

6 “Boas” razões organizacionais para “maus” registros clínicos*

O problema

Durante vários anos examinamos as atividades de seleção da Clínica Psiquiátrica Ambulatorial no Centro Médico da Ucla, perguntando: “Por quais critérios os candidatos foram selecionados para o tratamento?” O método de Kramer¹ para analisar movimentos de populações em hospitais foi usado para conceber a questão em termos do atrito progressivo de um agrupamento de demanda inicial, enquanto ele procedia através dos passos sucessivos de admissão, avaliação psiquiátrica e tratamento². Os registros clínicos foram as nossas fontes de informação. O mais importante deles foram os formulários de inscrição para admissão e os conteúdos dos prontuários de casos. Para suplementar essa informação projetamos um “Formulário de Carreira Clínica”, o qual inserimos nos prontuários de caso, a fim de obter um registro contínuo de transações entre pacientes e pessoal clínico a partir do momento da entrada inicial do paciente até ele receber alta da clínica. Os prontuários clínicos contêm registros que são gerados pelas atividades do pessoal clínico, e assim quase todos os conteúdos do prontuário, como fonte de dados para o nosso estudo, foram os resultados de procedimentos de registros pelo próprio pessoal da clínica (autorregistro).

O método de agrupamento prometia aplicabilidade e resultados bem definidos e ricos. Não houve questões de acesso aos arquivos. Consequentemente, quando preparamos o requerimento de concessão, pensamos que os funcionários supervisionados atentamente poderiam conseguir a informação dos

prontuários clínicos de que precisávamos. Uma tentativa piloto para tomar conhecimento de qual informação poderíamos ou não obter nos fez elaborar treinamento e a habilidade necessários para o nível de assistentes graduados em sociologia. Permitimos que os codificadores usassem inferências e encorajamos pesquisa diligente. Mesmo assim, houve poucos itens em nosso programa os quais obtivemos respostas. A Tabela 1 ilustra alguns tipos de informações que esperamos obter a partir dos arquivos clínicos, as quais obtivemos grau de credibilidade estimado. Por exemplo, o sexo do paciente foi obtido praticamente todos os casos; a idade do paciente, em 91% dos casos; o local de residência, em cerca de 75%; a raça, a profissão, a religião, a educação, em cerca de um terço dos casos; e o histórico profissional, a renda anual, a composição familiar e o local de nascimento, em menos de um terço. Dos 47 itens que lidaram com a história de contatos com os candidatos e o pessoal clínico, tivemos resultados em 18 itens para 9 nossos casos; para 20 outros itens conseguimos informação, variando entre nenhum dos casos.

Quando, depois do primeiro ano de experiência, revimos nossos problemas de coleta de informação a partir dos arquivos, começamos a pensar que esses problemas resultavam de nossa forma de buscar a informação nos prontuários. Não éramos nós, ou qualquer outra pessoa, internos ou externos à clínica, que tinham a mesma dificuldade, já que qualquer sistema de autorregistro tinha que conciliar com as formas de rotina, nas quais a clínica operava. Viemos a informação indisponível ao tema de “boas” razões organizacionais para “maus” registros. É esse tema, ao qual nossas observações são endereçadas.

* Em colaboração com Fern Rittner, Instituto Neuropsiquiátrico I. andlav, Boston.

TABELA 1

Disponibilidade de informação desejada e como foi obtida nos 661 casos

Item de informação	Porcentagem dos 661 casos obtidos para os quais			
	Não houve informação	Informação foi obtida por inferência incerta	Informação foi obtida por inferência certa	Informação foi obtida por inspeção
<i>(A) Características "de capa" do paciente</i>				
Sexo	0,2	-	0,3	99,5
Idade	5,5	2,9	0,4	91,2
Estado civil	11,8	5,4	3,9	78,9
Área social	21,4	0,4	3,6	74,6
Raça	59,5	0,2	0,6	39,7
Profissão	55,6	0,4	5,0	39,0
Religião	51,7	9,5	2,3	36,5
Escolaridade	60,7	1,4	2,6	35,3
<i>Eliminado por falta de informação</i>				
Histórico profissional				
Duração do casamento				
Casado pela primeira vez ou casado novamente				
Origem étnica				
Renda				
Organização familiar				
Fonte financiadora do paciente				
Local de nascimento				
Tempo de residência na Califórnia				
<i>(B) Primeiro contato</i>				
Como o contato foi feito	7,2	0,4	2,3	90,1
Se o paciente foi acompanhado, por quem	-	2,0	2,0	96,0
Tipo de encaminhamento	3,5	0,4	7,8	88,3
Pessoas de fora envolvidas no encaminhamento	2,5	0,2	3,0	94,3
Pessoa da clínica envolvida no primeiro contato	3,6	-	-	96,4
Número de pessoas da clínica contatadas	4,8	-	2,0	93,2
Disposição após o primeiro contato	5,0	0,3	11,9	82,8
<i>(C) Entrevista de admissão e testes psicológicos</i>				
Aparência do paciente na entrevista de admissão	0,4	0,5	2,1	97,0
Pessoa da clínica envolvida na entrevista de admissão	0,3	-	-	99,7
<i>(D) Resultado do teste psicológico</i>				
Se não houve testes psicológicos, motivo	16,3	2,5	17,5	
<i>(E) Reunião de admissão e tratamento</i>				
Reunião de admissão agendada ou improvisada	44,6	10,9	34,9	
Membro da equipe responsável pela reunião de admissão	50,3	-	-	
Decisão da conferência	8,0	9,7	10,3	
<i>(F) Características psiquiátricas</i>				
Natureza das reclamações dos pacientes	7,0	0,2	1,9	
Diagnósticos psiquiátricos	17,2	-	-	
Experiência psiquiátrica anterior	19,0	1,7	46,5	
Motivação para a terapia	32,0	11,3	28,3	
"Propensão psicológica"	40,2	14,0	23,9	
<i>(F) Carreira clínica</i>				
Momento de alta	-	0,9	6,2	
Circunstâncias da alta	2,6	1,1	5,6	
Para onde o paciente foi encaminhado	3,5	0,3	7,6	
Tipo de carreira clínica	0,2	0,8	5,1	
Número de dias em contato com a clínica	1,5	3,0	3,5	
Número de dias fora do status de internação	2,0	3,8	3,9	
Número de dias em tratamento	8,8	0,4	0,4	

“Problemas normais, naturais”

Os problemas que um investigador pode encontrar em usar registros clínicos podem ser por alto divididos em dois tipos. Podemos chamar o primeiro tipo de problemas metodológicos gerais, e o segundo de “problemas normais, naturais”. Deveremos fazer observações muito breves sobre o primeiro tipo: o foco de nosso interesse é no segundo.

