

A documentação de óbito nos arquivos: o público e o privado presente no discurso sobre a morte

The documentation of death in archives: the public and the private present in the discourse on death

Fernanda Kieling Pedrazzi

Universidade Federal de Santa Maria, Av. Roraima, 1000, Prédio 74A, Sala 2125, Campus Sede, Santa Maria, RS, fernanda.k.pedrazzi@ufsm.br

Resumo

Este trabalho visa contribuir com as discussões sobre as interlocuções entre teorias na área de arquivologia e linguística sendo resultado parcial de revisão bibliográfica realizada em uma tese defendida no Programa de Pós-graduação em Letras da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) denominada “O discurso sobre a morte em arquivos institucionais do século XIX”. O artigo tem por objetivo apresentar reflexões teóricas acerca da presença de documentos com o discurso sobre a morte nos arquivos institucionais. Como resultados são encontrados atestados de óbito do final do século XIX em arquivos municipais, com formas e discursos diversos refletindo a falta de normalização da produção documental na época. Considera-se tênue a linha entre o público e o privado, permitindo hoje o acesso a originais e representantes digitais na web.

Palavras-chave: arquivo; discurso sobre; morte; registro público; privado.

Abstract

This work contributes to the discussions on the interlocutions between theories in the area of archival science and linguistics, being a partial result of a bibliographic review made in a thesis defended in the Postgraduate Program in Letters of the Federal University of Santa Maria (UFSM) called “The discourse on death in 19th century institutional archives”. The article aims to present theoretical reflections about the presence of documents with the discourse on death in institutional archives. As a result, death certificates from the end of the 19th century are found in municipal archives, with different forms and discourses reflecting the lack of normalization at the time of documentary production. The line between the public and the private is considered tenuous, as access to originals and digital representatives is now allowed on the web.

Keywords: archive; death; discourse about; private; public record.

1 INTRODUÇÃO

Farge (2011) relaciona os arquivos com fragmentos, relíquias da linguagem. A autora afirma que é através das palavras que “entramos numa das moradas vivas da história, lá onde as palavras formam fraturas num espaço social ou imaginário particular” (FARGE, 2011, p. 16). Weber e Ribeiro (2012, p. 303) realizam sua análise sobre o trabalho em arquivos nos municipais, afirmando que os mesmos são “ricas fontes para pensarmos as histórias locais e

regionais, bem como refletir sobre as condições em que se inserem os homens nas suas realidades específicas”, relacionando a isso diversos trabalhos realizados com base em acervos arquivísticos preservados nestas instituições.

O presente artigo traz reflexões teóricas sobre os documentos de morte que transitam entre o público e o privado realizadas em meio a uma tese que aproxima arquivologia e linguística e que tem como questão teórica principal o discurso sobre a morte. Como questão analítica, a pesquisa do doutorado realizado na área de Letras busca entender no que se diferenciam as textualidades que contêm o discurso sobre a morte nos arquivos do final do século XIX, ou seja, tenta compreender como é discursivizado o fato morte em documentos de óbito de fontes diversas e de tipologias diversas tentando ler, a partir de tais materialidades, como se diz a morte e, ao mesmo tempo, o que não é dito sobre ela.

Bassanezi (2013, p. 142) destaca a “riqueza de informações e das muitas possibilidades de pesquisa contidas nos chamados registros dos eventos vitais — nascimento/batismo, casamento e óbito — elaborados e conservados pela Igreja ou pelo Registro Civil de Pessoas Naturais” e que estão mantidos em seus arquivos.

Os documentos pesquisados se caracterizam por serem vitais e ainda são considerados como fontes nominativas, ou seja, de acordo com Bassanezi (2013, p. 143) “que trazem nomes de pessoas [...] se prestam a cruzamentos entre si e com outras fontes nominativas”. Os documentos a partir dos quais se realizou o trabalho de doutorado são ainda de caráter público e privado, e estão localizados no espaço da cidade de Santa Maria, no centro de estado do Rio Grande do Sul e temporalmente fixadas no final do século XIX. Weber e Ribeiro (2012, p. 305) defendem a importância de utilizar documentos preservados em arquivos públicos, como os municipais (um dos lugares de pesquisa) na realização de trabalhos acadêmicos ligados à história local uma vez que a partir dessa ação são oferecidas “novas perspectivas para a história da cidade”.

Weber e Ribeiro (2012) citam pelo menos sete autores que fizeram uso de documentos do Arquivo Histórico Municipal em suas pesquisas sobre Santa Maria, e afirmam que o material guardado neste espaço é rico e deve ser mais explorado em trabalhos de cunho acadêmico/científico, sendo que os de maior fôlego são aqueles ligados ao ensino das universidades, nos níveis de graduação e pós-graduação, sendo este último o caso da pesquisa aqui apresentada, porém em nível de doutorado.

