

Prontuários Médicos e a Memória da Saúde Brasileira¹

Claudio Bertolli Filho²

O renovado movimento que, nas últimas décadas, atingiu tanto as Ciências Humanas quanto as Ciências Médico-Biológicas colocou em destaque, dentre outros, os profissionais da saúde, os doentes e as doenças enquanto “personagens” dotados de potenciais explicativos não só dos processos biológicos e psicológicos, mas também de múltiplas instâncias da vida social. Com isso, os arquivos médicos ganharam nova importância, alargando as perspectivas de análise, não só por se apresentarem como fontes originais para o estudo das atividades das instituições e dos agentes da saúde, mas também por permitirem, como quer Lain Entralgo (1984), uma melhor compreensão das experiências individuais e coletivas com a enfermidade, os estigmas, a dor e a morte.

Nesse contexto, o objetivo deste artigo é discutir um dos segmentos constitutivos dos arquivos médicos: os prontuários dos pacientes. A amplitude do tema soma-se à peculiaridade documental, aconselhando a necessidade de definições claras e recortes específicos. Em resultado, o primeiro desafio constitui-se na definição dos próprios prontuários para, em seguida, analisar-se a potencialidade de tais documentos, tomando-se por estudo de caso as fontes produzidas pelo Hospital-Sanatório São Luiz Gonzaga, instituição dedicada ao isolamento e tratamento de tuberculosos, patrocinada pela Irmandade de Misericórdia da Santa Casa de São Paulo e que funcionou na zona norte paulistana no período de 1932 a 1968.

Ressalte-se que as idéias aqui apresentadas são frutos de uma tentativa de releitura parcial das fontes trabalhadas pelo autor por mais de uma década, sendo que muitas das informações aqui registradas foram anteriormente veiculadas por diferentes publicações (BERTOLLI FILHO, 1992; 1996 a e b; 2001).

A Especificidade dos Prontuários Médicos

A medicina e as instituições médico-hospitalares são, por essência, organizações produtoras de uma multiplicidade de discursos que compreendem, desde os prontuários médicos, até textos técnico-administrativos, de instrução aos diferentes agrupamentos profissionais e de panfletos de orientação da sociedade, abrangendo não só questões de saúde e enfermidade, mas também um amplo espectro de contingências, ideais e necessidades sociais. A diversidade das mensagens, a pluralidade de objetivos a serem atingidos e os perfis dos envolvidos instruem, em conjunto, a condição polifônica da documentação médica, mesmo que a tendência desta seja apresentar-se coerente e cimentada

por uma verdade pretensamente única, porque ancorada em pressupostos científicos. Em resultado, no plano das fontes documentais, qualquer aspecto das instituições e dos personagens aproximados pela doença e pela saúde só ganha maior clareza mediante o cruzamento das informações e sentidos propostos em cada uma das peças produzidas pela pena médica e, frequentemente, também por outras fontes externas ao poder hipocrático.

Restringindo-se exclusivamente aos prontuários médicos, um observador proveniente das Ciências Humanas necessariamente os observa enquanto texto cultural, no qual estão registrados segmentos selecionados sobre as circunstâncias e os possíveis resultados de um duplo encontro:

a) primeiramente, o do saber médico, isto é, de um conhecimento teórico sofisticado e que tende a se auto-representar enquanto plenamente capacitado para a identificação e tratamento das doenças, com um objeto concreto que guarda em sua opacidade um enigma que o especialista, munido de um saber qualificado, buscará decifrar e, a partir disso, planejará estratégia que objetiva a recuperação da saúde do enfermo ou, pelo menos, o alargamento temporal de sua sobrevivência; e b) em outra instância, o prontuário também é o território alimentado pelo encontro entre dois personagens humanos e os possíveis elos de sociabilidade instituídos entre ambos.

