

TRADUÇÃO

GARFINKEL, H. “Boas” razões organizacionais para “maus” registros clínicos. In: _____. *Studies in ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press, 1996 [1967]. Cap. 6.

GARFINKEL, H. Adequação metodológica no estudo quantitativo dos critérios e atividades de seleção em clínicas psiquiátricas ambulatoriais. In: _____. *Studies in ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press, 1996 [1967]. Cap. 7.*

CRÉDITOS DA TRADUÇÃO

A tradução dos dois capítulos foi coordenada pela prof^a. Dr^a Maria Clara Castellões de Oliveira e por Aduino Villela; o capítulo 6 foi traduzido por Raquel Santos Lombardi; e o capítulo 7 foi traduzido por Aline Domingues de Paiva e Felipe Augusto Noronha. A revisão técnica e o estabelecimento do texto final foram realizados pelos professores Dr. Paulo Cortes Gago (Departamento de Letras) e Dr. Raul Francisco Magalhães (Departamento de Ciências Sociais), da Universidade Federal de Juiz de Fora.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à prof^a Dra. Anne W. Rawls da Bentley University que gentilmente permitiu a publicação sem custos do presente capítulo e ao prof. Dr. Frédéric Vandenberghe do IESP/UERJ, que mediu essa solicitação. Agradecemos especialmente à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Linguística da UFJF, representada à época pela prof^a. Dra. Maria Cristina Lobo Name, por ter-nos disponibilizado os recursos públicos necessários para viabilizar a tradução. Pela mesma razão, cabe-nos agradecer ao prof. Jessé Souza, que fomentou parte desse projeto com recursos do Pronex-FAPEMIG. Agradecemos à prof^a. Maria Clara Castellões de Oliveira por ter acolhido o nosso projeto de tradução no âmbito de seu curso de bacharelado de tradução da UFJF etê-lo levado a cabo com tanto profissionalismo e cuidado. Agradecemos também ao prof. Dr. Berthold Öelze, da Universidade de Passau (Alemanha), como um dos incentivadores iniciais do projeto de traduzir para o Português textos essenciais em Etnometodologia por ocasião de sua vinda à UFJF, como professor visitante do Departamento de Ciências Sociais, em 2008.

APRESENTAÇÃO DA TRADUÇÃO

Dando continuidade à publicação de capítulos dos *Estudos de Etnometodologia*, apresentamos dois capítulos, nos quais Garfinkel explora uma dimensão importantíssima da organização institucional, a saber, ele discute como práticas burocráticas cotidianas alteram, tanto o público que vai ser atendido pela instituição, quanto os próprios registros da instituição e seus resultados. Ele desenvolve a ideia de que unidades de atendimento psiquiátrico não têm um “público psiquiátrico” real, mas fabricam um público psiquiátrico institucional a partir da aplicação contextual de critérios de seleção. Um corolário de tais proposições é que devemos sempre tratar dados institucionais como resultados de certas formas de organização dos registros, e não como traduções de fenômenos socialmente pre-existentes. Boa leitura.

Paulo Cortes Gago e Raul Francisco Magalhães

* Por razões de programação visual, o capítulo 7, devido ao grande número de tabelas e desenhos esquemáticos não pôde ser diagramado em duas colunas, como é o padrão da Teoria e Cultura.

“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 U.C.L.A., 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 (autoregistro).

O método de agrupamento prometia aplicabilidade e resultados bem definidos e ricos. Não houve questões de acesso aos arquivos. Conseqüentemente, 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 tomarmos conhecimento de qual informação poderíamos ou não obter nos fez elevar o treinamento e a habilidade necessários para o nível de assistentes graduados em sociologia. Permitimos que os codificadores usassem inferências e encorajamos a pesquisa diligente. Mesmo assim, houve poucos itens em nosso programa para os quais obtivemos respostas. A Tabela 1 ilustra alguns tipos de informação que tínhamos esperado obter a partir dos arquivos clínicos, as que obtivemos e o grau de credibilidade estimada. Por exemplo, o sexo do paciente foi obtido em praticamente todos os casos; a idade do paciente, em 91 por cento dos casos; o estado civil e o local de residência, em cerca de 75 por cento; a

raça, a profissão, a religião e a educação, em cerca de um terço dos casos; e o histórico profissional, a procedência étnica, 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 entre os candidatos e o pessoal clínico, tivemos resultados em 18 itens para 90 por cento de nossos casos; para 20 outros itens conseguimos informação, variando entre 30 por cento e nenhum dos casos.