Problemas metodológicos gerais fornecem o tópico da maioria das discussões publicadas sobre o uso de registros clínicos para fins de pesquisa. O interesse nesses problemas é voltado para a tarefa de oferecer ao investigador conselhos práticos sobre como fazer uma bolsa de seda de uma orelha de porco. Mas, ao invés de “uma bolsa de seda”, deveríamos referir-nos a ela como um armazenador de má qualidade, que poderia conter, com a tolerância do investigador, uma percentagem utilizável dos retalhos lamentáveis e fragmentados, que são retirados dos prontuários e colocados nela. Tais discussões tentam fornecer ao investigador regras para se observar, para se empenhar aos conteúdos dos prontuários de caso o *status* de respostas garantidas para suas questões. O que está geralmente envolvido aqui é a paráfrase dos conteúdos de prontuários reais para que produza algo como um documento atuarial, que esperançosamente possa as propriedades desejadas de completez, clareza, credibilidade, e coisas semelhantes. O conteúdo transformado dos registros presta-se mais facilmente do que o original às várias espécies de análises sociocientíficas na suposição, claro, que lá existe uma correspondência defensável entre o relato transformado e a maneira pela qual a informação foi expressa, e o tipo de instituição em questão, em sua forma original¹.

Qualquer investigador que tentou um estudo com o uso de registros clínicos, onde quer que tais registros sejam encontrados, tem sua ladinha de problemas para rezar. Além disso, administradores de hospitais e clínicas estão, frequentemente, ciêntes e preocupados com essas “imperfeições”, tanto quanto os investigadores. A frequência absoluta de “maus registros” e as maneiras uniformes pelas quais eles são “maus” foram suficientes, em si mesmas, para excitar nossa curiosidade. Desse modo, fomos levados a perguntar se existiam algumas coisas que podiam ser ditas para descrever a notável uniformidade de “maus registros” como um fenômeno sociológico em seu próprio direito.

Viemos a pensar os problemas com registros como problemas “normais, naturais”. Nós não queremos dizer isso ironicamente. Nós não estamos dizendo “o que mais você pode esperar?” Ao contrário, o termo “normal, natural” é usado em um sentido sociológico convencional para significar “de acordo com regras dominantes da prática”. Os “problemas normais, naturais” são problemas que ocorrem porque as pessoas da clínica, como pessoas que preenchem autorregistros, buscam ativamente

para eles e do ponto de vista deles, são mais ou menos pressupostas como fatos de fazer as coisas. Os problemas “normais, naturais” são problemas que porque as pessoas da clínica estabeleceram formas de relatar suas atividades as pessoas da clínica como pessoas que preenchem autorregistros obedecem formas estabelecidas; e porque o sistema de registro e as atividades de autorregistro são aspectos integrais das formas usuais da clínica de conseguir o feito do dia – formas que para as pessoas da clínica são as formas certas

Os problemas de que falamos são aqueles que qualquer investigador ou interno – encontrará se consultar os arquivos para responder às questões desviam, em importância teórica ou prática, de fins e rotinas relevantes originalmente, sob cujos auspícios os conteúdos dos arquivos são agrupados de maneira em primeiro lugar. Deixe o investigador tentar remediar as imperfeições, encontrará rapidamente propriedades interessantes desses problemas. Eles, com notável uniformidade, enquanto alguém compara sistemas de registro diferentes, eles são obstinados em resistir à mudança, e acima de tudo, têm inevitabilidade. Essa inevitabilidade é revelada pelo fato de que uma tentativa parte do investigador para remediar o estado de coisas convincentemente não é possível e sensivelmente os procedimentos de registro estão ligados a práticas rotinizadas e valorizadas da clínica. Os procedimentos de registro, e os usos desses resultados são aspectos integrais das mesmas ordens que eles descrevem. As tentativas de tocar uma simples corda podem colar o instrumento inteiro a soar.

Quando os registros clínicos são olhados dessa forma, a coisa menos interessante que alguém pode dizer sobre eles é que são mantidos descuidadamente crucial do fenômeno situa-se em outro lugar, a saber, nas ligações entre o sistema social que serve e é servido por esses registros. Existe uma lógica original para os problemas do investigador. É o objetivo deste trabalho formular o problema explicitamente. Em direção àquele fim, deveremos discutir as várias funções nacionais dos problemas envolvidas em realizar uma melhoria nos registros

Algumas fontes de “problemas normais, naturais”

Uma parte do problema, à qual a maioria dos esforços de remediar é constituída pela utilidade marginal de informação agregada. O problema é uma iniciativa que deve operar dentro de um orçamento fixo envolve os custos relativos de obter informação alternativa. Porque há custos comparativos diferentes de manter registros, é necessário escolher entre as formas alter

tendo em vista o valor que poderia ser agregado aos fins pretendidos. O problema é, estritamente falando, econômico. Por exemplo, a informação sobre idade e sexo pode ser obtida quase à custa de um olhar de relance para o respondente; a informação sobre profissão gera um pequeno custo de tempo e habilidade para o entrevistador; a história ocupacional é uma informação de alto custo. O problema econômico é resumido na questão que é endereçada quase invariavelmente a qualquer mudança recomendada no procedimento de registro: "Quanto do tempo da enfermeira (ou do residente ou do assistente social etc.) isso levará?"

Se os problemas de efetuar uma melhoria dissessem respeito totalmente à quantidade de informação que a clínica poderia conseguir, baseada estritamente em uma relação de custo-tempo, o remédio consistiria em obter dinheiro suficiente para contratar e treinar uma ampla equipe de responsáveis pelos registros. Mas basta imaginar esse remédio para ver que há outros problemas de se efetuar "melhorias", que são independentes do número de responsáveis pelos registros.

Considere uma parte da dificuldade, por exemplo, constituída pela utilidade marginal das informações, quando a informação é coletada pelos membros da clínica de acordo com os procedimentos de um arquivo – isto é, onde informação uniforme é coletada para fins futuros, mas desconhecidos. Um administrador deve estar inteliramente preparado para requerer das pessoas em seu estabelecimento que qualquer informação reunida seja reunida consistentemente. Mas ele tem que estar preparado, também, para manter a motivação delas para coletar a informação de uma forma regular, sabendo que os próprios funcionários também sabem que a informação deve ser reunida para fins desconhecidos, que somente o futuro pode revelar. Ao longo do curso de reunir informações, tais propósitos podem variar, tal como eles se apresentam aos funcionários, de benignos a irrelevantes, ou ameaçadores, e por razões que têm pouco a ver com os arquivos.

