

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

IGOR GERMANI DAMINELLI

Prontuário e registro em saúde mental: história, significado e desafios

Maringá

2025

IGOR GERMANI DAMINELLI

Prontuário e registro em saúde mental: história, significado e desafios

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia
Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade

Orientadora: Dra. Maria Lúcia Boarini

Maringá

2025

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

D159p

Daminelli, Igor Germani

Prontuário e registro em saúde mental : história, significado e desafios / Igor Germani Daminelli. -- Maringá, PR, 2025.
99 f. : il. color., figs.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lucia Boarini.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025.

1. Saúde mental - Prontuário médico. 2. Registro em saúde - Brasil. 3. Sistema Único de Saúde (SUS) - Saúde pública. 4. Atenção psicossocial. 5. Política Nacional de Humanização do SUS (PNH). I. Boarini, Maria Lucia, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 23.ed. 616.89

Elaine Cristina Soares Lira - CRB-9/1202



Igor Germani Daminelli

Prontuário e registro em saúde mental: história, significado e desafios

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

COMISSÃO JULGADORA

Profa. Dra. Maria Lucia Boarini
(Orientadora/Presidenta) – PPI/UEM

Profa. Dra. Vânia Damasceno Costa
Examinadora - Externa - DAP-UNIR

Profa. Dra. Sílvia Mara Pires de Freitas
Examinadora - Interna - PPI/UEM

Aprovado em 25/08/2025

Defesa realizada na modalidade híbrida, Bloco 118 - Sala de Vídeo

Dedico este trabalho a todos os usuários,
usuárias, trabalhadores e trabalhadoras da saúde
que tanto me ensinaram.

AGRADECIMENTOS

Para que esta dissertação viesse ao mundo — como nascem as ideias que insistimos em mover —, foi preciso o trabalho de muitas mãos. Da produção da cadeira onde me sentei por tantos dias, do computador alimentado por energia vinda de alguma usina distante, da comida que me sustentou produzida no campo ou na indústria, dos livros que me serviram de fonte, do cuidado que recebi, das artes que me inspiraram e das professoras e professores que me formaram — tudo isso que me trouxe até a última linha é fruto de uma teia de trabalho humano. A todas essas pessoas, trabalhadoras e trabalhadores, meu mais sincero agradecimento.

Dedico este agradecimento com especial amor e profundos sentidos à minha mãe, Ana Paula, a mais admirável das mulheres — presente em tudo que sou e minha primeira e constante inspiração na teimosa vontade de construir um mundo melhor. Agradeço também à minha avó, Eunice, mãe em dobro e carinho eterno.

Agradeço, mesmo que ela talvez nem compreenda uma só palavra do que está aqui escrito, à Pantera — minha pequena, peluda e miante companheira de todos os dias, afago de todas as noites.

Agradeço às amigas que fiz nesta estrada — Bruna, Camylla, Livia e Luiza — que, cada uma a seu modo, foram sustentáculo ao longo desta caminhada. E aos amigos com quem já compartilhava a vida: Henrique, Flávia e Hilusca, vínculos de grande importância na minha existência.

À Maria Lúcia Boarini, orientadora desta jornada e incansável companheira de luta, agradeço por toda a paciência com o processo.

Agradeço aos membros da Banca de qualificação e defesa: professora Dra. Vânia Damasceno Costa, professor Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado e professora Dra. Sylvia Mara P. de Freitas pelo cuidado, atenção e zelo nos apontamentos e nas sugestões, valiosas para o meu desenvolvimento como pesquisador e profissional.

Agradeço à Dra. Lilian Denise Mai pela prontidão no aceite do convite para suplência.

Agradeço aos colegas do Grupo de Estudos e Pesquisas Higiene Mental e Eugenia (GEPHE), pelas ricas discussões e contribuições para minha formação e para a sociedade brasileira.

À CAPES, pelo financiamento.

E agradeço, por fim, a todas as trabalhadoras e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), que, na lida diária, concretizam o cuidado, apesar dos mais difíceis desafios produzidos no interior de suas contradições.

Daminelli, I. G. (2025). *Prontuário e registro em saúde mental: história, significado e desafios*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo de investigar a importância do prontuário para a saúde em geral, e em especial, para a saúde mental. Apesar da importância dos registros escritos para a história e para o desenvolvimento dos complexos sociais, como na medicina, no campo da saúde mental nota-se a incipiência das discussões acerca dos prontuários do paciente. Pesquisas científicas na saúde mental que utilizaram os prontuários como fonte primária apontam a carência de informações no preenchimento desses documentos, culminando na insuficiência de dados para a compreensão da realidade do cuidado ofertado nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A fim de compreender o atual estado de coisas, buscamos resgatar a história dos registros em saúde e seu processo de desenvolvimento até se estabelecerem como instrumentos imprescindíveis ao cuidado na lógica da clínica ampliada, desvelando as determinações sociais que fundamentam sua constituição. Para tanto, lançamos mão da análise crítica, inspirada na compreensão materialista histórica, de diversas fontes dos campos da medicina, da história, da saúde coletiva e da sociologia, bem como de legislações, cartilhas e documentos técnicos, caracterizando, portanto, uma pesquisa de cunho bibliográfico e documental. Os resultados indicam que o prontuário do paciente, que aparece atualmente como modelo de registro na saúde pública do Brasil, é fruto de um longo processo de desenvolvimento histórico, que passou de artifício de estudo a componente do método de ensino; posteriormente, a meio de exposição e compilação de achados científicos; e, na atualidade, a documento de valor jurídico, gestor dos processos financeiros subjacentes ao cuidado em saúde e com potencial como mediador e organizador do cuidado. Consideramos que o prontuário é um instrumento valioso no processo de cuidado dos usuários de saúde mental, especialmente no contexto da atenção em rede, tendo ainda valor histórico e científico. Contudo, em detrimento de seus benefícios, a lógica de organização dos dispositivos de saúde mental, a base epistemológica biomédica predominante na formação em saúde, o processo de financiamento do SUS e o déficit de investimento em saúde no Brasil resultam na subutilização de todo o potencial mediador dos prontuários, potencial que é reforçado pela Política Nacional de Humanização do SUS (PNH). Concluímos, portanto, que o prontuário, enquanto resultado objetivo da práxis em saúde, exige um conjunto de condições concretas para que possa realizar com efetividade as múltiplas funções que adquiriu ao longo

da história. Essas funções o tornam um instrumento revelador do cuidado em saúde mental, a partir da lógica da atenção psicossocial, a depender de como é concretizado no cotidiano de trabalho. Com base em nossa análise, o prontuário é um dos principais fios que entrelaça a singularidade do sujeito e a totalidade da rede. Trata-se de uma construção ativa, capaz de desempenhar um papel significativo na ampliação dos direitos dos usuários e na transformação de suas condições concretas de existência, o que talvez só consiga ser alcançado com a superação do modelo político-econômico que privilegia mecanismos gerenciais de controle de gastos em detrimento de projetos societários verdadeiramente humanistas.

Palavras-chave: Prontuário. Registro em saúde. Integralidade no cuidado. Atenção Psicossocial. Política Nacional de Humanização do SUS (PNH). Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

This study aims to investigate the significance of medical records for health in general, and particularly for mental health. Despite the importance of written documentation for the historical development of complex social structures, such as medicine, discussions on patient records remain underdeveloped in the context of mental health. Scientific studies in mental health that used patient records as primary sources point to a lack of information in how these documents are completed, ultimately resulting in insufficient data to understand actual care practices within Brazil's Psychosocial Care Network (Rede de Atenção Psicossocial, RAPS). To better comprehend the current scenario, we revisited the history of health documentation and its development until it became an essential tool within the framework of extended clinical practice, revealing the social determinants that underlie its consolidation. To this end, we conducted a critical analysis grounded in historical materialist theory, drawing from multiple disciplinary fields—including medicine, history, public health, and sociology—as well as legislation, manuals, and technical documents, thus characterizing the study as literature and documentary-based research. The findings indicate that patient records, now formalized as the standard documentation model in Brazil's Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS), are the outcome of a long historical process. Initially conceived as a study tool, they later became a component of the medical teaching method, followed by their use as a medium for presenting and compiling scientific findings, and currently function as legal instruments that manage the financial processes underlying health care while also holding potential to mediate and organize care delivery. We argue that patient records are valuable tools in the care process of mental health service users, especially within network-based care, and that they also hold historical and scientific relevance. However, despite these benefits, the organizational logic of mental health services, the dominance of biomedical epistemology in health training, the structure of SUS funding, and chronic underinvestment in Brazil's public health system result in the underuse of the full mediating potential of patient records, a potential further reinforced by the National Humanization Policy (Política Nacional de Humanização, PNH). We conclude that patient records, as an objective outcome of health praxis, require a set of concrete conditions in order to effectively fulfill the multiple functions they have acquired over time. These functions make them a revealing tool of mental health care practices within the logic of psychosocial care, depending on how they are

operationalized in everyday work routines. Based on our analysis, patient records are one of the key threads that interweave individual subjectivity with the broader structure of the care network. They are an active construction capable of playing a significant role in expanding users' rights and transforming their concrete living conditions which may only be achievable through the overcoming of the political-economic model that prioritizes managerial mechanisms for expenditure control to the detriment of genuinely humanistic societal projects.

Keywords: Patient records. Health documentation. Integrality of Care. Psychosocial Care. National Humanization Policy (PNH). Brazil's Unified Health System (SUS).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A lição de anatomia do Dr. Nicolaes Tulp	28
Figura 2 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pesquisas que têm, como fontes primárias, prontuários e outros documentos de instituições de saúde mental do final do segundo reinado e do início da República no Brasil	45
--	----

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AEC – Antes da Era Comum

AMA – Associação Americana de Médicos

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CFM – Conselho Federal de Medicina

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CMS – Conselho Municipal de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CRM – Conselho Regional de Medicina

EC – Era Comum

e-SUS – Prontuário Eletrônico Cidadão do SUS (modelo utilizado pelo SUS)

FR – Fundação Rockefeller

GEPHE – Grupo de Estudos e Pesquisas Higiene Mental e Eugenia

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

ONU – Organização das Nações Unidas

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

PNH – Política Nacional de Humanização do SUS

PR – Paraná

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RJ – Rio de Janeiro

RS – Rio Grande do Sul

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SC – Santa Catarina

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SOAP – Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TR – Técnicos de Referência

UEM – Universidade Estadual de Maringá

SUMÁRIO

REGISTROS DE UM CAMINHO.....	13
1 REGISTRAR NO CAMPO DA SAÚDE COMO PRÁXIS SOCIAL E HISTÓRICA	24
1.1 Dos primeiros registros em saúde.....	24
1.2 Os registros e o início do processo de desenvolvimento da medicina nos Estados Unidos.....	29
1.3 Padronização como modelo científico-empresarial.....	35
1.4 A complexificação dos registros em saúde norte-americanos e seu enlace político-econômico com o Brasil.....	36
2 INTERVENÇÃO EM SAÚDE E EM SAÚDE MENTAL, E SEUS REGISTROS, NO BRASIL.....	41
2.1 Na efervescência da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: o prontuário como direito.....	53
2.2 Mudanças no campo da saúde mental e o impacto no processo de registrar.....	55
2.3 Registro em saúde: integralidade na Atenção Psicossocial.....	61
2.4 Entre a integralidade do sujeito e o olhar fragmentado.....	66
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES.....	71
REFERÊNCIAS.....	76
ANEXOS.....	96

REGISTROS DE UM CAMINHO

COMUNHÃO

*Todos os meus mortos estavam de pé,
em círculo
eu no centro.
Nenhum tinha rosto. Eram
reconhecíveis
pela expressão corporal e pelo que
diziam
no silêncio de suas roupas além da
moda
e de tecidos; roupas não anunciadas
nem vendidas.
Nenhum tinha rosto. O que diziam
escusava resposta,
ficava, parado, suspenso no salão,
objeto
denso, tranquilo.
Notei um lugar vazio na roda.
Lentamente fui ocupá-lo.
Surgiram todos os rostos, iluminados.*

— Carlos Drummond de Andrade

Desde que a humanidade se tornou capaz de registrar, escrever, codificar e decodificar símbolos e palavras, inaugurou-se a tendência de, com essa nova ferramenta, fixar — de uma forma mais duradoura do que até então se fazia — objetos, ideias e histórias individuais e coletivas inerentes ao transcurso de desenvolvimento das sociedades e culturas. Não à toa há a tradição de dividir esse percurso humano-social em Pré-História, momento em que não havia o desenvolvimento histórico de registrar através da escrita (Bahn, 2004) e, posterior a ela, os outros períodos subsequentes (Idade Antiga, Idade Média, Idade Moderna e Contemporaneidade).

Mesmo antes do desenvolvimento da escrita, já havia registros das percepções do “homem pré-histórico”,¹ como no caso das pinturas rupestres encontradas em sítios arqueológicos e cavernas, das quais não sabemos exatamente o objetivo da época. Porém, é certo que, ao concretizarem aquilo que observavam em imagem e cores, através do trabalho pictográfico, puderam expandir o tempo de permanência das ideias na consciência. Portanto, o desenvolvimento desses signos externos, tal como a escrita, permitiu o desenvolvimento de funções mediadoras do próprio indivíduo e entre os indivíduos de um grupo, o que ocupou um papel importante no desenvolvimento das estruturas sociais, estabelecendo-se como uma prática cultural abrangente e duradoura (Dietzsch, 1989), participando, no século XXI, cotidianamente das mais diversas atividades humanas.

A generalização da linguagem em sua forma escrita recai também no seu uso em atividades relacionadas ao cuidado da saúde. Registros históricos apontam a existência de artefatos que remontam aos séculos XVII e XV AEC no Egito, os quais contêm a descrição de procedimentos curativos, como os papiros de Edwin e de Ebers, escritos entre os anos de 1700 e 1500 AEC e descritos, respectivamente, nos anos 1862 e 1873 EC. Em ambos os casos, há a descrição de procedimentos, dos métodos de tratamento utilizados e das observações dos sintomas, a fim de determinar um diagnóstico. Segundo Lorkowski e Pokorski (2022), a finalidade desses registros era educacional, permitindo a expansão dos conhecimentos adquiridos na prática médica. Situação semelhante se encontra nos escritos de Hipócrates de Kos (460–370 AEC), considerado o pai da medicina ocidental, que narram cerca de 70 casos médicos, apresentando a descrição dos procedimentos, as prescrições realizadas e o entendimento do médico, o que foi de fundamental importância para o surgimento da medicina como uma área do conhecimento autônoma, com elaborações metodológicas próprias e sistematização dos conhecimentos adquiridos.

A despeito da importância do registro para a história da sociedade e para o campo da saúde, especialmente na sociedade capitalista contemporânea, como será abordado mais adiante, e apesar da complexidade que esses registros desenvolveram desde seu surgimento, as discussões sobre o tema, no percurso formativo dos profissionais da saúde, por vezes aparecem de forma breve e incipiente. Essa limitação é ainda mais evidente quando se trata de

1 Apesar de não ser o objetivo deste estudo, julgamos importante apontar que esse é um ponto de discussão entre historiadores e arqueólogos. Burke (1992) faz uma série de considerações acerca das teorias da história, apontando a limitação do termo “Pré-História”. Em linhas gerais, o surgimento do conceito remonta teorias sociais evolucionistas, universalizando o desenvolvimento humano e hierarquizando as diversas sociedades numa direção positivista e linear, sendo a europeia “naturalmente superior”. Além de elucidar os aspectos ideológicos do uso do termo, evidencia o limite contido na “história tradicional” ao desconsiderarem outras formas de apreensão da história humana, inclusive àquela de povos que não desenvolveram a escrita ou de momentos em que os grupos humanos que deram origem às sociedades europeias ainda não a tinham desenvolvido.

práticas específicas de registro, como no caso dos prontuários. Tomando como referência minha experiência pessoal enquanto acadêmico do curso de psicologia, área com significativa intersecção com a saúde, até o momento em que me deparei com a necessidade prática do registro documental as preocupações se davam apenas no campo da técnica e da deontologia da prática aos moldes clínicos tradicionais. Tais aspectos, até então, eram frequentemente tratados como pontos pacíficos, ou seja, naturalizados e simplificados.

Foi em 2019, quando passei a integrar, como estagiário, a equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que tive meu primeiro contato, fora dos muros da universidade, com a necessidade de elaborar fragmentos diários de registros, denominados “evoluções”. Esses fragmentos compunham extensos prontuários formados por diversas anotações feitas por outros profissionais e serviços, acumuladas ao longo de diferentes episódios de participação do usuário. Em meio a essas “evoluções” altamente variadas e heterogêneas, encontravam-se dados de diferentes naturezas, redigidos com base em linguagens e códigos específicos, a depender do profissional. Muitas vezes, por se tratar de outras áreas, era necessário buscar informações diariamente, a fim de tornar aquele registro inteligível em um prontuário que fizesse sentido.

A composição de uma equipe técnica mínima prevista para atuação nos CAPS, fundamentais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), engloba psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes sociais, pedagogos, entre outros. Nesse grupo, as dissonâncias eram frequentes, mas passíveis de serem resolvidas, principalmente quando se tratava de um registro “doméstico” — parte menor dos prontuários, visto sua integração com toda a rede, o que agrava essa situação —, por meio do processo contínuo de discussões e elucidações presentes no contexto de trabalho, formalizado nas reuniões de equipe. Era perceptível que a dificuldade de compreensão (nos limitemos por agora somente a essa dimensão da comunicabilidade) não era somente minha, mas sim compartilhada por toda a equipe; os profissionais, por sua vez, tendiam somente a repetir os mesmos jogos de perguntas e respostas cotidianamente. Devido à inserção do CAPS em um sistema pautado no trabalho em rede, ou seja, organizado “formando uma série de pontos de encontros, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (Amarante, 2007, p. 86), e à compreensão de que o trabalho é realizado com uma pessoa concreta, que transita nos espaços sociais, inclusive os de saúde, a consulta dos profissionais ao prontuário era exigida em diversos momentos. Junto à equipe do dispositivo, recorria-se aos prontuários antes e durante o acolhimento do usuário, ao longo de todo o processo de cuidado, na execução ou não das ações planejadas com a rede de cuidado

disponível e na elaboração de relatórios para responder a demandas judiciais ou assistenciais, entre outros.

O retorno ao prontuário também se dava no momento de registrar os próprios procedimentos realizados. Nesse ponto, avolumavam-se dúvidas e questionamento sobre quais informações deveriam ou não ser registradas. Se, por um lado, a equipe enfrentava a escassez de dados na coleta de informações e no acompanhamento do cuidado, por outro o registro e a transmissão exigiam atenção para não exceder nas informações disponibilizadas. Dessa forma, a equipe constantemente refletia sobre quais informações seriam essenciais ao cuidado integral do usuário, se algumas poderiam comprometer esse cuidado ou, ainda, se poderiam violar o sigilo profissional de acordo com as normas técnicas dos respectivos conselhos de classe. Em suma, havia incertezas sobre os cuidados necessários no ato de registrar no prontuário.

Essas e outras questões que requerem cuidado nem sempre se solucionavam da mesma forma. Havia profissionais que optavam por registrar um grande volume de informações, preocupados em fornecer o maior número possível delas, com a devida avaliação, de elementos para o conhecimento dos demais profissionais e serviços. Outros consideravam suficiente a sinalização da atividade da qual o usuário participou (por exemplo, “psicoterapia”, “oficina terapêutica” . . .). Não nos cabe apresentar conclusões neste momento, mas sim evidenciar que o objeto aqui em discussão — o registro em saúde no formato do prontuário — não era compreendido de forma homogênea entre os profissionais, tornando-se, muitas vezes, apenas mais uma atividade exigida pelo trabalho, uma atividade em si mesma e destituída de sentido em relação à totalidade da promoção da saúde, ou seja, um procedimento naturalizado e automatizado na rotina de trabalho.

Dessa forma, na minha práxis como profissional, compreendia, até então, que o cuidado em saúde mental perpassava pelo registro, entendido como uma forma de compartilhamento, fixação e extensão, no tempo, de momentos vividos conjuntamente entre um sujeito em sofrimento, os profissionais da saúde e elementos da comunidade da qual a pessoa faz parte. Considerava também que, no prontuário, “devem ser registradas apenas as informações necessárias ao cumprimento dos objetivos do trabalho” (Conselho Federal de Psicologia, 2009, p. 3), e que, por vezes, os prontuários não apresentavam certas informações, muitas vezes sobre a dimensão social do usuário, talvez julgadas pelo profissional como desnecessárias ao cuidado. Aqui se encontrava meu primeiro ponto de estranheza entre o uso do prontuário nos moldes do modelo médico-centrado,² arraigado na prática de atenção em

² O modelo médico-centrado é compreendido como uma abordagem em que a estratégia de intervenção predominante é essencialmente biomédica, com foco principalmente em intervenções psicofarmacológicas.

saúde, e as proposições da lógica da atenção psicossocial, na qual a integralidade e a interdisciplinariedade são princípios norteadores das ações realizadas na efetivação do cuidado em saúde (Costa-Rosa, 2000).

Posteriormente a essa experiência profissional/acadêmica, iniciei minha atuação junto ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) no mesmo município, acessando a outra face dos registros em saúde. Para além de um elemento fundamental no cotidiano do trabalho direto ao usuário no nível técnico-assistencial,³ deparei-me com a necessidade de informações que qualificassem os debates travados na esfera do controle social, especialmente nas discussões realizadas na Comissão de Saúde Mental, grupo permanente do CMS. Nesta comissão, vi-me diante dos prontuários quando foram apresentadas pesquisas de iniciação científica conduzidas pelo Grupo de Estudos e Pesquisas Higiene Mental e Eugenia (GEPHE, 2025), da Universidade Estadual de Maringá (UEM), nos dispositivos de saúde (Souza et al., 2022; Fernandes & Boarini, 2023),⁴ evidenciando dificuldades em obter informações básicas do usuário, sua história, seu cuidado e seus determinantes socioculturais.

Em paralelo, diversas discussões geradas nos encontros do GEPHE tangenciaram o tema, apresentando aspectos dos registros em saúde, como o modelo de lombrosiano⁵ presente nos prontuários de hospitais psiquiátricos e manicômios judiciários (Bagatin, 2019), que dava importante enfoque, de forma notadamente equivocada, a medidas anatômicas

Nesse modelo, outras disciplinas são consideradas como coadjuvantes, sendo o médico o principal agente de cuidado, com as decisões e orientações sendo subordinadas a ele. Isso resulta em uma hierarquização não só das profissões dentro das instituições de saúde, com a prática de outros profissionais sendo subordinada à decisão do médico, mas das áreas de conhecimento e o foco da intervenção (na doença, não no sujeito) (Yasui, 2010). Voltaremos a discutir essa situação no decorrer do trabalho.

- 3 Refiro-me às dimensões analisadas por Amarante (2007) no estudo sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. O autor propõe uma divisão didática que engloba, além da dimensão técnico-assistencial, as dimensões jurídico-política, teórico-conceitual e sociocultural, as quais se articulam de forma dialética e se determinam mutuamente.
- 4 Destacamos também a pesquisa de Carvalho e Boarini (2021), que teve como fonte primária os prontuários da Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá, e a de Schaffland e Boarini (2021), que utilizou os prontuários do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil de Maringá, ambas apresentadas anteriormente ao Conselho Municipal de Saúde. Além disso, temos a pesquisa de Silva e Boarini (2019) que, apesar de investigar o percurso do cuidado em um dispositivo da Assistência Social, valeu-se de dados obtidos em registros de atendimento, evidenciando a fragmentação dos dados. Por fim, mencionamos a pesquisa de Euflausino e Boarini (2024), a qual tive a oportunidade de acompanhar durante o processo de levantamento e análise dos dados dos prontuários de um Centro de Atenção Psicossocial II, evidenciando, em menor grau, a ausência de dados.
- 5 Cesare (1835–1909), nascido no antigo Reino Lombardo-Vêneto (território atualmente pertencente à Itália), foi um importante pensador e pesquisador da vertente da Escola Positivista de Direito Penal, tendo elaborado estudos nos campos da medicina e da criminalística. A partir de uma concepção naturalista, calcada no determinismo biológico, Lombroso defendeu, em sua obra *O Homem Delinquente*, de 1876, a possibilidade de identificar o “delinquente nato”: bodes expiatórios responsabilizados pela degeneração social com base na medição de características anatômicas supostamente anômalas (Calhau, 2004).

(principalmente craniofaciais) e à hereditariedade; ou, no caso dos médicos da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM),⁶ que valorizavam sobremaneira o registro documental.

