


A cientifização da clínica e a padronização das práticas médicas: sobre o papel dos julgamentos profissionais no mundo das evidências

The scientification of the clinic and the standardization of medical practices: on the role of professional judgments in the world of evidence

Hélder Raposo^a

 <https://orcid.org/0000-0002-3614-5661>

E-mail: helder.raposo@estesl.ipl.pt

^aEscola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa (ESTeSL-IPL). Lisboa, Portugal.

Resumo

A discussão suscitada pela Medicina Baseada na Evidência (MBE) acerca da necessidade de se desenvolver instrumentos formais de apoio à decisão médica que contribuam para o reforço do seu perfil científico deu lugar à reflexão sobre a necessidade de uma maior padronização para reduzir a variação das práticas médicas. Neste artigo, é desenvolvida uma abordagem sociológica centrada na problematização da ideia de padronização, tanto a partir da análise do debate teórico como da investigação empírica significativa. Argumenta-se que os padrões não produzem efeitos uniformes e sustenta-se que a sua adaptação às circunstâncias heterogêneas da prática clínica torna difícil escamotear o papel dos processos interpretativos enquanto base para o desenvolvimento dos julgamentos envolvidos nas decisões médicas.

Palavras-chave: Decisão médica; Julgamentos profissionais; Medicina Baseada na Evidência; Normas de Orientação Clínica; Padronização.

Correspondência

Hélder Raposo

E-mail: helder.raposo@estesl.ipl.pt

Avenida D. João II, Lote 4.69.01, 1990-096, Lisboa, Portugal

Abstract

The discussion evidence-based medicine raised about the need to develop formal instruments to support medical decision-making that contribute to strengthening its scientific profile gave rise to a reflection on the need for greater standardisation to reduce the variation in medical practices. This study develops a sociological approach that focuses on problematizing the idea of standardisation based both on the analysis of the theoretical debate and from significant empirical research. It argues that standards fail to produce uniform effects and that their adaptation to the heterogeneous circumstances of clinical practice makes it difficult to hide the role of interpretative processes as the basis to develop judgments in medical decisions.

Keywords: Medical Decision; Professional Judgments; Evidence-Based Medicine; Clinical Practice Guidelines; Standardization.

Introdução

No decurso das últimas três décadas, assistiu-se à emergência e rápida consolidação de uma nova abordagem no interior da medicina ocidental, inteiramente consagrada à tentativa de conferir bases científicas mais sólidas à prática médica, uma vez que no quadro dessa perspectiva se sustenta que, ao longo de um remoto percurso histórico extensível até ao tempo presente, essa prática não esteve suficientemente alicerçada em provas clínicas robustas. A afirmação da chamada Medicina Baseada na Evidência (MBE), em particular, funda-se no pressuposto de que muitos aspectos dos cuidados médicos têm dependido de fatores individuais e de julgamentos valorativos que inevitavelmente introduzem variações nas práticas clínicas (Sackett *et al.*, 1985), o que salienta a necessidade de assegurar que as decisões médicas para as várias circunstâncias clínicas específicas passem a ter uma base mais sólida de sustentação científica.

Este objetivo quanto ao reforço da dimensão científica da prática clínica passa, como tal, a implicar um reequacionamento profundo do que afinal conta como evidência adequada para lidar com a complexidade e com a incerteza com que se confrontam os clínicos relativamente às escolhas sobre as melhores intervenções para cada problema concreto a respeito da saúde dos indivíduos. Na conceção dos promotores da MBE justifica-se conferir um inequívoco privilégio às metodologias de síntese da evidência científica, dado que elas asseguram a disponibilização dos resultados clínicos mais objetivos.

Em termos concretos, isso significa que o principal protagonismo deve recair em metodologias como as revisões sistematizadas da literatura sobre um dado problema clínico concreto e relevante, nas meta-análises dos dados das revisões sistemáticas (com vista à produção de um resultado agregado) e nas Normas de Orientação Clínica (NOC ou *clinical guidelines*) enquanto instrumentos de tradução para a clínica dos resultados decorrentes dos métodos anteriormente assinalados, assumindo, assim, a forma de recomendações baseadas na evidência científica, em particular, as resultantes das revisões

sistemáticas dos ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC)¹.

No âmbito deste enfoque em torno do reforço do perfil científico da medicina, o objetivo mais destacado é, então, o que se reporta à necessidade da redução das incertezas, mas, sobretudo, o que diz respeito à indispensabilidade da redução da variação das práticas médicas, na medida em que a variação na aplicação do conhecimento médico existente no contexto da tomada de decisão é vista como um dos reflexos mais expressivos do “excesso” de centralidade do julgamento clínico e da autoridade dos critérios de decisão baseados na experiência acumulada. No quadro deste novo enfoque, essa questão é entendida como uma limitação perniciosa da qualidade das decisões e das intervenções médicas, dado que as torna intrinsecamente ambíguas - no sentido de elas serem reféns das idiossincrasias dos seus protagonistas - e, como tal, tendencialmente refratárias a um escrutínio científico rigoroso e sistemático.

