – a gente julga, né? – e ela me disse: ‘não, minha filha, eu quero a urna mais cara que você tiver’. Aí eu mostrei todas as coroas, ornamentações. Acho que ela tinha uns dez irmãos. Todo mundo juntou e pagou o melhor serviço (E78).

Além de ativar uma demanda por singularidade, é possível dizer que o mercado de bens e serviços mortuários se estabeleça como meio de alívio num momento de estresse; como um recurso socialmente aceito para se expressar um tipo de sofrimento que pode ser tão visceral quanto inefável (SANDERS, 2006). A compra transcenderia a sua utilidade imediata (adquirir algo ou a alegria de gastar dinheiro) porque pode servir de escape para expressarmos nossos apegos emocionais. Afinal de contas, “[q]uando se trata de morte, o dinheiro transcende seu valor de troca e incorpora significado simbólico” (ZELIZER, 2010, p. 28). Ou como nos respondeu uma entrevistada do porquê de se fazer um “enterro digno”: “é porque eles querem homenagear a pessoa. Eles se sentem melhor assim, porque eles acham que fizeram o melhor para ela” (E11). E isso não é pouca coisa, em meio a “uma escassez de convenções rituais no período de luto” (BLAUNER, 1966, p. 26) e “um sentimento de uma inaudita *solidão interior do indivíduo*” em nosso presente (WEBER, 1904/1920, p. 95, grifo do autor).

No Brasil urbano, o envolvimento emocional deixou de ser comunitário e se concentrou em uma ou poucas pessoas, o que fez com que a experiência de dor do enlutado seja menos frequente e mais intensa, o que não raro lhe traz problemas de adaptação e reintegração (KOURY, 2001). Este seria um momento favorável para as funerárias pois, em meio à carência de mecanismos e arranjos cerimoniais e sociais que ajudam as pessoas a lidar com a morte, “as despesas monetárias assumiram uma maior importância como meio para permitir que os enlutados expressem (tanto para eles como para os outros) os seus sentimentos para

---

<sup>135</sup> No fim das contas, escreve Walter (1996, p. 197), “[d]epois de uma vida inteira lutando contra a impessoalidade da sociedade de massa e tentando esculpir um senso de identidade pessoal (...), um funeral que não afirma essa identidade única é vivenciado como menos que satisfatório”.

com o falecido” (PINE e PHILLIPS, 1970, p. 416). Um entrevistado nos explicou como ele torna os seus velórios em homenagens únicas. Ele compara o casamento ao funeral, já que ambos seriam celebrações que reúnem familiares e amigos para compartilhar histórias, expressar sentimentos e fazer votos para uma nova jornada. Na fala a seguir, fica subentendido que essa aproximação tira o tom mórbido do velório e facilita a comercialização do seu serviço de cerimonial:

Quando você faz um casamento, você prepara a roupa, as flores, a igreja, o coquetel, o jantar... Tem a maquiagem, a preparação da noiva, todo mundo vai cortar o cabelo, vai arrumar... Então, no sepultamento, a gente achava que teria que ser assim porque você vai se despedir do corpo... E a gente aperfeiçoou bastante o cerimonial no Brasil... A gente começou com chuva de pétalas de rosas, com música... O cerimonial na verdade é uma homenagem à vida da pessoa, os momentos que ela teve... Então o que que a gente faz aqui? A gente coloca vídeos e fotos dos melhores momentos da (tua) vida: um casamento, o nascimento do filho, uma faculdade, as viagens, os aniversários, as festas..., o trabalho, os estudos, as divulgações, as pesquisas se se trata de um professor... Então a gente conta aqui a história de todo mundo, desde um cara que colhe lixo na rua até o presidente da república... No Brasil, a gente não está deixando perder isso como aconteceu nos Estados Unidos... (E4).

Como indicaram Glaser e Strauss (1964), o grau de perda de um indivíduo vai depender das relações sociais, da integração social, das realizações, e do status social dele. No âmbito hospitalar, isso significava que “o total das características sociais valorizadas que o paciente moribundo incorpora indica a perda social para a família, ocupação e sociedade em sua morte” (Ibid., p. 119). No âmbito funerário, além da avaliação social do morto, a compra também depende de atitudes pessoais do consumidor em relação ao funeral, a disponibilidade de recursos financeiros e os desejos do falecido (AKYEL, 2013). Mas nem o critério da singularidade e do escapismo respondem à pergunta: como este cliente vulnerável entre a qualidade das honras póstumas e a dificuldade de decidir com sensatez é poupado do trabalho de buscar informações, inclusive por meio da rede de amigos e conhecidos? Por que, em vez disso, ele se permite ser conduzido até uma funerária específica em meio ao excesso de oferta? Para prosseguir esta análise, faz-se necessário esquecer os tormentos de quem compra e focar na eficiência de um processo que, como veremos, apreendeu a marcar, rastrear e induzir *discretamente* a população de “clientes vulneráveis” do seu mercado<sup>136</sup>. Sendo assim,

---

<sup>136</sup> Para Clark e Szimig (2003), a indústria funerária seria um “cativeiro estrutural” que conseguiu encaminhar os consumidores estadunidenses à supremacia do modelo de “morte e celebração” e os consumidores britânicos ao modelo “morte e desfazimento”. Para os autores, “cada indústria funeral estruturou o mercado para restringir as

devemos examinar mais de perto a rede de equipamentos, instalações e profissionais que arquitetam o encontro da família (cuja presença não é pela própria vontade) com a funerária, *antes* de qualquer ficha de autorização de serviço ser assinada, e seu funcionamento sob uma dinâmica de competição bastante específica.

## 5.6 – Navegando pela barca de Caronte: a economia de captura dos clientes

Tradicionalmente, como aponta Van Genep (1908), é possível localizar culturas em que a viagem para o outro mundo e a entrada nele dependeriam de uma série de ritos de passagem, cujos detalhes variam de acordo com a distância e a topografia deste mundo. Em algumas dessas culturas, lembra o autor, o morto atravessa um canal para chegar no mundo além-túmulo, sendo recorrente ele receber uma canoa e remos. A ideia deste tipo de travessia nos pareceu interessante para nos referirmos à *canalização* (ou agenciamento) do cliente pelas funerárias – uma vez que meios tradicionais de convencimento do cliente, como a publicidade, não possuem a mesma eficácia neste mercado bastante estigmatizado (BRADBURY, 1999, p. 74). Como veremos, o núcleo da economia de captura está em organizar a circulação do falecido, da morte ao desfazimento, algo que se consegue com a integração operacional e simbólica dos mundos profissionais da saúde, da segurança e da morte<sup>137</sup>. A consequência é uma “cadeia de tratamento” que funciona de modo “hipercoordenado”, como “um tipo de coordenação *just-in-time*” que, “através da aplicação de um conjunto de tecnologias e saberes”, ambos inseparáveis, produz um estilo de repetição, simultaneamente controlado e circunstancial, que “se liga e se desfaz numa busca pelas maneiras mais eficientes de usar o espaço e o tempo de cada momento” (THRIFT, 2005, p. 223). É sob essas circunstâncias que os agentes funerários realizam suas atividades<sup>138</sup>.

---

ações e agências do consumidor, principalmente através do controle e manipulação do comportamento do consumidor e da cadeia de fornecimento do morrer ao desfazimento” (Ibid., p. 2).

<sup>137</sup> O vínculo entre espaços profissionais diversos no negócio funerário foi melhor detalhado por Pascalle Trompette (2007). Todavia, a própria autora conclui estar “longe de ter compreendido a infinita variedade dos arranjos e dispositivos de direção de clientes que os profissionais do serviço de funeral são tão experientes” (Ibid., p. 28). Compartilhamos desta conclusão, ainda que a nossa pesquisa destaque o mundo profissional da segurança (polícia, seguros, etc.) no papel de produzir itinerários.

<sup>138</sup> O Ministério do Trabalho descreve as “condições gerais de exercício” dos agentes funerários da seguinte maneira: “São empregados (...) que trabalham em horários diurnos, noturnos e em revezamento de turnos. Trabalham em equipe e são supervisionados permanentemente. Podem trabalhar em ambientes fechados, a céu aberto ou em veículos, de forma presencial ou a distância, orientando sobre os procedimentos do funeral. Trabalham sob pressão (...)”. Disponível em: < <http://www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/516505-agente-funerario> >. Acesso em: 3 dez. 2017.

Operacionalmente, esse processo é melhor entendido dentro de uma funerária, ainda que, como veremos, ele não é restrito ao espaço físico dela:

Aqui tem livros para constar o que foi realizado. Todo corpo que é preparado, é anotado em livro: o número do processo, o número da DO que foi feito, tudo. O sistema é todo informatizado, é todo parametrizado para que a coisa flua, porque nós temos prazo de entrega e esse prazo tem que ser atendido... é como chão de fábrica, é como fosse 'just-in-time', né? Então tem o prazo para ficar ali, tem outro prazo para ficar aqui, tem outro prazo para sair e tem prazo para entregar. Então a gente tem um prazo para ser cumprido... Entre o corpo chegar aqui na preparação e até ser expedido, entre três e quatro horas... Por exemplo, na preparação fica meia hora, uma hora. Temos o controle disso tudo (E3).

Assim, diante dessa realidade sociotécnica, a nossa premissa é a de que “[n]uma sociedade detradicionalizada, o especialista reina” (WALTER, 1996, p. 196), o que nos leva a investigar os detalhes do funcionamento desse reinado. De fato, uma maior confiança num grupo organizado de especialistas que domina cada etapa do desfazimento do corpo faz com que os não-especialistas (como clero e familiares) apareçam em papéis passivos (cf. HUNTINGTON e METCALF, 1991). Obviamente, a existência de especialistas não é uma novidade no negócio funerário, o que mudou é uma presença deles na parte da cadeia que antecede o desfazimento do corpo (busca, identificação, localização)<sup>139</sup>. Antes de tudo, é sabido que, na conjuntura da medicalização do fim de vida, o melhor lugar para a ocorrência desses mecanismos seria o hospital moderno, “identificado como um cenário institucional particularmente inóspito para moribundos e suas famílias” (HOWARD, 2007, p. 125). A prioridade que se dá aos casos com melhores chances de cura que os demais casos ficou implícita quando um entrevistado discorreu sobre a problemática de captar órgãos para transplantes em hospitais:

É igual um doador de morte encefálica... Então hoje em dia os hospitais têm uma concorrência muito grande do bloco cirúrgico para cirurgias eletivas e de urgência.... A gente não tem muita sala disponível... então quando tiver estruturado o serviço de conservação, a gente terá que criar toda essa logística para poder deslocar esse doador para um bloco cirúrgico para realizar o transplante... (E31).

---

<sup>139</sup> Por exemplo, na Bahia antes da Revolta da Cemiteriada (1836), “um grande número de especialistas atuava na venda de bens e serviços funerários: coveiros, pedreiros, carpinteiros, armadores, campeiros, cirieiros, comerciantes de tecidos, alfaiates, músicos, padres, frades, sacristãos, sineiros” (REIS, 1991, p. 228). Todos eles distribuídos em torno da preparação cerimonial e do enterramento.

Deve-se lembrar que, a partir da segunda metade do século XX, os hospitais passaram a concentrar num mesmo espaço os falecidos que estavam dispersos, ainda que estivessem despreparados para recebê-los (ELIAS, 1985; ARIÉS, 1977)<sup>140</sup>. Cheio de mortos para se desfazer, muitas dessas instituições permitiram a instalação de arranjos sociotécnicos que canalizam eficazmente as famílias e os próprios cadáveres. As mudanças de mercado que se seguiram à medicalização (e à invasão de cadáveres em hospitais) conferiram uma enorme autoridade a quem manuseava profissionalmente o corpo no pós-óbito e as formas organizativas a ela associadas (PARSONS, 2003). Esse contexto geral é o que pareceu permitir um arranjo muito recorrente em minha pesquisa – o sistema de plantão em hospitais – e as formas pouco lícitas (ou idôneas) que concorrem com ele.

Até recentemente, como ocorreu em Belo Horizonte, eram frequentes os casos de famílias (sobretudo de baixa renda) que, ao receber a declaração de óbito, ficavam tão desnorteadas quanto ao que fazer, que saíam do hospital sem o corpo, que ficava lá durante dias. Enquanto a família vivenciava a dor do luto, o corpo se decompunha no espaço hospitalar, justamente um espaço que no presente não quer estar associado à morte (cf. BRUM, 2017; 2008). Como em outros municípios, o serviço funerário é concedido à livre iniciativa por meio de alvará, e não a uma única concessionária<sup>141</sup>, os hospitais estabelecessem acordos com algumas dessas operadoras, atribuindo a elas a responsabilidade pelos cadáveres e os seus familiares. Provavelmente, essa possibilidade foi aumentada com o fim do contrato entre a funerária do grupo Santa Casa de Misericórdia e a PBH, que obrigava as empresas na capital à aquisição de urnas e caixões comercializados exclusivamente por esta funerária como pré-condição para obter as guias de sepultamento nos cemitérios municipais<sup>142</sup>. Em alguns casos, tornou

---

<sup>140</sup> Infelizmente, os dados disponíveis do departamento de informática do sistema único de saúde (DATASUS) sobre os óbitos em hospital só existem de 1996 a 2015, o que impossibilita verificar a evolução a partir da segunda metade do século XX. Em 2015, de um total de 15.143 óbitos, 10.381 casos ocorreram em hospitais de Belo Horizonte (Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10mg.def>>. Acesso em: 2 out. 2017). Além disso, o hospital, ao lado do cartório, é considerado a fonte principal para a busca ativa de óbitos em Minas Gerais (CUNHA, CAMPOS, FRANÇA, 2011).

<sup>141</sup> Quando o município opta pelo regime de monopólio, há o risco de ele dificultar a liberação de corpos nos hospitais. São casos nos quais o hospital com “dificuldades na retirada de seus pacientes falecidos”, devido às “restrições impostas pelos municípios para a retirada dos cadáveres por empresa de municípios vizinhos, onde se realizam enterros”, precisa acionar a justiça para resolver o impasse (MIRANDA, 2011, p. 32).

<sup>142</sup> Em 2013, o Supremo Tribunal Federal (STF) deu fim a uma disputa judicial entre o grupo Santa Casa de Misericórdia e algumas funerárias da cidade. Questionava-se o contrato firmado entre o grupo e o Município, em que concedia ao grupo a comercialização exclusiva de caixões em troca do ônus do sepultamento de indigentes na capital. Uma consequência deste contrato era que a obtenção de guias de sepultamento das demais funerárias era amarrada à compra das urnas fornecidas pela Santa Casa. No entendimento da Suprema Corte, o município não poderia “criar obrigação de aquisição de mercadorias de determinada entidade como condição de exercício

possível às funerárias instalarem salas de atendimento (ou “pontos de apoio”) dentro dos hospitais, bem ao lado dos necrotérios, permitindo a livre movimentação das suas equipes para as tarefas de evacuação de corpos<sup>143</sup>. Assim, criou-se o “sistema de plantão funerário” como meio de solucionar o problema de acúmulo de cadáveres nos hospitais sem que se precisasse incorrer em gastos adicionais com infraestrutura<sup>144</sup>.

Diante dessa situação, umas poucas operadoras funerárias privadas encontraram uma oportunidade para conquistar pontos da cadeia que antecederiam a atividade funerária propriamente dita e controlar mais diretamente a circulação dos mortos e, em consequência, chegar às famílias antes dos concorrentes. Certamente, os melhores pontos foram para estas empresas que se mostraram ser melhor capacitadas a uma ação conjunta harmoniosa (velocidade, coordenação) que removesse o cadáver o mais rápido possível das dependências do hospital, aplacando uma preocupação dos gestores dali. Elas foram as que atuaram mais agressivamente nos dois campos principais da profissionalização da indústria funerária: o ligado ao cadáver (posse e preservação) e o ligado à logística (burocracia e gestão do funeral) (cf. HOWARTH, 1996). A questão da disparidade de profissionalização entre diferentes *intermediários* do mercado foi colocada por um entrevistado, em meio a uma explicação de como as empreiteiras passaram a construir cemitérios privados no interior de estados como Minas Gerais:

Você percebe que a maioria das funerárias hoje carecem de profissionalismo propriamente dito.... Você percebe nitidamente que as funerárias que têm uma gestão mais bem pensada, que têm planejamento, essas funerárias elas tão dando salto enorme porque o nicho de mercado é muito mal explorado.... Pensa a disparidade: você tem o cara que pensa bem que investe em gestão, que investe em qualidade, que contrata pessoas capacitadas para administrar o seu negócio, que pensa o seu negócio, que pensa o investimento, e você

---

de utilização de serviço público”, por violar a ordem econômica e a livre concorrência. A decisão no STF está disponível em: < <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24202078/recurso-extraordinario-com-agravo-are-707102-mg-stf> >. Acesso em: 21 ago. 2017.

<sup>143</sup> Esse foi o arranjo mais comum, mas houve casos de uma linha-direta entre o hospital e a funerária-parceira. O hospital comunica à funerária do óbito, e ela vai ao encontro da família para orientá-la sobre os documentos necessários. Feito isso, e caso a família não tiver plano funerário, a funerária se oferece para proceder com o serviço.

<sup>144</sup> Considerando que o drama em torno da morte é predominantemente um drama médico, a infraestrutura deve funcionar para salvar vidas. O funcionamento desta lógica, por exemplo, foi descrito por Susie Page (2010, p. 26) em seu trabalho sobre o cotidiano do departamento de acidente e emergência de um hospital inglês. Para ela, o que se tem “é um lugar repleto de artefatos médicos ‘relacionados ao corpo’, que definem o tom para o importante trabalho de salvação que ocorre aqui, artefatos que permanecem em grande parte constantes, justapostos com uma miríade de corpos não constantes (por exemplo, estafe, pacientes, pessoal de ambulância e segurança, policiais, visitantes, parentes e estudantes) que vem e que vão, mortos ou vivos, enquanto o limite da vida e a morte é rotineiramente transacionado e mediado por todas as partes”.



pega a maioria das funerárias hoje.... Muitas são administradas por pessoas que trabalham muito e que têm muito conhecimento prático do negócio, mas a grande maioria não tem uma formação profissional ou um administrador por trás... A grande maioria das funerárias são pequenas... O máximo que elas têm é uma contabilidade.... Então elas não têm ninguém que faz análise de risco, que faz uma análise logística, de custo-benefício de produto serviço... ainda há um amadorismo muito grande, né? (E58).

De outro entrevistado, ouvimos que, se a fiscalização fosse constante, se houvesse mais pessoal capacitado, certamente “não haveria esse ambiente funerário externo aí” e das cinquenta e sete empresas em funcionamento, sobraria pouco mais de dez (E19) – subentendendo que numa cidade como Belo Horizonte existe um excesso de empresas, um fato que talvez se repita em outros lugares. Para este entrevistado, que nos pareceu moralmente criterioso, “um dos grandes negócios das funerárias é sonegação, porque não existe um controle de entrada de corpo no cemitério”. Ele nos explicou que é muito comum no comércio de bens e serviços funerários a emissão de “meia nota”, para omitir itens, quantidade ou preços e diminuir a incidência de impostos: “o cara não dá nota fiscal e é muito normal comprar de fornecedor com meia nota”. Na empresa dele, esse tipo de subfaturamento não acontece, afinal, “se você for pagar ali na tesouraria, imediatamente uma nota fiscal é tirada para você”. Nesse sentido, a profissionalização da empresa, que à época passava por um processo de certificação de qualidade, o que incluía um controle físico e financeiro de seus estoques, evitou qualquer tentativa de burlar o fisco e lhe deu mais confiabilidade para parcerias com hospitais. De fato, a profissionalização da empresa lhe garante um certo renome no mercado:

Eu acho particularmente uma concorrência muito desleal...porque aqui nós prestamos conta de todos os nossos processos. Nós temos nota fiscal de todos procedimentos... E o ramo é muito informal, não emite nota... Te vende uma urna e fala que é uma, mas é outra, como é que você vai contestar? Nós não. Aqui você vê a urna no mostruário. Se você quiser ver o procedimento que foi feito, nós temos aqui a filmagem para mostrar (...). Nós dominamos o processo todinho, desde a remoção até a expedição. E isso envolve ornamentação, coroas e flores, envolve a preparação do corpo, a urna, o processo todo. O processo operacional do sepultamento, a gente tem ele todinho na mão (...). O mercado se torna mais exigente porque sabe o que nós oferecemos aqui. O outro ali também fornece lá por ser informal, com um preço menor que o nosso, mas não no mesmo [nível] que nós realizamos... Por exemplo: ‘Ah, eu fui ali na outra funerária e eles me falaram que a urna aqui é tal... Vou fazer lá porque eles falaram que vocês fazem preparação dos corpos deles também’. Isso acontece demais... Nós fazemos toda a preparação aqui, mas é só nossa. Não fazemos de outra empresa (E3).

O ponto é que a discrepância na profissionalização permitiu que algumas empresas melhorassem o seu lugar em meio à concorrência. Com salas dentro dos hospitais, por meio de acordos formais, as táticas para encontrar o cliente ganharam em sutileza e discrição, em arranjos e instalações mais elaboradas (cf. SOUZA e BOEMER, 1998, p. 32 – 33). A empresa que está dentro do prédio não precisa aguardar pelo caminho pelo qual poderá passar os familiares e os responsáveis e ali abordá-los, como ocorre com quem está na rua, porque ela organiza a circulação dos cadáveres. Para tanto, como na França (cf. TROMPETTE, 2007), a ausência de regulamentos locais rigorosos, a demanda dos hospitais por soluções que atenuassem a sua própria falta de instalações, o interesse do negócio funeral em se aproximar das concentrações de mortalidade – tudo isso contribuiu para o surgimento de alianças sustentadas por redes organizacionais, acordos tácitos e lucro. Conforme um entrevistado que trabalha há anos no setor:

Isso é uma parceria. E em todo Brasil, o que acontece que é uma troca de favor... O hospital cede uma sala dentro do hospital para que a funerária instrua a família no processo do funeral e, em troca desse favor, as empresas ou pagam um aluguel ou colocam uma ambulância para trabalhar para o hospital... Então nessa troca de favor, as funerárias conseguem ter uma sala dentro do hospital... Como a funerária X... são vários hospitais que ela tem e a gente tem também os nossos (E1).

Não quer dizer que essas parcerias sejam uma regra, pois há hospitais que oferecem às funerárias o seu espaço interno em troca de um aluguel elevado, o que inviabiliza as alianças: “Nós temos solicitações de alguns hospitais para que a gente faça uma proposta para estar lá dentro”, nos explicou um gerente enquanto olhava a tela de seu *laptop*, “mas eles acham que o nosso negócio é muito bom, que a gente pode dar recursos. Eles pedem um preço astronômico. Querem que a gente repasse uma quantia e depois faça um pagamento mensal para eles. Um absurdo!” (E19). As parcerias são estratégicas e antecipadas por um estudo de viabilidade, para que o acordo não prejudique a funerária, responsável por escoar os cadáveres e os seus familiares. Mas há momentos em que ocupar a pequena sala junto ao necrotério é impraticável, ainda que a colaboração aconteça: “têm hospitais que não querem que a gente esteja lá dentro, tá? Têm dois ou três. Quando tem o óbito, eles nos chamam e nós vamos lá na salinha e fazemos o atendimento à família” (E19).

Em campo, vimos o estreito vínculo entre médicos e as instalações mortuárias nos pontos de venda (ou “plantões”) instalados na antessala dos necrotérios de alguns hospitais. Este é o ponto que une os espaços profissionais da saúde e da morte. “Aqui é um posto da funerária

X”, conforme nos contou um entrevistado sentado à sua mesa, “aqui a família recebe as primeiras orientações para o registro de óbito e aqui atrás fica o necrotério” (E64). Pelas suas vestes, o jovem atendente da funerária se passa por um funcionário do hospital, subentendendo que o primeiro estabelecimento seria uma extensão do segundo. É muito comum as famílias confundirem o agente funerário com a equipe do hospital, ainda mais sob a desorientação emocional em que se encontram. Na situação em tela, o necrotério tornou-se a principal *interface* entre o cliente e o mercado devido à inexistência de outro equipamento para se apropriar dos mortos. Afinal, instalar um posto de vendas ali é ocupar uma posição estratégica privilegiada, um verdadeiro “escoadouro” do fluxo de corpos, considerando que quase a metade das famílias não possuem um plano funerário, segundo estimativas dos nossos entrevistados.

No necrotério do hospital, o corpo pode ter destinos previstos. Havendo uma morte suspeita, em que os médicos se recusam a atestar o óbito, ou alguém sem identificação que faleceu na ambulância, a funerária aciona a polícia civil que levará o corpo ao IML para a autópsia. Aqui o papel dela é organizar a retirada do cadáver com a equipe do “rabcão” (apelido do carro que transporta os corpos para identificação ou autópsia) e liberar o estafe do hospital de uma tarefa que não é considerada sua. Nos casos de morte natural, o cadáver espera pelo transporte funerário ou é transferido para outro hospital, caso o seu necrotério não possua uma geladeira que retarde a decomposição dele – se eventualmente a família vier do interior. Há hospitais em que a capela-velório faz as vezes de necrotério. Quando as famílias chegam onde está o corpo, elas são imediatamente conduzidas pela equipe do hospital ao agente funerário. Esse atendimento pode acontecer tanto no posto da funerária ou na própria empresa – e não raro o carro funerário leva a família até lá. O processo de atendimento dentro do hospital nos foi explicado da seguinte maneira pelo jovem entrevistado, cuja mesa ficava na antessala do necrotério:

A partir do momento que o corpo chega no necrotério, é feito um registro no livro de ocorrência de óbitos. Quando a família chega, se inicia o processo de atendimento que orienta a documentação da declaração de óbito.... Eu tenho um auxiliar que recebe o corpo e verifica as condições do corpo para o recebimento... Ele assina o nome do falecido no livro de ocorrência e, quando a família chega, eu dou a orientação para o registro de óbito.... Se a família não tem o plano funerário, eu estou aqui representando a funerária X para realizar a venda dos produtos funerários (E64).

Como se vê, é compreensível que um observador incauto confunda as formalidades administrativas com a negociação comercial. Isso decorre do esforço de reinventar a “pronta transferência” da *cadeia de tratamento*, onde sempre há falecimentos, para a *cadeia mortuária*. Segundo uma entrevistada, a dinâmica do primeiro encontro nesta economia de serviços é a seguinte: “eu tento convencer a família com meu carinho e com meu jeito. Às vezes, eles estão muito agitados... então eu só acolho e libero, sem oferecer um serviço. Se eles quiserem voltar, eles voltam” (E78). A fala deixa subentendido que os universos profissionais da venda e do aconselhamento se encontram. A vendedora, que não têm pretensões de ser terapeuta de luto familiar, serve de ouvinte importante para o momento, gerando vínculos emocionais e desmistificando a imagem negativa do seu trabalho (BREMBORG, 2006). Tudo indica que esse é mais um caso de organizações assumindo que *funcionárias* têm uma “propensão natural de se localizar dentro de uma ‘ética do cuidado’” (TYLER e TAYLOR, 2001, p. 75). Mas, como vendedora, o seu ofício tem o escopo de “um atendimento sempre personalizado” e de “prestar assistência à família em assuntos referentes ao velório e ao sepultamento”<sup>145</sup>. Enquanto o comércio e o acolhimento se ligam, há de se saber se induzir o consumidor a associar “uma vida de alta qualidade” com uma “morte de alta qualidade” (MITFORD, 1963, p. 16), isto é, se manipular sutilmente a culpa em indivíduos abalados para aumentar as vendas, não comprometeria o nome da empresa no longo prazo (BRADBURY, 1999, p. 74). Aliás, um entrevistado tocou no tema da culpa, que ele vivenciou quando ele administrava a venda de urnas e o cerimonial de sua empresa:

O que a gente tenta fazer aqui é que a família chore, que ela ponha para fora as emoções...Tinha um estudo, assim uma pesquisa, que as pessoas que morriam no asilo, a família comprava um caixão melhor... Porque ficou longe do pai e da mãe não pôde dar atenção que deveria... Nos dias de hoje ninguém pode dar a atenção pro pai, pra uma mãe doente... Tem que arrumar uma cuidadora, tem que pôr no asilo... Quando eu estava na frente da funerária, as pessoas escolhiam a melhor urna funerária, para como que dizer assim: ‘pai, mãe, eu fiz o melhor para você...’ (E4).

De qualquer modo, a dinâmica de vendas nos mostra que saber disfarçar interesses econômicos é especialmente importante neste tipo de negócio (AKYEL, 2013). É quase certo que, após cumprir os trâmites burocráticos no cartório e no cemitério, a família assine o contrato com aquela empresa ao ter que gastar mais tempo e energia procurando outra

---

<sup>145</sup>

Disponível

em:

<  
<http://www.centromaieutica.com.br/textos/luto/O%20Agente%20Funerario%20e%20o%20Atendimento%20a%20Familia%20Enlutada.pdf> >. Acesso em: 8 set. 2017.

alternativa, ainda mais se o vendedor der a entender os riscos desta escolha. “Por exemplo”, segundo nos disse uma jovem atendente, “tem um lá em Santa Luzia, uma funerária que eles passam o valor dependendo da cara da família, pois o preço deles não é tabelado como o nosso” (E78). Independente da veracidade, é possível que tal estória apareça em meio a uma conversa amigável para produzir *compromissos* entre o vendedor e o cliente enquanto se *desqualifica* a estratégia moralmente condenável da rival (cf. HOYLER, 1965). Isso quer dizer que, apesar de existirem práticas enganosas em muitos contextos econômicos, no setor funerário, onde os valores morais têm grande influência em atenuar a concorrência, essas práticas se tornam especialmente relevantes (AKYEL, 2013).

Numa perspectiva mais ampla, a fala também nos sugere que esta seria uma transação de mercado igual a outra qualquer, com o encontro entre a oferta e a demanda (cuja visita é contra sua vontade) acontecendo em torno da definição das singularidades e das qualidades do que será comercializado (caixão, desfazimento, serviço memorial, etc.) e a construção e o reforço da *irreversibilidade* da escolha inicial (CALLON e MUNIESA, 2005; PIERSON, 2004). A alusão à teoria da dependência da trajetória [*path-dependence*], segundo a qual uma escolha inicial pode produzir uma sequência temporal de eventos cada vez mais difícil de reverter (PIERSON, 2004), nos ajuda a entender como a escolha do consumidor confuso, desinformado e impaciente o levará a seguir por trajetórias quase irreversíveis para ele:

Na presença de *feedback* positivo, a probabilidade de novos passos na mesma trajetória aumenta com cada passo nessa trajetória. Isso porque os benefícios relativos da atividade atual em comparação com as opções possíveis anteriormente aumentam com o tempo. Para colocar de um modo diferente, os custos de mudança para alguma alternativa previamente plausível aumentam (PIERSON, 2004, p. 21).

A exemplo de Belo Horizonte, a família somente poderá assinar o conjunto de papéis do contrato de serviço, que autoriza a funerária a preparar o corpo segundo a tabela de preços, após ter registrado o óbito em cartório. Ela, que já recebeu amparo e orientação do vendedor num primeiro momento, agora, quando retorna com os documentos do cartório e do cemitério, escuta dele as vantagens de assinar o contrato com aquela empresa. É claro que, se a operadora não respeitar a livre escolha, ela pode ser condenada por danos morais, pois “prevaler-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços” é vedado pelo nosso Código de Defesa do Consumidor (Lei 8.078/90, art. 39, IV). Mas existem outros

artifícios para realizar esta venda de foco humanista (cf. ADISSI, 2010). Ao longo dos pontos de contato com o cliente, são valiosas a informação colhida pela pesquisa de satisfação, com o histórico de elogios e reclamações; e a “malícia” (conforme nos foi dito) sobre os hospitais<sup>146</sup>, os consumidores<sup>147</sup> e as mortes<sup>148</sup> adquiridas nos plantões. É assim que eles aprendem como o mercado funciona, como os clientes circulam nele e como pré-traçar encontros com eles. “Tanto lá no hospital como aqui é uma escola em todo o sentido” (E78), nos disse uma entrevistada que nos descrevia o seu trabalho pelo sistema de rodízio:

O rodízio era assim: a cada três meses eu mudava de hospital... a gente tinha que passar por todos... Eu não libero o cadáver, eu libero a família... porque a gente tem que passar orientação de cartório, de cemitério... E isso em onze hospitais. Dura doze horas. Se acontece um óbito em alguns hospitais, a gente busca a família também... (E78).

No meu entendimento, a argúcia peculiar que ela e outros funcionários adquiriram no rodízio de pessoal só foi possível porque a funerária na qual ela trabalha conseguiu oferecer a coordenação administrativa e logística que os hospitais-parceiros demandavam. De outro lado, a garantida eficiência dessas instalações em capturar e canalizar o cliente afeta a distribuição do mercado funerário e, em alguns municípios, tem causado ações judiciais que visam restabelecer o equilíbrio entre essas instalações e a livre concorrência<sup>149</sup>. Todavia, há de se lembrar que a prática de captura pertence ao conjunto de “regras e dispositivos materiais que organizam o [difícil] encontro entre agências calculadoras e bens calculáveis” (CALLON

---

<sup>146</sup> Os funcionários esboçaram uma tipologia dos hospitais e estratégias de trabalho. Segundo eles, no Odilon Behrens (região noroeste) e no João XXIII (região central), ambos prontos-socorros, há mais mortes por causa externa. No Odilon Behrens, a presença de traficantes rivais na favela Pedreira Padre Lopes, vizinha ao hospital, fez com que os atendentes informassem os dados dos falecidos somente a familiares. No Julia Kubistchek, sobressaem os casos de meningite e recomenda-se usar máscaras. Há hospitais considerados “mais tranquilos”: o Santa Casa (região central) e o Felício Rocho (região oeste), onde há mais idosos e enfermos; o Hospital Luxemburgo (região centro-sul), especializado em câncer; o IPSEMG (região central), que atende servidores públicos e seus dependentes. Em todo caso, e como qualquer profissional de saúde, o risco de contágio por doenças os obriga à vacinação periódica.

<sup>147</sup> A tipologia dos consumidores foi baseada na influência da religião sobre o consumo funerário. Os entrevistados acreditam que os católicos seriam os que mais se preocupam com todo o funeral; os espíritas, com o preparo do cadáver (e não com o velório), e os evangélicos, com os custos e a brevidade dos funerais. A relação que cada uma destas religiões estabelece entre corpo e espírito pareceu ser o critério desta valorização.

<sup>148</sup> A última categoria se refere aos tipos de morte quanto ao período de ocorrência: em épocas de frio, aumentam os óbitos de idosos; em períodos de calor, de idosos; e no final do ano e carnaval, de acidentados. O menor número de óbitos ocorre em épocas de chuva branda e clima ameno.

<sup>149</sup> Ver, por exemplo, o caso da condenação da funerária e do hospital Santa Casa de Bagé (RS) por “prática abusiva e anticompetitiva”. Na contenda, constatou-se que o hospital e a funerária pertencem à mesma instituição e que um hospital filantrópico não poderia manter uma funerária, cujo objetivo seria o lucro. O hospital também não poderia conceder privilégios na contratação dos serviços funerários, sem estendê-los às demais empresas do ramo. Disponível em: < <https://www.mprs.mp.br/noticias/id43615.htm> >. Acesso em: 20 jun. 2017.

e MUNIESA, 2005, p. 1229), o que a torna num componente da dinâmica da economia de serviços (CALLON, 2007). A diferença do mercado funerário é que o consumidor pego na economia do tempo dificilmente irá identificar e classificar as melhores ofertas, tal como faria a figura do agente econômico *desencarnado*, sempre em controle das suas emoções e pulsões. Por essas razões, algumas empresas que visitei colocam à disposição toda uma equipe como forma de benefício para seus clientes:

São dez pessoas no telefone e ainda quatro pessoas que tã na rua com veículos. São nossos colaboradores com nossos veículos que vão até a casa das famílias, buscam esse familiar para conduzir até a funerária... Eles são atendentes familiares que vão conduzir o familiar em todos os órgãos envolvidos, no momento do falecimento, para amparar essa pessoa... Porque normalmente você não sabe para onde vai: ‘ah, tem que ir para hospital? Tem que ir para cemitério?... Eu não sei onde eu vou, estou perdido...’. Então nós temos profissionais que desde o momento da ligação nós acionamos para eles irem até lá para auxiliar em tudo e também conduzir a todos os órgãos para poder realizar o féretro (E49).

No caso de Belo Horizonte, ainda que não encontrei nenhuma disputa judicial envolvendo a prática de “pronta transferência”, como ocorre em outras disputas em torno de interferência no livre mercado, como no acordo entre a PBH e o grupo Santa Casa que vimos acima, um acordo que reproduz os elementos da antiga lógica brasileira de usar rendimentos funerários e cemiteriais com os mortos para financiar os cuidados com os vivos em instituições filantrópicas de saúde (cf. DOWD, 1921; RODRIGUES, 2014), ouvi críticas a ela de empreendedores do setor. De um lado, uma censura à venda que ocorre num momento de pesada carga emocional e, de outro, uma discordância nos limites imprecisos entre os espaços profissionais da morte e da saúde, o que permite agentes funerários preencherem a declaração de óbito que será assinada pelo médico, antes mesmo de assinarem o contrato de serviço:

Muitas das vezes as pessoas interpretam a gente como um “papa defunto”... Só que a pessoa que está lá do setor funerário não tem bola de cristal e muito das vezes é *indicada por alguém* para ir naquele setor e dar suporte para a família, apesar de eu não concordar com as funerárias dentro de hospitais... Primeiro porque você acaba coibindo família a fazer o serviço com você. A família já está martirizada com aquela situação e acaba acreditando que você seria melhor pessoa para aquele serviço. E, outro: a pessoa que lida com a morte não é apropriada a preencher o atestado. Ela está liberando essa declaração que é de grande importância, né? (E2, grifo meu).

Pela fala, subentende-se que a funerária aparece aos enlutados como o único fornecedor deste tipo de serviço, com a mesma força de venda de um monopólio (cf. PARSONS, 2003, p. 70). O operador funerário que consegue estabelecer um *continuum* “hospital-plantão funerário-

empresa” afasta a concorrência e limita os efeitos de liberalização de mercado. O alicerce desta economia de circulação é a homogeneidade entre os espaços profissionais de saúde e funerário (TROMPETTE, 2007). É ela que facilita o trânsito de famílias e cadáveres, enquanto permite a funerária jogar com a contiguidade espacial, a troca de papéis e a confusão. Conforme o relato, os agentes funerários têm preenchido parte dos atestados de óbito e, por meio da equipe de enfermagem, os repassa ao médico que completa e assina o documento. Esse seria um elemento do conjunto de arranjos materiais, sociais e simbólicos para promover a “pronta transferência” da cadeia de tratamento para a cadeia mortuária. Inclusive porque, ao transportar um corpo sem a DO, “o motorista fica enquadrado no código penal por ocultação de cadáver” (E3). Outros arranjos que identificamos em campo incluem a semelhança entre equipamentos (carros funerários de cor branca), objetos (o uso de jaleco para transportar o corpo do quarto até o necrotério do hospital) e marcas (os nomes de santos, como os de hospitais).

Estou de acordo com Parsons de que “a indústria funeral não existe no vácuo” (Ibid., 1999, p. 140) e que depende de *renome*<sup>150</sup> e de *indicações* para obter clientes e de acordos com quem estiver localizado “no primeiro ponto de contato com os enlutados, como o pessoal do hospital, o escritório do *coroner*, etc.” (Ibid., p. 141). Todavia, se considerarmos que a competição do mercado funerário, como qualquer mercado, ocorre majoritariamente por meio da construção de redes de sociotécnicas (CALLON e MUNIESA, 2005), devemos entender como essas redes se produzem e se estabilizam. Como veremos, cada qual à sua maneira busca unir, juntar, ligar mundos profissionais diversos para fisgar consumidores vulneráveis. Essa estratégia parece ter sido a causa da surpresa de uma plantonista, ao se deparar com a intromissão de uma rede concorrente em seu atendimento:

Eu lembro quando minha vizinha faleceu no [hospital] João vinte e três... Eu estava conversando com meu vizinho e já chegou um rapaz com cartão que falou assim: ‘você é esposo da X’. Gente, como assim, ele já sabia o nome dela?! Aí eu falei: ‘Não, ele está comigo. Eles são meus amigos e eu trabalho na funerária’. Aí ele pediu desculpa e saiu (...). Quando a gente fala que é amigo é assim: eles saem e respeitam. Mas tem uns que são muito topetudos.