2 DESENVOLVIMENTO

Nos conjuntos pesquisados no Arquivo Histórico Municipal de Santa Maria para a realização da tese “O discurso sobre a morte em arquivos institucionais do século XIX” (Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal de Santa Maria) foi feita uma análise preliminar geral nos documentos em estudo, a partir de uma leitura mais geral dos acervos e sua localização. No caso do primeiro conjunto de 1896 trabalhado, o Tomo 13, encontrado no Arquivo Municipal, antes mesmo da transcrição dos 86 documentos que estão contidos naquela encadernação, considerou-se que os atestados ali preservados eram usados na administração para controlar os sepultamentos realizados, gratuitamente ou não, no cemitério vinculado à Intendência Municipal.

A análise da escrita dos atestados de óbito e sua transcrição, o discurso sobre a morte a partir dos diferentes lugares e sujeitos, a normalização do documento de morte e a tensão sobre a informação e o espaço público e privado são parte das questões abordadas a seguir.

2.1 Conhecendo e estabilizando o objeto: a escrita nos atestados de óbito e sua transcrição

O conjunto dos documentos sobre a morte na pesquisa de doutorado referida é do final do século XIX e, portanto, manuscrito. A transcrição dos documentos tornou-se uma exigência para a realização do trabalho uma vez que foram encontradas dificuldades na leitura dos manuscritos relativas à grafia complexa e de diferentes pessoas.

A leitura paleográfica, como é chamada a leitura de documentos manuscritos, considera não apenas “a língua em que o documento foi escrito como também a língua na época da inscrição” (BERWANGER; LEAL, 2008, p. 89), além disso, necessita de atenção às abreviaturas utilizadas, bem como à grafia das palavras e à caligrafia, entre outros aspectos relevantes. Berwanger e Leal (2008, p. 90) destacam que o paleógrafo deve estudar e ter conhecimento a respeito “do vocabulário, grafia, abreviaturas e terminologia da época do documento” oferecendo exemplos do que chamaram de vocábulos e grafia arcaicos e de abreviaturas, que, em sua concepção, são elementos que “dificultam a transcrição paleográfica” (2008, p. 92).

Do ponto de vista da análise da letra do escrevente, algumas das maiores dificuldades, já apontadas por Berwanger e Leal (2008), dizem respeito à caligrafia em si, quando há dificuldade para identificar letras que são grafadas de forma parecida, ou por apresentar emendas entre palavras, falta de pingos nos “is”, de pontuação para determinar a forma de leitura, o desequilíbrio no tamanho das letras não permitindo uma comparação dentro do

próprio documento, especialmente nos mais curtos que não apresentam a repetição da palavra ou letra em questão. No conjunto analisado seria impraticável ter de realizar a compreensão das letras a cada retorno ao arquivo pois haveria o risco de compreender de modo diferente cada olhar lançado aos documentos. Ao todo, trabalhou-se com 275 documentos manuscritos.

Respeitando o que foi produzido em nosso país sobre as etapas e normas de transcrição, após a seleção das fontes, foi feita uma leitura preliminar, com vistas ao reconhecimento do material e preparação para a transcrição. É relevante apontar que se observou que a informação contida nos documentos, a solicitação de sepultamento, que acontecia principalmente de forma indireta pela entrega de um atestado de óbito, era assinada por cidadãos que viviam na zona urbana ou rural, com diferentes profissões naquele final de século, e era acompanhada, na grande maioria dos casos, por um despacho da Intendência, ou seja, por um posicionamento a respeito do que ali estava. A assinatura do intendente autorizava o sepultamento, com ou sem despesas para o solicitante, usando formulações como “Dê-se sepultura” ou “Sepulte-se” acompanhada da palavra “grátis” em casos de que se comprovasse ou atestasse pobreza. Considerando o que Venturini (2009, p. 77) menciona a respeito do discurso, o sujeito “projeta a imagem que faz de si mesmo, do outro e do objeto do discurso” quando enuncia. Ao enunciar no despacho uma autorização de sepultamento o intendente realiza este movimento de projeção que é mencionado por Venturini (2009).