Desse modo, e embora em bom rigor a questão da variação das práticas médicas tenha um lastro histórico que remonta à década de 1930 (Andersen; Mooney, 1990; Daly, 2005), pode-se considerar que é fundamentalmente a partir da década de 1970 que esse fenômeno passa efetivamente a assumir uma redobrada acuidade, suscitando, assim, uma intensa discussão crítica, tanto no plano científico quanto no plano político, como nomeadamente o atesta o célebre e seminal trabalho de Archie Cochrane (1972). Essa discussão fez, de fato, salientar a importância do desenvolvimento das ferramentas formais de padronização como a melhor maneira de garantir que apenas os modos mais eficazes de tratamento estariam na base das intervenções médicas, evitando, assim, o uso injustificado dos próprios recursos disponíveis em matéria de prestação de cuidados de saúde. Em termos mais pragmáticos, soluções técnicas como as já referidas NOC passam, portanto, a ser entendidas como instrumentos

que asseguram a explicitação das decisões e a sua respetiva concretização (sempre) à luz da mais sólida evidência científica da investigação clínica, permitindo, assim, apontar as orientações “ótimas” que são pretensamente conducentes ao horizonte da melhoria da qualidade e da própria eficiência da prática clínica.

É, portanto, neste contexto de crescente valorização de critérios científicos de natureza quantitativa e epidemiológica que se assiste à introdução de novos requisitos e exigências quanto ao conteúdo do conhecimento médico tido como mais adequado para fundamentar as decisões clínicas. A aplicação da evidência produzida pela abordagem da agora triunfante epidemiologia clínica² ao contexto da prática médica passa a estabelecer como finalidade principal o desenvolvimento de métodos específicos para selecionar, condensar, avaliar e sistematizar a melhor evidência científica decorrente da investigação clínica para suportar a eficácia das intervenções médicas. Nessa medida, o que a MBE desencadeia, logo no alvor da sua afirmação (no início da década de 1990), é, com efeito, uma nova orientação epistemológica, cujas implicações de fundo desencadearam uma maior amplitude a algumas clivagens normativas endógenas à medicina - a tensão constitutiva entre o teórico e o prático; o universal e o particular/existencial (Antunes, 2012) -, o que teve como um dos efeitos práticos a reatualização da “tradicional” distinção entre arte e ciência. Isto é, o ressurgimento de um tema que ao longo dos últimos séculos se tem revelado tão crucial quanto potencialmente fraturante no interior da própria medicina ocidental, o que vinca a constatação da sua heterogeneidade interna no que diz respeito à natureza epistemológica das suas formas de conhecimento, mas também quanto aos modos constitutivamente distintos de conceptualizar as suas dimensões ontológicas (Cunha, Raposo, 2022).

Para os efeitos de uma discussão analítica justamente sobre o horizonte de reforço da

1 *Randomized controlled trials* (RCT), na sua formulação original. Os ECAC correspondem ao desenho metodológico de referência (o chamado *gold standard*) para testar os efeitos das intervenções médicas e, dessa forma, garantir que apenas os tratamentos eficazes são administrados.

2 O advento da epidemiologia clínica, ou seja, da disciplina académica que emerge no fim da década de 1980 e que vai dar forma aos pressupostos da MBE relativamente à prática clínica (Daly, 2005), passa a conferir um claro privilégio epistémico à aplicação da evidência epidemiológica ao contexto da prática médica.

cientifização da prática clínica, o que se propõe desenvolver no âmbito deste artigo é uma abordagem sociológica especificamente centrada na problematização da ideia de padronização, pois é a partir dela que se constroem e legitimam as abordagens tidas como indispensáveis para minimizar a incerteza e diminuir a variação das práticas médicas. Para tal, começa-se por proceder a uma breve contextualização das raízes intelectuais mais profundas desse processo, não só para caracterizar o clima histórico propício ao seu desenvolvimento, mas também para salientar as dinâmicas que viabilizaram a sua consolidação no campo da medicina contemporânea. A partir desse enquadramento, procede-se à caracterização e discussão da própria MBE, não apenas para evidenciar que ela corresponde à transposição da lógica da padronização para o campo da medicina, mas sobretudo para identificar e discutir o alcance das principais reconfigurações por ela suscitadas. Tanto as de natureza epistemológica - bem salientes por via do estatuto da evidência científica como base da tomada de decisão -, mas também as que se traduzem ao nível das novas práticas que esta instaura, designadamente as que se alicerçam em instrumentos formais de apoio ao trabalho clínico como são, por excelência, as NOC. Empreende-se igualmente um esforço de sinalização das principais controvérsias quanto ao estatuto dos fundamentos da epistemologia médica (o que, afinal, conta como evidência nos processos de tomada de decisão clínica) e discutem-se, por fim, as dinâmicas do julgamento profissional, no sentido de melhor discernir a natureza do trabalho médico e os fundamentos racionais da discricionariedade profissional.

As raízes históricas da padronização: um olhar sinóptico

A padronização consiste num processo de normalização desenvolvido a partir de normas técnicas, cujas especificações visam assegurar, por meio da formalização dos procedimentos, a compatibilidade, reprodutibilidade ou equivalência de um determinado processo, produto ou serviço para além das coordenadas de tempo, cultura e lugar (Timmermans; Epstein, 2010). Os padrões

afirmam-se, portanto, enquanto dispositivos que incorporam um conjunto de regras formais explícitas que estabelecem como horizonte a possibilidade de tornar o mundo equivalente, não obstante a heterogeneidade dos seus contextos e das próprias contingências produzidas pelas dinâmicas das circunstâncias locais.

Olhando para a herança intelectual subjacente à lógica de padronização que tem, com efeito, organizado de forma influente múltiplas esferas da vida contemporânea (Brunsson; Jacobsson, 2000), podemos considerar que esta tem uma ancoragem no processo mais vasto de quantificação. Esse processo corresponde a uma dimensão central e constitutiva do próprio mundo moderno, no sentido que, de forma bem-sucedida, instaurou e caucionou o primado da objetividade enquanto horizonte que suporta o ideal de ordem, estabilidade e previsibilidade.