---

<sup>150</sup> As duas palavras que mais apareceram nas entrevistas foram a “tradição” (de mercado), sobretudo para as funerárias mais antigas, e “satisfação do cliente”. A alusão do vendedor à “tradição da empresa” nos deu a entender que a permanência da empresa no mercado se deve à pequena possibilidade de erros na condução do ritual funerário (o que aumentariam as chances para a “satisfação do cliente”). Daí uma repetição de nomes pelas empresas menos tradicionais, sobretudo “Santa” (Santa Clara, Santa Terezinha, etc.) e “Pax” (Pax Belô, Pax Universal, etc.), inferindo que os serviços delas se equivalem aos das empresas de renome (Santa Casa, Pax de Minas, Metropax).



Mas o problema da concorrência é a ligação. É o tempo todo. Mas se a família fala: ‘eu tenho um plano funerário’, eles param porque não é vantagem derrubar plano funerário. Agora, se a família não tem nenhum plano funerário, eles ligam sem parar para oferecer um preço menor (E78).

Mas, apesar de um competidor ter conseguido chegar até a família, o conselheiro-vendedor que está nas instalações do hospital muito provavelmente irá interceder para fazer uma oferta mais convidativa e obter um contrato elaborado e assinado no local. Aqui cabe destacar que nem sempre a venda é feita num ambiente amistoso, inclusive devido à própria organização do negócio funerário<sup>151</sup>. A diversidade do público que ali chega é tanta, que não há como prever qual será a “personalidade da família” na hora da venda: “a gente é quase um psicólogo aqui... tem que primeiro acolher e ouvir... às vezes, eles brigam entre eles... eu converso, ofereço água e café” (E78). Tais respostas ressoam com a criação de um “espaço para a dor” (FROST et al, 2006, p. 849), uma forma organizacional de compaixão que dá chance a quem sofre de manifestar o seu pesar e se reagrupar. Essa organização é importante se lembrarmos dos sentimentos ambivalentes dos familiares, ora confiando e contando para todas as orientações, ora desconfiados e arredios. No âmbito das relações familiares, as brigas podem acontecer entre uma amante e a esposa, entre a antiga esposa e a esposa atual, entre meios-irmãos consanguíneos ou uterinos, etc. Ofensas por diferentes razões, ressentimentos, desconfianças, arrependimentos, conflitos não resolvidos e suprimidos ao longo da vida, que, no momento de desorganização familiar, ressurgem em hostilidades abertas (cf. KOURY, 2001, p. 139 – 154). Ou conforme registrei:

Já tivemos que separar briga também. Acho que foi ano passado. O falecido ele tinha duas esposas e uma queria [o velório] de um jeito e a outra queria de outro (risos)... O filho de uma com filho de outra... Aí ficava aquele clima de: ‘eu não aceito isso! eu não aceito aquilo!’. É complicado, mas existe... Há vezes que eles brigam por causa de herança, por causa de direito de família: “agora que já morreu o pai, a mãe, ou quem for, tem que tirar aquele outro irmão lá da casa antes de sepultar” (E11).

Nada disso inviabiliza a força dos dispositivos sociotécnicos utilizados para capturar o destino dos cadáveres e das famílias (cf. KOPP e KEMP, 2007; BLAYAC, BOUGETTE e MONTET, 2012). A ideia é firmar um “compromisso” o quanto antes, de modo a restringir ou dificultar

---

<sup>151</sup> Segundo Parsons (2003), haveria quatro áreas de interação conflituosas no negócio funerário. As primeiras três se referem à relação entre a funerária e os enlutados: o ambiente econômico dos funerais (o monopólio da prestação de serviços; os custos “escondidos” do funeral; e a natureza estressante da compra), as relações contratuais entre a funerária e o cliente (as formas de e os responsáveis pelo pagamento), e o controle do funeral (posse do corpo, preparativos). A última área se refere à funerária como intermediadora entre os enlutados e os serviços e facilidades adquiridos em nome do cliente (cemitério, crematório).

qualquer mudança de direção do cliente que poderia ocorrer posteriormente (BECKER, 1960). Assinado o contrato, esse consumidor seguirá um itinerário estruturado ao longo dos profissionais que se deslocam em torno dos mortos e regulam a circulação deles: o médico que atesta o óbito; o burocrata que libera o corpo, o enfermeiro-chefe do departamento hospitalar, o motorista da ambulância, etc. Isso tudo ficou subentendido na seguinte fala de quem opera essa logística:

Uma funerária lá de Montes Carlos contrata minha empresa para pegar um corpo no Hospital Risoleta Neves em Venda Nova e levar até eles. Depois que a família estiver com a documentação em mãos, eu vou lá com meu carro, removo aquele corpo e levo até a cidade de Montes Carlos. Ou seja, o meu carro, ele passa a ser um necrotério ambulante. Enquanto isso, a funerária de lá vai tomar todos os procedimentos para o sepultamento: urna, flores, preparação do corpo, roupa, traslados internos, castiçais com vela e taxas de cemitério (E2).

Por esse ângulo, o que se diz, sobre o doente e os médicos que o tratam, que “o corpo é convertido em uma rede complexa de processos e um conjunto de recursos humanos, técnicos e intervenções farmacêuticas” (LAW, 1992, p. 5), que disfarça as redes que o produzem quando esse corpo se torna saudável, também vale para o corpo sem vida. Nos bastidores, o cadáver é examinado, certificado e vestido por uma série de profissionais que se localizam ao longo no caminho dos corpos e detém a sua posse, enquanto a família inicia o complexo *ritual burocrático* de desemaranhar os direitos e deveres do falecido (BRADBURY, 1999). Importante notar que esse “ritual” tem sentido de urgência para quem se ocupa dele, normalmente um familiar, justamente porque envolve direitos e deveres do falecido e dos sobreviventes<sup>152</sup>. Sobre o arranjo inicial do itinerário do cadáver, quando se constrói o compromisso inicial entre agente funerário e consumidor, vejamos um exemplo de agentes funerários abordando as enfermeiras para constituírem vínculos comerciais de dentro do hospital:

... Aí quando morria alguém – não que enfermeira matasse – mas quando morria alguém no plantão delas, ela ligava para o cara ‘ó, vem aqui, tem uma pessoa falecida aqui’. Aí eles chegavam lá e já vendiam o funeral pra família... Era assim que funcionava [na década de oitenta]... Eu chamava as enfermeiras para o bailinho... Não era uma, era um monte... Para jantar então! Eu já vi um dono de funerária jantando com três, quatro enfermeiras (E4).

---

<sup>152</sup> “Lidar com a burocracia da seguridade social, as companhias de seguros, os processos de vencimentos e sucessão, e as leis que tratam de contas bancárias e outros ativos também constituem um tipo de ritual e proporciona um sentido de algo a ser feito” (ROSENBLATT, WALSH e JACKSON, 1976, p. 109).

Do ponto de vista dos gestores das funerárias, a interposição desses profissionais, com vínculos de trabalho no mundo da vida e da morte, é crucial considerando os entraves (inclusive, espaciais) que envolvem a canalização do cliente (TROMPETTE, 2007). Como *prescritores*, eles podem dar conselhos e influenciar a decisão final do comprador, uma vez que “a percepção de riscos e ignorância levam os compradores a subcontratar decisões e transferir responsabilidades de compras para prescritores que possuem o conhecimento necessário” (LAMOUR e LA ROBERTIE, 2015, p. 83 – 84). Situado entre o consumidor e o ofertante, esses profissionais dão conselhos e “qualificam” um prestador de serviço (Ibid.), num mercado em que os clientes não conseguem avaliar produtos e serviços por si só e dependem da honestidade de quem eles acreditam ser o fornecedor “certo” (AKYEL, 2013). Por isso, há tentativas de aproximar os funcionários ao longo da cadeia mortuária. Esse é o caso dos cemitérios públicos da cidade, espaços que têm sido sistematicamente abandonados pelo município, que inclusive há algum tempo vem tentando privatizá-los<sup>153</sup>; afinal, me disseram, “esta não é uma matéria que traz muito grado, não é eleitoreira por assim dizer” (AR). Tal vácuo é frequentemente preenchido pelas funerárias quando é permitido pela diretoria dali, talvez para deixar os sepultadores mais prestativos aos pedidos da equipe cerimonial desta empresa quando eles ocorrerem: “no Finados, a funerária [omitido] dava lanche, dava refrigerante, dava essa roupa com logomarca, dava uma assistência ao cemitério... era uma parceria entre eles aí (AC)”. Um encarregado de um cemitério público nos contou como funciona essa estratégia das funerárias para incluir mais um ponto na sua rede de relacionamentos, e algumas resistências que acompanham:

A gente muito bem, todos [agentes funerários] ... Pelo menos comigo, eu não aceito dar preferência para ninguém... se você entra numa coisa dessas, vira uma máfia, então a gente tem que ter muito cuidado.... Porque já existiu gente que o que ela puder ganhar de melhor, ela quer, e a gente prepara muito o pessoal para não fazer isso... A gente avisa que é ‘nada’ de presente... Antes eles davam camisa, davam tudo... Tanto é que agora é para a gente dizer ‘não pode receber’, que ‘não pode fazer’, né? eles trazem caneta, trazem tudo..., mas não pode, nem ajudar a gente na festa de natal, eles podem... Por exemplo tinha festa de natal, eles mandavam um vinho, mandavam um doce, mandava coisas para fazer a festa dos funcionários.... Nem isso mais pode receber.... Eles chegam, assim, aos pouquinhos... e a prefeitura faz o possível para isso não acontecer... Uma das coisas que os

---

<sup>153</sup> Disponível em: < <http://hojeemdia.com.br/horizontes/al%C3%A9m-dos-parques-pbh-quer-terceirizar-a-administra%C3%A7%C3%A3o-dos-cemit%C3%A9rios-p%C3%BAblicos-da-cidade-1.327009> >. Acesso em: 19 jan. 2018.

diretores mais brigam é com isso..., mas você consegue identificar que funerária atende melhor, que faz isso, que trabalha melhor... (E78).

Assim, no setor mortuário, onde os profissionais encarregados da custódia e do cuidado de cadáver já são percebidos como repositórios de informações técnicas (PARSONS, 2003), essa confiança dos clientes pode fazer surgir demandas fora da sua área de atuação<sup>154</sup>. A aproximação com outros campos de trabalho é, portanto, um dos meios da operadora tornar a sua presença conhecida e ter clientes enviados a ela. Mas não quer dizer que a qualificação fique restrita ao mundo profissional: deve-se considerar também, e talvez com maior eficácia, as informações que circulam em redes pessoais sobre a reputação ou valor simbólico da empresa (AKYEL, 2013). Tanto a *qualificação* da funerária como o *vínculo* dela com outros ambientes profissionais nos foi relatado por outro funcionário de um cemitério público que nos explicava como ele executava as ordens de sepultamento que chegavam até ele:

Que funerária sempre está passando para a família qual é o primeiro passo quando falece uma pessoa?...Porque que eu falo: a [omitido] é boa, a [omitido] é boa. Eles têm pessoal próprio para resolver a burocracia para a família. Eles mesmos vão no cartório com a família, entendeu? Eles mesmos vem trazer o corpo. Eles mesmos já chegam com a guia [de sepultamento] para a família. Mas tem funerária que pega o serviço, chega aqui e a gente pergunta: ‘cadê a guia?’ – Eles: ‘ah, está com o motorista da funerária’ – E aí chega para o motorista: ‘cadê a guia?’ E ele diz que está com a família.... (E36).

Isso significa que a menos que os indivíduos tenham experiência como compradores, eles selecionam funerárias principalmente por causa da reputação (AKYEL, 2013). É o que acontece com as empresas da cidade que adquirem renome no meio hospitalar em relação às empresas que não adquirem: “lá perto do IML têm os ‘papa-defuntos’ que ficam ali esperando alguém passar com envelopinho pardo, para pegar a família, prometer o que vai fazer. Mas a família prefere a [omitido] pelo nome e pela tradição, né?” (AB). Assim, os julgamentos morais sobre as empresas influenciam o processo de qualificação delas (AKYEL, 2013). Segundo outro entrevistado que também não tem ligação com o setor, essa e outras funerárias não ficariam “em cima do familiar na porta do IML e dos hospitais, igual a urubu na carniça”, ao contrário “você que procura o serviço delas e entra em contato com elas” (E36). Ou seja, é

---

<sup>154</sup> Colhemos relatos de agentes funerários que foram consultados sobre os direitos do morto, sobretudo das verbas que podem surgir do seu falecimento – herança, pensão, fundo de garantia, indenização, etc. Por exemplo: “Eu vou te contar um caso essa semana. Ligaram do posto para me perguntar: ‘ô [suprimido], você pode ajudar? A minha mãe faleceu e a empresa não quer pagar o dinheiro da minha mãe. Como eu vou receber esse dinheiro?’ Ela queria saber se ela tinha direito ao salário, ao fundo de garantia, se a empresa era obrigada a pagar ou não do que ia comprar para o sepultamento...” (E11).

permitido que a funerária tenha relações de contiguidade com outros espaços profissionais, desde que elas não chegam ao ponto de se tornar relações de promiscuidade. De fato, o que torna um provedor valioso é a confiabilidade de que nada vai dar errado e que os clientes não serão enganados:

O negócio que a gente não deve nem comentar é a deslealdade do pessoal das funerárias com os familiares. É um leilão que eles fazem, tá? Por exemplo, a família entrou no IML... Na porta do IML você vai encontrar cinco funerárias [dizendo]: ‘ah, ele fez por tanto? eu faço por tanto’ ... Pelo amor de Deus, você está tratando ali agora de fazer o velório de um ente querido... Não é hora disso... Mas infelizmente tá aí e ninguém toma providência para que isso se resolva... E o negócio das funerárias na realidade é o seguinte: é esfolar a família nessa hora que ela está melindrada... (E19)

No âmbito das políticas estatais, as instituições públicas são capazes de estabelecer acordos formais com uma empresa funerária que apresente velocidade e coordenação imediata, por ter construído melhor esse *mundo intermediário* que a concorrência, e repassar para ela uma responsabilidade dele. Este seria o caso da autorização provisória do IML para que funerárias façam o transporte voluntário de cadáveres devido à ausência de rabeções ou à insuficiência de pessoal para o excesso de trabalho do instituto, responsável por quase toda região metropolitana<sup>155</sup>. Geralmente, o acordo atribui à funerária o traslado de falecidos e, segundo seus críticos, facilita a venda dos serviços dela às famílias enlutadas, algo que acontece em outras unidades do estado<sup>156</sup>. De qualquer modo, ajuda no renome da empresa. Os acordos são feitos e desfeitos dependendo da capacidade estrutural do IML de lidar com a quantidade de casos (pessoal, armazenamento e transporte): “Hoje, com a demanda de trabalho tem aumentado, agora parece que tem algumas funerárias que também fazem esse trabalho de remoção de corpos” (E23).

---

<sup>155</sup> Disponível em: < [http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2016/06/17/interna\\_gerais,773609/solucao-de-impasse-esta-na-criacao-do-servico-de-verificacao-de-obitos.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2016/06/17/interna_gerais,773609/solucao-de-impasse-esta-na-criacao-do-servico-de-verificacao-de-obitos.shtml) >. Acesso em: 10 ago. 2017.

<sup>156</sup> Numa reportagem sobre o IML de Uberlândia, o delegado-chefe do órgão explica que o transporte daquela unidade “sempre funcionou com o auxílio das funerárias”. Ele continua: “Após o corpo chegar ao IML é a família que decide se mantém o serviço com a funerária que já atendeu o corpo ou muda de empresa. *A única coisa que as funerárias ganham com isso é a chance de conseguir clientes*” (grifos meus). O entrevistado também descreve a divisão de tarefas: “Funciona assim: acontece um crime e a PM aciona a Polícia Civil, que aciona as funerárias. O perito realiza o trabalho e os funcionários das funerárias retiram e limpam o corpo do local do acidente ou do crime e levam para o IML. Depois disso, o órgão libera o corpo para a família, que decide qual empresa fará o funeral”. Por fim, ele nos mostra que, além de liberar investigadores desse trabalho, um dos benefícios da parceria seria aproveitar a celeridade logística das empresas associadas: “Em cidades maiores, o rabeção demora até quatro horas para levar um corpo para o IML, como temos as funerárias aqui em Uberlândia não demora nem uma hora geralmente”. Disponível em: < <http://g1.globo.com/minas-gerais/triangulo-mineiro/noticia/2017/03/sem-rabecao-policia-civil-conta-com-apoio-de-funerarias-em-uberlandia.html> >. Acesso em: 9 set. 2017.

Atualmente, a funerária-parceira ficou restrita a dar um destino final aos corpos de pessoas encontradas sem nenhuma identificação e que não foram reclamadas, também categorizadas por “desconhecidas” no IML, no cemitério público que a Prefeitura determinar. Ela é também responsável por levar os corpos de pessoas carentes e indigentes quando houver solicitação de necropsia, dos hospitais João XXIII, Risoleta Neves e Santa Casa. Ainda assim, esses acordos limitados a uma ou poucas funerárias com melhor capacidade logística não impedem de haver uma política desta unidade de desvincular contiguidades e restaurar os limites físicos e a heterogeneidade do espaço profissional da autópsia em meio às tentativas de *pronta transferência* (ou conexão) dos operadores funerários. Algo semelhante já ocorreu em alguns hospitais<sup>157</sup>. O objetivo é conter relações comerciais com grande assimetria de informações. Vejamos como funciona – pelo menos no discurso – esse exercício de desunir, desvincular ou separar o espaço físico nesse instituto:

... Anteriormente, há mais bastante tempo atrás, eles ficavam aqui dentro do IML, no pátio, no *hall* de entrada e na recepção, assediando as famílias. Mas aí teve um inspetor que convidou esse povo a ficar do lado de fora, porque *ficava muito feio* a pessoa aqui dentro. *A família achava que eles trabalhavam pelo IML...* Então ficava aquele furdução. Agora, as abordagens de família ficam do portão para fora. É ali que eles entregam cartõezinhos e aquele negócio todo, mas eles não podem acompanhar a família aqui. Eles só podem vir com a família depois que ela já contratou o trabalho da funerária (E23, grifos meus).

Como uma parte crucial da averiguação em investigações criminais, a forma forense de morte precisou estabelecer linhas aparentemente muito mais rígidas e demoradas de liberação de cadáveres, considerando os efeitos deste controle no mundo dos vivos. Assim, não há limite legal para que um corpo seja mantido na câmara fria do IML, ele pode ficar ali enquanto houver possibilidade de identificar a pessoa. A necessidade do controle das suas fronteiras externas aparece, por exemplo, em decorrência das tentativas de ludibriar a investigação criminal de criminosos foragidos que, por meio de encenações e documentos falsificados, buscam deixar impune o transgressor da lei: “e eu tenho aqueles que tentam burlar o nosso sistema para poder ocultar um crime de outra pessoa... ela tenta liberar um corpo como se fosse o fulano X, para poder ocultar esse fulano X que cometeu um homicídio e está foragido. Ela vem aqui tentar pegar um corpo parecido, forjar uma documentação, etc.” (VS). A

---

<sup>157</sup> Dentro de um antigo hospital da cidade, registramos que “antigamente funcionava uma funerária aqui dentro. Tudo era feito aqui. Depois a funerária foi transferida e isso tem muitos anos...” (E64).

resposta a esse e a outros riscos de natureza criminal segue um controle do trânsito de corpos no IML, cujo detalhamento nos foi dado por um outro investigador de polícia. Ainda assim, na entrevista, percebemos uma maior preocupação em reter o corpo, este importante arquivo de informações que, inclusive, podem salvar futuramente a vida de outras pessoas, do que escoá-lo o quanto antes para liberar os recursos materiais e humanos, como ocorre nos hospitais:

Então, feita a necropsia, o familiar vem até na assistente social para entregar o documento da vítima e o documento comprovando o primeiro grau de parentesco. Caso contrário, tem que ser com ordem judicial. Mas para esse parente retirar o corpo, ele precisa contratar um serviço funerário e ter o *check out*. Aí sim, o médico vai preencher declaração de óbito daquele corpo (...). Então, o familiar fica aguardando enquanto a funerária entra com esse *check out* na assistente social. Só então o auxiliar de necropsia vai conferir o *check out* com o nome do cadáver no cartão de identificação preso no corpo e liberar esse cadáver... Ele tem que sair vestido daqui... E na saída, eles colocam o cadáver na urna e o familiar tem que lá para fazer o reconhecimento e assinar esse *check out*, informando que eles reconhecem o corpo, para evitar que eles levem o corpo trocado (E23).

Aqui cabe fazer uma distinção das racionalidades que subjazem o IML e o hospital. No Brasil, sabemos que o IML é subordinado ao departamento de polícia ou à secretaria de segurança pública. Na língua inglesa, ele é traduzido por *coroner office*<sup>158</sup> e apresenta semelhanças com a instituição anglo-saxônica. Segundo Stefan Timmermans (2006), os legistas são chamados quando algo fora do comum ocorreu com alguém que efetivamente deveria estar vivo, mas não está<sup>159</sup>. São momentos em que a ordem social da morte foi perturbada e há pressão pela verdade – se causa natural, acidente, homicídio, suicídio ou indeterminada. As investigações sobre o tipo de morte são discretas e distantes do público, ainda que ele seja o maior beneficiado. Mas isso não significa que as racionalidades da clínica e da investigação forense se igualem em seus objetivos, afinal, como escreve esse autor, “em contraste com intervenções habituais de cuidados com a saúde, o trabalho dos investigadores da morte é guiado não pela cura ou prevenção – evitar a morte ou preparar para a transição final – mas pela necessidade de gerar conhecimento especializado sobre a vida” (Ibid., 2006, p. 3). E conforme nos contou um investigador da polícia, diferentes racionalidades implicam

---

<sup>158</sup> Conferir por exemplo: < <https://www.hrw.org/reports/1997/brazil/> >. Acesso em: 4 set. 2017.

<sup>159</sup> Podemos ilustrar esse ponto com um caso de morte suspeita: “Às vezes pode ocorrer o seguinte: a pessoa está quase para receber alta e de repente a família recebe uma notícia: ‘olha, fulano morreu...’. Mas morreu por quê? O cara estava bem, todo mundo visitou ele, ele estava lá sorrindo, conversando e de repente pessoa morreu. Aí, quando vai ver, a pessoa caiu da maca, da cama, bateu a cabeça no chão...” (E23).

diferentes formas de demarcar a interferência dos agentes funerários e de outros atores que venham atrapalhar as investigações:

Eles não podem entrar a hora que quiser. O espaço aqui é público, mas, infelizmente, na morte de causa violenta, o corpo pertence ao Estado... O médico não pode dar um atestado no caso de acidente de trânsito. Por exemplo, num acidente de trânsito, o parente de uma vítima fala assim: ‘Ah não, cara, ele é deputado fulano de tal que morreu em acidente de trânsito’. E o médico diz: ‘Eu vou dar um atestado para ele não ter que (ir) para o IML’. Isso não pode. Agora, se fosse um caso de morte natural, aí sim, o médico particular dele ou qualquer médico que quiser lá e que fez acompanhamento clínico dele, pode dar o atestado... Então nós falamos que pertence ao Estado porque somente o médico legista pode dar uma declaração de óbito para essa pessoa... (E23).

Todavia, há de se lembrar do assédio às famílias nos casos de óbito em via pública, quando não raro os agentes funerários concorrentes chegavam a brigar para decidir quem levava o “serviço”, uma situação constrangedora até para os peritos, o que motivou os diretores das regionais da polícia civil a estabelecer os horários de atendimento de cada empresa. Além disso, em certas cidades do interior do estado, são os agentes funerários que ajudam os peritos nas autópsias por causa da falta de técnicos para fazê-las. Mas além de parcerias público-privadas, há outros tipos de entendimentos tácitos e, não raro, de corrupções que há muito são denunciadas neste setor<sup>160</sup>. Nos dois extremos, há uma forte relevância da atividade cooperativa no centro da competição entre as empresas, segundo a racionalidade de que, “[a] fim de construir bens [e serviços] objetivados, uma grande variedade de conexões sociais precisa acontecer” (CALLON e MUNIESA, 2005, p. 1233). No geral, essas conexões que ligam espaços profissionais diversos buscam abreviar os procedimentos burocráticos relativos ao cadáver (declaração de óbito, registro em cartório, guia de sepultamento). Os laços de proximidade produzidos no cotidiano estreitam ainda mais as relações entre operadores funerários, instituições de saúde e as autoridades públicas<sup>161</sup>. Alguns desses elos tornam-se objeto de investigação policial e viram notícias de grande repercussão nacional: “No passado, no próprio em Rio de Janeiro, tinha o ‘anjo da morte’. As pessoas estavam na fase terminal, e

---

<sup>160</sup> Conforme reportagem, disponível em: < <http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2015/06/ex-funcionario-de-funeraria-particular-conta-detalhes-de-esquema-ilegal.html> >. Acesso em: 15 ago. 2017.

<sup>161</sup> Essa proximidade fica subentendida na fala do gestor de um cemitério que nos contava como ele orientou uma amiga que havia perdido um parente: “outro dia uma colega minha de trabalho me ligou no sábado, meia-noite: ‘x desculpa te ligar, minha vó acabou de falecer e eu não sei o que que eu faço...’ Aí você orienta, liga para algumas pessoas, tenta agilizar...” (E94).



o cara desligava oxigênio e chamava o amigo dele da funerária X...” (E27)<sup>162</sup>. No negócio funerário, o nexos entre espaços profissionais diversos garante a fluidez da “cadeia de tratamento” ao qual o cliente se vinculou (TROMPETTE, 2007). Durante a nossa pesquisa, um dos modos de descobrir isso foi pelas reclamações de entrevistados sobre interferências que desestabilizam a rede sociotécnica que eles construíram e administram:

Às vezes, algumas pessoas inescrupulosas – não é do plano, tá? – convêm com alguns médicos inescrupulosos para pegar a família na hora que está lá no e fala que vão arrumar um atestado para que o corpo não precise de ir lá [no IML]... e aí fala: ‘depois você entra na justiça, vai no PROCON e cobra deles [o reembolso pelo plano da funerária concorrente]’...A funerária tem convênio com [nome do hospital omitido] e com pessoal do reboque... Depois que o rabecão comunica a funerária ‘conveniada’, ela entra em contato com a família lá no IML e fala com ela que vai arrumar um atestado de óbito de um médico... Mentira! Na verdade, eles têm um médico que cobra por isso, mas a família não fica sabendo que eles pagam este valor embutido no serviço. Mas a funerária só te dá o atestado mediante a execução do serviço com eles (E89).

Segundo este empresário, após conseguir um atestado de óbito com um médico e dados das famílias com os policiais, a funerária aborda os enlutados (frequentemente, pessoas de pouca instrução) e os convence a contratar o serviço para evitar que o morto passe pela autópsia do IML. Se os enlutados já tiverem algum plano funerário, esses agentes os incentivam a acionar a Proteção ao Consumidor (PROCON) para ressarcir os custos da cerimônia. Ou seja, a atual legislação consumerista, que, segundo Ciméa Bevilaquia (2008), ratifica a intervenção estatal numa ocasional recusa do fornecedor em atender a expectativa do consumidor e ressarcir o dano causado, foi subvertida para promover um conflito jurídico sem que houvesse quebra de expectativa e beneficiar os vigaristas. Talvez sem saber, eles estão se aproveitando da tendência de que a maioria dos esforços de proteção do consumidor no mundo se concentraram principalmente no ritual para o desfazimento do morto (KOPP e KEMP, 2007). A contrarresposta da funerária prejudicada foi acionar o ministério público e instruir os seus clientes sobre os procedimentos relativos à morte violenta. O objetivo seria restabelecer o fluxo “normal” dos seus consumidores e tirar a visibilidade dos oportunistas que (des)aparecem na sua rede. Aliás, o risco de (re)arranjos oportunistas nos pareceu ser uma constante para as funerárias, pois também foi comentado por outro entrevistado:

---

<sup>162</sup> O caso mencionado teve grande repercussão nacional. Disponível em: < <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2010/04/dono-de-funeraria-e-acusado-de-pagar-propina-enfermeiro-condenado.html> >. Acesso em: 29 jan. 2018.

... Sempre tem um interessado em ganhar alguma coisa, entendeu? Chega um cara e diz: ‘Entra na justiça contra esse aqui que pode dar uma grana’. E a pessoa escuta. Você sabe que o Brasil é cheio de artista, né? Então, isso acontece em qualquer lugar. Até no comércio aí. Você entra numa loja, compra uma roupa, leva e rasga aquela roupa. Depois você fala que a moça não quis trocar e entra na justiça. Tudo hoje é justiça (E19).

Às vezes, quando não há nenhum acordo tácito para se conectar mundos profissionais e agenciar os clientes, surgem tentativa de captura pelas brechas da polícia mortuária. Por se tratar de atividades socialmente ilegítimas, aqui contam as estratégias que Irving Goffman (1959) analisou sobre as maneiras pelas quais os indivíduos controlam as impressões alheias a seu respeito para obter alguma recompensa. Esse é o caso dos oportunistas que se passam por policial civil na ocorrência de morte violenta e que garantem à família a celeridade na liberação do cadáver no IML caso o funeral seja feito com ele. Ou como nos disseram: “já teve agente funerário chegou para a família dizendo que era um policial civil, um ‘rabequeiro’, e que ia adiantar o processo no IML se fizesse o serviço com eles, mas na verdade não era policial civil... e a família acredita, porque está muito sensível...” (E78). A compra traria o benefício de desviar do pior acesso àquele órgão de investigação, que é pelo itinerário da impessoalidade institucional. Seria um desgaste desnecessário, já que, em uma sociedade como a nossa, escreve Roberto Damatta (1997, p. 83), “uma pessoa pode efetivamente colocar à disposição de outra suas redes de relações pessoais, fazendo com que todas as instituições sociais possam subitamente se tornar eficientes”. Essas ocorrências são frequentes com os agentes funerários que atendem em hospitais:

Então tem muito charlatão por aí... Eles fazem cara de bonzinho e até me convencem... Mas, como eu já eu trabalhei muito tempo no [nome do hospital omitido], eu já fiquei um pouco maliciosa... Quando eles chegavam, eu dizia: ‘não, pode ir embora daqui! você não vai me enganar não!’ aí ele: ‘ah, é você que está aí? eu não vou, não vou embora’... E eu: ‘não tenho coragem de tirar do seu pão não, então vai embora!’ (risos)... Era assim que acaba e a gente ficava vendo as mesmas caras e eles até já sabem quem eles são... Então se ele for com sua cara, ele não mexe com seus atendimentos... é uma ‘máfia’, sei lá que que é isso... Mas eu falo assim: ‘eu estou ganhando o meu pão, estou trabalhando honestamente e você não, sai daqui!’ Eu falava brincando, né? Até que alguns entendiam e não mexiam com a gente não, mas tem uns que são muito atrevidos... (E78).

Esse é também o caso do agente-aproveitador que se diz ser parente do falecido ao atendente do cemitério público para reservar um horário no velório<sup>163</sup>. É sabido organizar a data e a hora

---

<sup>163</sup> No nosso município, há por volta de vinte velórios de propriedade da prefeitura, que se distribuem nas quatro necrópoles públicas e no bairro Barreiro – a Capela Velório Vicente Rodrigues de Paulo. Elas são alugadas pela

de um funeral pode levar a dificuldades, inclusive porque as variáveis que influenciam a equação de data e hora incluem, por exemplo, os requisitos da família e os compromissos existentes no cemitério (PARSONS, 2003). Por exemplo, em um cemitério, “para conseguir um velório aqui, a pessoa tem que chegar bem cedo mesmo... é muito cheio... nós temos só quatro velórios” (E49). Tendo conhecimento disso, o “agente” se vale da disputada vaga no velório para *qualificar* o seu pacote funerário, (re)criando provisoriamente uma situação onde o lucro é privado, mas o prejuízo é público:

A gente tem aquele agente funerário que – acontece muito – liga para cá e reserva o velório num nome qualquer. Aí ele vai lá no hospital e na medicina legal, e descobre alguém que está providenciando os trâmites para enterrar uma pessoa, que está negociando com a funerária, mas que não tem velório disponível... aí ele fala: ‘ó, eu tenho um velório reservado para o seu ente querido’. Aí ele consegue convencer essa pessoa a contratar o serviço dele porque ele já tem um velório reservado. Mas ele reservou aqui no nome do José Antônio e a pessoa que faleceu lá é dona Maria Amélia. Quando ele contrata o serviço, ele liga para cá e fala: ‘olha, eu errei o nome, era a Maria Amélia que vai ser enterrada aí’. Na realidade, ele queria segurar uma vaga que não é dele... (E94).

Do lado do ‘negócio’, a pronta transferência de *cadáver* para *ordem de serviço* se realiza mediante a transação de documentos oficiais (atestado de óbito, autorização para velório, etc.) que resguardam os consumidores vulneráveis das ineficiências das instituições – como a demora para liberar o corpo no IML ou não encontrar um velório disponível no cemitério público. Dentro desse grupo, uma forma de agenciamento ilícito aproveita da estrutura criada pela liberação do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT). Aqui, as recepções dos prontos-socorros e do Instituto Médico Legal (IML) e os locais de acidente, descobertos ao sintonizar os aparelhos de rádio particulares na frequência da polícia ou do SAMU, se tornam a *interface* entre os chamados “laçadores” e os clientes. Independente se são (re)arranjados por escritórios de advocacia<sup>164</sup> ou funerárias, se possuem elos com policiais ou profissionais de saúde, a atuação deles nesses campos de interação é produzir uma procuração assinada que garanta o acesso à quantia total do seguro. A transação pela procuração começa com a antecipação de um valor ao parente do morto (valor menor que o DPVAT) e a promessa de realizar a cerimônia e os trâmites legais sem ônus extra. Como

---

PBH a preços tabelados para a vigília do falecido e demonstração de pesar e solidariedade aos seus familiares (cf. Decreto 12009/05). Dois fatores explicam a sua grande demanda: as taxas de aluguel são mais baratas que os velórios privados das funerárias e a família pode dispor deste espaço o tempo que precisar.

<sup>164</sup> Disponível em: < <http://segurodpvat.com/site/noticias/1-latest-news/655-oab-exige-investigacao-para-identificar-escritorios-que-abordam-parentes-de-mortos> >. Acesso em: 23 out.2017.

sabemos, os trapaceiros pagam o serviço funeral e os serviços advocatícios com o montante total que a família teria direito de receber. O restante, que é a maior parte, some junto com eles. Após denúncias nos *media*, um entrevistado nos garantiu que “hoje dentro das funerárias sérias no Brasil é proibido falar em DPVAT” (E1). Pode ser verdade, o que não impede que essas práticas tenham acabado por completo:

É muito normal. Vamos supor que um motoqueiro foi acidentado. Mas antes do rabeção recolher o corpo já tem funerária lá com dinheiro no bolso, tá? O valor do DPVAT é treze mil e quinhentos reais. A funerária chega com algum familiar que está lá na hora e diz: ‘Eu vou te dar seis mil reais, que é um adiantamento pela morte dele, que é o seguro DPVAT. O senhor assina essa procuração aqui, que nós vamos receber tudo para o senhor’. Ele faz o serviço funerário de dois mil e passou seis mil para o cara – o que dá oito mil. Cadê os cinco mil restantes? (E19)

Outra forma de agenciamento, bem mais sutil da que se sucede em hospitais, mas, ainda assim carrega elementos de pronta transferência da “cadeia de tratamento”, mira aqueles que possuem um seguro de vida com auxílio funeral. “Hoje é um absurdo que se passa com seguradoras”, lamenta um entrevistado (E19). O *auxílio funeral* é uma cobertura que reembolsa os gastos referentes ao funeral em caso de alguém morrer. Pelo contrato da cobertura, o cliente teria livre escolha para contratar e supervisionar qualquer operadora. Acontece, porém, que, quando ele contata a empresa local autorizada pela seguradora, o arranjo o leva a uma funerária pré-escolhida, que oferece um serviço a um valor muito abaixo do montante coberto pelo prêmio do seguro. Em meio ao (re)ordenamento de tarefas entre a assistência autorizada e a funerária, não se sabe qual empresa retém o restante do prêmio do seguro (se uma, outra ou ambas), em detrimento da seguradora, que tem parte da quantia da cobertura desviada, e dos sobreviventes, que poderiam organizar um velório mais apropriado. Uma explicação mais detalhada do *modus operandi* deste (re)arranjo se encontra a seguir:

Você faz um seguro de vida com o banco X, tá? Então, quando têm o óbito, quem vai atender você não é o banco X, vai ser uma assistência, igual a seguro de carro. O seguro de vida hoje te dá um auxílio funeral de até cinco mil reais que você poderia utilizar na funerária que for fazer a prestação de serviço. Bom, a seguradora então passa para assistência, e a assistência tem uma acomodada com alguma funerária cujo limite do serviço é de dois mil reais. Essa assistência obriga você a fazer o serviço com a funerária X. Para onde que foi o resto do dinheiro? Ninguém sabe. Eu não sei se a seguradora sabe, mas as assistências fazem isso tanto com o auxílio funeral quanto no seguro funerário... A família tinha direito a fazer um funeral bonito, né? Mas não, faz uma coisa mixandinha, porque a assistência só repassará o valor do seguro se fizer naquela funerária, senão eles não pagam (E19).

Para James Gentry et al (1995), a existência de um mercado cheio de consumidores confusos é o que atrai vendedores inescrupulosos. Além disso, os autores ressaltam que problemas relativos ao abuso de enlutados, sendo intencionais ou não, devem aumentar à medida que a população envelhece. E talvez isso aconteça pela falta de uma polícia mortuária atuante. De fato, leis podem bloquear certas estratégias de construção de valor que circulam no mercado (AKYEL, 2014). No Brasil, por recomendação de um entrevistado, visitamos um programa de serviço funerário pioneiro, que é o sistema de rodízio da prefeitura de Curitiba. Ali, os serviços funerários são distribuídos por meio de um sorteio aleatório, respeitando uma relação de vinte e seis estabelecimentos cadastrados pela Administração Municipal. É a metade do número de empresas em Belo Horizonte, por exemplo, ainda que a taxa de mortandade das duas cidades seja semelhante. Cada funerária pega a mesma quantidade de óbitos do “lote oneroso” e do “lote gratuito”. Todas as empresas passaram por um processo licitatório, que é aberto ao país inteiro, para uma concessão que dura dez anos e que pode ser prorrogada por igual período. Além disso, elas devem respeitar uma tabela de preços minuciosa que é estipulada pelo município, ainda que as concessionárias possam oferecer serviços facultativos para os seus clientes. Do lado do consumidor, há a vantagem de evitar a canalização, pois “a família tem livre escolha, se ela cair numa funerária que ela não sentir confortável com os preços, ela pode voltar ali, trocar e ser sorteada novamente” (E27). Expostas essas vantagens, uma gestora daquele município nos explicou contra o que este programa atua, desde quando foi criado nos anos oitenta:

A funerária de Curitiba, ela não pode estar saindo atrás de serviço, não existe essa possibilidade... A tendência é passar pela prefeitura... Teve uma época que existiu um decreto que abria para que cada empresa atendesse no mês quatro serviços extras... Vamos supor: um conhecido de um dono de uma funerária ia lá porque morreu alguém e foi procurar aquela determinada funerária... Aí ele podia vender... mas com o passar do tempo, a gente viu que não era a família que escolhia a funerária, mas sim a funerária que estava escolhendo a família... Então isso foi tirado do decreto e ficou só a escolha aleatória mesmo... Teve uma época que, não tanto as de Curitiba, mas as da região metropolitana acabavam assediando as famílias... As funerárias iam até o hospital, IML principalmente, porque eles tinham mais sucesso através do IML... Isso foi até matéria de jornal... Antes da família vir até aqui, eles procuravam ela e já vinham com ela... Morador da região metropolitana e até morador de Curitiba que falecesse fora do município, eles abordavam também... É que vem muita gente de fora fazer tratamento aqui no hospital de clínicas... Mas tem que passar por aqui independentemente de onde mora, porque o óbito ocorreu em Curitiba, senão não é liberado o corpo... (E72).