Para além dos parâmetros de classe social e cultura grupal, médico e paciente encontram-se em situações opostas e complementares: o paciente ostenta e destaca um corpo adoentado ou que busca proteção para não adoecer e, apesar da intimidade e conhecimento que nutre em relação ao próprio corpo, ele, o paciente, mostra-se incapacitado de saber ‘o que está acontecendo’ com seu corpo, necessitando da assistência de um especialista. O médico, por sua vez, é aquele que desaparece corporalmente em prol de sua fala, tornando-se uma espécie de ‘entidade’ cuja voz é a da ciência e que é instruída pela realidade emblemática pelo corpo do outro. Nesse encontro, que em um primeiro momento é avaliado como um encontro técnico, as dimensões sócio-culturais ganham relevância, humanizando a dimensão técnica e dimensionando em maior ou menor grau a produção e registro da anamnese e as possibilidades de continuidade de um possível acompanhante.

¹Este texto constitui-se em um resumo da exposição do autor realizada no âmbito do I Encontro de Arquivos Médicos: políticas, práticas e inovação, realizada no Arquivo Nacional (Rio de Janeiro), em setembro de 2005.

²Especialista em História e Filosofia da Medicina e da Saúde pela Indiana University, em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Docente na Universidade Estadual Paulista (UNESP) - Campus de Bauru. Contato: cbertolli@uol.com.br

mento do paciente pelo clínico (LAIN ENTRALGO, 1983).

Ao se assumirem as condicionantes do que denomine de “duplo encontro”, enquanto elementos possibilitadores da produção prontuária, outro elemento a ser levado em consideração refere-se às condições de produção do discurso inscrito nesta fonte documental. A primeira delas refere-se ao processo de seleção ou ‘filtragem’ das informações que serão anotadas no prontuário. Esta operação começa com o encontro entre o paciente e o médico, enquanto momento de teatralização da vida, no qual cada um dos atores sabe o que pode ser compartilhado através das palavras e o que deve ser calado, sob o risco de produzir uma disfunção desnecessária para o bom andamento do próprio encontro (BRITTO, 1988, p.114). Em outra instância, cada vez mais o paciente se vê calado pelo médico em prol das informações que podem ser extraídas do seu corpo, o que permitiu a constituição da clínica médica (FOUCAULT, 1977). No desenrolar dessa tarefa, que ao exaltar as mensagens do corpo desqualifica em larga dose as palavras do paciente, as informações registradas no prontuário instruem o que pode ser avaliado enquanto peça factual, imperativa ao pretender ser única e indiscutível, pois legitimada por pressupostos científicos representados por aquele que registra porque “sabe” frente a um outro que vê o teor de sua fala cada vez menos valorizada, porque supostamente “pouco ou nada sabe” (CLAVREUL, 1983, p.122).

Frente a tais observações, pode-se entender o prontuário médico como registro codificado de informações selecionadas e oriundas de duas situações complementares: a primeira delas do embate entre a teoria médica vigente e um corpo concreto e, em seguida, de um personagem adoentado ou sob risco de adoecer e um especialista na “arte da cura”, e a segunda, como registro de informações que reivindica para si mesmo a condição de discurso verdadeiro e neutro, porque amparado na ciência e com função de elucidar um “caso clínico”, estabelecer estratégias de encaminhamento para que o objeto de inquirições recupere a saúde e, após isto, ser preservado enquanto acervo do saber para servir de guia para o procedimento de outros médicos.

O Acervo do Sanatório

Tido pelos fisiologistas e pelos pacientes como “porta de entrada” para a rede sanatorial paulista, o Hospital-Sanatório São Luiz Gonzaga, ou simplesmente Sanatório do Jaçanã, produziu, durante seu tempo de vida, mais de 10 mil prontuários médicos, respondendo às necessidades de uma medicina que criava espaços específicos para o confinamento e tratamento de diferentes patologias.