Trata-se, com efeito, de uma dinâmica que teve enormes impactos no advento das próprias sociedades modernas, designadamente em termos do desenvolvimento de novas lógicas e pressupostos de organização social. Aliás, esse mesmo fato não passou despercebido a vários eminentes pensadores de finais do século XIX e início do século XX, entre os quais alguns dos nomes tutelares da própria Sociologia, como Karl Marx, Max Weber, Émile Durkheim ou Georg Simmel (Timmermans; Epstein, 2010). Embora de forma naturalmente diferenciada (tanto na sua maior ou menor explicitação temática, como no próprio enfoque e teor crítico das suas respectivas análises), esses intelectuais foram interpelados pelos processos de profunda transformação social, entre os quais a acelerada racionalização e a sua tentacular disseminação por meio de uma diversidade de princípios e instrumentos formais que passaram a facilitar o controlo e a previsibilidade em várias esferas e domínios institucionais e organizacionais da vida social.

Assim, e quando colocada sob essa perspetiva, a constatação imediata que daqui decorre é a de que muitas das iniciativas de padronização têm ocorrido ao longo de uma trajetória razoavelmente longa com, pelo menos, 150 anos, o que certamente ajuda a dar conta do carácter estruturante dessa dinâmica. Porém, se o interesse for o de tentar encontrar uma fase ou uma etapa específica em que esse ímpeto se torna

efetivamente mais fulgurante e transversal a múltiplos domínios, então é relevante fazer notar que o mais profundo e consequente *momentum* da padronização é o que ocorre após a Segunda Guerra Mundial.

Sob esse ponto de vista, pode-se, então, considerar que a segunda metade do século XX foi um período decisivo para a consolidação das bases de uma cultura de racionalização, pois é nesse arco temporal específico que serão pontuadas com redobrado protagonismo as concepções legitimadoras e a respectiva retórica discursiva acerca das virtudes e da indispensabilidade da padronização como processo central da formalização dos vários procedimentos que podem gerar a tão almejada objetividade aos processos de tomada de decisão.

Um aspecto crucial a reter é que a apologia das suas virtudes foi-se tornando crescentemente persuasiva, sobretudo devido ao postulado de que esses instrumentos têm a potencialidade de conduzir à construção de níveis “ótimos” de uniformização³. E, ao fazê-lo, é esperado que, desse modo, promovam uma simplificação dos processos, no sentido de assegurar a redução das possibilidades a considerar e de garantir a estabilização dos critérios de escolha e decisão. Na perspectiva dos seus mais ativos promotores e defensores, trata-se de um horizonte que é naturalmente tido como fundamental para a implementação e concretização das formas de decisão mais “racional” e menos flutuantes nas suas variações.

Ora, no âmbito desse panorama, aquilo que nos interessa explorar de forma mais específica é, justamente, o tipo de reflexos e de implicações consequentes que esse processo tem desencadeado no campo da medicina contemporânea, sobretudo se se considerar que nos reportamos a uma profissão que, nomeadamente, desde a sua institucionalização a partir de meados do século XIX (Starr, 1982), foi efetivamente bem-sucedida na conversão dos seus

conhecimentos específicos e saberes profissionais em formas organizadas de poder, assegurando, assim, um espaço de pericialidade protegido das interferências externas de outros grupos e atores (Freidson, 1970). Tratando-se a medicina de uma profissão⁴ que desde cedo encetou várias estratégias de negociação pública e política, designadamente com o Estado, para garantir e defender privilégios profissionais como a autorregulação ou a autonomia profissional, compreende-se que o carácter específico e distintivo do seu conhecimento seja especialmente mobilizado como um importante recurso na defesa da sua jurisdição.

Nessa acepção, sendo o conhecimento tão central na própria legitimação das prerrogativas sociais de que a profissão usufrui, torna-se particularmente relevante considerar em que medida o desenvolvimento de instrumentos formalizados que visam conferir um reforço da consistência científica das práticas médicas e da previsibilidade das suas intervenções entra numa relação de potencial tensão com a valorização da autonomia profissional e clínica (Freidson, 1970), sabendo que esta última é fundamental para assegurar uma ampla discricionariedade no âmbito das decisões tomadas no decurso da prática clínica.

Isso significa, portanto, que esses saberes profissionais têm sido entendidos não apenas como distintivos, mas também como requisitos incontornáveis do próprio julgamento clínico, que, em primeira instância, suporta e justifica a autonomia médica como condição basilar para avaliar os problemas e adaptar o conhecimento aos casos individuais. Essa autonomia tem-se constituído, de resto, como um importante sustentáculo dos valores fundadores do próprio profissionalismo médico, até porque é essa capacidade de adequar eficazmente o conhecimento teórico e abstrato ao âmbito complexo

3 Embora existam evidentes aproximações, os conceitos de padronização e de uniformização não se equivalem obrigatoriamente (Brunsson; Jacobsson, 2000). Os padrões podem contribuir decisivamente para o objetivo da uniformização (porque é um horizonte que está inscrito na lógica da própria padronização), contudo, os resultados práticos decorrentes da utilização dos padrões está longe de produzir automaticamente esse efeito. Se se atender, nomeadamente, à realidade da implementação e utilização dos padrões no âmbito das organizações, ou no âmbito da sua utilização efetiva por parte dos grupos profissionais a que estes se dirigem, como é, por exemplo, o caso das NOC na prática clínica, constata-se que essa realidade é muito complexa e diversificada, reclamando, como tal, por abordagens sociológicas específicas, como os estudos organizacionais (Fitzgerald; Dopson, 2005) ou as abordagens sociológicas mais próximas dos estudos sociais da ciência que analisam a padronização como um processo dinâmico (Timmermans; Berg, 2003).