Como se percebe, uma regulação dessas dificulta qualquer forma de acordo de agenciamento que direcione os clientes a um só fornecedor. De fato, em campo, eu vi visitantes de outras prefeituras que foram até ali para pegar um pouco desta experiência e abrir nas suas cidades um outro tipo de serviço funerário – um serviço que desconecta e restabelece os limites físicos e os espaços profissionais distintos, sobre o quais se formaram alguns itinerários. Inclusive porque, sendo lícitas ou não, essas formas de acordo para agenciar clientes se *assemelham* em alguns de seus elementos (cf. TROMPETTE, 2007). A diferença é que nos casos ilegais a assimetria de informação é extensiva, as cláusulas legais são violadas e o intercâmbio é socialmente ilegítimo (AKYEL, 2014). Vejamos então as semelhanças. Em primeiro lugar, há técnicas para levar o cliente a um provedor específico. Elas produzem uma escolha inicial no cliente e, uma vez nesta cadeia, a decisão inicial será difícil de reverter. Em segundo lugar, elas ativam os circuitos materiais de canalização para a rápida captação de clientes, o que torna inevitável a proximidade espacial com os hospitais e IML. Em terceiro lugar, ambas abrangem serviços heterogêneos que ofuscam os limites entre profissões. Assim, preencher a declaração de óbito facilita as vendas, assim como a gestão de uma rede de agentes (enfermeiras, cuidadores, padres, psicólogos) para “cuidar” dos mortos e seus familiares. Em quarto lugar, elas utilizam da continuidade simbólica, imprecisão de símbolos e permutabilidade de papéis. O agente funerário veste jaleco branco para remover o corpo no hospital, o oportunista (ou “artista”) encena um papel para enganar suas vítimas, e as roupas do estafe da funerária confundem os pacientes do hospital. Em quinto lugar, os intercâmbios e acordos de cooperação entre diferentes protagonistas da cadeia e, em alguns casos, o estreito vínculo entre espaços profissionais distintos. Assim temos o médico que vende a DO para a funerária, o agente de seguro que pré-estabelece a empresa que atenderá os clientes e o enfermeiro ou o policial que avisa a funerária dos óbitos.

Em síntese, os “acordos de canalização do cliente” (TROMPETTE, 2007) buscam fluidez sequencial por meio de configurações sociotécnicas que permitem que uma determinada “ordem” suceda (THRIFT, 2005). Nesses casos, os corpos e os objetos tornam-se repositórios desta “ordem” que envolve logística, comunicação, entre outros, e que, como qualquer sistema complexo, “estrutura a vida e, cada vez mais, de forma adaptativa” (Ibid., p. 223, grifo do autor). Em meio ao balé das circunstâncias, os agentes do mercado funerário parecem empregar o “oportunismo premeditado” [*planful opportunism*] (PERRY et al, 2001), cuja eficiência depende da força do vínculo entre todos os participantes no processo de “cuidar do

falecido” (TROMPETTE, 2007). É assim que eles encontram os usos mais eficientes do espaço e do tempo de cada momento; é assim que eles arranjam os diferentes espaços profissionais – hospital, necrotério, velório, seguradora, etc. – e produzem antecipadamente o itinerário do cadáver, muito antes do primeiro encontro com o cliente.

Considerando esse arranjo sóciotécnico, é possível pensarmos se a canalização do cliente não seria produto de um modo “neomoderno” de morte, por participar dos meios de transporte que o acompanha: “A alma é transportada através do ritual. O corpo é preparado para a morte por tecnologia médica e farmacologia. E a psique é mudada para a aceitação (do morrer) ou a resolução (do pesar) através da conversa e através da expressão de sentimentos.” (WALTER, 1994, p. 58). Todavia, se o próprio negócio orquestra as “várias separações” entre vivos e mortos, e seu bom funcionamento depende de como se coordena essa passagem em meio às interferências da concorrência, não é a canalização que tem dado maior retorno financeiro. Descobri que ela surge no contexto do neoliberalismo brasileiro e da privatização dos serviços de saúde, a saber: os benefícios de vida dos planos funerários. Eu examinarei a seguir esta grande inovação do modelo funerário brasileiro.

## 6 – OS PLANOS FUNERÁRIOS

“O seguro morreu de velho, e o desconfiado ainda está vivo” – Provérbio Português

### 6.1 – Introdução

Nos últimos anos, surgiram na imprensa escrita do estado de Minas Gerais algumas reportagens sobre um fato aparentemente inusitado no setor funerário: as empresas estariam oferecendo planos funerários que, além de cobrir os serviços fúnebres, dariam descontos em serviços de saúde. Como um serviço ligado a velório, urna e coroa de flores conseguiria baratear consultas com médicos, dentistas e exames laboratoriais? Seriam esses “benefícios irregulares” (CASTRO, 2013b), uma forma fácil e desonesta para atrair clientes? Do outro lado, os médicos que atendem esses convênios estariam infringindo o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/2009) por praticarem “concorrência desleal” (art. 51), colocando os preços da consulta abaixo da média do setor, e/ou “exercício mercantilista da profissão” (art. 58), pois a rede do cartão de consulta da funerária não oferece um atendimento integral, o que inclui os procedimentos mais complexos e caros? Motivados por essas perguntas, fui entender como funcionam os planos funerários e os seus chamados “benefícios de vida”, um pacote de benefícios tangíveis (descontos em estabelecimentos diversos, sorteios, brindes, etc.) a que a pessoa tem acesso e que tem se tornado bastante comum no país, como atestam as reportagens de jornais e um amplo diagnóstico do “mercado de microsseguro” no Brasil<sup>165</sup> (cf. BESTER et al, 2011). Nestes termos, as empresas também passaram a oferecer benefícios que, para muitos, estariam extrapolando a natureza do serviço funerário, cobrindo vida e não-vida:

São benefícios que o plano que te dá em vida, né? Que se pode usar... A gente sempre se preocupou em algo mais para o associado. Porque às vezes a pessoa fala: “por que vou pagar isso o resto da vida? por que eu vou ficar 15 anos pagando para se ter um funeral?” Então ela tem de sentir que em vida também ela tem outras coisas para ela desfrutar do plano, que é assistência médica, convalescente, farmácia, tem o transporte, necessidade especial, um apoio social, as ambulâncias não-emergenciais... É algo que agrega ao plano. Então você paga não só para a morte, existem outros benefícios também... (E75).

---

<sup>165</sup> O referido relatório foi encomendado por duas entidades privadas – a Escola Nacional de Seguros (Funenseg) e a Confederação Nacional das Empresas de Seguros (CNESeg) – para que se analisassem as potencialidades do microsseguro no Brasil. O relatório fez um estudo de caso sobre a SINAF seguros, uma empresa que comercializa apólices de seguro funeral de porta em porta a pessoas de baixa renda e que, atualmente, cobre mais de 500 mil vidas. Os autores defendem haver um mercado de baixa renda vultoso explorado informalmente por funerárias e cemitérios, sem grande participação de seguradoras, devido ao desinteresse delas.



A exemplo da cidade de Belo Horizonte, onde há pelo menos 45 de empresas que se dedicam à venda de planos funerários, sendo que as maiores empresas do ramo possuem aproximadamente 30 mil clientes de seus planos, e se considerarmos uma média de cinco dependentes permitidos por cliente, o número de assistidos chega a 150 mil vidas (Ibid.). Num regime de vinte quatro horas por dia, sete dias na semana, essas empresas atendem por volta de cem a trezentos óbitos por mês, incluindo seus associados e clientes de outras empresas (já que as seguradoras que oferecem seguro funeral geralmente fazem parcerias com funerárias). Olhando as cifras e o volume de trabalho, as expressões “Mercado Lucrativo” (CASTRO, 2013a), “Indústria da Morte” (LIMA e CURY, 2015), “A Rentável Indústria” (2001) e “Lucros do outro mundo” (GUIMARÃES, 2013), usadas para se referir ao ramo, fazem muito sentido. Ou conforme escreve Morais (2009, p. 215):

Atualmente morrer custa caro: os gastos com o funeral compreendem o caixão, as velas, as flores, as vestimentas, as taxas para sepultamento em jazigo, em mausoléu, em cova rasa, a taxa para aluguel de capela de velório, etc. – isto se a morte for repentina, ou seja, se a pessoa morreu subitamente, rapidamente e inesperadamente, mas, se a morte for lenta ou demorada, consequência de uma enfermidade, os gastos com o morto aumentam ainda mais, em virtude das despesas com hospital, médicos, remédios, enfim, a conhecida e cara indústria hospitalar. Além disso, depois que a pessoa é sepultada, as despesas continuam. São gastos variados com a construção de mausoléus ou catacumbas, com a identificação do local do jazigo, com as missas de sétimo dia, com as comemorações das datas de falecimento, com a manutenção da sepultura, sem contar com outras despesas adicionais como: gastos com hospitais, cartório, etc.

Os jornais também noticiaram o fato de que planos funerários estariam puxando o crescimento do setor nos últimos anos. É bem verdade que a difusão dos cartões desses planos ocorreu de tal forma que hoje é raro encontrar uma funerária que não anuncie os benefícios desse produto em sua página virtual. Aliás, o próprio setor funerário define “planos funerários” como “planos de assistência que visam oferecer serviço funerário e *outros benefícios*”, desde que estabelecidos no contrato de adesão (grifo meu) (ABREDIF, 1998). Segundo Bester et al (2011, p. 50), o mercado de planos tem crescido significativamente, e estima-se que o número de vidas cobertas no país chega a 25 milhões de pessoas, cerca de 13% de toda a população brasileira. Apesar da ausência de dados consolidados sobre o tema, os autores do referido relatório estimam que existam no país de 1.500 a 2.000 planos funerários, dos quais em torno de 50 planos possuem mais de 200.000 vidas nos seus registros; e os restantes, com 10.000 a 30.000 vidas cada um. É o contexto desses negócios que irei explorar agora.

## 6.2 – A realidade econômica brasileira e os planos funerários

No Brasil, como em outros lugares, esse setor da indústria dos cuidados mortuários é dominado por uma ampla gama de fornecedores privados – companhias de seguros, bancos, cooperativas, funerárias – com uma variedade de produtos mais ou menos padronizados que disputam o mercado (cf. TROMPETTE, 2013). De um lado, segue a autora, as seguradoras favorecem um contrato que permite uma poupança que os parentes podem usar para pagar o funeral. No outro extremo, as operadoras de funeral promovem planos funerários pré-pagos em que todos os detalhes da cerimônia são previamente arranjados (o tipo de caixão, o velório, a música, etc.). Entre os dois tipos de contrato, existem fórmulas intermediárias entre os “modelos” da seguradora e da operadora de funeral, e que inovam na oferta pré-estabelecida e uniformizada de serviços funerários (ou “pacotes”) com dois ou três classes de preços (TROMPETTE, 2013). Ou, conforme uma empresa: “Nós temos 3 padrões. Temos a mais simples que gira em torno de R\$ 3200,00, temos o Assistencial que é o médio, ele é 90% dos planos e gira em torno de R\$ 4400,00, e temos o Master que é R\$ 7000” (E75). Obviamente, um “pacote” que se populariza tem impacto direto nos fornecedores, pois, conforme nos contou o proprietário de uma fábrica de urnas:

o plano funerário veio para revolucionar o setor funerário, não só o meu setor, porque antes, quando a pessoa não tinha dinheiro, maior parte não tem mesmo aqui no Brasil, então eles iam lá compravam a urna mais simples possível... O plano funerário mudou muito as nossas urnas... A média é essas duas mais lá... Por quê? Porque a pessoa que faz o plano vai pagando, então a funerária pode dar uma urna dessa no pacote e passou a sair muito mais essa simples (...). Mudou muito porque nós fabricamos muito mais urnas de média para baixo (E83).

Para Laderman (2003), a ideia de adquirir preventivamente produtos e serviços para funeral – conhecida em inglês como *preened* ou *preplanning funeral* – surgiu nos Estados Unidos, no final do século XX; e é creditada ao envelhecimento dos *baby boomers*, a geração nascida após a Segunda Guerra Mundial (de 1946 a 1964) e cujo envelhecimento estaria estimulando mudanças nas indústrias de serviços e produtos, o que inclui a indústria do funeral<sup>166</sup>. Esses planos do tipo “pague antes de morrer” (*pay before you die*) estão entre as áreas que mais

---

<sup>166</sup> Estima-se que, naquele país, um terço de todos os funerais são pré-pagos, um número que pode crescer com as massivas campanhas publicitárias para incentivar mais *baby boomers* a adquirir serviços funerários pré-planejados (MCDANIEL e MOORE, 2005).

crecem no negócio funerário em outras partes do mundo (DRAKEFORT, 1998; TROMPETTE, 2013). No Brasil, o envelhecimento demográfico e o correspondente aumento nas taxas de mortalidade projetadas (BRASIL, 2015), quando consideramos presença continuada da proposta neoliberal de cortes no gasto social e a desativação de programas sociais (DRAIBE, 1993; SALVADOR, 2010), provavelmente aumentarão a incidência de pessoas incapazes de arcar com os gastos de um funeral, do próprio ou de um parente, sem se endividar.

Considerando ainda a realidade do país, poderíamos incluir o plano funeral na cultura de planejamento da morte, na cultura da compra parcelada em “suaves prestações” (para usar o jargão mercadológico) que surge após as medidas neoliberais de combate à inflação nos anos noventa e que se iniciaram com o Plano Real (cf. YACCOUB, 2011). A inclusão social e financeira da população de baixa renda promovida pelo governo do Partido dos Trabalhadores também nos pareceu contribuir para a popularização dos planos funerários. Em primeiro lugar, destacamos o *aumento da renda e do consumo* devido a reajustes reais ao salário mínimo (NERI, 2008). Outro destaque é a *expansão das farmácias populares*, considerando que, no país, os medicamentos representam o item que mais compromete os orçamentos familiares de menor renda em seus gastos com saúde (SILVA; CAETANO, 2015). Um menor gasto com medicamentos pode ter facilitado a busca por serviços com benefícios de saúde, enquanto um plano de saúde completo é inacessível para a maior parte da população (BESTER et al, 2011). É um gasto a menos que alivia o conjunto de despesas: “Os custos incorridos no consumo de serviços de saúde incluem, também, aqueles de transporte, de espera para o atendimento, de aquisição de medicamentos e etc.” (TRAVASSOS, 1997). Há ainda que lembrar a grande variedade de cartões que continua a aparecer no Brasil na primeira década deste século: cartões de crédito, de débito, de lojas, de fidelidade, etc. (BACEN, 2010). Essa cultura de cartões também chegou às funerárias, sendo difícil é encontrar um plano que não anuncie o produto em sua página virtual (cf. CASTRO, 2013b).

Outro destaque foi o surgimento dos *correspondentes bancários* que são estabelecimentos não-bancários usados pelo governo para estender o alcance do setor bancário, principalmente para estender o programa “Bolsa-Escola” (agora incorporado ao “Bolsa-Família”) aos municípios sem agências bancárias (BESTER et al, 2011). Isso possibilitou uma variada gama de postos – comerciantes locais, agências dos Correios, farmácias, casas lotéricas, etc. –

registrados no Banco Central do Brasil (BACEN) para prestar vários serviços financeiros em nome e por conta dos bancos. Planejada como inclusão social pelo sistema financeiro, o que envolvia a formação de uma consciência sobre o consumo, a inclusão bancária se tornou uma grande meta do governo e passou a ser coordenado pelo Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), responsável pela implementação do “Bolsa-Família” (BOLD et al, 2012). Considerando que no país, em 2000, apenas 1600 dos 5500 municípios possuíam agências bancárias (IVATURY, 2006), esses postos de serviços bancários estão na ordem de 130.000 e se configura um importante canal de pagamento através do *sistema de boleto* (BESTER et al, 2011). Uma pesquisa sobre domicílios urbanos realizada pelo Banco Mundial revelou que 47% dos respondentes usavam os correspondentes bancários como sua principal interface financeira (KUMAR, 2004). Em campo, descobri que uma das principais formas de manutenção do plano é por boletos, que podem ser pagos também em lotéricas ou em drogarias autorizadas:

todas as empresas trabalham da seguinte forma: ela manda um boleto para doze meses... Antes de vencer o último boleto, eles já mandam outro boleto para mais doze meses... A manutenção é por telefone e cada cliente tem o telefone de contato no cadastro... Eles só acompanham no sistema se a pessoa está certinha com o plano ou não... Se a pessoa ficar inadimplente noventa dias, o plano é cancelado automaticamente.... Mas antes desses noventa dias eles fazem contato com a família: “– Olha você está inadimplente aqui. Tem duas parcelas que você ia pagar, o que que está acontecendo?” “– Não, eu estou meio apertado, mas semana que vem vou pagar”. Aí, eles aguardam aquela data e torna a conferir se aquela pessoa não está inadimplente.... Se tiver, se a pessoa realmente passar dos noventa dias, o plano é cancelado (E37)

O mesmo vale para as funerárias maiores, que fazem convênios com associações de funcionários através de seus departamentos jurídicos:

O nosso jurídico faz os contratos com os convênios. Eu tenho um contrato firmado, aí o jurídico vai fazer a revisão desse contrato e depois mandar para a ouvidoria para assinar... É assim que a gente firma os convênios com os órgãos públicos... Aí os funcionários vêm até aqui para escolher o plano numa tabela específica de conveniado... Cada convênio tem uma particularidade, tem uns que o conveniado paga para uma associação e tem direito a vários serviços – funerária, clube, viagens... Tem convênios que a gente manda o boleto e o familiar não paga nada aqui... O financeiro faz o boleto e envia com trinta dias de antecedência... (E73)

Mas o destaque mais importante foi a Resolução 102/2004 do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). Ao estabelecer a diferença entre “cobertura de seguro” e “serviços assistenciais”, a resolução possibilitou que a prestação de serviços funerários (definida como

“assistência”) fosse classificada como *serviços pré-pagos* e, portanto, não se qualificando como um seguro (BESTER et al, 2011). Desde então, para vender um auxílio funeral, a organização não precisa ser uma seguradora e nem o intermediário da venda ser um corretor. Foi o que observou uma jornalista: “Em um mercado sem regulamentação ou fiscalização que delimite o campo de ação das empresas, os planos criam o próprio modo de operação” (CASTRO, 2013b). Sem o amparo da lei, o “mercado informal” de “planos de seguro funeral” estaria crescendo significativamente no país como “uma das principais categorias de instituições no mercado de baixa renda” (BESTER et al, 2011, p. 50). Todavia, é preciso deixar claras as diferenças entre “plano funerário” e “seguro funerário”, pois isso não está explícito no relatório, ainda que esteja claro na lei<sup>167</sup>. Um dos nossos entrevistados foi bem didático em sua explicação:

No começo houve uma certa discussão de que tudo era seguro. Não, a vida não é assim. As coisas, mesmo quando são assemelhadas, elas não são totalmente iguais. O plano funerário está no Brasil há mais de 40 anos, faz parte da cultura, dos costumes das pessoas e ele é necessário para as pessoas como muitas vezes a única forma dela ter acesso a fazer um *enterro digno*. A diferença do plano funerário para o seguro funerário é que é... Quem presta o serviço, no caso a funerária, ela tem uma relação muito direta com o consumidor... Aí as condições são muito mais flexíveis. Em um seguro, você não consegue pôr pessoas com qualquer idade, no plano funerário você coloca, não tem limite de idade. O seguro, ele pode a qualquer tempo cancelar a apólice em virtude de uma defasagem no cálculo é... da sua rentabilidade. O plano funerário só cancela por inadimplência ou desejo da família. Então é um produto bem mais simples, mas que atende um público que a seguradora não consegue atender, então por isso que eu entendo, deve e vai haver no mercado os dois produtos para atender *nichos de pessoa de condições sociais diferentes* (LP, grifos meus).

Já sabemos que o desinteresse de sucessivos governos em regular o setor funerário se contrasta com as políticas federais de controle de mortalidade. Aqui o setor público parece atuar como tutor pleno, em que legisla, planeja, executa, financia e fiscaliza. Devo lembrar em primeiro lugar das exigências e penalidades acerca dos procedimentos de registro; e, em segundo, do fato do país manter dois sistemas independentes de informação de óbitos – um de vigilância sanitária e outro de previdência social – sem que se discuta a necessidade de mantê-los (VASCONCELOS, 1998). Quanto ao serviço funerário, uma legislação falha em nível federal não é uma exclusividade nossa (cf. BANKS, 1998; DRAKEFORT, 1998; KOPP;

---

<sup>167</sup> Bastava os autores irem à lei complementar n. 116 de 2003, que define as atividades e os seus códigos para pagamento de impostos, para perceberem que há um código específico para “serviços funerários” (25), diferente de “seguro” (10 e 25). Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LCP/Lcp116.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp116.htm) >. Acesso em: 11 jan. 2018.

KEMP, 2007). Também em outros países, a legislação parece aplicar-se a uma proporção decrescente de prestadores de serviços – cemitérios e funerárias, no que se refere à vigilância sanitária e tributação – sem considerar novas categorias de produtos e serviços (cf. KOPP; KEMP, 2007). Nesses casos, os governos brasileiros atuam como observadores plenos permitindo o exercício do livre mercado. Um exemplo de mudança na oferta foi referido na seguinte fala:

Porque antigamente, o funerário, o agente funerário, dono de funerária, a intenção, a ideia do negócio era vender caixão. Vender funeral. Não estava muito preocupado em investir não. O negócio era ter o caixão aqui e seguir as ordens: “nós precisamos vender, nós precisamos fazer sepultamento...”. Era vender. E a ideia do plano é o inverso disso, né? É que a pessoa pague por algo, mas que no dia que necessitar também ela seja bem atendida, não tenha que dispor de uma quantia que não é, não é pouco, você sabe. É caro (E75).

Das despesas com o óbito, inicialmente, os planos cobriam somente as relativas ao cerimonial funerário. Mas, como se percebeu que quanto mais tarefas e taxas ela assumisse, mais ela seria valorizada (cf. BREMBORG, 2006), a cobertura se estendeu por todo o *continuum* que vai do momento em que se pega o corpo até ele ser enterrado ou cremado. Além disso, em termos de uma fidelização de clientes, há a possibilidade de a família manter o plano mesmo após o falecimento do associado se ela ficar satisfeita com o atendimento prestado. Assim, cada vez mais essas empresas se tornaram responsáveis por providenciar todo o processo de “cuidado ao falecido” em nome das famílias, justificando tal mudança com a ideia de que a comodidade e o conforto que elas oferecem (inclusive de não desembolsar nada pelo enterro) reduziriam o *trauma psicológico* da perda (cf. CRABTREE, 2010). Ou conforme nos disse um entrevistado, que adquiriu um plano ao considerar a idade de seus pais:

Eu fiz porque eu tenho dois pais de idade avançada... Eu tenho um pai que ele é doente e a tendência é que infelizmente ele use daqui uns cinco, sete anos, pela situação dele, entendeu? Assim, por já trabalhar muito no ramo, você já tem claro que a vida sempre surpreende, que é bom você ter porque você nunca sabe quando é que vai acontecer... O último estágio da vida é a morte, não tem jeito... (E91).

### 6.3 – Os clientes do plano

A maior parte dos clientes desses serviços pertence às “classes populares”<sup>168</sup>; comumente conhecidas por ‘classes de renda C, D e E’, pois grande parte do jornalismo econômico adotou o viés economicista de definir diferentes grupos pela categoria “renda”, como forma de interpretar as novas relações de classe do Brasil contemporâneo. Num país de baixo nível da renda *per capita* aliado à concentração da riqueza, essas três “classes econômicas”, ou melhor, esses três “grupos de renda” representariam aproximadamente 167 milhões de pessoas (cf. NERI, 2012) e mais de um terço do poder aquisitivo do país (BESTER et al, 2011). A maior parte dessa população é “desbancarizada”, devido pequena disponibilidade de agências e de serviços ajustados às suas necessidades (HELAL e CUNHA, 2017). Especificamente, a parte da população classificada como “classe de renda D e E” e que, na segunda metade da década de 2000, ascende à “classe de renda C” tornou-se popularmente conhecida como “a nova classe média”<sup>169</sup>. O viés da faixa de renda foi usado por alguns de nossos entrevistados, como o dono de uma clínica popular quando lhe perguntamos sobre os diferentes públicos de seu negócio:

O pessoal da funerária é mais simples... A diferença é mais o nível de renda e cultura..., a escolaridade, a educação... A maioria é C, D e E. Geralmente a classe A e B já tem um convênio com operadora de saúde, tipo Unimed... *Ela não tem essa preocupação de morrer e não ter onde ser enterrado... A pessoa da A e B já tem uma renda que dá uma segurança para ela... Não é nicho de mercado. Eu acho que dificilmente um plano funerário seria uma vantagem para ela (E12, grifo meu).*

Todavia, é preciso olhar essas categorias com cuidado para não reduzir o social ao econômico. Nesse aspecto, o trabalho de Jessé de Souza (2015) nos foi importante, como contraponto ao trabalho de Neri (2008) que utilizamos acima. Para o sociólogo, ainda que o “tamanho do bolso” seja “uma informação preliminar relevante”, ela deixaria de lado uma questão principal, a saber: o que é que faz com que alguns ascendam e outros não. Dito de outra maneira, uma vez que para o viés economicista a variável econômica esclareça por si

---

<sup>168</sup> Vamos nos concentrar neste grupo por ser o mais volumoso, ainda que saibamos que as maiores funerárias trabalham com outros segmentos, como os convênios com os sindicatos e associações: “o nosso jurídico faz contrato com convênios... Por exemplo, a gente tem contrato com a Petrobrás, com a Polícia Militar, com Ministério Público. Então a gente faz o contrato, o jurídico valida, faz a revisão e manda esse contrato para ouvidoria para poder assinar... (E73)”.

<sup>169</sup> Ela seria uma classe muito extensa que representaria os de cerca de 40 milhões de brasileiros que tiveram um aumento de renda e cerca de metade desse contingente que entrou no mercado formal, com proteção de leis trabalhistas, previdenciárias e sociais (cf. NERI, 2008).

toda a realidade social, implicitamente essa orientação estaria adotando um reducionismo que desconsidera “a forma velada de como as classes sociais são produzidas e reproduzidas” (SOUZA, 2015, p. 184). Essa abordagem nos pareceu mais rica, se consideramos a preocupação dessas classes de não ter lugar para serem enterradas, como vimos na fala acima.

Todavia, entender como essas “classes populares” se formam e se perpetuam é o que nos ajuda a entender o porquê desses planos terem se proliferado nelas. Antes de tudo, estamos tratando de classes que partem em desvantagem na disputa pelas melhores posições na hierarquia social. Ou conforme o autor: “os exemplos bem-sucedidos na família são muito mais escassos, quando existentes, quase todos necessitam trabalhar muito cedo e não dispõem de tempo para estudos” (Ibid., p. 183). Faltam-lhes os pressupostos que possibilitam todo aprendizado (ele lista disciplina, autocontrole e pensamento prospectivo), o que acarreta a ausência do conhecimento técnico utilizável pelo mercado. Em decorrência, as classes populares vendem o seu tempo para as classes médias e altas, que por sua vez podem se dedicar aos estudos e trabalhos mais rentáveis. Aliás, completa ele, é “este tempo ‘roubado’ de outra classe que permite reproduzir e eternizar uma relação de exploração que condena uma classe inteira ao abandono e à humilhação, enquanto garante a reprodução no tempo das classes do privilégio” (Ibid., p. 180). Do processo de aprendizagem, um ponto de partida desvantajoso de todas as classes populares, o autor escreve o seguinte:

Sem disciplina e autocontrole é impossível, por exemplo, (...), se “concentrar” na escola. Por essa razão os membros da “ralé” (...) diziam repetidamente que “fitavam” o quadro-negro por horas a fio sem aprender. Essa “virtude” não é natural, como pensa o economicismo, mas um “aprendizado de classe”. Por outro lado, sem pensamento prospectivo – ou seja, a visão de que o futuro é mais importante que o presente –, não existe sequer a possibilidade de condução racional da vida pela impossibilidade de cálculo e de planejamento da vida pela prisão no “aqui e agora” (Ibid., 2015, p. 183).

O autor utiliza dois termos para se referir às “classes populares” que ele analisa e cada um serve para “uma ‘classe social específica’, com gênese, reprodução e ‘futuro provável’ semelhante” (Ibid., p. 179). O primeiro termo é “ralé”, o grupo que o viés economicista tratou de “classes de renda D e E”, que representa os muito precarizados socialmente, a classe que é “jogada nas ‘franjas do mercado competitivo’, condenada a exercer todos os trabalhos mais



duros, humilhantes, sujos, pesados e perigosos” (Ibid., p. 180)<sup>170</sup>. Nesse grupo, é comum encontrar um cotidiano de “abuso sexual generalizado, instrumentalização dos mais fracos pelos mais fortes, baixa autoestima, baixa capacidade de concentração e autocontrole, etc.” (Ibid., p. 181). Trata-se do grupo mais propenso a morrer por mortes por causas externas (ver item 3.3 desta tese). O outro termo é “batalhadores”, o grupo popularmente conhecido como “a nova classe média”, que representa os também precarizados socialmente, mas com maiores recursos e possibilidade de ascensão social. É o trabalhador autônomo ou o trabalhador formal, mas precário, especialmente dos serviços e do comércio<sup>171</sup>. Assim, uma “fronteira” entre “ralé” e “batalhadores” se situa exatamente na “possibilidade da incorporação pelos batalhadores dos pressupostos para o aprendizado e o trabalho que faltam à “ralé”” (Ibid., p. 181, grifos do autor).

Todavia, o autor acrescenta à análise das classes populares uma dimensão “valorativa”, isto é, uma noção que define quem será percebido, seja pelas instituições, seja pelos seus membros, como “digno” ou “indigno” de respeito social. A análise economicista escamotearia essa dimensão invisível, para não dizer implícita e não articulada, segundo a qual nos baseamos para julgarmos nós mesmos e os outros 24 horas do dia. Acontece que, para esse julgamento fazer sentido, a realidade social tem que ser reconstruída de modo novo em pensamento. Esse é o problema da “dignidade” das classes populares, se ela for entendida “como um conjunto de características psicossociais incorporadas praticamente afetivas, emocionais e cognitivas” que possibilitam a autoestima e o reconhecimento social. Assim o funcionamento da fronteira entre dignidade/desprezo seria um elemento-chave para entender a sua (não) ascensão, considerando que “se o dominado socialmente não se convence de sua inferioridade, não existe dominação social possível”.

---

<sup>170</sup> O autor lista algumas das atividades que exercem essa camada da população: “O motoboy que entrega pizza, o lavador de carros, o trabalhador que carrega a mudança nas costas, a prostituta pobre que vende o corpo para sobreviver, ou o exército de serviços domésticos que fazem a comida e cuidam dos filhos das classes média e alta, que, assim, podem se dedicar a estudos ou trabalhos mais rentáveis” (Ibid., p. 180).

<sup>171</sup> São classes sem privilégios de nascença como as classes média e alta: “seus membros típicos têm que trabalhar desde cedo, frequentemente já aos onze ou doze anos, e conciliar escola e trabalho. Muitos são também superexplorados com jornadas de trabalho de até catorze ou quinze horas por dia, acumulando mais de um emprego e fazendo “bicos” de fim de semana, e, quando têm acesso ao ensino superior, o fazem em universidades privadas – cuja qualidade é muito inferior às universidades públicas –, estudando à noite ou fazendo cursos à distância. As condições de trabalho e de exploração dessa mão de obra a aproximam muito do patamar de uma classe trabalhadora precarizada, típica da fase atual do capitalismo sob hegemonia do capital financeiro. Característica dessa fase é a legitimação, na qual muitos creem, de que são patrões de si mesmos, especialmente os que estão na posição de trabalhadores autônomos ou proprietários de pequeno negócio sob a base, quase sempre, de mão de obra familiar” (Ibid., p. 160).

As “classes populares” estão abaixo da “fronteira da dignidade”, portanto. Dificilmente elas irão ascender porque se legitimou tratá-las como “‘inferiores’, preguiçosas, menos capazes, menos inteligentes, menos éticas” (Ibid., p. 181). Paira sobre a “ralé” e boa parte dos “batalhadores” “o fantasma de sua incapacidade de ‘ser gente’ e o estigma de ser ‘indigno’” (Ibid., p. 182), ou seja, de não conseguir o mesmo *status* de respeitabilidade do cidadão e do trabalhador útil. A maioria dessas pessoas convive diariamente com a ameaça e a sombra da queda social e da desclassificação. Por exemplo, nas famílias mais pobres, que são especialmente expostas aos riscos e seduções da delinquência, o tema da “honestidade” é percebido como fuga do destino “indigno”: o destino de “bandido” para os meninos, ou o de “bêbado” para os adultos, ou o de “prostituta” para as meninas. Ou se opta em ser “pobre honesto”, que aceita as regras do jogo que o exclui, ou em ser “pobre delinquente”. Tal oposição culpa o indivíduo pela “indignidade” que é de todos e quebra cada família, cada vizinhança e até cada indivíduo em dois inimigos irreconciliáveis. Isso não é pouca coisa, pois “as classes sem ‘consciência de si’, mas, por isso mesmo, superexploradas, são invisíveis na sua dor e no seu sofrimento” (Ibid., p. 166). E é assim que essas pessoas entram na disputa social pelos recursos escassos na sociedade brasileira: sem os capitais adequados (social, econômico e cultural) e sem a “crença em si mesmo”, ou melhor, sem a autoconfiança de classe necessária “para enfrentar todas as inevitáveis intempéries e fracassos eventuais da vida”.

Toda essa digressão sobre as camadas sociais brasileiras nos ajuda a compreender a questão dos gastos funerários para as classes populares. Sabemos que os funerários não são apenas momentos de luto e dor privados. Kearl (1989, p. 100 – 101) nos lembra que eles também dramatizam “as obrigações econômicas e sociais recíprocas que se estendem da família à comunidade e da comunidade para a sociedade em geral”. Em sociedades capitalistas como a nossa, já há algum tempo o gasto monetário representa a expressão mais visível dos sentimentos que os enlutados prestam ao falecido<sup>172</sup>. Como sugere Drakeford (1998), essa visibilidade, nesses momentos, “é ainda mais significativa para indivíduos que sentem *sua posição na sociedade ser marginal e ameaçada*” (Ibid., p. 522, grifo meu). O problema é que

---

<sup>172</sup> Na Bahia do século XIX, por exemplo, escreve Reis (1991, p. 244) sobre os funerários de pobre: “Oferecer um funeral decente era prova de consideração, além de ser uma forma de estabelecer ou resgatar a dignidade familiar. É claro que havia gradações segundo as ‘relações sociais’ entre quem dava e quem recebia o funeral. Não podia enterrar um escravo da mesma forma que um marido. Mas a atitude básica era a mesma”.

o vínculo entre a vulnerabilidade socioeconômica e o senso de obrigação dos enlutados em garantir que o funeral afirme a dignidade e a memória do falecido pode resultar muitas vezes em endividamento pessoal (Ibid., 1998). Quanto a isso, na sociedade estadunidense, “a tendência das famílias de classe baixa em proporcionar aos seus membros na morte a dignidade (...) que não receberam na vida contribuiu para o crescimento de uma indústria de vários bilhões de dólares” (KEARL, 1989, p. 284). Charles Dickens também criticou a extravagância do gasto fúnebre, especialmente para os pobres ingleses de sua época (cf. WOOD, 2015). No Brasil, há muito os cemitérios públicos, destino da maioria das “classes populares”, têm funcionado como espaços de segregação socioespacial dos mais vulneráveis e de práticas de sepultamento pouco dignas (cf. CORREIA, 2016). Talvez por isso, historicamente, mesmo que os ricos gastassem mais com os funerais, os pobres gastavam *proporcionalmente mais*, já que oferecer um funeral decente como prova de consideração era uma atitude predominante entre os vivos diante dos mortos que estimavam (cf. REIS, 1991).

Durante a minha pesquisa, descobri que uma parte significativa dos associados desses planos é idosa, enferma e de baixa renda, considerando que não há limite de idade para aderir a um plano, o que é um diferencial deste serviço em relação ao plano de saúde e o seguro de vida. Alguns desses idosos, que tiveram planos privados de saúde durante a vida, não conseguiram mais mantê-los, por causa do aumento do valor das mensalidades, que se tornaram mais caras por causa da mudança na idade. Também, já é sabido que o seguro e o plano de saúde negam a venda para pessoas idosas – ainda mais se elas forem analfabetas – porque cresce a probabilidade de se concretizarem os riscos cobertos (morte, invalidez): “se você for fazer um seguro de vida com pessoa acima de sessenta e cinco anos, vai ser muito caro... e se descobrirem que você tem uma doença, eles não te deixam fazer...” (E1). Além da cobertura para a despesa inesperada do funeral nos casos mais extremos, essas pessoas acabam tendo de procurar outros meios de acesso ao tratamento de saúde que elas consideram digno e, de preferência, um que incluía um mesmo médico para o acompanhamento da enfermidade (algo próximo do “médico de família”):

Muitos associados nossos que têm o plano são pessoas que, na maioria das vezes, tiveram o plano de saúde a vida toda, mas aí pelo menos ela tem uma clínica mais particular onde ela tem aquele médico que ela pode agendar a consulta de volta com ele. E no público não: ela agenda hoje e daqui quatro, cinco meses, quando ela voltar já é outro médico... Quando eles fazem esse acompanhamento nessas clínicas particulares/populares, pelo menos o médico é o mesmo. Eles têm o médico com uma referência, então eles gostam desse tratamento (E1).

Do grupo de idosos, há aqueles de idade avançada e saúde comprometida (memória comprometida, enfermidades, etc.). De fato, percebe-se um aumento do número idosos dependentes e com necessidade de cuidados especiais, no contexto de um acesso insuficiente a serviços de saúde por intermédio de convênios e planos de saúde (GAMBURGO e MONTEIRO, 2009). Alguns deles são muito debilitados e/ou moram sozinhos: “nós temos clientes também que são pessoas enfermas, que estão encamadas” (E1). Isso talvez por causa da transição epidemiológica que estamos passando<sup>173</sup>. Para a funerária, esse tipo de cliente que está prestes a morrer pode ser um risco que é o de receber poucas mensalidades. Aliás, essa é uma estratégia de alguns consumidores, pois à medida que os médicos atestam a proximidade da morte, eles fazem o plano funerário como forma de se proteger dos custos do velório. A solução das funerárias para evitar prejuízos foi que, caso a pessoa venha a falecer antes do período de carência, que é de noventa dias, o serviço funerário tem um desconto no valor total. Este é um tipo de pessoa que costuma imaginar-se ser “socialmente morta”, como silenciosa e passiva, ainda que, devido à idade avançada, o seu corpo se experimente vivo, seja intensamente, senão problematicamente (HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). Aliás, talvez seria essa intensa vivência corporal, além do diagnóstico médico, que talvez explique o porquê de haver idosos que resolvem fazer plano de última hora:

Hoje a gente até brinca, a pessoa que está na iminência de ter um problema cardíaco, alguma coisa, ela lembra do [omitido]. Ela sabe: “Se eu precisar, eu preciso ter um plano”. Então ela vai atrás de um plano, ela vai se garantir: “Porque Deus me livre se acontece alguma coisa, eu estou coberto pelo plano, né?” Então, geralmente a gente pega muito óbito de planos novos... A pessoa fez há 3, 4 meses que é justamente o tempo que essa pessoa está enferma, está na iminência de ir a óbito, então ela se garante: “vou procurar pagar um plano porque estou vendo que daqui a pouco, que eu vou precisar”. Então isso foi o que levou várias funerárias a ficar no meio do caminho... Porque as pessoas do funerário esperam que você vá lá na porta dele bater para ele te vender um serviço. Mas isso foi acabando... (E75).