Quando, depois do primeiro ano de experiência, revimos nossos problemas em coletar informação a partir dos arquivos, começamos a pensar que esses problemas resultavam de nossa forma de buscar a informação nos prontuários. No entanto, fôssemos nós, ou qualquer outra pessoa, internos ou externos à clínica, todos teriam a mesma dificuldade, já que qualquer sistema de autorregistro tinha que ser conciliado com as formas de rotina, nas quais a clínica operava. Viemos a ligar a informação indisponível ao tema de “boas” razões organizacionais para “maus” registros.

É esse tema, ao qual nossas observações são endereçadas.

“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”. Devemos 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 emprestar 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 possua as propriedades desejadas de completude, clareza, credibilidade, e coisas semelhantes. O conteúdo transfor

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
(A) <u>Características “de capa” do paciente</u>				
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
<u>Eliminado por falta de informação</u>				
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				
(B) <u>Primeiro contato</u>				
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 contactadas	4,8	-	2,0	93,2
Disposição após o primeiro contato	5,0	0,3	11,9	82,8
(C) <u>Entrevista de admissão e testes psicológicos</u>				
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
Resultado do teste psicológico	0,2	0,3	1,5	98,0
Se não houve testes psicológicos, motivo	16,3	2,5	17,5	63,7
(D) <u>Reunião de admissão e Tratamento</u>				
Reunião de admissão agendada ou improvisada	44,6	10,9	34,9	9,6
Membro da equipe responsável pela reunião de admissão	50,3	-	-	49,7

TABELA 1 (cont.)
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
Decisão da reunião	8,0	9,7	10,3	72,0
Se o paciente foi designado a um terapeuta, nome do terapeuta	8,3	-	-	91,7
Nome do primeiro terapeuta	3,8	-	-	96,2
Se o paciente estava na lista de espera, resultado	-	0,3	9,6	90,1
Se o paciente não foi aceito, motivo	19,7	1,2	7,7	71,4
Se o paciente não foi aceito, como foi notificado	31,5	2,7	6,8	59,0
<u>Eliminado por causa de falta de informação</u>				
Composição da reunião de admissão				
Número de admissões anteriores				
Casos colaterais				
Agendamento dos testes psicológicos				
Agendamento das entrevistas de admissão				
Número de encontros para a entrevista de admissão				
Notificação de alta pendente após a entrevista de admissão				
Testes psicológicos administrados				
Tipo de tratamento recomendado				
Número de sessões de tratamento agendadas				
Número de encontros perdidos				
Número de entrevistas com cônjuges, pais, familiares, amigos, etc.				
Supervisor de tratamento				
Regime de visitas planejado				
Frequência real de visitas				
Razões para alta após o tratamento				
(E) <u>Características Psiquiátricas</u>				
Natureza das reclamações dos pacientes	7,0	0,2	1,9	90,9
Diagnósticos psiquiátricos	17,2	-	-	82,8
Experiência psiquiátrica anterior	19,0	1,7	46,5	32,8
Motivação para a terapia	32,0	11,3	28,3	28,4
"Propensão psicológica"	40,2	14,0	23,9	21,9
(F) <u>Carreira Clínica</u>				
Momento de alta	-	0,9	6,2	92,9
Circunstâncias da alta	2,6	1,1	5,6	90,7
Para onde o paciente foi encaminhado	3,5	0,3	7,6	88,6
Tipo de carreira clínica	0,2	0,8	5,1	93,9
Número de dias em contato com a clínica	1,5	3,0	3,5	92,0
Número de dias fora do status de internação	2,0	3,8	3,9	90,3
Número de dias em tratamento	8,8	0,4	0,4	90,4

mado dos registros presta-se mais facilmente do que o original às várias espécies de análises socio-científicas na suposição, claro, que lá existe uma correspondência defensável entre o relato transformado e a maneira pela qual a informação foi expresso tipo de instituição em questão, em sua forma original³.