4 A referência à profissão médica é aqui feita em sentido lato, não sendo consideradas, para este efeito, as diferenças resultantes de segmentações e hierarquizações internas ligadas, por exemplo, à existência de particularismos característicos das várias especialidades médicas.

dos problemas concretos e das situações singulares que é especialmente preconizada como a expressão de uma qualidade que é amplamente tributária da “arte prudencial aristotélica” (Antunes, 2012, p. 37).

Assim sendo, é possível considerar que os esforços e as iniciativas - concretamente as que também se foram gradualmente desenvolvendo no interior da própria medicina - levadas a cabo para se acentuar a vertente científica e, no mesmo passo, aprofundar o ideal de uma maior objetividade da prática médica, acabam por colocar em causa os próprios fundamentos normativos da arte, no sentido que a crescente implementação de instrumentos formais, como é claramente o caso das NOC, desafia os já referidos pressupostos da “tradicional” autonomia médica. Designadamente porque, pelas suas próprias características, esses instrumentos especificam, por meio de instruções explícitas, os próprios procedimentos da prática clínica, configurando, nessa medida, uma potencial interferência num espaço habitualmente tido como imperscrutável, porque ancorado na autoridade soberana da experiência dos profissionais e na valorização pragmática dos resultados clínicos obtidos por eles na resolução dos problemas concretos (Freidson, 1970).

As reconfigurações epistemológicas do conhecimento médico – a procura de uma ciência clínica

Pelo exposto, não surpreende que a emergência da MBE tenha feito espoletar a intensificação de reconfigurações importantes no interior da medicina, na medida em que se preconiza um novo entendimento quanto à evidência que conta como válida e, conseqüentemente, quanto às metodologias e às técnicas tidas como indispensáveis para o desenvolvimento de um conhecimento rigoroso e conducente a algoritmos de decisão, o mais possível, isentos de erros (Schöngut-Grollmus; Energici, 2021). A MBE afirma-se, portanto, como um processo de pesquisa e sistematização da evidência científica resultante da investigação com o propósito explícito de tornar possível a aplicação mais padronizada das provas científicas decorrentes da utilização

das análises epidemiológicas a certos aspectos da prática médica - como a validação das terapêuticas ou as recomendações clínicas no formato de NOC (Timmermans; Berg, 2003). Corresponde, por isso, a um processo que visa diminuir a importância da intuição e da experiência clínica não sistematizadas, bem como do raciocínio fisiopatológico, enquanto as únicas (ou as principais) bases para os processos de tomada de decisão na prática clínica.

Uma das principais implicações que de forma relativamente clara parecem resultar dessas reconfigurações é, justamente, a transformação de alguns pressupostos da própria epistemologia médica, uma vez que os fundamentos do seu estatuto científico passam a ser equacionados a uma outra luz. Assim, e em lugar das ressonâncias éticas e normativas de um discurso ancorado nos pilares fundacionais da tradição do humanismo médico, passa agora a assumir maior preponderância, e redobrada legitimidade científica, um conjunto de outros pressupostos que vão interpelar o próprio âmago de alguns princípios filosóficos tidos como fundadores da profissão - como a importância da experiência e do julgamento clínico como condições inalienáveis de uma sabedoria prática (*phronesis*) indispensável para a compreensão da situação singular de cada doente individual (Antunes, 2012; Champy, 2018) -, entendendo-os agora como dificilmente compatíveis com as atuais exigências, complexidades e imperativos científicos e organizativos da medicina contemporânea.

Neste quadro de amplas reformulações, têm-se criado as condições, e multiplicado as ocasiões, para o desenvolvimento de vários tipos de tensões epistemológicas no interior da profissão médica, o que acaba por originar complexas reconfigurações do seu *ethos* humanitário. Particularmente na perspectiva dos céticos e dos detratores da perspectiva da MBE, aquilo que em termos mais fundamentais está em causa são as potenciais implicações negativas do desiderato do reforço científico, concretamente quando ele postula a necessidade de expurgar das decisões médicas a componente intuitiva e experiencial. De acordo com essa aceção, o que a MBE tende a desencadear, portanto, são implicações como a erosão do fulgor da “arte médica”, a secundarização da experiência

clínica, a perda da sua “espessura antropológica” (Marques, 2002), a evacuação do sujeito individual na abordagem epidemiológica, ou a tendencial desvalorização da incerteza (Broeiro, 2015; Kelly; Moore, 2012) enquanto dimensão constitutiva dessa mesma experiência.

No âmbito desse debate crítico, uma ideia estruturante, que é razoavelmente transversal a várias das posições assumidas, é a de que, em grande medida, a MBE é um truísmo, na medida em que a Medicina sempre se baseou na evidência, embora a questão crítica que agora se coloca se prenda, justamente, àquilo que conta como tal, dado que essa abordagem instaura um outro tipo de base científica (enfoque epidemiológico) no conhecimento médico, o que tem implicações ao nível dos pressupostos ontológicos e epistemológicos da medicina. As críticas têm sido, com efeito, bastante diversas e heterogêneas, podendo ir da denúncia do dogmatismo da MBE (Cunha, Raposo, 2022) à perspectiva de um horizonte de síntese e integração dos diferentes fundamentos epistemológicos do conhecimento médico.