Além do idoso, o jovem de periferia também faz planos funerários, mas não somente para aproveitar dos “benefícios de vida” ou para cuidar dos pais enfermos. Conforme um entrevistado, “os jovens estão falecendo quase na mesma proporção dos velhos” (E1), seja por

---

<sup>173</sup> Marcucci e Cabrera (2015) defendem que nas próximas décadas haverá a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nas causas da morte natural, como neoplasias, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, doenças pulmonares crônicas, entre outras, as quais desenvolvem frequentemente um prolongado tempo de terminalidade, deteriorando a saúde do paciente muito antes do seu óbito.

acidentes de trânsito ou por causa da criminalidade. Outro entrevistado foi mais enfático: “há muito jovem morrendo... droga, ladrão, bandidagem... negros, mais do que brancos (RB)”. Em nível nacional, uma maior letalidade em jovens de sexo masculino e afrodescentes revela um quadro de desigualdade social<sup>174</sup>. Há relatos de pais que, ao verem seus filhos se envolver com o crime organizado, adquirem um plano funerário como uma forma de proteção econômica. Talvez para devolver no pós-vida a dignidade que não houve para o “pobre delinquente” enquanto ele viveu (cf. SOUZA, 2015), em um país em que o pensamento geral sobre o delito se expressa no cliché “bandido bom é bandido morto”<sup>175</sup>. Comprar um plano nestas condições pode ter paralelos com aqueles tempos de guerra, em que as pessoas se tornam mais resilientes em relação à morte, enquanto se tornam mais prudentes do que em tempos de paz (JALLAND, 2010). Enfim, é o que deixa entender um entrevistado, quando transforma essa prudência e essa responsabilidade numa marca da empresa:

A ‘valorização da vida’ porque nós vivemos sem preocupar com a nossa vida, o nosso fim, com a morte... Mas a partir do momento que você começa a trabalhar e ver que todo momento tem pessoas morrendo e, *na maioria das vezes, até antes da hora*, aí você começa a valorizar a vida, entendeu? É tanto que nossa assinatura e a logomarca da empresa é ‘valorize a vida’ (E1, grifo meu).

Fotos de famílias unidas, crianças brincando e plantio de mudas são temas recorrentes nos encartes das empresas que visitei. Tais estratégias de marketing se assemelham às da indústria de seguros de vida, sobretudo a narrativa de que a vida familiar está cheia de incertezas e que ninguém pode garantir que todos viverão o suficiente para ver seus filhos crescerem em segurança (UGARTE, 2015). Desta forma, segue o autor, o “problema” de morrer inesperadamente acompanha outras responsabilidades, como ser pai, tornar-se adulto, ser um

---

<sup>174</sup> No Brasil, em 2014, houve 59.627 assassinatos, sendo que 93,8% desses homicídios ocorreram com homens jovens, entre 15 e 29 anos. Nesse grupo, pretos e pardos possuem 147% a mais de chances de serem assassinados, em relação a indivíduos de outras etnias. Entre 2004 e 2014, a taxa de homicídio de afrodescentes subiu 18,2%, enquanto a de não-negros caiu de 14,6%. Outro fator de desigualdade é o fato de homens jovens com menos de oito anos de estudo terem 5,4 mais chances de serem vítimas de homicídio. Disponível em: < [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27412](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=27412) >. Acesso em: 9 jan. 2017.

<sup>175</sup> O *cliché* ficou subentendido inclusive quando um dono de uma gráfica nos explicava um caso inusitado que havia acontecido com ele: “cômico foi um dia que a funerária mandou um envelope para mim com um texto que ela dá de brinde para os familiares... aí eu pus lá o rosto da pessoa e só dei exemplos de bondade, de amizade, de amor ao próximo... no outro dia, eu abri o jornal e está o rosto dele lá: ‘uai, esse eu conheço!’. Ele era um policial que estava assaltando um motorista de táxi e o motorista o matou... o sujeito era um tremendo de um vagabundo, né? E eu dando exemplos de amor ao próximo (risos)... Poxa vida, se ele não fosse ‘bom’, então ele matava deus e o mundo (risos)” (RB).

proprietário de um imóvel ou negócio, entre outros. Adquirir um plano seria uma decisão emocional e sensata para os clientes, uma maneira de se preparar para uma morte inesperada e precoce e de resguardar os dependentes de riscos maiores. De fato, os “benefícios” de vida possuem grande apelo comercial, porque a *saúde* figura como uma mercadoria bastante valorizada em nosso presente:

Se o cancelamento da morte não pode ser transformado em um objetivo realista da vida, a saúde pode. Há tantas coisas e ações que se deve evitar para proteger a saúde. E evitá-las é um trabalho demorado. Isso preenche o tempo que de outro modo seria atingido pelo medo metafísico – e esse é, de fato, o aspecto mais gratificante e atraente da ansiedade sobre a saúde. Não é preciso ficar parado; pode-se fazer algo sobre a morte: não sobre a morte em geral, é verdade – mas sobre esta e aquela causa de morte contra a qual alguém foi advertido. Estamos atentos às advertências médicas: vamos nos concentrar neste problema aqui e agora; vamos atravessar aquela outra ponte quando chegarmos a ela (BAUMAN, 1992, p. 142).

No entanto, diferentemente do que disse o entrevistado acima, ele próprio funcionário de uma importante empresa local, o público em geral é mal-informado sobre o que esperar de serviços funerários e confiam significativamente em parentes, amigos e fontes de mídia para suas informações (cf. KOPP e KEMP, 2007). Assim, vejamos agora como estas informações chegam neste consumidor e como essas empresas se tornam conhecidas neste mercado.

#### **6.4 – Circulando o nome**

A publicidade dos planos acontece por vários meios: de porta em porta, *Call Center*, anúncios (televisão, rádio, revistas e jornais), tendas em espaços públicos em datas específicas e redes sociais (*Twitter*, *Facebook*, etc.), considerando que a população está cada vez mais “conectada”. A ideia é vender barato para muitos. Para atingir as “classes populares”, a divulgação também ocorre através das mídias que essas classes mais acessam. Segundo os entrevistados, dentre os canais televisivos, a *Rede Record* é mais procurada, pelos seus programas de conteúdo evangélico e popular. A *Rede Globo* tem também apresentado comerciais de grupos funerários, durante os intervalos dos noticiários locais. As rádios populares são igualmente muito utilizadas, sobretudo três: a *Rádio Itatiaia*, conhecida pelos seus programas de notícias, variedades e músicas “do fundo do baú” (NB); a rádio evangélica *Nossa Rádio*; e a *Rádio Globo*, especialmente no intervalo do programa testemunhal apresentado pelo Padre Marcelo Rossi, um padre ligado ao movimento do catolicismo carismático conhecido por “Canção Nova” (CN). Essa estratégia é coerente com a prática das

funerárias de tomar emprestado símbolos sacros para encobrir a atividade comercial (ZELIZER, 1978). Os jornais favoritos são o *Super* e o *Aqui*, duas publicações populares associadas a manchetes de crimes violentos, cuja tiragem é de mais de quatrocentos mil exemplares por dia (CÔRREA; CASTRO; NEVES, 2015). O uso da publicidade me foi falado da seguinte maneira:

As nossas mídias elas são para alcançar todo mundo... A gente faz televisão porque todo mundo hoje tem televisão, tem *internet*, porque tudo hoje em dia é através da *internet*... Há divulgação na rádio Itatiaia porque todo mundo ouve Itatiaia... Então a gente sempre busca veículos que atendam todos os públicos... Hoje nós fazemos a Rádio Globo, que é católica, na hora do padre Marcelo que tem o testemunhal e tem um pouco mais daquela questão da “Canção Nova” que nas católicas... A gente fazia a Nossa Rádio, que é evangélica, e tem a parte das igrejas batistas... A Rádio Globo está dando mais resultado que a Nossa Rádio... Mas isso não influencia na questão direta da adesão, digo de fechar o plano, é mais a questão de mídia mesmo... Fechar o plano é por porta a porta (NB)

Uns dez por cento do faturamento se faz em mídia... Hoje nós temos a TV Record e a Rádio Itatiaia... jornais às vezes... Eu não posto em mídia uma coisa muito pequeninha não... você acaba gastando, com resultados muito pequenos... A Itatiaia é mais cara do que você colocar em emissoras menores, mas o resultado muito melhor (E89).

Da mesma forma que o uso das mídias, há também a venda de porta em porta. Nos bairros, as equipes de vendas comissionadas chegam em grupos compostos majoritariamente por mulheres (supõem-se que as mulheres são melhor aceitas em visitas domésticas) e pelo pessoal de apoio: “a gente não deixa o pessoal solto na rua assim não... juntos dos vendedores, tem os supervisores, o coordenador e o gerente operacional” (M). Segundo alguns entrevistados, a venda “de porta em porta” é a atividade que mais gera número de adesões de planos e o melhor termômetro das estratégias de marketing: “quando eles fecham o plano, eles preenchem essa pesquisa para mim para saber qual é o nosso público, qual plano que está saindo mais, qual a mídia que está dando mais retorno... a gente consegue fazer mensuração através de uma planilha” (NB). Esta modalidade de venda – conhecida como “venda ativa” – está muito associada ao modelo de negócios das funerárias (BESTER et al, 2011). Outro entrevistado me explicou isso:

hoje as empresas adotam duas dois jeitos de vender um plano: telemarketing e de porta em porta.... Então, tem aquelas vendedoras que ficam no *telemarketing* que pega lá uma lista telefônica e liga para o cliente pergunta: “Você já tem um plano funerário? Você gostaria de saber como funciona um plano funerário?” Se o cliente tiver interesse, eles explicam tudo direitinho por telefone... O atendente já faz a pré-venda e pergunta para o cliente se ele

quer que vá uma pessoa na residência dele. Aí eles agendam dia e hora com uma vendedora da equipe de rua que estará naquela região. Na visita, ela concretiza a venda do plano funerário .... Ah, e aí tem venda de porta em porta com a equipe de rua... “Eu sou da empresa tal, você gostaria de aderir ao plano da funerária tal? Você já tem plano? Como ele é? Quanto você paga? Você não gostaria de mudar não?” Aí tem aquela concorrência, né? ... (E37)

A preferência por mulheres seria para diminuir a resistência das pessoas a esse tipo de venda, devido ao medo da violência e ao receio de deixar um desconhecido entrar em casa. Além de gerar mais confiança que os vendedores masculinos, conforme nos disseram, o gênero feminino, em nossa cultura, está muito associado ao simbolismo do *cuidar*: “Dar à luz, ter menstruação, prantear os mortos, alimentar as crianças, os velhos e doentes, limpar as fezes, amamentar, cuidar dos outros, são tarefas associadas simbolicamente ao sujo, ao trabalho doméstico e destinadas culturalmente ao feminino” (ROSSI, 1991, p. 17). No contexto de vendas, elas que devem aumentar a clientela, independentemente do valor reduzido das comissões e do tempo gasto para orientar os potenciais clientes – (geralmente) de baixo nível educacional – a perceber a utilidade do plano funerário e a se dispor a pagar por ele (SPILLER; SILVA, 2004). É importante destacar que, durante a venda, os participantes são informados sobre a disponibilidade dos atendimentos nas clínicas a preços reduzidos. Foi o que me disseram numa entrevista:

Quando chega o vendedor do plano funerário, chega na casa da pessoa, ele já explica: “ó, o senhor vai ter essas cinco especialidades aqui: cardiologia, clínico geral, dermatologia, ortopedia e pediatria...”. As especialidades na nossa clínica são diversificadas, mas, no contrato, o vendedor especifica qual que ela vai ter direito: “ó, é só essas cinco, viu?” (JS).

Uma funerária que visitei participava de eventos como a “ação *Super* no seu bairro”, promovido por um jornal de grande circulação local<sup>176</sup>. Geralmente, esses eventos são agendados em escolas públicas de bairros de periferia e da região metropolitana onde os visitantes tem acesso gratuito a atendimentos de saúde, educação, documentação, esporte e lazer. Quando ocorrem, eles se tornam grandes acontecimentos e costumam ficar lotados de pessoas que vão até ali fazer *checkup* de saúde, cortar cabelo, encontrar amigos, trocar documentos, etc. A funerária monta o seu estante, e os laboratórios conveniados cedem uma enfermeira para tirar pressão, medir a glicose e dar dicas; enquanto a funerária distribui brindes e oferece lanches. Durante a pesquisa, eu também vi esse tipo de estante, com os

---

<sup>176</sup> Sobre esses eventos: < <http://www.otempo.com.br/hotsites/super-no-seu-bairro> >. Acesso em: 19 fev. 2018.



mesmos “benefícios” aos visitantes, em uma “corrida-conscientização” contra o câncer em um bairro nobre da cidade. Uma entrevistada me explicou melhor isso:

Agora existe alguns eventos que nós participamos, tipo ‘Caminhada da Paz’ com o jornal [omitido]..., tipo ‘Ação global [da Rede Globo]’ que tem aquele negócio de tirar carteira de trabalho, identidade, tem cabelereiro, que são serviços gratuitos... O jornal também faz isso, e acaba que vai mais para dentro da comunidade... Como nós temos parcerias com eles, eu consegui que a gente estivesse em alguns eventos... Como nós temos algumas parceiras com laboratório, às vezes a gente leva enfermeira para aferir pressão, essas coisas assim... A gente faz mais esse trabalho mais assistencial para comunidade... Essas coisinhas assim, de exame... Quando a gente leva, a maioria é pressão e glicose mesmo... Tem dicas de saúde e alguma coisa assim com as pessoas da área de saúde de lá mesmo..., mas a gente não faz esse tipo de evento, só participa (NB).

Uma outra estratégia é fazer campanhas em cemitérios municipais, onde as classes populares enterram a maior parte de seus falecidos. O uso destes espaços para fins de publicidade só é permitido atualmente durante um breve período de tempo. No feriado de Finados, por exemplo, a funerária pode montar uma tenda para divulgação (para medir pressão e glicose dos visitantes, dar brindes, oferecer café, etc.), mas em contrapartida deve se responsabilizar por algum serviço determinado pela PBH (instalar faixas de sinalização, oferecer lanche e/ou almoço aos funcionários do cemitério, doar camisetas de identificação, entre outros). Como aparecem poucas funerárias interessadas, porque elas preferem fazer sua publicidade nas entradas dos cemitérios, os custos programados pela PBH não são todos cobertos. Isso faz com que a administração pública peça às vencedoras do edital a atender mais alguns itens dele.

Antes, os funcionários dos cemitérios iam às funerárias para pedir obras de reforma e manutenção, material de escritório, placas de sinalização, entre outros. Esse favor aos cemitérios era acompanhado de uma publicidade, que adquiriria caráter de permanência – por exemplo, a pintura de banco possuía a cor e o símbolo de uma funerária, que só era retirado com uma nova pintura – algo que não é mais admitido pela atual gestão. A permuta de serviços por publicidade aparece nos dois primeiros artigos do edital da PBH para barracas de divulgação nas necrópoles durante o dia de Finados, publicado no Diário Oficial do Município, em 2015:

Art. 1º - O presente edital refere-se à autorização de barracas (...)

§1º - Os credenciados poderão montar barracas de divulgação, (...) nas quais estarão autorizados a oferecer local de descanso e água aos visitantes, bem como promover

campanha para aferição de pressão arterial e congêneres, além de distribuir, gratuitamente, brindes (exceto vasos de flores e plantas, velas e bebidas alcóolicas).  
 (...) Art. 2º - Poderão se credenciar pessoas jurídicas que se interessem pelo espaço de divulgação e que ofereçam, como contrapartida, bens ou serviços para os cemitérios públicos, nos termos deste edital (DOM, ano XXI edição 4912).

Vender um plano funerário para as “classes privilegiadas” já exige uma outra abordagem. Conforme me foi relatado, geralmente, membros dessa classe social procuram uma funerária depois de ir a um velório ou por recomendação. Isso indica que um velório bem organizado pode facilitar uma futura venda. Mas, no geral, vender para esse grupo apresenta algumas dificuldades. Em primeiro lugar, considerando que o local do sepultamento é uma expressão de riqueza e classe social (HUNTINGTON e METCALF, 1991), não raro essas pessoas possuem alguma lápide familiar nos cemitérios particulares da cidade que, como vimos, também têm seus planos de assistência funeral. Em segundo lugar, mais que em outras classes, há um número maior de pessoas asseguradas (seguro de acidentes pessoais, seguro de bens, seguro de vida, etc.), cujas apólices incluem algum tipo de *auxílio funeral*. Para esses casos, a publicidade talvez não sirva para vender o plano funerário; mas para tornar a marca conhecida, para que, na hora da morte, o nome da empresa seja lembrado e o seu serviço contratado.

Em terceiro lugar, parte dessas classes vive em edifícios e condomínios com segurança monitorada, o que dificulta a venda “de porta em porta”. Recentemente uma empresa começou a anunciar na revista *Encontro*, uma publicação mensal de variedades distribuída gratuitamente na região centro-sul de Belo Horizonte por um importante grupo de imprensa do estado. Entre as páginas da revista – com reportagens sobre moda, gastronomia, política, negócios, esportes, cultura –, o leitor descobre como é feito o serviço funerário: carro de luxo, chuva de pétalas, violistas, oradores, etc. Mas, além de um produto para gostos sofisticados, o plano também é “para quem gosta de planejar” ou “um bom investimento” (E1), quando se compara o (alto) valor de um funeral e o (baixo) custo da mensalidade cobrada. Ou conforme um entrevistado que nos explicou o que ele considera ser uma evolução da sua clientela:

Esse cliente era um público de baixa renda mesmo, e foi evoluindo hoje para a classe média... Ela está nos procurando... O nosso vendedor ele não consegue abordar ele, mas através de um serviço funerário num parente, ele começa a pesquisar e encontra o plano funerário... Então nós temos os associados que são médicos, advogados, empresários.... Porque hoje ter de uma hora para outra um gasto de quatro, cinco mil reais em um serviço funerário, que é o que mais se vende, até para uma classe média, média alta,

é um custo alto e aí fica sabendo que pagando trinta e seis e noventa por mês tem esse benefício depois de noventa dias de carência, né? Aí, ele está só evoluindo *para quem gosta de planejar*, para quem viu que é um *bom investimento* ter um plano funerário... (JB, grifos meus)

A fala nos diz de um consumidor que avaliou a qualidade dos atributos do serviço da funerária em um velório de que participou (performance, satisfação dos consumidores, etc.) e concluiu as vantagens de fazer o plano. Essa seria uma venda passiva, sem interferência de um vendedor. Mas há casos em que presenciar uma experiência negativa também pode motivar as vendas: “às vezes, quando o atendimento está cheio, eu puxo uma ligação: ‘eu estou precisando de um plano. Eu tive um amigo que o pai faleceu e eu vi como que eles ficaram estressados e se desgastaram na hora de escolha...’” (E73). Mas, mais do que isso, o consumidor das classes alta e média é acima de tudo um investidor que se previne contra os riscos da vida, ainda que ele tenha bem mais recursos (investimentos, economias, plano privado de saúde) que o “consumidor popular”. A prevenção é um sinal de instrução, de “esclarecimento” diante do caráter inesperado, repentino e incontrolável da morte. De fato, a alta modernidade incentiva sistemas referenciais de colonização do futuro (MELLOR, 1993). Assim, as estratégias de venda das funerárias nos deram a entender que este consumidor possui a seguinte racionalidade financeira:

Hoje, a equação é muito mais sobre a relação entre um ativo presente e o que esse ativo pode se tornar no futuro: a problemática do valor está concentrada no capital que é transmitido aos parentes próximos ou a outras “pessoas próximas” como um investimento no futuro, e o processo de avaliação depende agora essencialmente de uma equação temporal. Depende da eficiência do mercado para otimizar o investimento financeiro. Esta racionalização é apoiada por instrumentos financeiros baseados em tabelas atuariais, a equivalência calculante entre o capital comprado no momento da inscrição e o benefício efetuado no momento da morte (TROMPETTE, 2013, p. 381).

Neste sentido, nos contaram, o produto é considerado *ruim*, quando ele é associado à morte inesperada (uma *má morte*); ele é considerado *bom*, quando associado ao “desenvolvimento financeiro de ter uma vida bem planejada” (uma *boa morte*). Para Verón (2010), o próprio avanço do plano funerário seria um indício de que antecipar a própria morte tornou-se um critério normativo de “boa morte”. Planejar o seu funeral seria uma espécie de ‘adiantamento’ que se faz aos entes queridos para comprovar sua autonomia atual e compensar de antemão uma possível dependência que virá com a velhice (VERON, 2010). Nesta lógica compensatória, continua o autor, a aquisição do plano se iguala a um adiantamento simbólico

aos entes queridos, uma forma de autossuficiência que produziria efeitos na identidade do falecido:

“Não ser um fardo para os entes queridos” é um motivo associado ao planejamento funeral. É uma maneira de afirmar o senso de família e responsabilidade, mas também a autonomia financeira e “existencial” de uma pessoa com os entes queridos. Além disso, o processo permite personalizar o próprio funeral, refletindo a singularidade de alguém (VERÓN, 2010, p. 199).

No Brasil, formas diferentes de pensar o futuro são elementos para entender as diferenças de classe. Souza (2015, p. 159) não acredita que o pensamento prospectivo seja “natural” ou fácil de adquirir como faz crer o discurso da meritocracia. Muito pelo contrário, “a consideração do futuro como mais importante que o presente” adviria de uma socialização diferenciada, construída para permitir sua incorporação invisível, através de estímulos, exemplos e contexto social propícios. Sem eles, as disposições associadas a uma “noção de ‘temporalidade’” – a possibilidade de cálculo econômico, a capacidade de previsão ou de projetar um futuro alternativo – não são efetivamente “incorporadas”, ou melhor, não se “tornam corpo”. Não é à toa que o autor acredite que o pensamento prospectivo faça parte dos pressupostos “invisíveis” para o sucesso econômico e social. A (des)posse desta habilidade marca qual o lado da fronteira entre “adaptados à ordem social” e os “setores inadaptados” em que alguém situar-se-á:

Nossas pesquisas empíricas sobre as classes populares brasileiras nos mostraram que o “pensamento prospectivo” (...) também é uma construção e um privilégio de classe. Assim, temos literalmente “classes com futuro” e “classes sem futuro”. Todos sabemos, mesmo os mais privilegiados entre nós, que o futuro, ainda que cuidadosamente planejado, é incerto. Quem não planeja, ou sequer pensa no futuro, posto que está preso no aguilhão do “aqui e do agora”, efetivamente não tem futuro (Ibid., p. 159).

A questão das classes sociais ilustra que o plano funerário pode expressar uma forma de independência e autonomia no financiamento do fim da vida, que é ligada à responsabilidade familiar. Assim, como vimos, quem faz o plano “pensa no futuro” e, neste gesto derrisório, livra os sobreviventes de pagar as despesas de funeral. É um grande gesto final que é facilmente capturado nas campanhas de marketing para vender esses serviços. Todavia, sabe-se que o cálculo prospectivo é difícil de se encontrar nas classes menos privilegiadas (cf. SOUZA e ARENANI, 2012; SOUZA, 2015; BESTER et al, 2011). Assim, entender algumas das condições que levaram o plano funerário a se popularizar em meio a um grupo cuja

atitude geral é de baixa disposição para o cálculo econômico e poupança, uma atitude que é reflexo dos aspectos materiais de sua vida, será a minha tarefa a seguir.

### 6.5 – O “valor” do plano funerário

Nessa seção, vamos entender alguns dos elementos que levam à construção de valor dos planos e que os tornam atraente aos seus compradores, afinal “a constituição de qualquer valor, econômico ou não, supõe o estabelecimento de uma relação, uma relação que conecta as coisas e calcula essa relação na forma de uma proporção” (CALLON, 2009, p. 5). Inicialmente vejamos o *preço*, porque o plano tem mensalidades consideradas *baratas*. Nos primeiros planos que se tem registro, o preço teve como base de cálculo o valor que se pagava anualmente em sistemas de cooperativas, nos quais, a cada morte, as despesas eram rateadas pelos cooperados<sup>177</sup>. Um trabalhador, cuja renda mensal é de um a dez salários mínimos<sup>178</sup>, paga entre R\$ 40 e R\$ 70 mensais (dependendo da quantidade de serviços cobertos), mais uma taxa de adesão de até R\$ 120, 00, por um plano funerário que atende em média cinco membros da sua família (filhos solteiros, cônjuge, mãe, pai, sogro(a), “dependentes especiais”, etc.). Isso permite que os valores sejam rateados entre o titular e os dependentes. Em comparação, por exemplo, um *plano família* de seguradora geralmente só permite incluir cônjuges e filhos, excluindo os demais familiares – além do limite de idade para adesão do titular. Mas a diferença da mensalidade pode significar diferentes coberturas dos itens do funeral, algo que muita gente só descobre na hora de acertar o velório:

“Ah, mas por que que o plano de vocês é 50 e o do Fulano é 30?” Porque o Fulano não cobre isso, não cobre aquilo, não cobre aquilo outro. Vocês podem estar pagando esse plano mais barato, mas na hora do óbito vocês vão ter que desembolsar mais dinheiro. Não é o nosso caso, porque nós vamos pagar tudo. (E75)

Outro elemento que torna o plano funerário mais barato que o seguro de vida é que nesse modelo de negócios a empresa executa todo o serviço e, muito raramente, contrata intermediários (as menores contratam os tanatórios): “o plano funerário só deu certo, porque

---

<sup>177</sup> Planos de morte viram fonte de lucros. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/1996/12/01/tudo/4.html> >. Acesso em: 11 dez. 2017.

<sup>178</sup> Atualmente, o salário mínimo no Brasil é o de R\$ 998,00. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/noticias/emprego-e-previdencia/2019/01/decreto-fixa-salario-minimo-de-r-998-em-2019> >. Acesso em: 24 jan. 2019.

as próprias empresas, além de vender, executam o serviço. Aí o custo fica mais baixo” (E89). Isso só não ocorre em locais onde a funerária é municipal e o plano tem que pagar pelo serviço da prefeitura: “são quatro cidades onde nós temos o plano, mas não temos funerária. Por quê? A funerária é municipal e é a única que pode fazer serviço funerário na cidade (...) então nós temos que pagar para ela todo o custo do serviço funerário” (E75). E quando o plano inclui o sepultamento, e não há funerárias que sejam donas de cemitérios em Belo Horizonte, mas o contrário, cemitérios privados que possuem suas próprias funerárias, há a preferência pelos cemitérios públicos municipais, mais baratos de se enterrar que os cemitérios privados<sup>179</sup>. O baixo preço das mensalidades serve também para manter um fluxo de caixa constante na empresa, o que torna tanto melhor quanto mais houver associados. Ou conforme o responsável pela comercialização dos planos numa funerária:

Na verdade, o plano funerário é feito para poder garantir um valor fixo por mês para sua empresa e fidelizar o cliente no seu negócio por um valor mínimo... Só que hoje para funerária o plano funerário é interessante porque é um dinheiro que ela tem garantido todo mês que vai ajudar nas despesas dela, né? E geralmente, quando o cliente for usar, a quantidade que ele já pagou já compensa o serviço... Vamos supor, o cara paga aí um tempo um valor pequeninho, mas que, se você for olhar, vinte reais por mês até dar um serviço, por exemplo de quatro mil, cinco mil reais, vai demorar bastante, né? Então é esse valor fixo que compensa para a empresa, ainda mais pela quantidade de clientes que ela tem no plano funerário... (E91).

Os planos podem ser pagos de várias maneiras, sendo as principais delas o *boleto bancário* (carnê), *cartão de débito* e *de crédito*. Cada empresa tem seus prazos de cancelamento dos planos – de sessenta a cento e vinte dias – que ocorrem após as mensalidades ficarem sem pagar. Para evitar inadimplência, algumas empresas utilizaram o atrativo de sorteio lotérico, o que se tornou uma estratégia bastante eficaz para os que a adotaram. Essa solução tem sido o principal atrativo à aceitação de seguros no mercado de baixa renda e, conseqüentemente, uma indispensável ferramenta de *marketing* (BESTER et al, 2011) O componente “loteria” nos foi apresentado em duas perspectivas diferentes:

---

<sup>179</sup> A PBH administra três cemitérios públicos na capital por meio da autarquia Fundação de Parques Municipais e Zoobotânica (FPMZ), uma autarquia criada em 2017 a partir da Fundação de Parques e Necrópoles e que tem servido para facilitar parcerias público-privadas de exploração dos espaços sob sua responsabilidade. Os serviços cemiteriais públicos são pagos, ainda que em valores bem inferiores aos dois cemitérios privados da cidade, o que os torna muito mais interessantes à população de baixa renda e as funerárias, que podem ter seus operacionais reduzidos e oferecer planos funerários com mensalidades mais baratas.

Hoje as empresas de plano funerário, eles mudam de ano a ano, de maneira a atrair o cliente. Umam colocam *kit* de lanche [no velório], dão premiação em dinheiro no final do ano, sorteiam televisores, moto.... Então as empresas para manter aquela cartela, eles a colocam isso no mercado.... O cliente hoje que tem o plano, que ganha uma moto, ele vai falar pros vizinhos “aí, tá vendo? além do meu plano funerário ser um bom, atende muito bem, eu fui premiado, ganhei uma moto!” então assim é aonde uma empresa perde um cliente... No final do ano, eu sou sorteado com televisor eu posso falar com meu irmão, com meu cunhado, com o meu vizinho que o meu plano é assim... dessa forma e se ele tem um outro plano, ele vai largar o dele e vai aderir ao meu que é melhor... (E37).

Sorteio a gente não faz como queria fazer todo ano por causa da legislação, né? ... Muita gente não sabe que o sorteio depende de uma série de regras... Você tem que passar pela CADE [Conselho Administrativo de Defesa Econômica], pela autorização da Receita, pela Caixa Econômica Federal... e os bens tem que ser adquiridos antes... Eu não posso fazer um sorteio do carro, se eu não tiver comprado o carro (E89).

Além do mais, o fato do plano funerário não ser restrito a um titular, como os planos de saúde e as apólices de seguro, e agregar também uma média de cinco dependentes por titular, também colabora com a pontualidade dos pagamentos. Para um entrevistado, “as classes mais baixas” são as melhores pagadoras, e nelas há, inclusive, um tipo de cliente que “vem pegar a guia de desconto da revista e já paga antecipado, pois já fica tranquilo de ter o plano em dia” (E1). Ainda assim, é possível haver atrasos de pagamento devido a prioridades que os associados estabelecem sobre os seus gastos mensais. Obviamente, estamos lidando com um grupo cuja prioridade nos gastos segue a hierarquia das necessidades (BESTER et al, 2011). Para esses casos, há um serviço de *call center* que informa o associado do atraso e, se necessário, envia alguém para receber, pois há serviço de cobrança em domicílio por *motoboy*. A cobrança administrativa por telefone e as visitas pessoais parecem funcionar pelo grau de confiança e proximidade dos usuários com a empresa:

O motivo de atraso é mais por necessidade financeira mesmo... a pessoa ter que comprar um gás, comprar um remédio... essa cobrança nem é tanto uma ‘cobrança’, ela é mais para lembrar a família e acordar com ela um dia para ela pagar... então, essas cobradoras que trabalham no *call center* lidam muito com ‘ah, está atrasado mesmo, mas eu vou pagar dia dez aí onde é registrado’. E aí, dentro de sessenta, dias ela pode pagar no banco ou na lotérica... Ou ela pode pedir o *motoboy* para ir lá receber (E1).

Mas o preço não é o único fator determinante para entender o “valor” de um plano. Antes dos planos existirem, de um modo geral, na ocorrência de adversidades (como a súbita morte de um membro da família), as famílias de baixa renda utilizavam os seus próprios recursos, esvaziando suas poupanças, vendendo bens e recorrendo a empréstimos emergenciais,

frequentemente dependendo da solidariedade da comunidade em que viviam (BESTER et al, 2011). Em caso de situação muito precária, elas também poderiam optar pelo serviço de enterro de *indigente* como o que existe na Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) em parceria com a funerária do grupo Santa Casa<sup>180</sup>: “a Santa Casa concede o serviço e nós conseguimos espaço e fazemos o sepultamento numa das quadras...” (E36). Este é um serviço municipal gratuito para quem é considerado pelo jargão técnico como sendo de “risco social” – pessoas comprovadamente pobres e incapazes de trabalho (BOSCHETTI, 2003). Um entrevistado me explicou como funciona e quais os benefícios deste serviço:

Nas prefeituras de todos os municípios têm esse serviço gratuito... Eles têm que vir aqui informar para a assistente social: “nós não temos condições de fazer o sepultamento, mas nós vamos pedir...”. Aí a assistente social vai falar com ele assim: “tem um serviço público gratuito que não tem o velório, mas pode vestir o cadáver e tem a cova que vai ficar de três a cinco anos...” A partir daí eles têm esse prazo todo para poder comprar ou não aquele jazigo... Quando já está completando o tempo, o cemitério vai informar para a família: “vocês vão comprar ou não?” Se a família falar que não tem condições de comprar, [ele] vai ser exumado e mandado para o [ossuário] aquele cemitério... Então, depois de cinco anos, ela não tem mais como ir lá naquele cemitério e fazer a homenagem para aquele parente no Finados... (E23).

O desconhecimento de parte da população deste benefício – ou mecanismo de segurança, se se considera o cadáver do pobre um perigo biológico<sup>181</sup> – permitia a ação de aproveitadores para fins eleitoreiros. Como sabemos, o problema é que pedir ajuda de políticos implica se comprometer moralmente como eleitor para com ele<sup>182</sup>. Neste caso, o serviço municipal

---

<sup>180</sup> O sepultamento gratuito está entre os “benefícios eventuais” da Política de Assistência Social, sendo estas “provisões suplementares e provisórias, prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública” segundo a Lei Orgânica da Assistência Social (art. 1º, Lei 8742/93). Até hoje, os “benefícios eventuais” não foram devidamente fixados no campo da assistência social e tornaram-se por vezes esquecidos no conjunto dos municípios brasileiros (BOVOLENTA, 2011). Em Belo Horizonte, o pedido deste benefício é feito junto à Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social (Smaas) da prefeitura, que solicita à Funerária do Hospital Santa Casa (FSCBH) o sepultamento do corpo. O lema do hospital é “Cuidar dos carentes, enterrar os indigentes”, uma tradição que data desde o final do século XVIII (cf. RODRIGUES, 2014). Segundo a FSCBH, todo mês, realiza-se uma média de 100 sepultamentos de pessoas carentes, indigentes e peças do Instituto Médico Legal (IML).

<sup>181</sup> Para Carmelo Mesa-Lago (1978, p. 14), a assistência social do Estado quase sempre foi concebida “consequência da preocupação pública com a difusão de doenças contagiosas do que como uma resposta a pressão [de grupos sociais]”. O autor sugere que a assistência social seria muito mais um mecanismo para conter os riscos que o corpo do pobre representa (endemias, epidemias), que um instrumento de boa vontade.

<sup>182</sup> Ouvimos relatos sobre políticos que arranjam o sepultamento para a família por meio da PBH, omitindo o fato de ele ser um direito desses municípios. A omissão tem como objetivo arregimentar votos para as candidaturas futuras por meio da posse de um serviço municipal gratuito. Mas há verdade na mentira: num país de legado autoritário, clientelista e patrimonialista; onde relações de compadrio, amizade e simpatia ajudaram a



torna-se alvo de críticas por motivos oportunistas, pois há aqueles que utilizam da boa-fé da população pobre para estabilizar os seus currais eleitorais, mesmo sem propostas para o município:

Estava numa audiência na câmara um dia e tinha alguém reclamando de um serviço de carente que não teve velório... Ele não tinha motivo para reclamar... Aqueles cabos eleitorais usam disso para ficar de bonzinho na comunidade... Líder comunitário adora gente que precisa deles para resolver as coisas... O corpo foi achado 15 dias depois do óbito e não tinha condições de velório. Ele foi para lá [na câmara] para fazer média. É comum um líder comunitário pegar uma causa da comunidade para defender, só para ganhar votos.... *E quanto pior for o serviço da prefeitura, melhor para eles*, porque, quem depende da prefeitura, pede para eles interceder pela família. Posa de bonzinho, mas é 100% eleitoreiro (E89, grifo meu).

Todavia essa seria a última opção, pois os usuários consideram o serviço oferecido pela PBH como sendo muito simples. Trata-se de um “enterro imediato ou direto” (ROWE, 2001), com o corpo sendo sepultado o quanto antes, em um caixão simples e em uma cova temporária. Como não há visualização do cadáver, não se faz ornamentação ou embalsamamento. Foi o que me disse um entrevistado: “é um caixãozinho mais fraco, mas é um serviço gratuito, não tem aquela ornamentação, os enfeites do lado de dentro...” (E36). É bom lembrar que, para algumas pessoas, um benefício social pode ser percebido como um sinal de dependência, de alguém que parasita o erário porque não venceu na vida, e vir acompanhado de estigma e vergonha, por estar ligado às distinções feitas entre os pobres “merecedores” e os “indignos” (GARTHWAITE, 2011). Adiciona-se o fato de que, a exemplo de Belo Horizonte, a forma como este serviço é prestado (com prazos muito rígidos e curtos) estaria gerando constrangimentos nas famílias, que se sentiam culpadas por não poder prestar uma homenagem apropriada. Para essas famílias, o “funeral de pobre” da PBH seria incompatível com a altivez e a dignidade que o falecido representou em vida – um desapontamento que tem sido esporadicamente noticiado em jornais<sup>183</sup>. A propósito, senão comprar a cova em até três anos de prazo, os restos mortais são transferidos para o ossuário coletivo e misturado aos restos de outros falecidos, pois é preciso dar lugar a outro pobre por mais três anos:

---

moldar a nossa sociedade, é comum associar a assistência social mais ao conjunto de mecanismos de dependência e de troca – um “favor” de quem concede – do que a um direito adquirido (cf. BOVOLENTA, 2011).

<sup>183</sup> Ver por exemplo a fala de um entrevistado que lutava para impedir que o seu falecido amigo fosse enterrado sem uma cerimônia devida: “Não é justo ele ser enterrado como indigente (...). É muito triste ver um ser humano ser enterrado assim, sendo que em vida ele já sofreu muito” Disponível em: < <http://noticias.r7.com/minas-gerais/vizinhos-buscam-familia-de-idoso-para-impedir-enterro-como-indigente-02072014> >. Acesso em: 14 jan. 2018.

A família de baixa renda faz o plano funerário não é só pelo valor, que na hora vai apertar para eles. A família não quer humilhação, não quer pedir favores, ela não quer um serviço público que eles têm regras, “quantas horas de velório”, “quem vai ser”, “onde vai ser” (...), ninguém quer ser enterrado como carente na última hora, não pelo fato de ser tão ruim, às vezes o serviço do município é até bom, mas pelo ego mesmo, pelo brilho mesmo de prestar a última homenagem para pessoa, e não fazer tudo com regras rígidas que o poder público exige... (E89).