Entretanto, esse cuidado despendido pela LBHM não representa a forma geral do manejo dos dados. Bertolli (2006), por exemplo, expõe o caso emblemático da falta de cuidado com os registros, relatando os percalços no armazenamento de prontuários do Hospital-Sanatório São Luiz Gonzaga,⁷ os quais eram mantidos em uma sala sem estruturas adequadas de acondicionamento, o que os colocava em risco de perda, além da constante iminência de descarte por falta de local para armazenamento — fato que ocasionou a venda de parte do acervo como papel velho. Na contramão disso, o pesquisador nos alerta para a importância desses registros na possibilidade de

fixar cenários, confirmar saberes e desvelar sensibilidades, enfim, viabilizar novas possibilidades de apreensão da memória da Saúde [...] [podendo] revelar falas sobre a enfermidade e os enfermos, solidariedades e paixões em situações extremas nas quais a morte é presença permanente e confidências sobre os (des)encantos frente ao mundo instruído pela luta contra a enfermidade. (Bertolli, 2006, p. 15)

Além disso, para Bertolli (2006, p. 15), os prontuários se mostram instrumentos de “reflexão sobre o comportamento humano” ao conter registros pessoais dos técnicos, permitindo “conhecermos os dilemas de uma comunidade formada em nome da saúde, mas que se deparava com o sofrimento, a dor e a morte a cada instante”, sendo o descarte desse material uma perda de patrimônio histórico e social.

6 Fundada em 1923 pelo psiquiatra Gustavo Riedel (1887–1934), a Liga teria como função a garantia da “vitalidade da Nação” por meio de intervenções de cunho eugênico e racista (Riedel, como citado por Reis, 2003, p. 186). Com o apoio da elite intelectual da época, a LBHM conseguiu introduzir, pelo menos até o final da década de 1930, uma “cultura eugênica” baseada na ideia de “degeneração da nação” como consequência da existência de genes degenerados que seriam detectáveis a partir de “sinais” (delírios, crises psicóticas, revolta contra o Estado e a ordem vigente, práticas sexuais divergentes do que era considerado “normal” etc.), que indicassem, aos olhos dos médicos, que um sujeito ou população seriam portadores desses genes e, portanto, ofereceriam risco à segurança nacional. Nesse sentido, a LBHM defendeu e implantou, nas diversas esferas sociais (como educação, cultura e saúde), políticas de “profilaxia eugênica”, que iam desde a realização de testes psicométricos até a esterilização forçada de mulheres, a fim de evitar a multiplicação e perpetuação dos *genes degenerados* sob a justificativa de dever moral de saneamento social, baseado na ciência como detentora da verdade (Reis, 2003).

7 O hospital, também conhecido como Sanatório do Jaçanã, foi uma instituição que funcionou entre 1932 e 1968, vinculada à Santa Casa de São Paulo. Tinha como objetivo tratar e isolar pessoas acometidas por tuberculose. Sua criação foi motivada pela superlotação do Hospital da Santa Casa de São Paulo, por uma concepção médica que defendia a existência de espaços específicos para o tratamento de certas patologias e pelas disputas internas entre grupos médicos — os chamados “tradicionais” ligados às escolas médicas francesas, e os “modernos”, seguidores da medicina norte-americana. Nesse contexto, a Irmandade de Misericórdia patrocinou a remoção dos tísicos e do núcleo de médicos tradicionais para o prédio que até então era ocupado por um leprosário (Bertolli, 2006).

Nesse sentido, o trabalho de Bertolli (2006) é um alerta não somente para a história de períodos passados. Ao compreendemos a história como uma processualidade que se faz a todo instante, o autor também nos adverte sobre a importância da forma como os registros são feitos — ou deixados de ser feitos — nos prontuários. Essa forma pode possibilitar ou impedir a compreensão da atualidade quando ela for analisada no futuro, sob a ótica de pesquisas posteriores.

Essa preocupação é endossada por Salla e Borges (2017), que observam a ausência, no passado, de uma reflexão institucional e profissional sobre os possíveis destinos dos prontuários construídos no cotidiano do trabalho. Muitos deles foram descartados ou armazenados de maneira pouco cuidadosa e desorganizada, sem que se previsse sua utilização para fins de pesquisa.

Apesar de essas situações indicarem um descuido generalizado com os prontuários, é importante reconhecer que essa negligência assume diferentes determinações, pois corresponde a momentos distintos da história social. Por isso, é necessário atualizar o olhar sobre esse fenômeno e compreender como ele se manifesta na atualidade. Podemos supor, portanto, que o psicólogo ou outro técnico da saúde, tomado em sua particularidade, pode preencher o prontuário da pessoa atendida por diferentes razões: ora conscientes da importância social de um bom registro, ora para aquilo que individualmente acha proveitoso ao processo de trabalho, mesmo que isso implique, talvez, na ausência de registro. O profissional da saúde, se desconhece a riqueza contida no registro e na guarda de dados que podem evidenciar elementos tanto clínico-diagnósticos quanto socioepidemiológicos e históricos, pode utilizar o prontuário de forma meramente protocolar, como mais uma obrigação do serviço, visando apenas a resguardar seus interesses frente a possíveis judicializações. No limite, esse profissional pode se valer do registro apenas para não esquecer os procedimentos adotados em um próximo encontro com a pessoa atendida. Essa situação aparentemente se agrava quando o local de atuação do profissional não possui instrumentos de manutenção da qualidade dos prontuários nem estabelece critérios de qualidade para sua observância.

Compreendendo que a sociedade, incluindo a população adscrita aos atendimentos dos dispositivos de saúde mental, está sujeita a uma gama de complexidades socioculturais que determinam, em grande medida, suas condições “biopsicossociais” (Yasui, 2010), negligenciar qualquer elemento da vida de um sujeito singular é renunciar à possibilidade de compreender determinações específicas e, conseqüentemente, prejudicar processos coletivos e individuais de intervenção.

Dessa forma, como promover esse mergulho individual e coletivo sem possuir fontes de dados sólidas, confiáveis e acessíveis aos interessados sobre a pessoa a ser cuidada? É possível exercer o cuidado de forma efetiva, em sua integralidade, a partir de uma assistência prestada marcada pelo reducionismo biológico ou psicológico e pela naturalização social, tal como aparentemente mostram os registros? O profissional genuinamente preocupado e interessado em atuar nas determinações da vida do usuário possui, de fato, possibilidades concretas de fazê-lo?

Em relação às primeiras perguntas, com base no modelo da atenção psicossocial, estamos convencidos da sua impossibilidade. Quanto à possibilidade de um profissional atuar sobre as diferentes determinações da existência do usuário, entendemos que é necessário considerar as condições concretas de trabalho e de operacionalização dos serviços de no bojo das contradições das políticas públicas. Essa análise demanda uma elaboração extensa sobre como tais condições se constituem na particularidade brasileira atual. É preciso compreender a situação enfrentada pelos dispositivos de atenção psicossocial em sua totalidade, considerando, entre outros fatores: o histórico desfinanciamento⁸ e os desmontes das políticas públicas (Nunes et al., 2019); a persistência do modelo biomédico (Yasui, 2010; Belotti, 2019); a formação insuficiente dos trabalhadores (Batista & Gonçalves, 2011); e a crescente e desigual informatização dos sistemas de dados, considerando a extensão territorial do Brasil e as particularidades regiões (Comissão de Transição Governamental, 2022; Toledo et al., 2020), que vem substituindo progressivamente o prontuário físico para o eletrônico.

Diante dessa realidade, consultamos bancos de dados a fim de compreender como vem sendo discutido o papel ocupado pelo prontuário na saúde e as elaborações em torno dele. Os historiadores o apresentam como uma rica fonte de dados, capaz de trazer à superfície as práticas e os discursos contidos nas profundezas de instituições fechadas e asilares (Bertolli, 1996; Wadi, 2009; Salla & Borges, 2017). Na área das ciências de dados e informação, discutem-se a usabilidade⁹ de formas específicas de registro em saúde, sua utilidade para o

8 Segundo Mendes e Carnut (2020), essa seria uma etapa do processo de subfinanciamento, que passou de uma disposição orçamentária aquém do pactuado entre os setores sociais brasileiros, por meio do art. 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de 1988, para uma redução progressiva dos gastos públicos com as políticas de seguridade social, como a saúde. Esse processo foi consolidado e agudizado pela aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (também conhecida como “Teto de gastos”), sancionada por Michel Temer após um golpe institucional operado pelas classes dominantes. Dessa forma, sacrificam-se as políticas públicas para o cumprimento de um compromisso com o capital rentista, através de uma política econômica austera mistificada sob a ideia de “responsabilidade fiscal” e o tripé macroeconômico de superávit primário, metas de inflação e câmbio flutuante, adotado a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso.

9 O conceito refere-se à abordagem cognitivista da interação homem-máquina, amplamente utilizada no setor de tecnologia e computação. Nesse contexto, são avaliados o bem-estar do usuário, a eficácia coletiva e a facilidade de uso de *softwares* ou *hardwares* (Carrol, 2009).

controle financeiro e a integração de redes de informações — como no caso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) (Kawakami et al., 2017) — e sua contribuição para bases de dados úteis (Rodrigues, 2003). A psicologia se debruça sobre os elementos da chamada “ética profissional” do registro em prontuário, principalmente no que diz respeito ao sigilo do usuário e à consonância com as normas técnicas do Conselho Federal de Psicologia (CFP), considerando-o elemento de expressão da prática profissional e da qualidade dos serviços de saúde (Mesquita & Deslandes; 2010; Rodrigues et al., 2017). No campo da saúde coletiva, o prontuário é entendido como um instrumento capaz de integrar as redes de saúde e promover a autonomia do usuário (Gonçalves et al., 2013). A medicina, por sua vez, mantém-se firme na determinação das formas de construção do prontuário, nos aspectos técnicos, nos processos de arquivamento e nas discussões sobre o panorama atual do PEP (Marin et al., 2003). Entretanto, na saúde mental, sobretudo na atenção psicossocial, as discussões são escassas ou não sistematizadas, o que justifica e fundamenta o presente trabalho.

Apesar de a literatura especializada evidenciar a importância dos prontuários,¹⁰ persiste a dificuldade enfrentada por pesquisadores ao adotá-los como fonte primária de coleta de dados em pesquisas conduzidas nos dispositivos de saúde mental. É o caso do estudo de Frazatto (2021) cuja amostragem reduzida ocorreu devido à insuficiência de dados nos prontuários de um serviço de saúde mental e à presença de informações imprecisas naqueles que puderam ser utilizados. Também há estudos, como o de Machado et al. (2021), Santana et al. (2020), Cavalcante et al. (2021) e Campos et al. (2021), nos quais os índices de ausência de informações básicas do usuário, como a escolaridade, ultrapassaram 50% da amostragem.

Diante disso, o que poderia explicar a subnotificação nesse documento tão caro ao cuidado, ao ensino, à pesquisa, à gestão pública e à história, e o não reconhecimento do lugar de protagonismo do prontuário como necessário ao cuidado ao usuário?

Com estas indagações, tivemos como **objetivo investigar a importância do prontuário para a saúde em geral, e em especial, para a saúde mental.**

10 Além do consenso científico sobre o valor do prontuário, há também, no campo legislativo e jurídico, dispositivos que reforçam tal noção, como no caso da *Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017* (Brasil, 2017), que “Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública”; da Portaria GM/MS nº 1.820, de 2009 (Ministério da Saúde, 2009b), que assegura a qualidade do atendimento incluindo o registro em prontuário; e da *Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.638, de 2002*, que define o prontuário e seu valor científico. Apesar de nessa última resolução ser utilizado o termo “prontuário médico”, o termo mais comum atualmente é “prontuário do paciente”, visto que este documento passou a ser entendido como de direito do paciente (Novaes, 2003).

Para tanto, executamos uma pesquisa de caráter bibliográfico e documental, tecendo sínteses a partir da leitura das fontes disponíveis sobre o assunto, como leis, portarias e decretos federais, cartilhas técnicas do SUS, resoluções de conselhos de classe profissional (Conselho Regional de Medicina [CRM], Conselho Federal de Psicologia [CFP], entre outros), além da literatura especializada da área.

Empreendemos nossa reflexão compreendendo o prontuário como uma forma específica dos registros em saúde, tendo sua expressão singular como resultado objetivo da atividade de organização e síntese de informações sistematizadas por um profissional e obtidas na prática em saúde, sendo fonte de pesquisa e de aprimoramento do cuidado em saúde, inclusive, sendo um instrumento de fundamental importância para implementação e mesmo avaliação de políticas públicas, para que se possam elaborar Políticas Públicas que sejam consonantes às necessidades da população.

Dessa forma, entendemos que, para elucidar a forma atual e a função desses registros, é necessário compreender o percurso histórico das práticas e saberes que têm a saúde como objeto e sua relação com o modo de produção que a subjaz, visto que é no seu interior que se produzem as necessidades sociais a serem atendidas por certo método teórico-prático de trabalho.

Aprofundar nosso conhecimento acerca do prontuário na saúde mental possibilita dar um passo adiante na reflexão acerca do colhimento e do ordenamento racional dos dados e sua disponibilidade para o cuidado em suas múltiplas dimensões. Contudo, recordamos que, sendo o prontuário fruto de uma atividade específica e generalizada originada na práxis social do trabalho, sua objetivação e uso dependem não só das condições de trabalho, mas também da compreensão do profissional sobre a realidade. Dessa forma, o conhecimento do sujeito sobre a realidade posta determinará a finalidade e a necessidade que se pretende atender, sem perder de vista as condições de trabalho às quais os profissionais estão submetidos e qual o entendimento predominante sobre o prontuário.

Portanto, para atender ao nosso objetivo, recorreremos às produções no campo da medicina, uma vez que é nessa área que se funda o prontuário como mediador do processo de trabalho, com suas características, finalidades e elaboração sobre seu valor, definindo sua “forma ideal”. Todavia, considerando que o processo de constituição desse saber ocorre em um processo histórico longo e contraditório, detivemo-nos, sobretudo, naquilo que se desenvolveu do final do século XIX até o período atual, o século XXI, marcado pela ampliação do uso do prontuário eletrônico do paciente a partir dos anos 2000.

Além das produções que retratam esse processo histórico e os documentos técnicos (cartilhas), consultamos a literatura especializada que toma o prontuário como objeto de estudo, bem como legislações e outros documentos de caráter legal (resoluções de conselhos profissionais, códigos de ética profissional etc.) que norteiam a prática de registro em saúde no Brasil. Foram analisadas notas e resoluções de conselhos de classe profissional e demais documentos orientativos da prática profissional no cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo a saúde mental.

Como forma de apresentação dos resultados obtidos, dividimos o trabalho em dois capítulos:

No primeiro, intitulado “Registrar no campo da saúde como práxis social e histórica”, contextualizamos historicamente o que antecedeu o momento determinante para a consolidação do registro moderno em saúde, na forma do prontuário, ao final do século XIX. Articulamos essa práxis com o modelo produtivo contemporâneo e seu papel na reprodução social, discutindo o lugar do prontuário nesse processo. Apresentamos como eram compreendidos os registros em saúde quando se desenvolveram os primeiros “prontuários modernos”, os quais operaram mudanças substanciais na forma e no conteúdo dos registros nas práticas de cuidado em saúde.

No segundo capítulo, denominado “Intervenção em saúde e em saúde mental, e seus registros, no Brasil”, empreendemos uma reflexão sobre o registro em saúde com base nas noções de *integralidade*, *humanização*, *clínica ampliada* e *cuidado compartilhado*. Discutimos, ainda, os problemas que podem decorrer de registros precários, a relevância das informações para as diversas esferas sociais e sua importância para a efetividade do cuidado, na perspectiva da atenção psicossocial.

Ao final, tecemos algumas considerações acerca dos registros em saúde mental como práxis social, definida a partir das relações de produção que o engendram, apontando as implicações do que será discutido acerca dos registros, ao mesmo tempo em que reconhece os limites de análise deste estudo diante da complexidade do fenômeno em foco.

1 Registrar no campo da saúde como práxis social e histórica

Como, pois, saber se o hospital é realmente eficiente? Talvez o único processo capaz de medir a qualidade da assistência prestada ao paciente seja o prontuário médico.

— *Lourdes de Freitas Carvalho*

Conforme aponta Gillum (2013), os precursores do que se tem hoje como modelo de registro em saúde se originaram com a profissionalização e especialização da medicina como campo científico, processo que ocorreu a partir do desenvolvimento das ciências naturais e dos hospitais modernos na Europa e nos Estados Unidos durante as últimas décadas do século XIX. Esse processo esteve articulado a importantes elaborações e experiências para a constituição dos procedimentos médicos modernos, como as considerações contidas no *Relatório Flexner* (1910), documento que balizou toda uma sequência de reforma da educação médica no Ocidente e de seus processos de trabalho, além das ações fomentadas pela Fundação Rockefeller (FR).¹¹ Essas fontes ganham ainda mais relevância quando a Dra. Lourdes de Freitas Carvalho retornou de uma viagem realizada em parceria com a FR e importou, junto ao modelo estadunidense de “fazer saúde”, um determinado tipo de registro e método de arquivamento, incorporando-os ao Hospital das Clínicas de São Paulo (SP). Para o aprofundamento desse processo, é necessário retomar a genealogia desse modelo.

1.1 Dos primeiros registros em saúde

O desenvolvimento da medicina e de suas tecnologias também foi determinante para a conformação da própria sociedade. No entanto, a medicina se insere nas relações sociais de modo particular para cada sujeito, sendo mais perceptível e imediata quando há necessidade de assistência direta por parte de um serviço ou profissional de saúde. Para os profissionais,

¹¹ A Fundação Rockefeller foi criada em 1913, nos Estados Unidos, por John D. Rockefeller — grande empresário da indústria petrolífera e fundador da *Standard Oil* —, que galgou o sucesso financeiro em razão da intensa industrialização dos EUA após a Guerra Civil. A fundação é uma organização filantrópica criada com o intuito de organizar as juntas filantrópicas já patrocinadas pela família Rockefeller. A organização atuou e influenciou a estrutura de saúde de diversos países, baseando suas ações na noção de progresso da civilização ocidental, originando o que seria chamado de “filantropia científica” (Korndörfer, 2013).

devido ao caráter prático do trabalho e à exigência constante de adequação da prática às demandas sociais, essa relação costuma assumir uma lógica utilitarista e instrumental. Assim, na forma atual de organização do trabalho, marcada pelo trabalho alienado,¹² é comum que haja uma redução da complexidade histórica e social dos produtos gerados no campo da saúde.

É justamente nesse ponto que os registros médicos se tornam objeto de reflexão. Conforme apontam Lorkowski e Pokorski (2022), eles possuem uma longa trajetória histórica, tradicionalmente afastada da cotidianidade da vida social e restrita a poucos sujeitos, tanto no que diz respeito à sua elaboração quanto à sua leitura e interpretação. Inicialmente, os registros — ainda não configurados como prontuários — tinham a função de preservar a percepção e a compreensão dos médicos¹³ sobre os casos acompanhados. Desde os documentos do *Corpus Hipocrático*, redigidos entre os séculos V e IV AEC, já se reconhecia a importância de registrar dados empíricos obtidos na prática curativa. Esses, segundo Barros (2002), poderiam ser classificados como expressão de uma medicina empírico-racional: uma tentativa de atribuir lógica e coerência racional aos procedimentos empíricos realizados.

A influência de Hipócrates se estendeu ao longo da história, especialmente com sua introdução na sociedade romana pelo médico grego Claudius Galeno (130–200 AEC). Entretanto, as raízes do prontuário médico não se restringem à Grécia e a Roma. Lorkowski e Pokorski (2022) ressaltam a importância da ciência oriental para o conhecimento da medicina, destacando as elaborações de Rhazes (865–925 EC) e Avicena (980–1037 EC), que, além de se apropriarem do que havia sido produzido na Europa, também trazem contribuições da Ásia Oriental, principalmente das ancestrais civilizações de Harappa e Mohenjo-Daro, situadas ao redor do rio Indo. De igual forma, o foco dos registros permanecia com função educativa e formativa, estimulando a atividade observacional e investigativa.

12 Apesar de o termo em língua portuguesa ser equivalente ao utilizado desde o surgimento da “arte de curar”, convencionalmente chamada de medicina, existem diferenças substanciais entre o que hoje compreendemos como o campo da medicina e o papel do médico (Charen, 1951). Ainda assim, a similaridade entre essas formas permite que sejam entendidas como parte de um único e longo processo social.

13 O conceito de “trabalho alienado” foi elaborado por Karl Marx nos *Manuscritos Econômico-Filosóficos*. Ao analisar os fundamentos e as características do sistema capitalista, em especial a forma como o trabalho se organiza, Marx (2004) concluiu que sua forma dominante nas sociedades capitalistas era o trabalho alienado: os indivíduos trabalham compulsoriamente — uma vez que apenas pela venda de sua força de trabalho, em troca de salário, podem garantir a própria existência —, não como realização como um ser pertencente a um gênero, mas como meio de suprir outras necessidades. O trabalho alienado, ao reduzir a atividade vital dos sujeitos a um mero instrumento para sua existência física, aliena-os de seus iguais e de si mesmos. Dessa forma, aprisiona-os à reprodução da atividade laboral e os aliena da vida humana e das possibilidades de construção de sentidos coletivos (Marx, 2010).

Adentrando o século XI e XII, destacam-se duas figuras importantes para o desenvolvimento da medicina e dos registros em saúde: Hildegard von Bingen (1098–1179 EC), monja beneditina responsável por textos contendo estudos de intervenções; e Moses ben Maimon (1138–1204 EC), rabino, filósofo e médico espanhol com forte influência religiosa.

Maimon compreendia a doença como manifestação do desequilíbrio entre “psique” e “soma” (mente e corpo). No entanto, as limitações do conhecimento e da compreensão de mundo da época o levaram a basear suas elaborações em ideias místicas, inaugurando um certo caráter preventivo e moralizante — marcas evidentes da medicina higiênica com a qual nos depararemos mais adiante.

Como seus predecessores, Maimon se baseava na observação e na dedução. Em contraste, Hildegard concebia que as substâncias que compunham a realidade estavam intrinsecamente ligadas aos fenômenos naturais. Para ela, havia uma influência direta da materialidade — vento, sol, chuva, terra — na aparição das doenças, propondo formas de tratamento práticas (Almeida, n.d.).

Apesar do notável progresso do conhecimento sobre as doenças obtido por esses personagens simbólicos, o campo médico, até então, era muito restrito. Caracterizava-se por uma grande heterogeneidade e dispersão, ou seja, os maiores avanços ainda eram consideravelmente localizados, longe da universalização. A medicina e seus instrumentos refletiam as características da Idade Média: período notadamente obscurantista,¹⁴ fragmentado e com o monopólio do conhecimento e do material escrito nas mãos da Igreja. Quase não havia registros da prática de cuidado, com exceção daqueles oriundos dos conventos — geralmente para controle administrativo da entrada e saída de pessoas nos hospitais ligados à Igreja — e dos estudos pessoais de alguns indivíduos (Lorkowski & Pokorski, 2022).

Foi somente com o Renascimento que as tradições teológicas começaram a ser abaladas, impulsionadas pela consolidação das universidades e pela emergência de uma nova classe social: a burguesia. Essa classe em construção, oriunda dos burgos estabelecidos ao longo das rotas comerciais europeias, encontrava-se presa a uma estrutura social enrijecida, engessada pelas instituições religiosas e por sua compreensão mistificada do mundo natural e social. Fazia-se necessário, portanto, o questionamento das bases filosóficas e epistemológicas que haviam sido reproduzidas ao longo de toda a Idade Média. Entretanto, o início da ruptura e da superação das estruturas de produção e reprodução da vida social daquele período só

¹⁴ Almeida (n.d.) alerta sobre a generalização dessa compreensão. Evidentemente, como processo, a sociedade somente poderia se modificar e superar as condições prevalentes da Idade Média se, no interior de sua organização, houvesse contradições capazes de impulsionar sua transformação.

ocorreria no final do século XVIII, com a Revolução Francesa — parte de uma série de processos sociais marcados pela disputa de classes e pela hegemonia ideológica e política.