Além disso, aqueles a favor, na clínica, de um programa de registro, ou outro, estão inclinados a discutir o caráter "central" da informação que querem reunir. Administradores e investigadores sabem igualmente ser essa "centralidade" um mito problemático. Considere, por exemplo, que um sociólogo possa enfatizar a coleta regular de informações mínimas "de capa" como idade, raça, estado civil, composição familiar, educação, ocupação principal e renda anual. A questão que ele deve argumentar contra competidores a direitos de arquivo não é "A informação vale o custo?", mas "Terá isso valido o custo?" Uma pessoa não precisa ser um investigador treinado para entender que, ao endereçar quase qualquer pergunta definitiva aos arquivos, alguém pode revelar as imperfeições da tarefa de coleta. Saber se o que foi reunido se revelará inútil ou não, afinal de contas, e se terá de ser coletada novamente, dependerá de quais restrições impostas pela necessidade de formular perguntas, para as quais os arquivos

nistrador com um olho nos custos orçados de seus procedimentos de registro inclinado a preferir minimizar os custos presentes e a ser a favor de operações to prazo, quando o investigador decidir suas necessidades em um projeto fori Há os problemas adicionais em assegurar a motivação de coletar a informação "central" que ocorre, quando a "boa performance de registro" é avaliada de com o interesse de pesquisa. Tais padrões contradizem, frequentemente, resses de trabalho de profissionais dentro da organização. Além disso, pries estabelecidas de responsabilidade ocupacional podem motivar queixas veen realistas, bem como – e com mais notável probabilidade – práticas de registu mais e escondidas que permitem ao registrador manter a prioridade de sua obrigações ocupacionais enquanto conserva o escritório central apropriac mal-informado.

Esse ponto relaciona-se às fontes relatadas de problemas em efetuar m problemas que têm a ver com assegurar a obediência dos funcionários de aut to na manutenção de registro como uma coisa respeitável para eles, para se partir do ponto de vista deles. A divisão de trabalho que existe em toda cli consiste somente em habilidades técnicas diferenciadas. Ela consiste, tam valor moral diferencial agregado à posse e aos exercícios de habilidades técnic apreciar a variedade e a seriedade de problemas acrescidos por esse aspecto o cional é necessário somente considerar as formas contrastantes, pelas quais tros são relevantes para a realização satisfatória de responsabilidades adminis comparadas com as responsabilidades médicas profissionais e com a cautelos que existe entre os vários campos ocupacionais, no que diz respeito a deman tuas para manutenção de registros.

Os sentimentos do pessoal clínico de maior ou menor dignidade do trab rocrático, em comparação com o exercício de outras habilidades em suas vida sionais, acompanham suas preocupações permanentes com as consequências gicas de evitar especificidades no registro, dado o caráter imprevisível das sob as quais o registro pode ser usado como parte do sistema contínuo de su e revisão. Os registros podem ser usados a serviço de interesses, que aqueles c em posição mais alta na hierarquia médico-administrativa provavelmente capazes de especificar, ou de antever, nem exige-se deles isso, nem eles estão dos a fazê-lo. Inevitavelmente, por conseguinte, existem práticas informais, conhecidas por todos, que, como uma coisa natural, contradizem as prática mente descritas e abertamente reconhecidas. Caracteristicamente, as especi de saber quem, o que, quando e onde são segredos bem guardados de grupos nas clínicas, assim como o são em todos os cenários burocraticamente org Do ponto de vista de cada equipe profissional, há as especificidades que fa

equipes profissionais na clínica. Isso não é novidade, claro, exceto que o investigador tem que se confrontar com isso como um fato de sua vida de pesquisa, quando, por exemplo, para decidir a relevância do que está no registro, precisa consultar materiais que não estão no registro, mas que, apesar disso, são conhecidos e importam a alguém.

Outra fonte de problemas: o pessoal clínico conhece as realidades de vida na clínica na sua qualidade de membros informados, cujas reivindicações de "ter o relato real disso" derivam, em boa parte, de seus envolvimento e posições no sistema social, envolvimento e posições que carregam, *como uma questão de obrigação moral*, a exigência de que aqueles que estão envolvidos compreendam bem suas circunstâncias de trabalho. Como uma consequência dessa obrigação moral, há a insistência de longa data e familiar por parte daqueles que preenchem os autorregistros: "já que você vai nos incomodar com sua pesquisa, por que não faz isso direito?" Isso ocorre particularmente nos casos em que formulários de registro padrão são usados. Se o pesquisador insiste que aquele que faz o registro forneça a informação do jeito que o formulário propicia, ele corre o risco de impor aos eventos reais para estudo uma estrutura que é derivada dos aspectos do registro, e não dos eventos em si mesmos.

Uma fonte intimamente relacionada da dificuldade provém do fato de que os formulários de autorregistro – independente do que possam conter – fornecem não apenas categorias com as quais o pessoal clínico descreve eventos clínicos, mas simultânea e inevitavelmente, tais formulários constituem regras de conduta de registro. Os formulários de autorregistro consistem em regras que, para os funcionários, definem a conduta correta de autorregistro como uma obrigação de trabalho. Não é de se esperar que o investigador possa obter a descrição de eventos clínicos precisamente na medida em que o formulário de registro é imposto como uma regra de conduta do registro aos funcionários de registro. Mas, então, não deve também vir com nenhuma surpresa que a informação que o investigador pode ter, bem como a informação que ele não pode ter, é sujeita às mesmas condições de que os investigadores estão cientes em outras áreas de conduta governada por regras: a saber, aquelas bem conhecidas diferenças e fontes de diferenças ocorrem entre regras e práticas, diferenças que são notoriamente recalcitrantes serem remediadas.

Tais diferenças não são compreensíveis, muito menos remediáveis, por tentarem alocar a culpa entre as pessoas que registram e os investigadores. Considera-se, por exemplo, o caso em que um membro da equipe pode buscar relatar de acordo com aquilo que o formulário do investigador fornece, e, precisamente, porque tenta levar o formulário de registro a sério, acha difícil reconciliar o que sabe sobre aquilo que o formulário está perguntando com o que o formulário for-

dere-se uma pergunta à qual fornece ao membro da equipe respostas alternativas, e.g., "sim" ou "não"; ainda assim, a partir do que sabe do caso, ele está ciente de que uma resposta "sim" ou "não" vai distorcer a pergunta, ou frustrar o objetivo do inquiridor ao perguntar isso. Ao levar o estudo a sério, a pessoa registra poderia perguntar a si mesma se uma nota marginal será suficiente. Então, ela está procurando por problemas se escreve isso? Deve ela, talvez, espá-la encontrar o investigador e, então, lembrá-lo desse caso? Mas por que som esse caso? Ela sabe, juntamente com as outras pessoas que registram como de muitos casos e de muitos lugares por todo o formulário de registro, de que sua reclamação é inteiramente realista de que devesse ela realizar anotações marginais, ela poderia ter inúmeras observações para fazer relacionadas a itens, em muitos casos.

A única coisa que o investigador, de sua parte, quer da pessoa que preenche o autorregistro, é que ela trate o formulário de registro como a ocasião para relatar a pessoa que faz o autorregistro sabe *da forma como ela o sabe*. Assim, achamos a pessoa que preenche o autorregistro pode distorcer a realidade do caso, precisamos porque ela quer ser útil e, desse modo, age de acordo com o formulário de registro. Ela pode saber que está distorcendo e ressentir-se disso ou, então, sofrer por alguém pode facilmente imaginar que o seu ressentimento e sofrimento correspondem ao do investigador.