Ali não tem nada de sensibilidade, é coisa eleitoreira, né? ... Uma prefeitura da grande BH reconhece hoje que o plano funerário tira muito serviço que ela teria que pagar como serviço de carente... Diminuiu mais de 70%... Todo mundo pobrezinho que pensa na morte já está se prevenindo fazendo o plano funerário... O serviço que seria da prefeitura hoje a empresa funerária faz com dignidade para cada um (E64).

De tudo, a minha impressão que ficou da pesquisa de campo é a de que a PBH, como qualquer burocracia moderna, não estaria cumprindo este dever com a mesma sensibilidade, dignidade e consideração que seriam oferecidas a qualquer pessoa que pudesse pagar pelo serviço<sup>184</sup>. Isso tudo no contexto internacional de diminuição de políticas de “bem-estar funerário” a favor das forças de mercado, inclusive em países pioneiros nessas políticas (VALENTINE e WOODTHORPE; 2014). Tais transformações me levam a crer que o estigma e a vergonha de não conseguir pagar por um funeral decente irá crescer na população de baixa renda, sobretudo quando se consideram o envelhecimento populacional, o encarecimento dos funerais, o empobrecimento de aposentados e pensionistas e a ascensão da narrativa política de escrutínio de “quem paga pelo quê, quando e como” (cf. *Ibid.*). Me parece qualquer benefício funeral como previsto por Beveridge (1942), isto é, destinado a oferecer apoio a todos “do berço ao túmulo”, vai se tornar cada vez mais incerto. Consequentemente, em meio a uma descrença de que “todas as pessoas quando morrem precisam de um funeral” (*Ibid.*, p. 151), muito possivelmente em nosso futuro, tornar-se-á mais contumaz o parecer de Eliane Brum (2006, p. 37) sobre o enterro de pobres:

Não há nada mais triste do que enterro de pobre porque não há nada pior do que morrer de favor. Não há nada mais brutal do que não ter de seu nem o espaço da morte. Depois de uma vida sem lugar, não ter lugar para morrer. Depois de uma vida sem posse, não possuir nem os sete palmos de chão da morte. A tragédia suprema do pobre é que nem com a morte escapa da vida.

---

<sup>184</sup> Drakeford (1998) acredita ser fácil tornar-se pouco sensível ao abalo que a linguagem tecnojurídica provoca em quem não está acostumado com ela; ao abalo, por exemplo, de ser informado que o pedido de auxílio preenche os requisitos para a provisão de enterro de indigente e que confirma, na mente do ouvinte, a sua expulsão do círculo civilizacional que nos une.

Assim, para as classes populares, os gastos com um funeral fazem o plano funerário se tornar um produto *necessário* contra os riscos de não prestar o devido respeito a quem o falecido foi em vida<sup>185</sup>. Afinal, como vimos acima, “uma partida decente” reafirma um “senso de dignidade que foi comprometido durante a vida da pessoa” (VALENTINE, 2014, p. 517 – 18), sobretudo numa sociedade em que os “batalhadores” se percebem e são percebidos como removidos de uma cultura próspera da classe média, uma diferença que se inscreve no entendimento deles sobre a morte e o morrer (SOUZA e ARENANI, 2012).

No que pesa o aspecto financeiro, ou melhor, do risco de empobrecimento econômico, a morte está entre as principais causas do endividamento excessivo e inadimplência das famílias, sobretudo quando o falecido for responsável pela maior parte da renda familiar (BACEN, 2014). Essa realidade não é muito distante da de outros países onde a morte está associada ao aumento da pobreza do núcleo familiar. Para Fan e Zick (2004), os custos do funeral podem aumentar a pobreza e o endividamento de pessoas de baixa renda; ainda mais quando houver contas do tratamento médico a quitar ou o sentimento de compromisso de se assegurar um funeral que proteja a dignidade e memória do falecido (DRAKEFORT, 1998).

Pesquisando no sítio Mercado Mineiro<sup>186</sup>, após não encontrar nenhum estudo acadêmico sobre gastos em funerais, verifiquei que o preço de um funeral decente, que inclua enterro ou cremação, pode custar muito, entre R\$ 4,5 mil a R\$ 60 mil. Não é de assustar, por exemplo, que a expressão popular “pela hora da morte” é comumente usada em certas regiões do país quando algo está “muito caro”; ou a expressão “fulano não tem onde cair morto”, para se referir se alguém é (in)digno de reconhecimento social. Ainda que o nível de preço dependa do “pacote” adquirido – o caixão e os serviços adjacentes (translado do corpo, coroa de flores, tanatopraxia, velório, sepultamento ou cremação, etc.) – no geral, desde há muito, o que se gasta com um funeral considerado satisfatório extrapola a renda de uma família pobre, ainda que isso não afete diretamente o consumo desses bens e serviços (cf. REIS, 1991).

---

<sup>185</sup> Tal risco foi ironizado pela campanha publicitária de uma funerária carioca, com os seguintes dizeres: “Sujeira você ir para o céu e sua mulher para SPC” e “Com uma mão na frente e outra atrás, vai ser difícil sua família rezar por você” (cf. SILVA JÚNIOR, 2006).

<sup>186</sup> Disponível em: < <http://www.mercadomineiro.com.br/pesquisa/custo-morte-finados-precos-pesquisa> >. Acesso em: 4 dez. 2017.

O impacto financeiro de uma morte repentina numa família de baixa renda também pode aumentar se ela for induzida a pagar valores exorbitantes a agentes funerários inescrupulosos que são apelidados de “papa-defuntos”. Já sabemos que esses agentes funerários aproveitam a falta de informação, a pressão de tempo, e a vulnerabilidade emocional dos enlutados (ver capítulo 5 desta tese). Um empreendedor do ramo me disse que esses vendedores “ficavam dentro do hospital esperando. Passavam a noite sentados. (...) E aí, chegava família desorientada, sem saber para que lado ia, ele já entrava no meio da conversa: ‘estou aqui para ajudar vocês’” (E75). Mas o risco não inclui somente os “papa-defuntos”. Na hora de pagar pelo funeral, muitas famílias ficavam à mercê de funerárias que não aceitavam parcelar os valores – bem mais caros devido à proximidade do evento da morte (FAN; ZICK, 2004). Dito isso, é possível afirmar que, além do preço, a segurança de receber orientação correta também é uma condicionante para alguém adquirir (e recomendar) um plano familiar:

Se a pessoa quiser algo mais sofisticado, ela tem outros pacotes além do plano que a pessoa pode adquirir.... Mas o nosso objetivo é que a pessoa saia daqui satisfeita... Tanto é que 90% das urnas são as urnas do plano, para que a pessoa não chegue aqui, e o atendente empurre nela algo mais, que era o que acontecia nas funerárias antigas. Os donos das funerárias orientavam os agentes assim: “olha, você empurra isso aqui. Vende isso aqui. Vende aquele outro”. Era mais ou menos igual à concessionária de veículo quando você manda fazer revisão no carro. Aparecia 800 coisas no orçamento. A família numa hora dessa não está com cabeça ... Eu já cansei de falar aqui dentro o mostruário pra pessoas aí que você vê que não tinham condições de gastar mais e queriam: “olha, a urna que a senhora vai ver no cemitério, é essa aqui. (...) o plano são 3 urnas e a senhora já paga esse aqui. A senhora vai querer uma dívida além do que a senhora já pagou de plano?” Então o nosso raciocínio na hora do atendimento a família é esse. Não é querer empurrar... É para que ela saia daqui dizendo: “Olha, tive um atendimento bom, não gastei nada. Tive sala, tive urna, tive tudo”. É isso que faz vender plano... (E75).

A ideia de previsibilidade também aparece em outra entrevista, como forma de diminuir a desinformação e a vulnerabilidade, quando se precisa tomar frente da laboriosa burocracia que envolve um funeral. Isso torna a assistência presencial ou por *call center* em mais um diferencial de mercado, para não dizer em mais um “benefício de vida” (cf. BESTER et al, 2011). Esse atendimento pode ser uma assistência psicológica ou uma orientação jurídica (por telefone, para esclarecer dúvidas no âmbito civil, comercial, penal, trabalhista, fiscal ou administrativo) e tem funcionado como um dos propulsores de venda<sup>187</sup>:

---

<sup>187</sup> Conferir por exemplo esses benefícios em: < <http://metropax.com.br/planos-funerariosimule-seu-planosimule-seu-plano-familiar/plano-valorize-total/> >. Acesso em: 10 nov. 2017.

Hoje os planos eles não são aderidos apenas pela parte financeira... Às vezes ocorre um óbito, você pode dividir no cartão, os filhos se juntam, sempre nesse momento todo mundo se junta.... Mas hoje eu vejo que as pessoas têm muita necessidade de assistência... ‘ocorreu o óbito, o que que eu vou fazer?’.... Eu vejo que hoje a tendência está muito mais neste sentido, na *assistência* que eu vou ter se ocorrer o óbito de um parente meu (E29, grifo meu).

Todavia há mais um componente de risco, não considerado pela entrevistada, que é de que pagar as mensalidades durante anos não impede que a empresa feche antes de prestar o atendimento, já que as funerárias estão desobrigadas a constituir reservas financeiras para liquidar seus passivos (LEWGOY, 2016)<sup>188</sup>. Ainda que no Brasil isso seja mais comum com operadoras de planos de saúde, o colapso de algumas empresas gera uma grande publicidade adversa para todo o ramo funerário. Mas, mesmo sendo esporádica, a falência de uns concorrentes traz a possibilidade de crescimento de outros, sobretudo para as de melhor reputação<sup>189</sup>. Dessa forma é possível pensarmos que os consumidores se tornam os *prescritores* da empresa, o que economizaria os gastos dela em publicidade que, talvez, não traga tanto retorno (AKYEL, 2014):

As pessoas elas pagam [o plano], mas elas têm uma segurança do que tão pagando. *Conhece a empresa, sabe que a empresa é sólida, é séria*, entendeu? Isso, isso faz com que a pessoa se interesse em pagar. Você sabe que tem muito caloteiro por aí. E nesse ramo nosso não é diferente (E, grifos meus).

De qualquer maneira, a ausência da legislação que dê garantias aos clientes de receber o serviço contratado pelo plano, mesmo depois da empresa vir a falir, são objeto de reclamação de empresários: “a gente tem que pensar no lado do cliente também, né? *Empresa desonesta* tem que sair deste mercado porque os associados saem lesados, e isso é ruim para quem trabalha de forma honesta, porque queima o nosso mercado” (E21, grifo meu). O meu

---

<sup>188</sup> A proteção do consumidor contra “aventureiros” motivou a criação da lei nº 13.261 de 2016. A lei é relativamente pequena e possuindo apenas 12 artigos. Logo depois, o IBGE criou um código CNAE (Classificação Nacional de Atividades Econômicas) exclusivo para a atividade empresarial de administração e comercialização de planos de assistência funerária. Como é uma lei recente, seus impactos ainda precisam ser estudados.

<sup>189</sup> Conforme um grande empresário me disse: “não existem casos relevantes de empresas de planos funerários que deixaram o consumidor desprovido dos seus direitos (...) não existe ‘ah, o plano funerário pode causar dano à sociedade’. Bom, qualquer segmento pode causar um dano à sociedade (...). Todo mundo que contrata um serviço corre um certo risco, mas o nosso risco é praticamente zero, porque, quando uma empresa perde o interesse de continuar a explorar aquela carteira de plano, outra imediatamente vem e assume aquilo. Porque existem muitas empresas no mercado interessadas em crescer. (...) Uma das formas de crescer é você fazer a venda, e a outra é você incorporar carteiras. Então não teve nenhuma carteira administrada por uma empresa funerária que encerrou suas atividades por vontade unilateral” (LP).

interlocutor silenciou que este é um “mercado” cujo limite de renda seria o de 3 salários mínimos por família – muito acima da medida de “pobreza absoluta”, porém próximo do limite de isenção do Imposto sobre a Renda (BESTER et al, 2011). Ele continua o seu argumento sobre os obstáculos de empreender num mercado com muitos aventureiros e oportunistas:

É horrível o que acontece hoje em dia. Por exemplo, o João Augusto abriu um plano funerário... O pessoal acha que abrir o plano é fácil... Montar uma cartela de cliente hoje em dia além de não ser fácil, não é barato.... Então o povo vai nessa esperança que vai começar a empresa e que vai estourar, que vai ficar rico de uma hora para outra... Acho que ramo nenhum é assim. E como todo ramo, tem seus aventureiros... Então o João Augusto vai lá, abre um plano funerário, passa um, dois anos fecha a empresa... E aquele associado que pagou durante esses dois anos como é que fica? (M)

Do lado dos consumidores, a decisão em adquirir um plano funerário ocorre (ainda que nem sempre) após ponderar os prós e os contras de se assegurar financeiramente – a incerteza de receber o serviço funeral quando se antecipam os arranjos da cerimônia, de usufruir os benefícios de vida quando se quer evitar o atendimento do SUS, etc. – numa sociedade onde abaixo de cada pessoa inserida no sistema produtivo, há uma massa de miseráveis e marginalizados em se pode mergulhar (cf. RIBEIRO, 2002). Além disso, é importante notar que, quando se listam os maiores temores dos grupos urbanos, percebem-se claramente os efeitos do trabalho precário no imaginário “desse exército de pessoas disponíveis a fazer quase de tudo” (cf. SOUZA, 2015, p. 232). Essa foi a minha conclusão ao lermos o relatório encomendado a Bester et al (2011) sobre o microsseguro no Brasil, que evidenciou o medo de acidentes pessoais de seus entrevistados:

os riscos mais temidos no Brasil são relativos à morte e à saúde. Ainda que a saúde esteja em primeiro lugar, o medo de acidentes é mencionado em paralelo. Na hierarquia dos riscos que mais preocupam as pessoas, o desemprego veio em segundo lugar. Embora a morte tenha sido reconhecida como inevitável e imprevisível, os participantes dos Grupos de Discussão se mostraram mais preocupados com as despesas de funeral de algum membro da família do que com o impacto de sua própria morte sobre a família (Ibid., 2011, p. 4).

O relatório também destaca o planejamento insuficiente desse grupo de pessoas, majoritariamente composto de “batalhadores” e “ralé”. Assim, *a atitude prevalecente* de que “quando chegarmos à ponte, veremos como cruzá-la” (Ibid., p. 115) se expressa em diferentes temas, muito além do objetivo desta tese. Interessa agora saber o que fez os planos funerários

se popularizarem em meio a um mercado consumidor cuja atitude predominante é de viver um “presente presente” evanescente e arriscado (cf. BAUMAN, 1992, p. 164).

## 6.6 – Mais que um plano funerário, um clube de vantagens

É provável que a venda dos planos funerários para as classes populares teve importantes obstáculos – alguns deles já observados anteriormente (cf. DRAKEFORD, 1998, PARSONS, 2003; KEMP e KOPP, 2010). Em *primeiro* lugar, tornar o plano atraente como um serviço não só limitado aos momentos de urgência, tal como me falaram: “tem família que quando uma pessoa está nas últimas no CTI faz correndo, mas depois que falece, eles cancelam o plano” (E1). Em *segundo*, lidar com a superstição, acompanhada de presságios de mau agouro ou azar, de que a adesão ao plano funerário traria a morte de quem aderiu – uma resistência muito presente nos filhos e parentes mais jovens do titular<sup>190</sup>. Ou como registrei, subentendendo a ideia da morte como punição, “a gente ouvia muita coisa: ‘Isso é papo-defunto’, ‘Eu não quero comprar minha morte’, ‘Você está me gorando?’” (M). Em *terceiro*, a negação da ocorrência da morte e a crença de que este é um serviço que quem adquire nunca usufrui em vida. Em *quarto*, a desconfiança generalizada que acompanha a figura da funerária e de seus participantes: “quando a gente fala que trabalha em funerária... muitas pessoas até hoje dizem: ‘credo, Deus me livre...’” (E89)<sup>191</sup>. O *quinto* lugar, tem-se a necessidade de se proteger dos calotes e dos maus pagadores, considerando ser próprio da indústria funerária fornecer um serviço antes de receber qualquer dinheiro. Por fim, o consumo de bens e serviços funerários é inelástico:

um dos aspectos mais prazerosos da morte é o senso de comunidade que pode resultar de tal evento (...); frequentemente quando uma morte ocorre, igrejas, amigos e outros membros da comunidade juntarão recursos monetários para pagar o preço de mercado. Este aspecto do comportamento do consumidor, aliado à incerteza da demanda, assimetria de informação, e a imediatez com que os serviços devem ser adquiridos, é responsável pela demanda inelástica que tem sido observada para os serviços que lidam com a morte (BANKS, 1998, p. 275).

---

<sup>190</sup> Essa expressão de pensamento sobrenatural no mundo contemporâneo também foi encontrada por Viviana Zelizer (1978), que identificou como a intimidade comercial do seguro de vida com a morte deixou este produto vulnerável a objeções baseadas em raciocínio mágico. A autora cita um boletim da *New York Life Insurance Co.* de 1869 que se referia ao “medo secreto” de muitos clientes acerca da existência de uma “misteriosa conexão entre assegurar a vida e perder a vida” (Ibid., p. 599).

<sup>191</sup> Na fala de um entrevistado: “o setor funerário é meio marginalizado na sociedade. Como ele falou, somos os vilões da situação, né? quando a pessoa perde um ente querido, acha que a funerária que é culpada e desconta naquela pessoa que está atendendo” (E89). Já em outra entrevista, ouvimos que: “Quando eu entrei, eu escutei da boca de várias pessoas assim ‘Rapaz, você é um cara novo. Sai disso, só tem vagabundo trabalhando nisso aí. Esses caras são tudo bêbado. Esse povo não vale nada. Você vai virar bandido.’” (E75).



Houve duas soluções para estes obstáculos. A primeira, sobretudo quanto à possibilidade de calotes, foi fazer um plano funerário para a família num contrato só. A partir de então, “quando eu vendo para você, você entra, seu avô entra, seu pai entra” (E89). Vendido separadamente, o plano não seria viável para a população de baixa renda, por causa das enormes diferenças dos preços segundo a faixa etária, quando se considera a proximidade da ocorrência da morte: “para o velhinho você não venderia porque eles não teriam condição de pagar” e “os jovens não teriam muito interesse” (E89). O *plano funerário familiar* teria sido “uma jogada extraordinária”, porque, quando se junta jovens e idosos, os primeiros compensam os gastos com os segundos, o que garante o faturamento da empresa: “na soma geral, como tem outros benefícios, o jovem também usa... morre muito jovem também, mas é uma porcentagem menor que os mais velhos” (E89).

A segunda solução para esses obstáculos (sobretudo a desconfiança e a superstição) surge com um “clube de vantagens”, que é “uma *rede de descontos* para que essa família pudesse usar em vida”, ou vários “benefícios de vida” que se adicionam ao plano de assistência funeral. O surgimento desta rede de desconto ou esses “benefícios de vida” familiar tem uma trajetória própria dentro de cada empresa pesquisada. Uma funerária começou o seu cartão de descontos com as clínicas odontológicas populares e, depois, passou para os laboratórios e, depois, para as “clínicas médicas populares”. Em outra empresa, o início se deu com uma pequena “guia de descontos” de algumas folhas que acompanhava o contrato do plano funerário; esta “guia” se avolumou com as novas empresas parceiras e passou a ser chamada de “rede de descontos”; a diversificação de parcerias e serviços trouxe mais uma mudança, e “rede” passou a ser a revista “clube de vantagens”. Com a “revista” e o cartão de descontos, o titular da conta e os seus dependentes têm direito a descontos em diversos tipos de estabelecimento:

Então nós temos parceria com clínicas médicas, clínicas de olhos, óticas, drogarias, laboratórios, *pet shop*, autoescola... São todos os segmentos aonde a gente possa negociar um desconto para que o associado tenha essa revista em mãos e ele possa ligar ali, fazer um orçamento e encontrar aquele desconto especial ali para ele ser o cliente desses parceiros nossos (E1).

Foi uma maneira do empresário atrair mais vendas... então ele pensou em dar um benefício além do auxílio funeral... uma rede de descontos na área da saúde para aquele associado dele não se tornar mais uma despesa [tom de riso] (...) com isso, ele conseguiu com que o plano funerário fosse tão bem visto quanto plano de saúde... na crise que estamos, é mais fácil pagar vinte e cinco trinta reais em um plano funerário mensal do que você pagar quatro

mil reais em um serviço funerário (...) Isso não vai atrapalhar em nada o plano de saúde porque é só em clínicas, não em hospital (E37).

Em resumo, a inclusão dos benefícios serviu para diminuir o conteúdo funéreo desses negócios, o que coincidiu com uma grande demanda de um mercado consumidor (cf. SPILLER; SILVA, 2004). Reparem que o desconto no preço não é dado sobre o serviço funerário, uma estratégia inadequada para esse tipo de negócio, pois daria a impressão de que os donos desses empreendimentos estivessem querendo a morte alheia (AKYEL, 2014). Assim, não devemos estranhar quando um dono de uma funerária nos diz que: “quem lida com morte são os hospitais. Lá sim, nós, não” (E89). Diferente do hospital, notoriamente um “morredouro” (cf. FOUCAULT, 1974, p. 101), a funerária não é um lugar de morrer, porque ela facilita o atendimento e os benefícios para uma (longa) vida. Ainda que pareça irônico, a afirmação tem lastro no *mercado de cartão de desconto* de serviços de saúde em Minas Gerais, onde as funerárias já são conhecidas como fornecedoras regulares<sup>192</sup>. E que também é confirmada pela procura de empresas dos mais diversos ramos que desejam participarem das “Guias de vantagens”, para ter acesso a um público enorme, fiel e inexplorado:

Esses próprios parceiros viram que era um nicho muito grande de mercado, que era um público muito grande e fiel... Então hoje eles já nos procuram para trabalhar com a gente, com o nosso associado... o cliente paga direto para eles com desconto e, na maioria das vezes, nem é cartão não, é em dinheiro mesmo... E como nós não recebemos para transferir o dinheiro para eles, a parceria já é para o próprio cliente ir lá... (E1).

É curioso observar que este serviço se assemelha muito com o “clube do torcedor”, um programa de mensalidades que os clubes de futebol têm utilizado para manter a fidelidade dos torcedores, e assim quitar os custos da sua enorme folha de pagamento sem se endividar, em troca de facilidades para a compra de ingressos para os jogos e descontos em estabelecimentos comerciais (padarias, restaurantes, etc.). O funcionamento do “clube” necessita de uma ampla rede de empresas parceiras e credenciadas que ofereçam produtos e serviços com descontos especiais, benefícios, brindes, entre outras vantagens, aos seus associados. No microsseguro, todos esses benefícios em vida figuram-se importantes para atrair a clientela de renda mais baixa (BESTER et al, 2011). Aliás, o próprio microsseguro

---

192

Disponível em <  
[https://www.em.com.br/app/noticia/economia/2016/07/13/internas\\_economia,782963/cartao-de-desconto-vira-opcao-para-consultas-e-exames-medicos.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/economia/2016/07/13/internas_economia,782963/cartao-de-desconto-vira-opcao-para-consultas-e-exames-medicos.shtml)>. Acesso em: 2 dez. 2017.

figura como um dos benefícios do clube de vantagens<sup>193</sup>. Então não estamos tratando do funeral pré-pago, um serviço sugere uma forma de coesão social inversa na qual a pessoa libera sua família de uma dívida futura com um adiantamento simbólico e financeiro (TROMPETTE, 2013). A proximidade do “plano funerário” com um “clube de vantagens”, bem mais do que um “funeral pré-pago”, foi expresso da seguinte maneira:

Todo mundo está fazendo isso hoje. Se você olhar até clube de futebol está fazendo isso, o “sócio-torcedor”. Por exemplo, num jogo grande aí, o cara vende cinquenta mil ingressos, mas quando o seu time está jogando com o time menor, não vai quase ninguém no estádio... Compensa se o cara ficar pagando um valor tipo de trinta, quarenta reais por mês. Mesmo que ele não vá no jogo, o clube garantiu o dinheiro de lá... (E91)

Como eu já disse, as inovações que aparecem nos EUA têm muita influência no setor funerário brasileiro. E não foi diferente do que ocorreu à ideia de cartões e clubes de desconto que surgiu ali (DS). De fato, há uma “cultura do desconto” bem estabelecida naquele país: “Em um mercado inundado de produtos cada vez mais similares – mesmo idênticos”, escreve Shell (2009, p. 11), “o preço é o árbitro final; quanto menor, melhor”. Apesar disso, uma análise mais detalhada do peso dos descontos no orçamento familiar mostra que ele é mínimo e não melhora a condição socioeconômica de quem os utiliza. A autora acredita que, nas últimas décadas, apesar da estagnação salarial e da crescente dívida do consumidor estadunidense terem tornado os descontos ainda mais atraentes, “os descontos não compensam os custos surpreendentes e crescentes do essencial – habitação, educação e cuidados de saúde” (Ibid., p. 13). Em campo, vi inclusive que há descontos que não chegam a beneficiar o consumidor: “às vezes é melhor para o comerciante do que para nós e o cliente” (E89).

Citando o caso análogo de Belo Horizonte, em meio à expansão do crédito e do endividamento das classes trabalhadoras brasileiras (RIBEIRO e LARA, 2016), há pelo menos 10 anos, surgiram vários “clubes de desconto” em serviços ambulatoriais (atendimentos e exames) e em diversas frentes: “todos esses conselhos de classe, os sindicatos

---

<sup>193</sup> Entre os benefícios, há possibilidade de microsseguro para compra de alimentos, isso ocorre da seguinte maneira: “por exemplo, se você fizer hoje o nosso plano funerário e quiser ter uma cobertura de um cartão alimentação para a família de cento e cinquenta reais por mês, durante nove meses após o titular falecer, você pode pagar [mensalmente] o microsseguro de um e noventa e ter a ajuda da seguradora para comprar uma alimentação” (E1).

profissionais estão visando os descontos também. Hoje já não é só no mercado de funerária... A tendência é crescer mais” (DS). Mas, mesmo no setor funerário, a tendência talvez não seja só crescer, mas também diferenciar, variar e sortir os acordos: “nós temos várias parceiras, cada uma é com um contrato diferente... hoje eu falo pra você que nós trabalhamos aqui com umas quarenta funerárias (JS).” Nesses termos, parece que estamos consolidando igualmente uma cultura de desconto ao molde estadunidense (no varejo, é cada vez mais comum promoções do tipo “pague 2 leve 3”). Foi o que constatou um importante empresário sobre a difusão de “clubes de vantagem”:

Não é só nosso segmento que faz isso, quase todos os segmentos hoje fazem isso (...). Então, algumas carteiras criam um programa de qualidade de vida, nesse programa de qualidade vida ela estabelece parcerias comerciais com outros segmentos que oferecem condições especiais para os seus associados. Isso acontece em vários clubes de vantagem: se você comprar uma passagem de avião, você ganha desconto para locar o carro; você vai num lugar e ganha bônus para comprar em outro lugar. Isso faz parte da prática comercial em toda sociedade e não podia ser diferente com o nosso segmento. Então, hoje uma pessoa que compra um plano funerário em algumas localidades, em grandes localidades, tem benefícios agregados sem onerar a sua remuneração. Ele paga exclusivamente pela assistência funerária, mas recebe parcerias comerciais... Já vi desconto em posto de gasolina, desconto em farmácia, desconto em *pet shop*, isso é o número de possibilidades que se abrem, e faz parte normal na prática de comércio (E85).

Assim o “plano funerário” que se popularizou na cidade é um plano familiar com benefícios de vida, um produto que se diferencia do modelo e do público-alvo de funeral pré-pago. Conforme Rowe (2001), esse último tipo de pré-arranjo teria algumas vantagens para quem faz: ele permite algum controle sobre os custos do serviço, tira um peso dos familiares num momento difícil de sofrimento e perda, e deixa explícitos os desejos do falecido. Sendo antecipado, fica mais fácil que o funeral respeite o estilo de vida e os desejos de uma pessoa (um serviço mais simples, cremação ao invés de enterro, etc.) do que gostariam os familiares dela. Por outro lado, como já sabemos, essa seria uma forma do falecido proteger os familiares de gastos maiores, caso eles quieram compensar na cerimônia fúnebre a culpa de não ter feito algo a mais pelo ente querido enquanto ele vivia. Assim,

Existe um plano aqui que chama pré-pago... Para quando a pessoa está desenganada pelo médico... A própria pessoa vem comprar... Às vezes, ela não tem doença nenhuma, mas compra um pré-pago, vem e escolhe a urna: “Eu quero assim. Ah, eu quero esse aqui então. Vou pagar”... Eu já vi uns três idosos fazendo isso. Um deles me disse: “eu já quero deixar isso pronto para não dar problema para a minha família, para não ter briga, para não ter nada”. Um outro que até falou que “a minha casa já construí lá no cemitério

– que era o jazigo dele, né? – está lá tranquila para quando eu partir...” (E73).

O plano funerário também é diferente do auxílio funeral oferecido pelos seguros de vida. Enquanto os *seguros* oferecem valores para custear as despesas finais, os *planos funerários* operam por conta própria a assistência funeral, sem a necessidade de reembolso em espécie que há no seguro. Aqui, há dois modos dos seguros operarem. *Primeiramente*, a família paga todos os gastos com a funerária que ela escolheu, apresenta a nota fiscal ao seguro e depois pede restituição do valor. *Ou então*, as seguradoras contratam uma empresa terceirizada para prestar o serviço funerário – preferencialmente, uma empresa que não gere um “risco reputacional” à seguradora devido a um atendimento malfeito (SIMÕES et al., 2008). *Em tese*, há dois modos da seguradora contratar uma funerária terceirizada. O *primeiro* é a seguradora pré-determinar o limite de gastos e os procedimentos da funerária: “dentro de um valor nós temos que fazer um tipo de serviço, que é o luxo, o médio e o simples, porque a própria seguradora já tem lá as suas tabelas com tudo sobre nós” (E1). O *segundo* é o seguro cobrir o orçamento que a funerária estabelecer. Todavia, em um setor com pouca regulação e fiscalização, descobri que nem sempre é a seguradora que contrata a funerária. Quem contrata no seu lugar da seguradora é o “atravessador” do auxílio funeral dos seguros de vida, um “negócio” semilegal que me foi descrito a seguir:

Algumas seguradoras não contratam as funerárias. Elas contratam terceirizados que recebem o dinheiro das seguradoras para contratar o serviço, mas não pelo valor equivalente a apólice que a família fez (...) Então vamos ver, a seguradora em vez de contratar a funerária por um valor X, ela passa valor para uma plataforma e essa plataforma vai fazer um leilão no mercado para ver qual o valor mais barato que ela consegue e ficar com a diferença do valor (...). Lembra quando havia o intermediário de hortifrutigranjeiros? Nós temos hoje infelizmente um intermediário no setor funerário, alguém que está sentado em algum lugar que só para fazer um telefonema e ficar com mais de 50% do valor do funeral quando for contratado via um seguro funeral (E85).

Então quando eu menciono *plano funeral* eu não estou referindo a um *plano pré-pago* (individual), onde se quitam os custos da cerimônia antes dela ocorrer, e nem do auxílio funeral do seguro de vida. Antes, eu estou no domínio de um *programa de fidelidade* (familiar), um clube assistencial formado por diferentes prestadoras de serviço. Essa distinção está clara para os vendedores: “[o pré-pago] não é um plano funerário. É um valor maior, para uma pessoa só. Você já paga ele todo, em seis vezes... o plano funerário você paga o resto da vida, como se fosse um plano médico” (E73). Afinal, “valorize a vida” é o que sugere a

publicidade de uma grande funerária que oferece desde descontos em serviços de saúde até descontos em estabelecimentos comerciais; sorteios de eletrodomésticos a “clientes premiados”; confraternizações, cafés, bailes para a terceira idade; bingos; empréstimos de equipamentos (cadeira de rodas, muletas, etc.); indicações de advogados para o inventário de bens, etc. A ideia seria oferecer produtos que tenham valor para os clientes e por eles possam ser usados. Inclusive, em algumas empresas, a intenção é a de que o plano seja usufruído o quanto antes, logo após assinar o contrato:

Quando o cliente faz o plano, a gente dá alguns benefícios gratuitos no primeiro momento para forçar o cliente a utilizar o nosso produto e ver que funciona... Isso é determinante para a fidelidade.... Por exemplo, quando o cliente faz o plano, a gente dá para ele uma limpeza bucal gratuita... Nosso interesse é que o cliente use o produto, fique satisfeito e prolifere isso para os amigos vizinhos e parentes (M).

Assim, a lógica do desconto é a de fidelizar o cliente e seus dependentes. É necessário promover um conjunto de ações para reter os consumidores diante ofertas da concorrência. O objetivo é fazer com que o cliente acredite ser desvantajoso ir atrás de outras opções, sob o risco de perder tempo e dinheiro e não encontrar um serviço igualmente satisfatório. Por isso é necessário descobrir quem é o cliente, os seus valores, as suas vontades, enfim, os motivos que o torna fiel à empresa. E como há uma grande quantidade de clientes idosos, eu notei que as estratégias de marketing implicitamente se apoiam na crença de que velhice e *doença* (seja ela doença crônica, deficiência ou degeneração) são a mesma coisa e de que esse período da vida é altamente medicalizado (cf. ARMSTRONG, 1981; HALLAM, HOCKEY e HOWARTH, 1999). Vejamos o que um entrevistado me disse:

Não, nós não chamamos de “clube de desconto” não, cada um põe o seu nome: “programa de qualidade de vida”, “programa de inclusão social”. Eu vi empresa dando aulas para pessoas da terceira idade de “inclusão digital”. Cada empresa faz o seu movimento... Porque uma pessoa antiga na funerária geralmente passa por um processo que antecede o óbito. Ela fica doente, ela precisa de uma cadeira de rodas, uma cama hospitalar, uma ambulância, então, quando você disponibiliza esses serviços, esses equipamentos, numa condição especial para o associado, obviamente você fideliza ele... Você não está interessado no óbito dele, você está interessado que ele tenha uma qualidade de vida legal para ele ficar seu associado (E85).

Tendo como exemplo Belo Horizonte, a ideia de “clube de vantagens” surgiu originalmente numa empresa que comercializava planos funerários, nos inícios da década de oitenta do século passado. Inicialmente, eles não tinham serviços adicionais. Mas após algum tempo, eles foram pensados como “planos de saúde em nível de ambulatório com auxílio funeral”,

que mesclavam pronto-atendimento e consultas com especialistas. De fato, o plano “não tinha hospitais ou nada conveniado, só consulta de nível ambulatorial” (FM)<sup>194</sup>. Na clínica também havia pronto atendimento para chamadas de urgência de baixo risco, quando não há necessidade de internação: “é uma verruga? Vem aqui no nosso ambulatório para fazer a extração...” (FM). Esse modelo de atendimento teve sucesso e acabou se expandindo na cidade, segundo o gestor de uma clínica popular:

E tenho notícia o seguinte: o primeiro plano funerário que eu ouvi falar foi a [nome omitido]... Ela começou com assistência funerária... e depois adotou consultas médicas.... E aí foi uma ideia que deu certo e as outras saíram com esse mesmo foco, aonde foi criando um mercado de funerária e chegou ao ponto que está hoje... Eu creio que Belo Horizonte deve ter hoje muito mais que cinquenta planos funerários... (DS).

Mas, se originalmente havia uma clínica que dava descontos maiores para quem fosse do plano funerário em relação aos demais clientes, hoje já “não tem nenhuma clínica específica. São várias clínicas do mercado atendendo esse pessoal” (DS). Tudo indica haver em lugares como Belo Horizonte um mercado consolidado cujos produtos incorporaram algo tipo de componente de saúde que, neste caso, são os descontos nos serviços das clínicas (BESTER et al, 2011). Assim a análise dos descontos está incompleta se desconsideramos a expansão do (lucrativo) *modelo das clínicas populares*. Ele faz parte de uma grande rede privada de saúde que funciona através de serviços particulares (leitos, exames e procedimentos), localizados em áreas de grande concentração de pessoas e que não tem como foco pacientes que demandem atenção contínua (idosos, crônicos graves, portadores de transtornos mentais, entre outros) (SCHEFFER, 2015). É para este modelo que eu irei avançar agora.

## 6.7 – Aquém dos planos de saúde, os benefícios de vida

Um elemento importante para a consolidação do “clube de vantagens” é o aparecimento e propagação das clínicas médicas populares em Belo Horizonte nas regiões do hipercentro e dos hospitais. Os valores dos serviços (atendimento médico e exames), por serem teoricamente baratos, em torno de 10% do salário mínimo, enquanto uma consulta médica particular custa 1/3 do salário mínimo em média, passaram a ser chamados a “preços

---

<sup>194</sup> Esta funerária tinha uma clínica própria sob o nome de uma empresa associada, mas, devido à sonegação de impostos para a Prefeitura, foi fechada, e o plano de atendimento médico (que possuía mais de 27 mil usuários) foi vendido. Disponível em: < <http://www.otempo.com.br/capa/economia/dono-de-funeraria-presos-sonegar-1.1293229> >. Acesso em: 5 dez. 2017.

populares” (GODOY, 2015). Conforme escreve a autora (Ibid., 2015, p. 20): “essas novas formas de prestação de serviços do segmento da saúde com características modestas estão associadas à forte demanda de uma população desassistida, que busca serviços de saúde em hospitais públicos e não é atendida, formando uma demanda reprimida”. Uma demanda, diga-se de passagem, sobre a qual os diferentes governos têm sua contrapartida na produção e manutenção, considerando que no nosso modelo de saúde se observa uma supervalorização do hospital como espaço de ações em saúde (RAMIREZ, 2007). Assim, esses atendimentos a preço “popular” surgem para preencher um vácuo entre serviços privados e serviços públicos<sup>195</sup>, ou seja, “entre serviços de saúde comprados em uma negociação privada entre médico e paciente, e serviços de saúde fornecidos como um direito, gratuito no momento de uso” (ARMSTRONG, 2015, p. 85). E, como sabemos, essa população desassistida seria majoritariamente os idosos pobres:

[Os planos e as seguradoras] querem pegar os mais novos... Eles podem até negociar com os mais velhos, mas o valor não dá para pagar, não sobra nem para pagar aluguel... Se você comparar os velhos com os novos, a diferença é muito grande... Para você, um plano de saúde custa hoje uns duzentos e poucos reais, para mim, ia custar setecentos... Eles usam cálculo atuarial de risco e quanto maior o risco, mais alto é o valor... Eles entendem que o risco é muito maior para um velho, por causa de internação (E89).

Segundo Victalino (2004), a clínica popular seria um estabelecimento em que se efetuam pequenos procedimentos de diversas especialidades médicas. Como os cuidados clínicos não precisam de camas ou equipamentos caros, eles não são sediados em hospitais (ARMSTRONG, 2015). De fato, a *rentabilidade* do sistema privado de saúde está em utilizar de equipamentos e procedimentos menos complexos e custosos (FOUCAULT, 1976c). Geralmente, esses ambientes contam com uma sala de espera, com recepção; salas de atendimento e de administração; banheiros; salas de exames (em alguns casos) e um pequeno depósito. A estrutura física é simples, com custos operacionais baixos e nível hierárquico enxuto. O tamanho delas varia de acordo com as especialidades disponibilizadas. Nas

---

<sup>195</sup> É o que também comenta Bester et al (2011) sobre a inexistência de microsseguro de saúde para as classes de baixa renda. Para os autores, mesmo que gasto com saúde seria o principal risco com que essas famílias deparam, esse tipo de microsseguro ficará fora de alcance delas devido à regulação estrita sobre serviços de saúde, que privilegia o Estado no provimento destes e que torna caro o microsseguro. Por causa dessa situação, segundo os autores, algumas seguradoras que não atuavam no ramo passaram a oferecer “benefícios limitados” na área ao mercado de baixa renda (descontos em farmácias e clínicas, etc.). Essas seriam inovações para atender “uma demanda bastante significativa por esses benefícios” (p. 8). É importante lembrar que, ainda que tímidas, as “políticas de microcrédito e de facilidades ao crédito de modo geral (...) fortaleceram a base da pirâmide social brasileira” e, em conjunto com outras políticas redistributivas, “operaram importantes mudanças morfológicas na estrutura de classes” (SOUZA, 2015, p. 160).



empresas mais agressivas deste mercado, segue-se o modelo de redução de custos toyotista e do atendimento rápido das cadeias de *fast-food*<sup>196</sup>.