Concomitante ao desenvolvimento das ciências, da medicina moderna e dos registros médicos, inaugurou-se uma nova função da escrita e da informação. Conforme aponta Carey (2007), no final do século XVIII surgiu na França, especificamente em Paris, o que podemos chamar de primórdios dos jornais e do jornalismo. Antecedendo a Revolução Francesa e fornecendo combustível para a sua deflagração, informantes no interior do Palácio de Versalhes dispunham de informações sobre os bastidores das relações da aristocracia. Essas informações, que incluíam discussões e decisões políticas, eram compartilhadas aos pés de uma árvore situada nos jardins do Palácio Real de Paris. A chamada “Árvore de Cracóvia” tornava-se, então, o locus da disseminação de informações e da formação da opinião pública, culminando posteriormente nos jornais impressos (Boarini, 2004).

Compreendemos, portanto, a importância que esse processo teve na formação social atual, que valoriza a informação e a disseminação do conhecimento, sobretudo por meio da escrita e de registros documentais. Nesse sentido, acompanhando a direção do projeto liberal encampado pela burguesia emergente, as informações não poderiam ser monopolizadas pelo Estado absolutista francês. Em consonância com o que aponta Wood (2001), os revolucionários lutavam justamente pela “igualdade entre todos”, na contramão das distinções particularizantes da aristocracia e seus privilégios. Sabemos hoje, entretanto, que o projeto não se concretizou como prometido pela Revolução. Ao contrário, acabou por ampliar o projeto centralizador do absolutismo, estimulando ainda mais os princípios absolutistas de planejamento racional e padronização característicos daquele modelo, porém agora sob o monopólio da burguesia (Wood, 2001).

Temos como exemplo desse período, no campo da medicina e da anatomia, as anotações de Leonardo da Vinci (1452–1519 EC), que contêm diversos desenhos retratando o corpo humano. Esses registros aprofundaram o estudo da anatomia e influenciaram a incorporação de desenhos esquemáticos nos registros médicos. Esse aspecto aparece, inclusive, na obra de Rembrandt Harmenszoon van Rijn (1606–1669), que representa uma aula de anatomia por meio da dissecação de um cadáver (Figura 1),¹⁵ na qual os médicos se guiam pelo livro de anatomia de Andreas Vesalius (1514–1564 EC), *De Humani Corporis Fábrica* (Lorkowski & Pokorski 2022).

15 Tem-se difundido o entendimento de que a Igreja proibia a dissecação de corpos, o que teria atrasado os avanços da anatomia e da medicina. Entretanto, como atestam Pontinha e Soeiro (2014), a proibição, de fato, recaía no desmembramento e na descarnação de esqueletos, práticas comuns para o transporte de cadáveres. A intenção da proibição era impedir a profanação de túmulos e a venda de corpos.

Figura 1

A lição de anatomia do Dr. Nicolaes Tulp (Rembrandt, 1632)



Nota. Óleo sobre tela, 216 × 170 cm. Museu Mauritshuis, Haia, Holanda.

<https://www.mauritshuis.nl/pt/descobrir-a-colecao/descobrir-a-colecao/146-a-licao-de-anatomia-do-dr-nicolaes-tulp>

Na esteira do naturalismo aristotélico resgatado no Renascimento e de outros clássicos da Antiguidade, teve início o desenvolvimento das ciências naturais modernas (Aguiar, 2010). Com a emergência do racionalismo e a importância dada a procedimentos de descrição dos fenômenos, diversos registros médicos passaram a ser produzidos nesse período. Porém, apesar do avanço em áreas como anatomia, biologia e química, esses registros permaneciam individualizados. Em sua maioria, consistiam em anotações feitas por estudantes universitários, material de estudo pessoal ou produções com propósito educacional, no caso de professores (Lorkowski & Pokorski 2022). É evidente que seja assim pois, até o momento, a prática médica formal era restrita, em sua maioria, à realeza e à nobreza, ou ao estudo catedrático. Quando presente nos hospitais, era desempenhada por médicos “leigos”, vinculados a ações caritativas voltadas ao asilamento dos pobres (Almeida, n.d.).

A mudança no domínio médico, impulsionada sobretudo pela laicização da medicina, só se consolidou no século XVIII, quando o Iluminismo — expressão da racionalidade burguesa e de seu projeto universalizante — promoveu uma inflexão decisiva (Aguiar, 2010).

A partir desse momento, aproximamo-nos da conformação mais próxima do que viria a ser o prontuário atual. No entanto, observam-se, desde então, dois movimentos distintos de desenvolvimento dessa ferramenta.

Como apontam Lerkowski e Pokorski (2022), o prontuário, tal como o conhecemos, surgiu simultaneamente nos Estados Unidos e na Europa, com influências mútuas. Contudo, considerando os limites deste estudo, destacamos, inicialmente, o processo de desenvolvimento dos registros médicos na medicina norte-americana e sua reverberação de forma determinante no Brasil.

1.2 Os registros e o início do processo de desenvolvimento da medicina nos Estados Unidos

Deslocando-nos para as Américas, podemos observar reverberações no cenário europeu, com os Estados Unidos atuando como um importador das ideologias burguesas e da tradição iluminista, como o positivismo. Um exemplo representativo é Benjamin Rush (1745–1813 EC), que, além de líder político e pensador do iluminismo americano, era médico, sendo um nome proeminente na sistematização de conhecimentos da medicina e da biologia (Kunitz & Rush, 1970). Rush foi um dos signatários da *Declaração de Independência dos Estados Unidos*, marco do rompimento das colônias norte-americanas com o Império Britânico e de sua constituição como um Estado independente politicamente autônomo, que não se submeteria às imposições da Inglaterra. Benjamin Rush era uma exceção em relação à prática de registro médico, por valorizar o uso da razão humana para compreender os fenômenos da realidade. Isso o levou a manter um livro pessoal com a sistematização dos dados obtidos nos atendimentos de seus pacientes.

Outro exemplo relevante de registro e anotação em saúde, nesse período, é o do Pennsylvania Hospital, fundado na Filadélfia em 1752 por, entre outros, Benjamin Franklin — também líder da Revolução Americana. Desde sua criação, o hospital foi concebido como um projeto que, além de oferecer atendimento médico, tinha a possibilidade de se tornar uma escola médica. Em sua administração, foram elaborados manuscritos com observações clínicas e dados dos pacientes, incluindo nome, endereço, sintomas, datas de admissão e alta, bem como as condições em que recebiam alta (Carvalho, 1973).

Sendo uma colônia britânica com períodos de influência francesa, os Estados Unidos seguiram de forma espelhada o processo de consolidação do capitalismo europeu.

Inicialmente um país majoritariamente agrário nos idos do século XVIII, passaram, já no século XIX, por um intenso processo de urbanização e industrialização, aos moldes da Inglaterra. Esse movimento foi acelerado e consolidado pela Guerra Civil Americana (1861–1865), que gerou a necessidade de ampliar a produção para abastecer as estruturas militares.

O conflito também impulsionou a expansão da infraestrutura ferroviária, favoreceu o surgimento de uma aristocracia financeira em razão do aumento da dívida pública e possibilitou a formação de corporações com elevada concentração de capital em setores estratégicos da economia (Perillo, 2008). No período pós-Guerra Civil, formaram-se complexos sociais que disputavam o controle econômico e político, conformando um modelo totalizante de Estado-nação dentro da dinâmica do capitalismo liberal, sendo a medicina e a saúde áreas também incluídas nesse campo de disputa.

Na época, os Estados Unidos já contavam com um território extenso. O país havia passado pelo ápice da Marcha para o Oeste,¹⁶ pela abolição da escravidão e pela unificação do território. Os hospitais, paulatinamente, tornaram-se centros de referência para a recuperação da saúde, embora variassem quanto à estrutura e organização, com distribuição desigual no território. O campo médico era altamente heterogêneo, marcado pela convivência entre práticas médicas europeias e saberes xamânicos dos povos indígenas originários norte-americanos. As práticas eram desprovidas de qualquer regulação e, muitas vezes, baseavam-se no senso comum, no conhecimento popular ou em teorias mistificantes, como a teoria do miasma,¹⁷ a homeopatia, e o uso de ervas medicinais pelos herbalistas.

De acordo com Queiroz (1986), ao estudar a história dos paradigmas médicos, antes da introdução do que seria chamado de medicina científica — marcada pela perspectiva positivista¹⁸ —, a cosmologia médica era voltada para o cuidado da pessoa humana em sua

16 Denomina-se “Marcha para o Oeste” o processo de expansão territorial dos Estados Unidos ocorrido ao longo do século XIX. É importante citá-la aqui, pois as justificativas morais e comerciais que motivaram tal expansão determinaram, e ainda determinam, o caráter nacionalista e imperialista norte-americano. Exemplo disso são a Doutrina Monroe e a concepção de “Destino Manifesto” (Steffoff & Zinn, 2009). Ambas fomentaram o ideário dos Estados Unidos como vanguarda desenvolvimentista e como os “escolhidos” para ditar o caminho do desenvolvimento civilizacional (Izecksohn, 2021).

17 Grosso modo, a teoria do miasma — que figuraria também entre os médicos brasileiros — foi uma explicação elaborada por um grupo de médicos ingleses responsáveis pelo combate às epidemias de cólera ocorridas na primeira metade do século XIX. Segundo essa teoria, a doença seria causada por substâncias gasosas e malcheirosas, geradas pela decomposição de matéria orgânica na presença de calor. Embora a explicação estivesse incorreta, ela motivou a adoção de medidas de higiene e saneamento, que surtiram algum efeito. Uma das pessoas que corroborou essa teoria foi Florence Nightingale (Holliday & Parker, 1997), enfermeira que contribuiu para a organização dos prontuários médicos e para o reconhecimento de seu valor social. Durante sua atuação na Guerra da Crimeia (1853–1856), estabeleceu certa padronização nos prontuários dos feridos de guerra e registrou todos os casos com o objetivo de gerar uma base de dados útil para a prevenção de futuras doenças (Aravind & Chung, 2010).

18 O positivismo é uma corrente filosófica formulada no século XIX, tendo como principal expoente o pensador francês Auguste Comte (1798–1857). Inspirado pelos avanços das ciências naturais, como a física, a biologia e a química, o positivismo defendia que apenas o conhecimento obtido por meio da observação

integralidade. Com a consolidação do modelo mecanicista, essa cosmologia passou a ser “voltada para o objeto: um corpo análogo a uma máquina, com engrenagens divisíveis que, em mal funcionamento, manifestava sintomas de um outro objeto científico — a doença” (p. 316). Assim, observa-se a disputa pela hegemonia de uma certa medicina, seguindo certos sistemas ideológicos,¹⁹ com bases epistemológicas particulares. Sai vitoriosa aquela que se mostra útil para o sociometabolismo da sociedade capitalista em formação. Verificam-se grandes avanços tecnocientíficos e de complexificação do conhecimento da realidade. No entanto, a medicina que se torna hegemônica — de bases positivistas — apresenta limites para explicar o processo saúde-doença em sua complexidade, explicando-o somente em suas bases anatomofisiológicas e relegando, com frequência, o social e o cultural a apêndices (Queiroz, 1986).

Essa tese é corroborada por Mota e Schraiber (2014), ao observarem que, na modernidade, há uma aproximação fulcral da medicina à noção de *cura*. Esta é compreendida como foco da prática técnica da “arte de curar”, entendida como a capacidade excepcional do médico de eliminar a doença. Para os autores, essa lógica se apoiava — e ainda se apoia, visto que os paradigmas se estendem ao longo da história e coabitam o espaço social com outros paradigmas — numa visão reduzida de sujeito, “num saber progressivamente mais abstraído das condições vividas de adoecimento” (Mota & Schraiber, 2014).

Evidentemente, as descobertas feitas nas universidades alemãs funcionaram como um chamariz para médicos e estudantes de todo o mundo. Entre essas descobertas, destacam-se os estudos celulares de Theodor Schwann e a bacteriologia inaugurada por Robert Koch em 1876, ao descobrir a bactéria do antraz. Koch também identificou o bacilo causador da cólera em 1881 e o patógeno causador da tuberculose em 1882, confirmando a teoria dos germes²⁰ como explicação das doenças. Esses avanços resultaram no desenvolvimento das vacinas (Porter, 2001).

empírica e da aplicação rigorosa do método científico seria legítimo para compreender, prever e intervir na realidade. Para seus adeptos, tanto os fenômenos naturais quanto os sociais estariam sujeitos a leis universais e estáveis, passíveis de serem descobertas por meio da análise sistemática dos fatos. Essa concepção sustentava a ideia de que o progresso científico conduziria ao ordenamento racional da sociedade, orientando políticas e práticas baseadas em evidências (Löwy, 1989).

19 Utilizamos o sentido do termo trabalhado por Lukács (2015), compreendendo a ideologia como um complexo categorial universal das relações humanas de mediação do agir teleológico de uma singularidade e sua finalidade. Nesse sentido, a ideologia tem como objetivo “influenciar na escolha das alternativas a serem adotadas por outros indivíduos, visando a convencer os indivíduos em certo sentido e não em outro” (Lessa, 2012).

20 A teoria dos germes, defendida por Louis Pasteur (1822–1895) em sua comunicação no Congresso Médico Internacional em Londres, foi denominada *On the Germ Theory* (1881). Ao relatar o resultado de diversos experimentos indutivos observacionais a partir do cultivo de bactérias, Pasteur concluiu a necessidade de haver um agente infeccioso capaz de contaminar o doente e de se multiplicar, causando a doença e seus sintomas. Essa descoberta foi um passo a mais na correta explicação das infecções, estremecendo a concepção miasmática e fortalecendo o discurso higiênico (Costa, 2014).

Como aponta o pesquisador e historiador Roy Porter (2001), diversos estudantes procuravam as universidades da Alemanha para se formarem médicos, com grande fluxo de norte-americanos (Perillo, 2008). Muitos deles absorveram e levaram para os EUA algumas práticas e procedimentos baseados na lógica de controle burocrático do regime prussiano do século XVIII. Um exemplo são os registros médicos da instituição que viria a se tornar a Universidade de Medicina de Berlim — Charité, elaborados pelos estudantes em forma de diário como procedimento de visitas aos pacientes, descrevendo suas condições e o histórico de tratamento para fins de estudo e comunicação na hierarquia interna dos médicos. Apesar das inflexões, um modelo semelhante só seria adotado de forma mais dominante nos Estados Unidos décadas depois.

Essas concepções foram impulsionadas pelo desenvolvimento das forças produtivas do capitalismo norte-americano, pelo deslumbramento da burguesia com o poder explicativo, preditivo e interventivo das ciências positivistas, e pela lógica de mercantilização dos fenômenos sociais. Juntas, motivaram os crescentes esforços de homogeneização das práticas médicas e hospitalares, baseados no controle técnico e econômico do cuidado em saúde (Perillo, 2008).

Em uma sociedade de orientação empresarial, esse processo foi conduzido por práticas econômicas, ideológicas e políticas, articuladas por setores da elite médica. A lógica de mercado impunha a necessidade de normatizar o campo médico — agora compreendido como um nicho de mercado — e de estabelecer um modelo ideal, eficiente e eficaz a ser adotado por toda a medicina.

Segundo Perillo (2008), a elite médica também reconhecia a urgência de reformular a imagem social da medicina. A baixa qualidade de muitas escolas médicas comprometia a reputação da profissão, o que afetava, inclusive, os médicos formados em instituições alinhadas com o conhecimento científico biomédico.

É nesse contexto que a medicina encontra condições favoráveis para consolidar seu projeto hegemônico. O crescimento econômico acelerado e desregulado gerava problemas sociais que o Estado não conseguia resolver, como a disseminação de doenças infecciosas decorrente da ausência de saneamento urbano, do crescimento populacional desordenado e das precárias condições de trabalho. Essas contradições provocavam importantes crises sociais, com destaque para a insatisfação da classe trabalhadora explorada e da pequena burguesia,²¹ ambas afetadas pela concentração de poder nos grandes monopólios industriais.

21 De forma geral, a pequena burguesia é uma classe situada entre a burguesia propriamente dita e o proletariado, oscilando entre ambas. Sua origem está ligada ao crescimento do capital gerado pelo desenvolvimento tecnoindustrial. Estariam situados nessa classe artesãos, pequenos comerciantes,

Esse período histórico ficou conhecido como “Era Progressiva”, marcado por reformas sociais que se apoiavam em formulações científicas e métodos racionais. No campo religioso e moral, a tradição calvinista²² influenciou práticas filantrópicas de caráter caritativo, as quais, ao instruir determinados sujeitos e associar-se à concentração de capital, resultaram no surgimento de entidades filantrópicas e organizações não governamentais. Essas instituições desempenharam um papel significativo na definição dos rumos do desenvolvimento da medicina nos Estados Unidos e, como será discutido adiante, também influenciaram a medicina brasileira. Entre elas, destacam-se a FR e a Fundação Carnegie, que tiveram especial relevância para o objeto de estudo desta pesquisa (Perillo, 2008).

Compreendemos, pela função social que exercem, essas fundações como o que Gramsci (2007) descreve como aparelho privado de hegemonia. Trata-se de uma instituição organizada para deter o poder e controlar as dimensões ideológicas, políticas, econômicas e culturais, subjugando uma classe em benefício de outra. Esse tipo de aparelho apresenta uma relação aparentemente indireta com o Estado, embora, na essência, seja parte dele. Tal característica se evidencia na própria história de formação dessas entidades, fundadas por sujeitos com fortes vínculos estatais e amplo prestígio social, como aponta Perillo (2008). Dessa forma, alinham-se as condições para justificar reformas importantes na educação médica e nas instituições hospitalares que já estavam em curso. Esse processo culminou no *Relatório Flexner (Medical Education in the United States and Canada)*, escrito por Abraham Flexner²³ em 1910, em nome da Fundação Carnegie, como resposta a um pedido velado do Council of Medical Education da Associação Americana de Médicos (AMA), fundada em 1846,

funcionários públicos, intelectuais e burocratas, os quais, muitas vezes, aliavam-se ideologicamente à burguesia, a fim de defender os próprios interesses (Becceneri, 2014).

- 22 Segundo a tradição calvinista, a prosperidade material e econômica seria um sinal de predestinação dos escolhidos por Deus. Esses indivíduos, por sua vez, teriam uma inclinação natural, e também o dever, de combater o mal do mundo, cultuando o trabalho e a riqueza. Assim, no contexto do capitalismo ocidental, a caridade passou a ser compreendida como uma virtude típica dos predestinados. Por sua superioridade moral (vocação espiritual), eles se sentiam impelidos a cuidar daqueles menos favorecidos por Deus. Esse tema foi debatido por Weber (2004), que entendia o protestantismo ascético e os comportamentos que estimulava (por meio de um novo *ethos*) como o fator principal do sucesso da burguesia e de seu projeto capitalista. Sem aprofundar o debate, é importante apontar que, no campo sociológico, existem outras visões que se contrapõem à conclusão de Weber. Algumas compreendem o protestantismo não como causa, mas como reflexo ideal das determinações econômico-materiais, funcionando como justificativa moral e ideológica das estruturas de dominação propostas pela burguesia para a instauração de uma nova estratificação social. Para maior aprofundamento, ver Barros e Oliveira (2021). Independentemente do papel gerador ou justificador do protestantismo e calvinismo para o surgimento do capitalismo, essa visão de mundo participa historicamente das estruturas sociais dos Estados Unidos.
- 23 Sem qualquer conhecimento médico até o momento, Flexner formou-se como educador pela Universidade John Hopkins, uma das instituições mais proeminentes na formação da elite intelectual norte-americana. Juntamente à Universidade de Harvard, ambas se baseavam no modelo cientificista que apostava na regularização do ensino médico e sua oferta somente para pessoas capazes de bancar os altos custos da educação médica (Pagliosa & Da Ros, 2008).

cujo programa objetivava elevar e padronizar os requisitos para a obtenção do diploma, aumentar os ganhos dos médicos e introduzir um código de ética, vedando tanto a possibilidade de pacientes julgarem seus médicos, como os desentendimentos entre médicos e cortesia profissional aos “irregulares”. (Perillo, 2008, p. 48)

A tentativa de manter velada a relação entre o relatório que seria publicado e a AMA teve como objetivo evitar reações dos setores da medicina não regulados, criando a ilusão de que não havia interesses já articulados pelo setor mais institucionalizado da medicina. O relatório constituiu o produto final da visita de Flexner a cerca de 155 escolas médicas no Canadá e nos Estados Unidos e descreveu os dados observados em relação aos seguintes aspectos:

requisitos de admissão à escola (e sua aplicação), efetivo e qualificação do corpo docente, montante de recursos disponível para financiar a instituição (oriundos de doações e mensalidades), e sua alocação, qualidade e adequação dos laboratórios e qualificação e treinamento de seus professores, relação entre a escola e seus hospitais associados: livre acesso aos leitos, livre indicação de médicos e cirurgiões dos hospitais pela escola. (Perillo, 2008, p. 56)

Qualificando as escolas com base em um *score* que media a adequação ao modelo de ensino — representado pelas escolas médicas com base na medicina científica, tais como a Universidade John Hopkins e Harvard —, Flexner as dividiu em três categorias: A, B e C. O plano da AMA era utilizar as escolas de nível A como modelo a ser seguido; reformar e ajustar as de nível B para que se aproximassem desse padrão; e fechar, de forma definitiva, aquelas classificadas como nível C. Segundo Perillo (2008), o relatório teve grande impacto no campo médico, consolidando um processo já em curso de redução da oferta de ensino médico, bem como de normatização do ensino e da prática médica.²⁴

Diversos autores identificam os anos subsequentes ao *Relatório Flexner* como um momento de redirecionamento da medicina e do ensino médico nos Estados Unidos (Perillo, 2008; Queiroz, 1986; Pagliosa & Da Ros, 2008; Gillum, 2013; Porter, 2001; Stahnisch & Verhoef, 2012). Esse período foi marcado pela redução do número de cursos de medicina, pela elitização da profissão e pela elevação dos padrões de exigência dos hospitais. Também consolidou o modelo biomédico como hegemônico e favoreceu a noção de uma suposta

²⁴ Em relação à saúde mental, por exemplo, Stahnisch e Verhoef (2012) apontam que as reformas levaram ao fechamento de cursos de psiquiatria e de hospitais psiquiátricos orientados a práticas alternativas, por não atenderem às exigências colocadas nos relatórios. Acreditava-se que eles não seguiam práticas verdadeiramente científicas, ou seja, baseadas em evidências biológicas e obtidas por meio da metodologia experimental. Isso limitou o acesso a intervenções médico-centradas e farmacológicas, mais próximas da clínica tradicional.

superioridade do complexo social dos médicos. Por fim, a categoria se ergueu como uma casta organizada e economicamente mais desenvolvida.

Dessa forma, o *Relatório Flexner* compõe um capítulo específico da medicina norte-americana, no qual

os líderes reformistas buscaram obter o controle sobre as condições econômicas e de trabalho da medicina para estabelecer uma hierarquia de autoridade e poder entre as profissões da saúde, de forma a assegurar aos médicos o seu topo, garantindo-lhes rendimentos tão altos quanto possíveis. O suporte para atingir esse objetivo, modificando as forças econômicas, sociais e técnicas no interior da medicina, deveria vir de fora da profissão, das classes sociais já proeminentes e dotadas de poder político, mais especificamente da nova classe dos capitalistas que controlavam os grandes empreendimentos industriais e comerciais. (Brown, 1979 citado por Perillo, 2008, p. 55)

1.3 Padronização como modelo científico-empresarial

Como já mencionado, a partir da década de 1910, o modelo de ensino médico e, por consequência, a própria assistência hospitalar passaram por profundas transformações. Essas mudanças reduziram a diversidade teórico-metodológica existente até então e promoveram a reformulação dos procedimentos adotados, com o objetivo de alinhá-los às diretrizes propostas por Abraham Flexner e às orientações das instituições privadas que impulsionaram política e ideologicamente a reforma do setor, especialmente a Fundação Carnegie e a FR. Esse período representou, simultaneamente, um processo de redução epistemológica no campo médico e um esforço de universalização das práticas, orientado por critérios de eficiência e eficácia (Queiroz, 1986). Buscou-se estabelecer um modelo baseado na adoção de práticas padronizadas. No entanto, apesar de sua pretensão universalizante, esse modelo ainda carecia de mecanismos e instrumentos eficazes para impor regras e procedimentos de forma definitiva e rígida. Pode-se afirmar que os dispositivos de controle necessários à efetiva homogeneização estavam em processo de consolidação, o que permitia — e, em certa medida, estimulava — a contínua pesquisa, a experimentação e a reelaboração dos aspectos formais da administração médico-hospitalar. Esse movimento se tornou especialmente evidente quando analisamos o desenvolvimento dos arquivos médicos.