Se de um lado o intendente autorizava por despacho, de outro havia um enunciador que solicitava a autorização, na maioria das vezes sem o fazer diretamente. Este movimento era discreto, quase imperceptível. O registro de morte, assinado por diversas autoridades e demais cidadãos, ganhava outra função devido para quem se apresentava o documento: a Intendência. Os médicos que viveram na Santa Maria de 1896 fazem parte do grupo de pessoas que atestavam a morte nos documentos que formam o arquivo da pesquisa, mas não somente eles. Estes profissionais tinham posição de destaque nesta sociedade pelo que exerciam: a medicina. O exercício da profissão era parte de um discurso da ciência o que fazia fugir ao cidadão comum o sentido de muito do que era escrito, registrado. O médico ainda tratava de algo que poucos gostam: a morte. O discurso sobre a morte de um médico tem autoridade que outros discursos não têm, aquela dada pela ciência e o conhecimento.

2.2 Os lugares do registro de óbito

Os documentos que compõe o arquivo da tese trazem consigo um discurso que circula no âmbito do privado, uma vez que se trata da morte de um sujeito que tinha a sua vida, os

seus documentos, o seu arquivo pessoal. Esta morte, no entanto, tem outra circulação, tornando-a também pública uma vez que o documento é apresentado para a Intendência e passa a compor um acervo público. No momento em que o atestado era apresentado, este documento é entregue e preservado na instância governativa do público. De outro lado, os demais conjuntos utilizados na pesquisa são privados (o da Igreja e o do Cartório) e podem ser consultados, mediante solicitação de acesso (com ou sem pagamento). Ou seja, estes são originados de um fato privado, e retornam ao ambiente privado, com acesso regulado.

O atestado de óbito, de maneira geral, tem a função de servir como fonte para que se possa fazer a certidão de óbito. Esta, por sua vez, é utilizada imediatamente para que se possa “liberar” o corpo para o enterro, ou outro fim que se for dar ao mesmo. Laurenti e Jorge (1983, p. 39) afirmam que este documento “é necessário a partir de que ou de quando se começa a ter um cadáver, sendo, portanto, necessário promover seu enterramento”. Os autores fazem uma ressalva sobre a controvérsia no tema quando se refere às perdas (ou mortes fetais) durante a gestação. Para isso os autores indicam que é designado como “nascido morto” aquele nasce e morre a partir de 28 semanas de gestação, o que tem relevância sob o aspecto jurídico. Mesmo sendo oposto ao nascido vivo, “é considerado cadáver [o nascido morto], sujeito a registro civil e conseqüente enterramento”, segundo o direito internacional pelas palavras de Laurenti e Jorge (1983, p. 40).

No período do Império, o registro de óbito era feito nas paróquias, local onde eram apresentados os atestados. No ano de 1870, Dom Pedro II decretou que de dez em dez anos deveria ser realizado o recenseamento da população do Império e que, portanto, “o Governo organizará o registro dos nascimentos, casamentos e óbitos [...] e creará na capital do Império uma Directoria Geral de Estatística” a qual estava incumbida, entre outras coisas, de “organizar quadros annuaes dos nascimentos, casamentos e óbitos” (BRASIL, 1870).

Em 1888, o Decreto nº 9.886, assinado pelo Barão de Cotegipe, “em nome do Imperador”, regulamenta os fatos de nascimento, casamento e morte enquanto registros civis e de responsabilidade do Império. No terceiro capítulo é tratado especificamente o registro dos óbitos, confirmando, no artigo 74, que “nenhum enterramento se fará sem certidão do Escrivão de Paz do districto, em que se tiver dado o fallecimento. Essa certidão será expedida sem despacho (art. 38), depois de lavrado o respectivo assento de óbito em vista de atestado de medico ou cirurgião, si houver no lugar do fallecimento, e, si o não houver, de duas pessoas qualificadas, que tenham presenciado ou verificado o obito” (BRASIL, 1888, s/p). No final do texto do Decreto são apresentados modelos de assentamento, sendo que o de óbito se constitui no modelo que se reproduz na sequência.

Nº.....- Aos..... dias do mez de..... do anno de....., neste..... Districto de Paz da Parochia de..... Município de..... Província de, compareceu em meu cartório F.....(alguma das pessoas referidas no art. 76, indicando-se a qualidade em que se apresenta), e exhibindo attestado de (o nome do medico ou do cirurgião, ou das duas pessoas de que trata o final do art. 74) declarou: - Que (seguir-se-hão as declarações que, na conformidade dos arts. 77 e 78, forem cabidas a respeito do fallecido). – E para constar lavrei este termo, que assigno com o declarante (ou com F..... a rogo do declarante, por não poder ou não saber este assignar). Eu F....., Escrivão de Paz, o escrevi (BRASIL, 1888).