Uma das características da clínica popular é de estar próxima dos consumidores que requerem (pronto) atendimento médico de alguma qualidade a um custo acessível. Trata-se de faturar em quantidade de atendimentos. Daí a preferência pelos centros urbanos, que são as áreas mais rentáveis no circuito comercial da medicina. Em Belo Horizonte, a maioria desses estabelecimentos está localizada nas salas comerciais dos arredores da Praça Sete, região do hipercentro, próxima da rodoviária e da área hospitalar, onde há grande movimentação de pessoas. Outro ponto da cidade é o bairro de Venda Nova. Já na região metropolitana, as clínicas se espalharam pelas cidades mais populosas como Santa Luzia, Contagem, Betim e Ribeirão das Neves. A centralidade das parcerias entre funerárias e clínicas na capital reflete a já mencionada distribuição desigual de serviços de saúde no país:

Igual eu falei, a gente dá desconto nas empresas. A gente oferece dez especialidades nas principais clínicas que oferecem esses descontos para a gente. Então, depende da disponibilidade dessas clínicas. Se você pegar as clínicas nas regiões centrais, tem as principais especialidades que a gente sugere para os nossos associados. Agora, se você pegar uma clínica lá em Caeté, por exemplo, que é uma cidade que tem poucas clínicas, então é mais complicado você ter as dez especialidades (M).

Ainda assim, de acordo com outro entrevistado, nas cidades do interior, a parceira com clínicas é mais consistente porque os médicos são mais caros (E11). Há, portanto, uma disparidade na disposição dos serviços e equipamentos de saúde, no estado de Minas Gerais, que exige um grande esforço de quem reside distante dos centros urbanos, onde se situa a maior parte dos recursos: “vem muita gente do interior que não tem acesso à saúde lá onde eles moram... Por exemplo, a Prefeitura de Mário Campos, e outras por aí, não tem exame específico dentro da cidade, como uma ressonância, uma tomografia...” (DS). O acesso aos serviços de saúde se torna mais difícil principalmente quando se trata dos níveis técnicos mais complexos da medicina, longe dos bairros periféricos e dos municípios interioranos.

Nestes termos, parafraseando Foucault (1983), os benefícios de vida ajudam a mitigar as demandas infinitas sobre o sistema finito de bem-estar social brasileiro. Assim, a expansão

---

<sup>196</sup>

Disponível em: <  
[https://www.em.com.br/app/noticia/economia/2016/09/04/internas\\_economia,800647/pronto-socorro-particular-investe-em-atendimento-rapido-e-preco-baixo.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/economia/2016/09/04/internas_economia,800647/pronto-socorro-particular-investe-em-atendimento-rapido-e-preco-baixo.shtml)>. Acesso em: 13 fev. 2018.

desta rede pode ser vista como reflexo de uma crise permanente no sistema público e privado de saúde nacional<sup>197</sup>, o que para uns abriu possibilidade de negócios: “começamos a vislumbrar os mercados na necessidade de uma família popular brasileira hoje. Na rua, a gente vê que o povo é muito carente de saúde, de profissionais, de odontologia, de laboratório. Eles são essenciais hoje para uma *vida digna*” (E21, grifo meu). A necessidade de melhorias no setor da saúde pública foi uma das principais reivindicações das recentes manifestações de julho de 2013. Todavia, ao invés de melhorias, o que vemos é um fenômeno permanente: o “[...] dinamismo econômico de muitas cidades brasileiras, que junto à precarização dos serviços de saúde públicos têm levado ao crescimento do setor privado, com o surgimento de clínicas particulares e cooperativas médicas” (RAMIRES, 2007, p. 173). Caberia assim ao setor privado fornecer “doses de dignidade” para as “famílias sem muitos recursos”, conforme noticiou um jornal de grande circulação<sup>198</sup>.

O modelo de atendimento dessas clínicas de saúde é por ordem de chegada e se limita ao nível ambulatorial, permitindo que o cliente encontre uma “resposta mais rápida” para um tipo de tratamento. A rede de convênio de atendimento ambulatorial se limita aos serviços exequíveis em consultório ou ambulatório, como é o caso do controle e acompanhamento de doenças, sem que os pacientes precisem de internação e nem serem acamados. Para os procedimentos mais complexos e caros, o paciente é encaminhado ao sistema público: “Era cômodo: era só ligar marcar, vir para uma consulta ou exame e ir embora... se fosse uma coisa mais complicada, o próprio médico já indicava um posto de saúde” (FM). A partir daí, esse cliente de baixa renda estará sob sua própria sorte em achar leitos disponibilizados no “jogo de empurra” de uma instituição para outra (“isto não é comigo, é com ele”), no longo vaivém de informações e desinformações sobre onde ir, que papéis levar, para quem, quanto tempo de espera, entre outros (BACKES et al, 2009). Outro entrevistado também tratou da rapidez de marcação e de atendimento dessas clínicas, mas em comparação aos planos de saúde privados, que alguns de seus clientes abandonaram por não ter condições de pagar.

---

<sup>197</sup> Trata-se de um sistema que em tese deveria atender as 108 milhões de pessoas. No setor privado, há o mau atendimento dos planos de saúde. Em 2014, as operadoras foram alvo de mais de 100 mil queixas de consumidores. Na rede pública, por sua vez, sete em cada 10 pessoas só conseguem agendar consulta para mais de 45 dias. Além disso, em média, 63% dos usuários não conseguem atendimento no SUS. Disponível em: < <http://odia.ig.com.br/noticia/rio-de-janeiro/2015-09-19/clinicas-com-precos-populares-se-multiplicam-no-rio.html> >. Acesso em: 16 fev. 2018.

<sup>198</sup> Disponível em: < <https://odia.ig.com.br/noticia/rio-de-janeiro/2015-09-19/clinicas-com-precos-populares-se-multiplicam-no-rio.html> >. Acesso em: 23 jan. 2018.

Implicitamente, ter um tratamento do nível de “plano de saúde” a um preço “popular” seria mais um *benefício de vida* que seu negócio oferece:

Não é só a questão do SUS não dar conta. Porque tem certos bairros aí que o SUS funciona muito bem e eu escuto esses elogios aqui... O povo procura muito é praticidade e bom atendimento... Por exemplo, algumas clínicas têm clientes que pagam trezentos reais por mês para o plano de saúde... Esses clientes têm a mesma de qualidade de atendimento dos clientes que pagam setenta reais por mês... A diferença que o nosso [plano] dá desconto e o deles dá a consulta inteira, o nosso não dá internação [em hospitais] e o deles dá (...). A gente consegue atender essa demanda na primeira semana, coisa que tem muito plano de saúde, ou até mesmo consulta clínica particular, que demora vinte, trinta, quarenta dias para marcar uma consulta (M).

Mas ouvi ressalvas de que essa “rede de convênios” não deve ser confundida com os planos de saúde. Em primeiro lugar, esses convênios não são regulados pela lei nº 9.656/98. Conforme um entrevistado, se “o plano de saúde é regulamentado pela Agência Nacional de Saúde; tem um número identificado pelo ministério da saúde, Anvisa, tudo...” a funerária, em contrapartida, “não tem esse registro...” (DS). Diferentes dos planos de saúde, as funerárias não comercializam nenhum produto, serviço ou contrato relativo à assistência de saúde, de modo que elas não estão subordinadas às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. O que elas oferecem “é apenas um *benefício*, como se fosse um ‘cartão de desconto’...” (E12, grifo meu), uma situação que deixou este serviço sem regulamentação. Aliás, essa omissão se explica: em situações em que os custos da aplicação de sanções legais superam seus benefícios esperados, uma resposta puramente neoliberal seria de tolerância (MUNRO, 2011).

Outra diferença em relação aos planos de saúde é que as funerárias não fazem transferência bancária ou depósito de valores às empresas conveniadas. A funerária e a clínica são negócios independentes, mas que se beneficiam de um público fiel. Do lado das funerárias, o critério pareceu ser a qualidade do atendimento: “interesse do convênio é muito mais das clínicas do que nosso hoje. A gente que escolhe elas, as que prestam o melhor serviço” (E89). Do lado da clínica, o critério pareceu ser a diversidade de parceiros: “nós trabalhamos com várias empresas, vários segmentos e o ramo funerário é um deles” (DS). Em ambos os lados, se percebe a necessidade de uma longa e sistemática exploração das potenciais redes de ligação ao mundo do comprador para estar neste campo de competição (cf. CALLON e MUNIESA, 2005). A vantagem para a clínica é que o médico recebe no ato da consulta, porque o cliente popular paga a consulta em dinheiro vivo e no cartão de débito, sem os prazos de carência do

plano de saúde, que funciona através do sistema de pré-pagamento. Por isso, nas clínicas, os pagamentos costumam ser pontuais.

A parceria acontece da seguinte maneira: a funerária divulga uma clínica popular na sua Guia do clube de vantagens; em troca, a clínica garante descontos bem maiores nos atendimentos ambulatoriais aos associados do plano funerário que aos demais clientes. O anúncio serve para qualificar algumas das clínicas num mercado de mais de cem empresas. Ele ajuda o encontro com um consumidor em potencial considerando que, do ponto de vista dos donos das clínicas, “o atendimento desse pessoal das funerárias é bem pulverizado. Não tem nenhuma clínica específica, mas várias” (DS). O desconto de uma consulta ao cliente da funerária pode chegar a mais da metade do preço cobrado normalmente. Essas características tornam as “revistas do associado” em um “mecanismo de encontro” entre (e de agregação de) ofertas e demandas individuais (CALLON e MUNIESA, 2005). Isso porque a lista de números e endereços que ela fornece possibilita os associados a descobrir e a contatar empresas. Esse tipo de “mecanismo de encontro” que participa das ações dos sujeitos também pode ser chamado na sociologia de mercado de “configuração algorítmica”, um conceito que é explicado a seguir:

As configurações algorítmicas são dispositivos calculativos no sentido dado a este termo. Elas: a) circunscrevem o grupo de agências calculadoras que devem ser encontradas, tornando-as identificáveis e enumeráveis; b) organizam o seu encontro, isto é, a sua conexão; e c) estabelecem as regras ou convenções que preparam a ordem em que essas conexões devem ser tratadas e tomadas em consideração (formatos, filas, etc.). As configurações algorítmicas calculam os encontros diferentemente, dependendo da maneira como elas efetuam essas operações; cada mercado concreto corresponde a um modo particular de organização (e cálculo) da conexão entre ofertas e demandas singulares (Ibid., p. 1242).

Nenhum atendimento das empresas-parceiras é responsabilidade da funerária, pois ela faz o papel de anunciante e certifica se o acordo está sendo cumprido<sup>199</sup>. Quem vai à clínica e verifica se houve ou não o desconto prometido é o próprio cliente. Se ele achar o desconto pequeno ou que não há o desconto prometido, ele reclama com a funerária que, no papel de gestora do acordo, informará à empresa-parceira. Se o desconto não aumentar ou continuar a

---

<sup>199</sup> Conforme nos contou uma entrevistada: “eu não consigo mensurar o que é o utilizado pela ‘guia de vantagens’ porque não é vinculado a nossa empresa... Então, a gente trabalha só para intermediar a parceria da gente em troca do desconto, a gente não intermedia a marcação da consulta... Eu não consigo saber quantas pessoas estão sendo atendidas, porque ele apresenta a carteirinha, vê que tem um convênio e faz o atendimento.” (NB).

ser desrespeitado e se surgirem novas reclamações (um canal ou uma prótese dentária mal feitos, um atendimento pouco atencioso, um advogado ruim, etc.), a parceria é desfeita. Isso quer dizer que o controle da funerária sobre as empresas parceiras se refere somente ao renome delas entre os associados. O ativismo dos consumidores é esperado, porque as “configurações algorítmicas de encontros”, grupo em que podemos incluir as Guias de Vantagem, “não são estruturas que já existem nas quais as agências calculadoras simplesmente circulam”. Nas Guias, esses consumidores podem se envolver (e geralmente se envolvem) “em graus diferentes no *design* e na negociação de arquiteturas que organizam encontros de mercado” (Ibid., p. 1243). Assim, as queixas e elogios dos clientes à funerária tornam-se parâmetros para estabilizar as redes de empresas-parceiras:

A questão do atendimento com eles... Tanto é que no próprio contrato nem fala que nós damos o benefício, porque a prestação de serviço é da clínica... Então como são eles que vão atender, é tudo com eles...a [omitido] só tem a parceria... A gente é uma facilitadora de dar um desconto por ser parceira e conseguir esse desconto para os clientes... Vamos supor que alguma empresa esteja tendo um retorno negativo ... O próprio associado recomenda.... Aí a gente já entra em contato para fazer uma notificação, e se continuar a gente nem coloca ele na próxima guia, a gente mesmo descredencia (NB).

Sobre o atendimento das clínicas, o cliente espera uma espécie de “médico de família” que faz um “trabalho rotineiro preventivo” (E75). O elemento familiar no atendimento sugere uma expectativa destes clientes em extrapolar uma mera relação de consumo, pois no cotidiano “as pessoas investem esforço intenso e preocupação constante para encontrar a combinação correta entre as relações econômicas e os laços íntimos” (ZELIZER, 2005, p. 3). “Consultas rotineiras mesmo”, nos disse outro entrevistado que em seguida imitou um cliente, ““Eu quero o médico tal para ser meu cardiologista e fazer o meu controle com ele (...). Eu estou sentido uma coisa estranha. Eu quero ir lá no meu cardiologista’... E o médico já tinha todo o histórico do paciente”” (FM). Além de um acompanhamento personalizado que extrapola as relações de consumo, algo recorrente na relação médico-paciente (cf. MACHADO, 1995), para alguns entrevistados, a parceria das funerárias com as clínicas populares tem uma função social de aliviar a grande pressão sobre os postos de atendimento do SUS – ainda que ele silencie o fato de ele ser mais um que possa estar lucrando com a exposição negativa do nosso sistema de saúde. Para ele, os seus clientes buscaram encurtar o caminho até o médico que eles esperam que lhe acolha bem, pagando em dinheiro ou no cartão por este atendimento individualizado. Vejamos o que ele nos disse:

Eu realmente acho que é um benefício, porque desafoga a fila do SUS... Muitas pessoas já têm experiência de não estar tendo a especialidade médica ou exame específico como ultrassonografia no posto do bairro... Às vezes, leva seis meses ou um ano para fazer o agendamento... O próprio cliente da funerária às vezes nem recorre mais ao posto de saúde... Ele recorre à rede privada, já com benefício de usar os procedimentos ao preço bem mais acessível... Eu tenho muitos clientes aqui que me falam: “ô fulano, eu venho aqui porque eu sei que meu posto vai demorar demais... Especialidade é sessenta dias, quatro meses e às vezes alguns exames demoram até mais de um ano” ... O agendamento de especialidades médicas, a média é de uns três dias (DS).

No que pesa ao grau de procura, em *primeiro lugar* estão as clínicas médicas populares, sobretudo as especialidades médicas como clínica geral, cardiologia, ginecologia e pediatria. Lembrou-nos um entrevistado de que “essas quatro têm maior procura, não só pela funerária, mas como para o público em geral, o particular e o de outros convênios” (DS). Novamente, a mudança no perfil da doença (como é o caso das doenças cardiovasculares, hoje a principal causa de morte no Brasil<sup>200</sup>) tem efeitos no mercado consumidor desses negócios. *Em seguida*, estão exames laboratoriais de rotina e de prevenção. Em *terceiro lugar*, estão as clínicas de atendimento odontológico, sobretudo os serviços de aplicações de flúor, restaurações, limpezas e extrações. De todo o ramo da saúde, as farmácias foram as únicas que não se adequaram ao sistema de parcerias, porque descumpriam reiteradamente os acordos de descontos: “nós tínhamos parcerias com farmácias, mas cortamos porque você ia lá para comprar o remédio e eles diziam que ele estava na promoção e não podia dar mais o desconto...” (E89). Além de conferir se os benefícios estão sendo cumpridos, as funerárias também avisam as clínicas qual profissional contratar, com base nas sugestões de seus associados (durante a pesquisa de campo, uma clínica estava admitindo reumatologista e pediatra a pedidos das funerárias). Haveria, portanto, uma “ordem” de demanda para os serviços de saúde:

Tradicionalmente é o clínico, o cardiologista, o pediatra e o ginecologista são as especialidades médicas mais utilizadas... As outras especialidades são utilizadas, mas não tão como essas quatro que eu citei agora... E não só pela funerária, mas como para o público em geral particular, o público de outros convênios (...) noventa e cinco por cento dos exames é ambulatorial... Esses exames são muito procurados pelos associados da funerária, principalmente laboratório..., que é exame de sangue, coleta de urina e fezes... E tem a parte também anatomopatológica... Aí, em seguida, vem outros exames que eles utilizam... A escala é de laboratório até ressonância magnética, que é um

---

<sup>200</sup> Disponível em: < <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-09/doencas-cardiovasculares-sao-principal-cao-de-morte-no-brasil-diz-inc> >. Acesso em: 8 jan. 2018.

exame menos comum de ser pedido (...). O procedimento odontológico que mais utiliza é o atendimento clínico, que seria restauração, troca de resina, prótese, dentadura... Depois, vem tratamento de canal e depois o aparelho ortodôntico..., e vai seguindo até chegar ao implante, cirurgia (DS).

Cabe analisar brevemente a figura principal deste sistema, que é o médico, cuja área de atuação, a medicina, tem grande prestígio em nossa sociedade. Importante ressaltar que o exercício privado da profissão do médico é uma *prática social* fruto do (complicado) desbloqueio epistemológico que inicia no século XVIII, em decorrência dos problemas econômicos da época (FOUCAULT, 1976c). Ao que parece, o exercício da medicina – ao mesmo tempo construção de saber e exercício de poder – não se descola de seu viés econômico e, ao produzir a *saúde* como um objeto de desejo e lucro, contribui atualmente para integrar o corpo humano no mercado econômico. Trata-se de um modelo de medicação pautado na responsabilidade individual pela saúde, e não mais no isolamento e na erradicação da doença, o que segue a lógica neoliberal de privatização do risco ao longo do corpo social (MUNRO, 2011). Assim, o fato de o corpo ser “susceptível de saúde ou doença, de bem-estar ou de mal-estar, de alegria ou de dor, além de objeto de sensação, de desejo, etc.” (FOUCAULT, 1976c, p. 389), torna ele uma fonte de lucro para aqueles empreendimentos que souberem aproveitar as limitações do sistema de saúde.

No que diz respeito ao cotidiano de trabalho, os médicos que atendem os clientes da clínica (associados de planos de saúde, funerárias, sindicatos, etc.) alternam plantões com outros estabelecimentos de saúde (clínicas, hospitais, consultórios particulares), o que, implicitamente, significa não haver diferença de tratamento na clínica popular. Assim, ouvi que: “os médicos não eram exclusivos daqui. Eles trabalhavam em hospital, essas coisas, mas tinham os horários a cumprir aqui como é em todos os hospitais. Alguns tinham consultório particular. Aqui era mais um. Médico não tem lugar fixo” (FM). A fala do entrevistado, um *médico-empresário*, que condensa em si as funções de trabalhador e de gestor<sup>201</sup>, me chamou a atenção para o cotidiano do trabalho desta categoria. Machado (1997) indica que a vida profissional do médico é constituída de inúmeras passagens em instituições de saúde, hospitais, mudanças de área de atuação, etc. Para ela, a medicina permite que a atividade e o processo de trabalho médicos sejam, por natureza, múltiplos. Ao contrário do que pode

---

<sup>201</sup> Para Nogueira (1991, p.119), o médico-empresário é “aquele que gerencia seu próprio negócio, mas também é detentor principal dos conhecimentos e das habilidades requeridas por seu produto”.

parecer, esta múltipla inserção do médico no mundo do trabalho não seria resultado de uma crise econômica, pelos menos quando ela escreveu o seu texto, mas antes, uma consequência da *mentalidade médica típica*, que não tem como premissa a ideia de atividade ou emprego único (cf. *Ibid.*, p. 100).

Nesse cenário proposto pela autora, estaríamos tratando de um contingente que “teve a mentalidade forjada no pressuposto da liberdade de ir e vir, liberdade de escolha institucional para exercer seu ofício e, especialmente, no da autonomia de decisão no pensar e fazer seu cotidiano profissional” (MACHADO, 1997, p. 100). Assim sendo, os médicos têm uma forma singular de estar no mundo de trabalho, ainda que eles fazem medicina dentro dos circuitos comerciais dos grandes centros urbanos (*Ibid.*). Em campo, vi que essa situação é a mesma para os médicos-legistas do IML e para os médicos que respondem pelos laboratórios de tanatopraxia. Vejamos como é a relação trabalhista deles com as clínicas-parceiras das funerárias:

No setor funerário, o médico, ele tem o poder, a capacidade, o dever de ter um valor de serviço conforme a capacidade econômica de cada consumidor... Quando alguns médicos oferecem o serviço para os nossos associados sabendo que *há um volume então ele estabelece um valor* “olha, para os associados o valor da consulta vai ser 50 reais, e eu vou atender nesse período de horário” assim como ele faz quando ele vai atender lá no INPS e na UNIMED. Ele define uma carga horária dele, ele atende numa condição diferenciada de local, de espaço, de tempo e tem um valor diferenciado para aquele público alvo (E85, grifo meu).

Antes de tudo, esse entrevistado silencia que muitos desses médicos estão numa jornada de trabalho extensiva e intensa, talvez por estarem em processo de afirmação no mercado de trabalho. Como aponta Machado (1997), frequentemente, esses profissionais associam atividades em locais diferentes – que exigem cumprimento de horário e produtividade de acordo com a política organizacional da instituição – com o consultório de clientela ainda pequena, num contexto de salários baixos em cada uma das atividades. Sobre os horários, ouvimos que “os médicos trabalham em várias clínicas. Eu tenho médico aqui que atende quatro dias. Ele trabalha quatro horas num dia e três no outro dia da semana... tem outro que atende aqui de manhã até meio dia e depois de meio dia até três horas e depois de três horas até às seis... são horários alternados” (JS). Desse modo, é possível que o atendimento às funerárias seria mais um meio destes profissionais defenderem seus níveis de renda e ampliar as oportunidades de emprego. Segundo o entrevistado citado acima, o médico seria autônomo para:



Identificar o mercado, o grupo atendido, a capacidade econômica de quanto aquela pessoa pode pagar por uma consulta para que ela tenha acesso à saúde, e o médico tenha também condições de ser remunerado... Tudo isso acaba fazendo parte de uma cesta de receita do médico para compor o seu salário (E85).

Todavia, o referido entrevistado silencia um fato basilar de que esse modelo de negócio só se tornou possível por causa da precarização da saúde. O que estaríamos vivendo hoje seria a passagem de um padrão artesanal (medicina liberal) para um padrão taylorista/fordista, uma passagem que vem conduzindo o médico a uma direção oposta a “definir os próprios ritmos e formas de executar as tarefas, personalizando o processo de trabalho” (NASCIMENTO SOBRINHO et al, 2006, p. 101). Essa mudança traz algumas características para o cotidiano deste profissional: a remuneração baixa e variável, porque passa a ser feita por procedimento; a sobrecarga de trabalho (excesso de inserções) que diminui o tempo para o paciente; e o crescimento do trabalho informal, em decorrência da terceirização. Essas são dimensões que passam ao largo de toda a fala deste entrevistado:

Todo médico hoje ele tem segmentos que ele atende, um atende uma indústria e tem um valor que ele cobra daquela indústria e lá ele atende “x” consultas, o outro atende uma entidade, o outro atende o INPS, atende um plano de saúde, os próprios médicos atendem às vezes mais de um plano de saúde e cada plano de saúde tem um valor específico que paga para aquele médico. Por que paga um valor específico? Porque aquele plano de saúde vendeu um plano de saúde para atingir um nicho do mercado que paga um plano de saúde no valor tal, aquele lá é possível pagar uma consulta no valor “y”. Regra de mercado totalmente à luz do direito, nada de irregular nisso nem do ponto de vista ético e nem do ponto de vista legal (E85).

A fala faz referência ao argumento liberal de deixar o mercado atuar livremente segundo a sua “verdade”, isto é, segundo uma naturalidade econômica em que os indivíduos estão ligados em “sua quantidade, sua longevidade, sua saúde, sua maneira de se comportar” (cf. FOUCAULT, 1978a, p. 30). E no Brasil, infelizmente, essa verdade opera em “uma desarticulação entre saúde como bem público e aqueles que produzem este bem” (MACHADO, 2000, p. 134). A doença seria um risco que recai sobretudo ao indivíduo. Essa seria a lógica que impulsiona a expansão da rede privada de saúde, aumentando “a individualização das demandas, os pagamentos diretos em clínicas populares e o consumo de planos de saúde baratos no preço, mas com armadilhas contratuais e sérias restrições de coberturas” (SCHEFFER, 2015, p. 2). Para os críticos dessa desarticulação, as consequências de não atuar sobre os determinantes da saúde seriam “cidadãos detentores de direitos

transformam-se em clientes; serviços de saúde que poderiam comprometer-se com o sistema universal transformam-se em empresas concorrentes” (Ibid., p. 3).

Tal sistema impede a materialização dos princípios que promoveriam a igualdade das pessoas diante da doença e da morte, independentemente das condições sociais e origens (cf. BEVERIDGE, 1942). E mais uma vez, como vimos, iniquidades geradas pela comoditização da saúde e pela sua conversão em mercadoria têm efeitos nos processos de comoditização com a morte. Nesses termos, os anseios das famílias em ter um atendimento digno, rápido e de qualidade tornou-se um negócio lucrativo de um número seletivo de funerárias, clínicas e/ou laboratórios que melhor conseguem regular a circulação de mercadorias, consumidores e produtos. Ao invés de um acesso universal, cria-se um roteiro de empresas dispostas a dar descontos em seus bens e serviços que, como em outras experiências de mercado, marca “o lugar significativo dos circuitos interpessoais na organização da vida econômica ostensivamente impessoal” (ZELIZER, 2010, p. 319).

De fato, a ideia de “não ser um fardo” estaria por detrás de *qualquer* dispositivo de mercado (seguro, plano funeral, etc.) que transfira das instituições políticas para o setor privado a responsabilidade pelas famílias (UGARTE, 2015). O resultado final é a criação de um novo nicho de mercado funerário a partir do rearranjo de responsabilidades entre público e privado e uma distribuição de lucros e benefícios entre os protagonistas que agora fazem parte também da economia funerária (clínicas, laboratórios, etc.). Esse rearranjo explicita um novo modelo (bio)político de solidariedade, um modelo em que os indivíduos têm o suporte das famílias (afinal, os planos são familiares) e que têm as empresas intervindo como auxiliares das dinâmicas de mercado (cf. TROMPETTE, 2013). Assim, num momento de crescente privatização do risco, o indivíduo cuida de si e da sua família enquanto um dever moral, numa relação ingerida pelas empresas e pelas leis de mercado que elas participam.

## 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas considerações precisam ser feitas para o término desta tese. Esta pesquisa é fruto de um extenso trabalho empírico no mercado funerário, combinando um estudo de documentos técnicos acerca do mercado funerário. O material empírico é baseado em entrevistas qualitativas (nº 101) com diretores de funerárias, gerentes de empresas, funcionários, sepultadores, preparadores, sindicalistas e funcionários públicos. Também me baseei em observações diretas da atividade de serviço funerário em várias estruturas, incluindo funerárias, cemitérios, crematórios e necrotérios de hospitais. As visitas me trouxeram a necessidade de consultar um material técnico/jurídico, que posteriormente foi extraído de fontes de várias origens: textos legais (leis, normas técnicas e regulamentos), documentos oficiais do município, pareceres do Conselho Federal de Medicina, manuais do ministério da saúde, dados estatísticos e literatura jurídica (MEIRELLES, 1996; SILVA, 2000; BRASIL, 1974, 1988, 2007; OMS, 1996; IBGE; 2010, 2015). Em resumo, fui buscar entender uma *episteme* específica que perpassa os negócios funerários, se entendido *episteme* como um código subjacente de uma época que governa sua linguagem, sua lógica, seus esquemas de percepção, seus valores e suas técnicas, etc. (cf. FOUCAULT, 1966; 1986).

Na primeira parte da minha tese, eu quis explicar como as sociedades modernas lidam com o evento da morte, com o objetivo de entender a “gramática” que possibilitou estabilizar uma ligação específica entre *morte* e *negócio*. Trata-se de uma relação diferente, por exemplo, da que havia quando a Igreja predominava sobre esses assuntos (cf. REIS, 1991; RODRIGUES, 2005; CAMARGO, 2007). Com a laicização dos estados surgem sistemas de registro muito mais sofisticados dos que havia até então. Me chamou a atenção como essas mudanças se aproximam dos cursos e publicações de Foucault (1976a, 1977, 1978a) acerca de biopolítica, governamentalidade, população e segurança. A aproximação dessas noções me ajudou a analisar os dois principais mecanismos de controle de mortalidade no Brasil, o sistema do IBGE e do SIM. No processo de consolidação destes mecanismos, destaca-se o ativismo dos profissionais médicos em modernizar o país, uma modernização que passava pelo controle das sucessivas crises sanitárias que acometiam a população. Duas grandes consequências dessas mudanças foram um refinamento dos controles da mortalidade e uma propagação das referências médicas para lidar com os óbitos. Então vi a partir daí o jogo de inclusão-exclusão de agentes e cenários específicos, em meio a mudanças que acompanham a construção de uma sociedade desvinculada de valores religiosos.

Logo a seguir, para melhor entendimento de uma nova mentalidade, analisei as categorias que existem na Declaração de Óbito (DO). Para este exame, assumi três pressupostos: a localização da causa subjacente da morte exclusivamente dentro do quadro humano (práticas, teorias e interesses sociais medicina científica), a ênfase nas lesões anatômicas e a seleção de apenas uma causa de morte. Estas seriam as características centrais dos discursos (essencialmente) médicos que analisam, compreendem e relatam as mortes (PRIOR, 1989). Para Bauman (1992), esta desconstrução da morte em doenças discretas e identificáveis seria a marca da morte na era moderna. Então achei que o melhor modo de compreender as referências teóricas e conceituais das atividades que existem em torno da morte seria o exame de quatro categorias da Declaração de óbito: o óbito, o lugar do óbito, a morte não natural e a cadeia causal.

O primeiro conceito que analisei foi o de óbito. Se durante muito tempo vigorou uma compreensão de morte como um *evento* do final da vida (fácies hipocrática), o desejo na era moderna de determinar os sinais físicos da morte e afastar o risco de ser enterrado vivo fazem ascender a medicina e sua concepção de óbito (ARIÈS, 1977). A morte passa a ser vista com um *processo*, e o clínico precisa descobrir qual ruptura das funções básica do corpo levou ao seu colapso total (ZIEGLER, 1977). Assim, nesta seção, quis mostrar a mudança na concepção de óbito pelo crescente o interesse no “excesso dos sinais de vida” que toma o lugar de uma preocupação com as “deficiências dos sinais de morte” (PRIOR, 1989). Mentalidade semelhante perpassa o trabalho do embalsamador, que deve conter os sinais de decomposição do cadáver para criar uma aparência de sono nele e possibilitar uma “vida póstuma” imaginada (CANN, 2017).

A seguir analisei o local de óbito, lugar cuja centralidade é o hospital. Hoje a maioria das pessoas morre em instituições e cabe às suas famílias lidar com um sofrimento sem a solidariedade dos laços comunitários. Historicamente, no Brasil, houve grande participação das Santas Casas de Misericórdia após o advento da República, momento em que as municipalidades assumem a gestão dos cemitérios (DOWD, 1921; RODRIGUES, 2014). Nessa seção também aludi à distribuição desigual dos serviços e equipamentos do setor da saúde no país, para entender na segunda parte o *meio sóciotécnico* que circulam corpos, serviços, mercadorias, pessoas, e tudo aquilo que for gerido pelos negócios funerários.

Na secção acerca da morte não natural, vimos como as práticas médicas retiram o fundo social e restringem a influência da agência humana nas explicações das causas de óbito. O cientificismo médico consegue interferir na divisão entre *causa 'natural'* e *causa 'social'* da morte através do uso de uma linguagem neutra e objetiva. Para completar, na última secção da primeira parte, fiz a análise da linguagem da causação na DO para mostrar como o espaço anatómico do corpo se transforma num espaço causal, onde a doença se origina e se manifesta. Ou conforme observou Foucault (1963, p. 169): “Vista da morte, a doença tem uma terra, uma pátria demarcável, um lugar subterrâneo mas sólido, em que se formam seus parentescos e suas conseqüências”. A abordagem das duas secções não foge dos cânones da ciência positiva, cujo interesse está nas causalidades e nas regularidades objetivas. Esses cânones permitiram a dessacralização da morte e a conseqüente transferência de responsabilidade dela para um corpo de profissionais especializados.

A segunda parte desta tese teve como objetivo estudar o papel dessa racionalidade em estabilizar o significado da *morte* como *negócio*. Para tanto, fui analisar os laboratórios de tanatopraxia, as funerárias e os planos funerários. No capítulo 4, vimos como as empresas e os profissionais agem na fabricação física e simbólica da pessoa morta. No capítulo 5, vimos como as agências funerárias gerem circuitos em que transitam seus consumidores – pessoas que pela situação se encontram num ambiente novo, sob fortes emoções e com pouco tempo para pesquisar preços. Por fim, vimos o novo circuito dos negócios dos benefícios de vida, que leva pessoas a clínicas populares, laboratórios e demais estabelecimentos comerciais, criando assim um novo sistema de solidariedade com grande participação das empresas privadas e das leis de mercado da indústria da saúde.

Após essa breve exposição, é preciso fazer algumas considerações para o fechamento desta tese. Primeiramente, vamos falar do (bio)negócio a partir de dois pólos da biopolítica – as disciplinas do corpo e as regulações da população (cf. FOUCAULT, 1976b). Em primeiro lugar, especificamente às práticas de conservação cadavérica, a existência de uma visão de homem que surge no século XVIII: “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 1975, p. 163). Entra em cena o “homem-máquina” mortal, isolado e segmentado e que, como “coisa”, pode ser tratado, reconstruído ou reparado. Um homem cujo corpo passa pelo crivo de sistemas

classificatórios que prescrevem o que é normal e o que é desviante – as doenças, a sexualidade, o estilo de vida, etc. (HALLAN, HOCKEY e HOWARTH, 1999).

Há muito, a clínica compreende o corpo como um espaço recortável (cf. FOUCAULT, 1963). Isso ocorre, por exemplo, quando profissionais diferenciam partes específicas do corpo de partes “não essenciais”, que são dispensadas (cf. Parecer CFM nº 13/10). Trata-se do corpo útil, corpo inteligível. Para o legista, há membros que constituem, em si mesmos, um “corpo” que merece um inquérito e há outros que podem ser jogados fora (HALLAN, HOCKEY e HOWARTH, 1999). Também entre os preparadores, certas partes do corpo são menos “essenciais” que outra – embora aqui sua “essência” tenha mais a ver com a imagem da pessoa que eles estão construindo do que com a função do corpo. Há uma especial atenção para o rosto e as mãos, enquanto o restante do corpo fica escondido e protegido com plástico e jornal. Eliminam-se secreções como sangue, muco e fezes. Assim, práticas sobre os corpos cujas referências são uma imagem específica de homem seria um aspecto da dimensão “disciplinar”, para não dizer “clínica”, do bionegócio.

Em segundo lugar, em termos de regulação populacional, as empresas funcionam sob um sistema cuja finalidade é atuar sobre os determinantes da saúde pública. Tal sistema cria um labirinto de práticas e procedimentos por meio dos quais os mortos são burocraticamente ordenados e definidos. São inúmeras regras formais em torno da morte: quando ela ocorre, o seu registro, como se elimina o corpo, quais os documentos obrigatórios, quais os direitos dos sobreviventes, entre outros (PRIOR, 1989). O corpo se torna um “bem público” sobre o qual as diferentes instâncias estatais legalmente escrutinam os detalhes daquela vida que se foi (biografia, anatomia, fisiologia). As funerárias são obrigadas a participar do bom funcionamento desses dispositivos de segurança se quiserem manter suas portas abertas, afinal, na nossa cultura, os restos mortais são fonte generalizada de doença e contágio (DOUGLAS, 1966). Assim, ainda que estes empreendimentos tenham finalidade comercial, para fins de segurança, “os proprietários de estabelecimentos funerários ou congêneres são responsáveis legais pelos procedimentos e atividades realizadas no estabelecimento” (Resolução SES nº 4798/15; ANVISA, 2009). Cabe a esses gestores dar conta das normas que separam o mundo dos mortos e dos vivos, um controle que tem como alvo um conjunto de viventes constituídos em população, sob o risco de multas, processos judiciais ou até fechamento.

Mas as funerárias não participam desses mecanismos só no nível operacional, elas os fazem também no nível simbólico. Segundo Bauman (1992), mortais comuns costumam entrar para a história, quando entram, como estatísticas – despersonalizadas e “demografizadas”. Muito diferente das *biografias* dos governantes, estes sim se tornam *história*, a maioria das pessoas não escapam “do lote de objetos transitórios – que, uma vez consumidos e usados, desaparecem de vista (e, portanto, da existência que conta) e se dissolvem, talvez para sempre, na falta de forma anônima da obscuridade” (BAUMAN, 1992, p. 52). Contra esse ímpeto de impessoalidade, o trabalho dos preparadores (floristas, maquiadores, tanatopraxistas), ainda longe da presença dos enlutados, tem como objetivo produzir para eles um “alguém” que seja significativo e reconhecível (HALLAN, HOCKEY e HOWARTH, 1999). A escolha de roupas, penteados e ornamentos faz parte do esforço simultâneo de reumanizar o cadáver e dar corpo aos desejos projetados. Pois essa representação tem finalidade terapêutica para os vivos, isto é, preservar a saúde mental deles, e um erro pode ser trágico para toda a empresa (cf. BRADBURY, 1999; HOWARTH e JUPP, 1996). O emprego da linguagem da identidade e da personalidade em seu ofício serve, portanto, para construir um “retrato de memória” para clientes neste momento que é único e nada impessoal (LADERMAN, 2003).

Até aqui podemos dizer que funciona nas empresas uma tecnologia de duas faces que é “anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida” (FOUCAULT, 1976b, p. 131). Mas como vimos, nos casos de canalização dos clientes perdidos é um processo que ocorre *através* de mediações em diferentes instituições, em percursos que envolvem coisas e pessoas. Nesses termos, nos aproximamos da ideia de “dispositivos de segurança” no que se refere a mecanismos de segurança social e a uma preocupação mais ampla com as condições ambientais no contexto da biopolítica:

A disciplina é essencialmente centrípeta. Quero dizer que a disciplina funciona na medida em que isola um espaço, determina um segmento. A disciplina concentra, centra, encerra. (...) Em vez disso, vocês veem que os dispositivos de segurança, tais como procurei reconstituí-los, são o contrário. Tendem perpetuamente a ampliar, são centrífugos. Novos elementos são o tempo todo integrados, integra-se a produção, a psicologia, os comportamentos, as maneiras de fazer dos produtores, dos compradores, dos consumidores, dos importadores, dos exportadores, integra-se o mercado mundial. Trata-se portanto de organizar ou, em todo caso, de deixar circuitos cada vez mais amplos se desenvolverem (FOUCAULT, 1977, p. 58 – 59).