Além disso, enquanto a terminologia em formulários de autorregistro é feita para eventos reais, aos quais esses termos se referem, bem como as formas nas quais os eventos reais podem ser considerados sob a jurisdição da terminologia dos formulários como descrições, são altamente variáveis. A relevância da terminologia do formulário de registro para os eventos que descreve está sujeita à estabilidade das condições clínicas em andamento e depende da apreensão da pessoa que faz o autorregistro e do uso dos aspectos regulares da operação clínica, enquanto um esquema de interpretação linguística. Dada qualquer mudança de política, organização, função ou procedimento clínicos, os termos nos formulários de registro podem mudar ou significados, sem uma única sentença mimeografada ser alterada. É desafiante descobrir como mesmo pequenas mudanças podem tornar várias seções do formulário de registro irremediavelmente ambíguas.

As dificuldades que são introduzidas, ou porque os membros clínicos estão registrando suas próprias atividades, ou porque as atividades das pessoas que os autorregistros estão prosseguindo com o uso de formulários prontos podem ser dadas e esclarecidas se consideramos que a sinceridade em um registro leva a bem conhecidos para as carreiras e para a organização. Falando eufemística entre o pessoal da clínica e seus clientes, e entre a clínica e os grupos que cor-

Uma fonte crítica de problemas: Usos atuariais versus usos contratuais de conteúdos de prontuários

Os problemas já mencionados foram introduzidos recomendando, como um contexto para as interpretações deles, que procedimentos de registro e resultados, bem como os seus usos pelo pessoal da clínica, são características integrais das mesmas ordens das atividades clínicas que descrevem; que métodos e resultados de manutenção de registro clínico consistem e são intimamente regulados pelas mesmas características de que fornecem relatos.

Mas, embora os problemas acima possam ser interpretados nesse contexto, *os problemas* não exigem isso. Os problemas que discutimos, alguém poderia argumentar, documentam meramente alguma insuficiência no controle racional das práticas clínicas. Enumeramos como problemas com procedimentos de registro questões que um gerenciamento forte poderia comprometer-se a remediar e, dessa forma, as condições que contribuem para maus registros poderiam ser eliminadas, ou seus impactos na manutenção de registro poderiam ser reduzidos.

Mas pensar tais problemas como um problema gerencial de controlar mais ou mais consistentemente as *performances* de manutenção de registro, negligência um aspecto crítico e, talvez, inalterável dos registros médicos como um elemento de práticas institucionalizadas. Propomos que os problemas enumerados – e, obviamente, nossa enumeração não está de forma alguma completa – ou explicam, ou consistem eles mesmos, em propriedades do prontuário de caso como um registro passível de reconstrução de transações entre pacientes e pessoal clínico. Essa característica crítica dos registros clínicos coloca os problemas enumerados sob a jurisdição de seu *status* como “problemas estruturalmente normais”, ao relacionar sistemas de registro às condições da viabilidade da clínica, como uma empresa de serviços corporativamente organizada. Deveremos agora nos esforçar para mostrar que os registros clínicos, como são, não são algo que o pessoal clínico sai impune, mas que, ao invés disso, os registros *consistem em procedimentos e consequências de atividades clínicas como uma iniciativa médico-legal*.

Reverendo os conteúdos dos prontuários de caso, pareceu-nos que um prontuário de caso poderia ser lido de duas formas diferentes e irreconciliáveis. Por um lado poderia ser lido como um *registro atuarial*⁴. Por outro lado, poderia ser lido como o *registro de um contrato terapêutico* entre a clínica enquanto uma iniciativa médico-legal e o paciente. Porque o nosso entendimento do termo “contrato” afasta-se um pouco do uso coloquial, mas não do entendimento que Durkheim ensinou, uma breve explicação segue-se.

Comumente o termo “contrato” refere-se a um documento contendo um pro-

identificáveis do acordo. Em contraste, e porque estamos falando especificamente bre clínicas, usamos o termo “contrato” para referir-nos à *definição* de transações normais entre clientela e agências remediadoras, em termos das quais os serviços agências são franqueados e disponíveis para os clientes. Um dos aspectos cruciais das atividades remediadoras é que seus receptores são socialmente definidos por mesmos e pelas agências como incompetentes para negociar para si próprios os meios de seu tratamento.

Dessa forma, o curso normal socialmente reconhecido das coisas é que um paciente “coloque-se nas mãos do médico” e espera-se que o paciente suspenda a competência usual de seu próprio julgamento sobre o seu bem-estar, o que precisa, que é melhor para ele. O mesmo aplica-se ao criminoso, *mutatis mutandis*, que a única pessoa impedida de contribuir com sua opinião para a formulação de uma sentença justa. Apesar dessas limitações de competência, nem pacientes, nem criminosos perderam seus direitos ao “tratamento que merecem”. Isso acontece porque o tratamento consiste em ocasiões para *performances* que, aos olhos dos participantes, de acordo com um esquema maior de obrigações. O esquema maior de obrigações relaciona a autorização, em termos da qual um agenciamento remediador está autorizado a atuar, às doutrinas técnicas e éticas profissionais práticas que governam as relações e agenciamentos. Assumindo a jurisdição em casos específicos, agenciamentos médicos e legais comprometem-se a honrar reivindicações públicas legítimas de cura e “boa lei”. Um método indispensável, embora não exclusivo, pelo qual as técnicas demonstram que honram reivindicações de cuidado médico adequado correm em procedimentos para formular relatos relevantes de suas transações com pacientes.

Observações adicionais são necessárias sobre nosso uso do conceito de contrato. Mesmo o uso coloquial reconhece que o que um contrato especifica não é simplesmente dado no documento que atesta a existência do contrato. Tampouco os termos designações e as expressões contidas em um documento invocados “automaticamente” para regular a relação. Ao invés disso, as formas como se relacionam às *performances* são questões para um competente público leitor interpretar. Como se culturalmente falando, juristas são leitores competentes da maioria dos contratos cabe dizer o que os termos realmente significam. De fato, a forma como os contratos legais são escritos leva a tal leitura.

Sociologicamente, porém, contratos legais são apenas uma variante das cláusulas contratuais. A ampla concepção de contrato, a saber, seu poder de definir relações mais, também requer que questões de habilidade de leitura sejam consideradas. Imediatamente, somos obrigados a considerar como as designações, os termos e as expressões contidas nos prontuários clínicos foram lidos para fazê-los comprovar, e respostas às perguntas ligadas à responsabilidade médico-legal. Em nossa visão

relação possa ser retratada como tendo estado de acordo com as expectativas de performances sancionáveis por clínicos e pacientes.