Qualquer investigador que tentou um estudo com o uso de registros clínicos, onde quer que tais registros sejam encontrados, tem sua ladainha de problemas para rezar. Além disso, administradores de hospitais e clínicas estão, frequentemente, cientes 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. Deste 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.

Vimos 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 agir em conformidade com as regras dos procedimentos operacionais da clínica, que, para eles e do ponto de vista deles, são mais ou menos pressupostas como formas certas de fazer as coisas. Os problemas "normais, naturais" são problemas que ocorrem porque as pessoas da clínica estabeleceram formas de relatar suas atividades; porque as pessoas da clínica como pessoas que preenchem autorregistros obedecem a essas formas estabelecidas; e porque o sistema de registro e as atividades de autorregistro do repórter são aspectos integrais das formas usuais da clínica de conseguir cada trabalho feito do dia – formas que para as pessoas da clínica são as formas certas.

Os problemas de que falamos são aqueles que qualquer investigador – externo ou interno – encontrará, se consultar os arquivos para responder às questões que se desviam, em importância teórica ou prática, de fins e rotinas relevantes organizacionalmente, sob cujos auspícios os conteúdos dos arquivos são agrupados de forma rotineira em primeiro lugar. Deixe o investigador tentar remediar as imperfeições e ele encontrará rapidamente propriedades interes-

santes desses problemas. Eles são persistentes, eles são reproduzidos de um arquivo da clínica para o outro, eles são padrão e ocorrem com notável uniformidade, enquanto alguém compara sistemas de registro de clínicas diferentes, eles são obstinados em resistir à mudança, e acima de tudo, têm o sabor da inevitabilidade. Essa inevitabilidade é revelada pelo fato de que uma tentativa séria da parte do investigador para remediar o estado de coisas, convincentemente demonstra quão intrincável e sensivelmente os procedimentos de registro estão ligados a outras práticas rotinizadas e valorizadas da clínica. Os procedimentos de registro, seus resultados, e os usos desses resultados são aspectos integrais das mesmas ordens sociais que eles descrevem. As tentativas de tocar uma simples corda podem colocar 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. O ponto crucial do fenômeno situa-se em outro lugar, a saber, nas ligações entre registros e o sistema social que serve e é servido por esses registros. Existe uma lógica organizacional para os problemas do investigador. É o objetivo deste trabalho formular esse raciocínio explicitamente. Em direção àquele fim, deveremos discutir as várias fontes organizacionais dos problemas envolvidas em realizar uma melhoria nos registros clínicos.

Algumas fontes de "problemas normais, naturais"

Uma parte do problema, à qual a maioria dos esforços de remediar foi dirigida, é constituída pela utilidade marginal de informação agregada. O problema de uma iniciativa que deve operar dentro de um orçamento fixo envolve os custos comparativos de obter informação alternativa. Porque há custos comparativos para formas diferentes de manter registros, é necessário escolher entre as formas alternativas de alocar recursos financeiros escassos, tempo, funcionários, treinamento, e habilidades, 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 à 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 – i.e., onde informação uniforme é coletada para fins futuros, mas desconhecidos. Um administrador deve estar inteiramente 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 ofereçam respostas, o investigador está disposto a aceitar. Por tais razões, um administrador com um olho nos custos orçados

de seus procedimentos de registro, estará inclinado a preferir minimizar os custos presentes e a ser a favor de operações de curto prazo, quando o investigador decidir suas necessidades em um projeto formulado.

Há os problemas adicionais em assegurar a motivação de coletar a informação “central” que ocorre, quando a “boa performance de registro” é avaliada de acordo com o interesse de pesquisa. Tais padrões contradizem, frequentemente, os interesses de trabalho de profissionais dentro da organização. Além disso, prioridades estabelecidas de responsabilidade ocupacional podem motivar queixas veementes e realistas, bem como – e com mais notável probabilidade – práticas de registro informais e escondidas que permitem ao registrador manter a prioridade de suas outras obrigações ocupacionais enquanto conserva o escrutínio central apropriadamente mal-informado.