Ao enfatizarmos os fluxos, e não as instituições, para entendermos como as pessoas constroem o valor de bens e serviços, eu me aproximei da teoria ator-rede e da sociologia do mercado – ainda que não me afastei completamente das ideias foucaultianas. Afinal, produtos têm uma “carreira”, pois o seu “valor” está (temporariamente) estabilizado nos sucessivos encontros entre provedores e clientes (CALLON, MÉADEL e RABEHARISOA, 2002). Mas não estamos lidando com um mercado qualquer, afinal, como ele é usado uma ou duas vezes na vida, critérios como situação de mercado, características do produto, padrões de qualidade e necessidades legais são novidade para os seus usuários (KOPP e KEMP, 2007). Além disso, como bens funerários são considerados representações simbólicas do falecido, os gastos para o funeral assinalam o prestígio que se atribui à pessoa morta. Como Zelizer (1978, p. 601) coloca: “Quando se trata de morte, o dinheiro transcende seu valor de troca e incorpora significado simbólico”.

A inspiração na teoria “ator-rede” nos permitiu integrar os diferentes entremeios a que são encaminhados os mortos, configurando um percurso que vai desde a declaração de óbito até o desfazimento do corpo. A relação entre agência e estrutura persiste como um dos temas principais dos Estudos Organizacionais (RAFFNSØE; MENNICKEN; MILLER, 2017), ainda que no meu entendimento a “gestão da circulação” ainda não foi devidamente explorada, apesar de interessantes propostas (cf. MUNRO, 2011). O que vimos então são os efeitos interativos de agentes, organizações e mecanismos (materiais e imateriais) em provedores de serviços e seus clientes (LAW, 1992). São percursos possíveis entre diferentes espaços institucionais, com participação variável de agentes funerários, funcionários públicos, equipes hospitalares, vigaristas, intermediações físicas e simbólicas, entre outros. São itinerários que atravessam vários ambientes sociais e que coordenam em cada ambiente que passam apenas algumas atividades a eles relacionadas (ZELIZER, 2005). Tais itinerários não reproduzem limites rígidos entre os caminhos que os percorrem, mas sim trajetos que muitas vezes se entrelaçam e compartilham mediações. Por exemplo, falecidos em hospitais e em vias públicas têm futuros distintos. Os primeiros não precisam passar pelo IML, por onde mobilizariam um certo número de mediações: as de estrita responsabilidade dos órgãos policiais (o necrotério), as produzidas por acordos de cooperação entre os setores público e privado (o transporte aos cemitérios, caso cadáver desconhecido), as que sofrem interferências de mercados clandestinos, entre outras. Alguns poderão passar pelas mesas de



anatomia das universidades, mas é quase certo que, se não forem reconhecidos pelas famílias a tempo, serão enterrados num “buraco” e terão os seus restos transferidos para o ossuário, tal como aconteceu com outros corpos que vieram antes deles. São roteiros dentre os quais nem sempre as empresas funerárias têm lugar de destaque, onde não se costuma assinar contratos comerciais para firmar compromissos, mas que não deixam de ser “negócios” com racionalidades específicas – economia de escambo, de dívida, etc. (cf. NEVES e DAMO, 2016). Ou melhor, são (bio)negócios porque compartilham de uma imagem instrumental do corpo cadavérico e que, de uma forma ou de outra, participam (ou até subvertem) ao seu modo da extensa e complexa relação de leis, decretos, portarias e instruções normativas, que regram o trajeto do corpo até o seu retorno à natureza (cf. ARMSTRONG, 2002).

Por fim, completando o que escrevemos acima, é importante pensar a dimensão política desses *dispositivos de mercado*, se estamos tratando de “montagens materiais e discursivas que intervêm na construção dos mercados” (MUNIESA, MILLO e CALLON, 2007, p. 2). Esta é uma dimensão importante, pois, como explica Gao (1998, p. 107), “uma transformação institucional é um processo político e sua realização é sustentada por um mecanismo que equilibra os interesses concorrentes entre os principais atores”. A tarefa é, portanto, articular a formatação de valor econômico a contextos institucionais, como por exemplo, a relação entre bem-estar público, controle estatal e livre iniciativa (cf. TROMPETTE, 2013).

Podemos citar alguns exemplos desta tese. Em primeiro lugar, o acordo entre a funerária do Grupo Santa Casa (FSCBH) e PBH, sob o qual a empresa se responsabilizaria por enterrar indigentes, desconhecidos e peças anatômicas retiradas em hospitais enquanto detinha o monopólio de venda de caixões. Antes de tudo, esta seria uma forma de compensar as deficiências de municípios na gestão do processo de morrer e justificar uma aliança entre ação pública e empresa privada – afinal, o transporte destes corpos e destas partes é gratuito. Porém, o desequilíbrio na distribuição de mercado em favor da FSCBH (a obtenção da guia de sepultamento era atrelada à compra de caixão) levou a uma pesada disputa judicial contra o acordo, cujo desfecho recentemente promoveu a reorganização do mercado local. As empresas concorrentes não aceitaram que a missão pública da FSCBH, que se resguardava através do serviço gratuito, fosse recompensada com o monopólio de vendas de caixões.

Um outro “benefício” (quase) público e bem menos contestado surge na forma de convênios entre empresas funerárias e hospitais estaduais e municipais para o escoamento de cadáveres. O acordo permite que vendedores de uma ou outra funerária se instalem em “plantões” autorizados nesses espaços para fazer o pronto atendimento das famílias (dando orientações e, por vezes, o transporte até o corpo) e remover os cadáveres sem comprometer a rotina das equipes de saúde. O resultado dessa forma de solidariedade é a produção no negócio da morte de uma longa cadeia de cuidados com o falecido em que se coordenam uma série de arranjos sociotécnicos entre diferentes espaços profissionais. O funcionamento deste “negócio” muitas vezes confunde os usuários que não conseguem distinguir o que é do hospital (público) e o que é da funerária (privado). Este dispositivo de mercado está intimamente ligado ao atual regime ritual da morte, isto é, ao *clima de descrição* que se espera “nos diversos trâmites socialmente valorizados de despacho do corpo e da expressão de sofrimento público no processo de despedida (velório, enterro, missa de sétimo dia, etc.)” (KOURY, 2001, p. 31).

Por último, cita-se o contrato de plano funeral familiar que usa um tipo de poupança para providenciar o funeral dos membros da família que aderem ao plano. Ele é diferente de práticas anteriores de poupança funeral, como irmandades ou confrarias, pequenas sociedades de ajuda mútua, grupos religiosos ou clubes (REIS, 1991). Ele sugere uma forma de coesão social intrafamiliar na qual os integrantes se comprometem com pagamentos periódicos de modo a liberar sua família do risco de arcar com uma (pesada) despesa futura. Como outras formas de financiamento no fim da vida, esta também participa dos laços e das responsabilidades familiares (cf. ZELIZER, 1983). A diferença é que o serviço provê benefícios tangíveis a serem desfrutados em vida, o que cria um roteiro de estabelecimentos (saúde, comércio, etc.) baseado na guia de vantagens, e não uma taxa de valorização do capital aplicado como nos seguros de vida. Ainda assim, semelhante a outras partes do mundo, essas mudanças indicam um movimento de transformar “cidadãos” beneficiários de políticas sociais em “futuros consumidores” (TROMPETTE, 2013). Em meio a uma contenção de serviços públicos do tipo “do berço ao túmulo” (cf. BEVERIDGE, 1942) e o problema crescente da dependência dos idosos, a solução parece estar sendo a de devolver aos indivíduos e parte de seu círculo familiar a responsabilidade de ter uma saída deste mundo que não tumultue muito a vida de ninguém.

Os exemplos acima representam dispositivos distintos de mercado, cada qual com o seu arranjo sociotécnico, cada qual constituído por elementos (equipamentos, mobiliários, etc.) que permitem ao pesquisador traçar linhas e constituir territórios (MUNIESA, MILLO e CALLON, 2007). Mas cabe a nós extrapolar essa dimensão. Zelizer (2005, p. 12) chama atenção para como pessoas inventam novos circuitos comerciais como meio de “preencher o fosso aparentemente intransponível entre solidariedade social e transações comercializadas”. Há sempre dimensões além das econômicas para se explorar, afinal, a organização de mercados é um assunto coletivo e uma forma de fazer política que é muitas vezes esquecida (CALLON, MÉADEL e RABEHARISOA, 2002). Assim, no que pesa ao tema desta tese, é possível dizer que dispositivos de mercado surgem e variam conforme as transações entre atores públicos e privados envolvidos na economia política funerária, atores que negociam e distribuem direitos e deveres (taxas, preços, privilégios, penalidades, beneficiários, etc.), *em meio à* questão da solidariedade humana do culto aos mortos (TROMPETTE, 2013).

Esta aproximação entre as dimensões econômica e política (ou comunitária) para se entender como se (re)traçam os limites de responsabilidade entre o público e o privado tem sido escassamente explorada nos estudos organizacionais e, quando ocorrem, a ênfase maior recai na estrutura da firma (cf. DIELEMAN e BODDEWYN, 2012). Pode-se dizer o mesmo das práticas semilegais e cotidianas de pequenas empresas de setores específicos e do papel delas na (re)produção desses limites em “mercados emergentes” (COLLINS e MCMULLEN, 2016; SMART, 2018). Ou ainda, relacionar esses limites a uma *episteme* específica como a médica – um tema ignorado até mesmo nas pesquisas de viés foucaultiano (cf. RAFFNSØE; MENNICKEN; MILLER, 2017). A minha contribuição nesse sentido foi explorar a “mentalidade” (ou “código subjacente”) que subjaz certos *dispositivos* de mercado (os laboratórios, os plantões, os planos funerários) e como ela ajuda a articular a dupla função de formatar valor econômico e cumprir um papel político – ainda que no nosso caso seja, mais especificamente, (bio)político.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Empresas e Diretores do Setor Funerário (ABREDIF). Código de Ética e Auto Regulamentação do Setor Funerário (CEARF). 10 de novembro de 1998. Disponível em: < <http://www.portalfunerariodobrasil.com.br/wp-content/uploads/2014/06/ABREDIF.pdf> >. Acesso em: 10 dez. 2017.

ADORNO, Theodor; HORKHEIMER, Max. (1947). *Dialética do Esclarecimento*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

ADISSI, Jayme. *Quem quer comprar um túmulo?* São Paulo: Urbana, 2010.

AKYEL, Dominic. Qualification under moral constraints: The funeral purchase as a problem of valuation. In: BECKERT, Jens; MUSSELIN, Christine (Ed.). **Constructing quality: The classification of goods in markets**. Oxford: Oxford University Press, 2013. p. 223-244.

ALVES-SILVA, J. D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. dos. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 26, n. 4, p. 820-830, Dec. 2013.

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDREONI, Sandra; SILVA, Sandra Honorato da; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Programa de assistência domiciliar do Hospital Universitário de São Paulo. **Rev Med HU-USP**; v. 4, p. 77-85. 1994

ANDREWS, Ian. “Mercantilização”. In HOWARTH, Glennys; LEAMAN, Oliver. **Enciclopédia da morte e da arte de morrer**. Lisboa: Círculo de Leitores, p.348 – 350. 2004.

ANVISA. Referência técnica para o funcionamento de estabelecimentos funerários e congêneres. Brasília, 2009. Disponível em: < [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/cf2c4680489ab1bba9b5bbe2d0c98834/Orientacoes\\_Tecnicas\\_para\\_Funerarias.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/cf2c4680489ab1bba9b5bbe2d0c98834/Orientacoes_Tecnicas_para_Funerarias.pdf?MOD=AJPERES) >. Acesso em: 22 nov. 2017.

A RENTÁVEL INDÚSTRIA do Sr. Morte. *Revista Isto é Dinheiro*. São Paulo, 23 de fev. 2001 Disponível em: < <http://www.istoedinheiro.com.br/noticias/negocios/20010223/rentavel-industria-morte/21798> >. Acesso em: 7 jan. 2017.

AREDES, Janaína Souza; MODESTO, Ana Lúcia. “Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas”: um estudo sobre a prática médica hospitalar. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 435-453, jun. 2016.

ARIÈS, Philippe. (1977). *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012

ARMSTRONG, David. Pathological life and death: medical spatialisation and geriatrics. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, v. 15, n. 3, p. 253-257, 1981.

\_\_\_\_\_. Silence and truth in death and dying. *Social Science & Medicine*, v. 24, n. 8, p. 651-657, 1987.

\_\_\_\_\_. A new history of identity: a sociology of medical knowledge. Houndmills: Palgrave Macmillian UK; 2002.

\_\_\_\_\_. An Outline of Sociology as Applied to Medicine. London: Elsevier, 2015.

ASHFORTH, Blake E.; KREINER, Glen E. 'How Can You Do It?': Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity. *The Academy of Management Review*, v. 24, n. 3, 1999. p. 413-434.

Australian and New Zealand Intensive Care Society. The ANZICS Statement on Death and Organ Donation, ed. 3.2. Melbourne: ANZICS, 2013.

BACKES, Dirce Stein et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 903-910, jun. 2009.

Banco Central do Brasil (BACEN). Relatório sobre a indústria de cartões de pagamentos. 2010. Disponível em: < [https://www.bcb.gov.br/htms/novaPaginaSPB/Relatorio\\_Cartoes.pdf](https://www.bcb.gov.br/htms/novaPaginaSPB/Relatorio_Cartoes.pdf) >. Acesso em: 12 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Pesquisa qualitativa sobre o processo de endividamento. 2014. Disponível em: < [http://www.bcb.gov.br/pec/appron/apres/Pesquisa\\_Endividamento.pdf](http://www.bcb.gov.br/pec/appron/apres/Pesquisa_Endividamento.pdf) >. Acesso em: 5 jan. 2018.

BANKS, Dwayne A. The economics of death? A descriptive study of the impact of funeral and cremation costs on U.S. households. *Death Studies*, v. 22, n. 3, p. 269-85. 1998

BARDI, Panos D. History of thanatology: Philosophical, religious, psychological, and sociological ideas concerning death, from primitive times to the present. Washington DC: University Press of America, 1981.

BARLEY, Steven. Semiotics and the Study of Occupational and Organizational Cultures. *Administrative Science Quarterly*, p. 393 – 413. 1983.

BARROS, Vanessa Andrade de; SILVA, Lilian Rocha de. Trabalho e cotidiano no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 16, p. 318-333, dez. 2004.

BARTLETT, Edward T. Differences between death and dying. *Journal of Medical Ethics*, v. 21, n. 5, p. 270-276, 1995.

BASTOS, Murillo Villela. O sistema nacional de saúde em debate. *Revista de Administração Pública*. v. 11, n.3, p. 31 – 56, 1977.

BAUDRILLARD, Jean. Symbolic exchange and death. London: Sage, 1993.

\_\_\_\_. Senhas. Rio de Janeiro: DIFEL, 2001.

BAUMAN, Zygmunt. Mortality, immortality and other life strategies. Cambridge: Polity Press, 1992.

BECKER, Howard S. A história de vida e o mosaico científico. In: **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1994.

BECKER, Ernest. (1973) A Negação da Morte: Uma Abordagem Psicológica sobre a Finitude Humana. Rio de Janeiro: Record, 2013. 6° ed.

BEECHER, Henry K. Report of the ad hoc committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death: The definition of irreversible coma. **Journal of the American Medical Association**, v. 205, p. 337–40.

BELO HORIZONTE. Lei n° 7.031, de 12 de janeiro de 1996.

\_\_\_\_. Decreto 12.009, de 30 de março de 2005. Regula a lei 9.048 de 14 de janeiro de 2005, que “Autoriza a outorga de concessão ou permissão de serviço crematório nos casos que menciona e dá outras providências”

\_\_\_\_. Norma Técnica Especial n° 002/2001, 21 de dezembro de 2001. Dispõe sobre Norma Técnica Especial que disciplina a instalação e o funcionamento de Agências Funerárias, Velórios, Necrotérios, Salas de Necropsia, Salas de Anatomia Patológica, Cemitérios, Crematórios e demais estabelecimentos congêneres instalados no município de Belo Horizonte e dá outras providências.

\_\_\_\_. Parecer Classificado n° 8.979, de 12 de fevereiro de 1999. Processo: 01.005.505.99.00.

\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde 2014-2017. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. (1966). A construção social da realidade. Petrópolis, Vozes, 1973.

BENJAMIN, W. (1936) O Narrador. In: BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura: obras escolhidas I**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 197 - 221.

BESTER, Hennie; CHAMBERLAIN, Doubell; HOUGAARD, Christine; & SMIT, Herman. Microseguros no Brasil: buscando uma estratégia para desenvolvimento do mercado. Rio de Janeiro: Funenseg. 2011.

BEVERIDGE, William. (1942) Social insurance and allied services. Bulletin of the World Health Organization, v.78, n. 6, p. 847-855, 2000.

BEVILAQUA, Ciméa Barbato. Consumidores e seus direitos: um estudo sobre conflitos no mercado de consumo. São Paulo: Humanitas; NAU. 2008.

BISHOP, Jeffrey P. *The Anticipatory Corpse: Medicine, Power, and the Care of the Dying*. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 2011.

BLAUNER, Robert. Death and social structure. **Psychiatry**, v. 29, n. 4, p. 378-394, 1966.

BLAYAC, Thierry; BOUGETTE, Patrice; MONTET, Christian. How consumer information curtails market power in the funeral industry. **European Journal of Law Economics**, v. 37, n. 3, p. 421 – 437, jun. 2014.

BLOCH, Maurice; PARRY, Jonathan. *Death and the Regeneration of Life*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

BLOOR, Michael. A minor office: The variable and socially constructed character of death certification in a Scottish city, **Journal of Health and Social Behavior**, p. 273-287, 1991.

BOGARD, William. Empire of the living dead. **Mortality**, v. 13, n. 2, p. 187-200, 2008.

BOLD, Chris; PORTEOUS, David; ROTMAN, Sarah. *Social Cash Transfers and Financial Inclusion: Evidence from Four Countries*. Washington: CGAP. 2012. Disponível em: < <https://www.cgap.org/sites/default/files/Focus-Note-Social-Cash-Transfers-and-Financial-Inclusion-Evidence-from-Four-Countries-Feb-2012.pdf> >. Acesso em: 19 jan. 2018.

BOMTEMPO, Tiago Vieira. Análise constitucional da ortotanásia: O direito de morrer com dignidade. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 14, n. 93, out 2011. Disponível em: < [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=10386](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10386) >. Acesso em: 26 ago. 2016

BONDESON, Jan. *Buried alive: the terrifying history of our most primal fear*. London: WW Norton & Company, 2001.

BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 57-96, jan. 2003.

BOVOLENTA, Gisele Aparecida. Os benefícios eventuais previstos na LOAS: o que são e como estão. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 106, p.365-387, abr./jun. 2011

BRADBURY, Mary. Representations of “good” and “bad” death among death-workers and the bereaved’. In: HOWARTH, G. e JUPP, P. (eds) **Contemporary Issues in the Sociology of Death, Dying and Disposal**. London: Macmillan, 1996. p. 84–95.

\_\_\_\_\_. *Representations of Death: A Social Psychological Perspective*. London, Routledge. 1999.

BRAGA, Rafaela Costa. **Morte em domicílio: a experiência de cuidadores familiares principais de pacientes oncológicos em cuidados paliativos** Dissertação (Mestrado em Psicologia). Rio de Janeiro: – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, p. 81. 2018.

BRASIL. *II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-79)*. Brasília: Imprensa Oficial, 1974.

- \_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Fisco e Contribuinte, 1988.
- \_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábua completa de mortalidade. Brasil. 2015. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade\\_2015/notastecnicas.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2015/notastecnicas.pdf)>. Acesso em: 9 dez. 2016.
- \_\_\_\_. Decreto n°. 20.931, de 11 de janeiro de 1932. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas.
- \_\_\_\_. Decreto-lei n°. 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal.
- \_\_\_\_. Decreto n°. 3.266, de 29 de novembro de 1999. Atribui competência e fixa a periodicidade para a publicação da tábua completa de mortalidade de que trata o § 8º do art. 29 da Lei n° 8.213, de 24 de julho de 1991, com a redação dada pela Lei n° 9.876, de 26 de novembro de 1999.
- \_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Medicina. A Declaração de Óbito: documento necessário e importante. Brasília-DF, 2007
- \_\_\_\_. Lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal.
- \_\_\_\_. Lei n° 6.015, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências.
- \_\_\_\_. Lei n° 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências.
- \_\_\_\_. Lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.
- \_\_\_\_. Lei n° 9.434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.
- \_\_\_\_. Lei n° 9.534, de 10 de dezembro de 1997. Dá nova redação ao art. 30 da Lei n° 6.015, de 31 de dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos; acrescenta inciso ao art. 1º da Lei n° 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, que trata da gratuidade dos atos necessários ao exercício da cidadania; e altera os arts. 30 e 45 da Lei n° 8.935, de 18 de novembro de 1994, que dispõe sobre os serviços notariais e de registro.
- \_\_\_\_. Lei n° 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.
- \_\_\_\_. Lei n° 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento".
- \_\_\_\_. Lei n° 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil.



\_\_\_\_. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

\_\_\_\_. Lei nº 13.261, de 22 de março de 2016. Dispõe sobre a normatização, a fiscalização e a comercialização de planos de assistência funerária.

\_\_\_\_. Portaria nº 1882/GM, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição.

\_\_\_\_. Portaria nº 474, de 31 de agosto de 2000. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos para o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

\_\_\_\_. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.

\_\_\_\_. Portaria n. 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília; 2016 abril 26. Seção 1:33.

\_\_\_\_. Resolução – RDC nº 33, de 8 de julho de 2011. Dispõe sobre o Controle e Fiscalização Sanitária do Translado de Restos Mortais Humanos

BREMBORG, Anna Davidsson. Professionalization without dead bodies: the case of Swedish funeral directors. **Mortality**, v. 11, n. 3, ago. 2006. p. 270 – 285.

BRUM, Eliane. A mulher que alimentava. Revista Época, Rio de Janeiro, agosto, 2008.

\_\_\_\_. Morrendo como objeto. El País, Madrid, v. 23, 2017.

BRUM, Elaine. Morrendo como objeto. El País, Madrid, v. 23, 2017. Disponível em: < [https://brasil.elpais.com/brasil/2017/01/23/opinion/1485169382\\_907896.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2017/01/23/opinion/1485169382_907896.html) >. Acesso em: 5 jun. 2017.

BRUM, Eliane. A vida que ninguém vê. Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2006.

BUSSE, Jan. The Biopolitics of Statistics and Census in Palestine. **International Political Sociology**, v. 9, n. 1, p. 70-89, 2015.

CAHILL, Spencer. Some Rhetorical Directions of Funeral Direction – Historical Entanglements and Contemporary Dilemmas. **Work and Occupations**, v. 22, n. 2 p. 115-136, mai. 1995.

CAIAFFA, Waleska Teixeira et al. The urban environment from the health perspective: the case of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 958-967, jun. 2005.

CALLAHAN, Daniel. On defining a ‘natural death’. Hastings Center Report, p. 32-37, 1977.

CALLON, Michel. Postface: La formulation marchande des biens. p. 247 – 269. 2009. Disponível em: < [https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/484812/filename/2009\\_Callon\\_Vatin\\_final.pdf](https://hal-mines-paristech.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/484812/filename/2009_Callon_Vatin_final.pdf) >. Acesso em: 6 jan. 2018.

\_\_\_\_; MÉADEL, Cécile; RABEHARISOA, Vololona. The economy of qualities. **Economy and society**, v. 31, n. 2, p. 194-217, 2002.

\_\_\_\_; MUNIESA, Fabian. Economic Markets as Calculative Collective Devices. **Organization Studies**, v. 26, n. 8, p. 1229–1250. 2005.

\_\_\_\_ (Ed.). *The Laws of the Markets*: Edited by Michel Callon. Oxford: Blackwell Publishers, 1998.

CALVET, Theresa. A Filosofia como Discurso da Modernidade, **Ética e Filosofia Política**, Vol. 2, No. 1, pp. 29-64, 1997.

\_\_\_\_. Violência e/ou Política. In: PASSOS, Izabel (org.) **Poder, normalização e violência. Incursões foucaultianas para a atualidade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008, p. 23-40.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 232-235, jun. 2010.

CAMARGO, Luís Soares de. **Viver e morrer em São Paulo – a vida, as doenças e a morte na cidade do século XIX**. Tese (Doutorado em História Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, p. 555, 2007.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; RODRIGUES, Roberto Nascimento; MACHADO, Carla Jorge. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 217-230, jun. 2011.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, Oct. 2014.

CAMPOS-SILVA, Tiago; OLIVEIRA, Ronaldo Coimbra de; ABREU, Deise Maria Xavier. Análise da qualidade das informações sobre a mortalidade por causas externas em Minas Gerais, 1997 a 2005. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 371-9, 2010.

CAMPBELL, Robert. Philosophy and the accident. In: Cooter R, Luckin B, eds. **Accidents in History: Injuries, fatalities and social relations**. Amsterdam - Atlanta, GA: Rodopi; 1997. p. 17 -34.

CANN, Candi K. Buying an Afterlife: Mapping the Social Impact of Religious Beliefs through Consumer Death Goods. **Religions**, v. 8, n. 9, p. 167, 2017.

CASSIA MARQUES, Rita de. A Caridade criando hospitais em Minas Gerais (Brasil) – séculos XVIII-XX. **Dynamis**, Granada, v. 31, n. 1, p. 107-129, 2011.

CASTRO, Edgardo. Dicionario Foucault: Temas, conceptos y autores. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2011.

CASTRO, Marinella. Precaução faz da morte um mercado lucrativo. Saiba os preços de funerais. Caderno Economia. Estado de Minas, Belo Horizonte, 2 nov. 2013a. Disponível em: <  
[http://www.em.com.br/app/noticia/economia/2013/11/02/internas\\_economia,466435/precauca-o-faz-da-morte-um-mercado-lucrativo-saiba-os-precos-de-funerais.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/economia/2013/11/02/internas_economia,466435/precauca-o-faz-da-morte-um-mercado-lucrativo-saiba-os-precos-de-funerais.shtml) >. Acesso em: 13 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. Planos funerários têm benefícios irregulares. Caderno Economia. Estado de Minas, Belo Horizonte, 4 nov. 2013b. Disponível em: <  
[http://www.em.com.br/app/noticia/economia/2013/11/04/internas\\_economia,466831/planos-funerarios-tem-beneficios-irregulares.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/economia/2013/11/04/internas_economia,466831/planos-funerarios-tem-beneficios-irregulares.shtml) >. Acesso em: 7 dez. 2016.

CARVALHO, Manoel de; VIEIRA, Alan A.. Erro médico em pacientes hospitalizados. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 78, n. 4, p. 261-268, 2002.

CERQUEIRA, Daniel. Mapa dos Homicídios Ocultos no Brasil. Brasília: Ipea, 2013. Texto para Discussão n. 1848.

CERTEAU, Michel. (1980) A invenção do cotidiano: artes de fazer. Petrópolis: Vozes, 1994.

CHIZZOTTI, Antônio. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1991.

CLARK, Peter e SZMIGIN, Isabelle. The Structural Captivity of the Funeral Consumer: an Anglo-American Comparison. Apresentado em Stream 23: Critical Marketing: Visibility, Inclusivity, Captivity. 2003. Disponível em: <  
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.463.3579&rep=rep1&type=pdf> >. Acesso em: 19 out. 2017.

COHEN, Joachim, BILSEN, Johan, HOOFT, Peter, DEBOOSERE, Patrick, VAN DER WAL, Gerrit, & DELIENS, Luc. Dying at home or in an institution. Using death certificates to explore the factors associated with place of death. **Health Policy**, v.78, n. 2, p. 319-329, 2006.

COLLINS, Jamie D.; MCMULLEN, Jeffery S.; REUTZEL, Christopher R. Distributive justice, corruption, and entrepreneurial behavior. **Small Business Economics**, v. 47, n. 4, p. 981-1006, 2016.

CONCONE, M. H. V. B. O “vestibular” de anatomia. In: MARTINS, J.S. **A morte e os mortos na sociedade brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1983. p.25-37.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM – Brasil). Resolução n°. 1.480, 21 de agosto de 1997.

\_\_\_\_\_. Resolução n°. 1.779, 5 de dezembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000.

\_\_\_\_\_. Resolução CFM n° 1.931, de 17 de setembro de 2009. Código de Ética Médica.

\_\_\_\_. Parecer, n.º. 17, 13 de março de 1988. Cobrança de Atestado de óbito.

\_\_\_\_. Parecer, n.º. 57, 30 de setembro de 1999. Responsabilidade pela execução do atestado de óbito.

\_\_\_\_. Parecer, n.º. 39, 7 de outubro de 2011. Período de tempo, após o óbito, para o início de necropsia em SVO.

Controladoria-geral da União (CGU), Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social e Grupo de Trabalho do Pacto Empresarial pela Integridade Contra a Corrupção. A responsabilidade social das empresas no combate à corrupção. 2009. Disponível em: <[http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/etica-e-integridade/arquivos/manualrespsocialempresas\\_baixa.pdf](http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/etica-e-integridade/arquivos/manualrespsocialempresas_baixa.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2017.

CORDEIRO, Hésio. A Indústria de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1980. 229p.

CORR, Charles A.; CORR, Donna M.; DOKA, Kenneth J. Death & dying, life & living. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole. 2008.

CORR, Charles A. “Luto Antecipado”. In: HOWARTH, Glennys e LEAMAN, Oliver. **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Lisboa: Círculo de leitores, p. 323 – 324. 2004.

CÔRREA, Liliane; NEVES, Rejane Helena C. L.; CASTRO, Lucas Maroca de. Super e Aqui – jornais populares e formação de leitores em Belo Horizonte, entrevista com Liliane Côrrea. **Leituras Transdisciplinares de Telas e Textos**, v. 5, n. 9, p. 66-74, nov. 2015.

CORREIA, Arícia. Desigualdade até depois da morte: ensaio sobre segregação socioespacial e direito cemiterial. **Revista Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro**. n.11, 2016, p. 425-449.

CORREIA, Isabel Maria Tarico Bico; TORRES, Gilson de Vasconcelos. O familiar cuidador face à proximidade da morte do doente oncológico em fim de vida. **Revista de Enfermagem**. p. 399 - 409, 2011.

COSTA, Cândia da. Jornada excessiva de trabalho e morte por exaustão: nexos causais entre adoecimento, condições de trabalho e mortalidade. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE SOCIOLOGIA (ALAS), XXIX, 2013, Chile. Anais... Chile: ALAS, 2013. p. 1 – 13.

CRABTREE, Lisa Suzanne. **The changing discourse of death: A study of the evolution of the contemporary funeral industry**. Dissertação de Mestrado. University of Louisville, p. 286. 2010. Disponível em: < <https://doi.org/10.18297/etd/286> >. Acesso em: 27 fev. 2018.

CREELY, K.S. Infection risks and embalming (Relatório de Pesquisa TM/04/01 de março de 2004 do Institute of Occupational Medicine). Disponível em: <[http://www.iomworld.org/pubs/IOM\\_TM0401.pdf](http://www.iomworld.org/pubs/IOM_TM0401.pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2017.

CREUTZBERG, Marion; GONCALVES, Lucia Hisako Takase; SOBOTTKA, Emil Albert. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 273-279, jun. 2008.

CUNHA, Carolina Cândida da; CAMPOS, Deise; FRANCA, Elisabeth Barboza. Uso da busca ativa de óbitos na avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade em Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 3, p. 275-286, set. 2011.

DADALTO, L. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). **Revista de Bioética y Derecho**, n. 28, p. 61-71, mai. 2013.

DAMATTA, Roberto. A casa e a rua. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

DAVIES, Christie. Dirt, death, decay and dissolution: American denial and British avoidance. In: **Contemporary issues in the sociology of death, dying and disposal**. Palgrave Macmillan, London, 1996. p. 60-71.

DE CASTRO, Vandilza Aparecida Andrade; ALVES, Thiara dos Santos; Cuperschmid, Ethel Mizrahy; DE JESUS, Ana Cristina Gonçalves, MARTINS, Maria do Carmo Salazar, DE OLIVEIRA, Bruna Carvalho, SALLES, Pedro Valle and SILVA, Kátia Magalhães, (2010), O LIVRO DOS CADÁVERES: “AQUI A MORTE SE ALEGRA DE SOCORRER A VIDA” in , Anais do XIV Seminário sobre a Economia Mineira [Anais do XIV Seminário sobre a Economia Mineira], Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais.

DÉCHAUX, Jean-Hughes. 'L'intimisation de la mort', *Ethnologie française*, TomeXXX, n. 1, p. 153-62. 2000

DEKKER, Julie et al. The effect of family business professionalization as a multidimensional construct on firm performance. **Journal of Small Business Management**, v. 53, n. 2, p. 516-538, 2015.

DEMPSEY, David The way we die: An investigation of death and dying in America today. New York: McGraw-Hill, 1977.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. Handbook of qualitative research. Londres: Sage, 1994.

DIELEMAN, Marleen; BODDEWYN, Jean J. Using organization structure to buffer political ties in emerging markets: A case study. **Organization Studies**, v. 33, n. 1, p. 71-95, 2012.

DINIZ, Débora. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1704-1706, set. 2013.

DOWD, Quincy L. Funeral Management and Costs: a world-survey of burial and cremation. Chicago: Chicago University Press, 1921. Disponível em: < <https://archive.org/stream/funeralmanagemen00dowdrich/funeralmanagemen00dowdrich> >. Acesso em: 2 ago. 2017.

DOUGLAS, Mary. (1966) Pureza e perigo: ensaio sobre as noções de poluição e tabu. (1966) Lisboa: Edições 70, 1991.

\_\_\_\_\_. (1970) *Natural symbols: Explorations in cosmology*. Routledge, 2002.

DRAIBE, Sônia Miriam. As políticas sociais. **Revista USP**, São Paulo, n. 17, p. 87-101, 1993.

DURKHEIM, Émilie. (1895) *As regras do método sociológico*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

DURKIN, Keith. "Death, Dying, and the Dead in Popular Culture." In: BRYANT, Clifton D. **Handbook of death and dying**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003. p. 43-50.

ELIAS, Norbert. (1985) *A Solidão dos Moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et. al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. P. 323-363.

FABRICIO, Suzele Cristina Coelho et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 721-726, out. 2004.

FARR, William. Registrar-General's Annual Report for 1837–38. Londres, HMSO. 1839. Disponível em: < <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=coo.31924011958174;view=1up;seq=97> >. Acesso em: 28 jan. de 2018.

\_\_\_\_\_. Registrar General of England and Wales, Sixteenth Annual Report, 1856, Appendix, Disponível em: < <https://archive.org/stream/annualreportofre16grea#page/76/mode/2up> >. Acesso em: 26 jan. 2018.

FIDELIS, Susana Lucca. Cuidado com famílias enlutadas, missão da empresa funerária. *Revista Diretor Funerário. Centro de Tecnologia em Administração Funerária*. n. 170. Junho 2010. p.16. Disponível em: < [https://issuu.com/ctaf/docs/edicao\\_jun2010/16](https://issuu.com/ctaf/docs/edicao_jun2010/16) >. Acesso em: 29 jun. 2017.

FIELD, David; HOCKEY, Jenny; SMALL, Neil. Making sense of difference. In: \_\_\_\_\_. **Death, gender and ethnicity**, London: Routledge. p. 1 – 28, 1997.

FIGLIO, Karl. What is an accident? In: Weidling, P. (ed) **The Social History of Occupational Health**. Croom Helm, Londres, 1985.

FISCHER, J. Disposal of dead bodies in emergency conditions. *World Health Organization Technical Notes for Emergencies*. (No. 8), 2005, p. 1–4.

FLYNN, Thomas. Foucault's mapping of history. In: GUTTING, Gary. **The Cambridge Companion to Foucault**, Cambridge: 1994, v. 2, p. 29 – 48.

FOLTYN, JL. The corpse in contemporary culture: Identifying, transacting, and recoding the dead body in the twenty-first century. **Mortality**, v. 13, n. 2, p. 99 – 104, mai. 2008.

FOUCAULT, Michel. (1969) A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 7ª Edição, 2008.

\_\_\_\_\_. (1978c) A Filosofia Analítica da Política. In: Ditos e escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. 2ª edição. p. 37-55.

\_\_\_\_\_. (1976d) A Política da Saúde no Século XVIII. In: Ditos e Escritos VII Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011, p. 357-373.

\_\_\_\_\_. (1966) As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

\_\_\_\_\_. (1976c) Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina?. In: Ditos e Escritos VII Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011, p. 374-393.

\_\_\_\_\_. (1974b). Da Natureza Humana: Justiça contra Poder. In: Ditos e Escritos IV. São Paulo: Forense Universitária, 2006. p. 87 – 132.

\_\_\_\_\_. (1976a) Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. (1976b) História da Sexualidade I – a vontade de saber. São Paulo: Edições Graal. 2003.

\_\_\_\_\_. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal. 1986.

\_\_\_\_\_. (1978a) Nascimento da Biopolítica. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. (1963) O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1977.

\_\_\_\_\_. (1974) “O Nascimento do Hospital. In: Microfísica do Poder, Ed. Graal, Rio de Janeiro, 6ª ed., 1986, p. 99 – 111.

\_\_\_\_\_. (1977b) O Nascimento da Medicina Social. In: Microfísica do Poder, Ed. Graal, Rio de Janeiro, 6ª ed., 1986, p. 79-98.

\_\_\_\_\_. (1982) O Sujeito e o Poder. In: Ditos e Escritos IX – Genealogia da Ética, Subjetividade e Sexualidade. Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária, 2014. p. 118 – 140.

\_\_\_\_\_. (1984a) Outros espaços. In: Ditos e escritos III, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001, p. 411-422.

\_\_\_\_\_. (1975c) Poder-Corpo. In: Microfísica do Poder, Ed. Graal, Rio de Janeiro, 6ª ed., 1986, p. 145 – 165.

\_\_\_\_\_. (1984b) Prefácio à História da Sexualidade. In: Ditos e Escritos XI. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. p. 205 – 213.

\_\_\_\_\_. (1973). Prisões e revolta nas prisões. In: M. Foucault, *Ditos e Escritos IV* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 61 -68.

\_\_\_\_\_. (1977) *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. (1975) *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 2012.

\_\_\_\_\_. (1978b) Uma erudição estonteante. In: *Ditos e escritos VII*. São Paulo: Forense Universitária, 2014. p. 441 – 443.

\_\_\_\_\_. (1979) Um prazer tão simples. In: *Ditos & Escritos IX – Genealogia da Ética, Subjetividade e Sexualidade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. p. 104 – 106.

\_\_\_\_\_. (1983) Um sistema finito diante de um questionamento infinito. In: *Ditos e escritos V*. São Paulo: Forense Universitária, 2014. p. 123 – 140.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. *Lições de direito penal; parte geral*. 15. ed., Rio de Janeiro: Forense, 1995.

FROST, Peter; DUTTON, Jane; MAILIS, Sally; LILIUS, Jacoba, KANOV, Jason & WORLINE, Monica. Seeing organizations differently: Three lenses on compassion. In: CLEGG, Steward R.; HARDY, Cynthia; & LAWRENCE, B. **The SAGE handbook of organization studies**. London: SAGE Publications. p. 843-866. 2006.

FULTON, Robert. *Death and Identity*. New York: John Wiley, 1965

GAMBURGO, Lilian Juana Levenbach de; MONTEIRO, Maria Inês Bacellar. Singularidades do envelhecimento: reflexões com base em conversas com um idoso institucionalizado. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 31-41, mar. 2009.

GAO, Bai. Efficiency, culture, and politics: the transformation of Japanese management in 1946–66. **The Sociological Review**, v. 46, n. S1, p. 86-115, 1998.

GARFINKEL, Harold. *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

GARTHWAITE, Kayleigh. ‘The language of shirkers and scroungers?’ Talking about illness, disability and coalition welfare reform. **Disability & Society**, v. 26, n. 3, p. 369-372, 2011.

GASPARI, Elio. *A Ditadura Encurralada*. São Paulo: Companhia de Letras, 2004.