Apesar de representar um distanciamento entre o poder da Igreja e do Império, o registro da morte em cartório de registro civil ainda tem a marca do religioso na indicação da “Parochia” a qual faz parte a localidade em que aconteceu o óbito.

No ano de 1891, já depois de proclamada a República, pelo Decreto nº 10 o Presidente da República faz um complemento ao Decreto nº 9.886 de 1888 no que diz respeito à 1ª Vara cível na capital federal e afirma que “subsistem as disposições dos decretos citados na parte em que não se oppuzerem” a legislação apresentada naquele momento, ou seja, retoma e reafirma aquela indicação do período Imperial. A mudança fundamental que houve, na transição de um sistema de governo para outro, especificamente nas implicações de registro, diz respeito à responsabilidade de abrir e encerrar os livros de registros que passou do Juiz de Direito, no Império, para o Juiz de Paz, na República, conforme consta no Decreto nº 605, de 1890, assinado pelo “Generalíssimo Manoel Deodoro da Fonseca, Chefe do Governo Provisório da Republica dos Estados Unidos do Brazil, constituído pelo Exercito e Armada”, conforme consta na apresentação do referido Decreto, indicando a mudança do governo e a exaltação do então “chefe provisório”.

Levando em conta as questões históricas que permeiam este fazer de registro de óbito, porém, retomando a discussão sobre a questão do discurso, e considerando a função e o trâmite do documento para que se possa enterrar o morto e constituir-se em estatísticas úteis a saúde pública, deve-se admitir que o attestado de óbito é um discurso que pode estar vinculado a um profissional, o médico, e que este transita pelas esferas privada e pública.

Com o anúncio da morte é corrompida a expectativa de vencer para a vida. Laurenti e Jorge (1983, p. 38) defendem que a morte está entendida como o “desaparecimento permanente de todo sinal de vida”, sem possibilidade de ressuscitação. Com a morte o médico fica frente a sua incapacidade diante da evolução da doença ou diante da simples imposição da fatalidade. Weber (1999) situa que

Ao longo do século XIX, o cuidado com os doentes consistia em recolher os necessitados, assistindo-os material e espiritualmente, além de oferecer os últimos cuidados e sacramentos ao pobre que estava morrendo. A noção de doença era marcada pela visão hipocrática, caracterizada por um desequilíbrio entre os “humores” do corpo. O tratamento reduzia-se a purgas, banhos, fumigações e controle alimentar. A função primordial do hospital, neste contexto, não era a terapêutica, mas a assistência (WEBER, 1999, p. 147).

Do ponto de vista do registro, é importante salientar que quando um médico faz um atestado de óbito ele descreve, com mais ou menos detalhes, no que resultaram seus esforços (ou a falta deles): na morte. Ricœur (2012), em sua obra “Até a morte”, se detém no imaginário do morrer pelo olhar do espectador lutando contra a ideia de ver o doente já como moribundo. Ele reclama por “um olhar que vê o agonizante como ainda vivo, como apelando para os recursos mais profundos da vida, como carregado pela emergência do Essencial em sua vivência de vivo-ainda”, uma realidade que pode ser testemunhada pelo médico, já que convive com a possibilidade de morte no seu fazer (RICŒUR, 2012, p. 17).

Ainda a respeito do registro, Laurenti e Jorge (1983, p. 7) esclarecem que a forma de apresentar a morte a partir do relato do médico não tinha uma uniformidade até o final do século XIX sendo, por isso, que o Atestado de óbito passou a ser matéria de interesse da Organização da Saúde da Liga das Nações, que, por sua vez, constituiu uma Comissão para analisar o que necessitaria ajustar para que os atestados fossem mais completos e mais semelhantes em todos os países.

2.3 A documentação da morte e sua normalização

Somente em 1925 foi definido um modelo de atestado de óbito e este foi publicado, o que fez com que países como a Inglaterra e o Canadá, já em 1927, adotassem o mesmo quando passou a ser estudado nas escolas médicas. Outros países também adotaram o mesmo modelo anos depois, sendo que ele se tornou o “Modelo Internacional de Atestado de Óbito” a partir de 1948, sendo usado a partir da segunda metade do século XX em praticamente todo o mundo. No Brasil, a década de 1950 foi aquela em que o modelo foi adotado e em 1956, a obra “O Clínico e o Bioestatístico”, de Lincoln de Freitas Filho, “abordou, de maneira bastante apropriada, o preenchimento do atestado de óbito. Essa publicação foi muito utilizada por órgãos do Ministério da Saúde, no sentido de ensino e divulgação” (LAURENTI; JORGE, 1983, p. 8).