Esse ponto relaciona-se às fontes relatadas de problemas em efetuar melhorias, problemas que têm a ver com assegurar a obediência dos funcionários de autorregistro na manutenção de registro como uma coisa respeitável para eles, para ser feita a partir do ponto de vista deles. A divisão de trabalho que existe em toda clínica não consiste somente em habilidades técnicas diferenciadas. Ela consiste, também, em valor moral diferencial agregado à posse e aos exercícios de habilidades técnicas. Para apreciar a variedade e a seriedade de problemas acrescidos por esse aspecto organizacional, é necessário somente considerar as formas contrastantes, pelas quais os registros são relevantes para a realização satisfatória de responsabilidades administrativas, comparadas com as responsabilidades médicas profissionais e com a cautelosa trégua que existe entre os vários campos ocupacionais, no que diz respeito a demandas mútuas para manutenção de registros.

Os sentimentos do pessoal clínico de maior ou menor dignidade do trabalho burocrático, em comparação com o exercício de outras habilidades em suas vidas profissionais, acompanham suas preocupações permanentes com as consequências estratégicas de evitar especificidades no registro, dado o caráter imprevisível das ocasiões, sob as quais o registro pode ser usado como parte do sistema contínuo de supervisão e revisão. Os registros podem ser usados a serviço de interesses, que aqueles que estão em posição mais alta na hierarquia médico-administrativa provavelmente não são capazes de especificar, ou de antever, nem exige-se deles isso, nem eles estão inclinados a fazê-lo. Inevitavelmente, por conseguinte, existem práticas informais, que são conhecidas por todos, que, como uma coisa natural, contradizem as

práticas oficialmente descritas e abertamente reconhecidas. Caracteristicamente, as especificidades de saber quem, o que, quando e onde são segredos bem guardados de grupos fechados nas clínicas, assim como o são em todos os cenários burocraticamente organizados. Do ponto de vista de cada equipe profissional, há as especificidades que facilitam a realização pela equipe de sua rotina profissional diária e que não interessam a outras 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 simultaneamente 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 espantar 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 inves-

tigadores estão cientes em outras áreas de conduta governada por regras: a saber, aquelas bem conhecidas diferenças e bem conhecidas fontes de diferenças ocorrem entre regras e práticas, diferenças que são notoriamente recalitrantes serem remediadas.

Tais diferenças não são compreensíveis, muito menos remediáveis, por tentarem alocar a culpa entre as pessoas que registram e os investigadores. Considere-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 à sério, acha difícil reconciliar o que sabe sobre aquilo que o formulário está perguntando com o que o formulário fornece como uma regra para decidir a relevância do que sabe. Por exemplo, considere-se uma pergunta à qual fornece ao membro da equipe respostas alternativas fixas, e.g., “sim” ou “não”, ainda assim, a partir do que sabe do caso, ele está convencido de que uma resposta “sim” ou “não” vai distorcer a pergunta, ou frustrar o objetivo do inquiridor ao perguntar isso. Ao levar o estudo à sério, a pessoa que registra poderia perguntar a si mesma se uma nota marginal será suficiente? Mas, então, ela está procurando por problemas se escreve isso? Deve ele, talvez, esperar até encontrar o investigador e, então, lembrá-lo desse caso? Mas por que somente *desse caso*? Ele sabe, juntamente com as outras pessoas que registram como ele, de muitos casos e de muitos lugares por todo o formulário de registro, de modo que sua reclamação é inteiramente realista de que devesse ele realizar anotações marginais, ele poderia ter inúmeras observações para fazer relacionadas a muitos itens, em muitos casos.

A única coisa que o investigador, de sua parte, quer da pessoa que preenche o autorregistro, que ela trate o formulário de registro como a ocasião para relatar o que a pessoa que faz o autorregistro sabe *da forma como ela o sabe*. Assim, achamos que a pessoa que preenche o autorregistro pode distorcer a realidade do caso, precisamente 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 isso. Alguém pode facilmente imaginar que o seu ressentimento e sofrimento correspondem ao do investigador.

Além disso, enquanto a terminologia em formulários de autorregistro é fixa, os 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 operações 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, funcionários ou procedimento clínicos, os termos nos formulários de registro podem mudar em seus significados, sem uma única sentença mimeografada ser alterada. É desconcertante descobrir como mesmo pequenas mudanças podem tornar várias seções de um 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 fazem o autorregistro estão prosseguindo com o uso de formulários prontos podem ser entendidas e esclarecidas se consideramos que a sinceridade em um registro leva a riscos bem conhecidos para as carreiras e para a organização. Falando de eufemisticamente, entre o pessoal da clínica e seus clientes, e entre a clínica e os grupos que compõem seu ambiente, a troca de informações é algo parecido com um mercado livre.