Ao chamar um registro médico de “contrato”, não estamos alegando que o registro contenha apenas declarações do que deveria ter acontecido, em oposição ao que realmente aconteceu. Nem estamos propondo que uma leitura contratual do registro médico seja ainda a mais frequente, muito menos a única leitura que ocorra. Os registros clínicos são consultados em muitas diferentes ocasiões e para muitos diferentes interesses. Mas, para todos os diferentes usos que podem ser atribuídos e servir aos registros, considerações de responsabilidade médico-legal exercem uma prioridade predominante de relevância como interesses estruturais prevalentes, de predominância estrutural⁵ sempre que procedimentos para a manutenção de registros e seus conteúdos elegíveis devem ser decididos.

Embora materiais de prontuários possam ser utilizados de forma diferente daquela que serve ao interesse do contrato, *todas* as alternativas estão subordinadas ao uso do contrato como uma questão de reforçar a prioridade estrutural. Por causa dessa prioridade, usos alternativos estão consistentemente produzindo resultados erráticos e duvidosos. Mas também, por causa dessa prioridade, toda última sugestão de informação em um registro médico pode ter o alcance de uma interpretação contratual. Na verdade, o uso do contrato considera e estabelece, *o que quer que seja* que o prontuário possa conter como os elementos de um “registro inteiro”, e faz isso da maneira como descreveremos agora.

Quando qualquer prontuário de caso foi lido como um registro atuarial, seu conteúdo ficou tão aquém do nível de adequação que nos deixou intrigados com o porquê de “registros pobres”, não obstante, serem mantidos tão assiduamente, mas eles eram feitos para serem pobres. Por outro lado, quando documentos de prontuários foram considerados como termos não formulados de um contrato terapêutico potencial, isto é, como documentos reunidos no prontuário em franca antecipação de alguma ocasião em que os termos de um contrato terapêutico poderiam ter sido formulados a partir deles, a assiduidade com a qual os prontuários foram mantidos, ainda que seus conteúdos fossem extremamente desiguais em quantidade e qualidade, começou a “fazer sentido”.

Começamos com o fato de que, quando alguém examina qualquer prontuário de caso por aquilo que ele realmente contém, um aspecto proeminente e consistente é o caráter ocasional e elíptico de suas observações e informações. Em seu caráter ocasional, os documentos de prontuários são muito parecidos com elocucões numa conversa com uma audiência desconhecida, a qual, porque já se sabe o que poderia ser falado, é capaz de entender as pistas. Enquanto expressões, as observações que compõem esses documentos têm predominantemente a característica de que o seu sentido não

alguma coisa sobre a biografia típica e os fins típicos do usuário das expressões, s circunstâncias típicas sob as quais tais observações são escritas, sobre um típico c anterior de transações entre os que escrevem e o paciente, ou sobre um relacionar to típico de interação real e potencial entre os que escrevem e o leitor. Dessa form *conteúdos dos prontuários, muito menos do que revelar uma ordem de interação, supõem um entendimento daquela ordem para uma leitura correta.* O entender daquela sequência não é do tipo, porém, que se prime por clareza teórica, mas entendimento apropriado para o interesse pragmático do leitor na ordem.

Além disso, existe um uso autorizado dos registros. Essa autorização é regu sem dúvida, em função da pessoa que os lê, levando em conta seu envolvimento dico-legal ativo no caso em mãos; a partir daí essa autorização varia. Tal autori refere-se ao fato de que a relevância completa de sua posição e envolvimento em jogo ao justificar a expectativa de que ele tem um envolvimento apropriado essas expressões, de que ele vai entendê-las e fazer bom uso delas. O entendin específico e o uso serão ocasionais à situação, na qual ele próprio se encontra. O autorizado sabe que tal como o seu entendimento e uso é ocasionado pela situ na qual ele se encontra, entende-se que as expressões com que ele se defronta f ocasionadas pelas situações de seus autores. A possibilidade de entendimento é b da em um entendimento compartilhado, prático e autorizado de tarefas comuns aquele que escreve e o leitor.

Expressões ocasionais devem ser contrastadas com expressões “objetivas” é, expressões, cujas referências são decididas consultando um conjunto de regi codificação que são assumidas, por ambos, usuário e leitor, como mantendo-i dependente das características de ambos, exceto de suas apreensões mais ou n similares dessas regras.

Os documentos no prontuário de caso tinham a característica adicional d aquilo que poder-se-ia interpretar que estivessem *realmente* discutindo não perr cia, nem exigia-se que permanecesse idêntico em significado, nas variadas ocasí seus usos. Os dois significados, na realidade e na intenção, são variáveis com re às circunstâncias. Para apreciar o que os documentos estavam falando, foram r sárias referências específicas às circunstâncias de seus usos, mas, *enfatize-se*, r circunstâncias que acompanham a escrita original, e *sim às circunstâncias presen leitor em decidir o seu uso presente* apropriado. Obviamente, os leitores do docu to, aos quais nos referimos, são as pessoas da clínica.

Um protótipo de um registro atuarial seria um registro de pagamentos em tações. O registro de pagamentos em prestações descreve o estado presente lacionamento e como ele acontece. Uma terminologia padronizada e um cor padronizado de regras gramaticais governam não apenas os conteúdos possíveis

posto. Algo como uma leitura padrão é possível que desfrute de considerável credibilidade entre os leitores do registro. O leitor interessado não leva vantagem sobre o leitor meramente instruído. Que o leitor tem o direito de reivindicar ter lido o registro corretamente, isto é, uma reivindicação do leitor ao público leitor, é passível de decisão por ele e por outros, ao mesmo tempo em que não considera características particulares do leitor, *suas* transações com o registro, ou *seus* interesses em lê-lo.

No entanto, os conteúdos dos prontuários *podem* ser lidos, sem incongruência, por um membro da clínica, se, da mesma forma que um historiador ou um advogado poderia usar os mesmos documentos, ele desenvolver uma *representação documental* da⁶ do que as transações do paciente-clínico consistiram como uma questão ordenada e compreensível. Os vários itens dos prontuários clínicos são símbolos – como pedaços que permitirão a reunião de um amplo e indefinido número de mosaicos – compostos, não para descrever um relacionamento entre o pessoal clínico e o paciente, mas para permitir a um membro clínico formular a relação entre o paciente e a clínica como um curso normal dos afazeres da clínica, quando e se a questão de normalizar deve surgir como um assunto de algumas das preocupações práticas dos membros da clínica. Nesse sentido, dizemos que os conteúdos do prontuário servem como um uso contratual, em vez de uma descrição, porque um contrato não faz uso e não é usado para descrever uma relação. Ao contrário, é usado para normalizar a relação, o que equivale a dizer que o *quid pro quo* de trocas é tão ordenado em um relato da relação, de modo a satisfazer os termos de um acordo prévio e legítimo, explícito ou implícito.