GELL, Alfred. *Art and agency: an anthropological theory*. Oxford: Clarendon, 1998.

GELIS, Antônio. Biopoder e Complexidade: Órgãos e Células como Sujeitos e Objetos de Regulação Estatal. 32º Encontro Anual da Anpocs. Disponível em: < <http://anpocs.org/index.php/papers-32-encontro/gt-27/gt07-12/2328-antoniogelis-biopoder/file> >. Acesso em: 11 mar. 2017.

GITTINGS, Clare. “Boa Morte, perspectivas históricas”. In: HOWARTH, Glennys e LEAMAN, Oliver. **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Lisboa: Círculo de leitores, p. 64. 2004.



GLASER, Barney; STRAUSS, Anselm. The social loss of dying patients. **The American Journal of Nursing**, p. 119-121, 1964.

\_\_\_\_. Awareness of Dying. Chicago: Aldine. 1965.

\_\_\_\_. Time for Dying. Chicago: Aldine, 1968.

GODOY, Claudiana Viana. **A geografia dos serviços e equipamentos da saúde: a expansão das “clínicas médicas populares” no Centro em Fortaleza - CE**. Dissertação (Mestrado em Geografia). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, p. 172. 2015

GOFFMAN, Ervin. (1959) A representação do Eu na vida cotidiana. 18 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2011

\_\_\_\_. (1974) Frame Analysis: an essay on the organization of experience. Boston: Northeastern University Press. 1986.

\_\_\_\_. (1963) Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada Rio de Janeiro: LTC, 1988.

\_\_\_\_. (1961) Manicômios, prisões e conventos. São Paulo, Perspectiva. 1974.

GOLDENBERG, Miriam. A arte de pesquisar. Rio de Janeiro: Editora Record, 2002.

GOMES, Barbara et al. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. **BMC palliative care**, v. 12, n. 1, p. 1 - 13, 2013.

GONÇALVES, Valéria Freire et al. Estimativa de subnotificação de casos de aids em uma capital do Nordeste. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 356-364, set. 2008.

GONSAGA, Ricardo Alessandro Teixeira et al. Evaluation of the mortality due to external causes. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 263-267, Aug. 2012.

GORER, Geoffrey. The Pornography of Death. **Encounter**. v. 5, n. 4., p. 49-52, out. 1955.

GRUPO de Trabalho da Susep junto à Comissão Consultiva sobre Microseguros no Brasil, 2009. III Relatório Parcial. Objetivos: Identificação das Partes Interessadas nos Microseguros e seus Respectivos Papéis. Disponível em: < <http://www.susep.gov.br/textos/relnmicroseg3.pdf> >. Acesso em: 12 dez. 2016.

GUIMARÃES, Elias. Lucros do outro mundo. *Jornal Estado de Minas*, Belo Horizonte, p. 4, 05 mai. 2013.

GUIMARÃES, Marco Aurélio e SOARES, Edson Garcia. Protocolo para Manejo do Óbito: Encaminhamento dos Corpos e Declaração de Óbito. p. 187 – 194. In: SANTOS, José Sebastião dos (org). **Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à Rede de Saúde**. Elsevier Editora: Rio de Janeiro. 2012.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. **O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva** Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. São Paulo, p. 228. 2003.

GUTTING, Gary. Introduction Michel Foucault: A User's Manual. In: \_\_\_\_ (Ed.). **The Cambridge Companion to Foucault**. Cambridge: Cambridge University Press, 2005. v. 2, p. 1 – 28.

HACKING, Ian. How Should We Do the History of Statistics? In: BURCHELL, Graham; GORDON, Colin; MILLER, Peter (eds.). **The Foucault Effect: Studies in Governmentality**. Chicago: The University of Chicago Press. 1991. p. 181 – 196.

HALLAM, Elizabeth; HOCKEY, Jenny. *Death, memory and material culture*. Berg, Oxford: Unknown Publisher, 2001.

HALLAM, Elizabeth; HOCKEY Jenny; HOWARTH Glennys. *Beyond the body. Death and social identity*. London: Routledge; 1999.

HARPER, Sheila. Behind closed doors? Corpses and mourners in English and American Funeral Premises. In: HOCKEY, Jenny; KOMAROMY, Carol; WOODTHORPE, Kate (Ed.). **The Matter of Death**. Palgrave Macmillan, London, 2010. p. 100-116.

HARRIS, Stanley E.; SUTTON, Robert I. Functions of parting ceremonies in dying organizations. **Academy of Management Journal**, v. 29, n. 1, 1986. p. 5 – 30.

HELAL, Sandro Georges; CUNHA, Marina da Silva. Microcrédito: origens, pobreza e exclusão bancária no Brasil. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, v. 39, n. 3, 2017. p. 293 – 303.

HAYSLIP JR, Bert; SEWELL, Kenneth W.; RIDDLE, Russell B. “The American Funeral”. In: BRYANT, Clifton D. **Handbook of death and dying**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003, p. 587-597.

HERTZ, Robert. 1960 (1907). “A Contribution to the Study of the Collective Representation of Death”. In: **Death and the Right Hand**. London: Cohen and West. p. 29 – 86.

HOCKEY, Jenny. *Experiences of Death: an anthropological account*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1990.

\_\_\_\_. ‘The view from the west: reading the anthropology of non-western death ritual’. In: HOWARTH, Glennys e JUPP, Peter C. (eds). **Contemporary Issues in the Sociology of Death, Dying and Disposal**, p. 3–16, London: Macmillan. 1996.

HOCKEY, Jenny; KOMAROMY, Carol; WOODTHORPE, Kate. *The matter of death – Space, Place and Materiality*. London, Palgrave Macmillan, 2010.

HOWARTH, Glennys. “Coroner”. In: HOWARTH, Glennys e LEAMAN, Oliver. **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Lisboa: Círculo de leitores, 2004. p. 133 – 135.

\_\_\_\_\_. *Death and dying: A sociological introduction*. Malden: Polity, 2007a.

HOWARTH, Glennys. “From Theft to Donation: Dissection, Organ Donation and Collective Memory”. In: VAN BRUSSEL, Leen; CARPENTIER, Nico (Ed.). **The Social Construction of Death**. Palgrave Macmillan, London, 2014. p. 205-220.

\_\_\_\_\_. “Funerais”. In: HOWARTH, Glennys; LEAMAN, Oliver (ed). **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Lisboa: Círculo de Leitores, 2004. p. 243-246.

\_\_\_\_\_. *Last rites: the work of the modern funeral director*. Amityville/Nova York: Baywood, 1996.

\_\_\_\_\_. “Morte Inesperada”. In: HOWARTH, Glennys e LEAMAN, Oliver. **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Lisboa: Círculo de leitores, 2004. p. 365 – 367.

\_\_\_\_\_. “Natural Death Movement”. In HOWARTH, Glennys; LEAMAN, Oliver (ed.). **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Lisboa: Círculo de Leitores, 2004. p. 379-380.

\_\_\_\_\_. Professionalising the funeral industry in England 1700–1960. In: HOWARTH, Glennys; JUPP, Peter C. (ed.). **The changing face of death**. Palgrave Macmillan, London, 1997. p. 120-134.

\_\_\_\_\_. Whatever happened to social class? An examination of the neglect of working class cultures in the sociology of death. **Health Sociology Review**, v. 16, n. 5, p. 425 – 435, 2007b.

HOYLER, Siegfried. O boato: comunicação patológica. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 6, n. 21, p. 59-73, dez. 1966.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de população e Indicadores Sociais. *Tábuas abreviadas de mortalidade por sexo e Idade*, 2010.

\_\_\_\_\_. Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: População do Brasil é de 190.755.799 pessoas. 2011. Disponível em: < <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?view=noticia&id=3&idnoticia=1866&busca=1&t=primeiros-resultados-definitivos-censo-2010-populacao-brasil-190-755-799-pessoas> >. Acesso em: 28 out. 2016.

ILLICH, Ivan. *Disabling professions*. London: Marion Boyars. 1977.

IVATURY, Gautam. “Using Technology to Build Inclusive Financial Systems.” Washington: CGAP. 2006. Disponível em: < <http://www.cgap.org/sites/default/files/CGAP-Focus-Note-Using-Technology-to-Build-Inclusive-Financial-Systems-Jan-2006.pdf> >. Acesso em: 22 jan. 2018.

JALLAND, Patricia. 2010. *Death in War and Peace: Loss and Grief in England 1914–1970*. Oxford: Oxford University Press. 2010.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; LAURENTI, Ruy; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 643-654, jun. 2007.

\_\_\_\_. O Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM: Concepção, Implantação e Avaliação. In: Ministério da Saúde; OPAS e Fundação Oswaldo Cruz. (Org.). A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde – Produção e disseminação de informação sobre saúde no Brasil. 1 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009, v. 1, p. 71-108.

\_\_\_\_. Tábua completa de mortalidade para o Brasil - 2014 - Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. 2015. Disponível em: < [ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade\\_2014/notastecnicas.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2014/notastecnicas.pdf) >. Acesso em: 19 set. 2017.

JÚNIOR, Cláudio Santiago Dias. O impacto da mortalidade por causas externas e dos homicídios na expectativa de vida: uma análise comparativa entre cinco regiões metropolitanas do Brasil. Trabalho apresentado no 2º Congresso Português de Demografia, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 27 a 29 de Setembro, 2004.

JUPP, Peter. From dust to ashes: Cremation and the British way of death. New York: Springer, 2005.

KATZ, David. – Autópsia. In: HOWARTH, Glennys e LEAMAN, Oliver. **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Lisboa: Círculo de leitores, 2004. p. 53 – 55.

KATZ, Jeanne. Casas de Repouso. In: HOWARTH, G.; LEAMAN, O. **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Lisboa: Círculo de Leitores, 2004. p. 89 – 91.

KELLEHEAR, Allan. Boa Morte. In: HOWARTH, Glennys e LEAMAN, Oliver. **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Lisboa: Círculo de leitores, 2004. p. 63.

KEMP, Elyria e KOPP, Steven W. Have you made plans for that big day? Predicting intentions to engage in funeral planning. **Journal of Marketing Theory and Practice**, v. 18, n. 1, p. 81-90, dez. 2010.

KONTY, Kevi; ZIMMEMAN, Regina; GLOVER, Maleeka e LEKIACHVILI, Akaki. Overreporting of Deaths From Coronary Heart Disease in New York City Hospitals, Preventing Chronic Disease, v. 7, n. 3, 2003.

KOPP, Steven W.; KEMP, Elyria. The Death Care Industry: A review of regulatory and consumer issues. **The Journal of Consumer Affairs**. v. 41, n. 1, p. 150 – 173, 2007

KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro. Ser discreto: um estudo sobre o Brasil urbano atual sob a ótica do luto. Relatório de Pesquisa, João Pessoa, Grem/DCS/UFPB. 2001.

KROEMER, K. H. E.; GRANDJEAN, E. Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 328p.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. (1969) Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

KUMAR, Anjali (coord.). (2004), Brasil: acesso a serviços financeiros. Rio de Janeiro/ Washington, DC, Ipea, Banco Mundial.

LADERMAN, Gary. *The sacred remains: American attitudes toward death, 1799-1883*. New Haven & London: Yale University Press, 1999.

\_\_\_\_\_. *Rest in Peace: A Cultural History of Death and the Funeral Home in Twentieth-Century America*. New York: Oxford University Press, 2003.

LAMOUR, Corinne; DE LA ROBERTIE, Catherine. A definition of shopping prescription and its integration into the decision-making process. **Journal of Marketing Trends**, v. 2, n. 1, p. 83–89, jan. 2015.

LATOUR, Bruno. *Reagregando o Social*. Bauru, SP: EDUSC/ Salvador, BA: EDUFBA. 2012.

LAU, Phillips. Morte Cerebral. In: **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Lisboa: Círculo de Leitores, 2004. p. 358 – 359.

LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Revista de saúde pública**, v. 25, 1991, p. 407-417.

\_\_\_\_\_; JORGE, Maria Helena. *O atestado de óbito*. São Paulo: Centro da OMS para a classificação de doenças em português. 2016.

LAW, John. Notes on the Theory of the Actor Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity. p. 1 – 11, 1992. Disponível em: < <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/soc054jl.html> >. Acesso em: 12 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. *Organizing modernity*. Oxford: Blackwell, 1993.

\_\_\_\_\_. *After method: Mess in social science research*. London: Routledge, 2004.

LEAMAN, Oliver. Morte Social. In: HOWARTH, Glennys e LEAMAN, Oliver. **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Lisboa: Círculo de leitores, 2004. p. 370 – 371.

LEBRÃO, Maria Lúcia. Estudos de morbidade: usos e limites. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 4, n. 1-2, p. 51-57, 1995.

LEFEBVRE, Henri. *A vida cotidiana no mundo moderno*. São Paulo: Ática, 1991.

LEMKE, Thomas. Foucault, Politics, and Failure - A Critical Review of Studies of Governmentality. In: NILSSON, Jacob; WALLENSTEIN, Sven-Olov (ed). **Foucault, Biopolitics, and Governmentality**. Södertörns högskola, 2013. p. 33 – 52.

\_\_\_\_\_. *Biopolitics: an advanced introduction*. New York: New York University Press 1. 2011a.

\_\_\_\_\_. *Beyond Foucault: From Biopolitics to the Government of Life*. In: BRÖCKLING, Ulrich; KRASMANN, Susanne; LEMKE, Thomas (Ed.). **Governmentality: current issues and future challenges**. Routledge, 2011b. p. 165 – 184.

LÉVI-STRAUSS, Claude. *Tristes Trópicos*. Editora Anhembi Limitada, São Paulo, 1957.

LEWGOY, Júlia. Por que planos funerários podem valer a pena. *Revista Exame*, São Paulo, 26 out. 2016. Disponível em: < <http://exame.abril.com.br/seu-dinheiro/por-que-planos-funerarios-podem-valer-a-pena/#respond> > Acesso em: 4 dez. 2016.

LIPSKY, Michael. (2010), *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York, Russell-Sage Foundation.

LIMA, Luis; CURY, Teo. “Indústria da morte” cresce com vigor e se mostra imune à crise. *Revista Veja*, São Paulo, 28 nov. 2015 Disponível em: < <http://veja.abril.com.br/economia/industria-da-morte-cresce-com-vigor-e-se-mostra-imune-a-crise/> >. Acesso em: 7 dez. 2016.

LUZ, Talita Ribeiro. **TELEMAR-Minas: competências que marcam a diferença**. Tese (Doutorado em Administração) – Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p. 307. 2001.

MACENTE, Luciene Bolzam; ZANDONADE, Eliana. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 173-181, 2010.

MACHADO, Maria Helena. *Perfil dos Médicos no Brasil*, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria. Morte no hospital e no domicílio: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Paraná, Brasil (1996 a 2010). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 833-840, mar. 2015.

MARRE, Jacques Leon. História de vida e método biográfico. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, UFRGS, v. 3, n. 3, p. 89-141, 1991.

MARTINS, Danilo Henrique. As relações sociais de Erving Goffman: um quadro de interação. *Ciências Sociais Unisinos*, São Leopoldo, v. 50, n. 2, p. 180 - 181, maio/ago. 2014.

MATOS, Sonia Gesteira e; PROIETTI, Fernando A; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Confiabilidade da informação sobre mortalidade por violência em Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 76-84, feb. 2007.

MCDANIEL, Stephen; MOORE, Steven B. Pre-Production Relationship Marketing. *Journal of Relationship Marketing*, v. 4, n. 1-2, p. 73-90. 2005.

MCHOUL, Alec; GRACE, Wendy. *A Foucault Primer: Discourse. Power and the Subject*, London: Routledge, 1993.

MEMMI, Dominique. Governing through speech: The new state administration of bodies. *Social Research*, v. 70, n. 2, p. 645-658, 2003.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito Municipal Brasileiro*. 8ª ed. São Paulo: Malheiros, 1996.

\_\_\_\_\_. *Direito administrativo brasileiro*. 42. ed. São Paulo: Malheiros, 2016.

MELLOR, Phillip. Death in high modernity: the contemporary presence and absence of death. *The Sociological Review*. v. 40, n. S1, p. 11 – 30, mai. 1993.

MENEZES, Rachel Aisengart. Tecnologia e "Morte Natural": o morrer na contemporaneidade. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 367-385, dez. 2003.

MESA-LAGO, Carmelo. *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification and Inequality*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1978.

METCALF, Peter; HUNTINGTON, Richard. *Celebrations of death: the anthropology of mortuary ritual*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

MINAS GERAIS. Lei nº 14.183, de 30 de janeiro de 2002. Torna obrigatória a afixação, em hospital e clínica, de cartaz com informações sobre os procedimentos a serem adotados em caso de óbito de paciente.

\_\_\_\_\_. Lei nº 15758, de 04 de outubro de 2005. Regulamenta o transporte intermunicipal de cadáveres e ossadas humanas no estado. Secretária Estadual de Saúde.

\_\_\_\_\_. Resolução SES nº 4798, de 29 de maio de 2015. *Institui Regulamento Técnico que disciplina as condições mínimas para instalação, funcionamento e licenciamento de estabelecimentos prestadores de serviços funerários e congêneres, públicos ou privados, no Estado de Minas Gerais*.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Seis características das mortes violentas no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 135-140, jun. 2009.

MINNAERT, Ana Cláudia de Sá Teles; FREITAS, Maria do Carmo Soares. Práticas de higiene em uma feira livre da cidade de Salvador (BA). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1607-1614, jun. 2010.

MIRANDA, Francisco Cavalcanti Pontes de. *Tratado de Direito Privado*. 4º ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1983. 60t.

MIRANDA, Gabriel Mattioli de. *Serviços funerários e livre iniciativa – perspectiva jurisprudencial (STF/STJ/TJSP)*. Monografia (Especialização em Direito) – Sociedade Brasileira de Direito Público – SBDP, São Paulo, p. 81. 2011.

MITFORD, Jessica. (1963) *American way of death. Revisited*. New York: Vintage Books, 2011.

MOL, Annemarie. *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press, 2002.

\_\_\_\_\_; LAW, John. "Complexities: An Introduction". In: \_\_\_\_\_. **Complexities: social studies of knowledge practices**. Durham: Duke University Press. 2002.

MORAIS, Isabela, 2009, Pela Hora da Morte: Estudo sobre o Empresariar da Morte e do Morrer, Uma Etnografia no Grupo Parque das Flores, em Alagoas. **Rev. Inter-Legere (UFRN)**, n. 12, p. 215 - 248., jan/jun. 2013.

MUNIESA, Fabian; MILLO, Yuval; CALLON, Michel. An introduction to market devices. **The sociological review**, v. 55, n. s2, p. 1-12, 2007.

MUNRO, Iain. The management of circulations: Biopolitical variations after Foucault. **International Journal of Management Reviews**, v. 14, n. 3, p. 345-362, 2011.

MURPHY, Robert F, SHEER, Jessica, MURPHY, Yolanda, and MACK, Richard, “Physical Disability and Social Liminality: A Study in the Rituals of Adversity”, **Social Science and Medicine**, v. 26, n. 2, p. 235-42. 1988.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes et al. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 97-102, abr. 2006

NADER, Paulo. Introdução ao estudo do direito. 36. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

NAVA, Pedro. Beira-mar - Memórias IV. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.

NEAD, Lynda. Myths of Sexuality: Representations of Women in Victorian Britain. Oxford: Basil Blackwell. 1988.

NERI, Marcelo Cortes (Coord). A nova classe média. Rio de Janeiro: FGV/ IBRE, CPS, 2008. Disponível em: < [http://www.cps.fgv.br/ibrecps/M3/M3\\_TextoFinal.pdf](http://www.cps.fgv.br/ibrecps/M3/M3_TextoFinal.pdf) >. Acesso em: 20 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Back to the Country of the Future: European Crisis, Forecasts and the New Middle class in Brazil. Rio de Janeiro: FGV/CPS, 2012. Disponível em: < [http://www.cps.fgv.br/cps/bd/ncm2014/NCM2014\\_ENG\\_SUMARIO\\_final.pdf](http://www.cps.fgv.br/cps/bd/ncm2014/NCM2014_ENG_SUMARIO_final.pdf) >. Acesso em: 21 fev. 2018.

NEVES, Lucília de Almeida. Memória, história e sujeito: substratos da identidade, **História Oral – Revista da Associação Brasileira de História Oral**, v. 3, p. 109-116, jun. 2000.

NEVES, Marcos Freire de Andrade; DAMO, Arlei Sander. Dinheiro, emoção e agência: uma etnografia no mercado funerário de Porto Alegre. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 7-36, abr. 2016.

NOGUEIRA, Roberto P. Características econômicas da medicina liberal. **Educación Médica y Salud**, v. 25, n. 2, p. 118-125, 1991.

NOZOE, Nelson Hideiki; BIANCHI, Ana Maria; RONDET, Ana Cristina Ablas. A nova classificação brasileira de ocupações: anotações de uma pesquisa empírica. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 234-246, dez. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. 3 ed. São Paulo: EDUSP, 1996.



OLIVEIRA, Antonio. Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 1551-1573, dez. 2012.

OLIVEIRA, Fátima. Saúde da população negra. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 114, 2003.

OLIVEIRA, Paulo Antônio Barros; MENDES, Jussara Maria. Acidentes de trabalho: violência urbana e morte em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, p. S73-S83, 1997.

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. MELHOR EM CASA: DISPOSITIVO DE SEGURANÇA. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e2660015, 2017.

O'NEILL, Kevin D. "Disciplining the dead". In: WEISS, Gail; HABER, Honi (Eds.), **Perspectives on embodiment**. New York: Routledge. p. 213-231. 1999.

\_\_\_\_\_. Death, lives, and video streams. **Mortality**, v. 13, n. 2, 2008, p. 174-186.

OUVERNEY, Assis Mafort; NORONHA, José Carvalho de. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 143-182.

PAGE, Susie. Never say die: CPR in hospital space. In: HOCKEY, Jenny; KOMAROMY, Carol; WOODTHORPE, Kate (Ed.). **The Matter of Death**. Palgrave Macmillan, London, 2010. p. 19-34.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PARSONS, Brian. **Change and development of the British funeral industry in the 20th century with special reference to the period 1960–1994**. Tese (Doutorado em *Business Studies*) – University of Westminster, Westminster, Reino Unido, p. 312. 1997.

\_\_\_\_\_. Yesterday, today and tomorrow. The UK funeral industry in the twentieth century. **Mortality**, v. 4, p. 127 – 145. 1999.

\_\_\_\_\_. Conflict in the context of care: an examination of role conflict between the bereaved and the funeral director in the UK. **Mortality**, v. 8, n. 1, p. 67-87, 2003.

\_\_\_\_\_. **The Evolution of the British Funeral Industry in the 20th Century: From Undertaker to Funeral Director**. Bingley: Emerald Publishing Limited, 2018.

PEARSON, Parker. Mortuary practices, society and ideology: an ethnoarchaeological study. In: HODDER, Ian (ed.). **Symbolic and structural archeology**. Cambridge University Press, Cambridge, 1992.

PERRY, Mark, O'HARA, Kenton, SELLEN, Abigail, BROWN, Brown. and HARPER, Richard. Dealing with mobility: understanding access anytime, anywhere. **ACM Transactions in Human-Computer Interaction**, v. 8, n. 4, p. 323-47. 2001.

PIERSON, Paul. Politics in time: history, institutions, and social analysis. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2004.

PINE, Vanderlyn R.; PHILIPS, Derek L. The Cost of Dying: A Sociological Analysis of Funeral Expenditures. **Social Problems**, v. 17, n. 3, p. 405-417, 1970.

PORTER, Theodore M. Trust in numbers: The pursuit of objectivity in science and public life. Princeton: Princeton University Press, 1996.

PORTO, Ivalina; KOLLER, Sílvia H.. Violência contra idosos institucionalizados. **Psic, São Paulo**, v. 9, n. 1, p. 1-9, jun. 2008.

PRICE, Linda; ARNOULD, Eric J.; TIERNEY, Patrick. Going to Extremes: Managing Service Encounters and Assessing Provider Performance. **Journal of Marketing**, v. 59, n. 2, p. 83-97, abr. 1995.

PRIOR, Lindsay. The social organisation of death: Medical discourse and social practices in Belfast. London: Springer, 1989.

\_\_\_\_\_. "Certidão de Óbito". In: HOWARTH, Glennys e LEAMAN, Oliver. **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Lisboa: Círculo de leitores, 2004. p. 104 – 106.

PYYHTINEN, Olli; TAMMINEN, Sakari. We have never been only human: Foucault and Latour on the question of the anthropos. **Anthropological Theory**, v. 11, n. 2, 2011, p. 135-152.

RAFFNSØE, Sverre; MENNICKEN, Andrea; MILLER, Peter. The foucault effect in organization studies. **Organization Studies**, p. 1 - 28, 2017.

RAMIRES, Júlio Cesar Lima. Cidades médias e serviços de saúde: algumas reflexões sobre os fixos e os fluxos. In: SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão (org.). **Cidades médias: espaço em transição**. 1. ed. Expressão Popular, São Paulo, 2007, p. 173-186.

REEDY, Patrick; LEARMONTH, Mark. Death and organization: Heidegger's thought on death and life in organizations. **Organization Studies**, v. 32, n. 1, p. 117-131, 2011.

REIS, João José. (1991) A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX. 6ª Edição. São Paulo: Cia. das Letras, 2012.

REVEL, Jacques. A invenção da sociedade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S.A., 1990.

RIBEIRO, Célia. Etiqueta na prática. Porto Alegre, L&PM Pocket, 2001.

RIBEIRO, Darcy. O Povo Brasileiro. A formação e o Sentido do Brasil. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

RIBEIRO, Rodrigo Fernandes; LARA, Ricardo. O endividamento da classe trabalhadora no Brasil e o capitalismo manipulatório. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 126, p. 340-359, jun. 2016.

RIVELINE, Claude. “De l’urgence en gestion”, **Gérer et Comprendre**, Paris, v. 22, p. 82 – 92, 1991. Disponível em: < <http://riveline.net/urgence.pdf> >. Acesso em: 21 ago. 2016.

ROACH, Mary. *Stiff: The curious lives of human cadavers*. New York: WW. Norton. 2003.

RODABOUGH, Tillman. “The evolution of the legal definition of death”. In: BRYANT, Clifton (Ed.). **Handbook of death & dying**. Thousand Oaks: Sage Publications. 2003. p. 284-291.

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

\_\_\_\_\_. A criação dos cemitérios públicos do Rio de Janeiro enquanto “campos santos” (1798-1851). **Revista do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n. 8, p. 257-278, 2014.

RODRIGUES, José Carlos. *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

RODRIGUES, Nelson. (1965) *A falecida*. São Paulo, Saraiva, 2013.

ROSE, Nicholas. *Powers of freedom: reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.

ROSENBLATT, Paul; WALSH, Patricia; e JACKSON, Douglas. A. *Grief and Mourning in Cross-Cultural Perspectiv*. New Haven, CT: HRAF Press. 1976.

ROSENTHAL, Lawrence. Book review: *Work, Death, and Life Itself: Essays on Management and Organization*. BURKARD SIEVERS. Berlin and New York: De Gruyter, 1994. 346 p. **Management Learning**, n. 26, p. 389, 1995.

ROSSI, Maria José dos Santos. O curar e o cuidar: a história de uma relação (um ensaio). **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 16-21, mar. 1991.

ROWE, Barbara. “Preplanning a Funeral”, Utah State University Extension, October 1, 2001.

RUPPEL SHELL, Ellen. *Cheap: The High Cost of Discount Culture*, 2009, Penguin.

SA, Samantha Dubugras; WERLANG, Blanca Susana Guevara; PARANHOS, Mariana Esteves. Intervenção em crise. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2008.

SALOMONE, Jerome. “The evolution of the funeral home and the occupation of funeral director”. In: BRYANT, Clifton D. **Handbook of Death & Dying**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003, p. 575-587.

SALVADOR, Evilasio. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 104, p. 605-631, dez. 2010.

SANDERS, George. “Late” capital: Amusement and contradiction in the contemporary funeral industry. **Critical Sociology**, v. 35, n. 4, p. 447-470, 2009.

SANTOS, Maria Celeste Cordeiro. Conceito médico-florence de morte. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**. v. 92. p. 341 - 380. 1997.

SANTOS, Milton. (1987) O espaço do cidadão. São Paulo. Editora Universidade de São Paulo, 7. Ed. 1. Reimpressão. 2012.

SANVITO, Wilson Luiz. A morte dessacralizada. **Arquivos Médicos: Hosp. Fac. Ciênc. Med. Santa Casa**, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 48-50, 2012.

SCHACHTER, Sherry. “Hospitais”. In HOWARTH, Glennys e LEAMAN, Oliver. **Enciclopédia da Morte e da Arte de Morrer**. Lisboa: Círculo dos Leitores, 2004. P. 275 – 277.

SCHEFFER, Mário. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 663-666, abr. 2015.

SEALE, Clive. *Constructing death: The sociology of dying and bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

SEYMOUR, Jane Elisabeth. Revisiting medicalisation and ‘natural’ death. **Social Science & Medicine**, v. 49, p. 691-704, 1999.

Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE). Ideias e Negócios – Como montar uma funerária. 2012. Disponível em: < [https://sebrae.com.br/appportal/reports.do?metodo=runReportWEM&nomeRelatorio=ideiaNegocio&nomePDF=Funer%C3%A1ria&COD\\_IDEIA=27b87a51b9105410VgnVCM1000003b74010a\\_\\_\\_\\_\\_](https://sebrae.com.br/appportal/reports.do?metodo=runReportWEM&nomeRelatorio=ideiaNegocio&nomePDF=Funer%C3%A1ria&COD_IDEIA=27b87a51b9105410VgnVCM1000003b74010a_____) >. Acesso em: 29 ago. 2017.

SHARP, Lesley Alexandra. *Bodies, commodities, and biotechnologies: Death, mourning, and scientific desire in the realm of human organ transfer*. New York: Columbia University Press, 2007.

SHELL, Ellen Ruppel. *Cheap: The high cost of discount culture*. New York: Penguin, 2009.

SHNEIDMAN, Edwin S. The Death Certificate. In: **Death: Current Perspectives**. Palo Alto: Mayfield. 1976. p. 148 – 156.

SIEVERS, Burkard. Além do sucedâneo da motivação. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 05-16, mar. 1990.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre a relação entre o trabalho a morte e a própria vida. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 6-9, set. 1997.

SILVA, Cátia Andrade et al. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 97-104, mar. 2007.

SILVA, Justino Adriano Farias da. Tratado de direito funerário. São Paulo: Método Editora, 2000. 2 v.

SILVA, Rondineli Mendes da; CAETANO, Rosangela. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2943-2956, out. 2015

SILVA JÚNIOR, Altamiro. Com humor, Sinaf atrai 400 mil na baixa renda do Rio. **Valor Econômico**, 25 set. 2006. Caderno Finanças, p. C5.

SILVEIRA, MH; LAURENTI, R. Os eventos vitais: aspectos de seus registros e inter-relação da legislação vigente com as estatísticas de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 37-50, mar. 1973.

SIMÕES, Regina Lúcia Giordano et al. Considerações Preliminares. 2008. Disponível em: < <http://www.susep.gov.br/textos/relnicrosseg3.pdf> >. Acesso em: 12 fev. 2018.

SMART, Alan. The unbearable discretion of street-level bureaucrats: corruption and collusion in Hong Kong. **Current Anthropology**, v. 59, n. S18, 2018, p. S37-S47.

SMITH, Jonathan Z. To take place: Toward theory in ritual. Chicago: University of Chicago Press, 1992.

SMITH, Warren. Organizing death: Remembrance and re-collection. **Organization**, v. 13, n. 2, p. 225-244, 2006.

SOUZA, Jessé. A construção social da subcidadania: para uma sociologia política da modernidade periférica. Belo Horizonte, Editora da UFMG, 2003.

\_\_\_\_; ARENANI, Brand. Os batalhadores brasileiros: nova classe média ou nova classe trabalhadora? Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012.

\_\_\_\_. A tolice da inteligência brasileira. Ou como o país se deixa manipular pela elite. São Paulo: LeYa, 2015.

SOUZA, Kátia Cristina Caparroz de; BOEMER, Magali Roseira. O significado do trabalho em funerárias sob a perspectiva do trabalhador. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 27-52, jul. 1998.

SOUZA, Marcos; BOTELHO, Ronaldo Antônio. Métodos artificiais de tanatoconservação. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 4, n. 1-2, p. 33-47, 1999.

SPILLER, Eduardo Santiago; SILVA, Mônica Ferreira da. SINAF seguros. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 213-234, June 2004.

STEIN, Howard F. Death Imagery and the experience of organizational downsizing: or, is your name on Schindler's List? **Administration & Society**, v. 29, n. 2, mai. 1997, p. 222-247.

STEVENSON, Olivia; KENTEN, Charlotte; MADDRELL, Avril. And now the end is near: enlivening and politizising the geographies of dying, death and mourning. **Social & Cultural Geography**, v. 17, n. 2, 2016, p. 153-165.

SUCHMAN, Edward A. A conceptual analysis of the accident phenomenon. **Social Problems**, v. 8, n. 3, p. 241-253, 1960.

SUDNOW, David. *Passing On: The Social Organization of Dying*, New Jersey: Prentice-Hall, 1967.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1725-1736, Dec. 2002.

TAYLOR, Alfred Swaine. *Elements of Medical Jurisprudence*. J. Churchill, 1844. Disponível em: < <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=njp.32101023865882;view=1up;seq=92> >. Acesso em: 15 out. 2017.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolfo. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Editora Unesp, 1996.

THOMAS, Louis-Vicent. *Antropología de la muerte*. Fondo de Cultura Económica, México, 1993.

THÖNNES, Michaela; JAKOBY, Nina. Where People Die. A critical review. **Medical Sociology online**. v. 7, n. 1, feb. 2013. Disponível em: < [http://www.medicalsociologyonline.org/resources/Vol7Iss1/7.1-Where-People-Die\\_Jakoby.pdf](http://www.medicalsociologyonline.org/resources/Vol7Iss1/7.1-Where-People-Die_Jakoby.pdf) >. Acesso em: 9 out. 2017.

THRIFT, Nigel. *Knowing capitalism*. London: Sage, 2005.

TIMMERMANS, Stefan. *Postmortem: How medical examiners explain suspicious deaths*. London: University of Chicago Press, 2007.

TOLOR, Alexander, e MURPHY, Vincent. Some psychological correlates of subjective life expectancy. **Journal of Clinical Psychology**, v. 23, n. 1, p. 21-24, jan. 1967.

TOWNSEND, Chris; TELEVISION, London Channel Four. *Vile bodies: Photography and the Crisis of Looking*. London: Prestel, 1998.

TRAVASSOS, Claudia. Equidade e o Sistema Único de Saúde: Uma contribuição para debate. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.13, n.2, p. 325-330. abr. 1997.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*: 1.ed. São Paulo: Atlas, 1987.

TROMPETTE, Pascale; LEMONNIER, Mélanie. The standardization of the supply chain from dying to disposal. In: **ESF Exploratory Workshop “From Standards To Concerted Programs of Collective Action”**. 2007.

TROMPETTE, Pascale. Customer channeling arrangements in market organization: Competition dynamics in the funeral business in France. **Revue française de sociologie**, v. 48, n. 5, p. 3-33, 2007.

\_\_\_\_\_. The politics of value in French funeral arrangements: Three types of moral calculation. **Journal of Cultural Economy**, v. 6, n. 4, p. 370-385, 2013.

TROYER, John. Embalmed vision. **Mortality**, v. 12, n. 1, 2007, p. 22-47.

TURNER, Victor. (1958) Floresta de símbolos: aspectos do ritual Ndembu. Niterói: EdUFF, 2005.

UGARTE, Sofia. What if the worst happened? Life insurance in London as a Janus-faced technology. *Journal of Consumer Culture*, p. 1-17, 2015.

UNRUH, David. Doing Funeral Directing – Managing Sources of Risk in Funeralization. **Urban Life**. v. 8, n. 2, p. 247 – 263, jul. 1979.

\_\_\_\_\_. Death and personal history: strategies of identity preservation. **Social Problems**, v. 30, n. 3, p. 340 – 351, fev. 1983.

VALENTINE, Christine; WOODTHORPE, Kate. From the cradle to the grave: Funeral welfare from an international perspective. **Social Policy & Administration**, v. 48, n. 5, p. 515-536, 2014.

VAN DER LAAN, Sandra; MOERMAN, Lee C. Consumers lose out in funeral industry lacking competition and regulation: study. **The Conversation**, 22 May 1-3. 2017.

VAN GENNEP, Arnold. (1908). Os ritos de passagem. 2. ed., Trad. Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2011.

VASCONCELOS, Ana Moraes Nogales. A qualidade das estatísticas de óbitos no Brasil. **Rev Bras de Estudos de População**, v. 15, n. 1, p. 115 – 124, jan-jul.1998.

VEATCH, Robert M. Death, dying and the biological revolution. Our last quest for responsibility. New Haven: Yale University Press. Revised edition. 1989.

VEIGA-NETO, Alfredo. Foucault e a educação. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

ZAPATA, Claudia Patricia Vélez. La empresa funeraria: un quehacer entre lo humano y lo econômico. Medellín: UPB, 2008.

VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, jun. 1987.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. introdução. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2463-6. 2007.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, June 2009.

VICTALINO, Ana Paula Vilela Duarte. **Consultório privado para população de baixa renda: o caso das “clínicas populares” na cidade do Recife**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Pernambuco. Recife, p. 111. 2004.

VIEGAS, Mônica. A saúde em Belo Horizonte. In: CEDEPLAR. Projeto Belo Horizonte no século XXI. *Relatório Final*. Belo Horizonte: Cedeplar, 2004

VIGILANT, Lee Garth; e WILLIAMSOM, Jonh B. “To Die, By Mistake”. In: BRYANT, Clifton. (Ed.). **Handbook of Death and Dying**. Thousand Oaks: Sage. 2003. p. 211 – 222.

VOVELLE, Michel. A História dos Homens no Espelho da Morte. In: BRAET, Herman & VERBEKE, Werner (eds.). **A Morte na Idade Média**. São Paulo: EDUSP, 1996, p. 11-26.

WALTER, Tony. Modern Death: Taboo or not Taboo? *Sociology*, v. 25, n. 2, p. 293 – 310, mai. 1991.

\_\_\_\_\_. Facing death without tradition. In: D. Clark (ed.) **The Sociology of Death**, Oxford: Blackwell. 1996.

\_\_\_\_\_. Organizations and death – a view from death studies, **Culture and Organization**, v. 20, n. 1, p. 68-76. 2014.

\_\_\_\_\_. *On Bereavement: The Culture of Grief*. Buckingham: Open University Press, 1999.

\_\_\_\_\_. *The Revival of Death*. London: Routledge, 1994

WEBER, Max. (1904/1920) A ética protestante e o “espírito” do capitalismo. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

\_\_\_\_\_. (1917) *Ciência e política: duas vocações*. São Paulo: Cultrix, 1967.

\_\_\_\_\_. *Ensaio de sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

WOOD, Claire. *Dickens and the Business of Death*. Cambridge: Cambridge University Press, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. (WHO). *International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD -10), Fifth edition*, 2016.

\_\_\_\_\_. *Home-based long-term care: report of a WHO Study Group*. Geneva: World Health Organization; 2000.

YACCOUB, Hilaine. A chamada “nova classe média”: cultura material, inclusão e distinção social. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 17, n. 36, p. 197-231, dez. 2011.

ZIEGLER, J. *Os vivos e a morte*. Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1977.



ZELIZER, Viviana A. Human Values and the Market: the Case of Life Insurance and Death in 19th-Century America, **American Journal of Sociology**, v. 84, n. 3, p. 591-610, nov. 1978.

\_\_\_\_\_. *Purchase of Intimacy*. Princeton: Princeton University Press. 2005.

\_\_\_\_\_. *Economic lives: How culture shapes the economy*. Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2010.