No primeiro caso, percebemos que as críticas mais contundentes sublinham o argumento de que essa abordagem é ideologicamente forte, mas filosoficamente fraca, destacando-se, fundamentalmente, pelo dogmatismo e pela intolerância, pois tende a marginalizar as críticas mais substantivas, designadamente as de natureza epistemológica. Nessa aceção, a MBE é caracterizada como intelectualmente frágil, visto que é entendida como uma abordagem pragmática e utilitarista desprovida de reflexão teórica (uma prática sem teoria) (Milles; Loughlin; Polychronis, 2007).

Relativamente ao segundo caso, vários autores preconizam a importância de se promover, segundo outros postulados, uma relação dialética entre a prática clínica e o conhecimento científico de base epidemiológica (Greenhalgh, 2002; Malterud, 2002; Montgomery, 2006). Nesse sentido, alguns dos argumentos caracterizam-se pela demonstração do caráter falacioso da dicotomia entre MBE e intuição clínica, sustentando que é possível integrar a experiência e o julgamento clínico nos

processos de decisão baseados na evidência científica (Greenhalgh, 2002); pela ênfase da ideia de que o apelo ao uso de mais informação sistematizada até pode introduzir melhorias no julgamento clínico, mas nunca substitui a vertente interpretativa (Montgomery, 2006); pela consideração de que a MBE deve estimular nos médicos o desenvolvimento de capacidades reflexivas sobre a sua posição enquanto agentes de conhecimento dos processos contextuais do seu trabalho clínico (Malterud, 2002); ou pela preconização da necessidade de se desenvolver um modelo alternativo que supere as lacunas da MBE na integração de outros tipos de conhecimento médico, para além da evidência empírica da investigação clínica.

No quadro desta discussão, sustenta-se que, para além de ser possível ultrapassar a ilusão da pura fatalidade da informação clínica, esta coalescência de perspectivas é entendida como tendo a potencialidade de promover um reencontro da Medicina com a natureza interpretativa, que, segundo os estudiosos do próprio campo, é constitutiva da dimensão intuitiva da clínica (Greenhalgh, 2002). Isso significa, portanto, que a apropriação de elementos compreensivos relativos às especificidades dos doentes tem a virtude de concorrer para a consolidação de uma abordagem hermenêutica capaz de ultrapassar as pretensões impositivas das verdades generalizáveis na prática clínica. Ao conceber as potencialidades de novas modalidades de intersecção entre essas distintas concepções, não só procuram salientar as vantagens práticas que podem decorrer, por exemplo, da articulação da MBE com a narrativa (Silva; Charon; Wyer, 2011), mas também, e acima de tudo, assumem como horizonte fundamental o reequacionamento da lógica subjacente à própria hierarquia da evidência, resgatando, assim, outro estatuto e centralidade para o papel do julgamento clínico.

O conhecimento médico e a prática clínica: as transformações dinâmicas da padronização

Com efeito, um olhar mais atento às características particulares da prática clínica permite, desde logo, salientar dois aspetos relevantes. Por um lado, o

fato de essa prática não estar privilegiadamente orientada para a produção de conhecimento⁵, mas sim para a intervenção prática. Ou seja, para a procura de soluções e resultados, por meio da aplicação - mediada pela experiência clínica - de uma variedade de recursos teóricos e técnicos provenientes de múltiplas áreas disciplinares a uma diversidade de situações frequentemente atípicas e complexas (Freidson, 1970). Por outro, uma característica ligada à necessidade de se tomarem decisões em situações de frequente incerteza, o que leva ao desenvolvimento de um caráter pragmático do julgamento e da ação clínica (Greenhalgh *et al.* 2008; Serra, 2008), potenciando, assim, o desenvolvimento de articulações compósitas entre diferentes tipos de conhecimento.

Um enfoque mais centrado nas características da prática clínica permite, desse modo, sustentar que os clínicos tendem a proceder a articulações compósitas entre linguagens e conhecimentos diferenciados, o que, fundamentalmente, equivale dizer que os clínicos desenvolvem diversas “traduções” entre diferentes racionalidades e tipos de conhecimento, mesmo que essa operação de tradução produza resultados relativamente parciais. No entanto, essa possibilidade de fazer conjugar conceitos e práticas provenientes de patrimônios epistemológicos diversos não só inviabiliza a ideia de uma efetiva incomensurabilidade entre estes (Sehon; Stanley, 2003), mas também, e sobretudo, chama a atenção para o fato de que a realidade da prática clínica é “impura” e plural.

Nessa acepção, e fazendo eco das considerações de Montgomery (2006), pode-se considerar que na prática clínica há um uso de diferentes

racionalidades, pois, nesse contexto, o conhecimento científico de tipo hipotético-dedutivo não se limita a uma mera transposição, antes configura um exercício de “aplicabilidade aproximada”, tendo em conta os particularismos do caso concreto. Por essa razão, e num sentido semelhante, também Caria (2005, p. 1-2) refere que “a reflexividade profissional exige operações de tradução do conhecimento abstrato e científico, produzido institucionalmente, associadas à epistemologia prática do profissional que tem que lidar, de modo autônomo e não determinado pela hierarquia acadêmica, com as exigências de contextos de interação heterogêneos”.