Os conteúdos de prontuários são compostos por necessidades contingentes, por algum membro da clínica, para construir um potencial ou passado curso de transações entre a clínica e o paciente como um “caso” e, desse modo, como uma instância de um contrato terapêutico, frequentemente com os interesses de justificar um curso de ações real e potencial entre as pessoas da clínica e os pacientes. Consequentemente, seja qual for a sua diversidade, os conteúdos dos prontuários podem ser lidos sem incongruência por um membro da clínica; muito semelhante à forma como um advogado “faz uma petição”, o membro da clínica “faz um caso” a partir dos restos fragmentados *no curso* de extrair da leitura dos documentos sua relevância recíproca como um relato legítimo de atividade clínica.

formulado sobre qualquer que fosse a ocasião, em que tal formulação for necessária. Quais documentos serão usados, como serão usados, e quais significados terão os documentos quando usados, devem ser determinados antes de se formular o documento. Nenhum documento deve ser formulado sem que se tenha determinado previamente qual o seu uso. Qualquer documento formulado sem que se tenha determinado previamente qual o seu uso é um membro particular pode usar ao se referir a eles.

Contrastando com registros atuariais, documentos de prontuário pouco limitados em seus significados atuais pelos procedimentos, por quais eles vêm a ser reunidos no prontuário. Na verdade, os documentos são descomprometidos de seus procedimentos reais, por meios os documentos foram reunidos e a esse respeito as formas e resultados leitor competente dos documentos de prontuário contrastam, mais uma formas e resultados do público leitor atuarial competente. Quando e se a da clínica tem “uma boa razão” para consultar os conteúdos de prontuários no momento definem algum conjunto dos conteúdos dos como elementos constituintes do relato formulado. Se, no curso de consultório, seus propósitos mudarem, nada se altera, uma vez que o conjunto de documentos não está completo até o leitor decidir que ele leu o suficiente de documentos para não são formulados de antemão como condições fundamentais para para não são formulados de antemão como condições de resposta para as suas perguntas tem que satisfazer. Pode-se dizer que o de documentos de prontuário segue os interesses em desenvolvimento em utilizá-los; não o contrário. É quase impossível para um usuário dizer que começa a calcular um contrato, de que documentos ele precisa, muito que ele não abre mão. Seus interesses requerem um método de registro que proveja plenamente o caráter em desenvolvimento de seu contrato que proveja plenamente o caráter em desenvolvimento de seu contrato das circunstâncias práticas de gerenciamento a serviço das quais os conteúdos de prontuários devem estar. Acima de tudo, deseja-se que os conteúdos dos prontuários possam adquirir quaisquer significados que o público leitor lhes dê, que documentos são “combinatoriamente” contrastados por esses leitores e interpretações alternativas de acordo com os interesses em desenvolver na ocasião real de lê-los. Dessa forma, o evento real, quando é encerrado na ocasião real de lê-los, fornece, naquela ocasião, a definição possível de uso a ser feito dele, fornece, naquela ocasião, a definição possível de uso a ser feito dele, fornece, naquela ocasião, a definição possível de uso a ser feito dele. Assim, a lista de documentos de prontuário é uma lista de documentos de prontuário. Questões de sobreposição e duplicação ser indeterminadamente longa. Questões de sobreposição e duplicação ser indeterminadamente longa. Questões de sobreposição e duplicação ser indeterminadamente longa. Não somente elas realmente não aparecem, como questões de não podem ser avaliadas até o usuário saber, não importa com que grau de precisão, o que ele quer e deve procurar e, talvez, por quê. De quais questões de sobreposição e omissão não podem ser decididas até que o usuário examine qualquer coisa com que realmente o usuário defina

Características contrastantes adicionais de "duplicação" e "omissão" foram de registro requerem comentário. Em um registro atuarial, infort

posto. Algo como uma leitura padrão é possível que desfrute de considerável credibilidade entre os leitores do registro. O leitor interessado não leva vantagem sobre o leitor meramente instruído. Que o leitor tem o direito de reivindicar ter lido o registro corretamente, isto é, uma reivindicação do leitor ao público leitor, é passível de decisão por ele e por outros, ao mesmo tempo em que não considera características particulares do leitor, *suas* transações com o registro, ou *seus* interesses em lê-lo.

Citar problemas dos investigadores no uso de prontuários clínicos equivale a observar o fato de que uma fração negligenciável dos conteúdos de prontuários clínicos pode ser lida de forma atuarial sem incongruência. Um investigador que tenta impor uma leitura atuarial sobre os conteúdos dos prontuários irá encher seu caderno de anotações citando imperfeições nos dados, com reclamações de “descuido”, e coisas semelhantes.

No entanto, os conteúdos dos prontuários *podem* ser lidos, sem incongruência, por um membro da clínica, se, da mesma forma que um historiador ou um advogado poderia usar os mesmos documentos, ele desenvolver uma *representação documental* do que as transações do paciente-clínico consistiram como uma questão ordenada e compreensível. Os vários itens dos prontuários clínicos são símbolos – como pedaços que permitirão a reunião de um amplo e indefinido número de mosaicos – postos, não para descrever um relacionamento entre o pessoal clínico e o paciente, mas para permitir a um membro clínico formular a relação entre o paciente e a clínica como um curso normal dos afazeres da clínica, quando e se a questão de normalizar deve surgir como um assunto de algumas das preocupações práticas dos membros da clínica. Nesse sentido, dizemos que os conteúdos do prontuário servem como um uso contratual, em vez de uma descrição, porque um contrato não faz uso e não é usado para descrever uma relação. Ao contrário, é usado para normalizar a relação, o que equivale a dizer que o *quid pro quo* de trocas é tão ordenado em um relato da relação, de modo a satisfazer os termos de um acordo prévio e legítimo, explícito ou implícito.

Os conteúdos de prontuários são compostos pressionados por necessidades contingentes, por algum membro da clínica, para construir um potencial ou passado curso de transações entre a clínica e o paciente como um “caso” e, desse modo, como uma instância de um contrato terapêutico, frequentemente com os interesses de justificar um curso de ações real e potencial entre as pessoas da clínica e os pacientes. Consequentemente, seja qual for a sua diversidade, os conteúdos dos prontuários podem ser lidos sem incongruência por um membro da clínica; muito semelhante à forma como um advogado “faz uma petição”, o membro da clínica “faz um caso” a partir dos restos fragmentados *no curso* de extrair da leitura dos documentos sua relevância recíproca como um relato legítimo de atividade clínica.

A partir dessa perspectiva, os conteúdos dos prontuários consistem em um úni-

formulado sobre qualquer que fosse a ocasião, em que tal formulação for requerida. Quais documentos serão usados, como serão usados, e quais significados seus conteúdos assumirão, aguardam as ocasiões particulares, fins, interesses e perguntas que um membro particular pode usar ao se referir a eles.