As fontes da área divergem ao tentar identificar qual foi a instituição que desenvolveu o registro médico que se tornaria prevalente. Faz mais sentido pensá-lo como o resultado de múltiplos acréscimos e reformulações. Siegler (2010) identifica um certo pioneirismo tanto do New York Hospital, com a guarda e supervisão dos registros médicos, quanto do Massachusetts General Hospital, que utilizava gráficos e diagramas para visualização de dados, adaptando um modelo vindo da economia. Gillum (2013), por sua vez, reconhece mudanças em diversos hospitais, valorizando os “progressos” realizados na escola médica de Harvard, por meio da transposição do modelo de casos da Law School, e apontando as iniciativas das equipes do St. Mary’s Hospital e da Clínica Mayo. Todas essas transformações introduziram a organização dos prontuários em um documento único, centrado no paciente e utilizado para o controle dos gastos hospitalares — contribuições do médico Henry Plummer (1874–1937). Lorkowski e Pokorski (2022) colocam ênfase, além dos já citados, na padronização desenvolvida pelo American College of Surgeons.

Mezzomo (1991) acrescenta que um determinante importante para as mudanças organizativas ocorridas nos hospitais foi a crise na rede hospitalar desencadeada pela Primeira Guerra Mundial, a qual foi superada por meio das medidas adotadas em nível nacional, a saber:

- 1– A fixação de “padrões mínimos” para credenciamento de hospitais (1913), sugeridos pelo Colégio Americano de Cirurgiões: a) Registros cuidados e completos de todos os casos; b) Arquivamento dos prontuários de forma acessível.
- 2 – A fundação da Associação Americana de Arquivo inspirada por Mac Eachern, em 1928.
- 3 – A criação de Escolas de Arquivos Médicos, em 1936.
- 4 – A criação da Comissão Conjunta de Credenciação de Hospitais, nos EUA, 1952. (Mezzomo, 1991, p. 25)

1.4 A complexificação dos registros em saúde norte-americanos e seu enlace político-econômico com o Brasil

Como fica evidente, no final do século XIX e início do século XX os registros médicos, incluindo o prontuário, passaram a ocupar uma função de maior importância na administração do trabalho médico-hospitalar. Tal processo beneficiou economicamente o mercado da saúde estadunidense, destacando as instituições que melhor se adequaram à lógica empresarial de gestão. Essas eram capazes de controlar, de forma eficiente, o corpo hospitalar

e a estrutura econômica subjacente, sendo os registros médicos progressivamente adotados como a tecnologia capaz de fornecer os dados necessários para isso (Lorkowski & Pokorski, 2022). De forma a aprimorar esse instrumento para essa finalidade, para além do interesse científico, os prontuários foram paulatinamente modificados. Buscava-se apreender o processo de tratamento em seu transcorrer como forma de demonstrar a eficácia ou a ineficácia de determinados procedimentos.

Nos prontuários, não cabiam dados que não fossem capazes de aprimorar a capacidade curativa dos hospitais ou que não pudessem ser compilados de forma quantitativa. Isso exigiu a padronização não apenas do modelo e do formato dos registros, mas também de seu próprio conteúdo. Houve a padronização dos termos médicos, diagnósticos, procedimentos, sintomas e nomenclatura de exames (Siegler, 2010).

Até o final da primeira metade do século XX, os registros médicos adquiriram uma complexidade caracterizada pelo acúmulo de dados e funções. Podemos resumir que os registros tinham as seguintes finalidades: controle administrativo e econômico dos hospitais; comunicação interprofissional; instrumento mnemônico em relação aos procedimentos realizados; controle da rotina hospitalar, da medicação e dos resultados das terapêuticas aplicadas; uso como material educativo e formativo; fonte de pesquisa e aprimoramento das ciências médicas; e fonte para a avaliação da assistência hospitalar. Os prontuários consistiam no registro objetivo e sucinto, reunido em um documento único designado para cada paciente. Incluíam as datas de admissão e alta, os dados pessoais do paciente (como o nome, sexo, idade e profissão), a queixa apresentada (sintoma e diagnóstico), a evolução cronológica da doença, os resultados de exames laboratoriais, os procedimentos médicos e de enfermagem realizados (e seus respectivos custos), o nome da equipe médica e a rotina de cuidado. Seu arquivamento também foi padronizado, passando a ser armazenado em um setor específico do hospital, o que viria a ser chamado, no Brasil, de Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME).

Como aponta Perillo (2008), a adoção do modelo industrial na medicina significou o aprimoramento da técnica e da tecnologia com vistas ao aumento do lucro. Esse processo tornou-se cada vez mais distante das relações sociais concretas, reduzindo o paciente às suas determinações biológicas ou a um sistema teórico-conceitual e administrativo hermenêutico. Além disso, fomentou a lógica da superioridade da classe médica sobre as outras e do complexo médico estadunidense em relação a outros países. Esses fatores foram utilizados pela burguesia norte-americana e suas instituições econômicas para a consolidação do projeto

imperialista dos Estados Unidos, estabelecido desde 1823 com a adoção da Doutrina Monroe.²⁵ Esse processo foi conduzido, no caso do Brasil, sobretudo pela atuação da FR.

Com o objetivo de ampliar sua influência no interior do Estado brasileiro, duas importantes instituições filantrópicas norte-americanas — as já mencionadas FR e Fundação Carnegie — investiram no que se convencionou chamar de “imperialismo médico”, como estratégia de afirmação e expansão de seu poder político e ideológico:

Gates²⁶ acreditava no importante papel cultural da medicina, e discursando durante as comemorações do décimo aniversário do Rockefeller Institute, afirmou ser uma “força unificadora” o desejo de todo ser humano por saúde, “cujos valores vão ao palácio do rico e à choupana do pobre”. Medicina, disse Gates, “penetra em todos os lugares”, e portanto, “os valores da pesquisa médica são os valores mais universais da terra, os mais íntimos e importantes valores para todo o ser humano vivente”. Em função dessa universalidade, a Fundação Rockefeller se deu conta daquilo que os missionários já sabiam: a medicina poderia ser usada para converter e colonizar. (Perillo, 2008, p. 74)

Para a economia norte-americana, colonizar significava ampliar o campo comercial para o mercado de exportação da produção industrial. Seu modelo médico-hospitalar e administrativo era visto como estratégico nesse processo, além de ter como função subordinar o Brasil à lógica imperialista sob a hegemonia dos EUA, por meio do uso do dólar e da divisão internacional do trabalho. Segundo Perillo (2008):

25 Inaugurada pelo discurso do presidente James Monroe (1758–1831) no Congresso dos Estados Unidos, como base dos princípios da política externa do país, a doutrina apregoava quatro pontos fundamentais: “1) o continente americano estaria fechado para tentativas de recolonização europeias; 2) os sistemas políticos das Américas seriam separados dos europeus; 3) os Estados Unidos considerariam quaisquer tentativas de extensão da influência europeia no hemisfério ocidental como ameaças a sua paz e segurança; 4) os Estados Unidos nunca interfeririam nas colônias ainda existentes no Novo Mundo, nem se intrometeriam nos assuntos internos dos Estados europeus” (Izecksohn, 2021, p. 65). A doutrina passou a ser adotada como forma de garantir a hegemonia dos EUA nas Américas, impedindo a interferência direta dos países europeus nas colônias em processo de independência. Recebeu seu “corolário” em 1904, com a política externa formulada por Roosevelt, que ficaria conhecida como a “Diplomacia do Big Stick”. Tal política resultou na submissão dos países latino-americanos aos interesses políticos e econômicos dos Estados Unidos (Losurdo, 2015).

26 Frederick T. Gates (1853–1929) foi uma figura central na consolidação da filantropia institucional moderna nos Estados Unidos. Pastor batista de formação, destacou-se como assessor e administrador das ações filantrópicas de John D. Rockefeller. Idealizou e liderou iniciativas que resultaram na criação de importantes instituições, como o Rockefeller Institute for Medical Research (1901), o General Education Board (1902) e a Rockefeller Sanitary Commission (1909). Sua principal contribuição foi a concepção da Fundação Rockefeller, em 1913, que se orientou para ações de saúde pública em escala global, com foco em pesquisa médica e educação sanitária — áreas que impactaram diretamente o modelo de medicina adotado em países como o Brasil. Gates atuou, ainda, como presidente do Conselho da Rockefeller Sanitary Commission e foi membro do Conselho da Fundação Rockefeller até 1923 (Rockefeller Archive Center, n.d.).

A combinação medicina e saúde pública seria mais efetiva do que missionários ou uma ação militar para atingir os mesmos fins, tal como seria observado não só na China ou no Brasil, onde a Fundação Rockefeller desembarcou em 1915, como em todo o mundo. O trabalho médico serviria de cunha para a introdução de influências culturais, abrindo o caminho para a implantação de indústrias e escolas. (p. 75)

Tais esforços imperialistas em direção ao Brasil lograram êxito por uma série de fatores. Merecem destaque: a posição do Brasil no cenário internacional, marcada desde o início da Primeira República pela aproximação diplomática com os Estados Unidos e pela submissão à Doutrina Monroe como forma de prevenção de intervenções das potências europeias no país (Pereira, 2006); o interesse da burguesia nacional nas possibilidades de crescimento econômico que poderiam advir de “parcerias estratégicas” com os norte-americanos, incluindo a troca de tecnologias e do fluxo de capitais; e a existência, em algumas cidades, de uma já estabelecida estrutura de pesquisa e intervenção voltadas à saúde pública e ao combate a epidemias. Dessa forma,

a construção de uma base de investigação científica sobre os fundamentos laboratoriais da microbiologia, empreendida nas estruturas paulistas, muito favoreceu a escolha futura da Fundação Rockefeller de um “parceiro” local para empreender seus trabalhos de campo então voltados para a prevenção. (Perillo, 2008, p. 121)

Para tanto, a FR estabeleceu importantes relações com o Estado brasileiro, cooptando candidatos alinhados ou permeáveis aos ideários norte-americanos e com grandes chances de ocuparem, futuramente, posições de direção (Perillo, 2008). Esses indivíduos se tornaram verdadeiros “embaixadores da Fundação Rockefeller”, sendo responsáveis por importar tecnologias, como o prontuário normatizado, e ideologias estadunidenses. Como fruto desse plano, muitos cargos em instituições sanitárias passaram a ser ocupados por ex-bolsistas em instituições sanitárias, como no Instituto de Higiene, no Serviço Sanitário Paulista e na Sociedade Brasileira de Higiene.

Como explicita Pereira (2006), as influências estadunidenses no Brasil eram vistas a partir de um certo “verniz” de cooperação. No entanto, a essência do processo era a expansão do mercado estrangeiro com o objetivo de angariar um poder político e econômico no cenário internacional cada vez maior, gerando relações de dependência cada vez mais profundas entre seus “parceiros”. Na área da saúde, essa influência significou a exportação não apenas de certos conhecimentos desenvolvidos nos Estados Unidos — como os utilizados no combate a epidemias que ameaçavam setores estratégicos para a economia industrial norte-americana, a

exemplo da indústria brasileira de borracha —, mas também a imposição de um modelo produtivo, sanitário, administrativo e educacional que garantisse a continuidade das condições de interesse dos EUA.

A FR conseguiu influenciar a saúde brasileira por meio da formação de quadros importantes da elite política nacional. Um de seus ex-bolsistas, João Barros Barreto, chegou à direção do Departamento Nacional de Saúde, setor vinculado ao Ministério da Educação e Saúde. Barreto atuou em conjunto com o ministro Gustavo Capanema na expansão do controle federal e do ministério aos demais estados, promovendo a normalização administrativa da gestão nacional em saúde. Como consequência, o modelo de ensino médico flexneriano com suas técnicas, método e tecnologias, espalhou-se de São Paulo para todo o território brasileiro (Perillo, 2008).

Ao fim e ao cabo, a FR serviu como a instituição ideal para liderar essa “cruzada”, mobilizando grandes quantias de recursos para a reestruturação do ensino médico brasileiro, utilizando a cidade de São Paulo como vitrine e modelo exemplar da excelência da ciência norte-americana e de seu modelo hospitalar e educacional.

Retomamos essa discussão porque, como apontado anteriormente, esse processo, em grande medida, orientou o desenvolvimento de um dos aspectos centrais da medicina no Brasil: a organização dos registros médicos e dos processos hospitalares, especialmente quando se fala sobre a importância do prontuário no atendimento de usuários.

2 Intervenção em saúde e em saúde mental, e seus registros, no Brasil

Art. 6º Compete ao diretor

...

XIII. Dirigir anualmente ao Ministério do Interior um relatório dos meios terapêuticos empregados no tratamento dos enfermos, ao qual deverá anexar a respectiva estatística, propondo melhoramentos que a experiência aconselhar.

...

Art. 27. São deveres dos médicos:

...

5º Lançar todos os 15 dias, no livro da inscrição, as notas clínicas que expressem o estado do doente, quer sejam modificações dos sintomas primitivos, quer fatos novos pertencendo a outra fase da moléstia. Passado os primeiros seis meses, os lançamentos serão mensais, até findar o ano, e dali em diante trimestrais.

— Decreto nº 206-A de 15 de fevereiro de 1890

Sem pretender um detalhamento exaustivo da área médica e hospitalar brasileira, apresentaremos somente as características predominantes desses campos e o que se tem em termos de registros médicos, especificamente no campo da saúde mental, até a introdução e consolidação do predomínio do modelo norte-americano no Brasil. Tomamos esse caminho por compreendermos que houve, no caso dos registros em saúde, uma suplantação da estrutura médica brasileira por aquela desenvolvida e fomentada pelos Estados Unidos, principalmente durante e após a Primeira Guerra Mundial, e que viria a ganhar mais relevância após a Segunda Guerra Mundial.

Como aponta Coradini (2005), até o período do Segundo Reinado no Brasil (1840–1889), o cenário nacional da saúde era predominantemente construído com base na medicina francesa. Instituições, como a Sociedade Médica do Rio de Janeiro (SMRJ), de influência francesa, buscavam exercer poder regulatório das práticas voltadas à saúde. Observava-se uma divisão entre a medicina voltada às demandas militares e da família real e outras práticas

curativas destinadas aos negros e indígenas. Assim como nos Estados Unidos, a medicina brasileira teve como base inicial o saber médico europeu. No entanto, diferenciou-se pelo contato tardio com a medicina alemã, que só se consolidou no país entre o final do século XIX e o início do século XX. Nos EUA, por sua vez, a influência alemã já se fazia predominante desde, pelo menos, a primeira metade do século XIX, o que resultou em trajetórias distintas no desenvolvimento da medicina em cada contexto nacional.

Apesar dessas diferenças — como a influência mais duradoura da medicina francesa no Brasil e o processo mais lento e gradual de regulação da profissão médica —, é possível observar certas aproximações no modo como ambos os países, em momentos distintos, buscaram consolidar modelos médicos baseados na racionalidade científica e na organização institucional da prática médica.

Como aponta Nava (2004), desde o final do período colonial já se fazia presente uma intrínseca relação entre a medicina europeia — em geral, a francesa — e a monarquia, com a repressão de epistemologias embasadas em diferentes compreensões sobre o sujeito e as práticas curativas. Assim sendo, a medicina tradicional se entrelaçava aos interesses da classe dominante. Esse período remonta a origem da concepção higienista, que defendia a coincidência entre a saúde da população e a saúde do Estado, ideia propagada em um momento marcado por diversas epidemias, como a de febre amarela, varíola, tifo, entre outras.

Evidentemente, o movimento de regulação da prática médica não é linear e unívoco. Podemos, portanto, observar contradições e conflitos entre as aspirações desse complexo social e os resultados concretos de suas práticas, como exemplificado na convivência, até a atualidade, da medicina científica e a popular/tradicional.

No Brasil, o predomínio da medicina das elites era sustentado pelo poder político e social que esses grupos detinham, compostos majoritariamente por herdeiros das famílias mais abastadas do período imperial. Seus esforços bem-sucedidos de inserção nas estruturas do Estado e da sociedade permitiram-lhes direcionar o saber médico para uma perspectiva preventiva, deslocando o foco da doença para a promoção da saúde.

Essas concepções passaram a orientar tanto a prática médica quanto o ensino nas universidades, tornando-se hegemônicas. Acreditava-se, assim, que a padronização do conhecimento médico, alinhada a esse projeto preventivo, seria fundamental para o exercício do controle sobre a população.

No Segundo Reinado, período que compreende de 1840 a 1889, a classe médica passou por disputas internas e externas, muitas vezes desencadeadas por discordância quanto às bases epistemológicas, à prática médica e à forma da organização sociopolítica fomentada pelos grupos médicos. Em geral, houve o predomínio do conflito entre os grupos defensores da medicina francesa e inglesa (de base humanista, fundamentada na tradição hipocrática, com predomínio de sistemas metafísicos que incorporavam a teoria do miasma, do determinismo racial e climático) e os grupos defensores da medicina alemã (como já apresentado anteriormente, baseada na medicina experimental, na microbiologia e na anatomofisiologia), incorporando novas disciplinas aos sistemas médicos (Nava, 2004).

Apesar de certa semelhança com a disputa dos grupos de médicos nos Estados Unidos, especialmente quanto à adoção de certas perspectivas epistemológicas, o caso brasileiro apresenta diferenças históricas determinantes, sobretudo no campo da saúde mental. Essas diferenças impedem que se estabeleça uma equivalência direta no uso e desenvolvimento dos registros médicos.

Como nos apresenta Edler (2003), o Segundo Reinado foi um momento de transição quanto à concepção ontológica de sujeito na medicina e na política, complexos sociais que se inter-relacionaram de forma determinante até, pelo menos, a primeira metade da República Velha (1889–1930). Na saúde mental, isso representou a consolidação do alienismo sob uma ontologia meteoropatológica, que privilegiava a determinação climática na explicação das psicopatologias e no modo de existir do ser humano, além de uma progressiva transformação em direção a concepções mais processuais e sociais.

Segundo Cunha (2022), até parte do Primeiro Reinado, o que posteriormente seria compreendido como “vesânia” e “loucura”²⁷ era visto como excentricidade, sem políticas governamentais ou práticas interventivas destinadas às pessoas compreendidas nessa condição. Entretanto, com a importação do modelo teórico de Pinel,²⁸ o setor médico representado pela Academia Imperial de Medicina começou

27 Conforme aponta Amarante (1996), ao longo da história foram atribuídos diferentes nomes para o fenômeno que hoje, sob os critérios de uma medicina psiquiátrica nosológica, compreende-se como *transtorno mental*. Os conceitos adotados variam conforme as bases filosóficas que fundamentam a leitura sobre o tema — como no caso dos alienistas, que compreendiam a *alienação mental* com base nos sinais e sintomas expressos pelo sujeito, indicativos de uma ruptura com a racionalidade. Essa ruptura deveria ser classificada de acordo com as diferenças e semelhanças observadas entre o que se considerava normal e o que se considerava patológico. Já se voltarmos à Grécia Antiga, as concepções teológicas sobre a razão levavam a compreender aquele que delira como um receptáculo de manifestações divinas, denominando essa condição de *manikê* (Silveira & Braga, 2005). Portanto, a “loucura” não pode ser concebida de forma naturalizada, mas sim como uma categoria que conglomerava significados que são transformados no percurso da história, a depender da leitura que incide sobre ela.

a reivindicar para si a competência para lidar com as manifestações da “vesânia”, e dedicaram-se a conferir a ela o estatuto de doença. Diferentemente dos debates teóricos que, na mesma época, atravessavam o campo de especialistas já constituído na Europa, eles ainda se enredavam em intermináveis discussões sobre a natureza e a “sede” desta doença desconhecida: tratava-se de um mal do cérebro ou da alma incorpórea, de uma patologia do espírito, da razão ou do corpo? De resto, especialistas nesta doença de contornos tão indefinidos eram totalmente inexistentes no país, antes da década de 1880. (Cunha, 2022, p. 20)

Tais mudanças também se refletiram no campo teórico com a incorporação de concepções desenvolvidas na Europa. Elas foram motivadas pelas transformações sociais e culturais decorrentes de uma economia progressivamente globalizada e do intenso fluxo migratório intercontinental. Assim, as elaborações teóricas seguiam essas mudanças a fim de tentar explicá-las e criar formas de resolvê-las. Para Cunha (2022), no período republicano ocorreu uma certa inversão no sentido original do pensamento médico²⁹ com a adoção da teoria da degenerescência:

Dessa forma, segundo a autora, “a ciência sugeria que a convivência entre trabalhadores e degenerados que infestavam o meio urbano tornava impossível criar um mundo do trabalho higiênico e disciplinado” (Cunha, 2022, p. 32).

28 Philippe Pinel (1745–1826) foi um médico psiquiatra francês, considerado um dos pioneiros da psiquiatria e figura central nos discursos científicos sobre a loucura que emergiram no mundo ocidental no final do século XVIII. Sua obra mais notável é o *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania*, publicada em 1801. Pinel buscava localizar a natureza da loucura de forma objetiva, baseando-se na observação clínica e na descrição fenomenológica de casos, sintomas e relatos, aproximando a concepção e o tratamento da loucura dos preceitos positivistas do século XIX. Ele propôs uma classificação das manifestações mórbidas em quatro classes: mania, melancolia, demência e idiotismo, atribuindo suas causas a fatores físicos, hereditários e, principalmente, morais ou afetivos, sendo estes dois últimos os que mais lhe chamaram a atenção. Uma de suas grandes inovações foi o posicionamento contundente contrário às ações violentas praticadas contra os pacientes, tornando-se reconhecido por ser o defensor do fim abusivo das correntes e por introduzir a ação terapêutica nomeada de “tratamento moral”. Este tratamento visava oferecer aos loucos o ensinamento de valores morais e a reeducação dos seus sentimentos e paixões, cabendo ao médico exercer uma função pedagógica moral e de autoridade que inspirasse confiança. O médico Francisco Montezuma, por exemplo, reconheceu Pinel como um “marco divisor de águas” no tratamento da loucura por ter substituído os exorcismos pela terapêutica e os cárceres pelo hospital, articulando o saber científico e a caridade cristã. As ideias de Pinel sobre o “aparelho de temor” e a intervenção moral foram princípios estritamente seguidos em hospícios como o de Bicêtre, do qual foi diretor (Oliveira, 2014).

29 Compreendemos que não há linearidade no desenvolvimento ideológico e científico; entretanto, entendemos que a intenção da autora era apontar que, antes da adoção do modelo da degenerescência hereditária, havia o predomínio, no alienismo, da explicação das doenças como causadas por agentes externos, como as condições climáticas.

Para Franco da Rocha e Juliano Moreira³⁰, a única forma capaz de tornar exitosa a consolidação de uma sociedade moderna, produtiva e, portanto, adequada ao mundo capitalista seria retirar dos espaços sociais aqueles que representavam riscos ao novo modelo político-econômico emergente. Criando uma equivalência entre a potencialidade de contágio das epidemias micropatológicas e das “epidemias psiquiátricas”, esses grupos, munidos da hegemonia científica no campo da psiquiatria, sugeriram o movimento de “asilamento científico” — momento em que, com o apoio de setores republicanos, são inauguradas diversas instituições psiquiátricas no país (por exemplo, o primeiro hospício do Brasil, o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, inaugurado em 1852; o Hospício de São Paulo, em Recife, inaugurado em 1853; o Hospício São Pedro, em Porto Alegre, em 1884, entre outros).

Como aponta Cunha (2022), o alienismo consistia em uma visão autoritária e de base positivista prevendo uma sociedade-modelo de “um mundo sem conflitos, capaz de exprimir a vitória da razão, a possibilidade da ordem, a viabilidade do progresso sob o comando da inquestionável ciência” (p. 47), necessitando, aos olhos dos médicos, evidenciar os resultados de suas intervenções, bem como informá-los à Corte e, posteriormente, ao governo republicano, a fim de angariar subsídios para sua manutenção. Esses fatos podem explicar o motivo do uso e da configuração dos registros nos hospitais da época, como discutido em pesquisas que tomam os prontuários destas instituições como fonte, conforme a Tabela 1.