Desde 1976 há, no Brasil, uma Declaração de Óbito, DO, que deve ser preenchida pelo médico em todo Brasil para atestar a morte de modo a padronizar o registro das

informações (BRASIL, 2009, p. 7). A busca por um preenchimento correto, estimulado por manuais de instruções distribuídos à época, se deve ao fato de a DO se constituir em um formulário, em três vias que são copiadas no momento de sua produção enquanto documento (autocopiativas), que foi previamente estruturado, com base na história do atestar, na experiência médica e na organização das principais informações. A DO, bem como os antigos atestados de óbito, tem uma função legal, de comprovar a morte de alguém, serve para auxiliar nas estatísticas de mortalidade e é de responsabilidade do médico. É considerado um “ato médico” uma vez que “ocorrida uma morte, o médico tem a obrigação legal de constatar e atestar o óbito, usando, para isso, o formulário oficial ‘Declaração de Óbito’” (BRASIL, 2009, p. 9).

A Declaração de Nascido Vivo (DNV) é padronizada na modalidade de formulário e distribuída pelo Ministério da Saúde do Brasil gratuitamente, a partir da qual será emitida, pelo cartório, a certidão de nascimento. A DO, também distribuída pelo Ministério da Saúde, é, da mesma forma, um assentamento uma vez que é a partir dela que se pode, uma vez entregue o documento a um cartório de registro civil, emitir a certidão de óbito. Este documento, no caso brasileiro, é composto de nove blocos onde devem ser registradas informações básicas, sendo que todos os campos devem ser preenchidos. Aquele que se relaciona com a morte em si é aquele que dá espaço para o registro da causa da morte, ou das “causas da morte”, como consta no formulário no bloco VI, onde constam “as condições e causas do óbito”. Neste item, de número 49 no modelo brasileiro atual, na Parte I, deve(m) ser indicada(s) a(s) “doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte”, oferecendo quatro linhas, para até quatro causas sendo que “mencionando-se em último lugar a causa básica”. Na parte II, são oferecidas duas linhas para que sejam apontadas “outras condições significativas que contribuíram para a morte e que não entraram, porém, na cadeia acima [relativa à Parte I]” (BRASIL, 2009, p. 36).

Laurenti e Jorge (1983, p. 9) explicam que “até fins do século passado [o XIX, pois o texto é publicado no XX] não havia, de maneira geral, uniformidade de critérios para a seleção quanto à causa que devesse aparecer como ‘causa da morte’, ainda que, desde os trabalhos de Graunt, 1662, se adotasse o critério de se atribuir para cada morte uma só causa”. Em contraste com o que se pede no formulário utilizado no Brasil nos dias de hoje, pode haver até quatro causas entre a direta e as antecedentes. Junto à causa, deve ser informado o número correspondente à CID, que é a Classificação Internacional de Doenças, de acordo com o diagnóstico e que, segundo os exemplos encontrados, será “preenchido pelos codificadores da Secretaria de Saúde” (BRASIL, 2009, p. 18). O nome dado à causa: primária, principal,

fundamental, também variava de país para país, o que influenciava nas estatísticas de morte, sendo que a causa básica da morte é que deveria ser considerada a partir da adoção desta regra, que é, portanto, onde as políticas de saúde devem ser focadas. A causa imediata, ou causa direta ou terminal, seria apenas o resultado de uma ou de uma série de outras consequências para a saúde.

Andrade (2007, p. 5), com a autoridade de ser, em 2009, presidente do Conselho Federal de Medicina, ao apresentar motivos éticos para o correto preenchimento daquilo que ele chama de “documentação da morte”, a própria DO, explica que esta é uma medida importante para o planejamento da saúde uma vez que é a partir do que está ali posto que se pode dirigir esforços em políticas públicas. Ele também afirma que, de forma reducionista, os médicos, grupo em que ele se inclui, e representava à época, são ensinados que a morte é uma inimiga para quem deve “envidar todos os esforços” e que, porém, ela não é “a falência da medicina ou dos médicos. Ela é apenas uma parte do ciclo de vida. É a vida que se completa”.

Foi convencionada uma classificação geral que diz respeito ao tipo de morte, separando a natural da não natural. A primeira está relacionada à morte por doença ou estado mórbido e a segunda, à morte por causas externas. Este último tipo de óbito “é aquele que decorre de lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que tenha sido o tempo entre o evento lesivo e a morte propriamente” e deve ser emitido o atestado por médico legista ou aquele indicado por autoridade como perito eventual (BRASIL, 2009, p. 13). A morte natural pode ter ou não assistência médica. No caso de ter sido uma morte natural com assistência, o médico do paciente, o seu substituto ou outro designado deverá emitir o atestado de óbito. Se a mesma ocorreu sem assistência, é indicada a verificação do óbito por um Serviço instituído para isso ou médico de serviço público (BRASIL, 2009, p. 12).