A instalação do sanatório para o tratamento de físicos deveu-se a algumas circunstâncias: desde o início do século passado, a medicina européia e, principalmente, sua vertente francesa, passou a advogar que a reeducação dos enfermos do peito era tão ou talvez até mais importante que as determinantes climáticas na recuperação da saúde ou, pelo menos, na ampliação da sobrevida do tuberculoso, sendo por isso, recomendada a construção de sanatórios nas periferias dos grandes centros urbanos, decisão que implicava inclusive na diminuição dos gastos com o isolamen-

to e tratamento dos infectados. No contexto brasileiro, tal medida não obteve o apoio da maioria dos médicos, que inclusive investiam substanciais recursos na construção de casas de saúde especializadas nas chamadas cidades-sanatórios que, no caso de São Paulo, tinham como destaque Campos do Jordão e São José dos Campos.

O primeiro sanatório urbano localizado em uma capital foi o do Jaçanã, por motivos bem específicos. Em primeiro lugar, o Hospital Central da Santa Casa, localizado nas cercanias da área central da capital paulista, convivia, no final da década de 1920, com dois dilemas: o primeiro era o acúmulo crescente de doentes em suas enfermarias, que diminuía a disponibilidade de leitos para enfermos acometidos de outras patologias, abrindo oportunidades para a disseminação da Peste Branca no próprio ambiente nosocomial. Em segundo lugar, no transcorrer da década de 1920 havia sido deflagrado um conflito aberto entre os médicos da instituição. Parte deles, considerada “tradicional”, estava comprometida com as propostas da medicina francesa, guardando ideais humanitários de análise e acompanhamento integral dos pacientes, o que se refletia na produção dos próprios prontuários clínicos, extensos e prolíficos em informações sobre a trajetória social do enfermo, os motivos alegados para o enfermamento e a percepção médico-social do paciente, comportando ainda fragmentos algumas vezes extensos da fala do doente. Em oposição, avolumou-se na década mencionada o número de médicos seguidores da tendência representada pela medicina norte-americana, considerada “moderna”, inclusive porque prescrevia consultas rápidas, conferindo maior importância ao que o corpo enfermo podia revelar do que à voz do personagem adoentado. Como resultado, os prontuários preenchidos pelos “americanizados” mostravam-se avessos ou totalmente silenciosos sobre a trajetória social do paciente, limitando-se ao registro do nome e da idade do infectado e ocupando todo o espaço com a avaliação física e laboratorial do físico.

A luta pela supremacia de uma das linhas médicas, o que implicava em disputa pelo domínio das atividades clínico-cirúrgicas da Santa Casa, acabou sendo favorável aos “modernos”, condenando o núcleo “tradicional” praticamente à expulsão do Hospital Central, sendo a eles destinado o Sanatório do Jaçanã, anteriormente ocupado pelo leprosário paulista, também mantido pela Santa Casa e transferido, em 1927, para Mogi das Cruzes sob a alegação de que, vizinho aos mananciais da cidade, facilitaria aos morfeitos, intencionalmente ou não, a contaminação das águas consumidas pela população.

Pelo menos a metade dos mais de 10 mil prontuários do Sanatório do Jaçanã foram elaborados até 1950, período limite estudado pelo autor e momento em que os primeiros quimioterápicos específicos e eficientes contra a tuberculose passaram a ser empregados em larga escala no Brasil. A linha médica francófila também perdia força e representatividade na instituição anexa à Santa Casa.

A profusão de informações registradas nesses prontuários encanta o pesquisador, e o núcleo documental mostra-se quase que como uma exceção frente aos demais arquivos médicos. Sua preservação deveu-se ao fato de

a comissão médica encarregada de decidir, anualmente, qual documentação deveria ser descartada ser composta por velhos médicos, que tinham sido treinados ou iniciado suas atividades profissionais no Jaçanã e, também, devido ao empenho de dois serventes que, por problemas de saúde, passaram a ser responsáveis pelo Arquivo Central da Santa Casa e que, segundo eles próprios, achavam uma “judieira” lançar ao fogo ou vender, enquanto papel velho, os documentos antigos que, além do arquivo do Sanatório do Jaçanã, contavam com algo em torno de um milhão de prontuários das várias unidades e enfermarias mantidas pela Santa Casa.