Contrastando com registros atuariais, documentos de prontuário são muito pouco limitados em seus significados atuais pelos procedimentos, por meio dos quais eles vêm a ser reunidos no prontuário. Na verdade, os significados dos documentos são descomprometidos de seus procedimentos reais, por meio dos quais os documentos foram reunidos e a esse respeito as formas e resultados do público leitor competente dos documentos de prontuário contrastam, mais uma vez, com formas e resultados do público leitor atuarial competente. Quando e se um membro da clínica tem “uma boa razão” para consultar os conteúdos de prontuários, seus propósitos no momento definem algum conjunto dos conteúdos dos prontuários, como elementos constituintes do relato formulado. Se, no curso de consultar o prontuário, seus propósitos mudarem, nada se altera, uma vez que o conjunto constituinte de documentos não está completo até o leitor decidir que ele leu o suficiente. Os fundamentos para parar não são formulados de antemão como condições que uma resposta para as suas perguntas tem que satisfazer. Pode-se dizer que o possível uso de documentos de prontuário segue os interesses em desenvolvimento do usuário em utilizá-los; não o contrário. É quase impossível para um usuário dizer, quando ele começa a calcular um contrato, de que documentos ele precisa, muito menos, que ele não abre mão. Seus interesses requerem um método de registro e recuperação que proveja plenamente o caráter em desenvolvimento de seu conhecimento das circunstâncias práticas de gerenciamento a serviço das quais os conteúdos dos prontuários devem estar. Acima de tudo, deseja-se que os conteúdos dos prontuários possam adquirir quaisquer significados que o público leitor lhes dê, quando vários documentos são “combinatoriamente” contrastados por esses leitores e em busca interpretações alternativas de acordo com os interesses em desenvolvimento do leitor na ocasião real de lê-los. Dessa forma, o evento real, quando é encontrado solitário na ocasião real de lê-los, fornece, naquela ocasião, a definição da instância do possível uso a ser feito dele; fornece, naquela ocasião, a definição da instância do documento. Assim, a lista de documentos de prontuário é aberta e pode ser indeterminadamente longa. Questões de sobreposição e duplicação são irrelevantes. Não somente elas realmente não aparecem, como questões de sobreposição não podem ser avaliadas até o usuário saber, não importa com que grau de clareza imprecisão, o que ele quer e deve procurar e, talvez, por quê. De qualquer maneira, questões de sobreposição e omissão não podem ser decididas até que ele tenha realmente examinado qualquer coisa com que realmente o usuário defronta.

Características contrastantes adicionais de “duplicação” e “omissão” nos dois temas de registro requerem comentário. Em um registro atuarial, informações pod-

ser repetidas a título de conveniência. Mas o estrato de um estado atual de uma conta bancária não adiciona informação alguma ao que pode ser facilmente reunido do estado mais anterior da conta e dos depósitos e retiradas subsequentes. Se os dois não corresponderem, isso aponta irrefutavelmente para alguma omissão. O registro é governado por um princípio de relevância com o uso do qual o leitor pode avaliar sua completude e adequação num relance.

Um registro clínico não tem esse caráter. Uma entrada subsequente pode contrastar com uma anterior, de tal forma que o que foi conhecido até então agora muda de aspecto geral. Os conteúdos de um prontuário poderiam concorrer uns aos outros oferecendo-se representar uma parte em um argumento a ser formado. É uma questão aberta se as coisas ditas duas vezes são repetições, ou se a última tem a significação, digamos, de confirmar a primeira. O mesmo é verdade para as omissões. Na verdade, ambos ganham a visibilidade somente no contexto de algum esquema de interpretação escolhido.

O mais importante é que o leitor competente está ciente de que não é apenas o que o prontuário contém que se encontra em uma relação de referência mutuamente qualificadora e determinante, mas partes que não estão nele pertencem a isso também. Essas partes inefáveis ganham visibilidade à luz de episódios conhecidos, mas, por sua vez, os próprios episódios conhecidos são também, reciprocamente, interpretados à luz do que alguém deve racionalmente assumir que ocorreu, enquanto o caso prosseguia sem ter sido feita uma questão de registro.

O esquema para interpretar os documentos de prontuário poderia ser extraído de qualquer lugar. Isso poderia mudar a leitura de qualquer item particular, mudar os fins do investigador de fazer um caso dos documentos com que se defronta, mudar "à luz das circunstâncias", mudar à medida que as exigências assim requerem. O que a relação de qualquer sentido do documento significa para a "ordem dos esquemas" permanece inteiramente uma prerrogativa do leitor descobrir, decidir, ou discutir a seu ver, o que se enquadra em cada caso particular, conforme o caso, à luz de seus propósitos, à luz de suas mudanças de propósitos, à luz do que ele começa a achar, e assim por diante. Os significados dos documentos são alterados como uma função de tentar reuni-los no registro de um caso. Ao invés de estabelecer de antemão sobre o que um documento pode versar, espera-se ver com o que se encontra nos prontuários e, a partir daquilo, "constitui-se", literalmente encontra-se o assunto sobre o qual o documento versava. Em seguida, se há ou não continuidade, consistência, coerência entre o sentido de um documento e o outro cabe ao leitor decidir. Em nenhum caso são impostas ao leitor limitações que justifiquem ou digam de antemão o que consta no prontuário como o quê, ou o que ele vai considerar ou não valendo o quê?

A fim de ler os conteúdos do prontuário sem incongruência, um membro da

conheçam e usem conhecimento (1) da pessoa a quem o registro se refere, (2) pessoas que contribuíram para o registro, (3) da organização real da clínica e dos procedimentos operacionais, no momento em que os documentos do prontuário estão sendo consultados, (4) de uma história mútua com outras pessoas – pacientes e membros da clínica – e (5) de procedimentos clínicos, incluindo procedimentos para ler um registro na medida em que esses procedimentos envolvem o paciente e os membros da clínica. A serviço de interesses atuais, ele utiliza conhecimento para reunir, a partir dos itens do prontuário, uma representação documentada dessa relação⁸.

A clínica que estudamos está associada a um centro médico da universidade. A virtude do comprometimento da clínica com a pesquisa como um objetivo legítimo de empreendimento, um registro atuarial tem alta prioridade de valor nos afazeres usuais da clínica. Mas o caráter de contrato dos conteúdos dos prontuários de uma prioridade competitiva de valor que é associada a necessidades práticas predominantes de manter relacionamentos viáveis com a universidade, com outras especialidades médicas, com o governo do Estado, com os tribunais, e com os vários públicos em geral, descobrindo serem suas atividades aquelas de uma legítima ação remediadora psiquiátrica em primeiro lugar.