Com a evolução da medicina, o surgimento dos hospitais e a maior organização administrativa destes espaços profissionais, a documentação sobre o tratamento do paciente, o que inclui o atesto de óbito, quando este ocorre, passa a compor o que é chamado de prontuário médico, ou seja, um conjunto de documentos, apresentados em modo de dossiê, que se relacionam por serem referentes à saúde uma pessoa, formando uma unidade de arquivamento (ARQUIVO NACIONAL, 2005, p. 80).

Em Santa Maria, por exemplo, apenas na última década do século XIX, mais especificamente no ano de 1898, na vigência do governo de Valle Machado frente à Intendência, que é criada uma sociedade visando à construção de um hospital de caridade na cidade (BELTRÃO, 2013, p. 486). Este hospital, chamado mais tarde de Hospital de Caridade

‘Dr. Astrogildo Cesar de Azevedo’, só fora concluído e inaugurado em setembro de 1903. Foi contraído um empréstimo, pela Intendência Municipal e seu, então, intendente Henrique Pedro Scherer, para que as obras pudessem ser concluídas (BELTRÃO, 2013, p. 517). Na capital da província do Rio Grande, Porto Alegre, havia, pelo menos duas décadas antes, dois hospitais: a Santa Casa e a Beneficência Portuguesa, em tempos que ainda não havia cursos de medicina no Estado, sendo que o curso da UFRGS fora criado, como já mencionado, apenas em 1898 (SCHWARTSMANN; PENNA, 2011, p. 7). De acordo com Schwartsmann e Penna (2011, p. 109), no ano de 1893, é registrada a chegada das Irmãs da Penitência e da Caridade da Ordem Terceira de São Francisco de Heythuizem na Santa Casa de Porto Alegre, onde, entre outras funções, “eram responsáveis pela administração e pelo cotidiano hospitalar”, o que incluía a organização da documentação referente aos doentes.

Enquanto empresas, sociedades ou fundações, os hospitais se enquadram, quando não ligados ao serviço público federal, como empresas no sistema jurídico. Atualmente, nestas instituições há um serviço de apoio técnico ao médico que se dedica a preservar os dossiês de pacientes, geralmente denominado de Serviço de Arquivo Médico e Estatística, ou SAME, que garante apoio ao paciente e que auxilia também na realização de planejamento administrativo do local. A elaboração do prontuário é, segundo a Resolução nº 1.821 do Conselho Federal de Medicina brasileiro, dever do médico. Esta unidade arquivística tem dados e informações que pertencem ao paciente, devendo “estar permanentemente disponíveis, de modo que quando solicitado por ele ou por seu representante legal permita o fornecimento de cópias autênticas das informações pertinentes”. Porém, pela mesma Resolução, se considera que o prontuário é “propriedade física da instituição onde o mesmo [paciente] é assistido” sendo este local o responsável por guardar e preservar as informações e dados ali registrados e que o sigilo profissional impede de expor considerando a ética médica.

2.4 O registro de morte como tensão entre o público e o privado

Do ponto de vista do acesso ao documento e do uso para fins de pesquisa é importante localizar um documento, seja ele relativo à saúde ou não, como público ou privado e conhecer o que é um arquivo público ou privado. Gille e Gille (1970, p. 401), ao trabalharem a temática dos arquivos privados, afirmam que “todos os arquivos que não são nem públicos nem semi-públicos são privados. Os arquivos de uma casa de comércio ou de uma indústria são privados como também os de uma família, uma associação ou um indivíduo”, arquivos que podem ter um interesse ou consistir em um perigo para o Estado.

Documentos privados, para Bellotto (1991, p. 165), são “todos os [documentos] que não são públicos”. Dessa forma, é possível considerar que um atestado de óbito que é entregue para uma Intendência municipal, por exemplo, é um documento de três faces, duas delas privadas, uma vez que além de ser um documento resultante do fazer profissional, que é um fazer particular do médico que atende a família para redigir o atestado, se refere também a uma pessoa, o morto, que é a quem se examina para discursivizar a morte, constituindo-se em um documento a respeito de sua vida antes de sua morte, da mesma forma ou em caráter mais particular do que a relação com o fazer do médico. No entanto, este mesmo documento passa a ser público na medida em que ele é utilizado no cumprimento de um fazer público, com uma função pública, qual seja, o sepultamento, gratuito ou não, concedido para quem solicita o serviço do cemitério, alguns até sem converter em despesas para a família. Por ser, este serviço, financiado, ao menos em parte, pelo poder público local, passa a ter no documento uma prova do pedido e a justificativa do gasto do executivo, sendo, portanto, passível de ser classificado também como documento público.