Tabela 1

Pesquisas que têm, como fontes primárias, prontuários e outros documentos de instituições de saúde mental do final do Segundo Reinado e do início da República no Brasil

30 Um dos mais conhecidos e proeminentes alienistas brasileiros, Francisco Franco da Rocha (1864–1933) foi, além de diretor, o idealizador do Hospício de Juquery. Formado na primeira turma de especialistas mentais da Faculdade Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro, ganhou notoriedade ao defender as instituições asilares como solução dos problemas sociais, preocupando-se, inclusive, com a sistematização estatística dos dados sobre os internos do Hospício D. Pedro II anteriores a 1896 (Cunha, 2022). Juliano Moreira (1873–1933), outro alienista que determinaria os rumos da assistência aos alienados e da organização administrativa dos hospícios, por sua vez, esteve à frente da direção clínica do Hospício Nacional dos Alienados dos anos 1900 até sua morte. Preocupou-se em aproximar a metodologia investigativa e arquivística dos hospícios daquelas praticadas pelos médicos alemães, atuando conjuntamente com o psiquiatra Heitor Carrilho (1880–1954), primeiro diretor do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (atualmente chamado Manicômio Judiciário Heitor Carrilho) e chefe da Seção Lombroso do Hospício Nacional dos Alienados (Bagatin, 2019).

Título da pesquisa	Instituição pesquisada	Fonte	Autores(as)
O Hospício de Pedro II e seus internos no ocaso do Império: desvendando novos significados	Hospício D. Pedro II (RJ)	135 prontuários escritos entre 1883 e 1889	Daniele Correia Ribeiro (2012)
No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados	Hospício Nacional de Alienados e Pavilhão de Observação (RJ)	Documentos clínicos produzidos entre 1900 e 1930	Cristina Facchinetti Andréia Ribeiro Daiana Crús Chagas & Cristiane Sá Reis (2010)
	Colônia Juliano Moreira (RJ)	Documentos clínicos do final da década de 1930 e 1940	
	Manicômio Judiciário e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (RJ)	Documentos clínicos da década de 1920 e 1930 (Facchinetti, Edler & Venancio, 2007)	
A escrita epistolar no hospício: documento médico, documento histórico	Hospício São Pedro (RS)	Prontuários entre 1884 e 1902	Yonissa Marmit Wadi (2005)
Que loucura é essa? Loucas e loucos italianos no Hospício São Pedro em Porto Alegre/RS (1900-1925)		Cerca de 1158 prontuários de 1900 a 1925	Zelinda Rosa Scotti (2013)
Os prontuários do manicômio judiciário do Estado de São Paulo (1897–1930) como fonte para o historiador: possibilidades e limitações	Manicômio Judiciário de São Paulo (SP)	Prontuários de 25 crianças internadas entre 1897 e 1930	Augusto Nalini Aigner de Paula (2018)
Entre o particular e o geral: a constituição de uma “loucura negra” no Hospício de Juquery em São Paulo, Brasil – 1898–1920	Hospício de Juquery (SP)	Prontuários escritos entre 1898 e 1920	Rosana Machin & André Mota (2019)
100 anos do pensamento psiquiátrico no Brasil – estudo dos prontuários do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico André Teixeira Lima	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima / Franco da Rocha I (SP)	Três grupos de prontuários: a) de 1897 a 1931; b) 1932 a 1957; e c) 1958 a 2008	Erich Montanar Franco (2013)
Ente discursos e práticas: menores e loucura no Hospital Colônia Sant’Ana (1942–1944)	Hospital Colônia Sant’Ana (SC)	Prontuários dos internos entre 1942 e 1944	Bruna da Silveira Viana (2013)

Nota. Tabela elaborada com base em dados pesquisados pelo autor (2025).

Esses estudos explicitam a heterogeneidade da forma de registro, do conteúdo e da sua função. Scotti (2013) aponta, por exemplo, que os prontuários do Hospício São Pedro eram muito mais “silenciosos” do que os de Juquery, inaugurado sob a direção de Franco da Rocha. Os Hospitais de Custódia ou Manicômios Judiciários³¹ apresentavam uma ficha de registro de admissão, de identificação e histórico do paciente bastante extensa (Paula, 2018), contendo nome, idade, naturalidade, procedência, estado civil, profissão, religião, instrução dos antecedentes médicos e criminais, avaliação médica, resultados de exames (“directo”, somático e mental), antecedentes familiares e hereditariedade. Por outro lado, instituições como o Hospício D. Pedro II (posteriormente nomeado Hospício Nacional de Alienados) apresentavam registros mais escassos e majoritariamente com função de comunicação extra-hospitalar (para as autoridades sanitárias), com fichas de identificação e diagnóstico e anexos com documentos que justificavam a internação, ou ainda documentos de familiares que solicitavam melhores condições de internação e pedidos de licença para a saída dos pacientes (Ribeiro, 2012).

Vale destacar o *Decreto nº 206-A, de 15 de fevereiro de 1890*, promulgado no Rio de Janeiro, então capital federal, que estabeleceu a assistência aos alienados como uma especialidade da medicina. Essa norma regulamentava o processo de asilamento, a estrutura organizacional das instituições psiquiátricas e os mecanismos de controle e fiscalização dos registros. Importa notar que sua aplicação estava inicialmente restrita ao Hospício Nacional de Alienados, mas suas diretrizes influenciaram significativamente legislações subsequentes em outras regiões do país, consolidando um modelo institucional de atenção à loucura baseado na normatização técnico-administrativa da assistência.

De acordo com este decreto, os asilos deveriam manter livros distintos para o cadastro dos “doentes”, para os registros clínicos e para a contabilidade de receitas e despesas. Cabia aos diretores das instituições elaborar relatórios anuais ao ministro do Interior, contendo informações sobre as intervenções terapêuticas adotadas e as estatísticas correspondentes, além de propor melhorias na assistência. Aos médicos, por sua vez, competia registrar periodicamente, em livro específico (denominado “livro da inscrição”), as notas clínicas que expressassem o estado de saúde dos pacientes — conforme indicado na epígrafe deste capítulo (Decreto nº 206-A, 1890).

³¹ Como aponta Bittencourt (2013), houve mudanças de nomenclatura dos Manicômios Judiciários para Hospitais de Custódia após a instauração da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, as condições de funcionamento permaneceram as mesmas. Na Tabela 1, utilizamos a nomenclatura adotada pelos autores do texto, compreendendo que, na época da confecção dos prontuários, era o nome adotado pela referida instituição.

O decreto previa que os registros fossem organizados separadamente conforme sua finalidade, o que corresponde ao que Mezzomo (1991) denomina “sistema de prontuário múltiplo”, caracterizado pela dispersão de dados em diversos documentos, dificultando a consulta e o acompanhamento do cuidado. Essa característica também foi observada por Facchinetti et al. (2010) na análise dos arquivos do Hospício Nacional dos Alienados, referentes ao início do século XX. As autoras destacam que, embora o acervo fosse valioso, seu formato fragmentado, dividido entre livros de admissão, de observação e relatórios clínicos, tornava a pesquisa e a compreensão do percurso dos pacientes bastante desafiadoras.

De acordo com as pesquisadoras, os dados de identificação do paciente, bem como as informações clínicas e administrativas, eram organizados em forma de relatórios estatísticos, com o objetivo de levar a cabo o método comparativo de Kraepelin, “na busca de substratos objetivos e científicos para fundamentar os diagnósticos” (Facchinetti et al., 2010, p. 740). Já nos documentos de observação clínica, embora nem sempre preenchidos de forma sistemática, constam descrições mais detalhadas acerca da vida do paciente, suas falas, o contexto familiar, a análise dos médicos e seu histórico médico. Conforme apontam Facchinetti et al. (2010), o processo de anamnese seguia uma lógica investigativa semelhante à proposta por Kraepelin, calcada na compreensão eugenista de hereditariedade, articulando-se, também, à teoria da degenerescência de Morel³².

Estudos que abrangeram períodos mais extensos, como o de Teixeira (1999), apontam mudanças significativas nos registros após a promulgação da *Lei de Assistência aos Alienados*, instituída pelo *Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903* (Brasil, 1903). Essa legislação, em seus artigos 18 a 20, estabelece a obrigatoriedade de os diretores dos asilos localizados no Distrito Federal enviarem periodicamente à comissão inspetora uma relação circunstanciada dos “doentes”, além de prever a necessidade de arquivistas e escriturários em diversos setores da instituição.

De acordo com Teixeira (1999), essas exigências culminaram na passagem das observações em um livro próprio para serem formalizadas

num registro de internação, que exigia a anexação de todos os dados pessoais, descrição fisionômica e sinais característicos, além de fotografia do “suspeito de

32 Segundo Ribeiro (2003), a corrente de pensamento baseada em Kraepelin e Morel, no Brasil, substituiu as ideias de Esquirol, até então presentes nas práticas manicomiais do Segundo Reinado. Essa mudança fortaleceu o movimento eugenico ao vincular a etiologia (estudo da causa) dos transtornos mentais à herança biológica e à hereditariedade. Enquanto Kraepelin atribuía às “doenças mentais” uma origem biológica, Morel acreditava que o substrato biológico se degenerava em função de fatores externos, como intoxicações (uso de drogas, fome, epidemias), condições sociais insalubres ou miseráveis, infecções, temperamento, imoralidade dos costumes, enfermidades congênitas e influências hereditárias.

alienação”. Ademais, o mesmo parágrafo exigia a anexação de quaisquer outros elementos “quantos possa coligir e façam certa a identidade do enfermo”. (p. 888)

Dessa forma, observa-se uma tentativa de normatizar parte do conteúdo dos prontuários, especialmente em relação aos dados de identificação, à origem do paciente, ao diagnóstico, à terapêutica usada, aos resultados obtidos e às justificativas para a internação com o uso de recursos públicos (Teixeira, 1999).

Considerando o escopo da presente pesquisa, centrada na investigação da importância dos registros em saúde mental, cabe apontar que, já no século XIX, havia preocupações relevantes — ainda que geograficamente limitadas — com a estrutura administrativa dos hospitais, o processo de registro, o arquivamento e a recuperação dos dados, bem como com sua utilidade social e científica. Outro aspecto importante a se ressaltar é que os estudos apontam fenômenos, que acontecem dentro nos hospitais, similares ao que se observa no CAPS atualmente: inconstância no preenchimento dos registros, peculiaridades do conteúdo a depender de qual profissional o preenche, subordinação parcial do conteúdo em relação à forma, incompletude em alguns prontuários em relação a dados de identificação e da processualidade terapêutica, variação conforme a perspectiva ontológica e epistêmica adotada por quem elabora as estruturas formais dos prontuários e as diversas funções dos registros (Fernandes & Boarini, 2023; Souza, Boarini, & Silva, 2022; Schaffland & Boarini, 2021; Frazatto, 2021; Mesquita & Deslandes, 2010).

Vislumbramos, portanto, os múltiplos determinantes de um prontuário, em abstrato, na saúde mental em um determinado momento histórico, variando o seu grau de importância na sociedade. No campo legislativo e na definição de normas, ao mesmo tempo que grupos de profissionais da saúde divergem quanto à escolha de certas exigências técnico-científicas — baseadas em distintas concepções de saúde e ética —, aqueles que detêm maior poder econômico e inserção na estrutura política definem, em maior medida, as normativas a serem aplicadas por meio das instituições do Estado. Complementarmente, há a adequação de cada profissional a essas exigências, o que só pode acontecer na relação destes com a materialidade posta — materialidade esta que é histórica, síntese de longos processos culturais.

Em outras palavras, a expressão real de um prontuário singular não é definida apenas pela ideia e vontade de um indivíduo, descoladas de uma realidade sociocultural, tampouco é definida inteiramente pela mera existência de normativas universalizantes (como leis, diretrizes, códigos de ética profissional, protocolos institucionais etc.). Constrói-se, portanto, na relação entre ambos, um sistema baseado em mecanismos objetivos de controle voltados para a eliminação dos desvios. Em certa medida, essa foi a base para a estruturação da aposta

do complexo de saúde dos Estados Unidos ao instituir seu modelo de administração dos registros, como discutido anteriormente.

O fundamento para essa normatização estava na racionalidade estatística e administrativa, tendo a padronização dos dados dos registros em saúde como norte. No Brasil, a condução do setor da saúde pelos fiduciários da FR levou à construção de um complexo médico industrial em São Paulo, em 1944: o Hospital das Clínicas. Propondo um modelo baseado no “ethos flexeriano/rockefelleriano”, o hospital foi vinculado à Universidade de São Paulo (USP), servindo como campo de formação de profissionais da saúde e como laboratório de tecnologias médicas da Faculdade de Medicina da instituição (Perillo, 2008). Seguindo a tradição estatística, por iniciativa da professora e médica Lourdes de Freitas Carvalho, foi instalado no recém-construído hospital o primeiro Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Brasil. Lourdes de Freitas Carvalho permaneceu na direção desse serviço até 1950, mantendo, entretanto, seus esforços de disseminação desse modelo de administração hospitalar e de qualificação institucional em nível nacional (Mezzomo, 1991; Carvalho, 1973).

Temos também procurado difundir por todo país, nossos conhecimentos sobre o assunto, quer escrevendo trabalhos, quer ministrando cursos rápidos e intensivos, na Capital ou em outros Estados, através da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Associação Paulista de Hospitais, quer proferindo palestras em jornadas e congressos hospitalares, quer ainda, organizando serviços de arquivo médico e estatística. (Carvalho, 1973, p. 7)

Lourdes de Freitas Carvalho, em seu livro *SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística de um Hospital*, um verdadeiro manual para a compreensão, implementação e aprimoramento do setor de arquivamento médico de um hospital, argumenta a importância dos registros médicos em toda a sua complexidade para o aumento de eficiência da instituição hospitalar em suas funções.

Sua existência está, pois, intimamente ligada ao doente e assim sendo, todo esforço deverá ser desenvolvido no sentido de que ele possa desempenhar-se com maior eficiência dessas funções.

...

É, pois, necessário, que o hospital se organize no sentido de poder fornecer ao médico, a qualquer hora, os dados que precisar, para atender seu paciente com presteza e eficiência.

Por outro lado, tantas e tão importantes são as informações que lhe são fornecidas pelo doente, às vezes de caráter extremamente sigiloso, que se torna impossível manter em condições apropriadas de consulta, os dados coletados e registrados por escrito por toda equipe responsável pela saúde do paciente, a não ser que um serviço seja especialmente criado, com a finalidade da ordenação, guarda e da conservação dos dados, que, reunidos, constituem o *prontuário médico* [destaque nosso]. Apareceu então, na organização dos hospitais, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). (Carvalho, 1973, p. 33)

O que se evidencia, portanto, é a crescente complexidade do desenvolvimento da assistência em saúde, principalmente no espaço hospitalar, vinculada, invariavelmente, ao desenvolvimento das estruturas burocráticas do Estado, à ampliação dos espaços hospitalares, ao desenvolvimento de outras ciências (como a estatística, a administração e posteriormente, a computação e a ciência de dados), ao modo produtivo da sociedade e à crescente especialização da divisão do trabalho. Dessa forma, os dados gerados pelos atendimentos em saúde tornam-se, cada vez mais, condicionados à sua utilidade em mais esferas da vida social, criando novas necessidades de adequação das estruturas de saúde, como mostra a própria autora.

Constatando com tal absurdo,³³ alguns hospitais de finalidade assistencial, principalmente pertencentes à Previdência Social, tem [*sic*] envidado todos os seus esforços na obtenção de dados que caracterizam o prontuário médico completo.

Por outro lado, a própria Previdência Social, através dos convênios que vem estabelecendo com os hospitais[,] está obrigando à confecção do prontuário médico[,] de modo a que todos os elementos necessário[s] aos diagnósticos e que justifiquem o tratamento, neles sejam encontrados.

Iniciou-se, pois, nova era no progresso do hospital, não por convicção da necessidade, por parte da sua administração e do corpo clínico, de um prontuário médico completo, mas por defesa contra um órgão mais poderoso — a Previdência Social — a fim de poder ser por ele credenciado, na manutenção dos seus leitos hospitalares. (Carvalho, 1973, p. 141)

Como marco legislativo importante nesse processo, temos, segundo Mezzomo (1991), a *Lei Alípio Correia Netto*, em São Paulo, “pela qual se exigia dos hospitais filantrópicos, para receberem auxílios ou subvenções, possuírem histórias clínicas escritas e completas, arquivos conveniente[s] e serviços de acompanhamento” (p. 26).

³³ A autora refere-se aqui à constatação de que ainda se observava a incompletude e a desorganização dos dados dos prontuários de alguns hospitais que visitou.

Além disso, Carvalho (1973) destaca a relevância dos registros médicos no que diz respeito à segurança jurídica. Para o paciente, esses registros representam uma salvaguarda em situações em que possa se sentir lesado, seja pela ineficácia do tratamento em termos de resultados clínicos, seja pelos custos envolvidos. Para o profissional de saúde, constituem uma forma de demonstrar e respaldar a qualidade e a legitimidade dos procedimentos adotados. Já para a instituição, os registros funcionam como instrumento de comprovação de que foram mobilizados todos os recursos disponíveis para o cuidado do paciente, contribuindo para a preservação de sua imagem pública como um espaço seguro, ético, eficiente e comprometido com a transparência e o interesse coletivo.

Considerando a eficiência como o máximo rendimento e satisfação a partir do mínimo dispêndio (econômico, de trabalho e de tempo), a autora questiona: “Como pois saber se o hospital é realmente eficiente? Talvez o único processo capaz de medir a qualidade da assistência prestada ao paciente, seja o prontuário médico” (Carvalho, 1973, p. 143).

Portanto, além de um caráter eminentemente prático do uso do prontuário, há também sua utilidade para o controle e a gestão. No entanto, sem as mediações necessárias ou mecanismos de controle eficazes, a tendência é seu uso meramente instrumental, como explicita Mezzomo (1991): “Os estabelecimentos particulares, meramente curativos e assistenciais, reduzem ao mínimo o conteúdo, muitas vezes atendendo-se ao exigido pelas organizações com as quais se mantém convênio, registrando o que possa justificar o faturamento” (p. 268). Como forma de evitar que esses fenômenos aconteçam, Carvalho (1973) defende a necessidade de instâncias internas na instituição para garantir a manutenção da qualidade dos prontuários (em toda a sua complexidade, inclusive para estudo e pesquisa), como é o caso do próprio SAME e da Comissão de Prontuário Médico, criada posteriormente pelo Conselho Federal de Medicina.

Como veremos na próxima seção, esse modelo foi abraçado em partes do Brasil nas décadas seguintes, o que inclusive resultou na criação da Associação Brasileira de Arquivo Médico e Estatística, em 1966 (Mezzomo, 1991), ganhando novos contornos a partir do momento em que o complexo da saúde se transformou no cenário nacional, com destaque para as reformas que ocorreriam nos anos subsequentes.

2.1 Na efervescência da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: o prontuário como direito

Até esta seção, trabalhamos o prontuário sob as perspectivas institucional, organizacional e educacional, mais especificamente nos hospitais. Esse recorte representa a consequência da forma como se organizava, até então marcadamente hospitalocêntrica e médico-centrada (Perillo, 2008), a assistência à saúde no Brasil e qual foi o foco dos estudos dos arquivos médicos.

Entretanto, observa-se uma mudança substancial no complexo de saúde nacional a partir da década de 1980, após o período da ditadura empresarial-militar de 1964. No movimento democrático do final desse regime, organizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual se defendeu a saúde como um direito universal e o cuidado como um dever do Estado (Paim, 2008). Esse princípio foi posteriormente ratificado na Constituição Cidadã de 1988 (Brasil, 1988). Este movimento gerou uma necessidade permanente de transformação na dimensão teórico-científica das áreas da saúde e de suas práticas.

Em relação aos prontuários, o novo modelo proposto pela Reforma Sanitária exigiu um formato capaz de registrar informações em uma nova dinâmica de relação profissional-paciente: intermitente, em conjunto com outras áreas do conhecimento e em espaços descentralizados. Ademais, as ideias de integralidade da assistência e de territorialidade convocaram os profissionais a pensar para além das determinações biológicas do adoecimento, ganhando cada vez mais relevância a noção de determinação social do processo saúde-doença.

Nessa perspectiva, a centralidade da medicina na assistência à saúde foi progressivamente reduzida, dando lugar a uma estrutura descentralizada, com responsabilidades compartilhadas entre os entes federativos; hierarquizada, segundo níveis de complexidade da atenção; horizontalizada, tanto nas relações entre as distintas áreas do conhecimento quanto na interação entre profissionais e usuários; e orientada pela interdisciplinaridade. Essa reorganização se consolidou com a promulgação da *Lei nº 8.080, de 1990* (Brasil, 1990), que regulamenta os serviços de saúde no país e institui o Sistema Único de Saúde (SUS). Conhecida como *Lei Orgânica da Saúde*, a norma surge como forma de assegurar o direito à saúde em sua integralidade, incluindo o direito às informações de saúde. Nesse sentido, consolidou-se a importância das informações obtidas durante a prática de saúde, tanto para o usuário quanto para a coletividade, sendo compreendidas como fundamentais para o acompanhamento, a avaliação e a organização do SUS, impulsionando o desenvolvimento de um sistema nacional de informações em saúde.³⁴

34 Para os artigos da *Lei nº 8.080/90*, consultar o Anexo A.

Os anos seguintes foram marcados pela ampliação dos mecanismos de geração, ordenamento, tratamento e integração dos dados em saúde obtidos nos atendimentos e registrados em prontuário, com a criação de diversos sistemas para isso, como o Departamento de Informática no SUS (DataSUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (Leandro, 2020).

A crescente democratização do acesso à informação e o fortalecimento do direito do usuário sobre sua saúde reverberaram, também, nos conselhos de classe dos profissionais da saúde, como se observa no Código de Ética Médica, aprovado pela *Resolução CFM nº 1.246/88* (Conselho Federal de Medicina, 1988), que veda ao médico deixar de elaborar o prontuário para cada paciente, bem como proíbe negar o acesso ao prontuário, a qualquer documento análogo ou a explicações necessárias para sua compreensão, a não ser que esse acesso possa oferecer risco ao próprio paciente ou a terceiros.

2.2 Mudanças no campo da saúde mental e o impacto no processo de registrar

A ampliação e o refinamento das normas sobre o sigilo e o uso dos prontuários médicos se consolidam com a aprovação do novo Código de Ética Médica, por meio da *Resolução CFM nº 1.931/2009* (Conselho Federal de Medicina, 2009). Esse código passou a vedar expressamente que o médico permita o acesso ao prontuário — quando sob sua responsabilidade — por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional, bem como proíbe que se negue cópia ao paciente ou a seus familiares, quando solicitada. Também estabeleceu critérios mais rigorosos para a elaboração dos registros médicos, como disposto no artigo 87:

Art. 87 Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

§1º O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.

Essa regulamentação mais precisa e protetiva dos direitos dos pacientes ocorreu em um contexto já profundamente transformado pelas políticas públicas de saúde inauguradas com a criação do SUS pela *Lei nº 8.080/1990* (Brasil, 1990). Trata-se, portanto, de um período histórico distinto daquele que precedeu o SUS, quando o modelo assistencial era centrado na autoridade médica e no cuidado verticalizado, com baixa participação social e pouca atenção aos direitos dos usuários.

No período pós criação do SUS, especialmente com o advento da *Lei nº 10.216/2001* (Brasil, 2001) — que redefine a política de saúde mental, valorizando o cuidado em liberdade — e da *Portaria nº 336/2002* (Ministério da Saúde, 2002), que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e institui a equipe multiprofissional, a medicina passou por um processo de atualização em diálogo com as transformações sociais e institucionais. As novas exigências legais e éticas sinalizaram uma mudança de paradigma na prática médica, voltada para maior transparência, integralidade e respeito à autonomia dos sujeitos.

Já em relação especificamente ao prontuário, temos a *Resolução CFM nº 1638/02* (Conselho Federal de Medicina, 2002),³⁵ que define o prontuário médico e obriga a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde, com o objetivo de garantir a qualidade desses documentos. Essa comissão é análoga à Comissão de Prontuário Médico mencionada por Carvalho (1973), à qual cabe observar o cumprimento dos itens definidos como obrigatórios para a confecção do prontuário — seja em formato físico ou eletrônico. Entre os elementos exigidos estão: identificação completa do paciente; histórico clínico detalhado (anamnese, exames e diagnósticos); registro da evolução diária com data, hora e identificação dos profissionais envolvidos; e, no caso de prontuários em papel, a legibilidade da escrita, além de assinatura e número do CRM. Em situações de emergência, o prontuário deve conter um relato completo dos procedimentos realizados.