Entre os dois comprometimentos não há questão alguma por parte das partes envolvidas, pacientes e pesquisadores incluídos, sobre qual das duas tem prioridade. Em todas as questões, começando com as considerações de economia coletiva e estendendo-se através das tarefas de divulgar e justificar o empreendimento as condições para manter os prontuários de contrato devem ser satisfeitas. Os interesses são necessariamente interesses menores e devem ser ajustados a esses

Para tudo isso é possível responder que estamos dando importância de à questão como um todo; que, afinal de contas, os registros clínicos são mantidos para que sirvam aos interesses de serviços médicos e psiquiátricos, ao invés de virem aos interesses de pesquisa. Responderíamos com plena concordância. O que estávamos dizendo, embora estivéssemos dizendo com o intento de li estado dos registros à importância organizacional da prioridade que serviços de psiquiátricos desfrutavam em relação aos interesses de pesquisa. Onde que as atividades de pesquisa ocorram em clínicas psiquiátricas, alguém irá inva mente achar mecanismos especiais, por meio dos quais suas atividades de pesquisa estruturalmente separadas e subordinadas às atividades, por meio das garantidos. Isso não sugere que os clínicos não buscam a pesquisa de forma

Notas

1. KRAMER, M.; GOLDSTEIN, H.; ISRAEL, R.H. & JOHNSON, N.A. "Application of Life Table Methodology to the Study of Mental Hospital Populations". *Psychiatric Research Reports*, Jun./1956, p. 49-76.
2. O capítulo 7 relata esse estudo em detalhes. O capítulo 1 relata outros aspectos dessa pesquisa.
3. Para uma explicação dos usos sociocientíficos de registros clínicos, cf. BELLER, E.K. *Clinical Process*. Nova York: Free Press of Glencoe, 1962.
4. O modelo de David Harrah de um jogo de combinação de informações é escolhido para definir o significado de procedimento "atual". Cf. HARRAH, D. "A Logic of Questions and Answers". *Philosophy of Science*, 28, n.1, Jan./1961, p. 40-46. Uma discussão mais extensa compatível com a formulação de Harrah é encontrada em MEEHL, P.E. *Clinical Versus Statistical Prediction*. Mineápolis: University of Minnesota Press, 1954. • MEEHL, P.E. "When Shall We Use Our Heads Instead of the Formula?" In: *Minnesota Studies in the Philosophy of Science*. Vol. 2. Mineápolis: University of Minnesota Press, 1958.
5. Ao chamar os interesses de "estruturais" desejamos exprimir que o interesse não é governado por considerações pessoais em anteceder a causa, mas está relacionado às demandas da prática organizada, que o membro trata como suas circunstâncias reais.
6. Para descrições adicionais de representação documental cf. MANNHEIM, K. "On the Interpretation of 'Welanschauung'", In: KESKEMETI, P. (ed.). *Essays on the Sociology of Knowledge*. Nova York: Oxford University Press, 1962. Cf. tb. o cap. 3 deste volume.
7. É possível projetar deliberadamente um sistema para relatar, buscar e recuperar tais propriedades. Por exemplo, estudiosos podem deliberadamente empregar tal sistema precisamente porque seu objetivo é tal que eles podem não estar dispostos a permitir que seu conhecimento das situações, sobre as quais seu sistema de registro pretende permitir uma análise, seja confinado em seu desenvolvimento por um método que coloca limites conhecidos ao que é imaginável sobre as várias leituras e ideias com que eles se deparam em seu trabalho. Em seus interesses, tal sistema *ad hoc* de classificação e recuperação possui a virtude de maximizar oportunidades para ação imaginativa. Não sabendo a partir de algum "aqui e agora" o que pode se desenvolver mais tarde, e ainda assim querendo que desenvolvimentos posteriores sejam usados para reconstruir o passado, uma estratégia *ad hoc* para coleta e recuperação promete permitir ao estudioso fazer com que seu *corpus* de documentos se relacione ao gerenciamento das exigências que aparecem como uma função de seu engajamento real com a situação em andamento.
8. O que o estudioso pode fazer por si mesmo como um auxílio ao pensamento é feito pelos clínicos na presença um do outro, sob os auspícios de um sistema corporativamente organizado de supervisão e revisão, com seus resultados oferecidos não como interpretações possíveis, mas como relatos do que realmente aconteceu. Os seus usos de prontuários são inteiramente similares aos muitos métodos de psicoterapia, assim como ambos são formas legítimas de prestar serviços clínicos. E, se alguém pergunta – seja ele interno ou externo – pelos fundamentos racionais do procedimento, em ambos os casos também esses fundamentos são fornecidos pela invocação dos funcionários das formas da clínica como formas médico-legais socialmente sancionadas de fazer negócios psiquiátricos.
8. É importante enfatizar que não estamos falando de "tirar o melhor proveito científico do que quer que seja". Organizacionalmente falando, qualquer coleta de conteúdos de prontuário pode, poderá, e mesmo deverá ser usada para moldar uma representação documentada. Dessa forma, um esforço para impor um raciocínio formal sobre a coleta e composição de informações possui o caráter de um exercício vazio, porque as expressões que os documentos tão ordenados contêm terão de ser "decodificadas" para descrever seu significado real à luz do interesse e da interpretação que prevalece no momento do seu uso.

7 Adequação metodológica no estudo quantitativo dos critérios e atividades de seleção em clínicas psiquiátricas ambulatoriais*

Estudos quantitativos que descrevem como as pessoas são selecionadas para tratamento em clínicas psiquiátricas ambulatoriais concordam que as chances de um candidato venha a receber tratamento clínico dependem de muitos fatores, é do fato de que ele pode necessitar disso. Schaffer e Myers¹ compararam os candidatos com aqueles admitidos para tratamento na Clínica Psiquiátrica Ambulatorial Hospital Grace New Haven e decidiram que a posição socioeconômica do candidato era um critério de seleção relevante. Hollingshead e Redlich² compararam a composição de classe dos pacientes afiliados a várias agências de tratamento e atribuíram processos de seleção a super-representação, no tratamento nas clínicas psiquiátricas de pacientes de classe média e a sub-representação de pacientes de classe baixa. de pacientes de classe média e a sub-representação de pacientes de classe baixa. senhal e Frank³ compararam uma população de todos os pacientes que contactaram a Clínica Psiquiátrica Henry Phipps pela primeira vez com aqueles encaminhados ao tratamento. Descobriram que a idade, a raça, a educação, a renda anual, fonte encaminhamento, o diagnóstico e a motivação discriminavam as duas populações. Storrow e Brill⁴ compararam uma população de todos os pacientes que fizeram pesquisa pessoalmente na Clínica Psiquiátrica Ambulatorial da Ucla com a população remanescente que compareceu ao menos a uma entrevista de tratamento. Psicólogos, menor duração da doença, deterioração leve nas "adaptações ocupacionais" do desejo do paciente de se tratar, os benefícios requeridos pelo paciente, o bem-estar econômico, a religião, o sexo, a idade, a reação do entrevistado à avaliação do terapeuta da possibilidade de tratamento e a evasividade do paciente discriminavam as duas populações. Reportaram uma lista extensa de "variáveis não discriminavam ou discriminavam mal as duas populações. Weiss e Schaefer⁵ pararam uma população de todos os pacientes que tiveram alta depois de compli-