O atestado de óbito, por assim dizer, passa a ser um documento que representa as relações de tensão entre o privado e o público e que pode compor: arquivos médicos, quando relacionado ao inventário do indivíduo elaborado pelo médico em uma clínica ou hospital; arquivos pessoais e/ou familiares, quando faz parte do fundo formado pelos documentos da pessoa sendo este, o atestado, bem como a certidão de óbito, seus derradeiros documentos acumulados; e arquivos públicos, quando passa a ser testemunho dos gastos do executivo no atendimento de uma demanda da família do cidadão já falecido. Quando encontrado na esfera do executivo é, portanto, documento público que diz sobre a vida privada. Ricœur (2007, p. 170) afirma que o testemunho “nos leva, de um salto, das condições formais ao conteúdo ‘das coisas do passado’ [...] com o testemunho inaugura-se um processo epistemológico que parte da memória declarada, passa pelo arquivo e pelos documentos e termina na prova documental”.

O documento a respeito de uma pessoa, com informações “privadas”, pode circular no espaço público (e de fato circula), sendo a espécie “atestado” uma espécie documental (entendida aqui enquanto divisão de gênero documental, de acordo com o Arquivo Nacional, 2005, p. 85) bastante comum no meio administrativo porque, segundo Bellotto (1991, p. 32) ele, o atestado, representa um ato comprobatório, derivando do assentamento, do registro. Esta espécie é, pelas palavras da mesma autora, o “documento em que uma autoridade declara algo, diretamente do fato. Difere da certidão que é uma transcrição” (BELLOTTO, 1991, p. 56). Também a certidão é um documento que comprova, porém, transcrevendo “algo já

registrado em outro documento de assentamento”. “É com este tipo de documento [o que se refere a atos administrativos] que majoritariamente o arquivista tem que trabalhar” (BELLOTTO, 1991, p. 33). Nota-se, no entanto, que na definição de atestado destacada pela autora há um sujeito, lá ressaltado como “autoridade que declara”, o que, na raiz, o diferencia de outros tipos de sujeito.

Como na Intendência, outros espaços administrativos preservam entre seus documentos administrativos os documentos em que se verifica a tensão da exposição da vida privada. Cunha (1986, p. 17) em seu estudo sobre o hospício paulista Juquery, ao apresentar questões novas sobre o final do século XIX e início do século XX ligadas à sociedade brasileira e o alienismo, revela que foi na abertura do arquivo da Instituição, especialmente no arquivo médico, que foram explicitadas “facetas inesperadas, dimensões novas, possibilidades quase ilimitadas de trabalho para a história social”. Percebe-se que um arquivo é um velho mundo novo, pronto a ser desafiado. Tanto no caso como do Arquivo do Juquery como no arquivo de atestados que compõem o corpus da pesquisa aqui apresentada há a presença do olhar médico, representando um outro olhar, um olhar com propriedade científica dentro de uma formação discursiva moderna onde a ciência tem um lugar de privilégio.

3 CONCLUSÃO

Os atestados de óbitos, que são documentos vitais e nominativos, decorrem diretamente do fato morte e quando mantidos em um arquivo refletem não apenas o acontecimento vital, mas também o contato do mundo privado com o público. O mundo privado diz respeito ao fazer profissional médico, ou a manifestação de outros que, na falta do médico, presenciam, acompanham ou simplesmente atestam a morte, como testemunha, discursivizando o acontecimento. Também está relacionado com a vida pessoal do(a) falecido(a), parte sensível da equação “morte + testemunha = atestado de óbito”. O mundo público que pode estar envolvido é o mundo dos arquivos de instituições, onde os dados presentes no atestado são informativos para o registro e sua consequente emissão da certidão de óbito, legalizando o fim da passagem de um determinado ser na face da Terra.

Esteja o documento de óbito presente no Arquivo Histórico, em função dos atos administrativos da municipalidade, na Igreja ou no Cartório, em forma de registro por designação de uma autoridade maior, a tensão entre a informação de cunho privado e aquela necessariamente pública, que inclusive define novas políticas públicas de saúde, é ativada, pondo, frente a frente, numa mescla de necessidade de exposição e vontade de escamotear o

momento do fim da existência, de dor e explosão de sentimentos. Acessíveis no Arquivo ou na web, através de seus representantes digitais, esses documentos são simbólicos, representando o término da vida e o início do seu uso como dado social.