No âmbito da saúde pública, temos a *Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009* (Ministério da Saúde, 2009b), que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde, explicitando as exigências quanto ao conteúdo do prontuário para assegurar o tratamento adequado, em tempo oportuno, e garantir sua continuidade. Assim, o prontuário deve conter o registro atualizado das seguintes informações:

- a) motivo do atendimento e/ou internação; b) dados de observação e da evolução clínica; c) prescrição terapêutica; d) avaliações dos profissionais da equipe; e) procedimentos e cuidados de enfermagem; f) quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos; g) a quantidade de sangue recebida e dados que garantam a qualidade do sangue, como origem, sorologias efetuadas e prazo de validade; h) identificação do responsável pelas anotações; i) outras informações que se fizerem necessárias. (Ministério da Saúde, art. 3º, Parágrafo único, inciso IV, 2009b)

No mesmo ano, como reverberação da portaria do Ministério da Saúde, o CFP aprovou a *Resolução nº 001/2009* (Conselho Federal de Psicologia, 2009), que dispõe sobre a

35 Para todos os artigos da resolução, consultar Anexo B.

obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos, normatizando a forma do registro quando esse não puder ser mantido como prontuário psicológico, de uso privativo do psicólogo. A resolução estabelece que o psicólogo deve manter os registros atualizados e que, quando realizados em serviço multiprofissional, devem compor o prontuário único do usuário, garantindo o acesso às informações. Ao mesmo tempo, define os parâmetros de objetividade e de registro, tendo como objetivo “contemplar de forma sucinta o trabalho prestado, a descrição e a evolução da atividade e dos procedimentos técnico-científicos adotados” (Conselho Federal de Psicologia, 2009, p. 1).

Posteriormente, a *Resolução CFP nº 06/2019* (Conselho Federal de Psicologia, 2019) aprofunda a compreensão do prontuário psicológico, não ao modificar sua estrutura básica, mas ao reforçar seu papel como elemento central dos registros documentais da psicologia. Estabelece que todos os demais documentos escritos — como atestados, relatórios e laudos — devem ser fundamentados nas informações registradas no prontuário, o que ressalta a importância de registros completos, fidedignos e tecnicamente adequados. Com isso, a resolução avança significativamente nas orientações quanto à elaboração de documentos externos, exigindo que sejam redigidos com linguagem técnica precisa, objetiva e impessoal, em conformidade com a norma culta da língua portuguesa e os preceitos da psicologia. Recomenda-se evitar descrições literais das sessões, salvo quando houver justificativa técnica. No que se refere ao sigilo, a normativa orienta que documentos destinados a terceiros destaquem seu caráter confidencial, esclarecendo que a responsabilidade da psicóloga ou do psicólogo não se estende ao uso dado ao material após sua entrega. Em contextos multiprofissionais, reforça-se que apenas as informações estritamente necessárias aos objetivos da equipe devem ser compartilhadas, sempre com respeito à confidencialidade dos dados.

No caso da enfermagem, por outras razões, no mesmo ano é aprovada a *Resolução COFEN nº 358/2009* (Conselho Federal de Enfermagem, 2009), que dispõe sobre a “Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem”. Essa resolução estabelece o dever de registrar os procedimentos, apoiada no Código de Ética da Enfermagem aprovado pela *Resolução COFEN nº 311*, cujo artigo 25 determina que é dever do profissional de enfermagem registrar no prontuário do paciente as informações indispensáveis ao cuidado.

A conformação mais clara à *Portaria nº 1.820/09* (Ministério da Saúde, 2009b) ocorreu quando o COFEN aprovou e publicou o *Guia de Recomendações para os Registros*

de *Enfermagem no Prontuário do Paciente*, valendo-se da *Resolução COFEN nº 514/16* (Conselho Federal de Enfermagem, 2016), com a finalidade de nortear os profissionais de enfermagem, reconhecendo o caráter sigiloso e o valor legal e científico dos registros. O guia reforça a função de comunicação, avaliação da assistência, ensino e pesquisa, além da própria qualidade do cuidado ao conter o histórico da assistência.

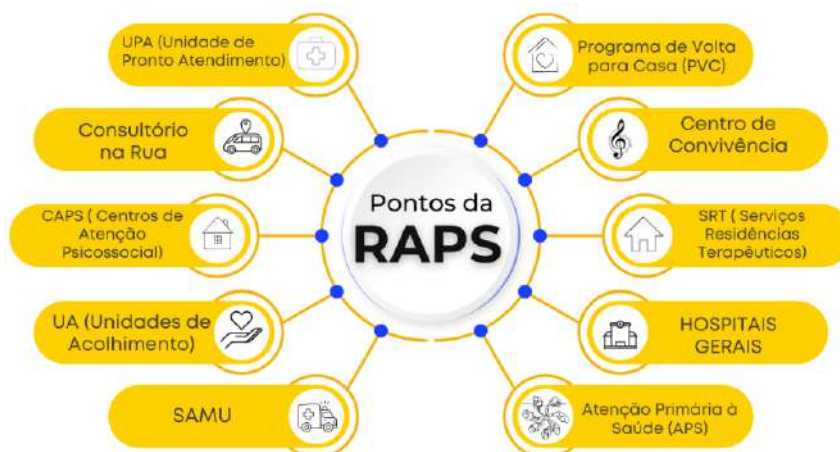
Com esse escopo ampliado de saúde, na saúde mental, os atendimentos que antes se restringiam ao setor privado (empresarial ou filantrópico) passaram a ser ofertados também pelo poder público (Paim, 2008), sendo exemplo disso a atenção a pessoas em sofrimento mental. No Brasil, antes do ano 2000, quase exclusivamente os hospitais psiquiátricos eram encarregados do atendimento dessa população, adotando práticas inadequadas sob a pretensa alcunha de “tratamento”, como bem narrado em diversas obras culturais,³⁶ além de textos de caráter acadêmico, cabendo-nos questionar as mudanças nos registros com a transição para esse novo modelo.

Após a criação do SUS e durante o seu processo de implementação, em um contexto democrático e favorável, diversas experiências inovadoras, fundamentadas em uma nova compreensão sobre o sofrimento mental, puderam se consolidar no âmbito do setor público, contribuindo decisivamente para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e para a construção da RAPS tal como a conhecemos atualmente.

Figura 2

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

36 Entre outras obras, destacam-se os livros *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex (2013); *Hospício é Deus: diário 1*, de Maura Lopes Cançado, escrito em 1960; as correspondências reunidas sob o nome *Diário do Hospício* e o livro *O Cemitério dos Vivos*, de Lima Barreto, escritos em 1920 e publicados postumamente em 1956; o livro *Reino dos Bichos e dos Animais é o meu Nome*, de Stela do Patrocínio; além de filmes como *O Bicho de Sete Cabeças*, de Bodanzky, (2001); *Dos Loucos e das Rosas*, de Andrea Pinto (2011); e documentários como *Passageiros da Segunda Classe*, de Leal, Jorge e Pina (2001); *A Casa dos Esquecidos*, exibido pelo programa *Profissão Repórter* no SBT em 2012; e *Em Nome da Razão*, dirigido por Ratton (2009).



Nota. Ministério da Saúde (n.d.).

Formados a partir de equipes multiprofissionais com olhar interdisciplinar, os CAPS atendem casos de alta complexidade, isto é, graves e persistentes, bem como aqueles decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2011), sendo organizados em modalidades definidas a partir da população a ser atendida no município ou da região em que se situa.

Com atendimentos psicológicos individuais e em grupo, assistência de enfermagem, visitas domiciliares (quando a atenção é feita pelas equipes do serviço na residência do usuário), oficinas terapêuticas, acolhimentos, assistência psiquiátrica, entre outros, os CAPS visam a um cuidado de base comunitária, priorizando uma perspectiva de cuidado em liberdade e de promoção de vida (Amarante, 2007), ou seja, a promoção de ações no território, não institucionais nem enrijecidas.

Como podemos notar, esse novo modelo de cuidado em saúde mental deve se dar predominantemente fora de instituições hospitalares, a partir da lógica da Atenção Psicossocial, com o intuito de superar o modelo biomédico. Portanto, o foco do trabalho dos profissionais não se restringe apenas à saúde do corpo, tampouco se estabelece exclusivamente a partir da detecção de sintomas e da realização de exames físicos. A Reforma Psiquiátrica no Brasil exigiu que se repensasse o uso das tecnologias médicas no cuidado em saúde mental, entre elas o prontuário, o que, em um primeiro momento, poderia ter levado à sua dispensa (Reis et al., 2009).

Não obstante, considerar a pessoa com transtorno mental como cidadã de direitos significa não abandonar o prontuário como garantidor da qualidade do cuidado e criar e

qualificar os instrumentos para que deem conta da complexidade do cuidado em saúde mental. Na Segunda Conferência de Saúde Mental, inclusive, defendeu-se o acesso ao prontuário por parte da família, do paciente — tomado como cliente — e dos responsáveis, com acesso aos dados sobre o diagnóstico e o prognóstico, os quais devem ser registrados e apresentados de forma clara e objetiva. Nesse sentido, o usuário passa a ser compreendido como um cidadão de direito e, como tal, participativo ativo do acompanhamento em saúde (Ministério da Saúde, 1994), o que entra em contradição com a explicação de Reis et al. (2009).

Ao mesmo tempo,³⁷ nos últimos anos, observa-se a adoção de tecnologias cada vez mais avançadas na Alta Complexidade (hospitais) e o aprimoramento das formas de comunicação entre os dispositivos da rede, como é o caso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o mais recente Prontuário Eletrônico Cidadão do SUS (e-SUS). O modelo utilizado pelo e-SUS segue a estrutura do prontuário formulado por Weed (1971), o Prontuário Orientado ao Problema, que, em território nacional, ganhou o nome “Registro Clínico/Médico Orientado ao Problema”. Essa estrutura de registro ganhou relevância internacional ainda no século XX; entretanto, tornou-se a forma mais generalizada de registro no Brasil apenas a partir da década de 2010, principalmente com a crescente adoção dos sistemas eletrônicos de informação. Esse modelo possui como componente fundamental do registro o SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), que organiza, de maneira simples, concisa e compreensível os componentes do atendimento (Demarzo et al., 2016).

Segundo Demarzo et al. (2016), o modelo é capaz de gerar dados que possibilitam a gestão do processo clínico individual, familiar e da prática clínica como um todo, desde que seja bem utilizado. Para isso, são necessários treinamento adequado dos profissionais e condições materiais compatíveis com as exigências de um prontuário eletrônico. No entanto, diante do atual cenário da saúde, especialmente no campo da saúde mental, é difícil imaginar que um novo modelo de registro possa ser implementado de forma eficaz sem investimentos consistentes em estrutura informacional e em educação permanente em saúde. Para além dessas questões operacionais, há um histórico nacional marcado pela estigmatização e pelo confinamento das pessoas com transtornos mentais graves, que permaneceram quase em sua totalidade isoladas da vida social e dos serviços de saúde até, pelo menos, a década de 1980.

37 Em que, como trouxemos no início neste trabalho, a RAPS sofre de um grave processo de desfinanciamento, o que traz para o cotidiano do trabalho inúmeras dificuldades. Todavia, essa não é uma realidade restrita à saúde mental, ocorrendo similarmente em toda a Rede de Assistência em Saúde, principalmente com o estabelecimento do “Teto de Gastos” como regime fiscal (Comissão de Transição Governamental, 2022). Como apontam Wenceslau e Ortega (2015), o cuidado qualificado em saúde mental só é possível quando se conta com uma Atenção Primária fortalecida e com mecanismos de integração da especificidade do cuidado em saúde mental à sua estrutura, realidade ainda distante.

Embora a Reforma Psiquiátrica tenha promovido uma maior integração dessas pessoas à sociedade, sua assistência continuou, em grande parte, limitada aos CAPS (Rosa & Feitosa, 2008). Como destaca Yasui (2010), ainda persiste uma hierarquização dos saberes no campo da saúde, com a hegemonia do modelo biomédico, o que dificulta a consolidação de um modelo de cuidado que não seja centrado exclusivamente na doença, como propõem as abordagens discutidas ao longo deste trabalho.

Apesar das dificuldades da estrutura assistencial em si, não podemos indicá-la como a única determinante. Eminentemente complexa, a práxis em saúde está imersa nas estruturas econômicas sociais e suas superestruturas subjacentes (Souza, 2016). Movem-se, portanto, *pari passu* a forma de organização do trabalho e a lógica do modelo produtivo, determinando as possibilidades de ação dos indivíduos.

Como práxis particular, a intervenção sobre a saúde é teleologicamente direcionada, uma vez que o seu fundamento é o trabalho. Quando um profissional de saúde pretende intervir (seja no âmbito individual, seja no âmbito coletivo), ele primeiramente consubstancia o seu fazer no plano subjetivo, consulta seus conhecimentos técnicos científicos, éticos, etc. Ao mesmo tempo, se depara com circunstâncias que têm causalidade própria (e aqui, além de causalidade natural, existe uma de caráter humano-social), a qual ele necessita conhecer e dominar ao seu favor. (Souza, 2016, p. 348)

Entretanto, o profissional da saúde não é uma abstração que paira no ar, mas esta categoria é composta de sujeitos produzidos pela sociedade à qual pertence, carregando suas contradições. Nessa perspectiva, em razão do caráter do trabalho, mesmo quando o profissional não se apropria dos instrumentos que utiliza, por qualquer razão, ele os emprega de forma menos controlada e tecnicamente precisa.

Sendo assim, quais podem ser as consequências do uso de um instrumento como o prontuário, diante da realidade posta — especialmente quando não se observam as condições necessárias para um cuidado humanizado, para a apropriação das novas e constantes tecnologias virtuais de informação e para a compreensão da coletividade?

2.3 Registro em saúde: integralidade na Atenção Psicossocial

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é apenas mais uma entre as diversas formas historicamente utilizadas para o registro das práticas em saúde. Contudo, essa nova modalidade carrega uma inovação significativa: a possibilidade de integrar, em tempo real, diferentes dados produzidos em múltiplos pontos da rede assistencial, preservando a singularidade de cada sujeito.

Na Atenção Psicossocial, essa característica ganha relevância ainda maior, uma vez que a integralidade do cuidado exige articulação contínua entre equipes, dispositivos e territórios. Apontamos também como essas tecnologias, no âmbito do SUS, impactaram profundamente todo o sistema de informações e, conseqüentemente, a forma de gestão, financiamento e de vigilância em saúde.

Porém, ao mesmo tempo em que esse processo amplia sobremaneira a capacidade de governança em saúde, pode acabar por reduzir a atividade de registro a uma mera perseguição de metas de indicadores. Como consequência, aquelas informações que não estão na ordem do dia para o controle da assistência podem ganhar o aparente *status* de irrelevância, tendo maior tendência a não serem registradas ou sequer a participarem da consciência dos sujeitos da relação de cuidado e gestão.

Entretanto, recordamos que essa forma de registro e integração de dados em saúde é bastante recente e está longe de ser uma realidade para todos os locais que atendem às demandas da população. De acordo com o estudo realizado pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil (Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR, 2019), observa-se que, enquanto o percentual de UBS com prontuário eletrônico na região Sul, em 2018, era de 87%, no Nordeste o número era de apenas 29% e no Norte, 26%.

Adicionalmente, cabe uma distinção histórica importante entre a práxis da saúde ligada às condições físicas e aquela relacionada à saúde mental. Diferentemente dos hospitais modernos convencionais, os hospitais psiquiátricos, enquanto lócus da loucura, exerceram a função de depositários de sujeitos marginalizados e marcados por estigmas sociais — como periculosidade, incapacidade, anormalidade e perversidade. Dessa forma, apesar da semelhança no nome, enquanto os primeiros lidaram (e ainda lidam) predominantemente com demandas esporádicas, intermitentes e pontuais, os hospitais psiquiátricos historicamente pretenderam totalizar o episódio de crise ou agudização no estado de saúde mental, gerando a necessidade de internações psiquiátricas igualmente totalizantes, internando, asilando e aprisionando, por tempo indeterminado, os sujeitos considerados doentes. Culturalmente, isso significou a negligência persistente em relação às condições de “tratamento” e de estadia nessas instituições.

Apesar das conquistas da luta antimanicomial no estabelecimento de um modelo de atenção à saúde mental em liberdade e de caráter comunitário, as correlações de forças com os setores manicomiais impediram — e impedem — o atendimento integral dessas reivindicações, gerando a peculiaridade brasileira da convivência entre dois modelos ontologicamente antagônicos até os dias de hoje. Evidentemente, a convivência não é pacífica e constantemente se expressa em atritos das mais variadas formas e nas diferentes esferas sociais (Amarante, 1998).

Compreendendo o enraizamento da lógica manicomial na vida social, principalmente na assistência à saúde, o movimento antimanicomial demonstrou preocupação com as informações geradas nos atendimentos em saúde mental, inserindo, na *Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001* (Brasil, 2001), a garantia do direito à informação das pessoas com transtornos mentais, inclusive sobre seus atendimentos em saúde mental.³⁸

³⁸ Apesar disso, essa lei coadunou interesses relativamente antagônicos entre setores mais progressistas, que defendiam uma reforma de fato universal e totalmente pública, e setores conservadores, de interesse privatista defendendo a lógica do mercado (Paim, 2008; Berlinck et al., 2008).

Essa preocupação ocorreu em consonância com os “princípios para a proteção da pessoa acometida de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental” apresentados na carta da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1991 (United Nations, 1991), a qual orienta que sejam registrados no prontuário as medicações prescritas, o tratamento e as condutas realizadas (inclusive se realizadas de forma voluntária ou involuntária, sobretudo no caso de contenção mecânica). Igualmente, estabelece o direito de a pessoa usuária dos serviços de saúde mental acessar seu prontuário e, caso seu fornecimento represente risco grave, o dever do profissional de descrever quais seriam esses riscos e os motivos da negativa, fornecendo-o, quando possível, a um representante pessoal do usuário e a seus advogados.

O prontuário, portanto, passa a ser visto como item fundamental para a preservação dos direitos do usuário, sendo fator protetivo contra possíveis violações e violências não apenas uma ferramenta de comunicação interna entre os profissionais. Para Costa-Rosa (2000), caracteriza-se uma prática asilar quando o prontuário é tomado como o elo e a única forma de comunicação entre os profissionais de uma equipe do cuidado em saúde mental.

Apesar dessa compreensão estar estabelecida na política em seus aspectos jurídicos, no campo teórico e assistencial não se identifica uma posição clara por parte dos autores que discutem a Atenção Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica brasileira quanto ao prontuário. Alguns argumentam que isso ocorre como consequência da rejeição, num primeiro momento, aos registros no campo da saúde mental no Brasil, como apontam Reis et al. (2009), rejeição essa fruto das influências de autores da antipsiquiatria e, principalmente, de Goffman (1987), a quem a Luta Antimanicomial e o processo da Reforma Psiquiátrica devem muito.

Em nossa visão, embora as bases teórico-filosóficas de Goffman (1987) sejam distintas das que adotamos, suas críticas ao registro documental utilizado nas estruturas psiquiátricas que analisou contribuem para compreender um aspecto parcial do fenômeno: o impacto subjetivo e institucional do uso do registro como regulador do comportamento e da subjetividade dos agentes institucionais. Para nós, a riqueza da discussão que o autor tece está na capacidade de elucidar a função que tal instrumento mediador de relações pode adquirir, a depender do uso que lhe é dado e ao modelo interventivo a que serve, particularmente no desenvolvimento de certos sentidos e significados subjetivados tanto pelo trabalhador quanto pelo usuário. Entretanto, parece-nos um exagero generalizar suas elaborações independentemente das condições sociais concretas, que estão em constante transformação no decorrer da história social.

Apesar disso, é inegável o caráter reducionista e simplificador do real que o prontuário pode assumir ao distanciar o leitor e o autor do registro da dinâmica processual e complexa do drama humano, principalmente se o olhar dos profissionais e sua objetivação fragmentarem o sujeito. Quando replicador da lógica anatomopatológica ou anatomoclínica, muito bem trabalhada em Foucault (1977), ao se deter sobre as condições de sofrimento humano na busca de sinais e sintomas confirmadores de uma patologia — portanto, intrinsecamente individualizantes —, o prontuário pode figurar no papel totalizante e limitador da existência, próprio da lógica manicomial.

Dessa forma, recaímos mais uma vez no aspecto que julgamos central quando falamos do prontuário: a formação profissional. Sendo uma etapa específica da práxis social em saúde, o registro depende, para além da formalidade já discutida no capítulo anterior, de um sujeito histórico que dele lança mão. Inevitavelmente, esse sujeito não é alheio às estruturas de produção e reprodução social, tampouco se forma como profissional de forma esterilizada e neutra, por mais que esse seja o ideário vendido por algumas correntes de pensamento.

Nesse sentido, as consequências da hegemonia de correntes reducionistas não passaram ao largo do complexo da saúde no Brasil, e a supressão das diversas dimensões humanas se fez presente do trato profissional-usuário, mesmo após as reformas em seu modelo, motivando a Política Nacional de Humanização (PNH) no SUS. Na seara dos registros documentais em saúde, a PNH se viu diante da necessidade de produzir orientações acerca do prontuário, culminando na cartilha *Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico* (Ministério da Saúde, 2004), marco institucional que prioriza a lógica da clínica ampliada, buscando evidenciar o usuário como sujeito com direito à autonomia e cidadão integrante da sociedade, valorizando o vínculo, a troca de experiências entre a equipe e adotando a defesa da teoria dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Ademais, descreve os valores norteadores da PNH: “autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão” (Ministério da Saúde, 2004, p. 3).

Nesse sentido, o prontuário seria uma forma de estimular a troca de saberes entre os profissionais, o usuário e os familiares, e de contribuir com a produção de vínculos, sustentando as construções coletivas e fomentando o protagonismo dos usuários (Ministério da Saúde, 2004, p. 3). Dessa forma, seriam os objetivos do modelo de prontuário proposto:

a) organização e padronização do modo de registrar[,] a fim de identificar de forma objetiva as necessidades do usuário nos campos biológico, sociocultural e psicológico; b) conseguir melhores resultados terapêuticos e de satisfação[,] melhorando a comunicação entre os profissionais e favorecendo um trabalho transdisciplinar; c) valorizar o prontuário perante os profissionais; d) estimular a construção de equipes de referência, ampliando o compromisso dos profissionais com a produção de vida; e) auxiliar na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS)[,] a partir das trocas de informações entre equipes e profissionais; e f) facilitar o processamento de dados, elaboração de relatórios e a “análise e auditoria dos mesmos pelas **comissões de Prontuário, de Ética e Óbito**”. (Ministério da Saúde, 2004, p. 8)

Para tanto, a cartilha em foco oferece questões-chave para o registro em prontuário, devendo constar: “conhecimento, percepção e definição dos problemas e demandas do doente; definição dos objetivos terapêuticos e das ações e tarefas que serão negociadas com o paciente; divisão de responsabilidades entre a equipe; avaliação das ações e novas condutas” (Ministério da Saúde, 2004, p. 7). Nele, os diversos profissionais, a partir de seu olhar único, devem fazer o registro a partir do contato com o usuário, devendo construir registros “objetivos e resumidos, anotando os dados importantes da situação do doente e de seu problema e o motivo da procura pela unidade” (Ministério da Saúde, 2004, p. 9).

Como fica evidente, o modelo proposto pleiteia não só uma metodologia de registro, mas também uma forma de trabalho em equipe e reposiciona o lugar do sujeito em acompanhamento. Assim, em conjunto com as outras cartilhas, a PNH propõe, no nosso entendimento, uma ética para a práxis em saúde, tomando o prontuário (em seu modelo “transdisciplinar”) como instrumento estratégico e propositivo.

Apesar de ser um projeto rico e de grande contribuição para as políticas de saúde, concordamos com Conceição (2010) ao afirmar que a PNH representa, ao fim, uma tentativa da mudança da postura dos profissionais da saúde sem ações objetivas para promovê-la, deixando de lado reflexões mais aprofundadas sobre a realidade concreta da saúde (modelo de gestão, financiamento, entre outros) e da sociedade. Não é de se espantar que essa política nos pareça distante de ser consolidada, aparecendo de forma incipiente na saúde brasileira à medida que o projeto neoliberal avança em todas as esferas sociais. Além disso, apesar da riqueza da cartilha supracitada, não são apresentados modelos práticos e claros de como, em um atendimento de saúde mental, num serviço da RAPS, é possível articular os determinantes sociais em sua complexidade com a necessidade de registro formal no processo de trabalho.