Esse entendimento é convergente com a ideia de outros autores que conferem uma importância explícita e concreta às chamadas formas de conhecimento tácito, na medida em que consideram que, embora difícil de formalizar, é essencial porque é impossível despersonalizar o conhecimento (Polanyi, 1966); que a complexidade de muitas decisões convoca a necessidade de desenvolver formas de reflexividade suportadas por conhecimentos tácitos e intuitivos que ultrapassem a mera resolução instrumental de problemas padronizados (a ideia de *reflection-in-action*, de Donald Schon, (1983))⁶; ou ainda a consideração de que o julgamento clínico implica uma efetiva integração de práticas intuitivas e analíticas, pelo que as formas de inferência e decisão clínica desenvolvem-se num *continuum* de modos de prática que vai conjugando em diferentes graus, mediante o contexto e os problemas específicos, essas duas dimensões convencionalmente dicotomizadas.

5 Numa importante obra sobre a institucionalização da profissão médica no contexto norte-americano, Starr (1982) discute a emergência de uma característica denotativa das transformações da profissão médica, concretamente o aumento da distância entre a produção do conhecimento científico e os clínicos que o aplicam no contexto do seu exercício profissional. Também de grande relevância, neste caso, para melhor entender a natureza do trabalho médico e a racionalidade clínica que lhe subjaz, é o contributo de Freidson (1970), na medida em que, numa das suas obras mais importantes, discutiu e sustentou (em contraponto à visão estabelecida de Talcott Parsons sobre o caráter universalista do conhecimento médico) que a mentalidade clínica está ancorada na experiência e é, como tal, um atributo do clínico. A experiência é a base de autoridade que é mobilizada para a resolução dos problemas individuais concretos, o que implica desenvolver formas de julgamento que permitam procurar e adaptar pragmaticamente as soluções a problemas frequentemente contingentes e complexos. O foco da ação clínica são, assim, os resultados práticos.

6 No âmbito desta discussão, a obra de Schon (1983) constitui-se também como um marco referencial, na medida em que desenvolve uma importante análise crítica sobre a concepção formal do conhecimento profissional, salientando que esta se alicerça numa racionalidade técnica cujos fundamentos positivistas conferem um estatuto secundário ao conhecimento prático. Com base numa reflexão resultante de trabalhos de investigação sobre várias profissões, o autor procura mostrar como os profissionais resolvem os problemas concretos no contexto das suas atividades, nomeadamente os de natureza mais complexa e incerta. Em lugar de serem vistos como uma anomalia, Schon mostra que estes são parte integrante da “epistemologia da prática” que os profissionais desenvolvem, suscitando decisões complexas que se baseiam em conhecimentos informais e tácitos tidos como indispensáveis para lidar com as particularidades das situações concretas.

Com efeito, a questão do conhecimento tácito constitui-se como uma dimensão importante das formas de julgamento profissional, porque, justamente, remete para um tipo de conhecimento de natureza mais intuitiva e que é adquirido por meio da experiência prática, sendo, portanto, pessoal, contextual e dificilmente passível de explicitação ou formalização. Esta discussão sobre os limites da formalização do conhecimento deve-se, em grande medida, à conhecida obra de Michael Polanyi (1966), na qual se discute em que medida o conhecimento tácito, embora na periferia da nossa atenção e remetendo para dimensões implícitas que estão subjacentes a todas as formas de conhecimento humano, se constitui como um elemento crucial do próprio conhecimento científico. Discutindo criticamente o ideal positivista de objetividade, Polanyi (1966, p. 8) sustenta que o processo de julgamento profissional e de tomada de decisão em contextos complexos e incertos integra sempre uma dimensão ontológica, na medida em que o conhecimento tácito está incorporado no nosso corpo, ideia que é bem condensada na conhecida afirmação do autor, que refere que “sabemos mais do que aquilo que conseguimos dizer”.

Em termos da articulação desta concepção epistemológica relativa ao conhecimento profissional e às suas formas de julgamento com o universo específico da prática clínica, vários autores provenientes da própria medicina (Antunes, 2012; Malterud, 1995; Montgomery, 2006) têm sublinhado a importância dessa concepção no estabelecimento de uma demarcação crítica face à utilização convencional do modelo hipotético-dedutivo, com o argumento de que o conhecimento experiencial dos clínicos se ancora em decisões tácitas que não são capturadas pelo escrutínio das análises formais. Estas últimas tendem a ser hostis ao reconhecimento das componentes tácitas, como a intuição ou a experiência, com base no pressuposto de que se trata de componentes que não conferem bases credíveis para decisões que se pretendem robustecidas pela evidência científica, embora nem sempre as condições singulares dos casos particulares sejam satisfatoriamente avaliadas e compreendidas à luz desses critérios formais.

Também no âmbito da análise sociológica, a questão do conhecimento tácito (Polanyi, 1966)

e da reflexividade prática (Schon, 1983) têm sido incorporadas como dimensões importantes em alguns trabalhos de investigação empírica que exploram o papel do julgamento profissional no contexto de diferentes facetas das práticas clínicas (Atkinson, 1995; Fitzgerald; Dopson, 2005; Greenhalgh *et al.*, 2008). Nesse sentido, tendem a salientar que o conhecimento explícito e tácito não são categorias forçosamente separadas e que a dimensão tácita está sempre presente enquanto requisito indispensável para que o conhecimento explícito seja objeto de mobilização e de transação com as situações particulares (Schon, 1983). É, de resto, por esse motivo que os processos de incorporação da evidência formal nas práticas profissionais se revelam, não raras vezes, bastante erráticos e sujeitos a múltiplas direções, velocidades e a formas de coexistência nem sempre harmoniosas com outros tipos de conhecimentos e de evidência que podem, justamente por isso, ser mais valorizados na resolução concreta de problemas práticos, não obstante até se poder reconhecer a robustez científica dos conhecimentos formais provenientes, nomeadamente, da investigação clínica (Fitzgerald; Dopson, 2005; Raposo, 2018).