Os arquivistas têm a oportunidade de trabalhar com estes documentos ricos em informação social, repletos em formas diversas de discursos, refletindo seus sujeitos com lugar de fala, e, com isso, algumas vezes, com conflitos de interesse, sendo necessário conhecerem os lugares de onde partem as palavras que designam a morte no tempo e no espaço para compreenderem tais documentos, sua forma, sua plenitude informativa ou silenciamento.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, E. A. de. **Estudo paleográfico e codicológico de manuscritos dos séculos XVIII e XIX**: edições fac-similar e semidiplomática. 2007. 435 f. Tese (Doutorado em Filologia e Língua Portuguesa - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas.) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8142/tde-17102007-141127/pt-br.php> Acesso em: 15 mar. 2022.
- ARQUIVO NACIONAL (Brasil). **Dicionário brasileiro de terminologia arquivística**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2005.
- BASSANEZI, M. S. Os eventos vitais na reconstituição da história. In: PINSKY, C. B., LUCA, T. R. de. **O historiador e suas fontes**. São Paulo: Contexto, 2013.
- BELLOTTO, H. L. **Arquivos permanentes: tratamento documental**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1991.
- BELTRÃO, R. **Cronologia histórica de Santa Maria e do Extinto Município de São Martinho 1787–1930**. 3.ed. Santa Maria, RS: UFSM, 2013.
- BERWANGER, A. R.; LEAL, J. E. F. **Noções de paleografia e de diplomática**. 3. ed. rev. ampl. Santa Maria, RS: UFSM, 2008.
- BRASIL. **Decreto [Imperial] nº 10, de 7 de março de 1891**. Estabelece providencias relativamente ao serviço do registro civil na Capital Federal. Rio de Janeiro, RJ, 7 mar. 1891. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-10-7-marco-1891-498199-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 15 mar. 2022.
- BRASIL. **Decreto [Imperial] nº 605, de 26 de julho de 1890**. Altera os arts. 5º e 22 do regulamento anexo ao decreto nº 9.886 de 7 de março de 1888. Rio de Janeiro, RJ, 26 jul. 1890. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-605-26-julho-1890-516505-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 15 mar. 2022.
- BRASIL. **Decreto [Imperial] nº 9.866, de 7 de março de 1888**. Manda observar o novo Regulamento para a execução do art. 2º da Lei n. 1829 de 9 de setembro de 1870 na parte que

estabelece o Registro civil dos nascimentos, casamentos e obitos, do accôrdo com a autorização do art. 2º do Decreto n. 3316 de 11 de junho do 1887. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9886-7-marco-1888-542304-publicacaooriginal-50566-pe.html> Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. **Lei [Imperial] nº 1.829, de 9 de setembro de 1870.** Sanciona o Decreto da Assembléa Geral que manda proceder ao recenseamento da população do Imperio. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/543582>. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL. Lei [Imperial] nº 2.040, de 28 de setembro de 1871. **Declara de condição livre os filhos de mulher escrava que nascerem desde a data desta lei.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim2040.htm. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A declaração de óbito:** documento necessário e importante. 3.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.821, de 11 de julho de 2007.** Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio de documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/conarq/pt-br/legislacao-arquivistica/resolucoes/resolucao-cfm-no-1-821-de-11-de-julho-de-2007>. Acesso em: 15 mar. 2022.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo:** Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FARGE, A. **Lugares para a história.** Belo Horizonte. MG: Autentica, 2011.

GILLE, B.; GILLE, G. Les archives privées. *In:* ASSOCIATION des Archivistes Français. **Manuel d'archivistique:** théorie et pratique des archivistes français. Paris, France: Imprimerie Nationale, 1970.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de. M. **Atestado de óbito.** São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1983.

RICŒUR, P. **A memória, a história, o esquecimento.** Campinas, SP: Unicamp, 2007.

RICŒUR, P. **Vivo até a morte:** seguido de Fragmentos. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.

SCHWARTSMANN, L. C. B.; PENNA, R. (org.). **História e saúde:** diálogos com a dor e a cura. São Leopoldo, RS: Oikos, 2011.

VENTURINI, M. C. **Imaginário urbano:** espaço de rememoração/comemoração. Passo Fundo, RS: Universidade de Passo Fundo, 2009.

WEBER, B. T. **As artes de curar:** medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889–1928. Santa Maria, RS: UFSM; Bauru, SP: EDUSC, 1999.

WEBER, B. T.; RIBEIRO, J. I. Arquivo Histórico Municipal de Santa Maria – RS: condições