A possibilidade de o autor explorar a documentação sanatorial deveu-se, em parte, ao acaso e, em parte, à permissão dos “arquivistas” para o autor permanecer por anos lendo e fichando os documentos, já que o mordomo, então responsável pela unidade do Jaçanã, não o havia permitido sob a alegação de que o requerente não era médico e que não via qualquer vinculação entre as informações dos prontuários e um pesquisador da área das Ciências Sociais. Assim, pude, durante quatro anos, ingressar e pesquisar ilegalmente no Arquivo Central, aventura descrita em outros textos (BERTOLLI FILHO, 1996b e 2001).

Ressalta-se ainda que, em 1990, quando o autor finalizava suas pesquisas sobre o Jaçanã, a Irmandade de Misericórdia resolveu construir um novo prédio no terreno do antigo Sanatório, que desde a década de 1970 tem sido parcialmente ocupado por um pronto-socorro municipal e por um pequeno hospital geral. O edifício, além de ser considerado impróprio para acolher a volumosa documentação produzida por todo o complexo da Santa Casa desde a sua inauguração, apresentava vãos que permitiam a entrada de pessoas e animais e com goteiras no teto, ameaçando a preservação dos documentos.

Pouco depois, soube-se que a Santa Casa contatara o Arquivo Público do Estado de São Paulo para doar parte de seu acervo, mas este também, por falta de espaço e funcionários, nada pode transferir para seu setor de preservação de documentos históricos. Como resultado, soube-se também que a maior parte dos documentos antigos, inclusive os do São Luiz Gonzaga, foi vendida na condição de papel velho e o dinheiro utilizado para financiar uma festa de confraternização dos funcionários. Com o descarte dessas preciosas fontes de informação, parte da memória histórica da saúde paulista foi “transformada em papel higiênico”.

O Teor da Documentação

Os registros prontuários do Jaçanã representam documentação ímpar por vários motivos: além de conterem anotações de docentes e estagiários de três escolas médicas (Faculdade de Medicina da USP, Escola Paulista de Medicina e, nos últimos anos, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa), viabilizam uma surpreendente comunicação entre profissionais renomados e jovens estudantes das escolas médicas locais. Também trazem exposições de sensibilidades de profissionais da saúde e pacientes, comovendo até o mais tarimbado dos pesquisadores.

A seguir, apresentam-se fragmentos de um único prontuário, ilustrando o potencial da documentação, como

exemplo da “apresentação” do paciente aos médicos que o acompanhariam por anos: o prontuário 3.894, do interno Adolfo Korche, iniciado em 28 de julho de 1940:

“O paciente chegou a este hospital faz poucas horas”. Como está chovendo muito e ele chegou a pé, suas roupas estavam encharcadas. Vestia terno barato preto, gravata preta, camisa branca surrada e sapatos em frangalhos. Parece bem pobre e aparenta TB avançada. Logo foi acometido por uma hemoptise, onde perdeu cerca de meio copo de sangue. Trazido ao consultório, parecia assustado, olhos esbugalhados e saliva escorrente pelos cantos da boca. (...) Sua figura causa constrangimento pela pobreza e feiúra. (...) carregava nas mãos um crucifixo barato. Quando questionado, informou que tinha 32 anos, mas aparenta bem mais, deve estar mentindo. Disse que nasceu nesta Capital, mas viveu desde a infância em S.J. do Rio Preto, trabalhando na roça. Aos 15 anos transferiu-se para a cidade e lá começou a levar vida imprópria, bebendo muito e jogando apesar de ser bom trabalhador numa selaria. Aos 22 anos casou-se com uma moça de família e teve dois filhos, um menino e uma menina. Parou de beber e jogar depois que casou e só bebia um pouco no fim de semana, quando também jogava bola depois de ir à missa. (...) Em maio 1937, quando estava trabalhando e já se sentindo fraco, sofreu a primeira hemoptise, sendo levado pelo patrão a um curandeiro que lhe deu um chá. Ficou bem durante dois meses quando teve novamente hemoptise e desmaio. Começou a ir todos os dias à missa e em meados de 38 sua mulher fugiu levando os filhos. Livre de obrigações, o doente abandonou o trabalho e foi para Campos do Jordão, vivendo num albergue e sendo tratado pelo Dr. Paranhos. Como não conseguiu vaga em sanatório, sem dinheiro foi para São José dos Campos dormindo na rua até conseguir abrigo numa casa. Foi tratado caritativamente pelo Dr. Dorya. Passou a acreditar mais em Deus e diz ter perdoado a mulher pelo abandono. Há cerca de dois meses veio para São Paulo, conseguindo ser tratado pelo Dr. Ferreira, mas não conseguindo hospitalização. Fez pequenos trabalhos na zona do mercado e, como se sente cada vez pior, veio agora bater à nossa porta (...). Disse que ficou doente porque Deus quis e, como acredita em Deus, disse que vai melhorar, só precisa de tratamento médico. O paciente não parece boa pessoa como indicado em informação anterior. Olha com cara estranha para todo mundo e reza quase que o dia todo. Parece malvado e nunca se veste convenientemente. Quase não fala. Ganhou roupas novas mas não quer usá-las, dizendo que está guardando a roupa para usar quando sair daqui”.

Nos meses seguintes, outros médicos fizeram anotações no prontuário de Korche, registrando os resultados da medição da pressão arterial, temperatura corporal e remédios administrados, reportando também a piora gradual do seu estado de saúde. Por último, em 20 de abril de 1942, foi assinalada a morte do pectário, percebendo-se pela caligrafia que o profissional que anotou o derradeiro dado não era nenhum dos clínicos que até então preencheram o prontuário. Eis o que ele escreveu:

“O paciente chegou a óbito ao meio-dia. Morreu segurando o crucifixo que nunca abandonava. Suas últimas palavras foram sobre sua família”.

Considerações Finais

Os prontuários, no rol de documentos constitutivos dos arquivos médicos, afloram como peças preciosas que possibilitam fixar cenários, confirmar saberes e desvelar sensibilidades, enfim, viabilizar novas possibilidades de apreensão da memória da Saúde em São Paulo. Neste sentido, este texto buscou, para além das análises de cunho ideológico, filosófico e médico, destacar o potencial de um núcleo documental que pode 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. Em conjunto, tais constatações sobre a ânsia de comunicar, registrando detalhes nas folhas prontuárias e, também, confidenciar as angústias ambientadas em um sanatório de tuberculosos, permitem avaliar o valor dos prontuários médicos enquanto instrumentos importantes de reflexão sobre o comportamento humano. Em suma, analisar as confidências nem sempre suficientemente mascaradas nas anotações clínicas é uma possibilidade de 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.

Referências Bibliográficas:

BERTOLLI FILHO, C. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

_____. **História social do tuberculoso: perspectivas documentais**. Cadernos de História e Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, v.2, p. 42-50, 1992.

_____. **O discurso médico nos prontuários clínicos. Intercâmbio**, São Paulo, v.5, 1996^a p.17-24.

_____. **Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade**. História, Ciência e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.3, n.1, 1996b. p. 173-180.

BRITTO, L.PL. **Medicina e discurso**. Campinas: Papirus, 1988.

CLAVREULI, J. **A ordem médica. São Paulo: Brasiliense, 1983**.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

LAÍN ENTRALGO, P. **Antropologia médica**. Barcelona: Salvat, 1984.

_____. **La relación médico-enfermo**. Madrid: Alianza, 1983.