Por essas razões, portanto, parece adequado considerar o contexto da prática clínica como um espaço complexo em que intervêm e são convocados, a par de fatores e conhecimentos estritamente científicos, vários outros elementos que são o retrato de uma realidade plural e marcada por vários tipos de contingências e preocupações de caráter pragmático. Daí que seja importante relativizar o pressuposto da utilização “epidérmica” da evidência científica por parte dos médicos, apenas pela circunstância de ela existir e estar disponível. Na verdade, há vários trabalhos que apontam para a ideia de que, no contexto das práticas médicas, a permeabilidade à evidência científica tem uma manifestação concreta - que não está naturalmente desvinculada do contexto e do enquadramento político e institucional que impulsiona e promove essas práticas -, porém, e tal como já referido, é, sobretudo, pautada e mediada por preocupações acerca do seu valor prático e da sua adequação à complexidade e exigências dos problemas concretos (Atkinson, 1995; Greenhalgh *et al.*, 2008).

Isso significa que os impactos concretos dessas metodologias e conhecimentos acabam por ter uma utilização que, podendo ser efetiva, não deixa também de ser relativamente limitada na sua amplitude, pois acabam por se traduzir num uso eclético de conhecimentos e evidências, ou seja, nunca excluem liminarmente a valorização da experiência nos contextos específicos da decisão médica (Schöngut-Grollmus; Energici, 2021). Essa característica parece assim configurar aquilo que aqui se pode designar por um certo sincretismo epistemológico, pois, na senda de investigações (Greenhalgh *et al.*, 2008) que exploram as possibilidades de reconstrução de vários tipos de padrões em áreas médicas específicas, ganha consistência a ideia de que as formas de conhecimento padronizado não se traduzem de maneira mecânica e linear, sem previamente serem objeto de várias negociações e adaptações contingentes ao âmbito das práticas profissionais (Raposo, 2018).

Nesse sentido, perceber como os médicos avaliam, discutem, adaptam, incorporam ou articulam múltiplas fontes de evidência (história clínica, exames, testes laboratoriais, experiência clínica, intuição, discussão interpares, evidência científica de natureza epidemiológica, etc.) nos seus contextos de “tomada de decisão”, constitui uma incursão analítica de elevado poder heurístico para captar e compreender a coexistência (muitas vezes competitiva entre si) de diferentes “vozes” na medicina (Atkinson, 1995). Assim sendo, nem a incerteza, nem o dogmatismo, a indeterminação ou a tecnicidade se apresentam como traços específicos e exclusivos da orientação prática da medicina; são, isso sim, atitudes ocasionais e dinâmicas perante o conhecimento e a ação (Atkinson, 1995).

A principal constatação analítica que daqui resulta é a ideia de que, apesar das pretensões de universalidade e objetividade das abordagens decorrentes dos fundamentos da MBE, as dimensões local e situada do trabalho clínico tornam saliente o caráter plástico e recontextualizado da padronização. Por conseguinte, a mobilização da evidência para os processos de tomada de decisão não se faz de forma divorciada das dimensões interpretativas que enformam os julgamentos profissionais.

Considerações finais

O ascendente dos processos de inscrição das decisões médicas em instrumentos formais de apoio ao trabalho clínico é um elemento claramente elucidativo não apenas da ubiquidade da padronização, mas também da centralidade que é conferida ao objetivo de reforçar a objetividade das decisões clínicas e, no mesmo passo, o de reduzir a variação das práticas médicas.

No entanto, apesar de a MBE se fundar no pressuposto da indispensabilidade da padronização das práticas médicas a partir do valor intrinsecamente virtuoso e metodologicamente sofisticado da evidência científica decorrente da investigação clínica, o fato mais significativo a considerar não é a estrita questão da implementação e da aplicação dos padrões, na medida em que a mesma tende erradamente a presumir uma lógica de adaptação passiva. Em alternativa, e tal como anteriormente discutido, a principal ideia a destacar é a de que os padrões não produzem efeitos forçosamente uniformes, uma vez que são mobilizados por meio de formas de reflexividade profissional que tornam possível a sua tradução e adaptação às circunstâncias heterogêneas da prática clínica.

Nesse sentido, ao declinarmos um quadro de leitura de pendor mais determinista sobre os potenciais impactos da padronização, aquilo que efetivamente se procurou evitar foram os reducionismos e as generalizações mais normativas sobre a natureza do conhecimento médico. Em seu lugar, o foco que aqui se privilegiou esteve orientado para o exercício de compreensão das condições de uso e reprodução do conhecimento médico nas circunstâncias concretas das suas práticas, o que contrasta com a ideia de cultura unificada da medicina ou com a visão que secundariza, ou é alheia, à articulação heterogênea e contextualizada de diferentes fontes de evidência e dos distintos modos de incorporação e adaptação das mesmas nas formas de julgamento clínico.