Como elucida Daud Júnior (1999), o neoliberalismo reflete, a partir das mudanças objetivas na organização da produção e do consumo, nas possibilidades e limites da produção subjetiva dos sujeitos, prescrevendo uma personalidade individualista, indiferente ao outro e de descrédito da necessidade de ação política pela coletividade. Em nossa compreensão, a consequência objetiva dessa contradição, nos prontuários relacionados à saúde mental, é o predomínio de informações fragmentadas, a omissão de informações que aparentemente não estão ligadas ao sofrimento psíquico e, muitas vezes, a desconsideração das condições materiais e socioculturais de produção e reprodução do sujeito (classe social, relações interpessoais, realidade territorial, relações de trabalho, situação de moradia, gostos pessoais, desejos e objetivos de vida, história de vida etc.). Observa-se, ainda, apego ao registro de informações que orbitam o diagnóstico clínico com foco na doença — de natureza majoritariamente biológica (Sampaio, 2010) — e manutenção da linguagem codificada, com a persistência do uso de termos próprios de cada especialidade.

2.4 Entre a integralidade do sujeito e o olhar fragmentado

Quais são as consequências — ou melhor, os prejuízos — que um registro fragmentado e precarizado pode gerar no processo da atenção à saúde, que certamente reverberará no cuidado direto ao usuário? Temos, por hipótese, que algumas características que predominam nos prontuários, construídas a partir da reprodução de uma prática individualista e reducionista, podem afetar direta ou indiretamente a práxis em saúde mental, uma vez que esse documento ocupa lugar na rede de saúde independentemente da qualidade de seu conteúdo. Dessa forma, o que fica condicionado aos dados de um prontuário não é a prestação ou não da assistência, mas a qualidade que essa assistência terá, bem como os enfoques que serão adotados no processo: no sujeito ou em suas “cicatrices”.

O dispositivo organizativo do cuidado em saúde mental, na lógica da Atenção Psicossocial, converge com o modelo de cuidado em saúde presente da PNH do SUS, baseado no Projeto Terapêutico Singular (PTS) (Ministério da Saúde, 2013; Baptista et al., 2020; Mororó et al., 2011; Silva et al., 2016; Grigolo et al., 2014). Incorporando os princípios da Clínica Ampliada (Brasil, 2009a), o PTS deve ser construído considerando as condições de produção do sujeito e as determinações do seu processo de saúde-doença, a fim de traçar um caminho interventivo adequado à sua singularidade.

Entretanto, pesquisas realizadas a partir do tratamento de prontuários como fonte primária demonstraram um deficit considerável de elementos intrínsecos à produção e reprodução dos sujeitos no modo de organização social brasileira, como raça/etnia, situação de trabalho, aspectos educacionais, renda e crenças, além da falta de registro completo da história clínica durante o processo de cuidado (Cunha et al., 2017; Lôa, 2023; Lima et al., 2023; Cavalcante et al., 2021; Bandeira et al., 2020).

Indicando uma atuação imediatista e fragmentada, a não valorização, nos prontuários, dos aspectos históricos e processuais do sujeito do cuidado leva a intervenções que supervalorizam o diagnóstico, desconsiderando as diferenças entre as diversas formas de manifestação do ser social. Toma-se o diagnóstico como central, de propriedade do sujeito adoecido, descolado das suas relações sociais no território, individualizando o olhar sobre sua condição e o foco da intervenção. Dessa forma, não são geradas as condições necessárias para uma análise situacional efetiva e adequadas às condições objetivas e subjetivas (baseada na avaliação das potencialidades do sujeito, suas crenças, valores, aspectos sociais, familiares, culturais, psíquicos, físicos, riscos e vulnerabilidades), de forma a garantir a integralidade do cuidado, com o compartilhamento de informações e decisões. Como consequência, amplia-se a tendência de não adesão ao PTS.

No segundo momento, o de acompanhamento do cuidado, estudos indicam que a falta de informações acerca das intervenções (seus aspectos qualitativos, não só constando a frequência do usuário no serviço) em serviços com mais de um turno (como os CAPS) tende a desarticular o cuidado, prejudicando o olhar interdisciplinar e a articulação intersetorial da rede, dificultando o monitoramento dos casos de crise e de possíveis comorbidades, principalmente em casos relacionados ao uso abusivo de álcool (Oliveira et al., 2015), não engajando outros trabalhadores no processo de cuidado do usuário (Baptista et al., 2020; Mororó et al., 2011).

Subsequentemente, a falta de registros implica prejuízos na reavaliação das intervenções e do PTS, reduzindo o escopo de informações que os profissionais, familiares e usuários dispõem para compreender o transcurso do cuidado e refletir sobre quais as alterações são possíveis e necessárias de serem realizadas no PTS, visando ao melhor desenvolvimento da autonomia do sujeito de cuidado, além da prevenção de agravos em curso.

Em outros casos, quando em situação de agravamento ou diante de outras necessidades de atendimento, a falta de informações disponíveis para a rede, no que se refere às

especificidades do sujeito — entre elas, seus laços sociais — pode implicar condutas equivocadas e tardias (Sharapin & Leandro, 2020).

Outro ponto que merece destaque é o acompanhamento do cuidado a ser realizado pelos Técnicos de Referência (TR) do usuário. Em diversos casos, o profissional indicado como principal responsável pelo acompanhamento do PTS não está presente em todas as atividades, ficando privado de informações importantes caso estas não sejam descritas no prontuário. De igual maneira, quando necessário discutir o caso em rede, como ocorre no matriciamento³⁹, a discussão fica potencialmente empobrecida e reduzida, uma vez que a falta de registro adequado dos atendimentos conduzidos por outros profissionais compromete a construção de uma visão mais abrangente, capaz de compreender a totalidade do sujeito e do cuidado.

A discussão de casos em equipe interdisciplinar é mais ampla do que uma discussão entre profissional de referência e matriciador[.] Essa forma de interconsulta permite que a equipe construa estratégias em comum, com base em um projeto terapêutico organizado coletivamente. Quanto mais diferentes sejam as fontes de informação e as diferentes visões presentes, maior a possibilidade de se obter uma visão abrangente e de se construir um projeto terapêutico realmente ampliado e singular. (Chiaverini et al., 2011, p. 28)

Já nos casos em que há necessidade de transferência do cuidado — como quando o usuário se muda de município —, a ausência de registros adequados lesa o paciente ao privar a nova equipe de informações sobre suas condições singulares e sobre o percurso do cuidado anterior, elementos essenciais para a continuidade e a eficácia do tratamento. Essa compreensão dialoga com a análise de Grigolo et al. (2014, p. 69), segundo a qual o grupo de profissionais ressalta o caráter terapêutico do conjunto das práticas realizadas, nas quais se manifesta a dimensão singular de cada usuário. Os autores observam que a eficácia das

³⁹ O matriciamento — ou apoio matricial — constitui-se como um modo inovador de produção do cuidado em saúde, no qual duas ou mais equipes, como a equipe de referência e a equipe de apoio, elaboram conjuntamente propostas de intervenção de natureza pedagógico-terapêutica. Tal metodologia de gestão do trabalho em saúde busca ampliar as possibilidades da clínica ampliada e promover a integração dialógica entre diferentes especialidades e campos profissionais, superando a lógica tradicional, verticalizada e burocrática dos mecanismos de encaminhamento e referência. Enquanto estratégia pedagógica, o matriciamento assume papel central ao oferecer suporte técnico e formativo contínuo, configurando-se como instrumento de educação permanente em saúde que se concretiza na troca de saberes e na reflexão compartilhada sobre as práticas cotidianas em contextos interdisciplinares. Essa dinâmica potencializa a capacidade analítica e interventiva das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), ampliando sua compreensão acerca dos casos acompanhados. Ademais, o matriciamento fortalece a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), ao assegurar vínculos interpessoais e apoio institucional indispensáveis à elaboração coletiva dos projetos terapêuticos junto à população. A elaboração do PTS, nesse contexto, estimula a equipe da Atenção Primária à Saúde a refletir criticamente sobre o plano de cuidado, resultando em um projeto de fato ampliado e singular, que contempla o sujeito em sua integralidade, articulando dimensões biológicas, psicossociais, familiares e territoriais, bem como o suporte das redes comunitárias locais (Chiaverini, 2011)

práticas terapêuticas depende, simultaneamente, da articulação entre os diversos recursos disponíveis e do reconhecimento da singularidade de cada experiência.

Dessa forma, em última instância, a subutilização dos prontuários pode significar a supressão de determinações importantes da singularidade do sujeito e de seu território, levando a práticas individuais, isoladas, sem almejar sua totalidade, assemelhando-se a práticas manicomialistas, reducionistas e simplistas, sendo sabidamente ineficazes, prejudiciais e não transformadoras.

No mesmo sentido, quando o não compartilhamento de informações de forma eficaz e compromissada torna-se a regra, tende-se ao trabalho em equipe igualmente fragmentado, com a desresponsabilização do cuidado, o reforço do especialismo — cada profissional utiliza a linguagem específica de sua área, sem a preocupação de que os demais compreendam e se apropriem das informações registradas. Estimula-se, assim, uma dinâmica que prejudica a coesão da equipe, individualizando o trabalho, culminando em discussões de caso mais demoradas e cacofônicas, com o desperdício de tempo e de força de trabalho na busca por informações que poderiam estar disponíveis no momento necessário, prejudicando as avaliações das ações realizadas e a mobilização de instrumentos de cuidado.

Quando transposta para uma rede mais ampla, a problemática se complexifica e intensifica os prejuízos, especialmente quando o trabalho de cuidado envolve outros serviços da rede, distanciando-os entre si, fragilizando o matriciamento e os PTS pautados na corresponsabilização entre os dispositivos do território. A consequência, portanto, é a dificuldade de integração da rede.

Em efeito dominó, a falta de informações e de padronização na base impede a avaliação sistemática da rede e das políticas de saúde em execução. A situação se agrava quando a especificidade das condições psicossociais, multideterminadas, não possui registros padronizados capazes de gerar indicadores que as explicitem. Assim, a gestão dos recursos e das ações coletivas encontra ainda mais barreiras, dificultando também a fiscalização e a avaliação pelo controle social, além de limitar o acesso a informações que possibilitariam maior reflexão e mais poder de reivindicação por parte de grupos sociais interessados na melhoria das condições de vida da população adscrita. Na prática, o que ocorre é a invisibilização de problemas sociais importantes, enfraquecendo a luta antimanicomial e a consolidação da Reforma Psiquiátrica conforme seus princípios e seu horizonte de real humanização.

Por fim, o fenômeno existencial dos sujeitos em sofrimento e os processos de cuidado realizado pelos profissionais, em dispositivos historicamente localizados, acabam por se

perder no percurso do tempo histórico de nossa sociedade. Perdem-se histórias, estratégias bem-sucedidas de cuidado, experiências de construção de sentidos coletivizados, entre outros elementos que poderiam contribuir significativamente para o avanço no desenvolvimento de tecnologias leves no campo da saúde mental e na luta social. Isto porque tais perdas comprometem o desenvolvimento de pesquisas capazes de auxiliar na construção do conhecimento humano acerca de saúde, levando à produção de dados parciais e incompletos, o que resulta em conclusões pouco confiáveis ou de menor qualidade, mantendo a tendência de estudos com pouco poder de análise dos fenômenos em sua totalidade.

3 Considerações finais e implicações

*Permita que eu fale
 Não as minhas cicatrizes
 Elas são coadjuvantes
 Não, melhor, figurantes
 Que nem devia tá aqui
 Permita que eu fale
 Não as minhas cicatrizes
 Tanta dor rouba nossa voz
 Sabe o que resta de nós?
 Alvos passeando por aí
 Permita que eu fale
 Não as minhas cicatrizes
 Se isso é sobre vivência
 Me resumir a sobrevivência
 É roubar o pouco de bom que vivi
 Por fim, permita que eu fale
 Não as minhas cicatrizes
 Achar que essas mazelas me definem
 É o pior dos crimes
 É dar o troféu pro nosso algoz e fazer nós
 sumir, aí*

— DJ Juh, Emicida e Felipe Vassão

Verificamos que, apesar de sua relevância potencial, o prontuário ainda é subutilizado nos serviços de saúde mental. Isso se deve, em grande parte, ao subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde (SUS), ao baixo investimento em educação permanente e infraestrutura, à lógica fragmentada de organização dos serviços, às lacunas na formação dos profissionais e às condições precárias de trabalho. Essa subutilização compromete a qualidade do cuidado e evidencia a distância entre o discurso institucional e a prática cotidiana.

Ainda que o campo da saúde mental careça de discussões sistemáticas e investigações atualizadas sobre o uso dos prontuários, observa-se que, no campo empírico, estudos que se propõem a utilizá-los como fonte primária frequentemente enfrentam obstáculos, como a insuficiência e a imprecisão dos dados, revelando a ausência de elementos fundamentais para compreender a realidade da atenção ofertada na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Um

exemplo alarmante é a ausência de dados básicos, como escolaridade, que, em algumas amostragens, supera 50%, indicando um grave déficit na produção de informação qualificada.

Reconhecem-se os limites desta pesquisa, de caráter bibliográfico e documental, centrada na história e nas funções atribuídas ao prontuário. Não se pretendeu um levantamento exaustivo das práticas em toda a área da saúde brasileira, mas sim uma análise das tendências predominantes nos registros em saúde e da influência do modelo norte-americano na conformação do prontuário como dispositivo técnico e burocrático. A complexidade do tema, somada à natureza dinâmica do campo da saúde mental, reforça a necessidade de estudos contínuos e aprofundados.

A pertinência de aprofundar essa temática é evidente, especialmente diante da multiplicidade de funções que o prontuário pode assumir: instrumento de comunicação interprofissional, registro administrativo, memória de procedimentos, material pedagógico, fonte para pesquisas e ferramenta de avaliação da assistência. Com o advento de tecnologias como o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o e-SUS, novas possibilidades se abrem para a integração de dados em tempo real e o fortalecimento da governança em saúde, o que envolve desafios e riscos que, pela novidade e pelas rápidas mudanças, precisam ser discutidos.

A transição do modelo manicomial para a RAPS impõe mudanças profundas na lógica do trabalho e, conseqüentemente, na forma de registro do cuidado. Os hospitais psiquiátricos operavam, e ainda operam, como espaços de exclusão e violência, marcados pela ausência de vínculos e pela negação da subjetividade. Embora a Reforma Psiquiátrica tenha condenado a desumanização e o isolamento promovidos pela psiquiatria tradicional, avançando sobremaneira na dimensão teórico-conceitual, o Brasil ainda se caracteriza pela coexistência de modelos ontologicamente antagônicos, que se refletem no campo técnico-assistencial quanto no sociocultural, gerando atritos constantes no cotidiano do trabalho em saúde mental. A explicação da rejeição histórica aos registros, influenciada por correntes da antipsiquiatria, como a de Erving Goffman, em nossa análise, não explica por si só o problema da valorização do prontuário na Atenção Psicossocial, o que justifica pesquisas que apresentem propostas explicativas mais efetivas.

Essa lacuna gera conseqüências práticas relevantes. Um prontuário fragmentado e precário favorece abordagens individualistas e reducionistas, desconsidera aspectos sociais e culturais dos usuários e fragiliza a atuação em equipe. A ausência de registros qualitativos prejudica o acompanhamento de casos complexos, compromete a reavaliação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), limita a autonomia e protagonismo dos sujeitos e dificulta a

prevenção de agravos. Em nível de rede, a escassez de dados qualificados impede a avaliação sistemática das políticas públicas, enfraquece a luta antimanicomial e compromete a efetividade das ações em saúde mental.

Embora o debate sobre o prontuário não seja novo, ele assume renovada importância no contexto da Reforma Psiquiátrica e do modelo de Atenção Psicossocial. No entanto, a implementação de propostas coerentes com essa lógica esbarra em obstáculos estruturais e nos efeitos do avanço de uma lógica neoliberal, que impacta diretamente a práxis em saúde e contribui para a manutenção de registros fragmentados e centrados na doença, indo, desta forma, na contramão da Reforma Psiquiátrica.

A partir das reformas econômicas implementadas em 2017 — que aprofundam o projeto neoliberal de redução dos gastos primários e obrigatórios —, consolidou-se no Brasil um cenário de retração dos investimentos em políticas públicas. Tais reformas, ao mesmo tempo em que subordinam a economia nacional aos interesses do imperialismo norte-americano, destinando parcela significativa do orçamento ao pagamento da dívida externa, acentuam a lógica de desmonte do Estado social.

Esse processo é consequência de uma estrutura social profundamente estratificada, marcada pelo acirramento das desigualdades e por soluções que tendem a atender prioritariamente às demandas da classe média. Observa-se, nesse contexto, um deslocamento de recursos públicos para prestadores privados e planos de saúde, o que precariza as políticas públicas estatais e segmenta tanto os serviços quanto as relações sociais de cuidado. Essa segmentação também se expressa na fragmentação das informações: os registros passam a ser organizados de forma setorializada por políticas públicas (saúde, assistência social etc.) e por regime de gestão (público ou privado), dificultando a integração de dados e a construção de redes efetivas de cuidado.

No âmbito da esfera pública, a redução orçamentária traduz-se na desresponsabilização do Estado em relação à seguridade social, precarizando as condições de trabalho e orientando-se por um objetivo central: a diminuição dos gastos públicos com políticas sociais. Essa lógica privilegia formas de contratação por credenciamento ou em regime PJ/celetista, gerando elevada rotatividade no serviço público e dificultando o estabelecimento de uma memória administrativa.

No campo específico dos prontuários, esse cenário produz uma contradição fundamental: ao mesmo tempo em que se anuncia uma abordagem voltada à escuta atenta, à observação, ao encontro — e a seus significados —, bem como à identificação das condições concretas de vida do usuário e das alternativas de cuidado humanizado, o que se prescreve, na

prática, é o contrário. O registro passa a ser relegado a funções meramente gerenciais, voltadas ao cumprimento de rotinas, ao controle do uso de recursos, ao registro de procedimentos e à coleta de dados que sustentem a aparência de produtividade.

Esse quadro é coerente com a lógica neoliberal consolidada a partir do governo Fernando Henrique Cardoso, que vinculou a economia brasileira às exigências do Fundo Monetário Internacional (FMI) em favor do capital estrangeiro. Como resultado, observa-se alta rotatividade no setor público: os trabalhadores permanecem por períodos curtos, o que inviabiliza a consolidação de processos de trabalho duradouros e, no campo da saúde mental, prejudica o eixo fundamental e a ferramenta mais essencial: o vínculo entre profissionais e usuários. Cada nova contratação exige capacitação, demandando tempo para que o profissional se aproprie dos instrumentos de registro e compreenda seu papel na trama social do cuidado. Em 2009, a rotatividade entre trabalhadores temporários alcançava 85,3%, sinalizando uma tendência que pode se agravar diante das condições de contratação no serviço público pós-contrarreforma trabalhista de 2017.

Ao mesmo tempo em que seria necessário favorecer a captação dos impactos diretos da pauperização, da violência endêmica e de outros fenômenos correlatos, a própria lógica econômica que os produz estabelece as amarras que impedem o desenvolvimento de instrumentos capazes de registrá-los adequadamente. Tal dinâmica articula-se ao movimento mais amplo de implementação de medidas impopulares que restringem direitos historicamente conquistados, como o acesso a prontuários completos e de qualidade.

A construção de uma tecnologia e de uma dinâmica de intercomunicação da rede capaz de potencializar o cuidado em saúde mental no Brasil exige o estudo aprofundado das condições concretas da população. Considerando os princípios do SUS, conquistado por meio de intensa luta popular, o tema deve ser tratado de forma ampliada nas várias esferas sociais, como a gestão pública, o meio acadêmico-científico e o controle social.

Concluimos que o prontuário não deve ser reduzido a uma exigência burocrática, pois se configura como um dispositivo de cuidado e um depositário da história de vida dos usuários, sendo essencial à construção de práticas mais humanas, integrais e eficazes. Para que possa cumprir plenamente suas funções, é necessária a confluência de diferentes atores sociais — usuários, trabalhadores, gestores e pesquisadores — comprometidos com a transformação da cultura institucional no cuidado e no registro em saúde. Essa mudança exige investimento em infraestrutura, formação profissional e informatização equitativa, mas, sobretudo, o reconhecimento da complexidade que envolve o cuidado em saúde mental. Sem

essa transformação, corre-se o risco de silenciar trajetórias, desperdiçar saberes e comprometer a construção de uma rede verdadeiramente acolhedora e emancipadora.

Com base em nossa análise, o prontuário é um dos principais fios que entrelaçam a singularidade do sujeito à totalidade da rede. Trata-se de uma construção ativa, capaz de desempenhar um papel significativo na ampliação dos direitos dos usuários e na transformação de suas condições concretas de existência.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, E. (2010). *Medicina: uma viagem ao longo do tempo*. Edição do autor.
- Almeida, C. C. de. (n.d.). *Do mosteiro à universidade: considerações sobre uma história social da medicina na Idade Média*.
- Amarante, P. D. de C. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Editora Fiocruz.
- Amarante, P. D. de C. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Editora Fiocruz.
- Amarante, P. D. de C. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz.
- Aravind, M., & Chung, K. C. (2010). Evidence-based medicine and hospital reform: tracing origins back to Florence Nightingale. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125(1), 403–409. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181c2bb89>
- Augstein, F. A. (1996). *James C. Prichard's views of mankind, an anthropologist between the enlightenment and the Victorian Age* [Tese de doutorado em História da Medicina, Universidade Colégio de Londres]. ULC Discovery. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1317637/1/263520.pdf>
- Bagatin, T. de S. (2019). *Manicômio judiciário: a contramão da Reforma Psiquiátrica* [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Maringá]. Universidade Estadual de Maringá. https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/pesquisa/teses-e-dissertacoes-defendidas/lista-de-arquivos-teses-e-dissertacoes/tese_-_manicmio_judicirio_-_a_contramo_da_reforma_psiquitrica_-_thiago_bagatin.pdf
- Bahn, P. (2004). *Dictionary of archaeology*. Penguin Books.
- Bandeira, N., Treichel, C. A. dos S., & Onocko-Campos, R. T. (2020). Estudo sobre abandono e não adesão ao tratamento em Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, 44(spe3), 95–106. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E310>

- Baptista, J. A., Camatta, M. W., Filippon, P. G., & Schneider, J. F. (2020). Singular therapeutic project in mental health: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), e20180508. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67–84. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>
- Barros, R. J. F. de, & Oliveira, J. E. E. de. (2021). Origens do capitalismo: entre as teorias de Karl Marx e Max Weber. *Idealogando: Revista de Ciências Sociais da UFPE*, 5(1), 34–45. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/idealogando/article/view/259116/44215>
- Batista, K. B. C., & Gonçalves, O. S. J. (2011). Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 884–899. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>
- Becceneri, L. B. (2014). O debate sobre as classes médias através de autores da tradição marxista. *Movimentação*, 1(1), 68–80. <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/movimentacao/article/view/3473/1926>
- Belotti, M. (2019). *Núcleo Ampliado de Saúde da Família: potencialidades, desafios e impasses para a afirmação de um paradigma emergente em saúde* [Tese de doutorado, Universidade Federal do Espírito Santo]. Repositório UFES. <https://repositorio.ufes.br/server/api/core/bitstreams/475a57ec-8c36-476f-bafc-f3758e16cdf5/content>
- Berlinck, M. T., Magtaz, A. C., & Teixeira, M. (2008). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(1), 21–28. <https://doi.org/10.1590/s1415-47142008000100003>

- Bertolli, C., Filho. (1996). Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, 3(1), 173–180.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052545/bis-n38-memoria-e-historia-da-saude-12-15.pdf>
- Bertolli, C., Filho. (2006). Prontuários médicos e a memória da saúde brasileira. *Boletim do Instituto de Saúde*, (38). <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052545/bis-n38-memoria-e-historia-da-saude-12-15.pdf>
- Bittencourt, C. R. (2013). *Tratado de direito penal: Parte geral* (19a ed., Vol. 1). Saraiva.
- Boarini, M. L. (2004). Árvore de Cracóvia ou editoração científica. *Psicologia em Estudo*, 9(2), 149–150. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000200001>
- Burke, P. (1992). A nova história, seu passado e seu futuro. *Etnohistoria - FFLCH - USP*.
https://etnohistoria.fflch.usp.br/sites/etnohistoria.fflch.usp.br/files/Burke_Nova_Historia.pdf
- Brasil. (1890, 15 de fevereiro). *Decreto nº 206-A. Approva as instruções a que se refere o decreto n. 142 A, de 11 de janeiro último, e cria a assistencia medica e legal de alienados*. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Brasil. (1903, 22 de dezembro). *Decreto nº 1.132. Reorganiza a assistência a alienados*.
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. (1990, 19 de setembro). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Brasil. (2001, 6 de abril). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial da União.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Brasil. (2017, 26 de junho). *Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública*. Diário Oficial da União.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm

Calhau, L. B. (2004). Cesare Lombroso: criminologia e a Escola Positiva de Direito Penal.