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 consistente-

mente as performances de manutenção de registro, negligencia um aspecto crítico e, talvez, inalterável de os 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 programa explícito de obrigações, cujo caráter vinculativo é reconhecido pelas partes identificáveis do acordo. Em contraste, e porque estamos falando especificamente sobre clínicas, usamos o termo “contrato” para referirmo-nos à *definição* de transações normais entre clientela e agências remediadoras, em termos das quais os serviços das agências de são franqueados e disponíveis para os clientes. Um dos aspectos cruciais das atividades remediadoras é que seus receptores são socialmente definidos por eles mesmos e pelas agências como incompetentes para negociar para si próprios os termos 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, ou o que é melhor para ele. O mesmo aplica-se ao criminoso, *mutatis mutandis*, que é 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, estão de acordo com um esquema maior de obrigações. O esquema maior de obrigações relaciona a autorização, em termos da qual uma agenciamento remediador está autorizado a atuar, às doutrinas técnicas e éticas profissionais práticas que governam as operações e agenciamentos. Assumindo a jurisdição em casos específicos, agenciamentos médicos e legais comprometem-se a honrar reivindicações públicas legítimas de “boa cura” e “boa lei”. Um método indispensável, embora não exclusivo, pelo qual as clínicas demonstram que honram reivindicações de cuidado médico adequado consiste 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, as 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 sabe, culturalmente falando, juristas são leitores competentes da maioria dos contratos; a eles 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 da classe de contratos. A ampla concepção de contrato, a saber, seu poder de definir relações normais, também requer que questões de habilidade de leitura sejam consideradas. Dessa maneira, somos obrigados a considerar como as designações, os termos e as expressões contidas nos prontuários clínicos foram lidos para fazê-los comprovar, como respostas às perguntas ligadas à responsabilidade médico-legal. Em nossa visão *os conteúdos de prontuários clínicos são reunidos tendo em vista a possibilidade de que a 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, mui-

to 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 aos registros e para todos os diferentes usos a que podem servir, 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* o 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, i.e., 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 prominente 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 elocuições 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 pode ser decidido por um leitor

sem o seu conhecimento necessário, ou suposição de alguma coisa sobre a biografia típica e os fins típicos do usuário das expressões, sobre circunstâncias típicas sob as quais tais observações são escritas, sobre um típico curso anterior de transações entre os que escrevem e o paciente, ou sobre um relacionamento típico de interação real e potencial entre *os que escrevem e o leitor*. Dessa forma, *os conteúdos dos prontuários, muito menos do que revelar uma ordem de interação, pressupõem um entendimento daquela ordem para uma leitura correta*. O entendimento daquela sequência não é do tipo, porém, que se prime por claridade teórica, mas é um entendimento apropriado para o interesse pragmático do leitor na ordem.

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

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

Os documentos no prontuário de caso tinham a característica adicional de que aquilo que poder-se-ia interpretar que estivessem *realmente* discutindo não permanecia, nem, exigia-se que permanecesse idêntico em significado, nas variadas ocasiões de seus usos. Os dois significados, na realidade e na intenção, são variáveis com respeito às circunstâncias. Para apreciar o que os documentos estavam falando, foram necessárias referências específicas às circunstâncias de seus usos mas, *ênfatize-se*, não às circunstâncias que acompanham a escrita original, e *sim às circunstâncias presentes do leitor* em decidir o seu uso *presente*

apropriado. Obviamente, os leitores do documento, aos quais nos referimos, são as pessoas da clínica.

Um protótipo de um registro atuarial seria um registro de pagamentos em prestações. O registro de pagamentos em prestações descreve o estado presente do relacionamento e como ele acontece. Uma terminologia padronizada e um conjunto padronizado de regras gramaticais governam não apenas os conteúdos possíveis, mas governam também a forma como um “registro” de transações passadas deve ser composto. 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, i.e., 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 poderiam usar os mesmos documentos, ele desenvolver uma *representação documentada*⁶ 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 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 único campo livre de elementos, com cujo uso o aspecto contratual da relação pode ser 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 as 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 formulada. 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 im-

possível para um usuário dizer, quando ele começa a calcular um contrato, de que documentos ele precisa, muito menos de 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 de 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 sob a égide do possível uso a ser feito dele, fornece, naquela ocasião, a definição da importância 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 ou imprecisão, o que ele quer que ele deve procurar e, talvez, por que. 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 sistemas de registro requerem comentário. Em um registro atuarial, informações podem 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. Então 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 quê⁷.

A fim de ler os conteúdos do prontuário sem incongruência, um membro da clínica deve esperar de si mesmo, esperar dos outros membros da clínica, e esperar isso da mesma forma como ele espera dos outros membros da clínica, eles esperam que ele conheça e use um conhecimento (1) de pessoas particulares a quem o registro se refere, (2) de 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 envolveram o paciente e os membros da clínica. A serviço de interesses atuais, ele utiliza tal conhe-

imento 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. Em virtude do comprometimento da clínica com a pesquisa como um objetivo legítimo do empreendimento, um registro atuarial tem alta prioridade de valor nos afazeres usuais da clínica. Mas o caráter de contrato dos conteúdos dos prontuários de caso tem uma prioridade competitiva de valor que é associada a necessidades práticas e 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 agência remediadora psiquiátrica em primeiro lugar.

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

Para tudo isso é possível responder que estamos dando importância demais 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 servirem aos interesses de pesquisa. Responderíamos com plena concordância. Isso é o que estávamos dizendo, embora estivéssemos dizendo com o intento de ligar o estado dos registros à importância organizacional da prioridade que serviços médicos e psiquiátricos desfrutam em relação aos interesses de pesquisa. Onde quer que as atividades de pesquisa ocorram em clínicas psiquiátricas, alguém irá invariavelmente achar mecanismos especiais, por meio dos quais suas atividades de pesquisa serão estruturalmente separadas e subordinadas às atividades, por meio das quais o caráter e a viabilidade da clínica enquanto um empreendimento de serviço, serão garantidos. Isso não sugere que os clínicos não buscam a pesquisa de forma séria e resolvida.

Notas

* Em colaboração com Egon Bittner, Instituto Neuropsiquiátrico Langley Porter.

1 M. Kramer, H. Goldstein, R. H. Israel, e N. A. Johnson, “Application of Life Table Methodology to the Study of Mental Hospital Populations”, *Psychiatric Research Reports*, June, 1956, p. 49-76.

2 O capítulo sete relata esse estudo em detalhes. O capítulo um relata outros aspectos dessa pesquisa.

3 Para uma explicação dos usos sociocientíficos de registros clínicos, consulte E. Kuno Beller, *Clinical Process (Processo clínico, em tradução literal)* (New York: Free Press of Glencoe, Inc., 1962).

4 O modelo de David Harrah de um jogo de combinação-de-informações é escolhido para definir o significado de procedimento “atuarial”. Ver David Harrah, “A Logic of Questions and Answers” *Philosophy of Science*, 28, nº1 (January, 1961), p. 40-46. Uma discussão mais extensa compatível com a formulação de Harrah é encontrada em Paul E. Meehl, *Clinical Versus Statistical Prediction* (Minneapolis: University of Minnesota Press, 1954); e em Paul E. Meehl, “When Shall We Use Our Heads Instead of the Formula?” *Minnesota Studies in the Philosophy of Science*, Vol. 2 (Minneapolis: University of Minnesota Press, 1958).

5 Ao chamar os interesses de “estruturais” desejamos exprimir que o interesse não é governado por considerações pessoais em antecipar 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 ver Karl Mannheim, “On the Interpretation of ‘Weltanschauung’” (“Sobre a interpretação de ‘Weltanschauung’”, em tradução literal), em *Essays on the Sociology of Knowledge (Ensaio sobre a sociologia do conhecimento, em tradução literal)*, ed. Paul Kecskemeti (New York: Oxford University Press, 1962); e o capítulo Três nesse 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 defrontaram 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.

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, quaisquer que sejam, pode, poderá, mesmo dever 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 conterão terão de ser “decodificadas” para descobrir seu significado real à luz do interesse e da interpretação que prevalece no momento do seu uso.