Por conseguinte, o que daqui decorre como uma importante constatação é a consideração de que as modalidades diferenciadas de mobilização e aplicação profissional do conhecimento científico são fortemente mediadas e moldadas pelos sentidos contextuais resultantes das práticas concretas, circunstância que em si mesma é elucidativa

do efetivo protagonismo que os saberes tácitos, implícitos e intuitivos inevitavelmente assumem nas dinâmicas do julgamento clínico dos profissionais e, portanto, das adaptações locais dos próprios padrões às circunstâncias heterogêneas. E, com efeito, quanto mais complexo e incerto tende a ser o trabalho, mais conhecimento prático ele tende também a requerer (Champy, 2018), razão pela qual se torna efetivamente difícil ignorar ou escamotear o papel dos processos interpretativos (que não derivam estritamente da ciência) enquanto base para o desenvolvimento dos julgamentos envolvidos nas decisões médicas. Essa utilidade parcial dos padrões mostra, em suma, que, apesar das aspirações de reforço da racionalidade objetiva, o que resulta da sua efetiva tradução empírica é, afinal, uma vitória modesta da padronização.

Referências

- ANDERSEN, T. F.; MOONEY, G. (ed.). *The challenges of medical practice variations*. London: Macmillan Press, 1990.
- ANTUNES, J. L. *A nova Medicina*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012.
- ATKINSON, P. *Medical talk and medical work*. London: Sage, 1995.
- BROEIRO, P. Prática baseada em evidência e seus limites. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, Lisboa, v. 31, n. 4, p. 238-240, 2015.
- BRUNSSON, N.; JACOBSSON, B. *A world of standards*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- CARIA, T. Uso do conhecimento, incerteza e interação no trabalho clínico dos veterinários. In: Caria, T. (org.). *Saber profissional*. Coimbra: Almedina, 2005. p. 197-231.
- CHAMPY, F. The sociology of prudential activities. From collective commitment to social innovations. *Sociologia Problemas e Práticas*, n. 88, p. 79-94, 2018.
- COCHRANE, A. *Effectiveness and efficiency: random reflections on Health Services*. Londres: RSM Press, 1972.
- CUNHA, D. da; RAPOSO H. A New Time of Reckoning, a Time for New Reckoning: Views on Health and Society, Tensions between Medicine and the Social Sciences, and the Process of Medicalization. *Societies*, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 119, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/soc12040119>
- DALY, J. *Evidence-based medicine and the search for a Science of Clinical Care*. Berkeley: University of California Press, 2005.
- FITZGERALD, L.; DOPSON, S. Knowledge, credible evidence, and utilization. In: Dopson, S.; Fitzgerald, L. (ed.). *Knowledge to action? Evidence-Based Health Care in context*. Oxford: Oxford University Press, 2005. p. 132-154.
- FREIDSON, E. *Profession of Medicine*. A study of the Sociology of Applied Knowledge. Chicago: The University of Chicago Press, 1970.
- GREENHALGH, J. et al. Tacit and encoded knowledge in the use of standardized outcome measures in multidisciplinary team decision making: A case study of in-patient neurorehabilitation". *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 67, n. 1, p. 183-194, 2008.
- GREENHALGH, T. Intuition and evidence - uneasy bedfellows? *British Journal of General Practice*, London, v. 52, n. 478, p. 395-400, 2002.
- SCHÖNGUT-GROLLMUS, N.; ENERGICI, M. A. Decisões médicas en enfermidades raras: de sua definición a sua comprensión social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 1-11, 2021.
- KELLY, M. P.; MOORE, T. A. The judgement process in evidence-based medicine and health technology assessment. *Social Theory & Health*, Basingstoke, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 1-19, 2012.
- MALTERUD, K. Reflexivity and metapositions - strategies for appraisal of clinical evidence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Oxford, v. 8, n. 2, p. 121-126, 2002.
- MARQUES, M. S. *A Medicina enquanto ciência do indivíduo*. 2002. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2002.
- MILLES, A.; LOUGHLIN, M.; POLYCHRONIS, A. Medicine and evidence: knowledge and action in

- clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Oxford, v. 13, n. 4, p. 481-503, 2007.
- MONTGOMERY, K. *How doctors think: Clinical Judgment and the practice of Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- POLANYI, M. *The Tacit Dimension*. Chicago: University of Chicago Press, 1966.
- RAPOSO, H. A padronização em contexto: uma análise qualitativa sobre a incorporação das Normas de orientação Clínica em Medicina Geral e Familiar. *Análise Social*, [s. l.], v. 228, n. 3, p. 702-731, 2018.
- SACKETT, D. L. *et al. Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine*. 2. ed. Boston: Little, Brown and Company, 1985.
- SCHON, D. A. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Aldershot: Ashgate, 1983.
- SEHON, S. R.; STANLEY, D. E. A philosophical analysis of the evidence-based medicine debate. *BMC Health Services Research*, London, v. 3, n. 1, p. 14, 2003.
- SERRA, H. Maus fígados: a construção social da tomada de decisão médica. *Sociologia Problemas e Práticas*, n. 58, p. 47-70, 2008.
- SILVA, S. A.; CHARON, R.; WYER, P. C. The marriage of evidence and narrative: scientific nurturance within clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 585-593, 2011.
- STARR, P. *The Social Transformation of American Medicine: the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. [S. l.]: Basic Books, 1982.
- TIMMERMANS, S.; EPSTEIN, S. A world of standards but not a standard world: toward a sociology of standard and standardization. *Annual Review of Sociology*, San Mateo, v. 36, p. 69-89, 2010.
- TIMMERMANS, S.; BERG, M. *The gold standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia: Temple University Press, 2003.

Agradecimentos

Agradeço a Diogo Silva da Cunha o diálogo intelectual e a leitura crítica do manuscrito. Expresso também o meu agradecimento a Pedro Carlessi pela ajuda à adaptação do texto final à norma linguística do português do Brasil.

Contribuição dos autores

O autor contribuiu de forma integral para a confecção do artigo.

Recebido: 22/03/2023

Aprovado: 17/09/2024