Porto Alegre: *Ed. Rev. Síntese de Direito Penal e Processual Penal*.

Campos, I. de O., Cruz, D. M. C. da, Magalhães, Y. B., & Rodrigues, D. da S. (2021).

Escolaridade, trabalho, renda e saúde mental: um estudo retrospectivo e de associação com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(3), e310319. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310319>

Carey, J. W. (2007). A short history of journalism for journalists: a proposal and essay.

Harvard International Journal of Press/Politics, 12(1), 3–16.

<https://doi.org/10.1177/1081180X06297603>

Carrol, J. M. (2009). Human Computer Interaction (HCI). In M. Soegaard & R. Friis (Eds.), *Encyclopedia of Human-Computer Interaction*. The Interaction Design Foundation.

- Carvalho, B. C. de., & Boarini, M. L. (2021). *Caracterização da demanda atendida no serviço de emergência psiquiátrica do município de Maringá/HMM/PR* [Apresentação de trabalho]. 30º Encontro Anual de Iniciação Científica EAIC/UEM. Maringá, PR, Brasil.
- Carvalho, L. de F. (1973). *Serviço de arquivo médico e estatística de um hospital* (1a ed.). LTR.
- Cavalcante, J. A., Santos, G. C. de A., Oliveira, D. de, Nascimento, F. V., Goulart, R. R., & Okabaiashi, D. C. V. (2021). Medicalização da saúde mental: Análise das prescrições de psicofármacos em um serviço de atenção psicossocial. *Revista Cereus*, 13(1), 74–85. <http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/3324>
- Charen, T. (1951). The etymology of medicine. *Bulletin of the Medical Library Association*, 39(3), 216–221. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC195119/>
- Chiaverini, D. H. (Ed.). (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa Coletiva.
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf
- Comissão de Transição Governamental. (2022). *Relatório do Grupo Técnico de Saúde: Produto 2, Relatório Final*.
https://futurodasaude.com.br/wp-content/uploads/2023/01/GT-Saude_Relatorio-Final1.pdf
- Conceição, T. S. (2010). A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares. *SER Social*, 11(25), 194–220. https://doi.org/10.26512/ser_social.v11i25.12732

Conselho Federal de Enfermagem. (2007, 8 de fevereiro). *Resolução COFEN nº 311/2007.*

Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

<https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007>

Conselho Federal de Enfermagem. (2009, 15 de outubro). *Resolução COFEN nº 358/2009.*

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

Conselho Federal de Enfermagem. (2016, 5 de maio). *Resolução Cofen nº 514/2016. Aprova o*

Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016/>

Conselho Federal de Medicina. (1988, 8 de janeiro). *Resolução CFM nº 1.246/88.*

https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2020/09/1246_1988.pdf

Conselho Federal de Medicina. (2002, 9 de agosto). *Resolução CFM nº 1638/02. Define*

prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>

Conselho Federal de Medicina. (2009, 17 de setembro). *Resolução CFM nº 1931/09.*

<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>

Conselho Federal de Psicologia. (2009, 30 de março). *Resolução CFP nº 001/2009. Dispõe*

sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços

psicológicos. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf

- Conselho Federal de Psicologia. (2019, 29 de março). *Resolução CFP nº 6/2019. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019*. [https://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolucao-do-exercicio-profissional-6-2019-Conselho-federal-de-psicologia-BR\(1\).pdf](https://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolucao-do-exercicio-profissional-6-2019-Conselho-federal-de-psicologia-BR(1).pdf)
- Coradini, O. L. (2005). A formação da elite médica, a Academia Nacional de Medicina e a França como centro de importação. *Estudos Históricos CPDOC-FGV*, 1(35). <https://periodicos.fgv.br/reh/article/view/2232/1371>
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In Paula Amarante (Ed.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141–168). Editora da Fundação Oswaldo Cruz. <https://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>
- Costa, M. C. (2014). *O discurso higienista e a ordem urbana* [E-book]. Imprensa Universitária. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/45187>
- Cunha, M. C. P. (2022). *Cidadelas da ordem & outros escritos* (1a ed.). UNICAMP/IFCH/CECULT. <https://www.ifch.unicamp.br/publicacoes/pf-publicacoes/cidadelas-ordem.pdf>
- Cunha, M. P., Borges, L. M., & Bezerra, C. B. (2017). Infância e saúde mental: perfil das crianças usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Infantil. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 25(1), 27–35. DOI:10.15603/2176-1019/mud.v25n1p27-35
- Daud, N., Jr., (1999). Neoliberalismo, luta antimanicomial e pós-neoliberalismo. In M. I. A. Fernandes, I. R. Scarcelli, & E. S. Costa (Orgs.), *Fim do século, ainda manicômios?* (pp. 47–53). IPUSP.

- Demarzo, M. M. P., Kolchraiber, F. C., Otaviano, J., Oliveira, G. C., & Vasconcelos, E. (2016). *Gestão da prática clínica dos profissionais na Atenção Primária à Saúde: Módulo Político Gestor*. UNIFESP.
- Dietzsch, M. J. M. (1989). Escrita: na história, na vida, na escola. *Cadernos de Pesquisa*, (71), 62–71. <https://publicacoes.fcc.org.br/cp/article/view/1170>
- Edler, F. C. (2003). A medicina no Brasil Imperial: fundamentos da autoridade profissional e da legitimidade científica. *Anuario de Estudios Americanos*, 60(1), 139–156.
DOI: <https://doi.org/10.3989/aeamer.2003.v60.i1.171>
- Euflausino, G. M., & Boarini, M. L. (2024). *Caracterização da demanda atendida pelo Centro de Atenção Psicossocial II do município de Maringá-PR* [Apresentação de trabalho]. 33º Encontro Anual de Iniciação Científica EAIC/UEM.
- Facchinetti, C., Ribeiro, A., Chagas, D. C., & Reis, C. S. (2010). No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 17, 733–768.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000600031>
- Fernandes, L. P., & Boarini, M. L. (2023). *Caracterização da demanda atendida pelo Centro de Atenção Psicossocial III do município de Maringá-PR* [Apresentação de trabalho]. 33º Encontro Anual de Iniciação Científica EAIC/UEM, Maringá, PR, Brasil.
- Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada* (Bulletin No. 4). Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica* (R. Machado, Trad.). Forense-Universitária.
- Franco, E. M. (2013). *100 anos do pensamento psiquiátrico no Brasil – estudo dos prontuários do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico André Teixeira Lima* [Relatório de pesquisa]. Universidade Presbiteriana Mackenzie.

- Frazatto, C. F. (2021). Alta e cuidado no Caps I: o que mostram os prontuários? *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 16(4), 1–13. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082021000400010&lng=pt&tlng=pt
- Gillum, R. F. (2013). From papyrus to the electronic tablet: a brief history of the clinical medical record with lessons for the digital age. *The American Journal of Medicine*, 126(10), 853–857. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2013.03.024>
- Goffman, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos*. Perspectiva.
- Gonçalves, J. P. P., Batista, L. B., Carvalho, L. M., Oliveira, M. P., Moreira, K. S., & Leite, M. T. de S. (2013). Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. *Saúde Em Debate*, 37(96), pp. 43–50.
- Gramsci, A. (2007). *Cadernos do cárcere*. Civilização Brasileira.
- Grigolo, T. M., Peres, G. M., Garcia Junior, C. A., & Rodrigues, J. (2014). O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 7(15), pp. 53–73. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v7i15.68912>
- Grupo de Estudos e Pesquisas Higiene Mental e Eugenia (GEPHE). (2025). *Página institucional*. Universidade Estadual de Maringá. <https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe>
- Holliday, M. E., & Parker, D. L. (1997). Florence Nightingale, feminism and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 483–488. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-6-00999.x>
- Izecksohn, V. (2021). *Estados Unidos: uma história*. Contexto.

- Kawakami, T. T., Lunardelli, R. A., & Vechiato, F. L. (2017). O prontuário eletrônico do paciente na perspectiva das recomendações de usabilidade: proposta de organização da informação. *Informação & Informação*, 22(3), 456–483. <https://doi.org/10.5433/1981-8920.2017v22n3p456>
- Korndörfer, A. P. (2013). “*An international problem of serious proportions*”: a cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase e seus desdobramentos (1919–1929) [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações PUCRS. <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2463>
- Kunitz, S. J., & Rush, B. (1970). Benjamin Rush on Savagism and Progress. *Ethnohistory*, 17(1/2), 31–42. <http://www.jstor.org/stable/481523>
- Leandro, B. B. da S. (2020). Histórico das informações e registros em saúde. In B. B. da S. Leandro, F. A. V. S. Rezende, & J. M. da C. Pinto (Orgs.), *Informações e registros em saúde e seus usos no SUS* (Coleção Fazer Saúde). Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9786557080177>
- Lessa, S. (2012). *Para compreender a ontologia de Lukács* (3a ed. rev. e ampl.). Editora Unijuí.
- Lima, R. V. M. de, Nóbrega, H. do V., Suzuki, N. N., Toledo, V. P., & Garcia, A. P. R. F. (2023). Comorbidades clínicas e psiquiátricas de usuários de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental Brazilian Journal of Mental Health*, 14(41), 86–101. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69314>

- Lôa, G. K. de O. (2023). *A loucura e o feminino: uma análise do perfil das usuárias-dia do centro de atenção psicossocial (CAPS III) “Tozinho Gadelha” de Sousa-PB* [Monografia de licenciatura, Universidade Federal de Campina Grande].
- SISTEMOTECA – Sistemas de Bibliotecas da UFCG. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. <https://dspace.sti.ufcg.edu.br/jspui/handle/riufcg/35352>
- Lorkowski, J., & Pokorski, M. (2022). Medical records: A historical narrative. *Biomedicines*, 10(10), 2594. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10102594>
- Losurdo, D. (2015). *Liberalismo: entre civilização e barbárie* (B. Joffily & S. B. da Silva, Trans.). Editora Anita Garibaldi. (Original work reprinted)
- Löwy, M. (1989). *Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista* (5a ed.). Cortez.
- Lukács, G. (2015). *Para uma ontologia do ser social II*. Boitempo Editorial.
- Machado, A. de P., Santos, A. G. de A., Silva, A. B. da, Neto, A. G. de M., Caixeta, A. R., Souza, A. L., Assunção, A. F. C., Freitas, E. A. M. de, Naves, G. V. G., & Pinto, M. R. (2021). Perfil dos usuários cadastrados em um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD). *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 7603–7609. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-299>
- Machin, R., & Mota, A. (2019). Entre o particular e o geral: a constituição de uma “loucura negra” no Hospício de Juquery em São Paulo, Brasil – 1898–1920. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180314. <https://doi.org/10.1590/Interface.180314>
- Marin, H. de F., Massad, E., & Azevedo, R. S. de., Neto. (2003). Prontuário eletrônico do paciente: definições e conceitos. In H. de F. Marin, E. Massad, & R. S. de Azevedo Neto (Eds.), *O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico*. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

- Marx, K. (2004). *Manuscritos econômico-filosóficos* (J. Ranieri, Trad.). Boitempo.
- Marx, K. (2010). *Manuscritos econômico-filosóficos* (J. Ranieri, Trad.). Boitempo. (Original work reprinted)
- Mendes, A. N., & Carnut, L. (2020). Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Social (Online)*, 22(46), 9–32.
https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260
- Mesquita, A. M. O., & Deslandes, S. F. (2010). A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 664–673.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300017>
- Mezzomo, A. A. (1991). *Serviço do prontuário do paciente: organização e técnica* (4a ed.). Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde.
- Ministério da Saúde. (n.d.). [Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)] [Figura]. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>
- Ministério da Saúde. (1994). *2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: Relatório final*.
- Ministério da Saúde. (2002, 19 de fevereiro). *Portaria GM/MS nº 336*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Ministério da Saúde. (2004). *HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico*. Ministério da Saúde.
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prontuario.pdf>
- Ministério da Saúde. (2009a). *Clínica ampliada e compartilhada*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf
- Ministério da Saúde. (2009b, 13 de agosto). *Portaria GM/MS nº 1.820. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde*. Diário Oficial da União.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html

Ministério da Saúde. (2011, 23 de dezembro). *Portaria GM/MS nº 3.088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Humanização* (1a ed.).

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

Mororó, M. E. M. L., Colvero, L. de A., & Machado, A. L. (2011). Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1171–1176.

<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500020>

Mota, A., & Schraiber, L. B. (2014). Medicina sob as lentes da história: reflexões teórico-metodológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1085–1094.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.16832013>

Nava, P. (2004). *Capítulos da história da medicina no Brasil*. Ateliê Editorial.

Novaes, H. M. D. (2003). A evolução do registro médico. In E. Massad, H. F. Marin, R. S.

Azevedo Neto, & A. C. O. Lira (Eds.), *O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico* (pp. 39–46). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. (2019). *Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros: TIC Saúde 2018*. Comitê Gestor da Internet no Brasil.

https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/15303120191017-tic_saude_2018_livro_eletronico.pdf

- Nunes, M. de O., Lima, J. M. de, Portugal, C. M., & Torrenté, M. de. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4489–4498.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>
- Oliveira, C. F. de. (2014). A loucura entre três fontes históricas: Philippe Pinel, Francisco Montezuma e Gustavo Barroso. *História e Culturas*, 2(4), 92–109.
- Oliveira, E. M., Santana, M. M. G., Eloia, S. C., Almeida, P. C., Felix, T. A., & Ximenes Neto, F. R. G. (2015). Projeto terapêutico de usuários de crack e álcool atendidos no centro de atenção psicossocial. *Revista Rene*, 16(3), 434–441.
<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2819/2188>
- Pacheco, M. V. P. de C. (2003). Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6(2), 152–157.
<https://doi.org/10.1590/1415-47142003002011>
- Pagliosa, F. L., & Da Ros, M. A. (2008). O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), 492–499.
<https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>
- Paim, J. S. (2008). *Reforma sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Editora Fiocruz.
- Pasteur, L. (1881). On the germ theory. *Science*, 2(62), 420–422.
<https://www.science.org/doi/10.1126/science.os-2.62.420>
- Paula, A. N. A. de. (2018). Os prontuários do manicômio judiciário do Estado de São Paulo (1897–1930) como fonte para o historiador: possibilidades e limitações. *Oficina do Historiador*, 11(2), 76–95. <https://doi.org/10.15448/21778-3748.2018.2.26267>
- Pereira, P. J. dos R. (2006). *A política externa da Primeira República e os Estados Unidos: a atuação de Joaquim Nabuco em Washington (1905–1910)*. HUCITEC-FAPESP.

- Perillo, E. B. F. (2008). *Importação e implantação do modelo médico-hospitalar no Brasil: um esboço de história econômica do sistema de saúde 1942–1966* [Tese de doutorado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital USP.
<https://doi.org/10.11606/T.8.2008.tde-25112008-125024>
- Pontinha, C. M., & Soeiro, C. (2014). A dissecação como ferramenta pedagógica no ensino da Anatomia em Portugal. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18(48), 165–176.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0558>
- Porter, R. (2001). *The Cambridge illustrated history of medicine*. Cambridge University Press.
- Queiroz, M. de S. (1986). O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Revista de Saúde Pública*, 20(4), 309–317.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89101986000400007>
- Reis, A. O. A., Dombi-Barbosa, C., Neto, M. M. B., Prates, M. M. L., Delfini, P. S. de S., Fonseca, F. L., & Oliveira, A. Q. de. (2009). Prontuários, para que servem?: representação dos coordenadores de equipe dos CAPSi a respeito do valor e da utilidade dos prontuários. *Journal of Human Growth and Development*, 19(3), 383–392. <https://doi.org/10.7322/jhgd.19926>
- Reis, J. R. F. (2003). Degenerando em barbárie: a hora e a vez do eugenismo radical. In M. L. Boarini (Org.), *Higiene e raça como projetos, higienismo e eugenia no Brasil* (pp. 185–216). EDUEM.
- Ribeiro, D. C. (2012). *O Hospício de Pedro II e seus internos no ocaso do Império: desvendando novos significados* [Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz]. Biblioteca Virtual em Saúde Fiocruz.
<https://pesquisa.bvsalud.org/fiocruz/resource/pt/arc-19752>

- Ribeiro, P. R. M. (2003). A criança brasileira nas primeiras décadas do século XX: a ação da higiene mental na psiquiatria, na psicologia e na educação. In M. L. Boarini (Org.), *Higiene e raça como projetos, higienismo e eugenia no Brasil* (pp. 71–96). EDUEM.
- Rockefeller Archive Center. (n.d.). *Frederick T. Gates*. DIMES – Rockefeller Archive Center.
<https://dimes.rockarch.org/agents/buLSSXpwW6jcZ2eWX9NaBL>
- Rodrigues, P. T., Paraboni, P., Arpini, D. M., Brandolt, C. R., Lima, J. V., & Cezar, P. K. (2017). O registro em prontuário coletivo no trabalho do psicólogo na Estratégia Saúde da Família. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 195–202.
<https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170020>
- Rodrigues, G. M. (2003). A representação da informação em arquivística: uma abordagem a partir da perspectiva da norma internacional de descrição arquivística. In G. M. Rodrigues & I. L. Lopes (Eds.), *Organização e representação do conhecimento na perspectiva da ciência da informação* (Vol. 2, pp. 210–230). Thesaurus.
- Rosa, L. C. S., & Feitosa, L. G. G. C. (2008). Processo de reestruturação da reforma da atenção em saúde mental no Brasil: avanços e desafios. *Sociedade em Debate*, 14(2), 135–152.
https://app.uff.br/slab/uploads/Processo_de_Reestrutura%C3%A7%C3%A3o_da_Reforma_da_Aten%C3%A7%C3%A3o_em_Sa%C3%BAde_Mental_no_Brasil_avan%C3%A7os_e_desafios.pdf
- Salla, F., & Borges, V. (2017). Prontuários de instituições de confinamento. In R. R. Rodrigues (Org.), *Possibilidades de pesquisa em História* (pp. 115–136). Editora Contexto.

- Sampaio, A. C. (2010). *Qualidade dos prontuários médicos como reflexo das relações médico-usuário em cinco hospitais de Recife/PE* [Tese de doutorado, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães].
https://app.uff.br/slab/uploads/Processo_de_Reestrutura%C3%A7%C3%A3o_da_Reforma_da_Aten%C3%A7%C3%A3o_em_Sa%C3%BAde_Mental_no_Brasil_avan%C3%A7os_e_desafios.pdf
- Santana, R. T., Miralles, N. C. W., Alves, J. F., Santos, V. A., Vinholes, U., & Silveira, D. S. (2020). Perfil dos usuários de CAPS-AD III. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(1), 1343–1357. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-103>
- Schaffland, S. E., & Boarini, M. L. (2021). *Caracterização da demanda atendida pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantil do município de Maringá-PR* [Apresentação de trabalho]. 30º Encontro Anual de Iniciação Científica EAIC/UEM. Maringá, PR, Brasil.
- Scotti, Z. R. (2013). *Que loucura é essa? Loucas e loucos italianos no Hospício São Pedro em Porto Alegre/RS (1900–1925)* [Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. Repositório PUCRS.
<https://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5504>
- Sharapin, M. P., & Leandro, B. B. da S. (2020). Informações e registros em saúde: conceito e uso. In B. B. da S. Leandro, F. A. V. S. Rezende, & J. M. da C. Pinto (Orgs.), *Informações e registros em saúde e seus usos no SUS* (Coleção Fazer Saúde). Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9786557080177>
- Siegler, E. L. (2010). The evolving medical record. *Annals of Internal Medicine*, 153(10), 671–677. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-10-201011160-00012>

- Silva, A., Loccioni, M., Orlandini, R., Rodrigues, J., Peres, G., & Maftum, M. (2016). Projeto terapêutico singular para profissionais da estratégia de saúde da família. *Cogitare Enfermagem*, 21(3). <https://doi.org/10.5380/ce.v21i3.45437>
- Silva, L. M. da. (2019). *A intersectorialidade ou a lógica do dividir para cuidar: desafios do percurso* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá]. Universidade Estadual de Maringá. https://cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/pesquisa/teses-e-dissertacoes-defendidas/lista-de-arquivos-teses-e-dissertacoes/dissertao_lorena_-_final_26_04.pdf
- Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4), 591–595. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400019>
- Souza, D. de O. (2016). A saúde na perspectiva da ‘ontologia do ser social’. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(2), 337–354. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00009>
- Souza, M. R., Boarini, M. L., & Silva, L. M. da. (2022). *Caracterização da demanda atendida pelo centro de atenção psicossocial – álcool e outras drogas do município de Maringá-PR* [Apresentação de trabalho]. 31º Encontro Anual de Iniciação Científica EAIC/UEM. Maringá, PR, Brasil.
- Stahnisch, F. W., & Verhoef, M. (2012). The Flexner Report of 1910 and its impact on complementary and alternative medicine and psychiatry in North America in the 20th century. *Evidence-based complementary and alternative medicine*. <https://doi.org/10.1155/2012/647896>
- Steffoff, R., & Zinn, H. (2009). *A young people's history of the United States: Columbus to the war on terror*. Seven Stories Press.

- Teixeira, M. O. L. (1999). *Deus e a ciência na terra do sol: o Hospício de Pedro II e a constituição da medicina mental no Brasil* [Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Portal de Dados Abertos da CAPES.
https://www.oasisbr.ibict.br/vufind/Record/BRCRIS_30082fe3e8797d172a0f4543f9db c4eb
- Toledo, P. P. da S., Santos, E. M. dos, Cardoso, G. C. P., Abreu, D. M. F. de, & Oliveira, A. B. de. (2020). Prontuário eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(6), 2131–2140. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>
- United Nations. (1991). *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care* (UN General Assembly Resolution 46/119).
<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-protection-persons-mental-illness-and-improvement>
- van Rijn, R. H. (1632). *A lição de anatomia do Dr. Nicolaes Tulp*. [Pintura]. Museu Mauritshuis, Haia, Holanda.
<https://www.mauritshuis.nl/pt/descobrir-a-colecao/descobrir-a-colecao/146-a-licao-de-anatomia-do-dr-nicolaes-tulp>
- Viana, B. da S. (2013). *Entre discursos e práticas: menores e loucura no Hospital Colônia Sant'Ana (1942–1944)* [Trabalho de conclusão de curso, Universidade do Estado de Santa Catarina]. Biblioteca Universitária Udesc.
<https://sistemabu.udesc.br/pergamumweb/vinculos/000019/000019b3.pdf>
- Wadi, Y. M. (2005). A escrita epistolar no hospício: documento médico, documento histórico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(1), 137–149.
<https://doi.org/10.1590/1415-47142005001014>
- Wadi, Y. M. (2009). *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*. EDUFU.

- Weber, M. (2004). *A ética protestante e o “espírito” do capitalismo*. Editora Companhia das Letras.
- Weed, L. L. (1971). *Medical records, medical education, and patient care*. Press of Case Western Reserve University.
- Wenceslau, L. D., & Ortega, F. (2015). Saúde mental na atenção primária e saúde mental global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1121–1132. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1152>
- Wood, E. M. (2001). *A origem do capitalismo* (V. Ribeiro, Trad.). Jorge Zahar.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Editora Fiocruz.

ANEXOS

Anexo A

Trechos da Lei nº 8.080/90 sobre acesso à informação e sistema de informação em saúde

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

...

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

...

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

...

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

...

Art. 39. (Vetado).

...

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

. . .

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Anexo B

Íntegra dos artigos da Resolução CFM nº 1.638/2002 — Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde

Art. 1º Definir prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Art. 2º Determinar que a responsabilidade pelo prontuário médico cabe:

- I. Ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento;
- II. À hierarquia médica da instituição, nas suas respectivas áreas de atuação, que tem como dever zelar pela qualidade da prática médica ali desenvolvida;
- III. À hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias da Clínica, do setor até o diretor da Divisão Médica e/ou diretor técnico.

Art. 3º Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Art. 4º A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.

Art. 5º Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

- I. Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel:
 - a. Identificação do paciente – nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento),

endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);

b. Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

c. Evolução diária do paciente, com data e hora, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais que os realizaram, assinados eletronicamente quando elaborados e/ou armazenados em meio eletrônico;

d. Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;

e. Nos casos emergenciais, nos quais seja impossível a colheita de história clínica do paciente, deverá constar relato médico completo de todos os procedimentos realizados e que tenham possibilitado o diagnóstico e/ou a remoção para outra unidade.

I. Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade.

Art. 6º A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 7º Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação.