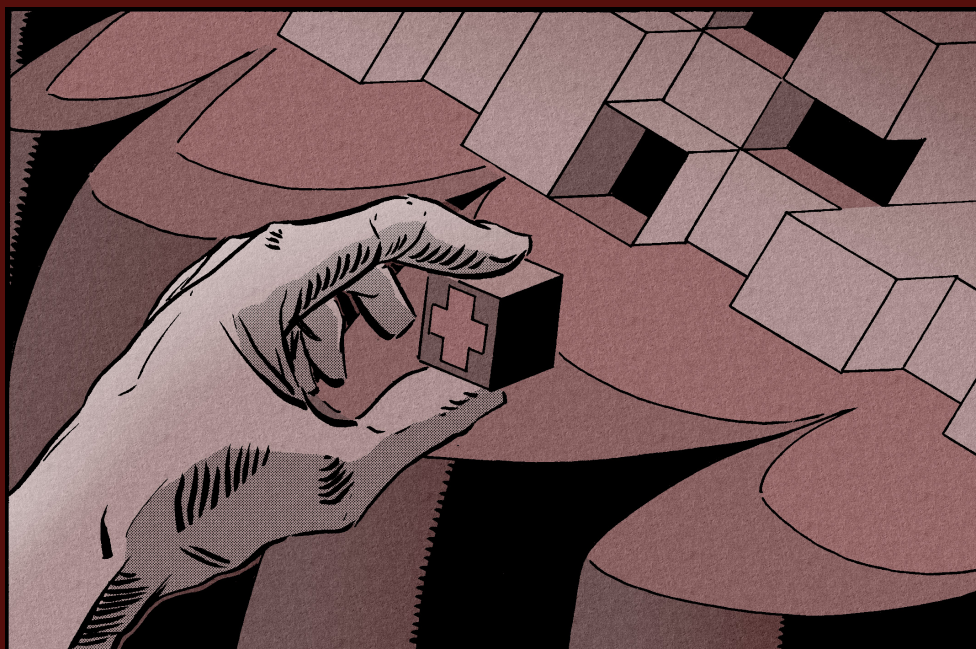


HÉLDER RAPOSO

COLEÇÃO CAMINHOS DO CONHECIMENTO

**ENTRE
PADRONIZAÇÃO
E DISCRICIONARIEDADE:
RECONFIGURAÇÕES DO
CONHECIMENTO MÉDICO
NA MEDICINA GERAL E FAMILIAR**



ENTRE PADRONIZAÇÃO E DISCRICIONARIEDADE

Hélder Raposo

ENTRE PADRONIZAÇÃO E DISCRICIONARIEDADE

**Reconfigurações do Conhecimento Médico
na Medicina Geral e Familiar**

TÍTULO

Entre Padronização e Discrecionabilidade: Reconfigurações do Conhecimento Médico na Medicina Geral e Familiar

AUTOR

Hélder Raposo

[O livro não segue o novo acordo ortográfico por decisão do autor]

EDITORES

Instituto Politécnico de Lisboa

IMAGEM DA CAPA

Rui Pinto

DESIGN DA CAPA

Pedro Antunes

EXECUÇÃO GRÁFICA

Gráfica 99

© Instituto Politécnico de Lisboa, 2026



**POLITÉCNICO
DE LISBOA**

POLYTECHNIC
UNIVERSITY
OF LISBON

Todos os direitos reservados

Abril de 2026

ISBN 978-989-36144-0-2

DEP. LEGAL N.º 561819/26

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS	11
ÍNDICE DE QUADROS	13
ÍNDICE DE FIGURAS	15
LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS	17
AGRADECIMENTOS	19
PREFÁCIO	23
INTRODUÇÃO	47
 PARTE I – PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO E OPÇÕES METODOLÓGICAS	 57
I. O CONHECIMENTO MÉDICO E A CULTURA CLÍNICA EM CONTEXTOS DE MUDANÇA: SOBRE A BUROCRATIZAÇÃO DA MEDICINA E AS TRANSFORMAÇÕES DA PADRONIZAÇÃO	59
Introdução	59
Dinâmicas actuais do poder profissional da medicina: (re)situar o enfoque sociológico	64
As potencialidades heurísticas das articulações disciplinares: aprofundamento do olhar analítico	68
 II. AS ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS E O PROCESSO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	 81
Introdução	81
O percurso da investigação: das primeiras etapas ao fechamento do campo empírico	86
A definição da estratégia de investigação	92
Opções de operacionalização empírica e selecção das técnicas de recolha de informação	99

PARTE II – A EXPLICAÇÃO DO CONHECIMENTO MÉDICO E A REORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE	113
III. AS RECONFIGURAÇÕES EPISTEMOLÓGICAS DO CONHECIMENTO MÉDICO: A PROCURA DE UMA CIÊNCIA CLÍNICA	115
Introdução	115
As raízes históricas da padronização: um olhar sinóptico	121
A “era estatística” da medicina clínica: do antagonismo à assunção das novas bases de legitimação científica das decisões médicas	127
A orientação para a padronização na (bio)medicina	137
Caracterização e contextualização da <i>Medicina Baseada na Evidência (MBE)</i>	142
Um novo olhar sobre a prática clínica	147
Um <i>Leviatã</i> positivista? A natureza problemática e contestada da MBE	152
O carácter dúctil da MBE: sobre as adaptações e as reformulações dos seus fundamentos	165
IV. ESTADO E POLÍTICAS DE SAÚDE: A INSTRUMENTALIDADE POLÍTICA DA EVIDÊNCIA NO QUADRO DAS REFORMAS NO SECTOR DA SAÚDE	171
Introdução	171
Estado-Providência e políticas de saúde	173
Nova Gestão Pública e reformas políticas na saúde	188
Evidência científica e decisão política	197

PARTE III – AS IMPLICAÇÕES DA PADRONIZAÇÃO NA NATUREZA DO TRABALHO MÉDICO	211
V. MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL: A EMERGÊNCIA DE UM NOVO ENQUADRAMENTO PARA O TRABALHO MÉDICO EM MGF	213
Introdução	213
O percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: breve enquadramento da Reforma	217
A MGF como especialidade médica: do Projecto à afirmação profissional	233
Das possibilidades aos condicionalismos da Reforma dos CSP	249
As reconstruções do profissionalismo médico: A Medicina biográfica em mutação?	263
VI. A PADRONIZAÇÃO EM CONTEXTO: DISCURSOS E RACIONALIDADES SOBRE O PAPEL DA EVIDÊNCIA NA PRÁTICA CLÍNICA DE MGF	283
Introdução	283
Da implementação à recontextualização prática da padronização	285
Sobre o conhecimento médico e a prática clínica	293
Processos de codificação do conhecimento: O envolvimento e a negociação dos profissionais	303
Apropriações e reconfigurações epistemológicas: A MGF baseada na evidência	310
O processo de implementação das NOC em Portugal	324
A recontextualização profissional do conhecimento codificado: dinâmicas de sincretismo epistemológico	337
CONCLUSÃO	355
POSFÁCIO	365
BIBLIOGRAFIA	371
ÍNDICE REMISSIVO	399

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos participantes das sessões de Grupos Focais	103
Tabela 2 – Elementos de caracterização das entrevistas	110
Tabela 3 – Exemplos de más práticas anteriormente apoiadas pela opinião dos peritos	149
Tabela 4 – Síntese das críticas à MBE (endógenas à medicina)	157
Tabela 5 – Níveis de evidência	334
Tabela 6 – Graus de recomendação	334

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Hierarquia da evidência científica em estudos terapêuticos ou preventivos	148
Quadro 2 – Sistema Remuneratório Mensal nas USF Modelo B ...	230
Quadro 3 – Alguns marcos de referência no desenvolvimento inicial da MGF	242
Quadro 4 – Alguns marcos de referência no desenvolvimento inicial da MGF em Portugal	247
Quadro 5 – Quadro geral nacional de USF	250

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Área Geográfica ACES ARSLVT	96
Figura 2 – Aptidões e competências nucleares da MGF	245
Figura 3 – Ciclo da NOC	327

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

AGREE – Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation

APMCG/APMGF – Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral/
Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

ARSLVT – Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo

CCBPC – Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas

CEMBE – Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DOE – Disease-oriented evidence

ECAC – Ensaio Clínicos Aleatorizados e Controlados

EIO – Equipa Integrada de Orientadores

ENT. – Entrevistado

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

EURACT – European Academy of Teachers in General Practice

FDA – Food and Drug Administration

FNAM – Federação Nacional dos Médicos

MBE – Medicina Baseada na Evidência

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MGF – Medicina Geral e Familiar

MI – Médico/a Interno/a

MO – Médico/a Orientador/a

NGP – Nova Gestão Pública

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

NOC – Normas de Orientação Clínica

OM – Ordem dos Médicos

POEM – Patient-Oriented Evidence that Matters

RC – Reuniões Clínicas

RPMGF – Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WONCA – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

AGRADECIMENTOS

De uma secção de agradecimentos não se deve esperar o mérito da inovação ou da originalidade. Sabemos antecipadamente do que trata, mas por detrás da sua função aparentemente protocolar de dar continuidade a uma honrosa convenção académica empenhada em fomentar princípios nobres de reconhecimento e gratidão intelectual, há um substrato importante que importa reatualizar. As palavras que nestas secções se cristalizam procuram dar o testemunho perene do meu reconhecimento relativo às condições (institucionais, materiais e afetivas), mas também aos interlocutores que ajudaram a tornar possível um processo que foi longo, exigente e complexo. Este tipo de percurso só na sua aparência imediata é que pode ser tomado como algo de inteiramente solitário e idiossincrático, porque em bom rigor o seu desfecho é sempre extensamente tributário de uma vasta rede de intervenientes. Nesta medida, e mesmo que o exercício seja, como disse, previsível, o conteúdo da gratidão devida é sempre singular e merece, portanto, uma explicitação nominal. No caso do livro que aqui se apresenta, o mesmo é efectivamente o corolário de muitos tipos de apoio e de colaboração, pelo que procurarei (sem omissões graves, assim o espero) identificar quem de direito.

Começando pelos apoios institucionais é incontornável a referência à Fundação para a Ciência e a Tecnologia, na medida em que a atribuição de uma bolsa de doutoramento tornou objectivamente viável a investigação que esteve subjacente a esta publicação. Igualmente fundamental foi o acolhimento institucional do Instituto de Ciências Sociais onde desenvolvi o meu doutoramento. A disponibilidade, as condições e o apoio dos vários intervenientes da instituição foram sempre, e a vários títulos, exemplares. Permito-me destacar a eficácia e a competência dos serviços da Biblioteca, assim como todo o acompanhamento muito presente e personalizado da Dr.^a Goretti Matias cuja energia e motivação ajudaram a reforçar o sentido de compromisso que estes processos sempre implicam. Também agradeço o apoio dos órgãos de gestão e dos colegas da ESTeSL (a instituição onde lecciono desde 2004) e em particular aos colegas de Sociologia (Nuno Medeiros, David Tavares e Teresa Denis).

Relativamente à investigação propriamente dita a primeira palavra vai para o meu orientador – José Luís Garcia – que soube imprimir um estilo de acompanhamento enriquecedor. Aliado à compreensão e à flexibilidade de ajustamento aos meus ritmos de trabalho – que foram por vezes muito oscilatórios – soube sempre fazer dos momentos de discussão e de partilha ocasiões férteis para pensar as possibilidades e os limites dos trilhos que iam sendo esboçados e concretizados. A gratidão intelectual pelo seu acompanhamento é, portanto, inteiramente justa e devida.

Ainda no plano da inspiração intelectual, endereço um obrigado genuíno a Carlos Miguel Ferreira por estar na génese do meu interesse intelectual pela área temática da Medicina e da Saúde e pela amizade duradoura. Esse agradecimento é extensível a Manuel Silvério Marques por ser um exemplo de integridade e de grandeza intelectual e humana que insufla admiração.

Em termos do apoio à operacionalização da investigação no “terreno” agradeço a preciosa ajuda e generosidade do Prof. Doutor António Vaz Carneiro, da Dr^a Ricardina Barroso, do Dr. Francisco Carvalho, da Dr^a Paula Broeiro, da Dr^a Margarida Fázio, da Dr.^a Pascale Charondiére, da Dr^a. Ana Ferrão e do Dr. Mário Santos. Sem a sua colaboração a concretização prática do trabalho teria ficado comprometida. O seu apoio foi também um factor facilitador.

Agradeço ainda à família Lobão – Igor, Vítor e Maria de Lurdes – a possibilidade logística de me ter facilitado condições para algumas maratonas de escrita na fase final da investigação.

Mas porque o que aqui se apresenta é um livro e não uma tese de doutoramento, importa alargar os agradecimentos a mais pessoas e instituições, dado que pretendi fazer desta publicação – que dista 10 anos da conclusão da tese – uma oportunidade de revisão, actualização e aprofundamento do seu conteúdo. Entendo o livro como um produto de uma natureza distinta de uma tese académica, pelo que a sua concretização foi o resultado de um investimento intensivo de releitura e de alguma reescrita para assegurar a melhor depuração possível do seu teor. Para além de questões formais e estilísticas (a pensar na sua melhor legibilidade para um público mais alargado) procurei corrigir gralhas, repetições e lacunas e substantivar melhor alguns argumentos e a própria articulação das ideias, fazendo-as dialogar com leituras e informações mais actuais. Este livro é, portanto, uma versão revista e melhorada da tese que lhe serve de sustentáculo.

Assumindo que o livro agora tornado realidade comporta méritos acrescidos face à tese de doutoramento defendida em 2014, os mesmo são amplamente devedores da intervenção generosa de alguns colegas e amigos que muito respeito e valorizo. Começo por mencionar o apoio entusiasta e indefectível do Nuno Medeiros que, de forma enérgica e abnegada, me estimula a ousar e a acreditar nas virtudes do meu trabalho. Obrigado pela confiança e pela amizade. Também com grande estima me refiro ao Telmo Clamote e ao Diogo Silva da Cunha que acolheram o meu pedido de leitura crítica da minha versão revista da tese. Um obrigado não apenas pelo tempo despendido e pela dimensão da empreitada, mas sobretudo por terem feito uma leitura exigente, detalhada, crítica e de enorme acutilância analítica. Souberam separar o plano da amizade do plano do rigor intelectual. Foram, quando assim se justificou, impiedosos nos seus comentários de discussão, o que permitiu confrontar-me com alguns aspectos críticos que exigiram melhor amadurecimento ou até mesmo correcção. Apesar de ter sido um caminho duro, pode-se dizer, sem quaisquer devaneios hiperbólicos, que foi um luxo poder contar com partilhas tão ricas e substantivas. Foi, para mim, uma boa ocasião para renovar a admiração intelectual que tenho pela consistência académica de cada um deles.

Uma outra nota de gratidão é devida ao trabalho de leitura crítica da versão revista do texto levado a cabo, tanto pela Noémia Lopes, como pela Catarina Delaunay. No caso da Noémia Lopes reporto-me a uma ligação profissional e de amizade já com 18 anos e que tem sido pautada pela constância do rigor, da excelência e da exigência científica. Estes predicados, aliados às qualidades humanas reservadas aos bons amigos, traduziram-se num exercício de leitura e comentário crítico igualmente valorizador do texto final. No caso da Catarina Delaunay, a relação é mais recente, mas esse percurso mais curto tem sido marcado por uma boa cumplicidade intelectual e por partilhas francas. Também o trabalho de leitura crítica e minuciosa foi um estímulo acrescido para tentar concretizar o melhor resultado possível.

Expresso igualmente o meu agradecimento ao Manuel Silvério Marques (novamente) e ao Tiago Moreira por terem aceitado o repto de escreverem o prefácio e o posfácio, respectivamente. Essa gratidão é devida não apenas pela disponibilidade, mas também, e sobretudo, por fazerem do livro um bom estímulo para o desenvolvimento de observações e notas de leitura sofisticadas, precisas e diferenciadoras. Para além

de terem sabido evidenciar os aspectos mais fundamentais e relevantes do livro, souberam fazer da sua leitura um bom pretexto para ampliarem o alcance das suas potencialidades. Foi um privilégio poder contar com os seus textos. O livro, na sua unidade, saiu claramente beneficiado e os leitores certamente que não deixarão também de o constatar.

O reconhecimento não fica concluído sem a referência explícita ao bom acolhimento institucional das edições do IPL, designadamente a sua colecção “Caminhos do Conhecimento” em que se insere esta obra. A abertura e o acompanhamento sempre pronto e diligente dos seus intervenientes acabaram por ser aspectos facilitadores e encorajadores para levar a cabo este empreendimento.

Por fim, mas no plano onde se concentra aquilo que é o mais visceralmente fundamental, a gratidão infinita vai naturalmente para a minha família. Pela imensa compreensão, ajuda e pelo extraordinário apoio logístico em momentos de retiro, agradeço aos meus sogros Zé Manel e Chaneca. No plano em que as palavras já não servem, um OBRIGADO especial (de coração nas mãos) aos meus filhos Marta, Miguel, Sofia e Sara, a quem devo coisas que não sei escrever. À minha mãe por ser uma mulher de grandeza ímpar e de uma força telúrica indescritível, e à Isabel a quem tudo devo, especialmente o amor e a felicidade.

PREFÁCIO

NEM INCONDICIONAL, NEM ARBITRÁRIO: ACTO MÉDICO, EQUIDADE E A MEDIDA DE TODAS AS COISAS

MANUEL SILVÉRIO MARQUES

Médico aposentado.

INTRODUÇÃO

Para lermos o texto de Hélder Raposo sobre efeitos da padronização e protocolização na prática, teoria e ideologia da Medicina, convém reter algumas notas prévias:

- (i) A Medicina (hospitalar ou familiar, privada, pública ou convencionada) não é, mesmo actualmente, redutível à biomedicina, à tecnomedicina e à medicina molecular ou genómica. Nem a Clínica Geral e os Cuidados Primários são, em exclusividade, holistas e biográficos (também as ciências psicológicas e neuropsiquiátricas o devem ser); a Pediatria, a Onco-Hematologia, etc., devem sê-lo igualmente. Quanto à Medicina *centrada no doente*, não o podem, não o devem ser todas? Seria preferível, talvez, voltar aos critérios e a classificação em ciências nomotéticas e ideográficas? E opor, sim, Medicina baseada na prova a Humanidades Médicas, ou, se se preferir, a Medicina baseada na narrativa?¹
- (ii) O sentido etimológico de protocolo, termo bizantino, é autenticação de um documento e, por extensão, registo de um procedimento. Os protocolos (p. ex., em oncologia) “em lugar de uma pretensa homogeneidade que supera as diferenças e instaura procedimentos uniformes [...] para as várias situações específicas [...], acabam por reconfigurar práticas e imprimir [...] adaptações

contingentes,” mercê, entre outros agenciamentos profissionais, de alguns invisíveis e/ou imateriais, da *praxis* local e das circunstâncias².

- (iii) Discricionário (de *discerno*, *discretum*, *discernere*, separar, distinguir, discernir) significa deixado à discrição, mas também incondicional, irrestrito, ilimitado. No âmbito jurídico, o vocábulo indica dependência da discrição ou arbítrio da autoridade, liberdade de acção administrativa (dentro dos limites da lei), o oposto do poder vinculado. Vincula o acto (e a omissão) do clínico um notável juramento há mais de dois milénios; findo o Antigo Regime no Ocidente, com os direitos de cidadania, generalizou-se o *vinculum* maior da vontade informada e esclarecida do doente. Assim, cumpre perguntar se, efectivamente, “as dinâmicas de reconstrução do conhecimento médico devem levar em linha de conta os aspectos relativos à discricionariedade na execução do trabalho profissional”³.
- (iv) Ter a ideia certa e definida e o pensamento claro e consistente é o começo, porém segue-se a expressão em linguagem precisa e comunicável. Seja o conceito de evidência: Como o seco se opõe ao húmido, a evidência é o oposto da prova: o evidente dispensa a prova, como Fernando Gil ensinou em trabalhos seminais e exaustivos⁴. Nada ganharíamos em chamar quente ao frio ou vice-versa, mesmo que os pudéssemos distinguir pelo calórico, pela temperatura, ou pela cinética molecular. Só perdemos em nomear a prova por evidência, o provável (vg, o demonstrável) e improvável por evidenciável e inevidenciável. De resto a *probabilidade* foi apenas o terreno onde germinou a teoria das probabilidades na viragem epistémica devida a Pascal (1623-1662) Huygens (1629-1685) e Leibniz (1646-1716). Ian Hacking mostrou numa obra famosa de inspiração foucaultiana, *The emergence of Probability*, discurso inaugural que alguns incluem nos primórdios dos estudos sociais da ciência e o autor numa pesquisa de ontologia histórica.

1. NO ESPAÇO PÚBLICO

1.1. No espaço público ruidoso onde se discute o SNS e o “sistema” de saúde português, todos o sentimos, há demasiada opinião oca, lida e “por ouvir dizer”, há demasiada parcialidade, ambivalência, muita ideologia, obediência e/ou ganância (de vários actores) e *wishfull thinking*, e, sobretudo, falta de escuta, de estudo e de reflexão; escandalosamente o doente e as suas atribuições são quase invisíveis. Inventam-se indicadores e objectivos de “produção” e sistemas de pagamento por desempenho, mas não se criaram as estruturas – nem a cultura institucional – de promoção e avaliação de qualidade (participadas, da base para o topo) e independentes. Em resultado as instituições, os profissionais, os instrumentos de defesa da saúde, do combate à doença, do Cuidar e do Curar estão cada vez mais biscateiros, tarefeiros, “mercenários”, clasistas, divididos entre um sector público decadente, um sector capitalista florescente e um sector dito social flutuante. Não há, infelizmente, muito trabalho empírico sobre a realidade actual, concreta, vivida da Medicina e das práticas dos vários grupos profissionais nos três sectores da saúde acima referidos e no quarto, o velho e honrado exercício liberal (de pulso livre) individual ou em equipa (micro- e pequenos empreendimentos). E não falarei da Enfermagem, da Universidade, da Farmácia, das tecnologias da Saúde, da Investigação e Inovação. Contra este triste desfazer de mais um domínio vital para o progresso colectivo, para a emancipação e dignificação das populações com direito à melhor (biologicamente possível) qualidade de vida, afinal para a sobrevivência do nosso país, temos aqui uma investigação bem pensada e bem conduzida pelo Doutor Hélder Raposo, académico cujo percurso consequente e exigente admiro há anos e acompanho. O objecto foram os cuidados de saúde ditos primários e as Unidades de Saúde Familiares. Estamos-lhe obrigados por isso.

Cumpramos investigar as condições de possibilidade da Medicina, honrar o clássico *ciclo fenomenológico* – da parte ao todo para tratar a parte. E cabe reconquistar o “espaço para a interpretação e para o julgamento individual [que] é, no fundo, o requisito que torna possível a manutenção da discricionariedade”⁵ (com as reservas anteriormente mencionadas), re-investindo no *ciclo hermenêutico*, do todo à parte para compreender o todo. Mas sabemos que, ensinou Karl Jaspers, a totalidade é inexaurível; não existe, de facto, ciência do indivíduo que sempre guarda,

felizmente, íntimos inescrutáveis. Sim, a clínica exige pluralidade epistémica,⁶ tal como o clínico deve ser capaz de suspender (os seus) juízos religiosos e morais se ferem o doente *qua* doente. Irei mostrar que a boa Medicina é *centrada no doente*, e sublinharei, com o autor, que a aceção de *poder discricionário* e a expressão “vertente discricionária do julgamento”⁷ pecam por excesso e pecam por defeito.

Aproveito este breve elogio de *Entre padronização e Discricionariade. Reconfigurações do conhecimento médico na Medicina Geral e familiar*, obra muito bem informada, cientificamente sólida e sensata, para me associar já à defesa da recentração do SNS no doente, desejavelmente de todo o aparato das tecnociências da saúde, incluindo, portanto, a chamada medicina de translação, a informática, a putativa “Saúde Digital”⁸. Serei inevitavelmente selectivo, e não menosprezo condições e finalidades aqui omitidas ou apenas alvitradas: a sabedoria e prudência, os múltiplos *saberes*, o profissionalismo, a organização. Menciono demasiado superficialmente a padronização (facticidade; protocolos; avaliação), os resultados (*outcomes*), os honorários, a produtividade, a eficiência, o custo-benefício, a inovação, o progresso... Não me eximirei a apontar algumas “doenças sistémicas” do SNS (e do pseudo-sistema nacional que o envolve, reanima e asfixia) e a defender a “lógica”, melhor, a ética da desmercantilização e desprecificação do acto médico, uma ética da responsabilidade.

Para integrar as matérias aqui tratadas na adequada perspectiva socio-política (ou ideológica, ou cosmopolita, adiro aos ideais elevados e corajosos como os proclamados em *Cuidar o Futuro* (Comissão Independente População e Qualidade de Vida, Lisboa, Trinova Editora, 1998, com a participação da antiga primeira ministra, Eng.^a Maria de Lurdes Pintasilgo) e aos princípios e meios defendidos por João Freire e seus camaradas há meio século, exposto no manifesto-síntese acme de livre pensamento (*Um Projecto Libertário, sereno e racional*. Lisboa, Colibri, 2018). Assumo o incontornável *Princípio da Responsabilidade* de Hans Jonas, elaborado, como é sabido, em resposta à generosidade “jacobina” de *O Princípio Esperança* de Ernst Bloch e escolho um ponto de vista muito básico e muito obliterado, sobretudo pelos próprios e seus síndicos, a perspectiva clínica. A episteme da clínica.

1.2. O clínico actua em mundos morais locais, ambivalentes e incertos, legitimado por conhecimento científico homologado, com autoridade

socialmente outorgada e, um poderio de facto – obviamente sem o correspondente senhorio – da vida e da morte. Compreender-se-á que uma das virtudes que deve possuir e cultivar é a *aequanimitas*, a fortitude contra adversidades. À cultura da complacência e do *Incaracterístico* (António Bracinha Vieira) opõe-se a figura aristotélica do *spondaios*, do homem estruturado, responsável, honesto⁹. Submete-se, por opção axial (e, sim!, de classe), a um juramento, a um código deontológico, ou seja, respeita a vontade expressa do doente, o seu “melhor interesse”, em *processo*, procedimentos, ritos, de obtenção do consentimento informado e esclarecido.

Há que reconhecer que, desgraçadamente para muitos, não se nasce biológica e organicamente igual, que cada vez são mais numerosas as propensões hereditárias conhecidas, as graves, e menos graves, patologias genéticas e epigenéticas. Não são apenas as filas de espera, a miséria, a interioridade, o azar, que desigualizam o “direito à saúde”, o acesso aos serviços de saúde. O Direito à Saúde, aliás, desejo e voto generoso, é mera expressão metafórica. Existem, isso sim, positivos Direitos Humanos universais, direitos da personalidade, direito a socorro em sinistro, direito de acesso aos cuidados de saúde, direito de capacitação e empoderamento. Decorrem, na nossa área cultural, do balanço subjectivo e institucional (histórico) entre universalismo, comunitarismo e individualismo. A equidade (ou epiqueia ou rectidão) é a ministração da justiça no caso concreto, o que exige tirar a venda, abrir os olhos e ver claro, mormente segundo a perspectiva de outrem¹⁰. É justiça distributiva, correctiva, social, se necessário com discriminação positiva e/ou negativa. A iniquidade é, notoriamente, um pecado capital dos nossos subsistemas de saúde, tal como a contumaz justiça de classe é um viés corrosivo do aparelho judicial.

Como a liberdade e a fraternidade, a igualdade é conquista social e pessoal quotidiana – por esta viveu e morreu Jean-Paul Marat (1743-1793), *l’ami du peuple*, o médico cujo brutal assassinio David imortalizou, autor da primeira Carta de Direitos Humanos. A equidade é um desafio maior para a Medicina e uma aspiração revolucionária de sistemas de saúde de Estados verdadeiramente democráticos: eu pergunto, como o deputado Vital Moreira fazia em 2001 num semanário, “porque dogma ele [o SNS] tem de ser gratuito para toda a gente, inclusive para quem é abastado?” (“A caminho do precipício”, in jornal *Público*, Espaço público, 9 Jan., 2001, p. 11).

1.3. Depois das campanhas sanitárias contra pestilências, epidemias e endemias e do *Relatório das Carreiras Médicas* de Miller Guerra no século passado, o SNS foi a melhor e mais esclarecida e consequente iniciativa criada para a combater a injustiça social na Saúde e na Assistência no nosso país, aquém e além-mar (lembro as campanhas contra a doença do sono, o paludismo e a fome). Diagnosticar a iniquidade na saúde e na doença é pouco, triste, patético mesmo. Ao atrever-me a fazê-lo nestes dias, evoco os feitos de três figuras exemplares de séculos precedentes, nomeadamente Florence Nightingale na enfermagem, na saúde pública e na organização hospitalar, e os cientistas Louis Pasteur e Rudolf Virchow na microbiologia, na infeccilogia e na medicina social. E adopto a superior tradição hipocrática que aprendi com Sir Geoffrey Lloyd, *scholar* de Cambridge, sucessor de Finley no Darwin College e primeiro director do Needham Institute. Conhece como poucos as medicinas clássicas chinesa e grega e é um precursor dos estudos sociais da ciência. Ensinou, num memorável Curso, a significação das categorias seminais da *techné* ou arte médica; permito-me salientar *pathos*, *nosos*, *historia*, *krisis*, *kairós* e *tekmerion* (prova) na esfera epistémica e, na pragmática, o juramento (a palavra dada), o regime, o *pharmakon* e a acribia; casam-nas a perspicácia prognóstica, a circunspecção diagnóstica e a deliberação terapêutica¹¹. Foi o genial polimata Galeno de Pérgamo que, no século II DC, fixou por milénio e meio a prática valetudinária nas polaridades empedoclianais dos quatro elementos, na teoria dos humores e no prestígio de Hipócrates e Platão. A doutrina humoral constituiu um imaginário, um cenário de inquirição, mítico, acomodável mas monolítico, consistente e fechado, suficientemente dinâmico para vigorar 2.000 anos. Seguiu-se no Ocidente o período solidista (anti-humoralista) e químico, produto da bifurcação cartesiana, caracterizado pelo mecanicismo e pelo modelo fibroso (ou fibrilar) do corpo. Corroborado pela ciência baconiana dos modernos, por Boyle, Sydenham, Boerhaave (1668-1738). Este último, catedrático da Universidade de Leyden, conhecido como o preceptor da Europa, re-estruturou a *praxis* segundo a ideologia e a ciência cartesianas: Criou a história clínica patográfica e o *setting* ou canon da presença do médico “interno” e a disciplina “luterana” da visita diária (pelo Mestre, docentes e discentes) aos enfermos hospitalizados, identificando novos *Gestalts* (*pattern-recognition*) nosológicos; promoveu

ainda a experimentação, a botânica e a química proto-modernas. A medicina *clínica* era então, e é ainda, essencialmente, como se sabe, uma prática liberal e casuística, isto é, de responsabilidade individual, um contracto fiduciário de prestação de serviço. Vivemos, agora, um quotidiano surreal, sob as presenças ostensivas e amiúde ofensivas e agressivas – mas “domesticáveis” –, da equipa desvinculada (os tarefeiros), anónima e *irresponsável*, da gestão viciosa ou gananciosa, da informática inescrutinável.

1.4. Viremo-nos então para a nossa actualidade. Quando se observam os discursos e as decisões na governação da saúde, percebe-se que as dificuldades humanas, técnicas e orçamentais de administração *secundarizam* e mascaram o quotidiano kafkiano dos doentes, e não só, apesar da dedicação e dos esforços dos que trabalham em muitas instituições de saúde. As principais resoluções são administrativas, gestão de recursos, não visam as penas e maleitas actuais, nem a satisfação das necessidades básicas salutogénicas dos mais vulneráveis e/ou desfavorecidos... Para quê o número nacional de utente do SNS se depois é nula a informação útil disponível e cruzada nas emergências, nos tratamentos, nos direitos, etc? Um cartão individual de saúde (informação digital com níveis requeridos de blindagem), existentes em Espanha há décadas: salvaria vidas, reduzia a burocracia, melhorava “urgências”, etc.¹² Veto da C. N. de Protecção de Dados? Mas então, e as escutas telefónicas anos a fio, a descontrolada mineração de bases de dados, a violação de redes sociais?

Acontece, ainda os custos astronómicos evitáveis por fácil e justificável “data-mining” retrospectivo ou não: os excessos de gastos em medicamentos e exames complementares estimam-se em 1/3 dos gastos totais (tão míope e nocivo como o desperdício da água e de energias!). Acresce que não são universal e suficientemente transparentes algumas “ligações perigosas”: (i) *BigPharma*-ensaios-médicos, (ii) parafrenália-cirurgiões, (iii) mercadorização-normatividades-lucros privados, porventura com conflitos de valores e/ou de interesse ou, até, elementos de ilicitude (no IPO os eventuais conflitos ligados aos ensaios clínicos eram bem resolvidos, com os atritos normais, pela exigência da Comissão de Ética para a Saúde, com o apoio pericial da Comissão de Investigação).

2. MALES NO BEM COMUM

2.1. Porém, não acho que se possam amordaçar os médicos com o argumento das limitações de verba, da falta de produtividade, do mau profissionalismo, quando em regra são competentes e dedicados e chovem há décadas da UE milhões que se delapidam (*armentaria* irracional, auto-estradas redundantes, consultorias milionárias, “eventos” sumptuários). É óbvio que situações (temporárias ou estruturais) de meios escassos de importância vital (como na medicina de guerra), impõem racionamento e procedimento atempados, justos, justificados e transparentes. Claro que toda a discriminação, potencialmente iníqua, deverá ser antecipadamente conhecida da população e do doente, pelo que a triagem *não* pode ser ordenada, determinada, “à cabeceira”. – Todos vimos as dúvidas, hesitações e incoerências durante a pandemia de COVID, que, diga-se de passagem, foi um desafio de *equacionamento e ponderação* de estratégias relativamente simples (ou se sacrificava a socio-economia ou se condenavam os velhos, a começar pelos mais dependentes, frágeis e pobres acolhidos nos “Lares de idosos”).

Com a actual degradação do SNS e suas “periferias” – as demoras, as faltas, os erros, as greves inumanas, as mortes indevidas, os idosos abandonados, os emigrantes explorados – cada vez fica mais patente a sua fagocitose (supletiva ou não) pelo sector empresarial (lucrativo ou não). Todos o testemunhámos no início deste processo vai para cinquenta anos, que, quando os tratamentos ficavam caros, esmiçados os pacientes, em caso de complicações graves, aproveitando o pluriemprego de alguns, sem apelo e com agravo, os doentes eram re-dirigidos (realmente empurrados) para o SNS. Não sei se ainda ocorre esta pouca-vergonha. Terminou há muito tempo a capacidade (a oferta) de “hospitalização intermediária” (alguns médios e pequenos estabelecimentos hospitalares, Misericórdias, fundações beneméritas, tiveram um papel único e poderiam ter melhorado muito, com iniciativas como o serviço médico à periferia, a sua requalificação e certificação)¹³. O pior, infelizmente, já anunciado em congressos médicos e nas reuniões das Direções, está a acontecer agora: desaparecem as vocações, diminui o gosto pelos Cuidados Intensivos e, inclusive, pela Medicina Interna, definham equipas médicas e núcleos estatais de ensino da arte clínica, das ciências básicas, das tecnologias/técnicas inovadoras. Vão-se perdendo, no SNS, práticas seculares como a presença – e até o ensino – à cabeceira do doente; o

gosto e a rotina da consulta domiciliária na Clínica Geral e Familiar rareia e, em grandes Hospitais, desapareceram as rondas da enfermeira sênior e dos clínicos pelas enfermarias. (Rondas mais importantes e necessárias nas horas noturnas, os melhores tempos de partilha, confiança, exposição de problemas e reforço da cultura do serviço). Todos testemunhamos que a própria pessoa do médico assistente, seja por incúria incompreensível, seja por ignorância indesculpável, caiu num estado de agonia. Abusada a boa vontade de alguns, negligenciada a inércia de muitos, numa atmosfera de atritos, caos, *burnout*, desaparecem os espaços institucionais (como a psiquiatria de ligação), curriculares (ensino pós-graduado) e informais onde se cultivava o humanismo e estiolam equipas onde floresciam as Humanidades Médicas (há honrosas exceções). Salvar-se-á ainda desta *débaçle* a qualidade média do ensino tecnocientífico (médico e de enfermagem) e da investigação. Perante isto, discutimos teologias políticas, catecismos, lugares, negócios, “cunhas”, sexos impúberes. Há uma geração que o SNS sangra e se esvai lentamente à vista de todos e cumpre-nos afrontar o nosso pendor familista, conformista, devoto, sebástico, e as suas taras sectárias, quixotescas, messiânicas, dementes e a liderança tola, ridícula, desenrascada que alguns tomam por governança esclarecida.

Hoje, evidentemente, os conteúdos explícitos (não os tácitos!) do modo de pensar clínico – sem supressão do relacional, do “narrativo” – são essencialmente científicos. Ciência da complexidade e da incerteza, já não é um estilo aforístico e de binarismos, que ainda se mantêm em aspectos do raciocínio diagnóstico (e em muitas meta-categorias fundamentais que aqui não esmiuçarei). Não engendra decisões infalíveis. *Não* é baseado na evidência, mas na *prova* estatística, prova tópico da brilhante pesquisa de Fernando Gil há 30 anos, explicando porque nada há de evidente na evidência...

2.2. O bem, costume defini-lo com Paul Ricoeur, como “a procura da vida boa, com e para os outros, numa sociedade justa”. A construção da equidade acho-a consagrada numa máxima inequívoca: “de cada um segundo as suas possibilidades, a cada um segundo as suas necessidades”. Inspirada porventura nos *Actos dos Apóstolos* (4:32–35: 32; mas compare-se *Mateus*, 25:15), foi lema das Revoluções de 1848 e entronizada por Saint-Simon, pelos anarquistas libertários, por Marx. Supõe, impõe, o anonimato do doente, uma contradição antagónica para o

médico responsável, para o cuidador, para o “socorrista” (mas não como *o meu próximo* no paradigma do bom samaritano)¹⁴. Felizmente permite, facilita, a elevação do sem-nome à filia, à fraternidade que devém espontânea e natural na experiência clínica, com a escuta das queixas, através do reconhecimento de outrem como o semelhante ferido, traumatizado, fragilizado, como meu paciente – se e só se, o interlocutor inibiu a sua própria arrogância, a força petrificante do poder (que destrói a relação humana, coisifica a doença, reifica a dor, nulifica o sofrimento) –, se e só se arredou a máscara da *gravitas* e suspendeu a tentação permanente da dessubjectivação do mais fraco, a alienação camusiana do estrangeiro¹⁵.

Nos planos meramente humano e social, como nos esquecemos, como não percebemos ou fingimos – pois os privilégios de “sangue”, de posse, de cercania retornam em força nas crises –, que toda a discriminação assistencial, deve, em princípio, estar prevista, favorecendo os mais necessitados, sendo avalizada por comissões de ética ou outras entidades independentes, monitorizada, revista e eventualmente modificada, sob pena de se aumentar a injustiça e a desigualdade? É difícil e cruenta hoje a terapêutica do SNS? A primeira responsabilidade cabe aos médicos, às Faculdades, à Ordem, aos Colégios de especialidade, sem omitir os Sindicatos por óbvias razões, pois trata-se acima de tudo, de ciência (bem) aplicada e de profissionalismo auto-regulado e (justamente) recompensado.

Um hospital, qualquer unidade de saúde moderadamente diferenciada ou especializada, de dimensão razoável, é uma organização complexa e a sua boa direcção médica é tarefa heterogénea, hercúlea, envolvendo, como aponte, assistência, ensino e investigação. E um *modicum* de aptidões de gestão, sobretudo de recursos humanos. Compreende-se agora a necessidade de renúncia ao multi-emprego e opção (se vantajosa, racional, viável) pela dedicação *exclusiva*? Acumular os deveres da gestão “empresarial” na mesma pessoa (que normalmente pouco sabe da função, de contabilidade e legislação afim) é um erro, creio. No que diz respeito apenas aos objectivos da *equidade* cabe às hierarquias em especial, mas também a cada funcionário, proteger a centralidade do doente, de cada doente, especialmente se mais urgente, grave, frágil ou necessitado. Há que prover ao ensino/aprendizagem (local) e à permanente motivação do pessoal, dos menos capacitados e instruídos. Sem esquecer as capacidades de comunicação, relacionamento, empatia, etc., incluindo

o “ABC” da reanimação. Quanto à classe médica, pergunto-me se a onda avassaladora da tecnociência poderá ser navegada e regulada pela mobilização do *ethos* hipocrático e pela ética do cuidado, inscritas numa Medicina Reflexiva (Antropológica, Holística ou Narrativa¹⁶), se não forem impulsionados pelas instituições, se não colocarem à cabeça sempre o bem dos doentes e de cada doente.

2.3. Nos nossos sistemas de saúde – a qualquer nível – ainda não se valoriza o suficiente a cooperação (a complementaridade, a colaboração em equipa) entre enfermeiros e médicos (e, assistentes sociais, secretariado clínico, etc.), nem se preza o ciclo da formação contínua, estudo permanente, avaliação. A primeira lição do neófito, muitas vezes, é torpe, *imunda*: quem realiza mais e/ou melhor actividade clínica, de enfermaria, de cuidado, é penalizado pelo sistema. Premeiam-se mais as publicações, os *papers*, frequentemente comanditados, indigentes, repetidos, miméticos. Como farão agora com o *chatGPT 4*? Os estudos de epidemiologia clínica, as análises de estruturas, processos e *outcomes*, escasseiam quer a nível horizontal, quer vertical. Não percebem a inversão de valores!? Não podemos calar o estado calamitoso em que estão a cair, umas atrás das outras, as “pedras vivas”, as equipas de saúde, as organizações e as subculturas institucionais¹⁷.

Vou mencionar apenas três tipos de derivas escandalosas reveladoras da estranha evolução de muitas entidades (ignorância de uns, desistência de outros?) nas últimas décadas:

1. Impressiona a incapacidade que temos de racionalizar e unificar os vários *subsistemas* públicos de saúde, chegando muitos cidadãos a terem direito a três, além do seguro privado (este com cerca 1,5 milhões de associados, dizem-me), ao mesmo tempo que se alimentou a transferência para empresas de fim lucrativo das fatias mais gordas do bolo do ambulatório médico e das cirurgias rentáveis – caso da ADSE.
2. Na investigação farmacológica, a tendência a abolir a equipolência (*equipoise*) clínica e o princípio da hipótese nula na experimentação (fruto da competição entre multinacionais, dos custos elevadíssimos da pesquisa básica e dos prazos longos da investigação pré-clínica). Em oncologia, destacam-se a suspeita acentuação de *oposição principal* entre efeito citotóxico e efeito citostático e a

adopção de alvos substitutos (*surrogate end-points*) como pré-condições do registo do novo fármaco (se não houver alternativa); troca-se o critério da dose-máxima tolerada (MTD) pelo efeito, com aceitação de taxas de respostas (RR)>15%; estas opções são legitimadas por métodos *bayesianos* (que nem todos dominam) que favorecem *matematicamente* os ensaios clínicos mais céleres, mais baratos e de *probanda* mais diminuta¹⁸.

3. Outra tendência, igualmente ambígua, ganhadora no *mainstream*, muito ligada à biopolítica e ao economicismo, é a medicina baseada na prova (erradamente dita evidência, *evidence-based medicine*), que procura aplicar os resultados de meta-análises (atitude correta, salutar e inevitável), mas, abusivamente, tende a absolutizar as leis das probabilidades e os modelos estatísticos, como medida de todas as coisas¹⁹.

Quem garante a prestação de contas, a assunção das responsabilidades (a *accountability*)?²⁰ Nos projectos internacionais sabe-se quem o faz, mas no quotidiano (lembro o que está a ocorrer na obstetrícia – e neonatologia? – no SNS) dilui-se em muitos os casos a identidade dos responsáveis. Bizarro! No campo da saúde pública, quem rege – e protege – os megadados, o *risk assessment*, a *technology assessment* nas nossas instituições (e não só no SNS)? Face a tudo isto, em desconformidade, os Colégios de especialidade e a tutela resistem, entre nós, a estabelecer a re-certificação e a re-acreditação sistemática de profissionais e serviços, realidades implantadas há decénios nos países do Norte europeu.

Em suma, muitos sabemos que a solução alternativa, no plano médico e no da gestão, é a *medicina centrada no doente* ou, se se preferir, a gestão centrada no doente. Sabemos que no último meio século aconteceram inegáveis avanços no desenvolvimento e qualidade de vida da população, apesar dos mencionados fracassos na saúde do SNS. Cingindo-me apenas a aspectos de saúde pública, urge activar os meios e os dispositivos mínimos para permitir a concretização de estados de prontidão – para as melhores políticas concretas de medicina social e preventiva, de emergência e catástrofe. O que implica a um salto qualitativo na assistência, na acção social, no poder local (i.é, no Estado de Direito, tão difícil de florescer no Sul), dado o consenso de que a classe socio-económica, aliada à escolaridade e à interioridade, é um dos mais robustos preditores do risco, da doença e da saúde e que o rendimento

é o melhor preditor da longevidade das populações. Todavia, todos o sabemos, nenhuma reforma, nenhuma comparação, nenhum melhoramento faz sentido sem educação para a saúde, sem o chamado “auto-cuidado” e sem serviços de garantia da qualidade em saúde, proactivos, competentes, reconhecidos internacionalmente, na linhagem da obra de Rosa Suñol. Logo, avaliações do desempenho e inspecções pontuais, indispensáveis, não chegam (mesmo se inopinadas, aleatórias, sancionatórias). Sem recertificação e garantia de qualidade, com *standards* criadas na “base” e pela “base”, nada é consistente, verificável (escrutínio por pares, público e político). Nenhuma deficiência dos serviços será diagnosticável e curável, desde as listas de espera às quedas nas enfermarias, desde as infecções nosocomiais às mortes evitáveis (estimava-se há anos que, com verificação *post-mortem*, rondavam 5 a 10 % do total dos óbitos em hospitais diferenciados).

3. PARA LÁ DO TRIÂNGULO HIPOCRÁTICO

3.1. Conjecturei há anos que o Juramento Hipocrático se explicaria pelo apagamento, pela denegação, pela forclusão da violência originária da Medicina: Violência iatrogénica do *tanatho meletes* (provedor da morte), do *pharmakon* – que significa vítima expiatória, veneno e remédio –, da cirurgia cruenta, do corpo lacerado, da intimidade implodida. E violência sobre si: enfrentamento do tabu do sangue, prelúdio do escatológico, quirofania do excremental. Segui o pensamento de Fernando Gil acerca das *fundações* do Saber e do Eu e da sua ocultação pela fundamentação ideológica, sectária. A medida de toda as coisas, em múltiplos domínios, é, evidentemente, o homem (Protágoras), a pessoa humana, o indivíduo doente, implicando, na cultura ocidental, respeito pela sua autonomia, vontade e dignidade: a observância dos Direitos Humanos. Noutra perspectiva, à escala social, uma política de saúde justa cumprirá critérios (inspirados pelas éticas da responsabilidade, comunitária e comunicacional) e regras da Saúde Pública, de bem comum, da melhor qualidade possível de vida e felicidade para todos. Para a fixação do *modus operandi*, salva-nos, perante a pluralidade de valores, neste labirinto de motivos e nesta catadupa de crises, acredito, o carácter afectivo, intuitivo, universal, das bases emocionais do sentimento, do juízo, do estado mental, da consciência reflexiva, como um Vico e um Herder propuseram,

como a medicina sempre ensinou (escritos sobre as paixões, as melancolias, as vesânicas), bases e processos que António Damásio e outros têm demonstrado e aprofundado.

Portanto, como a praxis requer permanente atenção à equidade, o que obriga repito, entre as estratégias de combate às desigualdades e injustiças, o discernimento e a selecção dos mais carenciados, “pequenos”, e para tal, o recurso quando racional – contra a natureza intersubjectiva singular do encontro médico – a formas de anonimato e de lotaria na distribuição (em situações equivalentes) de meios necessários, tantas vezes escassos e/ou onerosos (ex., terapêuticas inovadoras, tecidos e órgãos para transplante, “doenças órfãs”, próteses comuns, próteses biônicas). Nalguns contextos, prioridades e métricas serão determinadas pela urgência real e, ainda noutros, pelo critério clínico, mais perfeito e filosófico, do Único, do Singular, tipificado no acesso aos cuidados intensivos. Por vezes, e não apenas neste micro-universo, “razões” eugénicas – imorais, na substância e no procedimento –, são infelizmente aceites, como sucedeu, dissimuladas, silenciadas, no pico da recente pandemia do SARS-CoV-2 (foi público) na Bélgica e em Espanha. Infelizmente, ao que sei, a sua análise crítica por parte das Instituições profissionais e das classes políticas respectivas está por fazer.

Perceber-se-á, tal é o enigma da saúde (Gadamer) e a beleza e natureza da clínica: as harmonias invisíveis dos seres vivos, prevalecem sobre as visíveis e são espaços de constante diferenciação: requerem, subtilmente, métricas internas, impróprias da coisa, do objectivo, do objectivado (mensurável, ponderável, avaliável). Reclamam espírito de *finesse* e zetético, pluralidade de perspectivas e métodos (clínicos, morfológicos, funcionais, narrativos, éticos, qualitativos, semi-quantitativos), trabalho sempre incompleto, que, idealmente, compensa a fragilidade do bem e supera a fungibilidade da acção. Não é compatível com abstrações de econometria e génios de finanças. Assim, talvez se consigam curar as patologias locais e as taras colectivas, e sarar as feridas expostas e as derivas brutais que afectam o SNS e o pseudo-sistema de saúde nacional. Cabe repor a ética clínica no seu lugar nativo, na experiência, digo, na vivência do individual, na demanda do fundo metafísico da moral, quiçá na busca humilde do “absoluto que pertence à terra” (Hermann Broch, lido por Maria Filomena Molder²¹). Vê-se que entendo, como muitos antes de mim, que há profissões – vocações, militâncias, caminhos, sacerdócios – em que as relações são por excelência humanas, nanja de

mercadoria: a primeira delas foi e é a medicina. A *desprecificação* do acto médico não é, insisto, utopia, nem distopia. É uma opção pessoal e institucional que mantém centenárias Misericórdias, Cruz-Vermelhas, Médicos Sem Fronteiras, equipas hospitalares excepcionais e associações beneméritas e voluntárias que resistem (e não apenas as religiosas).

Reconheço, claro, que a mercadorização do acto médico, do nascer ao morrer, tem invadido consultórios, blocos operatórios, espaços hospitalares privados e públicos, pela mão visível da tecnologia e do mercado, tendência planetária, mesmo do chamado Sul Global. Frutos paradoxais da dupla estrutura e da dupla verdade que consubstanciam a dialéctica da natureza e as polaridades do vivo. Defendo há muito, nos planos cognitivo e epistémico, a revalorização do conhecimento pessoal e dos saberes tácitos e implícitos (um “achado” raro do livro de Hélder Raposo é a epígrafe do seu texto, assinalando essa “descoberta” há mais de 60 anos pelo eminente filósofo e grande químico que foi Michael Polanyi). Outros determinantes do acto médico, especialmente das decisões à beira do doente – a saber, o alívio do sofrimento e a cura da doença segundo as *leges artis*, a Ciência, a deontologia e a ética –, *jamais* deverão ser o honorário, o lucro (os próprios prosélitos daquele sistema, os Trumps deste mundo, para si, querem primeiro a honestidade e a competência). Tal não obsta a que os gastos se devam estimar e considerar, prevenindo e combatendo más práticas, evitando futilidade e *dispendium*, aceitando a incerteza, ignorância e finitude. Tanto na medicina pública, como na privada, na empresarial como na social.

3.2. Sem dúvida que as civilizações de consumo e desperdício lesaram e lesam o nosso terrestre *spaceship*, mas, contra fundamentalismos, foram os notáveis avanços da biomedicina, das tecnociências e da I.A.²² que proporcionaram o sucesso sobre a pandemia do Covid e, crê-se, em breve, cantarão vitória sobre a malária, um dos maiores flagelos da humanidade. Há que reconhecer que se associaram para potenciar a terrível regressão do *ethos* do cuidado a todos os níveis, e para nos instalarmos contentes num presente “pós-humano”, a aceleração da história, as malhas do biopoder, as crises económicas e ambientais, os conflitos bélicos internacionais, a luta parlamentar indecorosa, o carnaval mediático, a gestão economicista e a falsa consciência de muitos protagonistas contaminando profissionais e organismos de classe²³. Sem surpresas, a falsa consciência,²⁴ a mimese vitimária, a percepção da

insegurança, a incerteza, o fel (como diriam os nossos avós e... Raúl Brandão) atingem proporções inimagináveis, só comparáveis ao envilecimento e corrupção dos “espaços” públicos. No caso da saúde, como causas próximas destes males, menciono a evacuação da ideia e das práticas de hospitalidade e o desprezo da complexidade do objecto em todas as suas escalas (acto clínico concreto, anestesia, intervenção cirúrgica, serviço hospitalar, unidade de saúde, hospital, SNS...). Dificuldades comuns evitáveis facilmente, são, em geral a aversão nacional ao dissenso, o apego cego e obediente à *letra* morta e, sobretudo, a pala mental nós/eles=bons/maus. Aplica-se esta última crítica aos cidadãos, aos dirigentes, nos quatro vértices e seis mediações (ou relações) do triedro que desdobra a original figura ternária hipocrática (doente/médico/doença). Os quatro vértices são (1.º) receptores (ou utilizadores) de prestações, intervenções e cuidados, (2.º) prestadores, (3.º) financiadores e (4.º) legisladores e reguladores:

- (1.º) Os utilizadores, doentes desmobilizados, mal-avisados, contentam-se em estar melhor hoje que anteontem, mas, impotentes, sabem estar bem pior hoje que ontem. Fala-se de empoderamento dos pacientes, enquanto displicentes e impunes, os deixam morrer nas salas de espera e cercanias dos hospitais centrais da capital (sem que um dirigente sénior ou um responsável dê a cara e explique o que se passa).
- (2.º) Os prestadores acham que ganham com acumulações, ignorando conflitos de interesse e, na forma das suas reivindicações (justas, frequentemente), têm vindo a deixar destruir – a maltratar ou matar – o que dizem e tentam proteger, cuidar e curar: o SNS e os doentes mais pobres e graves.
- (3.º) Muitos financiadores (em nome) do Estado efectua(ra)m acordos com empresas privadas multinacionais ou nacionais (Hemodiálise, Imagiologia, Radioterapia, *BigPharma*, Laboratórios, *Data mining*, etc.), frequentemente em condições draconianas, ou irremissíveis. Rejeitam-se cegamente alguns (a PPP do Hospital de Vila Franca de Xira, p. ex.) e desleixa-se o sector social, ignorando altivamente a qualidade e os sorvedores de bens públicos raros e caros.
- (4.º) Os legisladores, perante as graves maleitas e perversões do SNS e de todo o “Sistema” de saúde português (paradoxal, generoso

e dispendioso), continuam impotentes e/ou ignorantes, alguns dos parlamentares entretidos com latrinas e eutanásias (discursaram acerca desta melindrosa opção, pouco percebendo e sentindo da realidade concreta e vivenciada, incluindo da terminologia mais básica²⁵).

4. CONCLUSÃO

Imitadores de Saturno (lembro as famosas *Pinturas Negras* de Goya) a Norte e Sul, Leste e Oeste, enfeitiçados pelas tecnociências e pela afluência, não estaremos, levados pela *hybris*, a devorar os nossos filhos?

– Falhámos todos, os profissionais que fizemos e fazemos o SNS, partidos, governos, Escolas, associações de profissionais e de doentes (estes não se mobilizaram unitariamente), porque deixamos viver, sofrer e morrer os nossos doentes nesta grande... Para sair deste arrastado impasse de direitas, esquerdas, centros, híbridos, neutros e nulos, julgo que as mudanças terão sempre de partir e de chegar a um ponto, o “*point of care*” – como diz Pedro Abecasis, colega e amigo fraterno –, o lugar da atenção e do cuidado de saúde, no qual o doente deve ser desonerado, aliviado do sofrimento livre de encargos²⁶. “*Daí faz-se o caminho para trás*”²⁷. O que não deverá continuar é o pluriemprego, o canibalismo síndico-corporativo que Manuel Lucena profetizou há cinquenta anos adivinhando os semi-*lockouts* e não greves – quem é mandante, quem é “explorador”? – arrasadores por parte de médicos, enfermeiros, professores, etc., que, aliás, nunca paralisa a actividade privada ou liberal dos próprios. A misturada actual ineficientíssima, em que milhares de portugueses têm múltiplos subsistemas, mais de um milhão de portugueses pagam duas vezes (o IRS e o seguro), e tantos adoecem e morrem miseravelmente em solidão e abandono. Neste inferno, é insultuoso alardear a nobreza do acto médico correcto e aumentado²⁸, afagar a geração mais bem preparada do país quando foge dele, glorificar o *élan* vital e as liberdades (?) em actos de sentido potenciadores dos infinitos, sub-reptícia e malevolamente roubados ao destino individual²⁹. Urge devolver o tempo, a esperança, a confiança, a palavra única a cada paciente, tudo o que é negado ou dificultado pela *clínica* tecnocrática, cronometrada, mercantilizada, digitalizada (virtualizada), desumanizada. Experimentando soluções há muito validadas... na casa dos vizinhos.

No final do seu trabalho Hélder Raposo elenca alguns efeitos perversos da burocratização e mercantilização (“*managerialização*”) da Medicina: (i) as burocracias que roubam as horas *dos doentes*, preciosas e sempre escassas, e os tempos para o ensino, investigação, estudo e reflexão (não esqueço o repouso, a família, as ambições pessoais legítimas, etc); (ii) a avaliação dos profissionais corre o risco de se resumir aos indicadores quantificados (sempre fiáveis?) e não à qualidade do trabalho e dos resultados; (iii) as barreiras à individualização e personalização de atenção e cuidados, aumentam, (iv) a anexação dos salários a índices de desempenho contractualizados favorece a venalidade e estimula o uso do “anel de Giges”; (v) enfim, gera-se uma Medicina centrada em indicadores em vez de centrada em doentes³⁰; (vi) a estas corruptelas, acrescentaria, a desregulação dos honorários privados e, nas empresas privadas de saúde, a captura insidiosa (do *ethos*) da profissão com “metas e objectivos” *principalmente* subordinados ao lucro. Tudo o que devemos evitar.

Procurei, baseado na experiência como clínico e nas funções várias que desempenhei, efectuar uma breve ronda reflexiva sobre a medicina e as condições ideológicas e éticas do SNS. Privilegiei as categorias fundacionais do exercício da profissão e aflorei o contexto político, de modo não substantivo e não quantitativo. O meu desiderato foi a dignificação do acto médico, a desburocratização e desprecificação do encontro clínico e o exame dos efeitos desse tipo de vivência humana, por vezes desumana, sobre a equidade e a iniquidade. Foquei, por conseguinte, mais que as condições globais, algumas determinações locais e internas da praxis e da epistema médicas, comentando as achegas e os argumentos de Hélder Raposo no seu bem urdido e documentado livro “*Entre padronização e Discricionariedade. Reconfigurações do conhecimento médico na Medicina Geral e familiar*”. Parabéns e felicidades ao autor.

Adenda dedicada aos amigos e leitores desconhecidos que chegaram até aqui. Médicos de gerações mais novas dizem-me que a cultura médica dominante no SNS, quer nos hospitais quer nas “Unidades de Saúde Familiar”, não partilham os valores e juízos implicados neste escrito.

Eu concordo que muitos desses valores vão contra o *Zeitgeist*. Mas esses médicos (e demais profissionais de saúde, na sua esfera de obrigações) sabem que os erros por ignorância, incompetência ou negligência não lhes serão perdoados: comprometeram-se por vocação,

brio, decoro ou simples amor-próprio, e são ética e socialmente obrigados a discernir, em cada um dos seus actos, as fronteiras licitude/ilicitude por acção e por omissão. Portanto há sempre que cuidar da ciência, da organização e cultura institucionais e do “espírito da equipa”. E do trabalho quotidiano, em exclusividade idealmente. Foi o que fizemos durante três a quatro dezenas de anos na nossa equipa (como outros), no IPO: O regime de trabalho da equipa era simples: pelas oito horas da manhã (chegar cedo para evitar o trânsito de Lisboa!) fazíamos a reunião com os jovens internos e se possível a/o enfermeira/o das “nossas” enfermarias para tomar nota das ocorrências da noite anterior e rever a programação de trabalho do dia. Este, era demasiadas vezes um “movimento browniano”, tais as solicitações da plétora de doentes graves do internamento e do ambulatório que acorriam a qualquer hora (portas abertas para doenças muito graves, com intercorrências e complicações de risco de vida). Tratar doenças malignas agudas do sangue como certas leucemias ou doenças crónicas como determinados linfomas e outras patologias imunoproliferativas, ou quadros graves de displasias ou neoplasias da medula óssea, requer (dados os rápidos progressos da biologia, da genética molecular, das terapias, etc.), não apenas saberes sempre actualizados, incluindo saber-fazer determinadas técnicas, aptidões mínimas em informática, mas sobretudo saber comunicar – ouvir, sentir e sentir-se, manter boa relação terapêutica, dar más-notícias, etc., etc. E, aconteceu e acontece, conseguir superar as carências mais inacreditáveis, p. ex., materiais hospitalares de primeira necessidade, e até salas condignas, sossegadas, para reuniões de decisão terapêutica com os doentes (e familiares). Tantos eram (e são?) as falhas da nossa (in)cultura organizacional caracterizada por impreparação (escolar, técnica, relacional), más rotinas, cedências, tibiezas, compromissos: nunca é demasiada a atenção ao singular e às suas circunstâncias, sem a qual a más-práticas passam despercebidas, em ambiente tradicionalmente complacente (vd Manuel Silvério Marques, “Um acto médico correcto e aumentado”, *Acta Med. Port.*, 11:, 543-544, 1997). Quanto ao *modus faciendi*, no plano político e procedimental partidário e parlamentar, há dezenas de anos que muitos de nós tomamos conhecimento do Plano Dekker dos Países Baixos, que parece um bom exemplo, com as devidas adaptações que o tempo e o lugar (cultura mediterrânica e não luterana, excessivamente iletrada, familista e obediente).

Agradecimentos: Este escrito desenvolve a minha participação nas comemorações de 50 anos do 25 de Abril (efectuada *online* a 24 de Abril de 2024, Academia das Ciências) no ciclo “*Diversidade Cultural, desenvolvimento e direitos humanos*”, sob a coordenação de Maria Salomé Soares Pais (ACL), Maria Manuela Tavares Ribeiro (ACL) e Maria de Jesus Cabral (CEHUM – Universidade do Minho), intitulada *Equidade, medicina e a medida de todas as coisas*. A estas docentes agradeço o convite. Fico também muito obrigado pelas leituras e comentários amigos de José Matos Silva, Pedro Abecasis e José Gonçalves da Costa da versão original, a quem, evidentemente, nenhuma responsabilidade pode ser atribuída pelo tom e conteúdo deste escrito.

Lapa, Cartaxo, Outubro 2024

NOTAS

¹ Helder Raposo, *Entre padronização e Discricionariedade. Reconfigurações do conhecimento médico na Medicina Geral e familiar*. (Dissertação de Doutoramento, ICS-UL), pp. 289, 293. Contra as desmesuradas pretensões da Medicina baseada e o canos do ECR na prova têm-se elevado várias vozes desde há anos, designadamente filósofos das escola de Nebraska e no UK, Donald Gillies. E os próprios fundadores Archie Cochrane e David Sackett se demarcaram dos fundamentalistas; dito isto, nada a obstar, muito pelo contrário, a provas estatísticas (não há *evidência* estatística, mesmo se filhada nas teorias bayesianas), a ensaios clínicos éticos e bem fundados e conduzidos, a meta-análises, desde que as aplicações se fiquem pelo seu âmbito.

² Id., *cit.*, p. 233.

³ Id., *cit.*, p. 228

⁴ Fernando Gil, *Tratado da Evidência*, Lisboa, IN/CM, 1995; idem, (1998), *Modos da Evidência*. Lisboa: IN/CM.

⁵ Helder Raposo, *cit.*, p. 273.

⁶ Jaspers, *General Psychopathology*, 1997 (1913), p.416; Helder Raposo, *cit.*, pp. 283, 295, 303

⁷ Id., *cit.*, p. 290.

⁸ *Estrategia de salud digital. Sistema nacional de salud*. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación para el SNS, 2 Diciembre 2021; <https://www.who.int/publications-detail-redirect/10665-279505> (com o meu reconhecimento à Professora Maria del Mar Garcia).

⁹ Manuel Silvério Marques, “Laços sem Fim e os desafios da Medicina”, *Acta Médica Portuguesa*, 2005, 18: 353-370. Com gratidão ao José Luís Garcia que me deu a conhecer há anos o pensamento filosófico de Eric Vogelín.

¹⁰ É interessante ver a definição de equidade nos seus mitemas. Témis é a clássica divindade que representa a justiça no sentido moral, como sentimento da verdade, da equidade, de humanidade, acima das paixões humanas. Por este motivo, Témis, a Justiça (*Dike*), tem os olhos vendados, uma balança numa mão e a espada na outra: justiça, lei e ordem protectora dos oprimidos. Na qualidade de deusa das leis eternas, era a segunda das esposas divinas de Zeus e sua conselheira,

com assento ao lado do seu trono. Astreia, filha de Zeus e Têmis – de balança na mão, sem venda nem espada –, é símbolo da *reparação* e do processo legal, do contrato social. Contém, portanto, uma conotação de justiça distributiva, correctiva, social: de idade, género, estado, residência, etc. Aqui suscita-se a questão canónica da igualdade enquanto uniformidade e violação da diferença (a massificação, o despotismo, o totalitarismo não andam longe); corresponde a *dikaioσύνη* ou ciência de distribuir o devido ou ajustado a cada um. Aristóteles, como sempre, propôs para essa finalidade, a doutrina do meio, da justa medida e a ética da virtude, prudencial. Alguns de nós pensamos que devemos valorizar os requisitos de índole afectiva, a cultura da sensibilidade, a educação de sentimentos básicos, um, o sentimento de injustiça, outro, o sentimento do falso (embotados pelo exercício do poder e pela proximidade dos poderosos, pela propriedade, pela moleza, pela inércia, pela “adaptação”).

¹¹ Sir Geoffrey Lloyd, *In the Grip of Disease. Studies in the Greek Imagination*, Oxford, Oxford University Press, 2003. Esse estilo cognitivo está patente no modo aforístico de pensar e memorizar – antagónico do pensamento narrativo e do seu *tempo* múltiplo - e aparentemente ressuscitado no modo *emblemático* de comunicar, estar e ser, nesta nossa era do espectáculo, das massas, das redes, do digital.

¹² Mas então, o que já existe para as prescrições farmacológicas, registos de vacinas, etc.; e a blindagem? E as escutas telefónicas anos a fio, a descontrolada mineração de bases de dados, a violação de redes sociais?

¹³ Laurinda Abreu, “A especificidade do Sistema de Assistência Pública português. Linhas estruturantes”. *Arquipélago, História*. 2^{as}, 6: 417-434, 2002. O Hospital Real de Todos os Santos (fundado em 1492, por D. Manuel) em Lisboa e a obra notável das Misericórdias (criadas por Frei Miguel Contreiras e pela Rainha D. Leonor em 1498), tiveram uma extraordinária influência na organização e prestação da assistência pública, na enfermagem, na saúde e no ensino médico. Num século e pouco implantaram-se centenas de Misericórdias do Minho a Timor (com gratidão a Laurinda Abreu).

¹⁴ Veja-se o comovente e vigoroso escrito de F. Gil, “L’Hôpital et la Loi Morale” in *Rue Descartes*, p. 78-101, 2010 (p. 85): “*C’est par l’anonymat que l’homme s’élève à son humanité et que l’œuvre acquiert une dimension collective, c’est-à-dire ‘objective’ et ‘extérieure’*” (a 1^a versão portuguesa em *Atlântico*, nº1, é, salvo erro, de 2006).

¹⁵ Alienação e desubjectivação que *retóricas* do neocaciquismo sindical cada vez mais reduzido a profanações carnavalesco-mediáticas, paródias da verdadeira luta de classes (classes sociais parece que invisíveis nos países “socialistas”, de capitalismo de Estado, nas cleptocracias e oligarquias pós-comunistas). *Déjà vu*: leia-se, gerada em era de ilusões pós-tribunal de Nuremberga, a luminosa correspondência entre Albert Camus e René Char, lição de amizade, lição de coragem, lição de discernimento, lição de luta pelo bem comum (com um abraço forte ao Gonçalo que recentemente me ofereceu o livro)!

¹⁶ Manuel Silvério Marques, “*Venatio, vexatio* and the subduing of meaning in medicine” in Isabel Fernandes et alii. (Eds.) *Creative Dialogues. Narrative and Medicine*. UK, Cambridge Scholars Publishing, 2015, pp. 40-66. Vd o clássico: Rita Charon: *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*. Oxford, Oxford University Press, 2006.

¹⁷ Apoucou-se a relação, o *ethos* (e não apenas o mandato *primo non nocere*), a humanidade, da postura. O *contacto* (no duplo sentido) desaparece, comprometendo-se a essência do cuidar e do curar. A própria enfermagem, esquecendo os traços identitários, minimiza o cuidar corporal, a dor e a integridade do doente, preferindo naturalmente os proventos e benesses de chefias e burocracias. A vida, em Portugal, sei bem, não está fácil para as novas famílias e para os jovens em geral... e o achamento de soluções cabe à geração dos pais. Enquanto aumentam condutas de risco e agressivas e a multiculturalidade nas Escolas, descuro-se a Enfermagem (e a Medicina) Escolar, ignora-se a tragédia demográfica, as dependências crescentes (mormente alcoolismo

juvenil e redes sociais)... Para os idosos, pactua-se com casas de saúde *desmedicalizadas* e com pessoal mal preparado mas com disposição para ser ensinado. (Já agora, as inspecções devem ser por amostragem, de surpresa e sancionatórias). Porque não medicalizar rápida, adequada e definitivamente os “Lares”? Enquanto o país envelhece acelerada e irreversivelmente, e as patologias incuráveis aumentam, não se cria e dá acesso a *verdadeira* enfermagem e medicina de Cuidados Paliativos.

¹⁸ A. W. Millar, K. P. Lynch, “Rethinking Clinical Trials”, *Nature Rev. Cancer*, 3: 540-5, 2003; Vivek Subblah, “The next generation of Evidence-based Medicine”, *Nature*, 29: 40-57, Jan., 2023 (estou grato ao meu colega Dr. António Lourenço por esta referência).

¹⁹ Não falta, como referi, literatura crítica oriunda dos próprios fundadores da chamada Epidemiologia Clínica e da iniciativa Cochrane

²⁰ Helder Raposo, *cit*, p. 218.

²¹ Maria Filomena Molder, *O Absoluto que pertence à Terra*. Viseu, Vendaval, 2005 e Famalicão, Col. Saguão, 2020.

²² Brian Klaas (autor de *Fluke*, 2024) afirmava recentemente que a inteligência artificial em sistemas fechados como os atinentes ao diagnóstico médico pode ser benéfica, mas em sistemas abertos, como, decisões estratégicas na guerra, pode ser muito perigosa (in *CNN*, programa de Amanpour, 6 Fev 2024)

²³ Eu nunca vi os *cuidados mínimos* explícita e concretamente discutidos nem consensualizados cabalmente. (Vivi o caso da hemato-oncologia no IPO, onde *todos* os cuidados para doentes internados, urgentes ou não, eram – e são ainda? - cuidados mínimos, por todos nós nos serviços, assumidos). Nem vi elencos de cuidados mínimos divulgados, discutidos e legitimados, designadamente por Sindicatos, Comissões de ética, de Qualidade (?), nem sequer pelos Colégios de especialidade, e ainda menos pactuadas com associações de doentes e entidades jurisdicionais e disciplinares. Se os *Conselhos Hospitalares de Administração, Consultivos, Gestão, etc.* (as designações mudam tão depressa como os “conselheiros”) do SNS, e não só, devem servir para alguma coisa, é para defender sempre o melhor interesse, em *todas* as ocasiões, dos doentes e da Instituição que os honra.

²⁴ Jean-Paul Sartre, *L'Être et Le Néant. Essai d'ontologie phénoménologique*. France, Gallimard, 1943; Joseph Gabel, *A falsa consciência*. Guimarães, Guimarães Editores, 1979 (1962) (Trad. Alfredo Margarido).

²⁵ Opções (sempre merecedoras de toda a atenção, respeito e esmero comunicacional) frequentes e trágicas em estados-limite que nos interpelam a todos. A questão da eutanásia (do suicídio assistido e da sedação terminal) foi notoriamente mal-posta: em regra não requer leis mas boa medicina e boa deontologia, com respeito da autonomia do doente: para uma discussão médica, laica, multi-profissional e anti-sectária “Filosofia e Medicina, Sobre Dor e Sofrimento”, *Philosophica*, 52, 2018 (co-editado com a Prof. Adriana Veríssimo Serrão do CFUL).

²⁶ A gratuidade, a graciosidade ideal no *point of care*, tem como fundação óbvia o valor infinito e irrepetível de cada vida humana, dignidade sem preço, cujo cuidado consumado, eficaz, apenas merecerá honorários quando mantida em estado de perfeita saúde como dita a legenda confuciana. (Ou, compromisso honroso, os honorários seriam simbólicos, equitativos, discricionários, colectivos, anónimos). Um psicanalista talvez desqualificasse a rasura do contrato de prestação de serviço por ser paternalista, castradora, pelo viso demissionista, pela redução do empoderamento e pela imposição da dívida (outra potencial *nemesis*). É, a este respeito, edificante ler o Juramento de José Rodrigues de Castelo Branco (n. 1511), médico judeu português, o Amato Lusitano autor das famosas *Centúrias* da sua casuística, desterrado pela Inquisição e teve uma notável carreira na Europa, falecendo de peste na Salónica otomana (1568), onde fora acolhido em fuga da sanha anti-semita: esta lá tudo.

²⁷ Comunicação pessoal de Pedro Abecasis em Março de 2024 (ex-Director do C. Hospitalar de Lisboa Ocidental). Acrescenta esta interrogação que me parece pertinente e oportuna: “O conceito

de Médico de Família ainda hoje em dia permanece válido? Não será um bocado paternalista? Numa sociedade moderna precisamos que nos tomem conta da família? Não deverá cada um de nós ter antes um médico assistente que pode ser ou não o mesmo? E terá que ser no Centro de Saúde? Muitos que conheço são seguidos por Clínicos Gerais ou outros fora dos Centros de Saúde”. Para resolver estes bloqueios é tempo de estudarmos e pensarmos mais, melhor e “fora da caixa”.

²⁸ Marques, 1997, *cit.*

²⁹ Diogo Pires Aurélio, “A soberania como ‘localização do infinito na existência individual’”, *Cultura*, 2016, 35, II série, pp. 15-29.

³⁰ Helder Raposo, *cit.*, p. 302s.

INTRODUÇÃO

“The declared aim of modern science is to establish a strictly detached, objective knowledge. Any falling short of this ideal is accepted only as a temporary imperfection, which we must aim at eliminating. But suppose that tacit thought forms an indispensable part of all knowledge, then the ideal of eliminating all personal elements of knowledge would, in effect, aim at the destruction of all knowledge. The ideal of exact science would turn out to be fundamentally misleading and possibly a source of devastating fallacies” (Polanyi, 2009/1966: 20).

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 desta perspetiva se sustenta que, ao longo de um vetusto percurso histórico extensível até ao tempo presente, essa prática não esteve suficientemente alicerçada em provas clínicas robustas (Faria, Oliveira-Lima, Almeida-Filho, 2021). A afirmação da chamada Medicina Baseada na Evidência¹ (MBE) funda-se no pressuposto de que muitos aspectos dos cuidados médicos têm dependido de factores individuais e de julgamentos valorativos que inevitavelmente introduzem variações nas práticas clínicas (Sacket *et al.*, 1985), o que faz salientar a necessidade de assegurar que as decisões médicas para as várias circunstâncias clínicas específicas passem a ter uma base mais sólida de sustentação científica.

¹ A tradução de *evidence* por evidência constitui, em bom rigor, uma corruptela linguística. Contudo, e por razões pragmáticas ligadas à sua ampla disseminação nos usos mais correntes, opto por utilizar a palavra evidência. Em relação à justificação mais substantiva, revejo-me nas razões apresentadas pelo Director do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE), António Vaz Carneiro: “A palavra ‘evidência’ é uma tradução etimologicamente incorrecta da palavra inglesa ‘evidence’. De facto, a tradução deveria ser ‘provas’, devendo neste caso a designação de *Evidence-Based Medicine* ser ‘Medicina Baseada nas Provas’. Como achámos que se perderia a vantagem da conotação directa com a designação anglo-saxónica de EBM, optámos pela palavra ‘evidência’ reconhecendo os problemas que esta posição gera” (Carneiro *et al.*, 2007: 2).

Este desiderato do reforço da dimensão científica da prática clínica implica, como tal, 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 concepção dos promotores da MBE justifica-se conferir um inequívoco privilégio às metodologias de síntese da evidência científica, dado que são estas que asseguram a disponibilização dos resultados clínicos mais objectivos.

Em termos concretos tal significa que o principal protagonismo deve recair em metodologias como as revisões sistematizadas da literatura sobre um dado problema clínico concreto e relevante, as meta-análises dos dados das revisões sistemáticas (com vista à produção de um resultado agregado), e as 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, aquelas resultantes das revisões sistemáticas dos ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC)².

No âmago deste enfoque em torno do reforço do perfil científico da medicina, o objectivo mais destacado é, então, o que se reporta à necessidade de redução das incertezas mas, sobretudo, o que diz respeito à indispensabilidade da redução da variação das práticas médicas, na medida em que a variabilidade 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 tal é entendido como uma limitação perniciosa da qualidade das decisões e das intervenções médicas, dado que as torna intrinsecamente ambíguas – no sentido de estas serem reféns das idiossincrasias dos seus protagonistas – e, como tal, tendencialmente refractárias a um escrutínio científico rigoroso e sistemático.

É, portanto, neste contexto de crescente valorização de critérios científicos de natureza quantitativa e epidemiológica que se assiste à

² *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.

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 clínica³ ao contexto da prática médica passa a estabelecer como finalidade principal o desenvolvimento de métodos específicos para seleccionar, condensar, avaliar e sistematizar a melhor evidência científica decorrente da investigação clínica para suportar a eficácia das intervenções médicas. Nesta medida, o que a MBE enceta, logo no alvor da sua afirmação (no início da década de 1990), é uma nova orientação epistemológica cujas implicações de fundo conferiram 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 (Toulmin, 1993; Antunes, 2012). Um dos seus efeitos práticos foi, pois, a reactualização da “tradicional” distinção entre *arte* e *ciência*, tema que ao longo dos últimos séculos se tem revelado tão crucial quanto potencialmente fracturante 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, e aos modos constitutivamente distintos de conceptualizar as suas dimensões ontológicas (Cunha, Raposo, 2022).

Para os efeitos de uma discussão analítica ampla sobre, justamente, o horizonte de reforço da cientificação da prática clínica, o que se propõe aqui desenvolver é uma abordagem sociológica especificamente centrada na problematização da ideia de padronização, pois é a partir desta que se constroem e legitimam as abordagens tidas como indispensáveis para minimizar a incerteza e diminuir a variação das práticas médicas.

Em termos mais operacionais, o objectivo geral subjacente à investigação a partir da qual se estrutura este livro consiste em analisar alguns dos efeitos decorrentes das reconfigurações epistemológicas do conhecimento médico instauradas pela MBE, designadamente na realidade concreta da Medicina Geral e Familiar (MGF) em Portugal, dado tratar-se de uma especialidade médica que está ideologicamente ancorada numa retórica profissional que privilegia, enquanto elementos distintivos, a

³ O advento da epidemiologia clínica, ou seja, da disciplina académica que emerge no fim da década de 1980 e que vai enformar os 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.

componente biográfica e holista (o *modelo clínico centrado no doente*) (Ramos, 2008), bem como a compreensão situacional do todo por via do enquadramento relativo às circunstâncias particulares e contextuais do próprio doente. (Jordão, 1995; Sá, 2002).

Para este efeito, e em termos mais específicos, pretendo compreender como é que no âmbito de uma especialidade médica tão alicerçada na valorização do julgamento clínico para a avaliação holística das circunstâncias biográficas dos sujeitos doentes – mas que se encontra também cada vez mais enquadrada por imperativos políticos e organizacionais de padronização, conferindo primazia à evidência científica de base estatística enquanto critério privilegiado para as decisões médicas – se verificam modalidades diferenciadas de valorização e de incorporação das formas de conhecimento codificado na sua prática clínica.

De um modo ainda mais preciso, procuro estudar de que forma os instrumentos formais que a MBE torna possíveis (nomeadamente as NOC), se traduzem na perspectiva dos próprios profissionais, tendo como enquadramento geral o facto já mencionado de que se tem vindo a desenvolver no decurso dos últimos anos um processo de mudança epistemológica no conhecimento médico que instaura o critério epidemiológico como o principal critério de prova científica e, por conseguinte, como o requisito privilegiado para conferir maior objectividade à prática clínica. O desenvolvimento e difusão de metodologias científicas de base estatística correspondem, nesta medida, a uma clara tentativa de ultrapassar a efectiva variação e contingência da prática médica, dado que essa mesma diversidade é entendida como geradora de problemas não só ao nível da própria qualidade dos cuidados de saúde, mas também, e sobretudo, ao nível do controlo e da própria racionalização dos custos inerentes à prestação dos cuidados de saúde em contextos marcados por crescentes constrangimentos de sustentabilidade financeira.

Em termos mais concretos, as NOC ou os indicadores quantitativos pré-estabelecidos para avaliação do desempenho profissional no quadro de um ambiente regulatório marcado pelos pressupostos *managerialistas* da *governança clínica* são opções cuja prioridade traduz bem a visão epistémica, política e organizacional predominante. Contudo, é importante salientar que o facto de existirem padrões não garante, por si só, que estes sejam efectivamente seguidos (Brunsson, Jacobsson, 2000:8), pelo que se torna fundamental compreender as relações entre diferentes formas de conhecimento na prática clínica. O que esta observação acima

de tudo solicita é um tipo de análise que não fique refém do estereótipo de que a MBE se traduz numa aplicação padronizada do conhecimento, ou que se baseie na ideia apriorística de que daqui decorre um impacto hegemónico que tem como inevitável tradução o esvaziamento irreversível da discricionariedade e da autonomia profissional.

Aliás, se é verdade que o desenvolvimento de vários tipos de mecanismos e dispositivos de padronização tem contribuído para conferir uma nova amplitude a um debate mais antigo sobre a necessidade de desenvolver mecanismos que reforcem o perfil científico da medicina, não menos notória é a constatação de que tal tem também implicado a multiplicação de vários tipos de resistência às tentativas de explicitação e formalização do conhecimento médico. Desde logo, e como se discutirá, porque o julgamento clínico (baseado, em parte, num conhecimento prático de natureza interpretativa) se constitui como um dos pilares legitimadores da própria autonomia profissional.

Em conformidade com esta ideia, não é surpreendente que a utilização efectiva de instrumentos como as NOC na prática clínica acabe por ser relativamente diminuta, nem tampouco o reconhecimento de que, mesmo quando a sua utilização se verifica, não é incomum que elas coexistam e se articulem com outros critérios e fundamentos.

Tal situação é o reflexo da influência de algumas características constitutivas da própria prática clínica.

Uma delas passa pelo facto de o trabalho clínico não estar privilegiadamente orientado para a produção de conhecimento (Freidson, 1988/1970; Starr, 1982; Caria, 2017), uma vez que a natureza do trabalho médico pressupõe um carácter aplicado (em detrimento do carácter teórico de teor universalista dos cientistas). Esta lógica orientada para a intervenção pressupõe, por consequência, um foco nos problemas individuais, fortemente baseado na perspectiva do profissional e na sua respectiva experiência clínica, uma vez que são esses os requisitos que tornam possível a adaptação das soluções normalizadas e dos princípios abstractos aos problemas concretos. É isso que leva um autor como Eliot Freidson a falar de uma mentalidade clínica (*clinical mentality*) (1988/1970: 168-170) que se expressa pelo seu empenho na acção, nos resultados das intervenções e na avaliação dos mesmos por via da mediação da própria experiência prática. Em claro contraste com os pressupostos funcionalistas, nomeadamente de Talcott Parsons (1951), o profissional é particularista e não universalista, na medida que a sua

racionalidade é um atributo pessoal do clínico, o que significa que a manifesta e operacionaliza como uma propriedade privada sua. Os médicos na sua actividade de julgamento clínico são como que utilizadores e consumidores especializados de conhecimento (Caria, 2017), aplicando assim uma variedade de recursos teóricos e técnicos – provenientes de múltiplas áreas disciplinares – a uma diversidade de situações frequentemente atípicas, complexas e contingentes (De Camargo, 2002: 829-830).

Um outro aspecto igualmente caracterizador da prática clínica remete para o reconhecimento da necessidade de se tomarem decisões em situações de frequente incerteza, o que leva ao desenvolvimento de um carácter pragmático do julgamento e da acção clínica e, por consequência, ao potencial desenvolvimento de articulações compósitas entre diferentes modalidades de conhecimento. Essa incerteza convoca a responsabilidade individual para a tomada de decisões, dado que as ambiguidades dela resultantes tornam inviáveis aspirações relativas à implementação mecânica de regras abstractas. Em casos onde é patente a sua complexidade e singularidade, emerge espaço para uma certa dimensão conjectural (Champy, 2018) ou para a chamada sabedoria prática e prudente de acções (*phronesis*) (Gadamer, 1996; Kinsella, Pitman, 2012) que se robustecem a partir dos saberes tácitos que se consolidam em acto e nas contingências da intersubjectividade (Caria, 2017).

Todavia, se tomarmos como referência as novas dinâmicas contextuais no campo da saúde (nomeadamente as novas lógicas regulatórias que enfatizam a prestação de contas em detrimento da autonomia profissional), a interrogação que cabe colocar é a de saber qual é, então, o alcance da padronização na prática clínica e quais os seus efeitos no profissionalismo⁴ médico da MGF? Colocada noutros termos, a indagação que importa aprofundar é a de perceber qual a valorização e que tipo de mobilização efectiva é que estes especialistas fazem dos instru-

⁴ O profissionalismo, enquanto conceito sociológico, é geralmente interpretado como um valor normativo relativo às concepções da profissão e das práticas profissionais de grupos específicos. Enquanto discurso, organiza ideologicamente o espaço de referência do modelo profissional de cada grupo e contribui para a definição e auto-percepção das próprias profissões. Constitui-se como fundamento justificador do controlo ocupacional e como elemento de preservação da autonomia necessária para organizar e regular as respectivas actividades. Para uma discussão mais substantiva deste conceito, que é manifestamente central no campo da sociologia das profissões, sugere-se a leitura de alguns trabalhos úteis para esse efeito: MacDonald (1995); Rodrigues (1997); Gonçalves (2007); Evetts (2013), Noordegraaf (2015).

mentos formais de padronização, concretamente as NOC, no contexto da sua prática profissional? Em que medida, portanto, se vinculam os profissionais a estes instrumentos formais e, ao fazê-lo, que eventuais implicações resultam daí para o próprio profissionalismo médico, nomeadamente para os fundamentos discursivos que justificam o carácter distintivo do modelo biográfico e holista que enforma a MGF?

Para efeitos da exploração destes desdobramentos relativos ao problema geral já apresentado, torna-se fundamental procurar compreender as modalidades de mobilização dos diferentes tipos de conhecimento no contexto prático do trabalho médico, pelo que este se constituirá como um dos principais pontos de ancoragem teórica desta discussão. Isto com a dupla vantagem de semelhante aproximação poder romper com alguns reducionismos e generalizações sociológicas mais normativas sobre a natureza do conhecimento médico, ao mesmo tempo que promove uma maior capacidade de descodificação das condições de uso e reprodução do conhecimento médico nas circunstâncias concretas das suas práticas. Tal contrasta, assim, com a ideia de existência de uma cultura unificada da medicina, ou com uma visão que secundariza, ou é alheia à articulação heterogénea e contextualizada de diferentes fontes de evidência e aos modos de incorporação e adaptação das mesmas nas formas de julgamento clínico.

Assim sendo, e para efeitos de um desenvolvimento concertado da investigação sociológica que levei a cabo⁵, apresento de seguida a justificação da estrutura e da sequência lógica que organiza e dá sentido ao presente trabalho.

Um dos aspectos principais prende-se com a opção de articular três escalas de análise complementares entre si, especificamente uma escala macro, meso e micro. As mesmas são aqui mobilizadas enquanto componentes de uma abordagem integrada. Este desenho teórico pressupõe uma análise sequencial que, em concomitância com a abordagem mais especificamente orientada para os processos sociais presentes nas modalidades de reorganização do conhecimento médico, não dispensa o desenvolvimento de uma contextualização social “robusta”. Isto significa que

⁵ O presente trabalho decorre de uma investigação sociológica, desenvolvida no quadro do Doutoramento em Ciências Sociais (especialidade em Sociologia Geral), sobre o impacto da padronização no contexto da Medicina Geral e Familiar. O trabalho de natureza empírica decorreu entre 2010 e 2013.

se pretende construir e desenvolver uma narrativa analítica que evidencie que, a montante das dinâmicas específicas da recontextualização prática do conhecimento médico, há vários elementos de enquadramento que são decisivos para perceber não só uma certa genealogia relativamente ao investimento político, económico e científico nas potencialidades racionalizadoras da padronização, mas também na instrumentalidade política da evidência científica enquanto suporte legitimador para novos modelos políticos de modernização dos sistemas de saúde.

Em termos da descrição sumária dos enfoques principais a desenvolver em cada capítulo, a síntese seguinte procura dar conta desse objectivo:

Relativamente ao capítulo 1, trata-se do momento em que é apresentada a fundamentação da problemática teórica. Esta tem a particularidade de mobilizar e conjugar três áreas disciplinares específicas – os Estudos Sociais da Ciência, a Sociologia Médica e a Sociologia das Profissões –, pelas razões que aí são sustentadas e que são fundamentais para clarificar a própria arquitectura teórica da investigação, bem como o traçado analítico que dá consistência à operacionalização da investigação que enforma este livro.

No caso do capítulo 2, este corresponde ao momento específico da exposição em que se procede à descrição e à fundamentação da estratégia de investigação e das respectivas opções metodológicas. Aí se clarifica que o estatuto metodológico da pesquisa é o do estudo de caso. Quanto à estratégia de investigação desenvolvida, e tendo em conta o objectivo de estudar em profundidade uma realidade social particular (MGF), esta remete para uma metodologia qualitativa-intensiva alicerçada na pesquisa de terreno enquanto método principal, designadamente através da observação directa. No âmbito desta mesma estratégia metodológica foi ainda privilegiado o recurso à técnica dos grupos focais, assim como a entrevistas semi-estruturadas, sobretudo na fase de recolha exploratória de informações e de documentação para suporte empírico da investigação.

Relativamente ao capítulo 3, é desenvolvido um enquadramento teórico amplo sobre as reconfigurações do conhecimento médico, procedendo-se, para tal, a um exercício genealógico que evidencia as condições e as dinâmicas que viabilizaram a emergência e a consolidação da padronização no campo da medicina contemporânea. A partir deste enquadramento procede-se à caracterização e discussão da própria MBE, com o propósito de 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).

Relativamente ao capítulo 4, procede-se à caracterização e análise do contexto político, económico e ideológico que propicia as condições favoráveis à expansão da valorização estratégica da evidência científica, bem como à identificação e discussão dos aspectos reveladores de uma cultura de regulação marcada por modalidades de normalização e produção de convenções. É justamente a partir deste capítulo que começa a ser mobilizado o material empírico desta investigação. Neste caso em concreto, a análise incorpora um enquadramento macro tendo como suporte empírico principal um conjunto de entrevistas semi-estruturadas de carácter exploratório a actores-chave no campo da saúde em Portugal. O recurso a este material contribui para caracterizar e compreender os traços fundamentais, ao nível do clima ideológico e do contexto político-económico, que subjazem à arquitectura institucional dos processos de racionalização, designadamente no âmbito das próprias políticas de saúde.

Quanto ao capítulo 5, é desenvolvida uma análise relativamente aos marcos fundamentais no desenvolvimento das políticas de saúde em Portugal, em particular as que têm incidência directa nos Cuidados de Saúde Primários. Um destaque concreto é conferido às mudanças organizacionais que foram suscitadas pela reforma dos CSP, de 2005, nomeadamente as que remetem para o incentivo à implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF). Neste capítulo é desenvolvido um enquadramento meso, nomeadamente ao nível da análise do contexto institucional que permite situar e destacar os factores que moldaram as alterações recentes ao nível dos CSP. Para esse feito, para além da análise documental relativa à referida reforma política e às mudanças profissionais da MGF, são também mobilizados materiais empíricos decorrentes dos grupos focais, com o propósito de aferir o impacto dos indicadores quantitativos pré-estabelecidos para a avaliação do desempenho profissional, junto dos médicos desta especialidade.

Por fim, e relativamente ao capítulo 6, este aprofunda com mais detalhe um enquadramento micro a partir de entrevistas e da análise documental relativa ao processo da implementação das NOC em Portugal, mas também, e especialmente, a partir do material dos grupos focais relativos à realidade profissional da MGF nos contextos organizacionais específicos que foram seleccionados. No âmbito deste último capítulo, procura-se reconhecer a especificidade da prática clínica da MGF e compreender as dinâmicas contingentes de negociação e de adaptação local da diversidade de normas no contexto das práticas concretas. Para além de permitir aferir o impacto efectivo das NOC no contexto desta especialidade, este enfoque permite também tornar mais explícitas as dinâmicas do julgamento profissional e, com isso, contribuir para melhor discernir a natureza do trabalho médico e os fundamentos racionais da discricionariedade profissional.

PARTE I

**PROBLEMÁTICA DE INVESTIGAÇÃO
E OPÇÕES METODOLÓGICAS**

CAPÍTULO I

O CONHECIMENTO MÉDICO E A CULTURA CLÍNICA EM CONTEXTOS DE MUDANÇA: SOBRE A BUROCRATIZAÇÃO DA MEDICINA E AS TRANSFORMAÇÕES DA PADRONIZAÇÃO

INTRODUÇÃO

A natureza complexa e indeterminada do trabalho profissional médico corresponde a uma característica particular que não só tende a ser salientada como distintiva – devido à vinculação da medicina aos problemas existenciais da vida, do sofrimento e da morte (Toulmin, 1993) –, como se tem constituído como um dos principais substratos normativos que sustentam os valores fundadores do próprio profissionalismo médico. Nesse quadro referencial, a capacidade de adequar eficazmente o conhecimento teórico e abstracto ao âmbito complexo dos problemas concretos e das situações singulares é vista como a expressão da qualidade da “arte prudencial aristotélica” (Antunes, 2012: 37). Essa adequação das leis universais da ciência médica à condição concreta do indivíduo remete, portanto, para a importância do papel da experiência, na medida em que esse património é o que torna possível o desenvolvimento da natureza hermenêutica da prática clínica.

Com efeito, esse carácter prudencial da acção clínica fomenta as propriedades da sabedoria prática – classicamente condensadas na noção aristotélica de *phronesis* (Gamader, 1996; Kinsella, Pitman, 2012; Caria, 2017; Champy, 2018) –, dado que a consciência de uma situação particular através do julgamento das suas circunstâncias específicas e a capacidade de avaliar através de um conhecimento prático e discricionário, são o que permite deliberar sobre a “melhor” aplicabilidade de um juízo à ocasião concreta. O julgamento das situações nas suas singularidades constitui, assim, o desafio epistemológico crucial da acção clínica, pois implica a assunção de uma avaliação reflexiva para lá das métricas

padronizadas, o que claramente contrasta com os pressupostos da *episteme*⁶, que justamente preconiza as virtudes do conhecimento abstracto e instrumental tido como universal, generalizável e independente do contexto.

Ora face à constatação do crescente consenso e empenho de múltiplos actores (tanto no interior como no exterior da profissão médica) – particularmente a partir do período pós-segunda guerra mundial (Gordon, 1988; Berg, 1995) – na racionalização da Medicina e na formalização das decisões clínicas, um dos aspectos significativos que assume maior preponderância é o que diz respeito à desqualificação dos conhecimentos de tipo mais intuitivo e experiencial (*gut feeling*) e, por consequência, à secundarização das dimensões qualitativas (Wieland, 1993). A “hostilidade” face à intuição e o não reconhecimento do papel dos elementos subjectivos enquanto componente constitutiva de todas as formas de julgamento humano (Goldenberg, 2006: 230-231) conduzem, assim, à gradual sedimentação da ideia de que a *arte* do julgamento clínico acaba por ser uma forma de recusar os critérios explícitos da abordagem científica (Eddy, 1988), pelo que o papel desse julgamento começa a ser radicalmente substituído pela evidência de base estatística e pela formalização de instrumentos codificados que sistematizam a informação proveniente da investigação científica, nomeadamente dos estudos clínicos experimentais.

Face, portanto, à externalização do conhecimento médico (Gordon, 1988), a resistência de muitos profissionais faz-se sentir de forma vinçada, na medida em que se procede a uma importante reconfiguração epistemológica que estabelece como horizonte o reforço da explicitação e da formalização do conhecimento. Nesta medida, e conforme se verá adiante (cf. capítulo 3), o advento da epidemiologia clínica passa a conferir privilégio epistémico à aplicação da evidência epidemiológica ao contexto da prática médica.

No âmbito das múltiplas reacções que esta tendência tem vindo, sem surpresa, a desencadear, uma ideia estruturante que é razoavelmente transversal a várias das posições críticas é a de que, em grande medida, a MBE é um truísmo, na medida em que a Medicina sempre se baseou

⁶ Este conceito é aqui utilizado na sua aceção clássica. Remonta à filosofia grega (em autores como Platão e Aristóteles), e o mesmo advoga que o conhecimento real ou verdadeiro deve sempre basear-se na ciência, por contraponto às ideias opinativas da *doxa*.

na evidência, embora a questão crítica que agora se coloca se prenda, justamente, com o que conta como tal, dado que esta abordagem instaura um outro tipo de base científica (enfoque epidemiológico) no conhecimento médico, o que tem implicações ao nível das bases epistemológicas da medicina. As críticas têm sido, com efeito, relativamente amplas e heterogêneas (Cohen, Stavri, Hersh, 2004), podendo ir, nomeadamente, da denúncia do dogmatismo da MBE, à perspectiva de um horizonte de síntese e integração dos diferentes fundamentos epistemológicos do conhecimento médico.

No primeiro caso é de referir que as críticas mais contundentes sublinham o argumento de que esta abordagem é ideologicamente forte, mas filosoficamente fraca, destacando-se, fundamentalmente, pelo dogmatismo e intolerância, pois tende a marginalizar as críticas mais substantivas, designadamente as de natureza epistemológica. Nesta acepção, a MBE é caracterizada como intelectualmente frágil dado ser entendida como uma abordagem pragmática e utilitarista desprovida de reflexão teórica (uma prática sem teoria), ao ponto de alguns autores fazerem um paralelo depreciativo com a gestão, por considerarem que em ambos os casos se trata de abordagens que são operacionalizadas antes de serem plenamente conceptualizadas (Milles *et al.*, 2007: 494).

Relativamente ao segundo caso, vários autores preconizam a importância de se promover, segundo outros postulados, uma relação dialéctica entre a prática clínica e o conhecimento científico de base epidemiológica (e.g. Bensing, 2000; Malterud, 1995, 2002; Greenhalgh, 2002; Montgomery, 2006; Tonelli, 2006; Veloso, 1998; 2008). Neste sentido, alguns dos argumentos caracterizam-se por mostrar o carácter 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); por salientar que o apelo ao uso de mais informação sistematizada desafia, acima de tudo, a melhoria do julgamento clínico, mas nunca substitui a vertente interpretativa (Montgomery, 2006); por considerar que a MBE deve estimular junto dos médicos o desenvolvimento de capacidades reflexivas sobre a sua posição enquanto agentes de conhecimento dos processos contextuais do seu trabalho clínico (Malterud, 2002); ou por preconizar a necessidade de se desenvolver um modelo alternativo (aquilo que Tonelli (2006) designa por um *modelo casuístico*) que supere as lacunas da MBE na integração de

outros tipos de conhecimento médico, para além da evidência empírica da investigação clínica.⁷

Já numa perspectiva de feição mais explicitamente sociológica⁸, as implicações da disseminação do conhecimento explícito, formal e codificado na natureza do trabalho profissional fazem emergir vários aspectos importantes, desde logo os que remetem directamente para a reconfiguração do estatuto dos *saberes indeterminados*. Com efeito, vários têm sido os autores a dedicar uma atenção analítica específica relativamente à elevada importância estratégica da mobilização de um conhecimento de natureza indeterminada (e.g. Larson, 2012/1977; Atkinson *et al.*, 1977; Traynor, 2009), pois enquanto requisito tido como indispensável para viabilizar os julgamentos clínicos numa base casuística (e, portanto, não padronizável), este acaba por suportar e legitimar a autonomia médica como uma condição basilar para reclamar a autoridade profissional em matéria de avaliação dos problemas e de adaptação do conhecimento aos casos individuais.

Tratando-se a medicina de um caso paradigmático de uma profissão cuja institucionalização se traduziu historicamente na capacidade de conversão dos seus conhecimentos específicos e saberes profissionais em formas organizadas de poder que asseguram um espaço de pericialidade protegido das interferências externas de outros grupos e actores (Freidson, 1988/1970; Larson 2012/1977; Starr, 1982), compreende-se que o carácter específico e distintivo do seu conhecimento seja especialmente mobilizado como um importante recurso na defesa da sua jurisdição (Abbott, 1988). Nesta medida, as recentes dinâmicas de desenvolvimento de instrumentos formalizados que visam um reforço da consistência

⁷ Segundo Tonelli (2006), esta proposta baseia-se em cinco pressupostos que podendo ser vistos como potencialmente conflituais e mutuamente exclusivos, devem ser mobilizados numa lógica em que nenhum tem prioridade sobre os outros e a sua importância relativa depende da avaliação das circunstâncias do caso concreto. Esses pressupostos são a *evidência empírica*; *evidência experiencial*; *fisiopatologia*; *valores dos doentes*; *características dos sistemas* (enquadramento legal, contexto político-institucional, etc.).

⁸ Embora o teor das reflexões, nomeadamente filosóficas e normativas, desenvolvidas no interior da medicina sejam de grande interesse e relevância (cf. capítulo 3), a natureza da abordagem aqui desenvolvida extravasa a estrita discussão endógena à própria medicina. Assim, em lugar de contribuir para a perpetuação, ou agudização, dessas clivagens, conferindo, acto contínuo, privilégio epistémico a uma das posições, procuro ancorar a problematização da minha discussão na realidade empírica das práticas profissionais enquadradas nos seus contextos organizacionais específicos, para aí explorar as concepções e as formas de envolvimento dos especialistas de MGF com a evidência científica e com os instrumentos formais de codificação do conhecimento médico.

científica das práticas médicas e da previsibilidade das suas intervenções acabam por entrar numa relação de potencial tensão com a valorização da autonomia, uma vez que esta última é fundamental para assegurar a discricionariedade profissional no contexto da prática clínica (Exworthy *et al.*, 2003; McDonald *et al.*, 2007; Bloy, Rigal, 2013).

Uma outra faceta importante que decorre destas implicações prende-se com a constatação de que a preocupação em identificar, através da evidência científica, quais as intervenções que são efectivas e eficientes na prática clínica (retirando aquelas que não o são) compromete as características do anterior modelo colegial que caracterizou a trajectória de afirmação da autoridade pericial e da legitimidade cultural da profissão médica, designadamente no decurso do século XX (Johnson, 1972; Armstrong, 2007). Este modelo não só passa a estar sob um mais apertado escrutínio público, como o próprio sistema de regulação e controlo deixa de ser exclusivamente exercido pelos pares. Neste sentido, com a entrada em cena de novos actores institucionais (como entidades reguladoras, governamentais ou seguradoras) instaura-se um enquadramento que faz multiplicar as interrogações quanto aos cenários evolutivos do profissionalismo médico, dado que o que caracteriza o sucesso da difusão da MBE se prende com o modo como esta se tem articulado com outras esferas e actores institucionais que encontram na lógica destes critérios consideráveis potencialidades para o empreendimento de reestruturações políticas ou para a implementação de novas regras e mecanismos de financiamento do sector público dos cuidados de saúde que passam a estar desvinculados do poder dos profissionais (cf. capítulo 4).

Com efeito, embora as recentes reformas políticas no campo da saúde em Portugal não tenham sido implementadas numa lógica de total divórcio relativamente à profissão médica, não deixa de ser importante considerar que o teor das orientações políticas e ideológicas que subjazem a essas iniciativas reformistas têm colidido com os interesses corporativos mais estabelecidos. Desde logo porque a emergência destes novos actores – que são portadores de concepções e de critérios regulatórios suportados por uma legitimidade normativa de teor *managerialista* – impulsiona o estabelecimento de mecanismos e de instrumentos orientados para o objectivo de assegurar, por via da padronização, uma maior eficiência na prestação dos cuidados de saúde.

Este é, pois, um enquadramento que tende a restringir a autoridade profissional da medicina nas organizações de saúde, e embora não seja

evidente que tal precipite automaticamente o esvaziamento da autonomia profissional no quadro de dinâmicas de inelutável proletarização e desprofissionalização (Light, Levine, 1988; Antunes, 1998), parece claro, no entanto, que tal faz emergir novas condições que concorrem para a transformação da profissão médica. Assim, e contrariamente às interpretações que vaticinam cenários de inexorável ocaso do poder profissional da medicina, sustento que estamos hoje na presença de fenómenos bem mais complexos e heterogêneos, desde logo porque, por exemplo, não têm deixado de se verificar situações de reforço do poder profissional de alguns segmentos da profissão médica, que passam, justamente, a assumir novas formas de protagonismo por via da assunção de papéis regulatórios (cf. capítulo 6) que recolocam noutros termos a questão mais global do profissionalismo médico no quadro das reconfigurações epistemológicas desta profissão.

DINÂMICAS ACTUAIS DO PODER PROFISSIONAL DA MEDICINA: (RE)SITUAR O ENFOQUE SOCIOLÓGICO

É consensual nos exercícios de revisão de literatura no campo da Sociologia das Profissões reconhecer o impacto que as perspectivas teóricas do paradigma do poder assumiram neste domínio disciplinar, dado que estas constituíram um importante ponto de viragem face às perspectivas anteriormente consagradas, designadamente as teses funcionalistas. Em particular, aquela corrente inaugurou e desenvolveu novas problemáticas sociológicas a partir de algumas premissas críticas, problematizadoras e até contestatárias quanto aos privilégios materiais e simbólicos resultantes de situações de poder e monopólios profissionais mantidos por algumas profissões, como tem sido o caso, recorrentemente estudado, da medicina (MacDonald, 1995; Rodrigues, 1997, 2012; Gonçalves, 2007). No entanto, embora as principais análises críticas relativamente à dominância do poder profissional tenham contribuído de forma decisiva para pôr em evidência o modo como as profissões utilizam o respectivo poder para aprofundar e defender os seus interesses e prerrogativas, assim como o seu reconhecimento social, não deixa de ser igualmente importante constatar como no decurso das últimas décadas se têm vindo a verificar várias transformações que alteraram o sentido de muitas dessas interpretações, sobretudo no que diz respeito à profissão médica. Assim,

fenómenos como a tendência para a intensificação das especializações no interior da medicina e correspondente perda de capacidade colectiva de negociação; a constante emergência de novos grupos ocupacionais no campo da saúde a desenvolverem estratégias de profissionalização; a ampliação de atitudes críticas e cépticas face à autoridade profissional, muitas vezes vinculadas a um maior escrutínio público das profissões; o impacto do reconhecimento dos saberes e racionalidades leigas e da sua “profissionalização”; o crescente envolvimento dos governos no financiamento e na regulação dos cuidados de saúde; ou o desenvolvimento das actividades profissionais em organizações burocráticas e o consequente assalariamento desses grupos, constituem exemplos representativos de algumas implicações com consequências substantivas na alteração da autonomia na profissão médica (Tousijn, 2000; Timmermans, Kolker, 2004; Martin, 2008; Thompson *et al.*, 2012).

É, justamente, neste quadro de entendimento relativo à erosão do prestígio, do monopólio e de outros privilégios de poder profissional que adquirirem protagonismo algumas teses – nomeadamente as da proletarização e desprofissionalização – cujos enfoques se destacam por preconizarem, no seu essencial, o crescente declínio de poderes e da autonomia do trabalho dos profissionais, resultante dos esforços administrativos e burocráticos para melhorar o controlo sobre o processo produtivo. Nestas teses, a ênfase é colocada na fragmentação, desqualificação e rotinização do trabalho profissional, provocadas pela acção do poder burocrático-administrativo. Nessa medida, entende-se que os profissionais, por força do assalariamento, se transformam em trabalhadores especializados incapazes de escolher os seus próprios projectos ou tarefas, sendo “forçados” a trabalhar a ritmos e com procedimentos institucionalizados que são claramente tributários da lógica e dos critérios de eficácia e de eficiência da gestão privada das organizações.

Todavia, e evitando resvalar em alguns dos radicalismos destas teses, principalmente quando antecipam o obituário do poder profissional, torna-se importante salientar que a erosão da “tradicional” dominância da profissão médica assume visibilidade nalgumas dimensões, embora noutras até se tenda a verificar a emergência de dinâmicas que são indicativas do reforço de novas dimensões de poder, como acontece, nomeadamente, com a gradual tendência de auto-regulação em matérias cientificamente especializadas, como a definição e produção de padrões, NOC ou protocolos, o que significa que o impacto das actuais lógicas

de padronização baseadas em novos modos de produção da prova científica apontam para cenários mais plurais e que, como tal, não são incompatíveis com a emergência de novos papéis profissionais (Carapinheiro, Serra, Correia, 2013; Cecílio *et al.* 2020).

A este propósito torna-se relevante lembrar o potencial heurístico de algumas dimensões de análise relativas ao carácter heterogéneo e internamente estratificado das profissões, uma vez que concorrem para evitar quadros de leitura muito generalistas, simplificadores e apriorísticos quanto à interpretação da dinâmica das profissões.

Sob este ponto de vista, e como bem lembra Rodrigues,

(...) As profissões estão longe de ser blocos homogéneos, comunidades cujos membros partilham identidades, valores e interesses por força dos processos de socialização sofridos nas instituições de formação. Dentro das profissões existem segmentos ou grupos constituídos a partir da diversidade das instituições de formação, de recrutamento e das actividades desenvolvidas por membros do mesmo grupo ocupacional, pelo uso de diferentes técnicas e metodologias, pelo tipo de clientes e pela diversidade do sentido de missão, sendo que tais diferenças podem até corporizar diferentes associações de interesses no interior do próprio grupo. Tais segmentos tendem a tomar o carácter de movimento social, desenvolvem identidades distintivas, um sentido de passado e futuro específicos, organizam as suas actividades e desenvolvem interacções por forma a garantir uma posição institucional. Com estas interacções, que assumem a maior parte das vezes a forma de conflitos, ocorrem mudanças, avanços, redefinindo-se novas posições e relações dentro do grupo e fora dele, que são parte fundamental nos processos de profissionalização (Rodrigues, 1997:19).

Assim sendo, o que especificamente pretendo argumentar é que face à constatação da heterogeneidade da profissão médica, torna-se bastante frágil qualquer sustentação teórica ancorada em pressupostos de elevada generalização quanto ao significado das reconfigurações profissionais da medicina, o que significa que as leituras construídas em torno da ideia de que a medicina é hoje passiva e refém de um maior controlo administrativo se tornam problemáticas (Numerato, Salvatore, Fattore, 2012; Correia, 2012b) e, sobretudo, desfasadas face à diversidade de situações empíricas potencialmente observáveis. Nesta acepção, pode-se até

considerar que o principal mérito analítico que daqui decorre reside, precisamente, na consideração de que a profissão médica se tem vindo não só a fragmentar – em grande medida devido à acentuação da tendência de especialização (Tousijn, 2000) –, mas também a estratificar-se internamente (Freidson, 1986; Harrison, Dowswell, 2002: 211), facto que propicia a constituição e o desenvolvimento de diferentes papéis profissionais, alguns deles directamente conectados à investigação e, principalmente, à gestão (Freidson, 1986; Tousijn, 2000; Cecílio *et al.*, 2020).

Daqui resultam algumas diferenciações internas e segmentações hierárquicas que traduzem a afirmação de elites médicas ligadas à investigação clínica de base epidemiológica, ou seja, de grupos com um perfil mais académico e com ligações institucionais privilegiadas, o que lhes confere conhecimento e legitimidade para definirem e estabelecerem as bases dos padrões profissionais mesmo em contextos crescentemente burocratizados.

Já no quadro das transformações concretas na própria natureza do conhecimento médico – agora mais estruturalmente baseado na epidemiologia (Timmermans, 2005; Timmermans, Kolker, 2004; Raposo, 2009) –, a questão que assume maior pertinência é a que diz respeito ao modo como se desenvolvem novos equilíbrios, e dinâmicas ambivalentes, ao nível da legitimação do profissionalismo médico. Tal significa que, em alguns segmentos da profissão médica, mais do que assistir-se à incorporação passiva e impotente da abordagem *managerialista*, pode, em contrapartida, verificar-se o desenvolvimento de formas de colonização activa desses pressupostos, regras e procedimentos. Daí que alguns profissionais, ou certos segmentos da profissão, se possam tornar bem-sucedidos no desenvolvimento de papéis regulatórios e no reforço do seu poder profissional a uma escala organizacional cada vez mais consolidada (Kuhlmann, 2006).

Sob este ponto de vista verifica-se, assim, que através da acentuação da procura de maior certeza médica e da maior padronização na organização dos cuidados de saúde, acabam por se estabelecer novas configurações de profissionalismo médico, pois apesar de o processo de produção e formulação de instrumentos formais e codificados poder envolver vários actores, alguns dos quais efectivamente externos ao campo médico (Timmermans, Epstein, 2010), uma parte muito importante do protagonismo deste processo é assumido pelos profissionais médicos (Timmermans, Kolker, 2004). Tal significa que mais do que a

simples intrusão das prerrogativas provenientes da gestão na definição dos instrumentos codificados, adquirem proeminência os critérios e o conhecimento de base epidemiológica, o que faz com que passe a ser mobilizada uma constelação de conhecimentos específicos que permite proceder a sofisticadas avaliações metodológicas relacionadas com o *design* das investigações, bem como com os resultados estatísticos que viabilizam a posterior sistematização de recomendações científicas para as intervenções desenvolvidas na prática clínica.

De resto, a ênfase neste tipo de conhecimento torna-se, em alguns contextos, de tal forma estratégica que, por exemplo, a abordagem da MBE se converte num discurso de poder cuja retórica, ao ser mobilizada, reforça a autoridade profissional ou até proporciona a obtenção de melhores condições organizacionais, sobretudo junto de actores provenientes da burocracia administrativa (Geltzer, 2009). Noutros casos, pode constituir-se como uma oportunidade não só para a reprofissionalização de certos segmentos da medicina, através da aproximação e incorporação de valores, princípios e práticas organizacionais coerentes com a racionalidade gestonária (Numerato, Salvatore, Fattore, 2012; Cecílio *et al.*, 2020), mas também para o reforço da sua profissionalização, como tradicionalmente aconteceu com os outrora chamados Clínicos Gerais que historicamente foram objecto de uma secundarização gerada na dinâmica das especializações, o que se traduziu em níveis mais restritos de poder, dominância e prestígio no interior da profissão médica (Armstrong, 1979; Calnan, Gabe, 1991; Pickard, 2009; Alcántara, 2007; Duffin, 2023).

AS POTENCIALIDADES HEURÍSTICAS DAS ARTICULAÇÕES DISCIPLINARES: APROFUNDAMENTO DO OLHAR ANALÍTICO

No quadro das considerações anteriormente desenvolvidas, e fazendo eco das palavras de Correia (2012b: 26), pode-se, então, afirmar que “qualquer intervenção externa à profissão na sua jurisdição, especificamente as alterações definidas no plano político, necessita de negociação com os seus elementos, para que possa ser aceite e efectivamente aplicada. A negociação tende a ser tanto mais necessária quanto maior for o grau de discricionariedade detido”. Tal concorre para a consideração de que as mudanças contextuais atrás sinalizadas são, na verdade,

produzidas no quadro de um mosaico mais complexo e plural, fortemente marcado por relações de interdependência entre a medicina e outros actores, nomeadamente o Estado (Hafferty, Light, 1995; Carapinha, Serra, Correia, 2013).

Um dos aspectos cruciais que, justamente, denota este tipo de panorama é o que diz respeito ao crescente envolvimento e adaptação dinâmica da profissão médica (por via de alianças estratégicas com outros grupos, negociações políticas, compromissos institucionais, etc.) relativamente à acção de outros actores no campo da saúde, nomeadamente da esfera governativa. Em termos essenciais, o que esta adaptação dinâmica da profissão médica acaba por colocar em evidência é a ideia de que os conceitos anteriormente referidos relativamente à perspectiva (e prospectiva) de declínio do poder profissional acabam por se revelar muito generalistas e unidireccionais, desde logo porque não captam o carácter resiliente da medicina face às várias transformações significativas que têm marcado os desenvolvimentos recentes do sector dos cuidados de saúde (Timmermans, Oh, 2010). Estas mudanças deixam, assim, de ser vistas como um fenómeno necessariamente coerente e passível de ser capturado por uma grande teoria ou por um conceito mais totalizador e ganham outros contornos de interpretação analítica quando se orientam para o aprofundamento dos aspectos mais processuais, no sentido em que estes ajudam a mapear e a dar sentido à multiplicidade de configurações engendradas por estas dinâmicas.

As virtudes deste tipo de leitura, mais alicerçada, nomeadamente, na abordagem dos Estudos Sociais da Ciência (ESC), potenciam a exploração destas relações dinâmicas, sobretudo quando estas são ancoradas no contexto das suas práticas concretas, dado ser este o *locus* privilegiado onde se operacionalizam as dinâmicas contingentes de negociação e de adaptação da diversidade de normas, práticas e formas de conhecimento. Neste sentido, e assumindo uma clara convergência com o posicionamento, justamente tributário dos ESC, de Moreira (2012: 28-33), o desafio analítico que se coloca passa a privilegiar o entendimento das mediações interactivas do conhecimento sem, no entanto, descurar as inter-relações destas no quadro mais estrutural dos contextos gerais de mudança já assinalados.

Em termos mais concretos, o aspecto substantivo que aqui procuro sublinhar prende-se com a constatação de que, não obstante todos os receios e projecções negativas relativamente à padronização

(Timmermans, Almeling, 2009), o impacto efectivo da implementação dos seus instrumentos formais na medicina tem sido, apesar de tudo, efectivamente diminuto (cf. capítulo 6), donde resulta que as NOC são frequentemente “ignoradas”, parcialmente utilizadas ou estrategicamente mobilizadas para outro tipo de finalidades (e.g. Germov, 2005; Castel, 2009). Por esta razão, e embora estas possam, com efeito, estabelecer uma nova delimitação do espaço de discricionariedade, não suprimem, contudo, a autonomia clínica⁹, não só porque as organizações profissionais tendem a estar no controlo dos processos de definição e estabelecimento desses instrumentos (Timmermans, Oh, 2010; Knaapen, 2013), mas também porque ao nível da sua utilização as NOC são objecto de transformações e adaptações locais. Ou seja, o conhecimento codificado, mesmo com a sua actual ressonância persuasiva nos novos ambientes regulatórios, tem um papel circunscrito, na medida em que acaba por ser apenas uma das componentes dos processos de julgamento e decisão médica.

Esta coexistência entre a discricionariedade e a lógica da padronização que é promovida pelos pressupostos normativos da prestação de contas (*accountability*), nomeadamente ao nível do cumprimento de indicadores quantitativos padronizados estabelecidos no quadro dos processos de contratualização característicos da lógica da *governança clínica* (cf. capítulo 5), mostra assim que é teoricamente imprudente sobrevalorizar o impacto pretensamente hegemónico das NOC na prática médica. Esta tende a ser efectivamente mais complexa e compósita do que é sugerido por algumas formas de reducionismo teórico (Timmermans, Kolker, 2004: 187).

Nesta medida, a abordagem analítica que aqui é privilegiada passa pelo desenvolvimento de um esforço compreensivo relativamente às relações entre diferentes formas de conhecimento na prática clínica em contraste com o estereótipo de que o novo enfoque epistemológico preconizado pela MBE se traduziria numa aplicação padronizada do conhecimento. Assim, e em convergência com as considerações de Timmermans (2010), em lugar de uma posição de crítica externa e do

⁹ Uma das implicações relevantes a ser salientada está relacionada com o facto de que as NOC dão à autonomia clínica uma qualidade mais dedutiva, por se basear em regras gerais e princípios de inferência estatística, em lugar dos atributos individuais e mais indutivos que são enfatizados na lógica da valorização do julgamento clínico (Timmermans, Berg, 2003: 90).

desenvolvimento de um quadro de leitura de pendor mais determinista sobre os potenciais impactos destes processos de inscrição das decisões médicas em instrumentos formais de apoio ao trabalho clínico, considero mais profícuo explorar os tipos de envolvimento e de mobilização do conhecimento formal e codificado no contexto concreto da especialidade médica aqui seleccionada, a MGF.

Porém, e para que este objectivo possa ter viabilidade em termos da sua operacionalização analítica, impõe-se o estabelecimento de uma outra articulação disciplinar, desta feita com a sociologia médica, e mais especificamente com os enfoques centrados no próprio conhecimento médico (Jordanova, 2004). Assim, em lugar de perpetuar uma abordagem exclusivamente centrada nos aspectos sociais da actividade profissional deste grupo para fazer salientar os aspectos ideológicos da profissão ou as suas estratégias de poder, afigura-se como um objectivo pertinente conferir atenção às dimensões cognitivas e epistemológicas dessa actividade. Nesta medida, em lugar de estabelecer uma dissociação estrita – tratando o conhecimento médico como uma *caixa negra* sobre a qual o olhar analítico não se detém –, torna-se importante compreender a forma como os médicos avaliam e discutem as diferentes evidências, ou seja, como o conhecimento é produzido, usado, partilhado e reproduzido no contexto das práticas clínicas.

Assim sendo, e reclamando-se do conhecido *princípio da simetria* postulado pelo chamado *Programa Forte*¹⁰, autores como Berg (1992), Atkinson (1995) ou Greenhalgh *et al.* (2008) procuram, precisamente, contrariar um entendimento mais normativo e apriorístico sobre a perspectiva médica, nomeadamente, encapsulando-a em conceitos abrangentes que, todavia, não captam os aspectos complexos e heterogéneos das práticas médicas e das formas de julgamento e decisão que aí se desenvolvem (cf. capítulo 6). Ao não estabelecer uma dissociação rígida entre o “conteúdo” da medicina e os seus aspectos mais aparentemente “sociais”, o conhecimento médico pode assim ser tematizado como um objecto cuja exploração pode contribuir para compreender a actividade

¹⁰ Sobre os fundamentos e as características desta corrente, que foi, em grande medida, responsável pela emergência e desenvolvimento da Sociologia do Conhecimento Científico (SCC), sugere-se ao leitor interessado a consulta – entre uma miríade de várias obras com esse pendor – do livro de sistematização de Amatriaín e Merlo (1999), não por ser, necessariamente o “melhor”, mas por cumprir com eficácia o propósito de facilitar a compreensão panorâmica deste campo (sub) disciplinar.

profissional enquanto uma acção pragmática onde interage um vasto conjunto de elementos heterogêneos. Por isso, e embora a presente investigação não se enquadre metodologicamente no tipo de pesquisa etnográfica que mais tem informado aqueles desenvolvimentos analíticos (cf. capítulo 2), a sua orientação permite considerar como uma pista de análise fundamental a ideia de que a permeabilidade à evidência científica é particularmente pautada e mediada por preocupações acerca do seu valor prático e da sua adequação à complexidade e exigências dos problemas concretos que pautam a actividade clínica.

Ainda assim, para que a afinidade com este tipo de orientação não fique comprometida por qualquer tipo de equívoco, há um requisito prévio que é fundamental explicitar como forma de não vincular os pressupostos desta análise ao que entendo serem alguns excessos de uma narrativa analítica cujo foco de problematização acentua de forma demasiado genérica e totalizadora uma ideia “reductora” de medicina, sobretudo quando a mesma decorre de formas radicalizadas de construtivismo e, por consequência, de uma orientação epistemológica relativista e de uma orientação ontológica de tipo anti-realista (Cunha, Raposo, 2022).

Com efeito, os entendimentos mais pregnantes e com significativa saliência no debate teórico são justamente os que reiteram interpretações reductoras sobre o conhecimento médico, em larga medida devido ao ascendente das abordagens construtivistas em campos disciplinares como a sociologia médica. A centralidade teórica dessas abordagens, que reflecte o próprio protagonismo epistemológico do construtivismo social em várias áreas das ciências sociais (Hacking, 1999), constitui um dos principais alicerces que têm permitido o estudo mais sistemático das ideias sobre as doenças e a sua relação com as respostas que a seu respeito se vão desenvolvendo, tanto a nível institucional, como societal.

É importante, todavia, referir que demonstrar o carácter mutável, contingente e problemático da medicina não é o mesmo que demonstrar a sua dispensabilidade, nem tão pouco, e sobretudo, deve esse exercício crítico levar-nos a adotar uma perspectiva reificada da natureza do conhecimento médico e do alcance da sua ação prática na vida social humana. A recusa de uma narrativa de progresso do conhecimento médico a partir da análise das suas diferentes condições de possibilidade com o objetivo de mostrar o seu carácter contingente ou a constatação de que as implicações da intervenção médica são efetivamente amplas e denotativas de uma capacidade de redefinição de condições humanas,

são concepções teóricas que, mais do que se constituírem como um fim em si mesmo, devem ser assumidas como pontos de partida para melhor explorar as dinâmicas complexas de transformação da Medicina e dos seus múltiplos efeitos sociais.

Nesta medida, enquanto prática e campo de acção social, a medicina não é efectivamente monolítica e, portanto, a sua realidade empírica não se esgota na unidade e na coerência emprestada pelas categorias analíticas “totalizadoras”, designadamente se estas estiverem normativamente divorciadas do entendimento do seu património intelectual (Collyer, 2008). Aquilo que, em contrapartida, se afigura como analiticamente mais produtivo é justamente a problematização do carácter pretensamente unitário da medicina (Berg, Mol, 1998), dado que esta linha de entendimento promove um olhar menos totalizador e circunscrito a grandes categorias generalizadoras e, no limite, inadvertidamente redutoras. Deste modo, entender a medicina como efectivamente heterogénea implica não só reconhecer que enquanto formação cultural os sistemas médicos são compósitos (Pool, Geissler, 2005; Clamote, 2008)¹¹, mas também, e principalmente, perceber que, enquanto profissão institucionalizada, a medicina é, de facto, objecto de múltiplas segmentações internas; é marcada pela existência de várias tradições e correntes filosóficas; e é caracterizada por múltiplas práticas profissionais que se reconfiguram nas suas contingências situacionais e contextuais próprias.

Neste sentido, e para efeitos de uma discussão que procura contribuir para perceber as implicações dessas generalizações, importa mostrar em que medida a natureza da abordagem sociológica sobre a medicina e a saúde tende a desenvolver-se em coerência com alguns pressupostos que por serem constitutivos das concepções mais estruturadoras do próprio campo disciplinar podem, com efeito, dar lugar a um olhar potencialmente sectário.

O primeiro deles corresponde a uma característica que está, de resto, na base da própria identidade disciplinar da sociologia médica (e mais tarde da sociologia da saúde) e que diz respeito ao seu próprio objecto

¹¹ Embora a proposta conceptual do pluralismo médico preconize que os sistemas médicos são sistemas culturais localizados, esta relativização social de um suposto espaço dominante da medicina moderna deve, no entanto, levar em linha de conta o facto de que a unidade desses sistemas está cada vez menos ancorada em contextos sociais homogéneos, pelo que se tornam mais fragmentados e com uma validação localizada mais reduzida (Clamote, 2008).

de estudo. Trata-se, no fundo, de reconhecer que existe, desde a sua emergência enquanto subdisciplina, uma bem estabelecida “divisão do trabalho” entre a Sociologia e a Medicina, divisão essa que é responsável por uma segmentação analítica que dificilmente se articula ou dialoga, contribuindo, desta forma, para abordagens não apenas distintivas entre si, mas tendencialmente cativas de uma insularidade que dificulta um entendimento recíproco.

No caso da abordagem sociológica, a especialização decorrente da referida “divisão do trabalho” estrutura-se a partir da crítica dirigida ao enfoque biofísico da medicina, erigindo, a partir daí, o estudo das dimensões que ficam excluídas do olhar médico. A análise privilegia a interpretação social da realidade (condensada na bem conhecida distinção entre a *disease* enquanto condição clínica e a *illness* enquanto experiência socialmente moldada pelos contextos sociais) e o estudo da perspectiva médica sobre a doença. No primeiro caso, não se procede ao questionamento da categoria doença, ao passo que no segundo caso, o problema do perspectivismo deixa de lado a realidade física da doença, tornando-se o corpo um objecto intangível (Mol, 2002)

Trata-se, com efeito, de uma segmentação que é inteiramente devedora do trabalho tutelar de Talcott Parsons, no sentido em que é a partir da sua já clássica incursão sobre a saúde, doença e medicina, no quadro da sua teoria dos sistemas sociais (Parsons, 1951) que é sustentado o delineamento da natureza do objecto de estudo da sociologia médica, estabelecendo, *mutatis mutandi*, a teorização e a gestão da doença como matéria e responsabilidade da medicina (Mol, 2002; Collyer, 2010). Ou seja, cauciona-se a assunção de que a medicina tem o direito exclusivo de abordar o corpo biológico e as suas patologias, cabendo à sociologia o enfoque estrito no social (designadamente, as normas, os valores ou as interacções sociais).

A narrativa convencional sobre a emergência tardia da sociologia médica como subdisciplina é, com efeito, reiteradamente associada a Parsons (Cockerham, 2001), o que leva erradamente a presumir, tal como sustentado pelo importante trabalho de Collyer (2010) de revisitação crítica do cânone sociológico, que o património de teorização dos clássicos fundadores da sociologia seria denotativo de um alegado alheamento relativamente à saúde e à doença.

Esta secundarização das abordagens clássicas fez olvidar não apenas algumas teorizações sociológicas sobre a doença, saúde e mortalidade,

mas também, e principalmente, colocou numa zona de sombra o interesse teórico dos autores clássicos nos debates coevos sobre o então emergente biologicismo, vitalismo, a nova fisiologia ou a anatomia patológica (Collyer, 2010). A supressão da doença na análise sociológica pode, assim, ser entendida como um indicador ilustrativo da dinâmica de diferenciação e profissionalização disciplinar, uma vez que a mesma se procurou historicamente alicerçar num enfoque em torno do social enquanto nexos explicativo dos fenómenos.

Esta espécie de reducionismo social, que é também, e em grande medida, o reflexo do próprio processo histórico de construção da nova biomedicina ocorrido nas primeiras décadas do século XX, foi, com efeito, um factor significativo no estabelecimento das fronteiras intelectuais e profissionais entre a sociologia e a medicina (Collyer, 2010). De resto, também a medicina passou a trilhar um caminho de exclusão das dimensões sociais da experiência da doença, o que concorreu para o reforço destas “especializações temáticas”, bem como para a respectiva ramificação em olhares sectários que, de facto, passaram a excluir-se mutuamente¹² (Cunha, Raposo, 2022).

Nesta medida, mais importante do que postular que a medicina corresponde, em sentido estrito (como se se esgotasse neste), ao modelo biomédico, e no mesmo passo fazer o habitual inventário de críticas e limitações associadas ao carácter mecanicista e redutor de um olhar centrado obstinadamente no biológico, torna-se relevante aprofundar a análise das diferentes bases e componentes práticas e científicas do conhecimento médico e evitar generalizações interpretativas acerca da natureza dos seus fundamentos e sobretudo das suas reconfigurações práticas.

No quadro deste entendimento, importa, portanto, conceber a medicina como uma região epistemológica heterogénea, no sentido em que esta se encontra dividida em diferentes práticas científicas (corporizadas

¹² A mobilização desta reflexão sobre a própria realidade histórica da especialização disciplinar não procura descuar o facto de que o estabelecimento epistemológico e institucional destas disciplinas foi, em larga medida, uma “inevitabilidade”, no sentido em que para se poder falar na existência da sociologia médica/da saúde (ou, em bom rigor, de qualquer outra disciplina) é sempre necessária a construção de uma especialização. A tónica que aqui se procura dar é a de chamar a atenção para os reducionismos que daí podem resultar, de forma a melhor perceber qual a margem e as potencialidades existentes para o desenvolvimento de abordagens que, ao integrar este olhar problematizador sobre os processos de conhecimento, melhor concorram para um diálogo interdisciplinar.

em disciplinas ou especialidades), que configuram o que Karin Knorr Cetina (1999) designa de distintas *culturas epistémicas*. É por essa razão que se torna relevante perceber quais as implicações que as dinâmicas da padronização e do conhecimento codificado espoletam em diferentes áreas da medicina.

Dito de um outro modo, o que procuro sustentar é que se torna fundamental considerar não só que conceito de evidência está presente em diferentes áreas da medicina, mas também, e principalmente, o que é que realmente acontece na prática, isto é, que diferentes tipos de evidência e critérios de racionalidade (para além da prova estatística), e em que moldes, podem eventualmente ser mobilizados nos contextos das práticas médicas. Não empreender este questionamento compreensivo da dimensão contextual e situada desses conhecimentos na prática profissional concreta pode em si mesmo conduzir a uma reificação quando se discute o impacto das metodologias preconizadas pela MBE (e dos instrumentos que esta torna possível por via de técnicas de sistematização e difusão da evidência científica) no âmbito das diferentes tradições médicas e suas respectivas divisões culturais.

Será, então, que no contexto da sua prática, os clínicos são impermeáveis à evidência científica de natureza epidemiológica ou, pelo contrário, incorporam-na sem grandes filtragens ou resistências, tendo em conta que o próprio contexto político, económico e ideológico estabelece as condições e os mecanismos favoráveis a uma crescente implementação e legitimação de dispositivos e ferramentas formais de padronização e explicitação das decisões médicas (Raposo, 2010a; 2010b)? E no âmbito desses mesmos contextos heterogêneos da prática clínica, poderão operar-se alguns tipos de síntese que façam coexistir ecleticamente informações, conceitos ou tipos de prova distintos?

De facto, e à luz destes questionamentos, importa reconhecer que a cultura profissional e a prática clínica das diferentes especialidades médicas são um elemento relevante a considerar. Para além de darem uma imagem da heterogeneidade da profissão médica, podem ser indicadoras de formas distintas e diferenciadas de receção, acolhimento, incorporação, adaptação ou recusa dos princípios da MBE nas práticas profissionais concretas.

Pretendo com isto considerar que dentro do escopo mais alargado das especialidades médicas existentes, pelas razões aduzidas no contexto dos capítulos 2 e 5, o caso da MGF ilustra e ajuda a perscrutar a forma como

se desenvolvem algumas formas complexas de aceitação e incorporação da evidência científica, bem como dos instrumentos que a sistematizam (NOC). E isto sobretudo se se atender ao facto já notado de que está em causa uma especialidade médica ideologicamente alicerçada no designado *modelo clínico centrado no doente* enquanto um elemento distintivo que foi, aliás, historicamente crucial para afirmar a sua diferenciação face à medicina hospitalar mais estruturalmente baseada no chamado modelo biomédico (Armstrong, 1979; Alcántara, 2007; Checkland *et al.* 2008; Duffin, 2023). O que com isto procuro dizer é que, tratando-se a MGF de uma especialidade que se afirma identitariamente muito ligada à valorização do contexto (Jordão, 1995) e ao modo como este “alimenta” o conhecimento prático que subjaz ao julgamento clínico, acaba por ser bastante privilegiada a orientação para uma compreensão integral do doente por via do enquadramento relativo às suas circunstâncias particulares e realidades contextuais.

Assim, se numa primeira leitura, tal parece configurar um maior privilégio da autonomia médica em matéria de decisão clínica e não tanto na utilização e incorporação da prova estatística, um enfoque mais centrado nas características da prática clínica acaba por tornar problemático o próprio pressuposto de que as abordagens médicas atrás descritas, e a lógica binária da *arte vs ciência* que lhe parece estar subjacente, corporizam uma lógica de estrita *incomensurabilidade*.

Afigura-se mais plausível sustentar que em absoluto não há *incomensurabilidade*, na medida em que os clínicos frequentemente procedem a articulações compósitas entre linguagens diferenciadas, o que é o mesmo que dizer que os clínicos desenvolvem “traduções” (cf, capítulo 6), ainda que estas sejam relativamente parciais. Essa possibilidade de fazer conjugar conceitos e práticas provenientes de patrimónios epistemológicos diversos não só inviabiliza a ideia de uma efectiva *incomensurabilidade* (Sehon, Stanley, 2003), mas também, e sobretudo, chama a atenção para o facto de que a realidade da prática clínica, concretamente a da MGF, é plural e “impura”.

Isto significa que o que parece inscrever-se constitutivamente nas práticas clínicas é aquilo que aqui opto por designar de dinâmicas de *sincretismo epistemológico*. Através desta noção operatória procuro dar conta da coexistência e da articulação compósita entre os conhecimentos formais e padronizados e as dimensões tácitas e experienciais. Tal facto não só permite sinalizar de que modo é possível o desenvolvimento de

modalidades de tradução entre linguagens e epistemologias diferenciadas, mas também, e principalmente, permite uma maior compreensão dos processos ecléticos de (re)construção dinâmica e interactiva do conhecimento no quadro dos contextos de acção e das situações práticas. Trata-se, no fundo, e como se verá de uma forma mais substantivada por via de várias ilustrações empíricas apresentadas no âmbito do capítulo 6, de uma coexistência de critérios, concepções e racionalidades que, ao serem convocados e articulados entre si com o objectivo de avaliar uma situação particular, tornam possível o desenvolvimento de acções e decisões pragmáticas.

Finalmente, a trajectória teórica que dá suporte ao desenvolvimento analítico desta investigação empírica não fica completa sem equacionar também uma outra exploração analítica, que passa por identificar e avaliar as implicações do contexto geral de acentuada mudança política e regulatória que, apesar de tudo, não deixam de se reflectir na própria prática profissional de MGF. Nesta medida, e tendo em conta que se trata de uma especialidade que, como referido, suporta a sua identidade profissional em fundamentos distintivos que enfatizam a dimensão biográfica e holista (dimensões coerentes com uma concepção bio-psico-social da doença), torna-se fundamental perceber que eventuais mutações se operam no seu profissionalismo médico. Num panorama político-regulatório de tendencial burocratização, que transformações podem, afinal, ser indiciadoras de uma eventual disjunção entre a retórica profissional do modelo biográfico e holista e um modelo com contornos mais próximos de uma abordagem de feição mais estritamente biomédica?

Se é certo que o problema da escalada de custos decorrentes da variação das práticas médicas conduziu historicamente ao fim da legitimidade da isenção de regulação externa da profissão médica no âmbito do sector público (cf. capítulo 4) – ficando esta assim sujeita a um maior controlo político e de gestão sobre as suas actividades –, importa não deixar de considerar as eventuais consequências não antecipadas e não desejáveis que podem resultar das reformas políticas empenhadas na racionalização, nomeadamente se estas gerarem efeitos paradoxais nos resultados das intervenções assistenciais dos profissionais. Ou seja, não obstante os contornos mais ambivalentes resultantes da já referida resiliência da medicina face às transformações produzidas pelo novo ambiente regulatório – como se verá em particular no caso da MGF (cf. capítulos 5 e

6) – o aumento da burocratização pode potenciar a acentuação de um enfoque mais estritamente biomédico e, como tal, mais divorciado dos fundamentos epistemológicos e normativos que pululam na retórica discursiva subjacente às concepções identitárias e aos valores de pertença desta especialidade (Alcántara, 2007), sobretudo quando a concretização da sua prática clínica se traduz na contracção das margens de personalização dos cuidados.

CAPÍTULO II

AS ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS E O PROCESSO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

INTRODUÇÃO

É frequente argumentar-se que os processos de investigação científica, nomeadamente no campo das ciências sociais, são a expressão de percursos intrinsecamente dinâmicos, dado que o estudo da realidade social tende a remeter para formas de pesquisa empírica que se confrontam, em graus necessariamente variáveis, com contingências, perplexidades, encruzilhadas ou até novas possibilidades e informações decorrentes da natureza específica dos objectos de estudo. Não é, por isso, inusitada a constatação de que a pesquisa empírica tende a ser fértil na produção de diferentes circunstâncias que, com maior ou menor consequência, podem conduzir ao equacionamento de redefinições, de amplitude variável, da matriz teórica e analítica de partida.

Em termos mais específicos tal significa que, no âmbito da relação dialéctica que se vai estabelecendo na investigação entre teoria e empíria, não só podem emergir contingências e situações não previstas, como podem assumir inesperada centralidade dimensões ou facetas do objecto em estudo que até aí estariam eventualmente confinadas a uma visibilidade discreta ou periférica. Esta interacção dinâmica constitui-se como um importante preceito epistemológico, no sentido de as exigências operatórias da investigação suscitarem a potencial necessidade de ajustamento aos aspectos específicos e concretos do fenómeno ou situação social em estudo. Compreende-se, então, que daí possam resultar processos de reavaliação conducentes a uma reflexão sobre as necessárias reconstruções teóricas do objecto e da sua respectiva problematização, o que deixa claramente em aberto a possibilidade de se produzirem inflexões que, embora possam revelar-se pouco fiéis à matriz teórica original, se afigurem em última instância como portadoras de novas

potencialidades em termos de um maior benefício e utilidade heurística para o próprio processo de produção do conhecimento.

Ao nível da reflexão sobre a metodologia da investigação nas ciências sociais, esta dinâmica de interdependência entre teoria e realidade empírica tem, com efeito, suscitado uma importante discussão epistemológica sobre a natureza dessa relação, e em particular sobre o papel específico assumido pela teoria mesmo nos desenvolvimentos potencialmente mais “erráticos” dos percursos da investigação empírica. A esse propósito é, por exemplo, bem conhecida a reflexão de Almeida e Pinto (1999/1986) acerca da função de comando da teoria na investigação empírica, sobretudo quando preconizam que, não obstante a assunção desse estatuto orientador, tal condição não invalida minimamente a existência de adaptações e inflexões conceptuais decorrentes da análise de determinados processos empíricos. Essa não cristalização do aparato teórico revela-se, segundo estes autores, como um requisito indispensável para o próprio refinamento da estratégia metodológica, à luz dos objectivos específicos da própria investigação, pois, conforme argumentam, “não está excluído, em primeiro lugar, que a recolha de informação sobre uma situação concreta – que é sempre, em certa medida, *única* e a condensação de uma *infinitude de determinações* –, sendo embora orientada pelo quadro teórico prévio de referência, revele a necessidade de ajustar, especificar ou mesmo reformular este último, de modo a torná-lo um guia de observação do real mais preciso e eficaz” (Almeida, Pinto, 1999/1986:57).

Ainda assim, embora esta concepção corporize um importante preceito epistemológico com generalizado enraizamento em domínios como a sociologia, podem encontrar-se outros entendimentos críticos desta abordagem, justamente no que toca ao privilégio epistemológico habitualmente concedido ao princípio do papel condutor da teoria sobre a pesquisa. Um desses casos diz respeito à discussão crítica que Paulo Granjo (2004) empreende a partir de uma ancoragem antropológica, e que o conduz a uma reflexão razoavelmente distinta, quando considera que, à semelhança do que acontece nas ilusões empiricistas das abordagens mais positivistas, a concessão daquele privilégio epistémico à teoria pode ter como potencial efeito perverso a indução de tautologias, circunstância que, a concretizar-se, é em si mesma denunciadora do carácter demasiado apriorístico que aquela comporta enquanto quadro organizador do processo de pesquisa. Mais até do que a contaminação dos

dados pela própria teoria (Green, 2009)¹³, o carácter apriorístico pode implicar, na perspectiva de Granjo (2004), que “se encontre o que se procura”, designadamente por via de uma selecção prévia de certas instâncias em detrimento de outras.

Nesse sentido, mesmo o conceito de *serendipidade* é visto pelo autor como algo que não resolve de forma plenamente satisfatória esse carácter tautológico da teoria, dado que as reformulações teóricas e analíticas espoletadas pelas dinâmicas inusitadas da própria investigação empírica “apenas” conduzem à reformulação do objecto e ao relançamento da pesquisa com a suposta garantia de se ter procedido a uma melhor harmonização dos dados empíricos com os objectivos de partida. Granjo (2004) considera que a concretização prática deste conceito acaba por ser problemática, porque tem subjacente uma separação artificial das fases e etapas da investigação (teoria e observação), quando afinal estas são radical e intrinsecamente interdependentes.

Neste quadro de leitura, parece-me que o que daqui decorre de relativamente diferenciador é o entendimento quanto à escala e à intensidade dessa interdependência, no sentido em que a concretização efectiva dos processos de progressiva e interactiva clarificação do(s) objecto(s), bem como da selecção e construção das ferramentas teóricas e metodológicas é concebida por Granjo (2004) como um aspecto intrinsecamente indissociável de toda a dinâmica de investigação, designadamente do processo da própria (re)construção do quadro teórico de referência. Como tal, em vez de ser entendida como um quadro prévio que

¹³ A título de exemplo deste argumento, veja-se a reflexão crítica de Judith Green (2009) a propósito daquilo que considera ser um centramento excessivo e tendencialmente determinístico no conceito de risco, dado que na sua perspectiva muitos dos modelos de análise podem esvaziar e negligenciar outras representações e entendimentos do mundo em matérias relacionadas com a incerteza e as identidades sociais. O perigo de, por essa via, as orientações teóricas da investigação poderem condicionar os dados obtidos tem como potencial corolário perverso a produção artificial do próprio risco. Com base em vários trabalhos de investigação empírica coordenados pela própria (sobre a saúde, a segurança alimentar e a segurança rodoviária), a autora sustenta que o modo como efetivamente os indivíduos dão sentido às incertezas e tomam as suas decisões nas circunstâncias da sua vida quotidiana relativiza a suposta dominância analítica ou até mesmo ontológica do risco, nomeadamente ao nível da suposta reflexividade que este inexoravelmente convocaria no quadro das suas tomadas de decisão. A valorização de outros quadros de referência é, neste sentido, uma forma analiticamente relevante de evitar que os fenómenos em estudo fiquem reféns de uma perspectiva teórica auto-confirmatória ou indutora de uma leitura desadequada face às especificidades de determinados aspectos dos fenómenos ou processos sociais em estudo.

globalmente delimita as possibilidades explicativas do próprio objecto de estudo, a teoria é, nesta acepção, equacionada como a expressão de um processo que se vai gradualmente organizando e estabilizando, não em função de um percurso razoavelmente regulado e ordenado, mas de um trânsito complexo e multidireccional de implicações recíprocas que se vão configurando no desenrolar das próprias incursões empíricas ao objecto de estudo.

No fundo, aquilo que a convocação desta perspectiva de recorte mais acentuadamente indutivo acaba por sublinhar é a importância da pesquisa observacional no desvelar dos particularismos singulares ou inesperados do objecto de estudo e, consequentemente, na própria organização de soluções ecléticas no quadro de uma multiplicidade teórica e de uma metodologia pluralista. São estas, portanto, as condições que, segundo Granjo (2004), podem realmente assegurar a exploração das potencialidades heurísticas e operativas relativamente ao objecto concreto que se pretende estudar e, como tal, é neste tipo de enfoque que radicaria a viabilização de uma alternativa à indução de tautologias.

Em grande medida, esta relativa diferença de concepções quanto à relação dialéctica entre teoria e a empiria parece ser sobretudo sugestiva, senão mesmo denotativa, de uma ênfase diferenciada sobre a natureza e alcance dessa interdependência, o que não deixa de ser uma expressão das distintas orientações que marcam uma perspectiva epistemológica mais ancorada numa tradição de racionalismo crítico – em que o processo de pesquisa segue uma orientação que parte do racional para o real – e uma perspectiva bastante próxima de alguns pressupostos da tradição metodológica da *Grounded Theory*, designadamente quanto ao papel primordial que esta concede à pesquisa observacional como geradora dos próprios processos de indução analítica.

Claro que em bom rigor, e, não obstante as respectivas diferenças, essas concepções não se esgotam em polarizações irreduzíveis, até porque muitas das suas preocupações não são necessariamente antagónicas. Daqui resulta que a teoria e as próprias matrizes disciplinares funcionam, de facto, como sistemas abertos (Almeida, Pinto, 1999/1986:64), o que significa que os processos de investigação são sempre intrinsecamente marcados, naturalmente em graus variáveis, por dinâmicas de redefinição que concorrem para desenvolvimentos mais adaptativos e menos rigidamente presos a orientações teóricas pré-determinadas.

Face a este breve enquadramento é, todavia, importante sublinhar que a enunciação quase telegráfica destas considerações está efectivamente longe de cobrir um conjunto importante de outros aspectos e muito menos de os explorar até às suas últimas implicações. A razão mais óbvia e imediata para que assim seja é a de que este tipo de debate se inscreve num património já longo de reflexão epistemológica dentro das ciências sociais e as reflexões que tem suscitado estão na base do desenvolvimento de outros argumentos cujo conteúdo substantivo é não só mais sofisticado e detalhado, como é marcado por matizes mais complexos do que aqueles que são aqui genericamente convocados (Berthelot 2000; 2001). A razão de fundo para ter, apesar de tudo, optado por esta excursão rápida e panorâmica prende-se, fundamentalmente, com um propósito bastante pragmático e que é o de conferir alguma ancoragem à reflexão sobre as vicissitudes e as dinâmicas de revisão crítica que estiveram subjacentes aos vários ensaios – e posterior concretização – das reconfigurações mais significativas desta pesquisa. E isto por duas razões principais:

Por um lado, porque, como se verá de seguida, este trabalho foi objecto de adaptações e de reorientações profundas; e, por outro, porque essa dinâmica, em grande medida “imposta” pelas circunstâncias, acabou por beneficiar muito do facto de a investigação se inserir numa “tradição” de pesquisa qualitativa, o que neste caso concreto significou que as incursões empíricas ao objecto de estudo – que não apenas as de carácter exploratório – foram desencadeando indutivamente ora novas observações, ora a identificação de processos e de facetas que não tinham sido previamente equacionados, e que contribuíram para o aprofundamento dos próprios pressupostos teóricos e para uma maior sofisticação analítica.

De facto, a relativa maleabilidade deste percurso de acumulação e integração de novos aspectos significativos do objecto de estudo acabou por ir viabilizando a gradual densificação de interpretações teóricas e analíticas, o que em última instância se revelou fundamental para o enriquecimento da problemática teórica que, apesar de tudo, nunca deixou de constituir um ponto de ancoragem importante. O que daqui se procura retirar não é tanto a ideia das virtudes e constrangimentos resultantes da inscrição desta investigação numa ou noutra “tradição” – tal como esquematicamente descritas nas considerações anteriores – mas sobretudo um enquadramento que permita explicitar, através de uma

descrição reflexiva, as circunstâncias que moldaram as etapas inaugurais da pesquisa no terreno, e, sobretudo, clarificar e fundamentar quais as orientações e opções subjacentes às reorganizações conceptuais operadas e à própria estratégia de investigação.

O PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO: DAS PRIMEIRAS ETAPAS AO FECHAMENTO DO CAMPO EMPÍRICO

Por se considerar que as práticas de investigação nem sempre coincidem com aquilo que é preconizado pela Metodologia na sua acepção mais “normativa”, é importante sustentar que também no caso da presente investigação se verificaram importantes reajustamentos e alterações de trajectória, o que, como se verá com mais detalhe e nitidez nas considerações subsequentes, constitui um indicador bastante elucidativo quanto ao reconhecimento de que é efectivamente impossível prever todas as dinâmicas e vicissitudes da experiência empírica.

De facto, desde cedo, o esforço de delimitação e de estabilização do contexto e dos referenciais empíricos desta investigação foi confrontado com circunstâncias e limitações que acabaram por conduzir a uma viragem considerável na orientação da pesquisa. Na sua fase inicial, o seu objectivo principal consistia em estudar o processo de emergência e institucionalização da Medicina Baseada na Evidência (MBE) em Portugal, o que, nessa fase, conduziu o trabalho para opções metodológicas que se centravam muito no estudo e análise da principal estrutura institucional que em Portugal tem sido responsável, desde 1999, pela implementação e divulgação da MBE, o Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE). Esta caracteriza-se por ser uma unidade estrutural da Faculdade de Medicina de Lisboa (com autonomia financeira, bem como ao nível da sua gestão e da investigação que desenvolve), e tem como finalidade o desenvolvimento da área científica designada por MBE. Tem como principais objectivos promover a divulgação de conhecimentos científicos, fazer investigação, formar e/ou colaborar na formação no âmbito da MBE, prestar consultoria científica, bem como estabelecer os contactos nacionais e internacionais em matéria de disseminação e implementação de NOC

Este Centro constitui, formalmente, o principal (porque único no caso português) grupo promotor da MBE em Portugal, o que não deixa

de ser um aspecto de grande significado, até porque o recente desenvolvimento desta nova orientação epistemológica na comunidade médica portuguesa acaba por estar em alguma medida vinculado ao âmbito das actividades e das iniciativas institucionais do CEMBE. Por esta razão, afigurou-se-me como orientação metodológica potencialmente mais estratégica o estudo aprofundado e intensivo do próprio Centro (enquanto unidade de observação privilegiada), designadamente através da sua história, do seu enquadramento institucional, da sua composição e dinâmicas de trabalho, da cartografia das actividades e iniciativas desenvolvidas (cursos, formações, publicações, consultorias, etc.), bem como das redes, protocolos e parcerias estabelecidas, no sentido de identificar os grupos, agentes, instituições e organismos que, de forma mais directa ou indirecta, têm confluído nas dinâmicas de promoção, desenvolvimento e divulgação da MBE. O objectivo último era o de mapear estas dinâmicas e, acima de tudo, aferir e compreender em que moldes e circunstâncias a produção deste novo tipo de conhecimento e a respectiva disseminação de uma nova metodologia científica estariam a granjear protagonismo e a dar origem a reconfigurações, designadamente epistemológicas, no panorama alargado da comunidade médica portuguesa.

A esse propósito empreendi paralelamente outras incursões empíricas que, de modo simultâneo e complementar, visavam assegurar um primeiro esforço de mapeamento do panorama médico português relativamente à recepção da MBE, nomeadamente através da consulta dos planos de estudo das Faculdades de Medicina – para verificar a presença da MBE no figurino das estruturas curriculares dos cursos –, bem como por via de uma recolha abrangente de artigos de discussão médica sobre a MBE publicados em revistas médicas portuguesas, entendidas estas últimas como o *espaço agonístico* (Nunes, Matias, 2003) privilegiado para a discussão das implicações desta nova orientação científica.

Tendo em conta que no âmbito da literatura especializada sobre este campo específico, designadamente no mundo anglo-saxónico, emergem reiteradamente posições críticas de múltiplos detractores – que não só encetam debates críticos com os defensores da MBE, como protagonizam posições potenciadoras de clivagens fracturantes no interior da medicina –, parecia, de facto, relevante aferir da existência, ou não, desse clima de crítica e contestação no interior da comunidade médica portuguesa. Noutras realidades as clivagens são efectivamente notórias e expressivas; no

entanto, subsiste para o caso português um desconhecimento alargado sobre o tipo de recepção, aceitação e incorporação da nova abordagem trazida pela MBE, pelo que uma análise exaustiva e sistemática em torno da literatura médica nacional era assumida, nesta fase inicial, como uma opção pertinente para avaliar da existência de diferentes posicionamentos, eventualmente decorrentes da sua distinta inscrição em tradições ou culturas médicas num domínio que se sabe que é efectivamente plural e heterogéneo.

Contudo, esta orientação subjacente ao objecto de estudo foi profundamente reequacionada após ter constatado que, pela natureza privada de muito do trabalho desenvolvido pelo CEMBE, a possibilidade de acesso efectivo a vários tipos de documentação e a viabilidade de assegurar a minha presença e observação em espaços e momentos específicos da “vida” deste Centro estavam objectivamente comprometidas. Sendo certo que o acolhimento institucional e a disponibilidade do próprio Director do CEMBE foram notáveis, não menos decisivo foi o reconhecimento de que a concretização da estratégia de investigação estabelecida colidia com condicionalismos práticos inultrapassáveis. O acesso aos projectos com as entidades que contratualizaram trabalhos de investigação e de consultoria científica, bem como às próprias reuniões de trabalho no âmbito dos referidos projectos estava objectivamente interdito – tinham o estatuto de confidencialidade devido à sua já referida natureza privada –, restando apenas alguma informação institucional do CEMBE (a maioria de natureza pública), o acesso às publicações produzidas no âmbito do Centro, alguns dados genéricos sobre o volume de projectos e as áreas onde os mesmos se inserem, informações sintéticas sobre os colaboradores mais regulares e permanentes do Centro e informações e documentação curricular do Director do CEMBE.

Face a estes constrangimentos, as linhas de análise estabelecidas e as próprias opções metodológicas foram reavaliadas, fazendo deslocar o campo de análise para um outro enfoque e ao fazê-lo acabou por ser o próprio objecto de estudo a redefinir-se amplamente. Claro que esta redefinição foi sendo equacionada tendo como base algum grau de familiarização entretanto adquirido por via das incursões empíricas realizadas, mas também pela informação empírica resultante da recolha exploratória desenvolvida nessa fase inicial do processo de pesquisa (Raposo, 2010). De facto, foi a partir de um inventário das actividades

de formação e divulgação levadas a cabo pelo CEMBE, nomeadamente em termos de realização de vários cursos de pós-graduação e de Educação Médica Contínua em vários hospitais e universidades portuguesas, que foi sendo possível constatar a existência de uma crescente procura que parece indiciar a importância estratégica conferida à MBE. Em si mesmo, trata-se de um dado bastante revelador, na medida em que das perto de 60 acções formativas asseguradas pelo CEMBE – entre 1999 e 2009¹⁴ – que foram integradas no âmbito dos vários cursos de Pós-graduação, a larga maioria orientou-se para a gestão de serviços de saúde e também para as auditorias clínicas, estas últimas promovidas pela Ordem dos Médicos. Em relação às áreas médicas, embora exista alguma diversidade (em áreas como a Reumatologia, Medicina Dentária, Genética Clínica ou Farmacoepidemiologia), é possível constatar que a ligação mais estável e duradoura é, justamente, a que se verifica com a área da Medicina Geral e Familiar (MGF), ao ponto de existir um protocolo de colaboração entre o CEMBE e a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), e que se traduz particularmente num curso pós-graduado de actualização que em 2010 contava já com a sua 7.^a edição.

De facto, a par da Indústria Farmacêutica (sobretudo no âmbito da formação e da consultoria científica), aquela é a especialidade médica que de forma mais efectiva se tem aproximado do CEMBE, o que é revelador da ênfase que tem concedido às metodologias da MBE. Este aspecto afigurou-se, desde cedo, como muito pertinente e a justificar maior indagação e problematização, até porque se trata de uma especialidade cujos fundamentos que legitimam a sua especificidade estão muito centrados na importância ímpar da relação terapêutica com o doente, o que poderia sugerir, no imediato, um maior privilégio do *ethos* humanitário da medicina, por contraponto à incorporação sistemática de normas de orientação clínica decorrentes de metodologias científicas resultantes de evidência baseada em critérios de prova estatística.

Esta constatação suscitou algumas perplexidades, não sendo esperado que a MGF se afigurasse como uma especialidade com uma vinculação institucional à MBE. Rapidamente emergiram algumas interrogações

¹⁴ Esta delimitação temporal justifica-se com o facto de ter sido esse o período que usei como referência (em 2010) para fazer este “inventário”.

conjecturais quanto às razões substantivas dessa aparente afinidade. Tratar-se-ia, no fundo, de uma tentativa pragmática de encontrar instrumentos eficazes que permitam uma melhor adaptação face à crescente complexidade em termos de conhecimentos técnicos e volume de informação especializada com que os clínicos têm de lidar na sua prática profissional quotidiana? Uma estratégia profissional de maior visibilidade e afirmação face a outras especialidades médicas mais prestigiadas científica e simbolicamente? Ou “apenas” uma tentativa de resposta às pressões *managerialistas* de demonstração de resultados e de fundamentação das práticas médicas?

Independentemente da razão preponderante (ou a eventual confluência de várias destas), o certo é que esta evidência passou a constituir-se como um elemento significativo para poder ser assumida como a base para um critério operativo de escolha tendo em vista a determinação das áreas médicas que efectivamente parecem protagonizar uma ligação mais estreita com a abordagem da MBE. Acima de tudo, esta evidência sublinhou a possibilidade pragmática de se seleccionar estrategicamente – numa lógica de amostragem teórica¹⁵ muito característica das abordagens qualitativas (Henn *et al.*, 2009: 175-214) – um caso que pudesse constituir uma boa ilustração dos diferentes níveis de receptividade e incorporação da MBE na prática clínica.

Assim, e dentro do escopo mais alargado das especialidades médicas existentes, entendi como relevante a escolha da MGF, no pressuposto de que esta especialidade denotaria, à partida, um maior nível de resistência a estas metodologias, uma vez que se encontra identitariamente ancorada em fundamentos que, num plano mais discursivo, tendem a surgir retoricamente legitimados pela valorização de uma visão humanista e integral da pessoa (Alcántara, 2007). Ou seja, dado tratar-se de uma especialidade que está muito ligada à familiarização com o contexto dos doentes, que informa o conhecimento prático que subjaz ao julgamento clínico

¹⁵ A amostragem teórica no âmbito da investigação qualitativa demarca-se da conotação probabilística mais característica das pesquisas quantitativas, que tendem a centrar-se na representatividade estatística e nas possibilidades de generalização dos resultados. Em contraponto a esta lógica, pode-se considerar que as orientações metodológicas de tipo qualitativo privilegiam, acima de tudo, as razões teoricamente substantivas que podem justificar como pertinentes as opções subjacentes à selecção estratégica de um ou mais casos. As possibilidades de generalização decorrem da qualidade e da exemplaridade teóricas do(s) caso(s). Para alguns exemplos relevantes que ilustram a pertinência deste procedimento na fundamentação da investigação empírica, vejam-se as investigações de doutoramento de Ferreira (2007:21) e Correia (2012b: 174).

(Jordão, 1995), tal significaria que a MGF se organiza e orienta para a compreensão situacional do todo por via da valorização das circunstâncias contextuais do próprio doente.

Por esta razão, considere que para além de um grande potencial operativo, a exploração deste exemplo concreto permitiria analisar de uma forma densa e aprofundada aspectos centrais para o reforço de uma nova problematização e análise sociológica, desta feita não sobre a institucionalização, difusão e desenvolvimento da MBE em Portugal, mas sobre o modo como os pressupostos e as metodologias que lhe estão subjacentes se traduzem na perspectiva dos próprios profissionais. Ou seja, assumindo que se tem vindo a desenvolver de forma consequente um processo de mudança epistemológica no conhecimento médico que instaura o critério epidemiológico como principal critério de prova científica, coloca-se então a questão de como é que ao nível da escala micro das práticas médicas concretas se verificam processos e dinâmicas de recontextualização da padronização resultante destas novas abordagens para o reforço da tomada de decisão médica?

Nesta medida, a cultura e as práticas científicas específicas desta especialidade médica tornam-se elementos fundamentais a considerar, dado que, para além de darem uma visão da heterogeneidade da profissão médica – evitando, assim, generalizações interpretativas acerca da natureza das suas reconfigurações –, podem constituir-se como indicadores de formas distintas de recepção, acolhimento, incorporação, adaptação ou recusa dos princípios da MBE nas práticas profissionais concretas. No âmbito deste recentramento, o que passou, então, a afigurar-se como analiticamente pertinente foi compreender, por via da já referida noção de *sincretismo epistemológico* (cf. capítulo 1), o modo como os saberes profissionais se reorganizam nas suas aplicações situadas, o que suscitou a procura de enfoques alternativos que conferissem maior centralidade à análise das diferentes bases e componentes práticas do conhecimento médico, não obstante este se encontrar agora mais estruturalmente alicerçado na abordagem epidemiológica (e.g. Timmermans e Kolker, 2004; Raposo, 2009).

Perceber que consequências resultam, afinal, desta transformação na produção do conhecimento, bem como das novas modalidades de reorganização dos saberes que daí decorre, foi algo que passou a constituir-se como uma indagação pertinente. Por um lado, porque a prova estatística passa a definir o que conta como conhecimento válido, mas, por outro,

porque habitualmente o carácter contingente e socialmente construído de alguns processos cognitivos que estão na base do conhecimento e do julgamento médicos tende a não ser suficientemente valorizado, quando na realidade estão em causa aspectos de grande relevância para a compreensão das dimensões tácita, intuitiva e contextual que enformam esses processos de julgamento profissional. Ora são, justamente, essas dimensões que salientam o carácter reflexivo das racionalidades e dos saberes profissionais e que permitem, na prática, a (re)construção interactiva dos conhecimentos abstractos, formais e padronizados em intrínseca articulação com uma dimensão prática e experiencial fortemente mobilizada nas competências interpretativas da prática clínica.

No fundo, ao deslocar o ângulo de análise para a escala mais micro das práticas médicas no quadro dos seus contextos organizacionais concretos, é, de facto, um novo território que se abre à exploração de dimensões mais ligadas à contextualidade social subjacente à realidade da MBE. No âmbito desta orientação, passaram a afigurar-se novos aprofundamentos empíricos cujas virtualidades radicam nas possibilidades de questionamento não só das estratégias e mecanismos de difusão desta metodologia e da sua respectiva lógica regulatória, mas também, e sobretudo, na compreensão das lógicas e das modalidades da sua adopção e eventual recontextualização no âmbito concreto do trabalho médico, designadamente em MGF.

A DEFINIÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO

Relativamente ao tipo de orientação que organiza a abordagem metodológica empreendida, ela inscreve-se, como já anteriormente sugerido, na tradição da pesquisa qualitativa, no sentido em que é dada clara primazia às preocupações de interpretação da realidade social; concretamente, ao modo como a mesma tende a ser representada e moldada pelos sentidos sociais que lhe são atribuídos pelos próprios actores que a compõem. Claro que a inscrição neste tipo de “paradigma” de investigação (Broom, Willis, 2008) não tem que pressupor nenhum tipo de reducionismo metodológico que entenda os diferentes paradigmas – incluindo os de carácter mais positivista “habitualmente” presentes nas pesquisas quantitativas – como mutuamente exclusivos ou antagónicos (Henn *et al.*, 2009: 8-25), até porque na multiplicidade de práticas de

investigação, incluindo naturalmente as de natureza qualitativa, razões de ordem pragmática e operacional tendem a evidenciar o carácter algo artificial desta dicotomia, podendo até convocar, pelo inverso, o desenvolvimento de soluções ecléticas – qual *bricolage* metodológico (Denzin, Lincoln, 2000:4) – que colocam em articulação diferentes opções metodológicas e técnicas de investigação.

Justamente a propósito das virtudes de um certo pluralismo metodológico que seja capaz de viabilizar a compatibilização de metodologias provenientes de diferentes tradições epistemológicas, tem sido frequentemente mobilizada a ideia de triangulação metodológica (Duarte, 2009; Rodrigues, 2010) como alternativa à lógica irreduzível da “guerra de paradigmas” (Bryman, 2008). Podendo ser discutível se a triangulação é, em bom rigor, um conceito ou sobretudo uma metáfora (Duarte, 2009: 3-4), o certo é que esta noção, sobretudo quando usada na aceção dos métodos mistos (combinação de diferentes métodos, incluindo quantitativos e qualitativos), é equacionada como uma importante estratégia para potencializar as virtudes dos diferentes métodos e técnicas para os objectivos da investigação, e assim aprofundar o conhecimento de diferentes facetas e dimensões do objecto de estudo (Henn *et al.*, 2009: 8-25).

Contudo, e não obstante os benefícios virtuosos destas possibilidades de articulação, é importante ter presente que ao desenvolver um trabalho de investigação que, pela natureza dos seus objectivos, se enquadra melhor numa abordagem qualitativa, tende a estabelecer-se a vinculação a um entendimento concreto sobre a natureza do mundo social que, em lugar de pressupor que a realidade é um dado factual e objectivo que pode ser medido, considera que a realidade é fundamentalmente o resultado dos vários factores que estão presentes na esfera da acção humana e que esta acção pode ser compreendida pela exploração dos sentidos sociais protagonizados pelos seus intervenientes.

Esta concepção ontológica do mundo molda, portanto, a perspectiva epistemológica, dado que o modo como se produz o conhecimento acaba por ser coerente com a assunção das potencialidades da interpretação fenomenológica na análise e compreensão das formas como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que vivem – e isto por via de um trabalho descritivo, detalhado e profundo sobre as características do contexto empírico em questão. É de resto por essa razão que a pesquisa qualitativa tende preferencialmente a estruturar-se em torno de abordagens de carácter mais indutivo

(Broom, Willis, 2008), na medida em que são as próprias observações que se vão desenvolvendo e acumulando que vão permitindo estabelecer interpretações conceptuais mais apuradas. Como se os dados fizessem emergir – e habitualmente fazem-no – níveis mais aprofundados e sofisticados de interpretação teórica.

Isto significa que a natureza específica destes processos de investigação qualitativa, embora estes sejam menos rígidos na forma como estabelecem quadros teóricos definidos e marcados por hipóteses explicativas que se procuram confirmar ou infirmar dedutivamente, não dispensa, naturalmente, a existência de um argumento central teoricamente informado que se vai desenvolvendo e articulando ao longo de toda a pesquisa, numa dinâmica interactiva e dialéctica que vai robustecendo o carácter mais genérico e um pouco mais provisório das formulações teóricas de partida (Henn *et al.*, 2009: 48-76). O que no fundo este aspecto sublinha é, justamente, o carácter predominantemente exploratório, descritivo e indutivo de um tipo de pesquisa que é muito orientada para o próprio processo e para a assunção do carácter dinâmico da realidade estudada, o que significa que há uma grande ênfase colocada na análise das particularidades das estruturas e dos processos sociais que organizam e dinamizam o quadro social onde se inscrevem os grupos sociais estudados, designadamente ao nível dos seus valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

Tendo em consideração este enquadramento epistemológico, torna-se importante operacionalizar a orientação geral que lhe subjaz através da caracterização e fundamentação da estratégia metodológica desenvolvida, uma vez que esta corresponde ao corpo orientador da pesquisa. Esta informa não só a selecção e a articulação das técnicas a aplicar na investigação empírica, mas também contribui, subsidiariamente, para o estabelecimento das estratégias adaptativas que melhor sirvam as necessidades suscitadas pelas especificidades do objecto de estudo e melhor respondam aos próprios desafios empíricos que se vão colocando no decurso da concretização dos objectivos concretos da investigação.

Assim, e quanto ao caso particular do presente trabalho de investigação, é, de facto, o acesso aos médicos da especialidade de MGF nos seus contextos organizacionais típicos que constitui a condição fundamental para a exploração e compreensão das lógicas e racionalidades que estão presentes nas suas formas de decisão e julgamento clínico, num contexto político e regulatório em que os critérios subjacentes à padronização das

decisões clínicas tendem a ser mais persuasivos e impositivos. Isto significa, por conseguinte, que o interesse em explorar em profundidade as concepções dos médicos nas suas realidades organizacionais situadas conduz a investigação para uma orientação metodológica que claramente a inscreve no estatuto do estudo de caso.

Nesse quadro, e em matéria de selecção dos estudos de casos considerados adequados e “significativos” para os objectivos já anteriormente aludidos, esta resultou de uma *amostragem por conveniência*, o que implicou uma escolha teoricamente orientada para contextos sociais com relevância teórica e operativa para a delimitação do campo empírico de observação deste objecto de estudo. Mais concretamente, essa selecção recaiu em dois casos, contemplando os dois contextos organizacionais típicos onde se desenvolve o trabalho dos médicos de MGF: por um lado, os Centros de Saúde¹⁶, que correspondem à configuração organizacional “tradicional” dos cuidados de saúde primários; por outro, as Unidades de Saúde Familiar (USF), enquanto modelo de um novo figurino organizacional que corresponde a uma das expressões mais visíveis da reforma política dos cuidados de saúde primários encetada a partir de 2005¹⁷.

No quadro destes dois tipos de contextos organizacionais, procedi, então, a uma selecção que articulou duas ordens de razão principais.

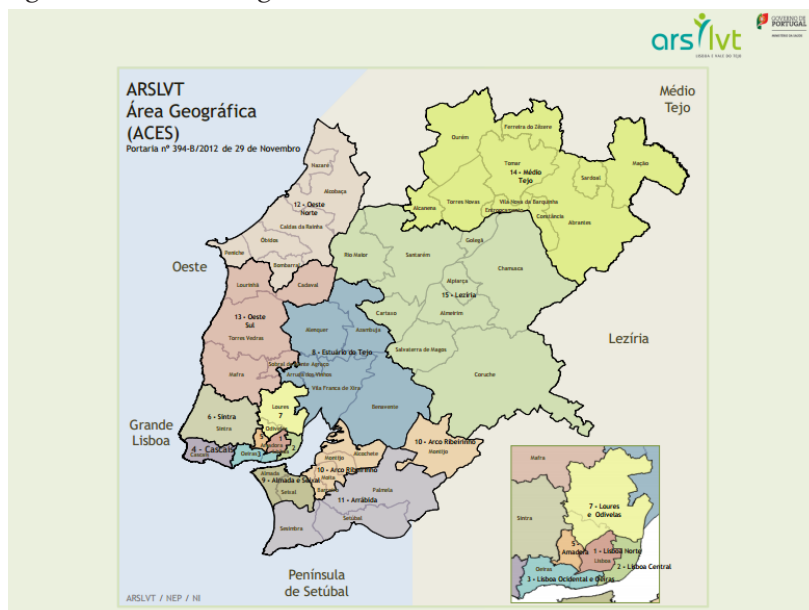
A primeira ordem de razões centrou-se em critérios de ordem prática, no sentido de delimitar o âmbito da escolha a uma área geográfica que permitisse realizar a investigação sem obstáculos logísticos no que diz respeito à gestão do dispêndio de tempo e de recursos, razão pela qual seleccionei a área geográfica abrangida administrativamente pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), e dentro desta a área da chamada Grande Lisboa (cf. Figura 1)¹⁸.

¹⁶ Actualmente designados por Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

¹⁷ Sobre essa reforma política e sobre os respectivos modelos organizacionais inovadores que esta introduziu, veja-se a discussão empreendida no âmbito do capítulo 5.

¹⁸ Reporto-me aqui à lógica de organização em vigor na altura da investigação e que dexou de ser sobreponível com o que está agora regulamentado (aprovado em Conselho de Ministros em 14 de setembro de 2023) para a organização do Serviço Nacional de Saúde. Esta nova lógica baseia-se na figura das Unidades Locais de Saúde. Feito este reparo, esclarece-se que a área geográfica abrangida engloba os concelhos de Lisboa, Amadora, Sintra, Mafra, Odivelas, Oeiras, Cascais, Loures, Vila Franca de Xira, o que, para todos os efeitos, está em linha com a nova configuração das NUTS 2024 na Região de Lisboa e Vale do Tejo, sobretudo no que diz respeito ao que está contemplado na zona da Grande Lisboa.

Figura 1 – Área Geográfica ACES ARSLVT



Fonte: ARSLVT

Relativamente à segunda ordem de razões, de natureza mais substantiva, importa referir que no que diz respeito aos critérios de escolha do Centro de Saúde (ou, para adoptar a nomenclatura actual, UCSP), a selecção baseou-se não só no facto de já conhecer o contexto em questão, por via de uma experiência de investigação anterior (Lopes *et al.*, 2010), mas sobretudo pelo facto de, tanto nessa altura como depois também na fase desta investigação, se ter revelado notória a sua importância organizacional. Trata-se de uma UCSP de referência no Concelho de Lisboa não só pela sua dimensão e abrangência assistencial, mas também porque tem um papel importante ao nível das iniciativas de formação promovidas no âmbito das actividades de internato em MGF¹⁹. Já quanto à selecção da USE, a mesma ocorreu numa fase posterior à escolha da UCSP, e sendo

¹⁹ A ênfase conferida às actividades de formação no âmbito do internato de MGF explica-se pelo facto de as mesmas serem um indicador importante das orientações científicas e pedagógicas que são privilegiadas em termos dessa mesma formação. Constitui, portanto, um elemento útil para aferir de que modo se vai concretizando a integração dos internos na especialidade. No caso concreto desta investigação, considerei esse aspecto relevante, dado que me interessava perceber em que medida essa formação contemplava actividades ou iniciativas mais dirigidas à aprendizagem, discussão e desenvolvimento de metodologias decorrentes da MBE.

certo que para a mesma concorreram circunstâncias decorrentes das primeiras incursões exploratórias e de alguns contactos informais que me permitiram tomar contacto com profissionais pertencentes a vários contextos organizacionais (um pouco numa lógica de *snowball* ou “bola de neve”²⁰), não tardei em constatar que a USF que acabei por seleccionar – inserida no concelho de Cascais²¹ – poderia, de facto, reunir condições relevantes para a análise empírica, na medida em que não só era uma das USF mais consolidadas em termos da sua implementação formal²², como o seu nome era conhecido por estar associado a uma dinâmica de trabalho em que também as actividades formativas dos médicos e dos internos da especialidade de MGF eram muito enfatizadas.

Sob este ponto de vista, a escolha dos casos foi pautada pela preocupação em explorar a sua exemplaridade, no sentido de os entender como casos que traduzem simultaneamente as diferenças organizacionais dos contextos de trabalho dos médicos de MGF, assim como aspectos que podem, com as devidas diferenças, ser transversais a estes mesmos contextos. Por isso mesmo, e não obstante a existência de contornos mais específicos e singulares que sempre caracterizam cada realidade em concreto, a opção fundamental passou por explorar os aspectos que possam ser “típicos” do trabalho dos médicos de MGF inseridos nos seus contextos organizacionais. Claro está que, no âmbito de uma investigação ancorada num estudo de caso (neste caso de dois), as pretensões analíticas são sempre pautadas pela devida prudência, uma vez que estas não consistem na produção ou extrapolação de conclusões extensíveis a todas as realidades organizacionais da MGF. No entanto, já é certamente plausível poder estabelecer, dentro dos limites intrínsecos à natureza desta orientação metodológica, a formulação de hipóteses testáveis, até com o propósito de poder perceber ou captar dinâmicas de funcionamento de um conjunto mais alargado de realidades organizacionais que com estas se relacionem.

²⁰ A amostragem de bola de neve é um tipo de amostragem não probabilística que é usada quando os potenciais sujeitos da amostra pertencem a populações consideradas difíceis de encontrar ou aceder. Neste tipo de amostragem, os participantes acabam por ser facilitadores no próprio recrutamento de outros participantes para o estudo, indicando ou partilhando formas de contacto.

²¹ Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Cascais.

²² A constituição desta USF data de inícios de 2007. Figura, como tal, como uma das que encaixam o “lote” das primeiras 100 USF que foram formalmente constituídas no quadro da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

Quer dizer que, mais do que apenas a pertinência e a exemplaridade dos casos em apreço, são também as suas articulações relacionais com o próprio contexto estruturante, e com as respectivas processualidades, que os tornam potencialmente elucidativos de outro tipo de interdependências mais globais. No fundo, a inscrição dos casos num contexto socio-histórico específico estabelece um enquadramento que se interrelaciona com a própria dimensão micro das estruturas e dos contextos organizacionais e com as suas dinâmicas constitutivas, conferindo-lhes densidade e sentidos heurísticamente fecundos.

Pode pois, então, sustentar-se que a estratégia de investigação desenvolvida remete claramente para uma metodologia qualitativa-intensiva, na medida em que o seu objectivo principal consiste no estudo intensivo de uma realidade social particular, tendo-se procurado explorar em profundidade a multiplicidade de facetas e dimensões que caracterizam a realidade de uma especialidade médica em particular – MGF – ao nível das práticas profissionais desenvolvidas no âmbito dos seus contextos organizacionais institucionalizados. Como discute António Firmino da Costa (1999: 10-11), “neste tipo de pesquisa, os objectivos concentram-se na descrição densa e na análise integrada de um caso, procurando caracterizar a articulação específica que nele se estabelece entre múltiplas facetas da sua constituição. Visa-se, assim, contribuir para elucidação daquilo em que consiste a singularidade do caso, em especial do que nela decorre daquela articulação específica de dimensões, mas, também, para o esclarecimento dos modos como, em algumas dessas dimensões, ele se relaciona com domínios sociais mais vastos”.

Nesta acepção, e dentro do enquadramento desta estratégia de investigação, o método que assumiu uma clara preponderância foi a pesquisa de terreno, dado que ao ter implicado a presença prolongada do investigador nos contextos sociais em estudo, bem como o contacto directo com as pessoas e com as situações e rotinas do seu quotidiano, tal viabilizou a expectativa de reunir condições práticas para a imersão no campo empírico de observação e, desse modo, para o desenvolvimento de um trabalho detalhado e profundo sobre o objecto de estudo tal como foi problematizado no âmbito do fechamento analítico já anteriormente identificado.

De uma forma mais precisa, a pesquisa de terreno que se desenvolveu privilegiou a análise da especialidade médica já referida enquanto um estudo de caso representativo da problemática teórica desta investigação, e nesse sentido procurei negociar e conquistar o acesso físico e social aos

contextos empíricos (Henn *et al.*, 2009: 175-214). A concretização destes requisitos práticos acabou por se revelar como um elemento facilitador para obter a aceitação e a confiança por parte dos agentes sociais concretos a estudar (médicos de MGF inseridos nos contextos empíricos seleccionados), e assim poder operacionalizar formas de observação directa que permitiram acompanhar e registar numa posição privilegiada, as dinâmicas da realidade profissional destes médicos.

Ainda mais especificamente, e considerando que, em bom rigor, este método se desenvolve através do recurso a uma diversidade de técnicas (Costa, 1999/1986), é importante referir que, no caso concreto desta investigação, aquela que assumiu maior relevância na fase inicial e mais exploratória do estudo foi a observação directa, nomeadamente por via da presença prolongada e regular²³ do investigador nos contextos sociais em estudo, e do contacto directo com as pessoas e as dinâmicas e rotinas organizacionais. Tratando-se de uma técnica que é, em grande medida, um processo aberto, variável e dependente do investigador e das próprias relações e interações sociais que inevitavelmente estabelece com os indivíduos observados no decurso do trabalho de observação (Costa, 1999/1986: 133-135), a mesma tem potencialidades inestimáveis dado que permite “captar os entendimentos dos indivíduos sobre a realidade que vivem e produzem, enquadrada por um conhecimento próximo e aprofundado das condições objectivas onde esses referenciais são construídos” (Correia, 2012b: 175).

OPÇÕES DE OPERACIONALIZAÇÃO EMPÍRICA E SELECÇÃO DAS TÉCNICAS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Asseguradas as condições práticas para uma permanência relativamente prolongada nos contextos de estudo, tornou-se possível acompanhar de perto algumas das práticas, rotinas e especificidades processuais no

²³ O período de observação teve uma duração de aproximadamente sete meses – entre Dezembro de 2011 e Julho de 2012 – e traduziu-se numa presença regular nos dois contextos de observação específicos – nomeadamente assistindo às reuniões das Equipas Integradas de Orientadores (EIO) e às reuniões clínicas (RC). Embora com algumas oscilações decorrentes ora de episódicas alterações do planeamento das actividades ou de pontuais dificuldades de compatibilização de agenda, a observação decorreu num padrão maioritariamente semanal. No caso da UCSP, o período de observação decorreu entre Dezembro de 2011 e Junho de 2012 e contemplou 11 Reuniões (3 de EIO e 8 de RC). Quanto à USF, o período de observação decorreu entre Março de 2012 e Julho de 2012 e contemplou 13 Reuniões (3 de EIO e 10 de RC).

trabalho desenvolvido pelos médicos nos seus contextos organizacionais, designadamente no âmbito das reuniões médicas semanais subordinadas ora a questões de formação pedagógica com o intuito de desenvolver melhores estratégias de formação dos internos (as chamadas reuniões de EIO), ora à apresentação de trabalhos de revisão, de discussão clínica de NOC, ou até – principalmente no caso da USF – de discussão de indicadores de contratualização (nas chamadas RC)²⁴.

Esta espécie de acesso privilegiado a uma parte dos “bastidores” do trabalho médico pressupôs, no entanto, a necessidade de controlar o potencial problema da “reactividade” dos sujeitos observados, ou seja, o modo como a presença do investigador pode influenciar o comportamento dos mesmos (Costa, 1999/1986; Hughes, 2008). Nessa medida, e sem nunca desconsiderar as potenciais dificuldades que esta situação inevitavelmente suscita, importa, ainda assim, referir que a duração do período de observação acabou por promover um conjunto importante de relações informais e de observações que concorreram positivamente para a compreensão das complexidades e singularidades dos processos e das realidades observadas, o que põe claramente em evidência o facto de que se estabeleceu uma relação próxima entre o investigador e o objecto empírico²⁵.

Neste caso em concreto, e porque cada investigação é efectivamente única, pretendi que o conhecimento das realidades empíricas seleccionadas, assim como o desenvolvimento e refinamento teórico da investigação, se consolidassem a partir do próprio acto da pesquisa, o que significa que, para além dos quadros teóricos de referência, este método mais indutivo foi muito importante para a reavaliação e reinterpretação dos dados que, de forma mais inesperada ou relativamente previsível, se foram revelando como mais pertinentes e adequados às exigências de problematização teórica da investigação. No fundo, e sem nunca deixar de reforçar a necessidade de o envolvimento pessoal do investigador ser

²⁴ Acerca das particularidades deste tipo de reuniões médicas –o *locus* privilegiado deste trabalho de observação qualitativa – veja-se o capítulo 6, onde me detenho numa análise descritiva sobre as próprias observações levadas a cabo nos diferentes espaços organizacionais.

²⁵ Esta é, sem dúvida, uma das principais características desta abordagem metodológica, pelo que, de um certo ponto de vista, esta tende até a ser algo refractária a uma concepção mais positivista da investigação científica, sobretudo quando é preconizada uma noção de neutralidade do método científico, em que se espera que o investigador assuma uma posição externa e objectivamente distanciada para não se “misturar” com a realidade que estuda.

gerido com a vigilância necessária para não abdicar da necessária vinculação à preocupação de distanciamento crítico face ao objecto de estudo (Costa, 1999/1986: 134-135), o que esta circunstância propiciou foi a possibilidade de ir percebendo quais as dimensões e indicadores mais potencialmente relevantes para serem analiticamente explorados na etapa subsequente à observação propriamente dita.

Tratando-se, tal como já foi salientado, de um tipo de pesquisa que assume um carácter compreensivo e interpretativo, foi fundamental o recurso a outras técnicas de recolha de informação, de modo a ser possível contemplar os diversos níveis de análise inerentes ao estudo dos casos seleccionados. Como tal, no âmbito desta mesma estratégia metodológica, recorri igualmente à técnica²⁶ dos Grupos Focais (*Focus Groups*), uma vez que o interesse primacial da investigação se centra na tentativa de entendimento das razões e das dinâmicas de reconstrução reflexiva dos saberes que são mobilizados por estes especialistas no quadro das formas de julgamento clínico inerentes ao seu trabalho.

Particularizando melhor o argumento subjacente a esta opção metodológica, esta técnica afigurou-se adequada para os objectivos desta investigação dado que proporciona a ocasião e o estímulo para os membros de um determinado colectivo articularem pressupostos normativos que habitualmente não são explicitados ou que, pelo menos, não são objecto de particular reflexão por parte dos próprios indivíduos (Bloor *et al.*, 2001; Barbour, 2010; Smithson, 2008; Kitinger, 1994, 1995; Morgan, 1997). Ou seja, a operacionalização desta técnica não só estimula a interacção dos participantes, encorajando-os a explorar e a explicitarem as suas posições, concepções ou perspectivas – bem como as eventuais divergências ou experiências partilhadas entre o grupo –, mas também se constitui como uma forma rápida e relativamente eficaz²⁷ de

²⁶ Para uma discussão mais detalhada sobre o estatuto dos Grupos Focais como Técnica ou Método cf. Galego e Gomes (2005).

²⁷ Sendo certo que os grupos focais não devem ser entendidos como um substituto da etnografia (Bloor *et al.*, 2001: 17), nem tampouco ser assumidos como uma forma expedita de recolher opiniões ou de providenciar material empírico para finalidades meramente exploratórias (Smithson, 2008: 358), é, em contrapartida, relativamente consensual considerar que esta técnica tem como potencialidades a possibilidade de captar processos e dinâmicas de relação interna na perspectiva dos próprios participantes, conseguindo, assim, alguma informação concentrada e detalhada sobre aspectos significativos dos contextos socioculturais dos grupos, e que na maior parte das vezes só são captáveis pelo investigador etnográfico depois de períodos razoavelmente longos de observação (Bloor *et al.*, 2001: 6).

aceder directamente a algumas das formas de comunicação típicas e significativas das interacções quotidianas dos indivíduos²⁸.

É também de enfatizar que o recurso a esta técnica beneficiou muito da recolha de informação proveniente, em particular, da própria observação directa. Sendo verdade que, em absoluto, as opções metodológicas não são necessariamente auto-suficientes, no sentido em que os objectivos da investigação podem beneficiar muito do uso conjugado de diferentes alternativas metodológicas, as vantagens que os grupos focais proporcionaram em termos de aprofundamento analítico acabaram por ser o corolário de um percurso de exploração empírica que de forma gradual, mas constante e cumulativa, foi tornando possível a identificação e clarificação de aspectos relevantes da realidade profissional da MGF. O que isto significa é que a própria construção e refinamento das dimensões e categorias do guião dos grupos focais²⁹, bem como da respectiva grelha de análise, acabou por beneficiar da familiarização adquirida no âmbito da imersão empírica proporcionada pela fase exploratória da investigação.

Em termos mais práticos, o recurso a esta técnica de recolha de informação traduziu-se na realização de quatro sessões: duas envolvendo médicos especialistas com responsabilidades formativas na orientação de internos, e outras duas com os próprios internos da especialidade de MGF, sendo respectivamente divididas pelos dois contextos organizacionais já identificados.

²⁸ A este propósito vale a pena esclarecer que mesmo nas situações em que a discussão e as interacções surgem de forma mais espontânea, tal não significa que estamos na presença de um discurso natural, no sentido em que a discussão tem sempre um carácter performativo (Smithson, 2008). Até mesmo quando as opções ao nível do formato das sessões e do próprio estilo de moderação remetem para uma dinâmica menos estruturada e para uma intervenção menos activa do moderador, há sempre uma linha orientadora geral (ou pelo menos um ponto de ancoragem definido), pelo que, na prática, trata-se sempre de concretizar um formato que ensaia sempre algum grau de equilíbrio entre estrutura e espontaneidade (Barbour, 2010).

²⁹ O guião estruturou-se em torno de quatro tópicos centrais – implementação das NOC; especificidades da especialidade médica; prática médica e raciocínio clínico; contexto organizacional –, com desdobramentos por várias categorias mais específicas, com o propósito de explorar os entendimentos, as razões e as concepções dos profissionais envolvidos relativamente às questões propostas. Esse guião funcionou, acima de tudo, como um roteiro que permitiu assegurar a existência de uma linha condutora, mesmo quando as discussões seguiram rumos sequenciais distintos. A própria forma de condução foi deliberadamente flexível, mas suficientemente activa para assegurar que os tópicos principais eram cobertos, dando, contudo, margem para que outros aspectos com estes relacionados pudessem emergir e ser integrados no contexto das próprias sessões. A construção desses tópicos foi concebida em coerência com os quatro critérios-chave que, desde o uso pioneiro desta técnica por Merton e Kendall, na década de 1940, são habitualmente preconizados para a concepção do conteúdo das sessões, a saber: a *abrangência*, a *especificidade*, a *profundidade* e o *contexto* (Morgan, 1997: 45-46).

Tal como é possível constatar pela leitura da tabela 1 – que sintetiza as várias características do perfil dos participantes –, as sessões de grupos focais envolveram um total de 30 médicos de MGF e a dimensão dos grupos variou entre os 6 e os 8 elementos. Ao nível da sua composição foi privilegiado como critério a sua relativa homogeneidade, não no sentido de os presumir como uniformes, mas por considerar que a circunstância de estes grupos já “pré-existirem” podia apresentar várias vantagens: reflectir mais fielmente as lógicas internas de funcionamento dos próprios grupos (Bloor *et al.*, 2001), permitir uma maior fluidez das conversações, e facilitar a análise das diferenças de perspectivas entre grupos (Morgan, 1997). Os grupos constituíram-se, assim, como a unidade de análise, e em cada um deles procurou-se analisar e compreender as dinâmicas de discussão e, desse modo, as ideias que assumiram relevância no quadro dos seus respectivos contextos.

Tabela 1 – Perfil dos participantes das sessões de Grupos Focais

Código	Estatuto	Contexto organizacional	Composição	Sexo	Grupo etário	Anos especialidade/ Ano internato	Período	Duração
M01	Médico orientador	USF	n=8	M	[56-65]	[21-30]	29/11/12	1h:03m
M02	Médico orientador	USF		M	[36-45]	[1-10]		
M03	Médico orientador	USF		H	[46-55]	[11-20]		
M04	Médico orientador	USF		H	[36-45]	[1-10]		
M05	Médico orientador	USF		H	[36-46]	[11-20]		
M06	Médico orientador	USF		H	[46-55]	[11-20]		
M07	Médico orientador	USF		H	[56-65]	[21-30]		
M08	Médico orientador	USF		M	[46-55]	[11-20]		
M09	Médico orientador	UCSP	n=6	M	[56-65]	[21-30]	3/12/12	56m
M010	Médico orientador	UCSP		M	[56-65]	[21-30]		
M011	Médico orientador	UCSP		H	[56-65]	[21-30]		
M012	Médico orientador	UCSP		M	[25-35]	[1-10]		
M013	Médico orientador	UCSP		H	[36-45]	[1-10]		
M014	Médico orientador	UCSP		H	[36-45]	[1-10]		
MI1	Interno	USF	n=8	M	[25 – 35]	3.º	15/1/13	1h:06m
MI2	Interno	USF		M	[25 – 35]	4.º		
MI3	Interno	USF		M	[25 – 35]	3.º		
MI4	Interno	USF		M	[25 – 35]	3.º		
MI5	Interno	USF		M	[25 – 35]	4.º		
MI6	Interno	USF		M	[25 – 35]	4.º		
MI7	Interno	USF		H	[25 – 35]	2.º		
MI8	Interno	USF		H	[25 – 35]	1.º		
MI9	Interno	UCSP	n=8	H	[25 – 35]	3.º	21/1/13	45m
MI10	Interno	UCSP		M	[25 – 35]	1.º		
MI11	Interno	UCSP		H	[25 – 35]	4.º		
MI12	Interno	UCSP		M	[25 – 35]	3.º		
MI13	Interno	UCSP		M	[25 – 35]	1.º		
MI14	Interno	UCSP		M	[25 – 35]	1.º		
MI15	Interno	UCSP		M	[25 – 35]	2.º		
MI16	Interno	UCSP		M	[25 – 35]	3.º		
Total: n=30								

Com efeito, o recurso a esta técnica permitiu aprofundar junto dos médicos de MGF um conjunto de aspectos que ajudaram a colocar em evidência as concepções, lógicas e fundamentos que estão presentes na reorganização dos seus saberes e que, por consequência, são potencialmente moduladores de muitas das suas práticas profissionais. Isto significa, portanto, que face às mudanças epistemológicas e organizacionais impulsionadas por um quadro político e institucional alicerçado em novas lógicas regulatórias que conferem uma centralidade instrumental aos critérios de evidência científica e à sua tradução em mecanismo de padronização e de demonstração de resultados (Collin, 2010), o que no fundo esta pesquisa de natureza qualitativa procura é contribuir para o aprofundamento do conhecimento sociológico sobre as respostas e as adaptações que se manifestam ao nível das recomposições do trabalho das profissões de saúde – neste caso os médicos de MGF.

No entanto, e porque à semelhança de outras técnicas de recolha de informação (nomeadamente a entrevista) os grupos focais lidam com a racionalização discursiva dos agentes, é de crucial importância ter presente que esses mesmos discursos se constituem como um conjunto de concepções e percepções que os indivíduos têm sobre a sua realidade. De facto, e como a este propósito referem Almeida e Pinto (1999/1986:75), “os procedimentos de recolha de informação nas ciências sociais são quase sempre mediados pelo depoimento dos agentes sociais acerca das suas condições de existência, [por isso] é claro que uma atenção muito particular deve ser concedida às dimensões simbólico-ideológicas daquele mesmo complexo de relações”. Tal significa, portanto, que um dos desafios mais importantes a este nível é seguramente o descortinar das representações e dos sentidos da acção, dado que estes constituem formas de interpretação da realidade que estão vinculadas ao contexto em que os indivíduos se inserem e às posições (neste caso, profissionais) que aí ocupam. É, enfim, por essa razão, que um conhecimento alargado do campo em que se situam, das especificidades do contexto em que se inserem, bem como das próprias dinâmicas que caracterizam a realidade do grupo, se afiguram como requisitos indispensáveis para melhor interpretar e compreender analiticamente os processos em estudo. Neste caso em particular – e para além do necessário controlo teórico e analítico inerente a qualquer trabalho de investigação – esse conhecimento foi

fundamentalmente adquirido e desenvolvido no contexto da própria observação directa.

Importa ainda referir alguns aspectos práticos que, em termos da operacionalização da técnica dos grupos focais, se revelaram fundamentais na viabilização desta etapa. Em grande medida a realização dos grupos focais não só beneficiou muito da existência de uma confiança prévia junto dos responsáveis de cada um dos contextos de observação (bastante útil para clarificar os objectivos inerentes ao recurso a esta técnica, assim como para dissipar a potencial estranheza relativamente ao próprio formato das sessões), mas também, e fundamentalmente, da própria observação directa e de outras incursões empíricas de carácter exploratório que entretanto também empreendi, e que consistiram na participação em três eventos médicos na área da MGF³⁰.

Quanto ao primeiro aspecto – relação de confiança – este decorre de um processo que teve de ser gradualmente gerido. Considerando os constrangimentos que são habitualmente referidos no âmbito de investigações sociológicas que têm como objectivo estudar dimensões, lógicas e dinâmicas do trabalho médico (Carapinheiro, 1993; Serra, 2004; Correia, 2012b), não há dúvida de que o acesso aos contextos deste grupo profissional implica um processo exigente de negociação e de clarificação do propósito e objectivos da investigação. Tal é decisivo para que possa ficar explicitamente delimitado o âmbito de actuação do investigador, mas também, e no grau em que tal se justificar, para dissipar eventuais impulsos de instrumentalização quanto ao desenvolvimento da investigação.

No caso concreto desta investigação, o seu percurso beneficiou de um conjunto importante de circunstâncias que se foram sucedendo enquanto expressão da acumulação e mobilização de um capital de relações informais. Estas relações cedo se revelaram decisivas, na medida em que foram objectivamente viabilizando o acesso aos contextos e também garantindo uma receptividade que facilitou a

³⁰ Os eventos em causa foram as XVI Jornadas do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Sul, que decorreram entre 24 e 26 de Outubro de 2011; as Jornadas do ACES Lisboa Norte 2012, subordinadas ao tema “Das NOCs à Prática Clínica” e realizadas em 24 de Maio de 2012; e o Fórum organizado pelo *Hospital do Futuro* sobre “Normas de Orientação Clínica: Implementação e Avaliação”, que teve lugar em 4 de Fevereiro de 2013 (cf. capítulo 6).

negociação dos próprios termos do processo de observação directa³¹. Claro que isto está muito longe de significar que o desenrolar da investigação empírica se caracterizou por uma sucessão linear, escoreita e cumulativa de etapas, na medida em que para além do “confronto” com alguns estereótipos e expectativas que tendem normalmente a existir em relação ao âmbito, propósito e pertinência do trabalho do investigador – principalmente quando este é externo a essa realidade (quer em termos disciplinares, profissionais e institucionais) –, houve, também, alguns obstáculos inultrapassáveis que, como tal, acabaram por colocar certos limites objectivos às possibilidades operatórias que tinham sido previamente equacionadas.

Mais especificamente, não foi possível assegurar o desiderato de realizar a observação nos contextos das próprias consultas clínicas, o que, a concretizar-se, poderia ter levado o trabalho para um território mais próximo da investigação etnográfica do trabalho médico (e.g. Atkinson, 1995; Berg, 1992). O acesso a essa espécie de “reduto privilegiado” foi rapidamente condicionado com base em argumentos que acentuavam a importância da salvaguarda do trabalho clínico em contexto de relação terapêutica com os doentes. Foram sobretudo mobilizados os aspectos ligados à ética e à deontologia profissional, nomeadamente a questão da confidencialidade das informações clínicas dos doentes, ou a perturbação (pela presença do investigador) da comunicação e da relação de confiança entre médico e doente. Mesmo quando houve alguma insistência em tentar mostrar que os objectivos da investigação, bem como os requisitos do trabalho de observação, não teriam necessariamente que colidir com as reservas e salvaguardas éticas apresentadas, o retorno obtido foi o de que estaria totalmente dependente da aceitação pessoal de cada médico, pois nesse domínio os próprios responsáveis com quem foi necessário negociar previamente as condições da concretização da pesquisa se “demitiram” do

³¹ Esse capital de relações informais foi sendo processualmente construído e, no essencial, significou uma aproximação estratégica a informantes privilegiados com responsabilidades institucionais na coordenação do internato de MGF e que me foram remetendo, numa lógica que acabou por ser muito coerente com o propósito da técnica da *bola de neve*, para outros agentes significativos dos contextos empíricos específicos, o que permitiu que existissem oportunidades para explicar o objetivo do trabalho e para negociar as condições essenciais para o desenvolvimento da observação junto de médicos com responsabilidades na coordenação das atividades dos respectivos contextos organizacionais.

exercício de qualquer influência persuasiva para interferir na decisão individual de cada médico em concreto³².

De resto, e mesmo depois de ter reorientado a estratégia de investigação para que esta se passasse a centrar na observação das reuniões médicas, foi imposto como condição – num dos contextos de observação – que caso viessem a ocorrer reuniões especificamente subordinadas à discussão de casos clínicos concretos de algum dos médicos da equipa, tal seria impeditivo (uma vez mais por imperativos de ordem ética) da minha presença nas respectivas reuniões³³. Tal significou, portanto, que mesmo que não tenha havido nenhuma recusa de partida em relação à investigação, nem a imposição de uma postura de marginalização do investigador, o que é facto é que estas circunstâncias não deixam de fazer salientar a existência de algum grau de fechamento deste grupo profissional³⁴, no sentido em que denotam a existência de alguns traços marcantes de uma cultura profissional que zela pelo controlo de uma componente fulcral do seu trabalho, ou seja, o conteúdo das suas decisões clínicas concretas.

Relativamente ao segundo aspecto, nomeadamente as observações exploratórias efectuadas no âmbito dos três eventos médicos já atrás referenciados, esses momentos foram de grande utilidade não só para adquirir familiaridade com aspectos específicos da MGF, mas sobretudo para alcançar uma maior compreensão quanto à natureza das questões que se colocam quando estão em causa critérios de decisão baseados na evidência científica. Por isso, e sendo certo que a presença regular nos

³² Esta situação verificou-se no primeiro contexto em que encetei “negociações”. Dado o desfecho desse processo, e para não perder a possibilidade de ter critérios metodológicos uniformes que permitissem estabelecer níveis de comparação, já não repliquei estas pretensões para o segundo contexto organizacional seleccionado. Aí já procurei negociar as condições da investigação à luz do que consegui estabelecer para o primeiro caso.

³³ Embora essa situação tenha sido bastante rara – aconteceu uma única vez enquanto durou o período de observação – o facto é que não foi mesmo possível assistir à referida reunião.

³⁴ Claro que, em absoluto, este fechamento a que faço referência é contingente, porque mesmo que possa ser assumido como um aspecto sensível – que é –, o mesmo não deve ser entendido como uma impossibilidade rígida que inviabiliza toda e qualquer tentativa de investigação sobre estes domínios. O simples facto de existirem investigações sobre o trabalho médico em contexto de consulta prova que estas dificuldades não são inquestionavelmente intransponíveis. Por exemplo, no âmbito de uma investigação sobre algumas dimensões da reforma dos CSP em Portugal, a autora (Teixeira, 2012) concretizou, no âmbito da sua estratégia metodológica – apesar de também se ter deparado com alguns constrangimentos –, uma parte da sua observação participante justamente em contexto de consulta médica.

contextos de observação foi de grande importância não só para providenciar uma rotinação e uma acomodação à presença do investigador, mas também para ir permitindo a gradual compreensão da produção discursiva dos agentes sociais, não menos importante foi a oportunidade de tomar contacto com fóruns de discussão sobre aspectos fundamentais relativos ao conhecimento médico e formas de julgamento e decisão clínica em MGF.

No caso do primeiro evento, tratou-se da realização de umas jornadas anuais, destinadas aos internos de MGF da zona sul³⁵, e nelas se procura promover o desenvolvimento de práticas de investigação dos internos. O formato deste evento organiza-se em função de domínios distintos como os *relatos de caso*, os *trabalhos de revisão* ou os *trabalhos de investigação* e constitui-se enquanto espaço de discussão e partilha entre internos e entre estes e a comunidade dos médicos que já são especialistas, em particular os que têm responsabilidades de orientação.

Relativamente ao segundo evento, tratou-se de umas jornadas especificamente promovidas pelo ACES Lisboa Norte, com o propósito de discutir o processo de implementação das NOC na prática clínica da MGF. Embora ocorrendo numa fase em que já estava a desenvolver a observação nos dois contextos organizacionais seleccionados, este evento foi uma ocasião importante por duas razões principais. Por um lado, para ter uma visão mais panorâmica desta discussão no âmbito da MGF, e, por outro, para compreender melhor a natureza e o alcance da discussão crítica suscitada pelo processo de implementação das NOC, dado tratar-se de um processo “obrigatório”³⁶ que começou a ser promovido pela Direcção Geral de Saúde (DGS) e pela Ordem dos Médicos (OM), em articulação com a Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas (CCBPC), com o propósito explícito de que as especialidades médicas, e em particular a MGF, concretizem com celeridade essa implementação (cf. Capítulo 5). A discussão quanto às limitações das NOC, ora

³⁵ O internato de MGF está dividido em cinco zonas (três em Portugal Continental – Norte, Centro e Sul – e duas abrangendo as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores) e cada uma delas tem uma respectiva coordenação regional, embora estejam integradas num Conselho Coordenador de âmbito Nacional (Gaspar, 2010). A zona sul abrange a região de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

³⁶ Este imperativo decorre em larga medida das orientações fundamentais inscritas no *Memo-rando de Entendimento sobre as Condicionabilidades de Política Económica*, assinado pelo Estado Português com a (vulgarmente designada) *Troika*, a 17 de Maio de 2011, designadamente ao nível das medidas de reforma estratégica para o sector da saúde.

processuais, ora mais substantivas, foram de grande importância, porquanto colocaram em evidência um conjunto de dúvidas e argumentos críticos não só sobre a validade científica subjacente à elaboração das referidas NOC, mas também questões sobre a sua aplicabilidade no contexto da prática clínica, designadamente no que respeita à sua compatibilização com outros critérios de decisão ou fontes de informação.

Quanto ao terceiro evento, este foi sobretudo dirigido às direcções clínicas (hospitais públicos e privados, ACES) e tinha como temas principais a discussão do papel das NOC como instrumentos de qualidade em saúde com repercussões na alteração da prática clínica, o valor técnico-científico das NOC elaboradas, assim como a adequação dos instrumentos definidos para a implementação e avaliação das NOC. O objectivo fundamental era o de promover o retorno dos diversos intervenientes nos processos de implementação e de avaliação das NOC propostas ou em curso e a partir dessa reflexão produzir um documento a enviar à DGS, assinalando as entidades que participaram no debate e as principais conclusões.

Por fim, e ainda em matéria de opções metodológicas, importa também referir que para efeitos de reforço das considerações de enquadramento que são empreendidas nos capítulos 3, 4, 5 e 6 (mas sobretudo no capítulo 4), foram utilizadas outras técnicas de recolha de informação com o propósito de complementar a estratégia principal de investigação que acabou de ser identificada. Assim, e apesar do seu estatuto mais subsidiário, optei por utilizar alguma informação empírica que tinha sido recolhida no âmbito da fase exploratória da anterior orientação desta investigação, centrada, como já foi referido, na institucionalização da MBE em Portugal, mas reforcei-a com recurso a um conjunto seleccionado de entrevistas semi-estruturadas a informantes privilegiados. O objectivo pragmático desta opção consistiu no aprofundamento dos níveis de contextualização macro e meso a que os já referidos capítulos aludem. Ou seja, o contexto da institucionalização da MBE (capítulo 3), o contexto político-ideológico subjacente às orientações das reformas da saúde das últimas décadas (capítulo 4), mas também os seus modos de expressão no âmbito dos CSP e da MGF (capítulos 5 e 6).

Deste modo, o recurso complementar à técnica qualitativa das entrevistas semi-estruturadas junto de um número restrito de informantes privilegiados (num total de 10) (cf. tabela 2) permitiu-me recolher e dar sentido a vários elementos de caracterização dos já referidos contextos.

Como se pode verificar pela leitura da tabela 2, a maior parte das entrevistas (8 de um total de 10) foi, de facto, realizada para o âmbito do capítulo 4. Naturalmente, estas privilegiaram o recurso a actores com papéis institucionais relevantes em domínios que ora se intersectam mais com a esfera da decisão e regulação política da saúde, ora com o domínio académico da investigação ligada, nomeadamente, à economia da saúde. Exceptuando dois casos de entrevistas mais longas (E03 e E08), as restantes tiveram uma duração que variou entre os 34 e os 55 minutos. As mesmas foram ocorrendo no decurso de um período relativamente longo (cerca de um ano), e as dimensões-chave dos guiões foram sendo adaptadas às características específicas dos papéis institucionais dos diferentes actores.

Tabela 2 – Elementos de caracterização das entrevistas

Código	“Perfil”	Período	Duração	Enquadramento
E01	Economista da Saúde	22/6/2011	47m:46s	Capítulo 4
E02	Economista da Saúde	16/11/2011	44m:58s	Capítulo 4
E03	Economista da Saúde	22/11/2011	1h:02m	Capítulo 4
E04	Ex-decisor político/ Economista da Saúde	30/11/2011	49m:16s	Capítulo 4
E05	Gestor Hospitalar	13/2/2012	34m:04s	Capítulo 4
E06	Presidente ERS	20/2/2012	37m:31s	Capítulo 4
E07	Membro ACSS	6/7/2012	34m:39s	Capítulo 4, 5
E08	Director CEMBE	23/11/2011	1h:17m	Capítulos 3, 4, 6
E09	Presidente APMGF	9/12/2011	40m:50s	Capítulo 5, 6
E10	Membro CPBPC	7/8/2012	55m:00s	Capítulo 6

Como referido, para o âmbito do capítulo 4 foram realizadas 8 entrevistas³⁷ exploratórias a informantes privilegiados, designadamente três Economistas da Saúde; um Gestor Hospitalar; um ex-Decisor Político (Secretário de Estado da Saúde); o Presidente da Entidade Reguladora da Saúde (ERS); e um Membro do Conselho Directivo da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Com esta opção procurei, fundamentalmente, explorar a arquitectura institucional que está subjacente ao modo como no âmbito das decisões políticas no campo da saúde tem vindo a ser mobilizada a evidência científica. Por essa razão, o recurso

³⁷ Embora fundamentalmente orientada para o capítulo 4, também teve relevância para os capítulos 3 e 6 a entrevista realizada ao Director do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE).

a este conjunto específico de actores com um papel relevante nesse contexto revelou-se importante, na medida em que permitiu recolher informações que ilustram o tipo de concepções que tendem a acompanhar, e a suportar discursivamente, o sentido de algumas das mudanças em curso. Essencialmente, estas entrevistas exploratórias serviram para ter uma visão mais contextual sobre os processos e mecanismos de utilização da evidência científica nas decisões políticas no campo da saúde e, desse modo, sinalizar alguns indícios relativos a uma tendência de crescente permeabilidade aos critérios de evidência científica como suporte legitimador de orientações políticas de recorte mais *managerialista* (cf. capítulo 4).

No âmbito do capítulo 3, mobilizei alguma informação empírica resultante da análise documental que tinha encetado na fase exploratória da investigação relativamente às actividades e ao trabalho desenvolvido pelo CEMBE, com o objectivo principal de situar o seu papel no âmbito da institucionalização da MBE em Portugal. Essa mesma preocupação de enquadramento meso à escala institucional, levou-me também a privilegiar a realização de uma entrevista semi-estruturada ao Director desta estrutura, pois, como é bem patente na análise desenvolvida neste capítulo, trata-se de uma figura cuja acção é incontornável na compreensão do próprio processo de dinamização e difusão da MBE.

Relativamente aos capítulos 5 e 6, foram realizadas duas entrevistas³⁸. Uma ao Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), e outra a um Membro da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas (CCBPC). Em ambos os casos, a razão principal que presidiu a esta escolha prendeu-se com o interesse em enquadrar o papel da MGF relativamente ao impacto da MBE na sua prática profissional. No caso da entrevista ao Presidente da APMGF procurei, sobretudo, identificar a visão institucional deste órgão associativo, até porque algumas das iniciativas desenvolvidas relativamente à aproximação da MGF à MBE têm sido concretizadas sob os seus auspícios. No caso do membro da CCBPC – que também é médico de MGF – o que interessou explorar foi, fundamentalmente, a compreensão do processo de implementação das NOC no âmbito da MGF. Apesar de esta comissão envolver especialistas de várias áreas médicas e não se centrar apenas nas

³⁸ Embora fundamentalmente orientada para o capítulo 4, também teve relevância para o capítulo 5 a entrevista realizada a um Membro do Conselho Directivo da ACSS.

particularidades da MGF, o certo é que este processo de implementação começou, justamente, nesta especialidade, pelo que se me afigurou pertinente privilegiar esse enfoque de análise.

Finalmente, refira-se que, como suporte documental a muitas destas incursões exploratórias, recorri a documentação institucional e a alguma legislação, sobretudo em função das necessidades de melhor caracterização e definição da natureza normativa de algumas decisões e orientações políticas no campo da saúde. Embora não tenha havido uma preocupação de análise exaustiva da produção legislativa, a mesma não deixa de ser um elemento relevante a considerar, não necessariamente pelos seus aspectos formais ou jurídicos, mas principalmente porque esta se constitui como um “enunciado de referência para a generalidade dos agentes do espaço social da saúde” (Ferreira, 2007: 24).

PARTE II

**A EXPLICITAÇÃO DO
CONHECIMENTO MÉDICO
E A REORGANIZAÇÃO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE**

AS RECONFIGURAÇÕES EPISTEMOLÓGICAS DO CONHECIMENTO MÉDICO – A PROCURA DE UMA CIÊNCIA CLÍNICA

INTRODUÇÃO

A emergência da MBE vem, com efeito, espoletar a intensificação de reconfigurações importantes no interior da medicina, na medida em que 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. 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 (Marks, 1997) ou as recomendações clínicas no formato de Normas de Orientação Clínica (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 a prática clínica (Sacket *et al.*, 1985).

Ora, uma das principais implicações que de forma relativamente clara parece resultar destas reconfigurações é, justamente, a transformação de alguns pressupostos da própria epistemologia médica, uma vez que passam a ser equacionados a uma outra luz os fundamentos do seu estatuto científico. Assim, em lugar das ressonâncias 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 (Gadamer, 1996; Kinsella, Pitman, 2012; Champy, 2018) –, entendendo-os como dificilmente compatíveis com as actuais exigências, complexidades e imperativos científicos e organizacionais 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 e de “rivalidades epistemológicas” (Harrison, 2004) no interior da profissão médica, o que acaba por originar complexas reconfigurações do seu *ethos* humanitário. Particularmente na perspectiva dos cépticos e dos detractores 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 este postula a necessidade de expurgar das decisões médicas a componente intuitiva e experiencial. De acordo com esta acepção, o que a MBE tende, portanto, a desencadear são implicações como a erosão do fulgor da “arte médica”, a perda da sua “espessura antropológica” (Marques, 2002), a elisão do sujeito individual na abordagem epidemiológica, a secundarização da experiência clínica, ou a tendencial desvalorização da incerteza enquanto dimensão constitutiva dessa mesma experiência.

Contudo, e mesmo tendo em consideração estes aspectos, não deve deixar de ser sublinhada a ideia de que, quando vista numa perspectiva histórica de maior duração, este tipo de discussão não é, em bom rigor, inteiramente nova, embora assuma agora contornos específicos e diferenciadores. Por essa razão, e apesar de ser plausível argumentar que a MBE veio conferir uma maior amplitude a algumas clivagens endógenas à medicina, o que em grande medida se encontra nestes debates é uma reactualização da “tradicional” distinção entre *arte* e *ciência*, ou seja, um tema que ao longo dos últimos séculos se tem revelado tão crucial quanto potencialmente fracturante no interior da própria medicina. De facto, pelo menos desde a emergência da medicina experimental, cujo cariz de feição mais positivista resultou da incorporação da moderna racionalidade científica, aquela clivagem tem sido bem patente em vários debates sobre o estatuto epistemológico do conhecimento médico. Um reflexo ilustrativo disso mesmo ocorre no decurso dos séculos XVIII e XIX,

quando, por exemplo, se torna crescentemente vincada a tendência inelutável para a dissolução do carácter fechado e dogmático da tradição clássica do ensino da medicina, em favor de uma racionalidade prática com um carácter crescentemente experimental e mecanicista e, portanto, mais centrada na ideia de objectividade científica (de que, por exemplo, as conhecidas obras de Andreas Vesalius e William Harvey são realizações expressivas e paradigmáticas) (Wieland, 1993: 167-168).

Não obstante essa dinâmica histórica, o naturalismo positivista que caracterizou o modelo dominante de racionalidade científica – o mesmo que preconiza um entendimento factual e objectivo dos fenómenos biológicos – foi, e é, ele próprio, objecto de contundentes críticas – internas e externas à medicina –, no sentido em que inaugurou um enfoque científico fortemente centrado na realidade orgânica do corpo e da patologia. Aliás, e tal como discutido no capítulo 1, muita da problematização sociológica (e não só) relativamente às “limitações” do modelo biomédico procura, justamente, enfatizar o modo como este perfil científico é fortemente propulsor do descentramento da clínica, potencialmente fomentando, em consequência, a desumanização das relações terapêuticas, a neutralização da agência dos indivíduos no seu papel de doente, a secundarização das suas narrativas, e a menorização ou exotização das concepções leigas de saúde, bem como das próprias circunstâncias socio-culturais em que os indivíduos se inscrevem, entre outros aspectos críticos igualmente relevantes. Nesta perspectiva, portanto, poder-se-ia até argumentar que, no essencial, o advento da MBE mais não faz do que exacerbar uma tendência já inscrita na matriz científica da própria medicina moderna.

Trata-se, com efeito, de uma discussão importante e que será merecedora de maior enquadramento e desenvolvimento no âmbito deste mesmo capítulo, até porque para além dos usos retóricos dos pressupostos discursivos da ideologia profissional para legitimar a distribuição de responsabilidades e competências médicas, as próprias noções de *arte* e *ciência* são dinâmicas e, como tal, têm mudado ao longo do tempo (Atkinson *et al.*, 1977; Berg, 1995). Mas, para já, o que é relevante destacar é que, sendo certo que a polémica não é absolutamente nova, também parece não haver grande dúvida de que é somente com a transição do primado da anatomia para o da epidemiologia (Timmermans, 2005) que a distinção de fundo entre *arte* e *ciência* se reactualiza com outro ímpeto e premência, e com ela a própria concepção da prática clínica.

A ideia central que importa destacar neste capítulo prende-se, assim, com a constatação de que a emergência destas reconfigurações ampliou largamente o debate não só sobre as preocupações com o estatuto de cientificidade da medicina, mas também, e fundamentalmente, sobre a necessidade de desenvolver mecanismos que assegurem esse perfil mais científico. Tal tem sido particularmente visível ao nível das várias tentativas de formalização das decisões médicas que, sobretudo a partir do período da pós-segunda guerra mundial (Berg, 1995), começaram, de forma mais recorrente e sistemática, a ser ensaiadas e gradualmente implementadas – nomeadamente no formato de *guidelines* clínicos (ou NOC) (Timmermans, Berg, 2003; Weisz *et al.*, 2007) –, ao ponto de estes terem hoje um estatuto de inquestionável ubiquidade.

Como tal, pode-se até considerar que a ênfase no desenvolvimento de vários tipos de mecanismos e dispositivos de padronização constitui uma espécie de antecâmara da MBE, no sentido em que, por exemplo, a preocupação com a variação das práticas médicas tem sido reiteradamente convocada, ao longo das últimas décadas, como uma das razões imperativas para o desenvolvimento de ferramentas formais que assegurem a explicitação das decisões; sobretudo, porque o contexto da prática médica contemporânea também entretanto se complexificou, ampliando, nesse passo, o próprio espectro das incertezas (Eddy, 1988). Por essa mesma razão, e apesar de se poder constatar uma relativa diversidade de conceptualizações quanto às melhores soluções técnicas para ultrapassar o estilo “demasiado” idiossincrático das práticas clínicas, parece claro que o horizonte da cientifização da medicina tem-se constituído como um verdadeiro pólo aglutinador quanto à perspectiva, e expectativa, do potencial da padronização ou dos sistemas de informação para o reforço da objectividade das decisões médicas (Berg, 1995).

Não surpreende, pois, face a este crescente empenho na racionalização da Medicina, que a montante das actuais estratégias de sistematização e padronização do conteúdo científico subjacente às decisões médicas – bem visível, por exemplo, ao nível da profusa disseminação das já referidas NOC –, estejam já inscritas algumas das condições que tornaram possível e justificável a consolidação das metodologias científicas de base estatística que, como se verá, serão um recurso crucial e um aspecto distintivo da epidemiologia clínica, ou seja, da disciplina académica que emerge no fim da década de 1980 e que vai enformar os pressupostos da MBE relativamente à prática clínica.

As NOC, de natureza fundamentalmente prática, constituem um instrumento que historicamente precede a MBE, começando a ser mais sistematicamente desenvolvidas a partir dos anos 1970/1980 enquanto uma tentativa concreta para instaurar mecanismos de padronização que assegurassem a criação de referências de base para estabilizar as melhores práticas para o exercício da clínica.

Contudo, e especialmente no decurso das décadas subsequentes, há uma importante diferença qualitativa que se vai operando relativamente aos critérios científicos e ao tipo de evidência que vão passar a estar subjacentes a estes instrumentos. Assim, se numa primeira fase estes eram o resultado prático das formas tradicionais de autoridade que pautavam as chamadas conferências de consenso – em que os peritos decidiam sobre as melhores práticas num determinado domínio (Weisz *et al.*, 2007: 713) –, essa característica não tardou a mudar, dado que o papel dos peritos começa a ser radicalmente substituído pela evidência de base estatística e pela formalização de instrumentos codificados que sistematizam a informação proveniente da investigação científica, nomeadamente dos estudos clínicos experimentais.

Nesta medida, e não obstante as transformações mais rápidas terem efectivamente ocorrido no decurso das últimas três décadas, estamos, de facto, perante um processo que, sendo irregular, acaba por traduzir no seu conjunto uma tendência mais generalizada e estruturante relativa à centralidade e à ubiquidade da quantificação na própria organização das várias esferas (disciplinares ou institucionais) da vida social moderna (Porter, 1995). Embora tal não autorize a que daqui resulte uma narrativa teleológica de indubitável triunfo e dominação da quantificação e das estatísticas (Marks, 1997: 131-133), nem a ideia de que estamos perante uma trajetória progressiva e de sentido único que sinalizaria a inevitável transformação da Medicina enquanto *Arte* na sua definitiva configuração enquanto *Ciência* (Berg, 1995: 438), não deixa, todavia, de ser relevante perceber que o já referido empenho nos processos de racionalização da medicina tem vindo a conferir crescente privilégio epistemológico às metodologias científicas de base estatística. Por isso mesmo, e sem desconsiderar as processualidades denotativas de uma trajetória que, na realidade, foi descontínua e pontualmente bastante fracturante, os apelos mais recentes e mais consequentes relativamente ao horizonte de reforço da objectividade são, justamente, os que fazem eco do prestígio e da centralidade da quantificação, no sentido em que esta se constitui como a resposta mais

valorizada e autorizada para satisfazer as exigências morais da imparcialidade no contexto das sociedades modernas (Porter, 1995: 7-8).

No fundo, o que a consideração deste importante lastro histórico permite é, por um lado, a contextualização das raízes intelectuais mais profundas deste processo e, por outro, a identificação das principais implicações resultantes das dinâmicas de desenvolvimento da racionalidade científica. No caso particular da medicina contemporânea, tal tem sido concretamente corporizado no desenvolvimento da aplicação das estatísticas na experimentação clínica – bastante visível no papel que os ECAC passaram a desempenhar enquanto requisito incontornável para a demonstração da eficácia e segurança das inovações terapêuticas –, na importância dos princípios epidemiológicos como base científica fundamental nos processos de decisão clínica, mas também, e muito significativamente, na proliferação das NOC enquanto uma das faces mais visíveis do processo de padronização na medicina.

A partir deste enquadramento, a ênfase analítica deste capítulo recairá, naturalmente, na caracterização e discussão da própria MBE, de modo a perceber o alcance das reconfigurações por ela suscitadas: a nível epistemológico, ao nível das novas práticas que instaura, ao nível do papel dos principais instrumentos de conhecimento formalizado, mas também ao nível do estatuto da evidência científica como base ou critério estratégico fundamental de regulação política e de avaliação organizacional da própria qualidade do desempenho profissional dos seus intervenientes. O objectivo não se restringe, portanto, apenas à caracterização do clima histórico propício à padronização, mas prolonga-se ao esforço de mapeamento das suas implicações e controvérsias e à tentativa de sondar – estabelecendo para esse efeito paralelos com a perspectiva de Timmermans e Berg (2003) – os padrões enquanto instrumentos intrinsecamente políticos (Idem: 22). Ainda que essa perscrutação analítica só seja mais claramente ensaiada no capítulo 6, a enunciação do potencial de transformação das práticas médicas constitui desde já um enfoque a levar em conta, no sentido em que permite começar a equacionar a padronização como um processo que, longe de gerar uma simples uniformização, instaura, isso sim, importantes dinâmicas de mudança com impactos diversos e diferenciados ao nível dos conhecimentos e concepções, dos modos de relação com distintos tipos de evidência no contexto das práticas profissionais, e das próprias formas de organização da prestação dos cuidados de saúde.

AS RAÍZES HISTÓRICAS DA PADRONIZAÇÃO: UM OLHAR SINÓPTICO

A herança intelectual subjacente à lógica de padronização que tem organizado de forma influente múltiplas esferas da vida contemporânea (Brunsson, Jacobsson, 2000) tem uma ancoragem no processo mais vasto de quantificação que, como já referido, corresponde a uma dimensão central e constitutiva do próprio mundo moderno, no sentido em que instaura o primado da objectividade enquanto horizonte que suporta um ideal de ordem, estabilidade e previsibilidade. A centralidade deste desiderato tem vindo a assumir uma expressão cada vez mais transversal, estando longe de se confinar à esfera da ciência, embora aí desempenhe um papel decisivo, como se verá concretamente no caso da medicina.

De facto, se o perspectivarmos sob um prisma mais global, verifica-se que esse processo de quantificação se estende a vários domínios distintos, com especial destaque para o da própria regulação política. Tal sucede porque, em grande medida, a quantificação desde cedo desempenhou um papel historicamente fundamental para a própria legitimação dos Estados-Nação novecentistas. Com o objectivo crucial de se afirmarem enquanto a principal unidade política das nações modernas, estes necessitavam de mecanismos de reforço e de centralização das suas instituições. A “fome de dados quantitativos” (Martins, 2003: 67) que caracterizou o advento desta “nova” configuração política conferiu, por isso, uma grande centralidade ao papel das estatísticas nas dinâmicas de crescente regulação administrativa da vida colectiva.

Nesta acepção, pode-se mesmo considerar que a quantificação, enquanto *tecnologia de distância* (Porter, 1995), permitiu e promoveu a minimização da necessidade da confiança pessoal³⁹ e do julgamento subjectivo, permitindo, em contrapartida, a separação do conhecimento dos seus contextos locais para efeitos de estabelecimento de um controlo administrativo mais uniforme e eficiente. A este propósito são bastante esclarecedores os exemplos elencados por Porter (1995) para dar

³⁹ Este argumento tem alguns pontos de convergência com a análise de Power (1999), no sentido em que este autor sustenta que o advento e ampla difusão das práticas de auditoria na vida organizacional contemporânea constituem um indicador expressivo da perda de centralidade da confiança pessoal (que em si mesma dispensa a necessidade de verificação) em benefício da institucionalização de mecanismos de verificação numa lógica de responsabilização e de prestação de contas (*accountability*).

testemunho desta tendência de demarcação dos contextos e conhecimentos locais. Dada a pluralidade dos regimes discricionários do mundo pré-industrial, foram vários os domínios que se tornaram objecto do estabelecimento administrativo de novos critérios burocráticos que normalizaram, por exemplo, o tempo (calendário, relógio) ou os sistemas de medida (como a institucionalização do sistema métrico) (Porter, 1995: 23-26). Este tipo de padronização foi estratégico para o reforço dos objectivos regulatórios e administrativos do Estado, nomeadamente para o alargamento das redes comerciais, que foram fundamentais para a expansão do capitalismo moderno. Este reflecte, igualmente, a emergência e o reforço de uma lógica de alianças e de afinidades convergentes entre a esfera da ciência, do governo e da indústria⁴⁰.

Trata-se, com efeito, de uma dinâmica que teve enormes impactos no advento das próprias sociedades modernas ocidentais, designadamente em termos do desenvolvimento de novas lógicas e pressupostos de organização social. Aliás, esse mesmo facto 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, por exemplo, Karl Marx, Max Weber, Émile Durkheim ou Georg Simmel (Timmermans, Epstein, 2010: 72-73). Embora de forma naturalmente diferenciada (tanto na sua maior ou menor explicitação temática, como no próprio enfoque e teor crítico das suas respectivas análises), estes intelectuais foram interpelados pelos processos de profunda transformação social, entre os quais a acelerada racionalização e a sua tentacular disseminação através 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.

Neste sentido, e embora nela não se esgote, pode-se considerar que a par do reforço do poder administrativo dos Estados, uma das principais esferas onde é possível encontrar muitas das iniciativas concretas que marcaram os primórdios da padronização é a economia. Desde logo, porque as dinâmicas de rápido crescimento da eficiência económica dos Estados-Nação tornavam, de facto, cada vez mais premente e imperativa a necessidade de os processos produtivos poderem extravasar os limites

⁴⁰ Uma boa ilustração disso mesmo é a constituição, em 1871, em Berlim, da primeira organização de padronização que procurava conjugar virtuosamente a “neutralidade científica e a autoridade pública” (Porter, 1995: 27).

restritivos das fronteiras geográficas que delimitavam os diferentes espaços nacionais.

Tal significou que muito do ímpeto subjacente à criação de padrões acabou por ter uma particular preponderância nos domínios do comércio, dos negócios e da indústria⁴¹. A padronização de domínios como, por exemplo, os materiais, os instrumentos, as formas de trabalho e as próprias infra-estruturas técnicas foi algo que viabilizou a simplificação e a redução das ineficiências dos processos produtivos e, em última instância, o alargamento das suas potencialidades económicas e mercantis a escalas geográficas sem precedentes. Por isso, e sendo certo que esta dinâmica se desenvolveu com vários ritmos e intensidades, a padronização acabou por ser fundamental para a expansão da economia capitalista, para o desenvolvimento das várias indústrias emergentes e inclusivamente para a sua própria consolidação corporativa (Timmermans, Epstein, 2010: 75-76).

A constatação imediata que decorre desta perspectiva é a de que muitas destas iniciativas de padronização têm vindo a ocorrer ao longo de uma trajetória razoavelmente longa, com pelo menos 150 anos, o que certamente ajuda a dar conta do carácter estruturante desta dinâmica. Porém, se o interesse for o de tentar encontrar uma etapa específica em que esse ímpeto se torna mais fulgurante e transversal a múltiplos domínios, é relevante fazer notar que o mais profundo e consequente *momentum* da padronização é o que ocorre após a Segunda Guerra Mundial. Desde logo, porque é nessa altura que surgem e proliferam, sobretudo nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa (Brunsson, Jacobsson, 2000: 2), várias organizações promotoras do desenvolvimento de padrões. Muitas delas passam a estar fortemente empenhadas na facilitação do alargamento do comércio internacional com a justificação política de que se constitui como um recurso fundamental para evitar conflitos relativamente a barreiras e assimetrias nas trocas comerciais a uma escala global. Trata-se, portanto, de um processo que claramente denota a importância estratégica destas iniciativas para a própria dinâmica de globalização económica – que as décadas subsequentes viriam

⁴¹ Sem dúvida que um dos exemplos mais flagrantes do paroxismo a que conduziu o desenvolvimento desta tendência foi a concepção da gestão científica do trabalho (designadamente industrial) preconizada e profusamente implementada por Frederick Taylor nas primeiras décadas do século XX.

a confirmar e a caucionar – e para a respectiva ênfase ideológica na indispensabilidade da liberalização dos mercados.

Sob este 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 neste arco temporal específico que vão despontar com redobrado protagonismo as concepções legitimadoras, e a respectiva retórica discursiva, das virtudes e da indispensabilidade da padronização como processo central de formalização dos vários procedimentos que, nas mais variadas esferas, podem assegurar com eficácia e previsibilidade níveis de uniformização para além das coordenadas de tempo, cultura e lugar (Bowker, Star, 1999; 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, das suas métricas e das próprias contingências produzidas pelas dinâmicas das circunstâncias locais.

Um aspecto crucial a reter é que a apologia dos padrões foi-se tornando crescentemente persuasiva, sobretudo devido ao postulado de que estes instrumentos têm a potencialidade de conduzir à construção de níveis “óptimos” de uniformização⁴². Ao fazê-lo, é também esperado que desse modo promovam uma simplificação dos processos, não só no sentido assegurar a redução das possibilidades a considerar, mas também ao nível da estabilização dos critérios de escolha e decisão. Na perspectiva dos seus mais activos promotores e defensores, trata-se de um horizonte que é naturalmente tido como fundamental para a implementação e concretização das formas de decisão mais “racionais” e menos flutuantes nas suas variações.

⁴² Embora existam evidentes aproximações, os conceitos de padronização e de uniformização não se equivalem obrigatoriamente (Brunsson, Jacobsson, 2000: 138-150). Os padrões podem contribuir decisivamente para o objectivo da uniformização (desde logo porque é um horizonte que está inscrito na lógica da própria padronização), contudo os resultados práticos decorrentes da utilização dos padrões estão 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 efectiva 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, abordagens sociológicas específicas, como os estudos organizacionais (Dopson, Fitzgerald, 2005) ou as abordagens sociológicas mais próximas dos estudos sociais da ciência que analisam a padronização como um processo dinâmico (e.g. Berg, 1997; Bowker, Star, 1999; Lampland, Star, 2009; Timmermans, Berg, 2003). Esta discussão será aprofundada no capítulo 6.

No âmbito deste panorama, aquilo que, de forma mais específica, aqui interessa explorar é o tipo de reflexos e de implicações que este processo tem vindo a desencadear no campo da medicina contemporânea, sobretudo se se considerar que nos reportamos a uma profissão que desde a sua institucionalização a partir de meados do século XIX (Abbott, 1988; Starr, 1982; Larson, 2012/1977), foi efectivamente 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 actores (Freidson, 1988/1970; Larson 2012/1977). Tratando-se, de facto, de uma profissão⁴³ que desde cedo encetou várias estratégias de negociação pública e política, designadamente com o Estado, para garantir e defender privilégios profissionais como a auto-regulação 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 (Abbott, 1988)⁴⁴.

Nesta 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 entram numa relação de potencial tensão com a valorização da autonomia profissional e clínica (Freidson, 1988/1970; 1986), sabendo que esta última é fundamental para assegurar uma ampla discricionariedade no âmbito das decisões tomadas no decurso das actividades de natureza clínica. De resto, e recuperando a conhecida conceptualização que Jamous e Peloille desenvolveram no início da década de 1970 acerca do

⁴³ 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.

⁴⁴ Tomando como referência principal o campo da saúde, é hoje muito notória a actualidade desta questão, uma vez que se têm verificado, e intensificado, nos anos mais recentes, algumas dinâmicas de reconfiguração do espaço ocupacional da saúde. Tal está concretamente ligado à emergência de novos grupos cujas estratégias de profissionalização se orientam para o investimento na especialização e na credenciação formal. Estes passam a protagonizar dinâmicas de crescente interdependência com a medicina introduzindo, assim, novos equilíbrios funcionais na própria lógica da tradicional divisão do trabalho no campo de saúde. Considerando a realidade portuguesa, e para o caso específico da enfermagem, veja-se, por exemplo os trabalhos de Lopes (2001) e Carvalho (2010). Relativamente às Tecnologias da Saúde, veja-se Lopes (2006) e Tavares (2007).

trabalho profissional enquanto a combinação de duas dimensões fundamentais (o rácio de *tecnicidade* e *indeterminação*) (Atkinson *et al.*, 1977; Traynor, 2009), constata-se que a importância estratégica da natureza indeterminada dos saberes médicos se inscreve numa matriz de especialização teórico-científica da qual decorre uma importante componente interpretativa na articulação entre o abstracto e o concreto, o que confere um carácter casuístico – ou não padronizável – às modalidades de operacionalização prática desses mesmo saberes (Lopes, 2006: 118-119).

Tal significa, portanto, que esses saberes indeterminados têm sido entendidos não apenas como distintivos, mas também como requisitos incontornáveis do próprio julgamento clínico, que é o que, em primeira instância, suporta e justifica a autonomia médica como condição basilar para avaliar os problemas e adaptar o conhecimento aos casos individuais. Esta 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 abstracto ao âmbito complexo 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: 37).

Assim sendo, é possível considerar que os esforços e as iniciativas – concretamente as que também se foram desenvolvendo no interior da própria medicina (Berg, 1995) – levadas a cabo para se acentuar a vertente científica e, no mesmo passo, aprofundar o ideal de uma maior objectividade da prática médica acabam por colocar em causa os próprios fundamentos normativos da *arte*, no sentido em 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, estes instrumentos especificam, através de instruções explícitas, os próprios procedimentos da prática clínica, configurando, nessa medida, uma potencial interferência prescritiva num espaço habitualmente tido como irreduzível e imperscrutável aos não iniciados.

Como se verá, a gradual multiplicação e intensificação dos apelos ao reforço do perfil científico da medicina pautou, com efeito, muitas das reconfigurações da sua epistemologia e suscitou o desenvolvimento de diversas concepções que, em muitos casos, a afastaram da visão e do sentido mais fundacional da *arte*. É verdade que se tratou de um processo que foi longo, pouco linear, e, sobretudo, marcado por afrontamentos

intelectuais de diversa índole. Porém, aquilo que é incontornável é que o encontro mais consequente da medicina com as estatísticas, na passagem para a segunda metade do século XX, inaugurou, sem dúvida, uma crescente permeabilidade de alguns sectores das comunidades médicas relativamente às potencialidades da quantificação.

Uma das principais “portas de entrada” deste novo tipo de concepção deu-se privilegiadamente por via do recurso generalizado aos ensaios clínicos, que de forma relativamente rápida, vão passar a constituir um instrumento representativo das potencialidades científicas de novos critérios de prova e de fundamentação científica das decisões clínicas. No fundamental, tal significou o início de uma importante transformação das bases legítimas do conhecimento médico que, em particular com o advento da epidemiologia clínica na década de 1980, passarão a estar mais seriamente vinculadas ao objectivo da redução das incertezas e da variação das práticas médicas, apostando em novas metodologias de sistematização da evidência com o propósito de demonstrar o que é realmente eficaz na prática clínica. O recurso ao desenvolvimento de instrumentos formais – que, ao basearem-se na evidência estatística, promovem um reforço da padronização das práticas médicas – não tardou a ganhar considerável ascendente suscitando, assim, uma alteração profunda de alguns dos pressupostos da profissão médica. Com o início da década de 1990, a MBE enceta, de facto, uma nova orientação que vai intensificar clivagens normativas, ao introduzir novos critérios e exigências relativamente ao conteúdo do conhecimento médico, e aos próprios fundamentos das decisões clínicas em vários domínios significativos, particularmente no terapêutico.

A “ERA ESTATÍSTICA” DA MEDICINA CLÍNICA: DO ANTAGONISMO À ASSUNÇÃO DAS NOVAS BASES DE LEGITIMAÇÃO CIENTÍFICA DAS DECISÕES MÉDICAS

Na sequência das considerações anteriores, vale a pena salientar que o advento da estatística na medicina comporta um conjunto diversificado de implicações, uma vez que se trata de um processo que instaura uma nova base de conhecimento, fazendo deslocar as formas de julgamento e decisão médica para critérios de natureza distinta daqueles que assumiam maior protagonismo nas dimensões de base mais interpretativa e intuitiva das práticas clínicas. Mesmo tratando-se – como se verá – de um processo

longo, complexo e multifacetado, o protagonismo dos critérios quantitativos e do conhecimento estatístico inaugura uma nova concepção epistemológica no âmbito do conhecimento médico. Neste sentido, cabe perguntar: qual foi o alcance e, sobretudo, o significado desta importante reconfiguração no quadro da cientificação da medicina moderna? E que bases de legitimação científica é que vão passar a sustentar a diferenciação dos critérios de prova subjacentes ao conhecimento médico?

Com efeito, e segundo a perspectiva de alguns estudiosos, a medicina é, desde as suas remotas fundações, uma “ciência do indivíduo” (Marques, 2002: 15-16) que sempre procurou privilegiar e valorizar a singularidade e a determinação do contingente na arte de cuidar do doente, o que significa que, não obstante ter sido um saber carecido de critérios objectivos de verdade, procurou sempre proceder com acribia em relação ao doente e não só à doença.

Contudo, e em tendencial contraste com esses princípios fundacionais, aquilo que se tem vindo a assistir – principalmente desde o século XIX – é a uma profunda reorganização do saber médico e da sua prática, em particular ao nível dos seus objectos, conceitos e métodos, dado que estes passam a configurar um novo tipo de medicina fundada na objectividade e em medições instrumentais da quantidade⁴⁵. Por essa razão, e embora a reconfiguração do perfil científico da medicina corresponda a um processo gradual e descontínuo em que, nomeadamente, a partir dos séculos XVI e XVII se começa a assistir ao advento de uma nova racionalidade de base mecanicista e experimental, a verdade é que somente a partir do século XIX se verifica a sua efectiva cientificação.

De uma forma mais notória, a configuração desta tendência encontra-se intimamente ligada à crescente intervenção do Estado e das Universidades em matéria de investigação científica na medicina, particularmente em França (Porter, 2006). Estas instituições passam a promover activamente a articulação cada vez mais estreita entre a prática médica e o conhecimento biológico básico, contribuindo, desta forma, para o desenvolvimento da investigação patológica e, conseqüentemente, providenciando as

⁴⁵ Estas reconfigurações no perfil científico da medicina são objecto de um importante e conhecido estudo de Michel Foucault que analisa a emergência daquilo que o autor designa de um novo olhar médico, ou seja, um olhar que já não se detém apenas nas qualidades dos objectos mas que passa a ser um olhar empírico alicerçado numa linguagem racional e que levanta, como o próprio refere, a velha proibição aristotélica de submeter o indivíduo a um discurso de estrutura científica (Foucault, 1994:13).

condições indispensáveis à consolidação de uma concepção anatómica de doença (Porter, 2006; Timmermans, 2005).

Neste sentido, o hospital – enquanto espaço privilegiado para a investigação e para o treino científico no estudo da doença – mas também o laboratório – enquanto local privilegiado para a experimentação –, desempenharam um papel decisivo na transição de uma “medicina de cabeceira”, centrada no doente, para uma “medicina hospitalar” cujo perfil científico passará a estar mais notoriamente centrado na doença (Lupton 1994), assinalando, deste modo, a crescente importância dos sinais físicos (as lesões orgânicas, tidas como objectivas e constantes) em detrimento dos sintomas, vistos como demasiado variáveis e subjectivos. Segundo Nettleton (2004), esta importante transição reflecte, portanto, a emergência de uma nova “cosmologia médica”⁴⁶ que, entre outros aspectos, põe em evidência o desenvolvimento de novos quadros conceptuais que reconfiguram a natureza do conhecimento médico.

Por sua vez, os contributos decorrentes das inovações laboratoriais que inauguram, a partir do século XIX, o conhecimento dos processos celulares da doença, para além dos estritamente anatómicos, vão também, em grande medida, permitir o reforço da abordagem de tipo mecanicista e experimental e a consolidação de uma concepção biológica da doença. Aliás, a ampliação e a sofisticação deste novo tipo de conhecimentos vão permitir um conjunto de avanços significativos no domínio do conhecimento fisiopatológico e nele vão pontificar nomes que, na narrativa tendencialmente triunfalista do progresso científico da medicina moderna, se tornaram efectivamente incontornáveis, como, por exemplo, Claude Bernard, no campo da fisiologia experimental, Rudolph Virchow no domínio da patologia celular, ou Robert Koch e Louis Pasteur na área da Bacteriologia.

Contudo, o advento e a consolidação, já no decurso do século XX, de uma nova “cosmologia” médica centrada na análise da distribuição da doença e da saúde das populações, vieram introduzir alterações ao nível do enfoque do conhecimento médico. No âmbito desta nova configuração passou a ser privilegiada a abordagem populacional cientificamente suportada pelo desenvolvimento da aplicação das estatísticas aos fenómenos da

⁴⁶ Esta autora recorre ao conceito de “cosmologia médica” – originalmente formulado por Nicholas Jewson (1976) –, dado que este designa a existência das estruturas conceptuais que constituem o quadro de referência no qual todas as questões são colocadas e todas as respostas são dadas (Nettleton, 2004: 662).

saúde e da doença. Desse modo, uma das principais consequências resultantes da crescente proeminência que os métodos quantitativos e as observações epidemiológicas mais sistemáticas passaram a assumir, sobretudo como metodologia para aferir e validar a eficácia das práticas terapêuticas, foi a acentuada importância da Epidemiologia relativamente à Anatomia (Timmermans 2005) no que diz respeito ao tipo de prova que vai passar a ser considerada como mais válida e relevante para a prática médica.

É claro que, não obstante o significado inerente ao advento desta *cosmologia médica*, não é demais insistir na ideia de que o alcance das rupturas introduzidas em relação ao pensamento médico “anterior”⁴⁷ foi marcado por grandes tensões e controvérsias que dividiram as principais academias médicas europeias. Aliás, uma característica que desde logo deve ser salientada prende-se com o facto de ter prevalecido, nomeadamente durante o século XIX, uma postura de grande cepticismo e de recusa em relação aos métodos estatísticos, dado que o julgamento médico era visto como uma forma de conhecimento tácito, que não se coadunava com as inferências quantitativas dessas metodologias, as quais, em consequência, foram lenta e timidamente penetrando na medicina. Isso mesmo fica bem patente no estudo de Matthews (1995) acerca da introdução da quantificação na medicina. Este autor mostra em que medida as várias tentativas para tornar este saber mais “científico” e “objectivo”, por via da incorporação das metodologias estatísticas, foram reiteradamente colidindo com profundas resistências que consideravam que essa perspectiva de transformação da medicina a desvirtuava e afastava da sua especificidade; isto é, da experiência clínica centrada no indivíduo, e baseada em avaliações qualitativas que a aproximavam mais de uma “arte” do que de uma ciência⁴⁸.

⁴⁷ O uso desta palavra não significa, de todo, que esteja aqui em causa uma sucessão linear de quadros de pensamento numa trajectória contínua de suplantação irreversível, como se os mesmos fossem mutuamente exclusivos entre si. Não só não se verifica nenhuma lógica de anulação entre quadros de pensamento (ou cosmologias), como eles, aliás, podem coexistir. Esta aparente simplificação analítica serve apenas para enfatizar a ideia de que não obstante a coexistência eclética de tradições intelectuais, quadros de pensamento, concepções ou cosmologias, os períodos que têm vindo a ser abordados sinalizam, acima de tudo, o advento e a legitimação de orientações que inauguram novos enfoques relativamente ao conhecimento dos fenómenos da saúde e da doença.

⁴⁸ Apesar dos avanços e reconfigurações já assinalados, até ao século XVIII ainda prevaleciam com estatuto de grande autoridade os julgamentos qualitativos no diagnóstico médico, o que denota o baixo estatuto epistemológico reservado à quantificação até, praticamente, ao início do século XX (Weisz, 2005: 380).

Ainda assim, sendo certo que em termos gerais estas resistências foram sendo capazes de assegurar a preservação e a valorização dessa espécie de domínio irredutível da profissão médica, também não deixa de ser verdade que os impulsos para o reforço de um tipo de cientificidade se vão gradualmente tornando mais frequentes e expressivos, concretamente em matéria de decisões no domínio da terapêutica. Nesse sentido, a perspectiva da utilização dos métodos estatísticos⁴⁹ e das observações epidemiológicas mais sistemáticas, com o intuito de aferir e validar a eficácia das práticas terapêuticas, vai-se tornando bastante persuasiva junto de alguns sectores da comunidade médica, designadamente os que aspiravam por um horizonte de reforço de um conhecimento científico mais sólido, rigoroso e objectivo.

Isso mesmo é bem notório no processo de incorporação da evidência resultante dos ECAC na prática médica, dado que, enquanto paradigma da investigação clínica no campo terapêutico, estes vão simbolizar as potencialidades e as virtudes de um conhecimento mais rigoroso e objectivo. Um dos contextos onde este processo assumiu uma particular visibilidade foi os EUA, dado o papel activo de uma parte da comunidade médica – os designados “reformadores terapêuticos” (*“therapeutic reformers”*) (Marks, 1997) – que se empenhou de forma determinada no objectivo de mobilizar o poder da ciência para unir investigadores e clínicos num melhor conhecimento dos resultados dos medicamentos, com vista a assegurar uma melhor prática terapêutica. Esse reforço do conhecimento científico não só se constituía como uma importante condição para garantir uma avaliação independente dos interesses corporativos da (já à época) pujante indústria farmacêutica, mas também a

⁴⁹ Uma das primeiras tentativas levadas a cabo no sentido de contribuir para a emergência de uma medicina científica, foi protagonizada por um clínico francês – Pierre-Charles-Alexandre Louis – na década de 1830, nomeadamente através dos seus trabalhos sobre a comparação numérica em medicina. O método numérico de Louis, embora não fosse metodologicamente muito inovador, dado que consistia na comparação directa entre valores médios relativos a terapias concorrentes, representa um dos esforços mais sistemáticos, no contexto da comunidade médica parisiense, no sentido de (re)fundar a medicina numa base científica. O investimento intelectual que dedicou à enumeração, entendida como sinónimo da razão científica, era fortemente inspirado nos trabalhos de Laplace sobre as probabilidades, e neles encontrou justificação para o seu método, considerando, assim, que a observação cuidadosa, a recolha sistemática de dados, a análise rigorosa de múltiplos casos, a prudência nas generalizações e a verificação através de autópsias eram procedimentos fundamentais para dotar a medicina de um método empírico que assegurasse que os factos decorrentes das observações apontassem para resultados exactos e isentos de incerteza (Matthews, 1995: 15-16).

confiança num padrão de decisão mais rigoroso e impessoal. O mesmo é dizer; mais desvinculado do julgamento clínico como critério único ou primacial neste âmbito de decisões.

Neste sentido, e sendo certo que em termos de maior precisão histórica se costuma atribuir as origens do primeiro “ensaio clínico” à experiência que, em 1747, o cirurgião naval James Lind fez com a utilização de laranjas e limões para o tratamento do escorbuto que assolava as tripulações dos navios (Hampton, 2002: 553; Marks, 1997: 5), é somente a partir da década de 1950 – a chamada “era estatística da medicina clínica” (Marks, 1997: 129) –, que o recurso a estas metodologias se tornará mais imperativo e sistemático. Até essa altura a utilização das estatísticas era residual e a relação entre estes dois campos disciplinares era marcada pela indiferença mútua, ou seja, a generalidade dos médicos não lhe reconhecia utilidade, e os estatísticos não viam a medicina como um domínio privilegiado de conhecimento aplicado, como acontecia, por exemplo, em áreas como a biologia ou até a agricultura⁵⁰.

Justamente, uma das principais iniciativas dos “reformadores terapêuticos” para tentar contrariar esta tendência foi a mobilização dos estatísticos como aliados para os seus objectivos. Houve, de facto, uma grande insistência na importância do papel das estatísticas e desenvolveram-se várias iniciativas de promoção e persuasão para os clínicos passarem a valorizar e a utilizar a evidência científica daí resultante na sua prática clínica, com base na firme convicção de que a partir do momento em que fosse proporcionado um conhecimento mais sólido, inevitavelmente essa prática se tornaria mais científica.

No entanto, e como refere Marks (1997), essa “revolução estatística” acabou por ser incompleta, na medida em que não garantiu a adesão rápida e alargada dos clínicos. Estes ainda consideravam de singular importância os atributos decorrentes da sua experiência e das suas faculdades qualitativas de julgamento clínico. Por isso, se para os estatísticos a experiência (clínica ou de qualquer outro tipo) não tinha, nem deveria ter, qualquer lugar legítimo na análise formal dos dados experimentais, para uma parte muito significativa dos médicos este redobrado estatuto de

⁵⁰ Estas foram, justamente, as áreas principais em que se notabilizou R. A. Fisher, um dos nomes pioneiros da estatística inferencial de meados do século XX e um dos responsáveis pelo estabelecimento de alguns pressupostos técnicos no próprio desenho e concepção dos ensaios clínicos, embora, como se referirá, estes tenham sido prolongados e aprofundados pelo epidemiologista inglês Austin Bradford Hill (Marks, 1997: 144-147; Porter, 1995: 205).

legitimidade científica associado à evidência estatística ia claramente desafiar as noções tradicionais de autoridade médica e, como tal, fomentar a emergência dos receios quanto à secundarização do julgamento clínico.

Com efeito, e mesmo atendendo à existência destas reservas que, em termos gerais, ainda se faziam sentir no seio da comunidade médica, importa salientar a ocorrência de um factor que foi preponderante no reforço da importância da dimensão estatística para a clínica médica. Trata-se da mudança mais efectiva que ocorreu em finais da década de 1940, período em que o epidemiologista inglês Austin Bradford Hill se destaca pelo seu trabalho em estatística médica⁵¹, criando as bases do primeiro ensaio clínico – sobre o efeito da estreptomicina⁵² na tuberculose –, usando o princípio da aleatorização para seleccionar quais os doentes que ficavam no grupo experimental ou no grupo de controlo, ou seja, incorporando elementos do “acaso” numa experiência científica baseada na ideia de probabilidade. Por conseguinte, a sua importância não só se prende com o facto de ter sido o precursor dos ensaios clínicos, mas também, e sobretudo, por ter definido a estrutura básica daquilo que passou a ser o modelo de referência mais consensual tanto no domínio da investigação experimental, como nos próprios processos regulatórios de aprovação e monitorização das inovações terapêuticas geradas pela indústria farmacêutica.

A partir daí, os esforços de Bradford Hill, durante as décadas de 1950 e 1960, para convencer a comunidade médica acerca da enorme utilidade de introduzirem os ECAC (duplamente cegos) como o procedimento

⁵¹ Os avanços desenvolvidos durante a década de 1950 foram, de facto, reforçados pelo trabalho inovador de A. B. Hill, nomeadamente ao nível da ênfase na aleatorização (*randomization*) e na ideia de “enviesamento subjectivo” (*subjective bias*). Estes aspectos foram entendidos como requisitos indispensáveis para neutralizar quaisquer enviesamentos pessoais dos investigadores quanto às eventuais expectativas relativamente à eficácia dos novos tratamentos. De referir, também, que o trabalho de Hill (sobretudo por ter conseguido levar os médicos britânicos a adoptar os princípios dos ECAC) foi assumido pelos “reformadores terapêuticos” como um exemplo inspirador para a intensificação das estratégias de persuasão junto da comunidade médica norte-americana, concretamente com o propósito de que se passasse a verificar um mais amplo e rápido progresso metodológico ao nível das competências científicas dos médicos nas suas práticas clínicas (Marks, 1997: 144-147)

⁵² A estreptomicina foi o primeiro fármaco a surgir em 1948 com eficácia clínica comprovada no tratamento da tuberculose pulmonar, resultante da realização do primeiro ensaio clínico controlado de larga escala. Os seus resultados foram amplamente divulgados por Hill, nomeadamente através da sua publicação em revistas como o *British Medical Bulletin* e o *New England Journal of Medicine*, em 1951 e 1952, respectivamente (Daly, 2005: 130).

normal para determinar a eficácia e a segurança de novas drogas, saldaram-se num sucesso com implicações decisivas para a emergência e consolidação de novas formas de racionalização da medicina, designadamente as que passam a assumir a prova estatística como um dos requisitos fundamentais para a validação das bases científicas do conhecimento médico e da prática clínica.

A prova de que essa referida “viragem” se torna efectiva é bem visível no facto de que se torna cientificamente incontestável a superioridade metodológica deste desenho de investigação para demonstrar e validar a eficácia terapêutica dos medicamentos. Aliás, a persuasão destes avanços da dimensão estatística na clínica médica passa a ser tão transversalmente reconhecida que um dos maiores impulsos de promoção destes critérios de prova acabou por vir das autoridades regulatórias, nomeadamente no contexto norte-americano, pois é nesse país que os ECAC passam a ser adoptados pela *Food and Drug Administration* (FDA) como o principal padrão de prova sobre a acção terapêutica das drogas produzidas com propósitos de comercialização. O poder regulatório da FDA, que já remontava ao final da década de 1930, vai ser, de resto, amplamente reforçado pelo Congresso norte-americano em 1962, altura a partir da qual os ECAC são assumidos não só como o melhor critério de demonstração de eficácia, mas também de segurança, principalmente depois dos severos problemas, e consequente alarme público, suscitados pelo uso do medicamento *Talidomida*⁵³ (Porter, 1995: 206-208).

Subsequentemente, esta importância concedida aos ECAC como a melhor forma (o chamado *Gold Standard* da investigação clínica) para medir a eficácia das acções médicas com base na investigação, passa a ser activa e enfaticamente preconizada a partir da década de 1970, destacando-se nesse contexto o trabalho, hoje clássico e seminal, do

⁵³ Entre o final da década de 1950 e início da década de 1960, este medicamento foi largamente prescrito, sobretudo a mulheres grávidas, dado que, entre outras utilizações, era sobretudo visto como um recurso terapêutico eficaz para o controlo dos enjoos matinais. Apesar de a sua introdução no mercado ter sido feita com base no pressuposto da sua total eficácia e segurança, muito rapidamente se começaram a multiplicar os casos de nascimentos de bebés com malformações graves (nomeadamente focomelia, ou seja, uma anomalia congénita que interfere no desenvolvimento dos membros). Nos cerca de 46 países em que o medicamento foi comercializado registaram-se aproximadamente 10 mil casos deste tipo de problemas. Em final de 1961 o medicamento foi retirado da maioria dos países que o comercializavam. Nos EUA este medicamento não chegou a ser comercializado, devido ao facto de a FDA, pela acção da farmacologista Frances Kesley, ter rigorosamente avaliado os resultados dos testes clínicos apresentados pela indústria farmacêutica.

epidemiologista escocês Archie Cochrane (1972), dado que a sua perspectiva coloca claramente a ênfase na importância das revisões sistemáticas dos referidos ensaios clínicos aleatorizados. Segundo Cochrane, tal permitiria que os profissionais pudessem ter acesso a informação de qualidade sobre as provas que suportam, ou refutam, a eficácia das diferentes intervenções médicas, evitando assim o mau uso das técnicas e, principalmente, o uso injustificado dos próprios recursos disponíveis em matéria de prestação de cuidados de saúde.

Aliás, a análise de Cochrane colocava precisamente a tónica na necessidade de se desenvolverem métodos de investigação que permitissem identificar claramente as formas mais terapêutica e economicamente eficazes de tratamento. Segundo a concepção deste autor, os ECAC deveriam ser o pilar principal do próprio Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido – o *National Health Service* (NHS) –, pois, enquanto instrumento técnico resultante da abordagem experimental – Cochrane (1972: 22) refere-se mesmo aos ECAC como uma “técnica bonita”⁵⁴ – estes permitiriam avaliar, de uma forma rigorosa e sistemática, a eficácia das várias intervenções médicas disponíveis⁵⁵.

Subjacente a esta perspectiva estava mesmo um forte engajamento com a preocupação de defender o NHS, concretamente ao nível do controlo dos seus desperdícios. O seu argumento-base a este respeito era que os cuidados médicos se revelavam frequentemente ineficazes, pelo que se essas intervenções pudessem ser identificadas e erradicadas, as poupanças daí resultantes poderiam ser canalizadas para a prestação de cuidados que fossem manifestamente mais necessários e adequados para dar resposta aos problemas das populações.

Em termos substantivos, esta posição acabou, no entanto, por corporizar um ataque radical à prática da medicina, na medida em que para Cochrane a principal origem do problema que ele discutiu estava, precisamente, no excesso de autonomia da profissão médica. Na sua perspectiva, tal situação traduzia-se numa discricionariedade demasiado ampla, com a agravante de que essas decisões se baseavam, acima de tudo, na mera opinião ou na experiência prática, e não em nenhum critério sólido

⁵⁴ A este propósito não deixa de ser significativo o facto de Cochrane ter sido aluno de A. B. Hill, em 1947, nos domínios da epidemiologia e da estatística médica (Daly, 2005: 132).

⁵⁵ A propósito da elevação dos ECAC ao estatuto de método privilegiado para as diversas questões sobre a saúde, o entusiasmo de alguns autores chega ao ponto de considerarem que um mau ECAC é preferível a um bom estudo observacional (Timmermans, 2010: 311).

de evidência científica, concretamente de tipo experimental. Como tal, concebia como vantajoso e necessário um maior controlo dessa autonomia (Cochrane, 1972: 82), que, por esta ordem de razões, deveria estar forçosa e desejavelmente vinculada à utilização da evidência científica para suportar e legitimar as suas decisões em todas as circunstâncias em que essa mesma evidência existisse⁵⁶.

A este propósito justifica-se sublinhar o facto de que Cochrane não só teve um apoio político importante no Reino Unido, como o seu conhecido livro – *Effectiveness and efficiency. Random reflections on Health Services* – conheceu uma grande receptividade no campo da política da saúde, concretamente nos EUA, onde o peso e o crescimento do sector privado foi tornando crescentemente justificável a prática de desenvolvimento de padrões, sobretudo por organismos externos à profissão médica. Aliás, tendo justamente nesta altura (década de 1970) começado a emergir as primeiras preocupações com a questão do aumento dos custos dos cuidados médicos, estas críticas deixam de ser apenas endógenas à medicina para se começarem a alargar a outros actores externos cujas preocupações com o fenómeno da variação das práticas médicas vão passar a englobar, para além das questões da avaliação da eficácia, os critérios da eficiência e dos resultados obtidos no âmbito dos serviços de saúde⁵⁷.

De facto, embora a preocupação com a variação das práticas médicas remonte à década de 1930 (Andersen, Mooney, 1990; Daly, 2005: 13), a questão adquire uma redobrada acuidade a partir do momento em que

⁵⁶ O apelo de Cochrane em 1979 era o de que cada especialidade médica criasse e mantivesse uma base actualizada com a sistematização da informação científica, decorrente dos ECAC, relevante para a sua especialidade (Daly, 2005: 139). A concretização desse horizonte ocorre em 1992 – quatro anos após a sua morte – sendo nesse ano criado o primeiro Centro Cochrane, que passará a ter um papel específico na identificação e na síntese da evidência epidemiológica, através da produção das chamadas revisões sistemáticas da literatura científica para apoio da decisão clínica. A *Cochrane Collaboration* – enquanto organização internacional que produz e reúne as revisões sistemáticas dos resultados decorrentes dos ECAC – é hoje um dos mais vastos empreendimentos científicos internacionais no campo da medicina, ao ponto de no prefácio da edição de 1999 desta obra se chamar a atenção para o facto de existirem autores que equiparam a importância deste empreendimento científico ao Projecto do Genoma Humano.

⁵⁷ Esta nova perspectiva vai estar na origem do desenvolvimento de um campo multidisciplinar designado de *Health Services Research*, que tem como enfoque privilegiado o estudo do acesso das populações aos profissionais e serviços de saúde, os custos associados e os resultados obtidos. O seu propósito é o de promover formas mais efectivas de organização, gestão, financiamento e qualidade, nomeadamente através da redução de problemas como, por exemplo, os erros médicos (Mooney Anderson, 1990: 197; Daly, 2005: 13-14).

vai sendo produzida evidência que não só confirma o impacto deste fenómeno, mas que acima de tudo permite conhecer com detalhe a sua expressão em termos de distribuição geográfica. A este respeito, talvez um dos exemplos mais conhecidos e paradigmáticos seja o estudo exaustivo e continuado do epidemiologista norte-americano John Wennberg, responsável pela publicação da obra *Darhmouth Atlas of Health Care* (Timmermans, Berg, 2003: 14-15). Ao mapear a frequência das variações das intervenções médicas por área geográfica, procura demonstrar que a variedade das práticas depende muito do local onde os pacientes residem, donde se vai reforçando a ideia de que muitas decisões médicas, pela sua expressiva variabilidade, são inadequadas.

Este tipo de investigação tornou-se de grande interesse para várias organizações como as agências governamentais, na medida em que passaram a utilizar este género de informação para monitorizar resultados (*outcomes*) e até para estabelecer critérios de alocação financeira. Com base no argumento, crescentemente reiterado, de que os recursos são escassos; na evidência de que o problema das variações se coloca, sobretudo, ao nível dos seus impactos na eficácia e eficiência das intervenções; assim como no pressuposto de que os mecanismos de auto-regulação da medicina não são satisfatórios para assegurar a implementação deste tipo de mudanças, o panorama de um maior escrutínio público sobre a medicina começou a impor-se. Por isso mesmo, a ideia que a partir daqui se vai estabelecer é a de que qualquer que seja a melhor prática médica, a verdade é que nem todos os médicos a estão a praticar (Mooney, Andersen, 1990), pelo que se torna necessário desenvolver outras formas de regulação (designadamente externa) e de implementação de instrumentos que assegurem uma maior padronização na prestação dos cuidados de saúde.

A ORIENTAÇÃO PARA A PADRONIZAÇÃO NA (BIO)MEDICINA

Ainda que já sugerido, importa reforçar a ideia de que a crescente ênfase que é colocada neste horizonte de reforço da padronização não é suscitada exclusivamente pelo ambiente externo à medicina, não obstante – como se viu – este se constituir como um factor muito influente e persuasivo em matéria de estabelecimento de novos imperativos regulatórios. De facto, a dinâmica suscitada pela discussão no interior da

própria medicina acerca da necessidade de se desenvolverem instrumentos formais e técnicos de apoio à decisão médica que contribuam para o reforço da sua cientificidade não só deu origem a diversas conceptualizações sobre as características e a natureza específica do conhecimento médico (Berg, 1995), mas também, e sobretudo, a uma reflexão mais geral sobre a utilidade e necessidade de uma maior padronização, designadamente de carácter terminológico e procedimental (Berg, 1995; Weisz *et al.*, 2007).

Isto significa que esta questão da padronização na medicina, e a subsequente pressão para o desenvolvimento das NOC, corresponde, na prática, a um processo mais vasto que envolve múltiplos grupos de actores com diversas visões e estratégias concretas. Para lá da já referida importância do contexto de crescente escrutínio público e de uma maior regulação externa da profissão médica, o desenvolvimento das tendências conducentes ao aprofundamento da padronização decorreu também, e num grau não negligenciável, de algumas práticas endógenas à medicina, o que faz salientar a existência de uma crescente necessidade pragmática de se desenvolverem convenções e critérios padronizados.

Esta espécie de *orientação para a padronização* coloca, deste modo, em evidência, não só a proliferação de novos discursos e racionalidades, associados à transparência, à eficácia e à regulação, em detrimento dos julgamentos individuais e idiossincráticos, como também, e muito significativamente, uma importante mudança no estabelecimento de critérios científicos de base epidemiológica como base de validação da qualidade da prática médica. Nesta medida, a génese da cultura subjacente ao desenvolvimento de instrumentos formais como as já mencionadas NOC corresponde a um processo que remete para uma longa história internacional caracterizada pela intensificação de múltiplas e complexas actividades que, no campo da saúde, vão tornando o desenvolvimento de várias formas de padronização num imperativo. É sobretudo ao longo da segunda metade do século XX que esse imperativo se vai traduzindo na viabilização das condições necessárias para a aplicação de protocolos, padrões e *guidelines* sobre as melhores práticas e procedimentos a desenvolver nas diversas situações e circunstâncias do trabalho científico e das práticas profissionais.

A propósito da existência de várias formas de padronização, é esclarecedora a caracterização de Timmermans e Berg (2003: 24-26) relativamente ao que entendem ser as quatro categorias principais de tipificação

de padrões. Segundo a sua linguagem analítica, podemos falar em *design standards*, que definem as especificações estruturais de determinados sistemas sócio-técnicos de modo a que possam funcionar; em *terminological standards*, que estabelecem os termos de classificação com vista à comparação de fenómenos; em *performance standards*, que definem os resultados expectáveis e aceitáveis em determinados contextos; e, por fim, em *procedural standards*, que especificam os procedimentos a implementar em determinadas condições (como é, sem dúvida, o caso das NOC) (Idem: 24-26).

No caso particular destes últimos (padrões procedimentais), estes foram objecto de um desenvolvimento específico que ocorreu, segundo Weisz *et al.* (2007: 693-694), sobretudo a três níveis e com uma particular incidência nos EUA. Em primeiro lugar, a uma escala institucional (no campo mais vasto da biomedicina), no sentido de uma padronização crescente de classificações, medidas e procedimentos⁵⁸; em segundo lugar, ao nível do desenvolvimento de práticas de tradução das inovações da investigação médica para a prática clínica e serviços de saúde; e por fim, ao nível da multiplicação de novos imperativos organizacionais por parte das entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde que, sobretudo a partir do fim dos anos 1960, começam a colocar a ênfase na necessidade de desenvolver mecanismos de controlo e racionalização burocrática.

De facto, a autoridade associada a esta nova lógica da produção colectiva da prova, nomeadamente em áreas como a investigação biomédica, é denotativa de uma tendência de alargada colaboração internacional que tem sido exponencialmente incrementada pelas novas dinâmicas de interdependência da actual globalização. Estas dinâmicas reflectem a existência de amplas negociações colectivas que, principalmente desde a década de 1990, têm congregado o envolvimento de vários tipos de organizações, com especial destaque para as de natureza médica. Nesta medida, um dos resultados mais marcantes dos diversos empreendimentos que se têm observado ao nível da criação de consórcios de investigação ou na consolidação de políticas de desenvolvimento das NOC, tem

⁵⁸ Segundo os mesmos autores, um exemplo ilustrativo de uma das primeiras iniciativas, ainda no fim do século XIX, desta lógica de padronização diz respeito à Saúde Pública, dado que foi das primeiras áreas a ser objecto de padronização a uma escala internacional, nomeadamente a nível terminológico, com vista à uniformização de instrumentos estatísticos para produzir dados uniformes e comparáveis (Weisz *et al.*, 2007: 693).

sido, manifestamente, o reforço e a difusão desta lógica regulatória. Estes instrumentos tornaram-se centrais e ubíquos; isto, não obstante ser possível verificar diferenciações entre países, que são, naturalmente, o resultado de complexas relações entre os múltiplos actores envolvidos nos respectivos contextos nacionais (Weisz *et al.*, 2007: 711-712).

Para todos os efeitos, e sendo verdade que não há um padrão homogêneo na forma como estas metodologias e instrumentos vão sendo disseminados e aplicados nos vários campos de intervenção, o que parece ser relevante destacar como um dado particularmente elucidativo do panorama da medicina contemporânea prende-se com a ideia da emergência de uma nova forma de objectividade, marcada pela produção colectiva da prova. Esse carácter colectivo da prova, baseado em sistemas de convenções tornados possíveis pelos estudos inter-laboratoriais, ensaios clínicos multicêntricos, consórcios internacionais de investigação, etc., é fundamental para procedimentos de controlo de qualidade, recomendações clínicas ou *guidelines* práticos. Como referem (Cambrosio *et al.* 2006: 195), “(...) A objectividade regulatória também reflecte os valores da globalização e do livre fluxo informacional que tem conduzido à internacionalização da padronização desde a Segunda Guerra Mundial”.⁵⁹

Sob este ponto de vista, parece não haver grandes dúvidas quanto ao facto de que estas novas lógicas de regulação têm sido consequentes nos modos como têm marcado, e viabilizado, o desenvolvimento da (bio)medicina contemporânea. Condição disso mesmo é a existência de múltiplos lugares – como laboratórios, publicações, entidades financiadoras, espaços de decisão sobre políticas de saúde, indústrias – que ao articularem materiais, instrumentos, conhecimentos, práticas, discursos e formas de regulação através da multiplicidade dos contextos asseguram, de facto, a existência de compatibilidades e formas de normalização fundamentais para o desiderato da padronização da prática médica.

Tratando-se, com efeito, de uma reconfiguração estrutural de grande amplitude, em que estas novas dinâmicas da investigação passam a constituir um elemento basilar na legitimação de novos critérios de prova e no estabelecimento de instrumentos formais de regulação das práticas

⁵⁹ Minha tradução.

médicas, compreende-se que o movimento da MBE se tenha pautado, desde o primeiro momento, pela ênfase e preocupação na produção e disseminação de recomendações sistemáticas baseadas na evidência. Aliás, a sua exigência ao nível da estratificação dos níveis de evidência científica corresponde a um dos aspectos mais salientes da sua acção, na medida em que tornou possível a intervenção no âmbito da própria decisão médica, concretamente porque a já mencionada sistematização da evidência científica resultante da investigação clínica se torna a base fundamental a partir da qual se produzem as NOC que estabelecem formalmente, e de forma explícita, as sequências de opções óptimas para determinadas situações e circunstâncias clínicas.

A rápida consolidação da MBE, particularmente a partir da década de 1990 (Eddy, 2005), inaugura um panorama em que o horizonte de reforço da cientifização da clínica e da padronização da prática médica passa a estar no epicentro das várias mudanças que esta tendência impulsiona. Indicadores claros deste argumento são, entre outros, o crescimento exponencial de artigos médicos sobre MBE verificado entre 1992⁶⁰ e 2002, traduzido num total de 1255 artigos (Weisz *et al.* 2007); a intensa proliferação de NOC⁶¹; o aparecimento de novas instituições – como, por exemplo a *Cochrane Collaboration* ou o NICE (Timmermans, Berg 2003) – e vários outros tipos de estruturas, com especial destaque para as revistas científicas (Daly, 2005; Pope, 2003; Timmermans, Berg 2003); assim como o crescente interesse e entusiasmo de outros actores relativamente às potencialidades estratégicas da MBE, como governos ou seguradoras (Timmermans, Berg 2003; Weisz, 2005).

Como se verá mais detalhadamente na secção seguinte, a difusão da MBE ocorreu de uma forma relativamente rápida e bem concertada, embora não isenta de profundas controvérsias, pelo que a sua abordagem se tornará, de facto, transversal. O seu alcance acabou, de resto, por extravasar o campo específico da medicina, estendendo-se a outras áreas disciplinares e colonizando, particularmente no caso da saúde, diversos outros domínios profissionais e ocupacionais que, de forma diferenciada, se adaptaram ou vincularam a este movimento, tornando-se a chamada

⁶⁰ Ano em que pela primeira vez apareceu a referência ao termo *Evidence-Based Medicine* na literatura médica.

⁶¹ A título ilustrativo, Weisz *et al.* (2007) referem que até 2006 estavam listados no sítio electrónico da *National Guideline Clearinghouse* – estrutura criada pela *U.S. Agency for Healthcare Research and Quality* – mais de dois mil *guidelines*).

Evidence-Based Practice (EBP) um novo aspecto estruturante da reconfiguração destes mesmos grupos (Traynor, 2009; Robinson, 1998; Timmermans, 2010⁶²).

CARACTERIZAÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Como tem sido abundantemente referido na literatura especializada, a definição de MBE remete para a ideia do uso consciencioso, explícito e criterioso da melhor evidência científica disponível para a tomada de decisões sobre a saúde dos indivíduos, salientando que muitos aspectos dos cuidados médicos dependem de factores individuais e de julgamentos valorativos que introduzem variações nas práticas médicas. Em termos concretos, esta noção está intimamente associada à importância que é concedida relativamente à sistematização dos estudos científicos para apoiar as decisões médicas nas várias circunstâncias clínicas específicas.

Em bom rigor, o que este entendimento introduz como aspecto inovador é a ideia de que o almejado reforço da dimensão científica da prática clínica requer 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. Se, tradicionalmente, a acumulação de experiência clínica, ou a aprendizagem pelo exemplo dos especialistas mais experientes, eram das principais formas de lidar com a dimensão da incerteza, a par da incorporação de um conjunto de estratégias adquiridas no âmbito da socialização profissional, como a intelectualização dos problemas sob um ponto de vista científico, o desprendimento e a desvalorização da incerteza (Fox, 1975; 2003), estes recursos passam agora a ser secundarizados em benefício de outro tipo

⁶² O papel da EBP tem-se revelado igualmente decisivo e estratégico nas próprias dinâmicas ocupacionais das chamadas Medicinas Alternativas e Complementares. Se é verdade que a ênfase nos critérios de evidência científica tem como potencial implicação a exclusão destas tradições médicas do mercado regulado da saúde, também não deixa de ser relevante notar que a mobilização da EBP passou a constituir um elemento decisivo na agenda de alguns destes grupos – como os quiropráticos –, que viram aí uma possibilidade de validar e reforçar o seu estatuto profissional, como aliás é bem notório na designação da *Evidence-based complementary and alternative medicine* (Timmermans, 2010: 314).

de critérios de prova e de formas de sistematização do seu conteúdo para finalidades de utilização prática nas próprias decisões médicas.

Nesta acepção, o uso dos ECAC como o desenho metodológico de referência tem sido reiteradamente defendido pelos seus principais promotores como sendo a abordagem mais segura para garantir uma maior sustentação científica da prática clínica. Esta concepção, que no âmbito da abordagem da MBE se tornou uma espécie de mantra, pelo repetido ênfase de que é objecto, radica num entendimento cuja matriz disciplinar (Epidemiologia Clínica) é relativamente recente, mas que se tornou, entretanto, muito consequente na forma como inaugurou uma nova concepção quanto aos fundamentos da prática clínica.

De facto, e embora no imediato pareça tratar-se de um oxímoro (por fazer referência ao critério populacional no âmbito da clínica), a afirmação da Epidemiologia Clínica, enquanto disciplina académica que enquadra e cauciona o enfoque desta “nova” abordagem, introduziu a ideia de que a base científica da prática clínica deveria ser reforçada mas que tal não podia ser satisfatoriamente assegurado pela subespecialização médica nem pela experimentação laboratorial, que eram, até à década de 1970, as tendências dominantes na medicina moderna. A partir desse período, o que, em contrapartida, vai começar a ser gradualmente postulado é a ideia de que os métodos quantitativos característicos da abordagem populacional da epidemiologia se deveriam aproximar da cabeceira do doente, na perspectiva de introduzir maior certeza nos processos de decisão médica.

Esta nova abordagem disciplinar começou a emergir timidamente a partir de finais da década de 1960, e, sobretudo durante essa fase, esteve muito centrada em algumas experiências pedagógicas inovadoras no âmbito de alguns departamentos de um número restrito de universidades norte-americanas (inicialmente na Universidade de Yale, sob os auspícios de Alvan Feinstein) (Daly, 2005: 20-23). A mesma não tardou, no entanto, a granjear um crescente protagonismo, nomeadamente quando, a partir do início da década de 1980, este tipo de desenvolvimentos começa a dar os seus primeiros passos no Canadá, mais concretamente na Universidade de McMaster.

Em contraste com a experiência norte-americana, onde o advento da Epidemiologia Clínica foi marcado pela circunstância de as primeiras iniciativas para o seu desenvolvimento estarem muito dispersas por pequenos grupos activos de pessoas associadas a várias áreas médicas (dos quais se destaca o grupo de Suzanne Fletcher e Robert Fletcher), o

panorama na Universidade de McMaster é marcado por uma afirmação com grande consistência institucional. A característica mais saliente da emergência da Epidemiologia Clínica neste contexto prende-se com o facto de esta se ter corporizado através de uma aposta estratégica que privilegiou a criação, de raiz, de um novo Departamento (Departamento de Epidemiologia e Bioestatística), o que se revelou uma opção bastante decisiva na institucionalização académica desta nova disciplina médica.

Fazendo a este propósito uma aproximação panorâmica ao trabalho de Daly (2005), que empreende um exaustivo exercício genealógico relativamente à MBE, é relevante salientar que, não obstante a concepção de Epidemiologia Clínica ter sido inspirada no trabalho e na reflexão pioneira de Feinstein, a estratégia de afirmação disciplinar na Universidade de McMaster privilegiou algumas orientações mais específicas. Aspectos como o esforço de consolidação de uma base institucional; um enfoque direccionado para a exploração das potencialidades de novos instrumentos de avaliação da literatura médica para a aplicação na prática clínica; a acentuada demarcação face à abordagem convencional da Saúde Pública (marcada por um enfoque orientado para saúde numa acepção mais comunitária); ou a aproximação a áreas como a Economia da Saúde, constituíram-se como elementos distintivos que configuram um rumo e um programa distinto para a Epidemiologia Clínica, colocando-a numa rota de crescente legitimação científica e de ampla disseminação internacional.

Aliás, sob a coordenação de David Sackett – talvez o nome mais tutelar e incontornável da própria MBE – a Epidemiologia Clínica espoletou uma dinâmica de afirmação bastante fulgurante. Quer seja pela sua liderança carismática (Traynor, 2000; Daly, 2005) e visão estratégica (Daly, 2005: 75-76) – nomeadamente ao nível da lógica de recrutamento de uma nova geração de especialistas com competências específicas e com um grande entusiasmo por este nova abordagem (entre muitos outros, é de destacar Brian Haynes e Gordon Guyatt) – ou pelo tipo de iniciativas de disseminação que o seu Departamento empreende, o facto é que com grande rapidez esta nova disciplina vai adquirir um alcance praticamente mundial e a própria Universidade de McMaster passou a constituir um pólo de atracção internacional neste novo domínio. Por esta razão, estratégias institucionalmente concertadas como a disseminação de programas de formação médica, a publicação de um manual que se tornou uma obra de referência neste domínio disciplinar (Sackett *et al.*, 1985) ou o estabelecimento de redes internacionais (como a *International Clinical*

Epidemiology Network – INCLEN), não tardaram a configurar uma dinâmica de um verdadeiro movimento que em relativamente pouco tempo se agigantou para uma escala transnacional.

Com efeito, e a propósito de esta concepção de a MBE poder corresponder a um movimento social⁶³, Pope (2003) argumenta que embora a recepção inicial à Epidemiologia Clínica na comunidade médica tenha sido ambivalente, não demorou a que de forma gradual, mas contínua e consequente, se fosse consolidando o que a autora designa por um “espírito de corpo” (Pope, 2003: 270-271) em alguns segmentos profissionais descontentes com a prática clínica, nomeadamente porque estavam convictos que esta poderia ser efectivamente melhorada com a incorporação de princípios e de metodologias epidemiológicas. Por essa razão, e de uma forma que foi sendo crescente, começou a multiplicar-se em vários contextos um conjunto de esforços e de estratégias orientadas para objectivos como a garantia de que esta nova disciplina passasse a ser incorporada na educação formal da medicina, ou o incentivo à publicação em revistas e jornais médicos dos resultados baseados nesta nova perspectiva, o que no seu conjunto concorreu de forma decisiva para a implantação e estabilização deste novo domínio disciplinar.

Ora é justamente no âmbito desta nova disciplina académica, que instaurou os pressupostos básicos relativamente à aplicação de metodologias que visam alterar as bases científicas do trabalho dos clínicos, que nasce, logo no início da década de 1990⁶⁴, a ideia de MBE. Esta é preconizada

⁶³ A compreensão da MBE como movimento social leva à consideração de que esta é a expressão de um desenvolvimento processual que tem como uma das dinâmicas principais do seu crescimento a emergência prévia da Epidemiologia Clínica. Esta confere o enquadramento disciplinar, pelo que a MBE é, no fundamental, a aplicação da evidência produzida pela epidemiologia clínica ao contexto da prática médica. Nesta medida, mobilizar esta categoria de movimento social associada também à Epidemiologia Clínica não só não denota nenhuma incongruência ou imprecisão, como se constitui, aliás, como um elemento importante para a dinâmica geral que pauta as várias etapas deste processo. Já numa óptica de leitura que procura encontrar a tradução prática da dinâmica gerada por este processo, pode-se considerar que um dos indicadores convincentes do advento triunfante da MBE e da efectividade das suas estratégias é, por exemplo, o facto de se terem difundido, de forma rápida e a uma escala global, várias instituições e estruturas, publicações específicas (revistas, livros) (Timmermans, Berg, 2003: 6-7), centros de investigação dedicados à prática, ensino e disseminação da MBE, bem como a existência de um importante acolhimento em vários jornais de referência – como o *British Medical Journal*, *Journal of the American Medical Association* ou *Annals of Internal Medicine* – com políticas editoriais favoráveis à MBE (Howick, 2011: 4).

⁶⁴ Esta nova designação – MBE – foi apresentada formalmente em 1992, embora a sua formulação tenha sido primeiramente usada por Gordon Guyatt em 1990 num documento informativo para internos sobre os princípios da Epidemiologia Clínica (Daly, 2005: 89).

como a aplicação da evidência produzida pela epidemiologia clínica ao contexto da prática médica, e estabelece como finalidade principal desenvolver métodos específicos para seleccionar, condensar, avaliar e sistematizar a melhor evidência científica decorrente da investigação clínica para testar a eficácia das intervenções médicas. Um dos seus objectivos fundamentais consiste, portanto, em ensinar os médicos a examinar criticamente a literatura decorrente da investigação clínica, pelo que o essencial do seu enfoque confere uma ênfase especial aos instrumentos e procedimentos de avaliação crítica, às formas de elaboração de revisões sistemáticas da literatura relevante para os problemas clínicos e às estratégias de implementação dessa evidência na prática, designadamente através das NOC.

Um outro factor de enorme importância para a consolidação da MBE a uma escala mais global foi também a criação da já referida *Cochrane Collaboration*, em 1993. O papel fundamental desta organização residiu (e reside) no facto de se afirmar enquanto importante estrutura de sistematização da informação. De facto, perante o aumento exponencial dos ECAC torna-se imperativo desenvolver outras metodologias de sistematização da evidência, o que passou a ser possível graças à utilização das chamadas meta-análises – uma inovação metodológica desenvolvida no campo da medicina por Tom Chalmers (Daly, 2005: 155-157) – que, no essencial, correspondem a uma técnica estatística que permite combinar os resultados de múltiplos ECAC acerca do mesmo problema clínico, aumentando o poder explicativo desses resultados.

Criada inicialmente no Reino Unido (concretamente em Oxford), esta estrutura foi-se rapidamente difundindo por outros países (os chamados Centros Cochrane)⁶⁵, tornando-se um consórcio científico internacional vasto e com uma grande envergadura organizativa. O seu crescimento assentou num modelo específico que em grande medida se baseia na constituição voluntária de grupos de revisão internacional em função de domínios de interesse bem delimitados e cujo trabalho consiste em recolher e “verificar” a evidência científica proveniente das revisões sistemáticas com o intuito de produzir uma análise secundária desse corpo de evidência, nomeadamente em forma de sínteses pensadas para o uso prático não apenas dos clínicos, mas também para o uso de outros actores ligados às

⁶⁵ Os vários Centros Cochrane reúnem-se anualmente no chamado Colóquio Cochrane. Esses Centros têm responsabilidades regionais ou nacionais ao nível do suporte e da coordenação das iniciativas da *Cochrane Collaboration*.

políticas de saúde ou a grupos de doentes e “consumidores”, dado que se assume que os protagonistas das decisões não têm “os meios e os conhecimentos técnicos necessários para avaliar toda a evidência relevante para a decisão em causa” (Sampaio, Ferreira, 1998: 739)⁶⁶.

UM NOVO OLHAR SOBRE A PRÁTICA CLÍNICA

O que a alusão sintética a estes elementos factuais de carácter contextualizador permite destacar é a ideia de que a Epidemiologia Clínica e a *Cochrane Collaboration* se configuram como as duas principais vertentes que, confluindo na preocupação de sistematizar os resultados dos estudos de investigação para a aplicação na prática clínica, acabaram por impulsionar a emergência e rápida consolidação da MBE. Mas o que é que em termos substantivos resulta afinal da afirmação desta nova abordagem para a prática clínica propriamente dita?

Desde logo, e atendendo ao facto de que a MBE é indutora de uma postura bastante iconoclasta quanto ao estatuto da tradicional autoridade médica, não espanta que um dos resultados directos dessa orientação se tenha traduzido na inculcação de um grande cepticismo relativamente aos fundamentos das opções médicas baseadas fundamentalmente na opinião e experiência dos clínicos, por muito prestigiados que estes possam ser. Tal significa, portanto, que neste novo quadro de entendimento a informação resultante da sistematização da literatura médica baseada na investigação clínica passa a ter precedência enquanto critério de prova, mesmo que contradiga a experiência clínica ou até a evidência fisiopatológica. O que aqui se opera é, então, a transposição do *locus* do conhecimento médico do foco individual para o nível agregado da evidência epidemiológica.

⁶⁶ A propósito de uma descrição mais detalhada das actividades da *Cochrane Collaboration*, Sampaio e Ferreira (1998:740) referem que “o resultado do esforço dos colaboradores da *Cochrane Collaboration* é divulgado em várias publicações, nomeadamente na forma de artigo científico, como sucede nas revistas mais creditadas como é o caso da JAMA, do BMJ e da Lancet, entre outras. Além de utilizar os vários instrumentos de divulgação científica, a *Cochrane Collaboration* edita e comercializa, através da *UPDATE Software*, a *Cochrane Library*. Esta consiste numa colecção de base de dados, publicada em disquetes ou CD-ROM, actualizada trimestralmente, que contém a base de dados Cochrane de revisões sistemáticas (...), o Registo Cochrane de ensaios controlados (...), a base de dados de resumo de revisões sobre efectividade (...), a base de dados Cochrane de metodologia (...) e informação sobre a *Cochrane Collaboration*.”

Em termos mais concretos, um aspecto que a este propósito se afigura crucial diz respeito ao modo como este novo entendimento pressupõe o esforço de estabelecer grelhas de estratificação da evidência (cf. Quadro 1), como forma de hierarquizar os diferentes tipos de prova clínica. Desde logo, e como característica que cedo se tornou transversal aos sistemas de classificação utilizados, verifica-se a atribuição de um elevado estatuto aos ECAC, o que contrasta com a importância diminuta concedida ao julgamento clínico. Aliás, é de referir que o julgamento clínico, pelas razões que já foram sendo salientadas, passa a constituir-se como a modalidade mais falível e mais contestável, passando até a ser representada como uma base de decisão frágil e intrinsecamente variável.

Quadro 1 – Hierarquia da evidência científica em estudos terapêuticos ou preventivos

- **Meta-análises** – técnica estatística que permite combinar resultados de estudos distintos, aumentando o poder dos resultados
- **Revisões sistemáticas** – resposta a uma questão através da pesquisa, selecção e síntese da melhor evidência disponível
- **Ensaio clínico aleatorizados e controlados (RCTs)** – estudo clínico experimental no qual os participantes têm igual probabilidade de receber um dos tratamentos (tratamento em estudo e comparador), sendo esta atribuição aleatória e não previsível, quer por parte do médico quer do participante
- **Estudos prospectivos (*cohort studies*) e retrospectivos (*case-control studies*)** – estudos observacionais comparativos (prospectivos ou retrospectivos), habitualmente utilizados no contexto da epidemiologia, que procuram estabelecer uma relação de causa-efeito
- **Séries de casos clínicos** – descrições de casos clínicos sobre um dado tema
- **Opinião de peritos** – opinião e comentários de peritos numa dada área clínica, com base na sua experiência

Aliás, segundo esta linha de argumentação, alguns autores críticos do estatuto da experiência clínica como critério privilegiado de prova, chegam a empreender exercícios alegadamente “demonstrativos” dessa falibilidade, convocando, para esse efeito, alguns exemplos históricos concretos e relativamente bem conhecidos com o propósito de os usar

enquanto ilustrações tidas como flagrantes e peremptórias não só da já mencionada falibilidade desses critérios, mas sobretudo dos resultados clínicos negativos em que os mesmos se traduziram durante períodos de tempo consideráveis. Assim, e tal como se pode observar na tabela 3⁶⁷, os exemplos que aí são elencados, bem como a sua própria lógica de organização, procuram sublinhar a ideia de que o critério da experiência, ou dos consensos clínicos baseados em critérios outros que não a evidência científica dos estudos de investigação clínica, é sempre potencialmente precário, falível e tende, como tal, a produzir efeitos perversos e más práticas médicas com consequências que são muitas vezes danosas para a saúde dos doentes.

Tabela 3 – Exemplos de más práticas anteriormente apoiadas pela opinião dos peritos

Período aproximado	Prática clínica aceite pelos especialistas da época	Evidências de investigação que demonstram que a prática é prejudicial	Impacto na prática clínica
Desde o séc. V a.c.	Sangrias (para praticamente qualquer doença aguda)	1820	As sangrias deixaram de ser praticadas por volta de 1910
1957	Talidomida para os “enjoo matinais” no início da gravidez, o que levou ao nascimento de mais de 8000 bebés com malformações graves em todo o mundo	1960	Os efeitos teratogénicos desta droga eram tão dramáticos que a talidomida foi rapidamente retirada quando o primeiro relato de caso apareceu
Até pelo menos 1900	Repouso na cama para dores lombares agudas	1986	Muitos médicos ainda aconselham as pessoas com dores nas costas a “descansar”
Década de 1960	Benzodiazepinas (ex: diazepam) para ansiedade ligeira e insónia, inicialmente comercializadas como “não viciantes”, mas que posteriormente demonstraram causar dependência grave e sintomas de abstinência	1975	A prescrição de benzodiazepinas para estas indicações conheceu uma inflexão nos anos 1990
Década de 1970	Lidocaína intravenosa no enfarte agudo do miocárdio, com o objetivo de prevenir arritmias, tendo-se posteriormente demonstrado que não tem qualquer benefício global e que, em alguns casos, provoca arritmias totais	1974	A lidocaína continuou a ser administrada por rotina até meados da década de 1980

Fonte: Traduzido e adaptado de Greenhalgh (2006: 8)

⁶⁷ Mesmo assumindo que o exercício subjacente a esta tabela parte de um certo simplismo retrospectivo que parece olhar para a história da medicina com o propósito principal de acentuar marcos científicos e datas-chave, em detrimento de uma análise centrada nos actores, contextos e processos sociais que informam a transformação das práticas, a mesma cumpre aqui, apenas e só, a função útil de ajudar a explicitar, e ilustrar, a natureza dos argumentos dos que defendem o carácter virtuoso da evidência científica face ao estatuto da tradicional experiência clínica.

Este argumento procura, de resto, destacar a ideia de que estas situações não se confinaram apenas a más práticas individuais, antes expressam a sedimentação de critérios de decisão clínica resultantes da estabilização de consensos médicos. Esses consensos (formalmente produzidos em formato de conferências de peritos) constituíram-se durante bastante tempo, tal como já previamente referido, como uma das bases privilegiadas para o próprio estabelecimento de *guidelines* clínicos, tendo, porém, passado agora a ser profundamente descredibilizados e até objecto de algum sarcasmo, como é bem patente na imagem do *Good Old Boys Sat Around a Table* (GOBSAT) (Greenhalgh, 2006: 7). No quadro desta lógica satírica, o método GOBSAT configura um retrato que condensa as limitações e as fragilidades de um processo que é entendido como marcado pela falta de isenção (por habitualmente ser patrocinado por empresas farmacêuticas), pelo seu carácter pouco sistemático e pela escassa credibilidade dos próprios procedimentos que caracterizam essas conferências de peritos.

No fundo, o que em termos substantivos está aqui em causa é, portanto, uma acentuada polarização entre o que conta (ou não) como critério de evidência. Nessa polarização – que apenas é mediada por outros níveis que dizem respeito ao estatuto diferenciado dos vários tipos de estudos clínicos existentes – fica claramente reflectido o papel crescentemente secundário e periférico que é atribuído ao conhecimento baseado na experiência clínica ou à opinião dos peritos. Em contrapartida, no pináculo dessa lógica de hierarquização encontram-se as técnicas de base estatística – precisamente as meta-análises, as revisões sistemáticas da literatura médica e os ensaios clínicos aleatorizados e controlados – que são, assim, entendidas como os recursos mais válidos, adequados e credíveis para gerar e sistematizar a evidência científica necessária para o reforço da tão almejada objectividade da prática clínica.

No quadro desta valorização da objectividade, não só as faculdades de julgamento e formas de interpretação qualitativas passam a ser entendidas como dificilmente compatíveis com este horizonte, como passam também a ser assumidas como um obstáculo a ultrapassar no processo de reforço do conhecimento clínico de base científica. Aliás, a experiência clínica só é entendida como válida na ausência de estudos publicados sobre um determinado problema, o que significa que só muito circunstancialmente é que a experiência

pessoal e os conhecimentos fisiopatológicos adquirem alguma relevância, na medida em que o que é primeiramente valorizado são os resultados clínicos objectivos (os chamados *outcomes*) decorrentes dos estudos de investigação clínica.

Neste sentido, e sendo certo – tal como se verá mais à frente – que a posição dos principais promotores da MBE relativamente à experiência clínica e ao conhecimento fisiopatológico se tornou, entretanto, mais mitigada (sobretudo como resposta às críticas endógenas que lhes foram sendo dirigidas), a verdade é que a concessão de um papel ao julgamento clínico o enquadra como fundamentalmente complementar. Admitindo que este poderá desempenhar um papel útil, o mesmo nunca poderá assumir-se enquanto suporte de evidência. O seu alcance é, no fundamental, circunscrito às suas potencialidades para facilitar a integração dos valores e circunstâncias dos doentes com a evidência externa, ou, por exemplo, para melhorar – por via da relação terapêutica – o efeito placebo junto dos doentes (Howick, 2011: 177-179).

Uma outra razão que também é recorrentemente ventilada para se insistir na importância da MBE como uma metodologia indispensável para dar suporte e consistência científica às decisões clínicas diz respeito à sua “superioridade” face às formas clássicas de procurar e integrar a informação num panorama que é claramente marcado pela abundância informacional e pelo crescente volume de literatura médica publicada. Face a este *efeito Sísifo* (De Camargo, 2002: 843), em que a escassez de tempo torna inviável o contacto com o volume de informação existente e sua integração⁶⁸, a sistematização da evidência é convocada como o recurso mais eficaz para satisfazer as necessidades de informação, pois ao contrário de outras modalidades de aquisição de conhecimento – como o recurso a colegas (peritos) ou acções de Educação Médica

⁶⁸ Sobre este fenómeno do volume asoerbante da literatura médica existente, Carneiro (2004) dá uma panorâmica ilustrativa da expressão desta tendência. De acordo com as suas palavras, “existem no mundo mais de 30.000 revistas médicas e o aumento tem sido exponencial desde que apareceram as primeiras publicações no século XVII. Presentemente, o período de duplicação do número de revistas é de cerca de 19 anos. (...) Como exemplo, a base de dados mais utilizada – a *Medline* – possui hoje em dia mais de 12 milhões de artigos indexados e calcula-se que este número representa apenas 50% da totalidade dos artigos médicos existentes no mundo. Mas, mesmo que o médico tivesse acesso fácil a literatura seleccionada, necessitaria ainda de tempo para a ler e integrar na sua prática clínica, já que se calcula que um médico de cuidados primários, se quisesse manter-se actualizado na sua área, tem de ler 19 artigos/dia 365 dias por ano!” (Idem: 7)

Contínua (como os seminários, conferências ou cursos) – esta permite, na perspectiva dos seus defensores, incorporar a melhor evidência científica externa gerada pela investigação clínica.

Com efeito, e à luz destas considerações, compreende-se a ênfase dos promotores da MBE nas metodologias de síntese da evidência científica enquanto suporte da prática clínica e da própria investigação, na medida em que consideram que as opiniões dos peritos – mesmo as dos mais prestigiados – raramente produzem consensos; que as revisões convencionais e não sistemáticas, ou narrativas, carecem de qualidade científica e rigor metodológico por conduzirem frequentemente a conclusões contraditórias e enviesadas; e que os livros de texto estão permanentemente desactualizados e desfasados da aplicação prática. É, de resto, por estas mesmas razões que se tem insistido na necessidade da sistematização da evidência, com vista à produção de sumários explícitos, reproduzíveis e actualizados sobre os efeitos das intervenções nos doentes ou até mesmo nos próprios sistemas de saúde. Neste contexto, o protagonismo recai, naturalmente, nas 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 NOC enquanto instrumentos de tradução para a clínica dos resultados decorrentes dos métodos anteriormente assinalados, assumindo, assim, a forma de recomendações baseadas na evidência científica.

O procedimento para tal desiderato está bem sintetizado no esquema bastante conhecido de David Sackett e Brian Haynes (1995) em que se propõe um conjunto de cinco passos essenciais para uma prática bem-sucedida da MBE: formular o problema clínico; localizar a melhor evidência para o problema colocado; avaliar criticamente a sua qualidade em termos de validade e utilidade prática; implementar os resultados na prática clínica e, por fim, avaliar o desempenho e a eficácia das intervenções suportadas pela evidência científica. Este mesmo esquema, assim como os princípios que lhe subjazem, foi, no entanto, objecto de várias considerações críticas por parte dos detractores da MBE, o que, como se verá, é bem revelador de um aspecto que se tornou uma característica fortemente associada à MBE; a sua natureza contestada.

UM LEVIATÃ POSITIVISTA? A NATUREZA PROBLEMÁTICA E CONTESTADA DA MBE

Não obstante a notória rapidez e o assinalável impacto que caracterizaram a difusão da perspectiva da MBE (Eddy, 2005: 9; Timmermans, Berg, 2003: 6-7; Howick, 2011: 4), tal não invalida a constatação de que este processo de crescente consolidação tem sido igualmente pautado por uma ampla proliferação de críticas e de posições cépticas por parte de alguns autores (maioritariamente do próprio campo médico, mas também de outras áreas disciplinares) com visões muito problematizadoras relativamente aos pretensos méritos desta abordagem. Em termos bastante genéricos e panorâmicos, os argumentos dos críticos da MBE – particularmente dos que se inscrevem na tradição do humanismo médico – vão no sentido de considerar que a natureza do trabalho médico diário, nomeadamente a especificidade do julgamento clínico baseado em casos individuais, contrasta com a lógica subjacente ao desenho metodológico em que hegemonicamente se baseia a investigação clínica valorizada pelos promotores da MBE.

Estas considerações remetem para um vasto conjunto de questionamentos críticos relativos às limitações da prova estatística e à consequente confusão dos vários regimes de prova. O argumento principal é o de que a evidência em que os ensaios clínicos se baseiam apenas confere uma validade externa, isto é, que aqueles somente descrevem os benefícios de uma intervenção clínica aplicada a um grupo de indivíduos, enquanto um clínico tem de decidir se essas médias podem beneficiar o indivíduo doente em concreto (Feinstein, Horwitz, 1997; Herman, 1998).

De acordo com esta linha de entendimento, é sustentada a ideia de que a vontade de basear todas as decisões médicas na prova experimental e na informação estatística pode revelar-se problemática, uma vez que a natureza desse tipo de prova não é considerada como adequada à contingência do acto médico, no sentido em que as estimativas muito dificilmente podem exprimir poder demonstrativo relativamente à complexidade e indeterminação de casos concretos e singulares que só *a posteriori* podem ser verificados (Tonelli, 1998; Marques, 2002). Nesta medida, a própria epidemiologia clínica – enquanto ciência da predição do estado futuro do doente individual, através da comparação quantitativa de eventos clínicos – torna-se objecto de contundentes críticas, na medida em que a abordagem que desta decorre enfatiza uma lógica de

decisão médica que ao ancorar-se privilegiadamente na estatística aplicada e na teoria das probabilidades elide o indivíduo na amostra, subvertendo, em virtude disso, o carácter distintivo do saber clínico que está marcado, desde as suas remotas fundações, no respeito pela singularidade e valorização das diferenças (Marques, 2002).

Em clara convergência com este tipo de posicionamento, têm, de facto, surgido múltiplas reservas quanto à efectiva adequação dessas metodologias ao âmbito das decisões clínicas, sob o argumento base de que estas lidam e confrontam-se com zonas de indeterminação e de contingência próprias da singularidade e da individualidade (Wilson, 2000: 204-205). Isto significa que apesar do elevado estatuto epistémico de que goza o método experimental, o seu enfoque está intrinsecamente direccionado para o geral e o universal (como se os indivíduos fossem casos ilustrativos das patologias) e não para o particular e para o existencial, que é no fundo, e segundo os pressupostos basilares da tradição do humanismo médico, o objectivo original da medicina. Ou seja, lidar com doentes individuais através de faculdades de julgamento prudenciais que valorizam a diferença e a singularidade (Tonelli, 1998; Veloso, 1998; 2008; Marques, 2002; Kienle, Kiene, 2010).

No actual contexto, esta disjunção tende, assim, a traduzir-se num inquietante paradoxo, dado que, conforme argumenta Wilson, “parece haver um tipo de ciência para a base do conhecimento que os médicos solicitam (universal, nomotético, positivista), e um tipo diferente de ciência para a aplicação desse conhecimento aos doentes individuais (fenomenológico, qualitativo, narrativo, interpretativo). Não é de estranhar que os estudantes fiquem confusos quando têm contacto com os doentes reais (...). Os médicos herdaram o mito da objectividade que é erradamente aplicado ao dilema existencial do doente individual”⁶⁹ (Wilson, 2000: 207).

De acordo com esta perspectiva, a aproximação da estatística à doença por via de critérios probabilísticos é concebida como potencialmente desencadeadora de efeitos paradoxais, na medida em que as áreas de contingência inerentes à decisão clínica individual não só não são suprimidas como, pelo contrário, têm tendência a ser multiplicadas e intensificadas pelo recurso privilegiado a critérios e a técnicas de natureza

⁶⁹ Minha tradução.

estatística. Tal é o que leva um estudioso da medicina como Marques (2002: 346) a interrogar-se sobre se “o campo da medicina experimental compensou, ao nível populacional, as limitações e os insucessos da medicina clínica a nível individual? Não. (...) Em medicina clínica, como em Humanidades, o dado é singular, a matéria é de facto única, o que exige um aparelho cognitivo complexo e muito estruturado para aceder à individualidade, à unicidade. Esta tensão é insuperável, constituinte. Uma medicina baseada na narrativa será sempre uma medicina baseada na complexidade”.

Ainda no âmbito deste tipo de problematização, um outro aspecto que também ressalta com alguma evidência destas concepções críticas prende-se com a preocupação explícita de preservar e valorizar as dimensões fenomenológicas, qualitativas, narrativas e interpretativas, que são tidas como constitutivas do processo de aplicação do conhecimento médico aos doentes individuais. A este propósito, vários têm sido os autores a preconizar a importância de se promover, segundo outros postulados, uma relação dialéctica entre a prática clínica e o conhecimento científico (e.g. Malterud, 1995; Greenhalgh, 1998; Marques, 2002; Naylor, 1995; Tonelli, 2006). Um pressuposto importante neste tipo de posicionamento é o que remete para a ideia de que o tipo de conhecimento tácito que é característico do julgamento clínico repousa sobre dimensões interpretativas e interpessoais (Kelly, Moore, 2012; Champy, 2018), pelo que, em bom rigor, a prática médica baseada na evidência pressupõe sempre um paradigma interpretativo (Greenhalgh, 1998).

Sob este ponto de vista, alguns autores procuram salientar que a *Arte* não tem de ser o oposto da *Ciência* (Parker, 2002) e que, por conseguinte, o desafio principal da prática clínica é o de integrar, de forma validada, os “particulares nos universais” (Malterud, 2001). Assim, em lugar de sustentarem uma distinção dicotómica, este tipo de posicionamentos sublinha a ideia de que a medicina acaba sobretudo por se afirmar como uma prática racional interpretativa (Montgomery, 2006), dado que a prática clínica se caracteriza pelo uso de diferentes racionalidades. Nesta medida, o próprio 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 (Idem: 45).

No fundo, e para além de poder permitir ultrapassar a ilusão da pura factualidade 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, Hurwitz, 1998). Tal significa, portanto, que para os autores que se inscrevem numa tradição de humanismo médico (ou que, pelo menos, se aproximam de algumas das suas concepções mais estruturantes), 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 (Greenhalgh, 1998). Ao conceber as potencialidades de novas modalidades de intersecção entre estas distintas concepções, aqueles autores não só procuram salientar as vantagens práticas que podem decorrer, por exemplo, da articulação da MBE com a narrativa (Silva *et al.*, 2010), mas também, e acima de tudo, assumir como horizonte fundamental o reequacionamento da lógica subjacente à própria hierarquia da evidência, resgatando, assim, um outro estatuto e centralidade para o papel do julgamento clínico.

Tendo em consideração este panorama geral, o qual, note-se, reflecte sobretudo uma discussão endógena ao campo médico, e que está em grande medida ancorada num debate epistemológico e numa retórica discursiva dentro da própria profissão de reivindicação do *ethos* humanitário, é possível sistematizar um conjunto recorrente de críticas que reflectem o fundamental das controvérsias que subjazem a estas clivagens. Este mapeamento (condensado na tabela 4) tem, acima de tudo, a preocupação de deixar traçado um panorama sinalizador da natureza dos problemas que marcam estes debates, das dimensões principais que lhes estão associadas, das questões mais críticas que tendem a organizar a discussão, bem como dos argumentos-chave em que tal se traduz.

Claro que longe de querer esgotar todos os matizes argumentativos ou de explorar substantivamente as linhas de confrontação epistemológica que este debate coloca em evidência, o que aqui procuro estabelecer é um quadro de referência que, por um lado, dê conta do essencial das questões críticas acerca do alcance e das implicações das reconfigurações epistemológicas do conhecimento médico e que, por outro, permita também delimitar o enfoque sociológico a partir do qual se organiza a abordagem analítica que será privilegiada nesta investigação.

Tabela 4 – Síntese das críticas à MBE (endógenas à medicina)

Dimensões	Pontos críticos	Argumentos principais
Epistemológicas (<i>Natureza da evidência</i>)	Estatuto paradigmático	Crítica à desadequação do argumento segundo o qual a MBE se constitui como um novo paradigma médico. Discussão da mobilização acrítica do conceito de Thomas Khun.
	Reduccionismo científico	Limitações do fundamentalismo metodológico em torno da evidência epidemiológica. Crítica à secundarização de outras abordagens e formas de evidência.
	Julgamento clínico	Ênfase na natureza complexa do processo de decisão médica. Sinalização da incompreensão/desvalorização da componente tácita e prudencial do próprio julgamento.
Metodológicas (<i>Qualidade da evidência</i>)	Enviesamentos por conflitos de interesse	Financiamento da Indústria Farmacêutica (<i>Publication bias</i>). Implicações ao nível da sobrestimação da eficácia dos tratamentos propostos.
	Limitações técnicas dos ECAC e meta-análises	Problemas na generalização dos resultados epidemiológicos para a prática clínica; incomensurabilidade entre o critério populacional e o clínico.
	Qualidade das NOC	Dificuldade de tradução e adequação da evidência para a prática clínica.
Pragmáticas (<i>Utilidade da evidência</i>)	Relação com o doente	Prática médica como experiência interpessoal. Desvalorização das necessidades e valores dos doentes.
	Autonomia profissional	Erosão da autoridade da arte médica e desvalorização da experiência clínica como critério de evidência.
Normativas (<i>Papel da evidência</i>)	Articulação com a esfera política	Entrosamento com as políticas <i>managerialistas</i> de racionalização económica dos serviços de saúde.
	Reforço da regulação	Apropriação do conceito por parte de outros actores no campo da saúde; critério de regulação externa na organização dos serviços de saúde (envolvimento da gestão).

Assim, entre os principais aspectos críticos e argumentos de recusa e problematização da MBE, aqueles que de forma mais saliente se destacam do conjunto das discussões controversas que marcam este domínio prendem-se com as dimensões presentes na tabela 4⁷⁰. No caso da dimensão *epistemológica* é, com efeito, a questão da natureza da própria evidência que se assume como problemática, porque é neste patamar de discussão que claramente se jogam as questões de fundo relativamente ao que tem, ou não, esse estatuto. Tal significa, portanto, que a tónica

⁷⁰ Como se perceberá, a organização desta tabela corresponde a um exercício de “arrumação” analítica cuja principal razão de ser se prende com a necessidade de sistematizar de uma forma compreensiva a multiplicidade de críticas que caracterizam os debates que, em particular no seio da própria medicina, se têm desenvolvido em torno da MBE. Naturalmente que não só não ficam esgotadas todas as questões, como alguns dos argumentos que pontuam a discussão acabam muitas vezes por cruzar várias das dimensões apresentadas. Contudo, e não obstante algumas eventuais limitações, esta tabela cumpre aqui um papel operativo, no sentido em que deixa mapeado o conjunto das críticas mais recorrentes e os argumentos mais substantivos que atravessam os debates sobre a MBE.

principal das críticas que a este respeito se multiplicam acaba por se centrar na discussão sobre o estatuto “evidenciário” das várias formas de conhecimento e dos vários tipos de prova que concorrem para o desenvolvimento do trabalho médico. No âmbito dessa discussão, o estatuto da prova é claramente problematizado, sobretudo quando esta é preconizada de forma mais proselitista pelos promotores da MBE.

Os principais pontos críticos que se desenvolvem a este respeito tendem a chamar a atenção para alguns problemas de fundo, nomeadamente ao nível da natureza desta abordagem. A questão tem especial relevância porque a emergência da MBE, logo em 1992, surge claramente marcada pela alegação de que esta (pretensamente) corporizava o advento de um novo paradigma médico. Esta argumentação foi rapidamente objecto de grande controvérsia, no sentido em que vários críticos sustentaram que a ideia de paradigma foi errónea e abusivamente utilizada (Cohen, Stavri, Hersh, 2004). Segundo a sua argumentação, a MBE é uma prática científica que não se revela incomensurável com os modelos anteriores (nomeadamente com o modelo das ciências básicas) nem é geradora de novos fundamentos teóricos (Sehon, Stanley, 2003). O seu pragmatismo cognitivo estará, assim, mais próximo de um estatuto de normatividade, que reifica a própria racionalidade em que se baseia, do que de algum tipo de ruptura radical que introduza uma nova matriz epistemológica no campo da medicina (Silva, Castiel, 2005). Aliás, a própria ausência de evidência que suporte a pretensão deste postulado leva a que muitos autores encontrem aí, apenas e só, uma retórica de arbitrariedade e de autoritarismo num vazio de fundamentação epistemológica (Couto, 1998; Shahr, 1997, 1998; Milles *et al.*, 2007).

Um outro aspecto crítico diz respeito ao acentuado reducionismo científico que decorre desta abordagem, designadamente porque esta confere uma clara preponderância ao enfoque populacional. Face à secundarização de outras abordagens e formas de evidência, como, por exemplo, os factores socioeconómicos (Howick, 2011: 191); ou o enquadramento da doença no seu contexto comunitário – tal como tende a ser equacionada na tradição da Saúde Pública (Daly, 2005: 109-113) –, os críticos salientam a importância de não se perder de vista uma perspectiva mais holista sobre a natureza da própria evidência, incluindo a de tipo qualitativo. Destacam também como problemática a ausência de evidência científica – nos próprios termos em que a caracteriza e utiliza a própria MBE – sobre a “superioridade” desta face a formas de decisão

ancoradas noutro tipo de critérios e de conhecimentos (Norman, 1999; Cohen, Stavri, Hersh, 2004), particularmente os que tendem a ser mobilizados no âmbito do trabalho clínico.

Relativamente ao muito discutido papel do julgamento clínico, as questões principais colocam-se ao nível do debate sobre a natureza complexa do processo de decisão médica, pelo que as concepções mais críticas tendem a sustentar a existência de um fosso epistemológico entre a investigação e a prática clínica, o que tem como efeito perverso o obscurcimento da componente tácita e prudencial do próprio julgamento (Tonelli, 1998; Kienle, Kiene, 2010; Parker, 2002). No quadro do já referido humanismo médico, a ênfase no desiderato do reforço da componente científica da prática clínica suportada pela abordagem epidemiológica acaba por ser entendida como uma espécie de *cavalo de Tróia*, na medida em que o primado da investigação clínica de base populacional condiciona o contributo do julgamento clínico para a expansão de inovações metodológicas de avaliação terapêutica levadas a cabo pelos clínicos com base nas suas diversas formas de conhecimento (ora mais explícito e codificado, ora mais tácito e experiencial).

É também de referir que esta dimensão epistemológica não tem passado despercebida às abordagens das ciências sociais. Embora convocando preocupações e enfoques naturalmente distintos, alguns autores têm, de facto, desenvolvido análises que problematizam o modelo de racionalidade subjacente à MBE. Uma ideia que tende a ser frequentemente sublinhada é a que associa esta nova abordagem médica à expressão de uma epistemologia positivista que privilegia a evidência de tipo quantitativo e que desqualifica outros saberes, experiências e modelos de racionalidade (Cronje, Fullan, 2003). Em contraponto a esta concepção de evidência, algumas perspectivas (mais próximas da problematização epistemológica da ciência) tendem a acentuar a natureza social do conhecimento científico, mostrando o seu carácter situado e contingente, pelo que consideram que a autoridade da evidência que caracteriza a MBE destaca-se não tanto pelo alegado aumento da objectividade na prática clínica, mas fundamentalmente pela sua capacidade de obscurecer os elementos subjectivos, os quais, em bom rigor, integram todas as formas de julgamento humano (Goldenberg, 2006: 230-2631). Aliás, e segundo Lambert (2006), são sobretudo os métodos usados para obter a evidência, mais do que a natureza da evidência em si mesma, que definem que dados são potencialmente aplicáveis a uma prática baseada na

evidência (o já mencionado critério epidemiológico), o que significa que outras informações e critérios de prova de carácter não quantitativo, como por exemplo a narrativa, acabam por ser entendidas como não se podendo constituir enquanto evidência legítima (Lambert, 2006: 2641).

Também ao nível do papel do julgamento clínico no âmbito das práticas médicas é possível destacar alguns contributos relevantes provenientes das ciências sociais e que se caracterizam por destacar a natureza prática do conhecimento médico. Com efeito, vários estudos têm salientado o facto de que o julgamento clínico implica uma efectiva integração de práticas intuitivas e analíticas, uma vez que o contexto da prática clínica se caracteriza por ser um espaço complexo onde intervêm e são convocados, a par de factores e conhecimentos estritamente científicos, outros elementos que, no fundo, reflectem uma realidade plural marcada por vários tipos de contingências e preocupações de carácter pragmático. Tal significa que no contexto das práticas médicas a permeabilidade à evidência científica é particularmente pautada e mediada por preocupações acerca do seu valor prático e da sua adequação à complexidade e exigências específicas dos problemas concretos (e.g. Armstrong, 2002b; Atkinson, 1995; Greenhalg *et al.*, 2008; Nettleton *et al.*, 2008; Checkland, 2004).

No caso da dimensão relativa aos aspectos *metodológicos*, estão sobretudo em causa as questões que dizem respeito à “qualidade” da evidência epidemiológica, não só em termos da sua efectiva adequação aos problemas concretos da prática clínica, mas também quanto à validade técnica dessa evidência, sobretudo devido às complexas dinâmicas de interdependência entre a investigação clínica e a indústria farmacêutica.

Com efeito, uma das críticas mais substantivas que a este respeito tende a ser veiculada é a de que o valor da evidência científica é potencialmente comprometido devido à existência de enviesamentos decorrentes de tendenciais conflitos de interesse. O financiamento por parte da indústria farmacêutica é entendido como uma circunstância geradora de um fenómeno designado de *publication bias*. Essa distorção traduz-se concretamente na não publicação dos resultados negativos; na tendencial valorização dos resultados das intervenções inovadoras sobre o placebo; na duplicação das publicações (sobretudo quando se tratam de resultados positivos); ou no enviesamento na própria análise de dados, designadamente quando se “força” a convergência dos *outcomes* com os

resultados esperados (em particular quando estão em causa novas drogas), o que tem como consequência principal a sobrestimação da eficácia dos tratamentos propostos (Howick, 2011: 189-191).

Ainda a propósito desta dimensão relativa aos aspectos metodológicos da evidência epidemiológica, é possível salientar como um ponto importante a questão das limitações técnicas dos ECAC e das meta-análises, sobretudo quando se tornam patentes os problemas concretos ao nível da generalização dos resultados para a prática clínica. De facto, desde muito cedo que este aspecto tem sido problematizado, inclusivamente por alguns dos nomes tutelares que marcaram as origens mais vetustas da própria epidemiologia clínica, como é o caso de Alvan Feinstein. Em alguns artigos de problematização quanto à ênfase excessiva atribuída aos ECAC – como se de uma forma superior de verdade se tratasse – e aos limites operacionais deste tipo de instrumentos para dar conta dos problemas da prática clínica (Feinstein, 1995; Feinstein, Horwitz, 1997), este autor considera que é intelectualmente problemático restringir o entendimento da evidência, não só pelas implicações negativas que uma abordagem reducionista sempre comporta, mas também porque pode produzir NOC desadequadas ou até gerar erradamente dogmas doutrinários para a prática clínica.

Em consonância com este tipo de discussão crítica, vários têm sido os autores a insistir na ideia de uma efectiva incomensurabilidade entre o critério populacional e o critério clínico, argumentando que a lógica da validade interna dos ECAC não assegura a representatividade dos doentes que tendem a caracterizar a prática clínica (e.g. Herman, 1998; Worral, 2002; Nowak, 1994; Ellenberg, 1988; Cohen, Stavri, Hersh, 2004; Kienle, Kiene, 2010). Justamente no âmbito destas críticas a um tendencial fundamentalismo metodológico, alguns autores sublinham a importância de se preservar e valorizar a liberdade clínica, com o argumento de que nenhum ensaio clínico pode responder a todas as questões possíveis relativas ao tratamento, pelo que o espaço da interpretação é sempre uma condição incontornável que requer a liberdade do clínico para produzir o seu julgamento em confronto com as particularidades específicas do caso com que se depara (Hampton, 2002; Byrne *et al.*, 2020; Tatsioni, 2022). Nesta mesma linha, é sustentada a importância de se desenvolverem abordagens de carácter casuístico que articulem vários tipos de evidência em função do caso específico considerado no seu contexto (Tonelli, 2006).

Também neste ponto acerca dos aspectos metodológicos da evidência epidemiológica, as abordagens de natureza sociológica configuram um tipo de questionamento analítico relevante, designadamente as que se inscrevem no âmbito dos estudos sociais da ciência, pois tendem a analisar os processos negociados da produção da evidência, assim como os mecanismos relativos à própria estabilização e consensualização dos padrões. Bem ilustrativos deste tipo de enfoque são, por exemplo, o trabalho de Moreira *et al.* (2009), sobre a produção colectiva de novas convenções e padrões diagnósticos em domínios marcados pelo enquadramento de vários tipos de incerteza – como no caso da Doença de Alzheimer –; o de Moreira (2007) sobre a análise dos processos de construção e “depuração” do conhecimento nos procedimentos técnicos das revisões sistemáticas e das meta-análises; ou o de Hogle (2009), sobre os processos colectivos de natureza formal e informal – envolvendo actores diversas como reguladores, produtores, entidades pagadoras e utilizadores – para consensualizar padrões relativamente ao que conta como evidência relevante e objectiva na regulação da produção de tecidos humanos (o que a autora designa por *objectividade pragmática*).

Um outro exemplo bem representativo desta linha de análise é o importante volume de estudos empíricos de carácter etnográfico, editados por Will e Moreira (2010), em torno de diferentes dimensões associadas aos ECAC enquanto técnica central na produção das formas actualmente mais valorizadas de conhecimento médico. O conjunto de estudos de caso que integram esta obra torna visível o tipo de práticas locais (e contingentes) que caracterizam os complexos processos de negociação entre diferentes actores e instituições na construção da evidência dos ECAC. Num contexto político e regulatório marcado por crescentes dinâmicas de mudança, os autores analisam os modos como o trabalho de investigação é distribuído por diferentes colectivos de actores, em espaços e tempos diversos, e como os debates sobre a concepção, organização, interpretação e avaliação vão para além da comunidade de investigação propriamente dita (Will, Moreira, 2010: 9).

Ainda sobre a dimensão metodológica, mas centrando agora a atenção no aspecto específico da qualidade e do papel das NOC, é de destacar também a existência de uma abundante reflexão crítica sobre as dificuldades de tradução da evidência para a prática clínica (e.g. Woolf, 1999; Pazart *et al.*, 1998; Grilli, 2000; Battista *et al.*, 1995), nomeadamente em termos da sua aplicabilidade, da potencial conflitualidade entre NOC,

do seu tendencial “anacronismo”, e da rápida proliferação e imposição de novas NOC (Lohr *et al*, 1998). Aliás, muitos destes problemas que têm interpelado os clínicos acabam, em grande medida, por ser os mesmos que estão na base do desenvolvimento de instrumentos técnicos (cf. capítulo 6) que visam avaliar vários parâmetros relativos ao conteúdo científico, ao processo de produção da evidência e à própria apresentação das NOC (Greenhalgh, 2006: 142-148).

Complementarmente é ainda possível destacar um conjunto de trabalhos relevantes sobre as dinâmicas e as lógicas profissionais que pautam os processos de implementação e utilização prática das NOC nos contextos concretos (e.g. Castel, 2009; McDonald, Harrison, 2004). Neste âmbito de problematização, o estudo de Moreira (2005) pode ser mobilizado como uma ilustração relevante, dado que na investigação que o autor empreendeu sobre o processo de desenvolvimento de *guidelines* clínicos no contexto britânico, é salientada a importância do trabalho local que é necessário para avaliar e consensualizar o processo de tradução da evidência científica em *guidelines*.

No caso da dimensão relativa aos aspectos *pragmáticos*, a questão principal prende-se com a utilidade e adequação da evidência no contexto específico das práticas de trabalho clínico. Neste âmbito, é frequente os autores com posicionamentos mais críticos salientarem um dos argumentos basilares da tradição do humanismo médico segundo o qual a prática clínica é constitutivamente marcada por uma natureza interpretativa e por uma dimensão intuitiva tidas como fundamentais para ultrapassar as pretensões mais impositivas das verdades pretensamente generalizáveis ao contexto da prática clínica. É por essa razão que, em contraponto à ênfase da MBE, a questão da relação com o doente tende a ser reclamada como um requisito fundamental e indissociável da prática médica enquanto experiência interpessoal (Cohen, Stavri, Hersh, 2004).

Também pela mesma ordem de razões, o entendimento relativo à importância da autonomia clínica é – tal como já anteriormente discutido – notoriamente valorizado enquanto condição tida como inalienável. Especialmente porque nela se ancora muita da retórica discursiva do profissionalismo médico acerca da importância da experiência e liberdade clínica (Hampton, 2002) como requisitos incontornáveis do exercício da sua *arte*.

No que diz especificamente respeito às abordagens de natureza sociológica, é também possível destacar um conjunto de trabalhos e análises

críticas que tendem a centrar-se nas implicações da MBE no poder profissional da medicina, pois a entrada em cena de novos actores instaura um enquadramento que faz multiplicar as interrogações quanto aos novos cenários do profissionalismo médico. Assim, e tal como mais detalhadamente discutido no âmbito do capítulo 1, entre as abordagens mais convergentes com as teses da proletarização e desprofissionalização da medicina, ou as análises que acentuam a existência de dinâmicas denotativas do desenvolvimento de estratégias profissionais de preservação da sua autoridade, há, com efeito, um novo conjunto de interrogações que procuram balizar o alcance destes impactos no âmbito da profissão médica (Numerato, Salvatore, Fattore, 2012).

Vários trabalhos (e.g. Dopson *et al.*, 2003; Denny, 1999; Hunter, 2006; Kuhlmann, 2006; Cecílio *et al.*, 2020) têm justamente procurado sustentar que, apesar de todos os novos constrangimentos desencadeados pelo desenvolvimento da MBE, não têm deixado de se verificar situações de reforço do poder profissional de alguns segmentos da profissão médica, que passam a assumir novas formas de protagonismo por via da assunção de papéis regulatórios que recolocam noutros termos a questão mais global do profissionalismo médico, bem como a própria natureza das reconfigurações científicas no interior da profissão. Neste sentido, e em convergência com a perspectiva de Freidson (1986), é salientado o facto de que estas dinâmicas têm feito emergir novos segmentos no interior da profissão médica ligados ao controlo das formas de conhecimento formalizado (uma nova elite administrativa clínica), o que permite preservar a autoridade médica da pressão externa de novos fenómenos e actores (consumerismo, litigância, regulação externa, etc.).

Já no caso da dimensão relativa aos aspectos *normativos*, estão fundamentalmente em causa questões sobre qual o papel que a evidência deve desempenhar e que utilizações podem ser vistas como desejáveis e legítimas, uma vez que o que caracteriza o sucesso da difusão da MBE se prende com o modo como esta se tem articulado com outras esferas e actores institucionais que encontram na lógica destes critérios consideráveis potencialidades para o empreendimento de reestruturações ou para a implementação de novas regras e mecanismos de financiamento ou regulação.

É justamente contra este tipo de razões que vários autores se têm insurgido, na medida em que consideram que esta crescente articulação da MBE com a esfera política constitui uma espécie de “pacto fáustico”

(Milles *et al.*, 2007: 498), pois ao entrosar-se com as políticas *managerialistas* de racionalização económica (Milles *et al.*, 1998; Charlton, Milles, 1998), acaba por se tornar uma aliada decisiva da implementação dos chamados “cuidados de saúde programados” (ou *managed care*, na sua formulação original)⁷¹. Acresce a isto o facto de estas afinidades serem entendidas como uma condição que, na prática, cauciona o reforço da regulação externa na organização dos serviços de saúde, privilegiadamente através de novos imperativos e critérios de gestão (como o controlo dos custos) cuja operacionalização pode implicar a diminuição da “tradicional” liberdade clínica (Hampton, 1997). Trata-se, portanto, de um tipo de problematização cujo enfoque analítico passa pelo equacionamento de novas relações entre o Estado, o capital e as profissões, pois nelas se inscrevem as recentes transformações institucionais na saúde marcadas não só por um maior escrutínio administrativo, mas também pela concretização de reestruturações profundas, de recorte neoliberal, ao nível do próprio modelo de Estado-Providência (Mykhalovskiy, 2004) (cf. capítulos 4 e 5).

O CARÁCTER DÚCTIL DA MBE: SOBRE AS ADAPTAÇÕES E AS REFORMULAÇÕES DOS SEUS FUNDAMENTOS

Feita esta breve síntese de alguns dos argumentos principais que este debate sobre as reconfigurações do conhecimento médico tem suscitado no interior da própria medicina, pode-se, então, considerar que, no essencial, tal parece ser sugestivo do aprofundamento de “rivalidades epistemológicas”, tendencialmente polarizadas entre um modelo clínico “tradicional”, onde predomina a decisão médica (baseada numa epistemologia realista/naturalista em que se procuram modelos de determinação causal sobre os processos etiológicos da doença), e um modelo epidemiológico, que se alicerça em formas de inferência estatística decorrentes de modelos probabilísticos (Harrison, 2004: 335-336). O que no âmago desta “rivalidade” entre (aparentes) “mundos separados”

⁷¹ Esta forma de utilização de cuidados é sobretudo praticada por companhias de seguros de saúde. Baseia-se, segundo Antunes (2003:86), “no estabelecimento de padrões de prática clínica específicos para cada grupo de patologias e obriga à definição de protocolos (*guidelines*) e ao cálculo rigoroso dos custos previsíveis de cada intervenção. Quaisquer desvios a essa prática normalizada são interpretados como causas potenciais de desperdício”.

(Bensing, 2000) parece estar em causa é o gradual abandono de um modelo enformado por um *ethos* humanitário construído a partir da experiência dos casos individuais e dos exemplos decorrentes da prática clínica (do próprio ou de colegas), em benefício da consolidação de um outro modelo baseado num conhecimento científico de novo tipo e orientado (até por via de novas possibilidades tecnológicas) para a procura de informação sistematizada e de instrumentos formais, como as NOC, que concorram para um suporte mais padronizado na resolução concreta dos problemas que se colocam na prática clínica⁷².

É claro, no entanto, que a vitalidade subjacente a este panorama de recepção crítica da MBE, não se traduziu num sentido estritamente unilateral, na medida em que se é verdade que a problematização de várias dimensões da MBE cedo se fez sentir – em particular a partir da segunda metade da década de 1990 –, não menos certa é a constatação de que não tardaram, também, a surgir reacções por parte dos mais activos promotores desta abordagem a muitos dos problemas e limitações que de forma mais recorrente foram sendo dirigidos à sua concepção de prática clínica. Um aspecto que hoje se afigura como bastante notório prende-se com o facto de os promotores já reconhecerem o papel da experiência clínica como uma componente importante das competências clínicas e concederem que a intuição clínica pode cumprir um papel útil, sobretudo para o diagnóstico e tratamento de condições para as quais não exista ainda evidência disponível ou a mesma seja insuficiente ou de má qualidade científica (Lohr *et al.*, 1998; Howick, 2011).

Com efeito, com o avolumar das críticas, as posições originais dos promotores da MBE foram-se tornando mais ponderadas e conciliatórias, no sentido em que a sua retórica passou a ser permeável ao reconhecimento da validade de algumas dessas críticas. O novo tom *ecuménico* das posições mais recentes não só revela uma atenuação da lógica mais

⁷² Num artigo em que procura salientar a existência de afinidades electivas entre a cosmologia da medicina contemporânea (“informacional”) e as principais mudanças sócio-técnicas, Nettleton mostra como a crescente multiplicidade de recursos técnicos característicos de um perfil informacional da Medicina, reconfigura, de facto, o modelo clínico, sobretudo ao nível da erosão da autoridade da *arte* médica e da secundarização da experiência clínica. Estas “qualidades” tradicionais passam a ser confrontadas por novos fenómenos como a perda da presença física do corpo (por exemplo, na telemedicina) ou – no âmbito da própria educação médica –, a resolução de problemas baseada na procura e no acesso a formas sofisticadas de informação e já não recorrendo à tradicional “experiência clínica” como fonte privilegiada (tendência que é ilustrada na crescente aceitação da metodologia do *problem-based learning*) (Nettleton, 2004: 670-672).

dualista dos primeiros textos, como configura um realinhamento em que se reconhece que a evidência científica é apenas uma das componentes da decisão; que podem existir problemas na generalização dos resultados estatísticos à prática clínica; ou que a experiência clínica se pode revelar válida e útil em algumas circunstâncias do processo de decisão médica.

Aliás, alguns dos textos de “resposta” que se tornaram entretanto bastante conhecidos e referenciados como é, por exemplo, o caso de Sackett *et al* (1996) – com um título que é em si mesmo bastante sugestivo, “*Evidence-Based Medicine: What It is and What It Isn't*” – tornam bem patente esta lógica de reequacionamento de alguns pressupostos iniciais. No caso deste texto em concreto, os autores procuram responder às críticas, clarificando o que entendem ser os equívocos mais comuns no entendimento das propostas originais da MBE.

Perante, por exemplo, a metáfora recorrente de que a MBE seria uma espécie de “livro de receitas” (*coockbook medicine*) cujo efeito mais perverso seria o de gerar uma prática clínica esvaziada de autonomia e pautada apenas por intervenções uniformes e pré-definidas, os autores não só contrapõem com o argumento de que a experiência clínica é efectivamente importante, como lançam mão de uma retórica que faz apelo ao sentido de solidariedade profissional quando concretamente afirmam que “os médicos que receiam os «livros de receitas» impositivos encontrarão os defensores da medicina baseada na evidência ao seu lado nas barricadas” (Idem: 71)⁷³. Já em relação ao frequente receio de que a MBE constitua uma abordagem propícia à intrusão regulatória de outros actores externos à medicina e privilegiadamente vinculados a objectivos *managerialistas* de redução de custos, a questão é relativizada com o argumento de que a ênfase da MBE recai acima de tudo na qualidade das intervenções, pelo que até se pode dar o caso de, à luz dos seus critérios, os custos aumentarem em lugar de diminuírem. Referem também que, de facto, a MBE não se esgota nos ECAC ou nas meta-análises, mas que estes instrumentos são de especial valor e importância em matéria de validação da eficácia das terapêuticas, pois como referem, “é quando se colocam questões sobre a terapia que devemos tentar evitar as abordagens não-experimentais, uma vez que estas podem frequentemente conduzir a falsas conclusões positivas sobre aspectos de eficácia” (Idem:

⁷³ Minha tradução.

72)⁷⁴.

Nesta mesma linha se enquadra o texto de Guyatt *et al.* (2000), ao reconhecer as limitações da estratégia inicial da MBE, que preconizava a necessidade de os clínicos incorporarem e desenvolverem conhecimentos e competências para autonomamente pesquisarem, avaliarem, sistematizarem e aplicarem a evidência científica à sua prática clínica. Perante a constatação de que nem todos têm interesse ou condições práticas (como o tempo disponível para empreenderem esse investimento ou até mesmo os conhecimentos específicos necessários) para desenvolver essas competências, enfatizam, em contrapartida, a importância de, pelo menos, disporem de alguns conhecimentos essenciais que lhes permitam usar, com benefício para a melhoria do seu desempenho clínico, as várias fontes secundárias existentes, ou seja, os recursos que sistematizam informação relevante baseada na evidência (como revistas, livros, programas de computador, etc.).

Estes exemplos são, com efeito, bastante ilustrativos de alguma lógica de reajustamento dos pressupostos iniciais da MBE que, sublinhe-se, têm sido objecto de revisão regular. Por exemplo, na edição de 1997 do conhecido livro de Sackett *et al.* – *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM* – existe uma secção “*What EBM is not*” em que não só se insiste no já referido argumento de que existem outras componentes para além da investigação clínica; que cada uma delas desempenha um papel relevante; e que o papel do clínico é integrá-las nas suas decisões, mas também se sublinham as virtudes da MBE em assegurar a melhoria do desempenho dos clínicos.

Com efeito, a lógica de incorporação flexível e de adaptação selectiva das contestações (Lambert, 2006), é particularmente visível no facto de, ao longo de várias edições deste livro (nomeadamente as de 1997, 2000, 2005), se ter vindo a verificar uma crescente ênfase na integração da evidência com a experiência clínica e com os valores dos doentes (preferências, preocupações e expectativas) e mais recentemente com “as circunstâncias dos doentes”.

Neste sentido, enquanto alguns autores, como Ghali e Sargious (2002), vêm nestas adaptações das definições da própria MBE a expressão de um desenvolvimento evolutivo que a vai tornando mais “eficaz” e mais

⁷⁴ Minha tradução.

promissora na forma como, potencialmente, se integra na prática clínica concreta, outros consideram que a existência de quatro versões – entre 1992 e 2008 – do modelo conceptual da implementação da MBE na prática clínica é, desde logo, um indicador expressivo das inconsistências conceptuais e das ambiguidades operatórias desse mesmo modelo (Charles *et al.*, 2011).

Outros autores vão ainda mais longe nas suas críticas, designadamente quando sustentam que a definição da MBE é intrinsecamente ambígua e evasiva (Milles *et al.*, 2007), mesmo quando – ou sobretudo por isso – alguns dos seus mais notáveis protagonistas – como é o caso de Brian Haynes –, propõem uma nomenclatura alternativa à própria MBE, reconhecendo que uma das razões que terá gerado mais equívocos e problemas em termos da compreensão e aceitação da MBE passou, justamente, pela sua designação. É neste sentido que Haynes avança com uma outra nomenclatura no pressuposto de que esta traduza com mais fidelidade o âmbito e o propósito da MBE – *Certain Types of High Quality and Clinically Relevant Evidence from Health Care Research in Support of Health Care Decision Making Based Medicine* – embora a mesma seja vista como particularmente complexa e problemática (Idem: 494).

Contudo, é importante destacar que, apesar de esta considerável reconfiguração dos posicionamentos originais dos promotores da MBE se revestir de um teor menos dogmático e, como tal, passar a reconhecer algum relevo à experiência clínica e à fisiopatologia, esta concessão não implica que se confira a estas dimensões um estatuto de evidência relativamente à demonstração da eficácia das intervenções médicas (concretamente, ao nível dos efeitos terapêuticos). Tais dimensões são concebidas como potencialmente válidas sobretudo na operacionalização da evidência relativamente aos problemas concretos da prática clínica, o que significa que, em absoluto, se mantém inalterada a lógica do valor diferenciado da evidência. Ou seja, nunca é colocada em questão a “superioridade” epistémica da evidência científica de base epidemiológica (Traynor, 2000) nem, por consequência, a visão subjacente às classificações hierárquicas da prova, pelo que os ECAC se mantêm claramente no pináculo da hierarquia (Howick, 2011).

De resto, e sendo certo que se tem verificado nos anos mais recentes uma maior permeabilidade discursiva relativamente a outras dimensões de recorte menos biomédico – como a importância e influência das dimensões socioeconómicas e organizacionais nos padrões de saúde e

doença –, estas apenas são mencionadas numa lógica de considerável generalização e de alguma vacuidade. Ou seja, são situadas num patamar que não justifica uma atenção premente, como é, com efeito, bem notório nas considerações de Brian Haynes quando, a este propósito, se limita a sinalizar esta dimensão como um enfoque a ser considerado em oportunidades de discussão futuras, ou como o próprio refere “deixar o quadro geral (the big picture) para outra discussão” (Haynes, *et al.*, 2003, citado em Lambert, 2006: 2642).

CAPÍTULO IV

ESTADO E POLÍTICAS DE SAÚDE: A INSTRUMENTALIDADE POLÍTICA DA EVIDÊNCIA NO QUADRO DAS REFORMAS NO SECTOR DA SAÚDE

INTRODUÇÃO

A difusão crescentemente consolidada da MBE pode, num certo sentido, ser explicada pelo facto de esta corresponder a uma metodologia que, para além de permitir conferir maior objectividade e validade aos processos de decisão clínica, assegura também – principalmente na óptica dos seus promotores e defensores – o aumento da eficácia e da eficiência dos recursos e investimentos em saúde. A MBE constitui-se, aliás, como um requisito tido como cada vez mais indispensável no desenvolvimento das avaliações de tecnologias (Kelly, Moore, 2012), ou até mesmo como um critério fundamental nas decisões políticas sobre a própria alocação dos recursos, nomeadamente através de avaliações económicas de custo-efectividade, custo-utilidade ou custo-benefício (Miguel, Bugalho, 2003), que constituem hoje, e cada vez mais, ferramentas indispensáveis para a implementação de políticas de base mais *managerialista*.

Tal como se procurará explicitar com mais detalhe no âmbito deste capítulo, trata-se de uma orientação que se enquadra num contexto político-ideológico mais geral e que é fortemente marcada por uma lógica de intervenção política pautada por princípios directamente alicerçados na *Nova Gestão Pública* (NGP) dos serviços administrativos, o que no caso da saúde se traduz na implementação de reformas políticas que, entre outros objectivos centrais, procuram assegurar a redução dos custos e a melhoria do desempenho e dos resultados económicos das organizações e serviços de saúde. Estes princípios da NGP configuram uma linha de intervenção política que é cada vez mais transversal a vários sectores da administração pública e a vários espaços geográficos, o que significa, tal como

detalhadamente salientado por Carvalho (2009) e por Correia (2009) relativamente ao caso português, que opções como, por exemplo, a empresarialização dos hospitais públicos são coerentes com a implementação de princípios organizacionais que procuram corrigir, através de modelos de gestão privada, as ineficiências e desperdícios do sector público. Tal significa que a importância atribuída por parte dos políticos e dos gestores à redução dos custos e ao controlo dos constrangimentos financeiros passa a vincular os critérios de investimento nos cuidados à demonstração dos resultados que sustentem quais as opções (tecnologias, medicamentos ou outros recursos terapêuticos) mais eficazes, seguras e eficientes.

Procurarei evidenciar que esta redobrada importância de critérios de racionalização na organização e na prestação dos cuidados de saúde é denotativa da própria instrumentalidade da evidência científica, no sentido em que a sua mobilização é estrategicamente accionada por vários actores no campo da saúde (Governos, Seguradoras, Indústria Farmacêutica, etc.) que nela encontram um persuasivo suporte legitimador para novos critérios regulatórios, esquemas de financiamento/pagamento ou mesmo para a implementação de reformas e modelos políticos de modernização do sistema de saúde. É, justamente, para explorar esta lógica de instrumentalidade política da evidência científica que procurarei desenvolver um esforço de enquadramento de natureza e de amplitude mais macroestrutural, dado que aqui a minha principal preocupação se confina à tentativa de caracterizar e compreender os traços fundamentais ao nível do clima ideológico e do contexto político-económico que subjazem à arquitectura institucional dos processos de racionalização – com base na evidência científica –, designadamente no âmbito das próprias políticas de saúde em Portugal.

Porém, antes mesmo de encetar um enfoque mais especificamente orientado para a reconfiguração das políticas de saúde em Portugal à luz de orientações convergentes com os princípios managerialistas e com a ressonância do discurso da evidência, considero relevante empreender um exercício prévio de breve contextualização quanto aos fundamentos, limites e vicissitudes do próprio modelo político de Estado em que se inscrevem as orientações reformistas da administração pública. Não se tratará de concretizar uma análise original nem tão-pouco o aprofundamento substantivo de um tema que, se tomado como objecto de estudo autónomo, produziria necessariamente um conhecimento mais aprofundado, detalhado e sofisticado. O propósito é assumidamente mais modesto e simultaneamente mais pragmático, consistindo, portanto, na

tentativa de sinalizar alguns dos aspectos essenciais de um contexto crescentemente marcado por imperativos de racionalização económica.

Neste sentido, será somente após esta aproximação enquadradora que concretizarei uma discussão mais substantiva quanto ao papel potencialmente estratégico da evidência científica e das avaliações sistemáticas nas políticas de saúde, recorrendo para tal a algumas entrevistas exploratórias junto de informantes privilegiados no campo da saúde (cf. capítulo 2), de forma a ilustrar a emergência de tendências que, não obstante serem relativamente recentes no contexto português, começam a revelar-se consequentes ao nível de novas práticas e princípios políticos. Com recurso a um conjunto de oito entrevistas exploratórias levadas a cabo junto de alguns actores com um papel relevante em diferentes dimensões do campo da saúde, nomeadamente no domínio da economia da saúde, da administração hospitalar, da consultoria científica, da regulação e da administração central, pretendo não só traçar um breve retrato panorâmico do sector da saúde em Portugal, mas também, e sobretudo, ensaiar a compreensão de algumas das dinâmicas que, como se verá nos capítulos 5 e 6, enquadram as reconfigurações organizacionais e profissionais operadas, nomeadamente no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e particularmente na Medicina Geral e Familiar.

ESTADO-PROVIDÊNCIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

A emergência de várias políticas de bem-estar social, particularmente no domínio da saúde, tende a estar associada à intervenção específica que o Estado Moderno assumiu em matéria de regulação da vida colectiva. Há, sob este ponto de vista, um entendimento bastante consensual quanto ao papel do Estado-Providência em termos da sua capacidade de produzir e institucionalizar mecanismos, direitos e garantias de bem-estar alicerçados em compromissos que historicamente foram capazes de articular – qual quadratura do círculo – dinâmicas de eficácia e riqueza económica com horizontes normativos de solidariedade social e princípios de equidade.

Vista, porém, numa óptica retrospectiva de índole mais genealógica, poder-se-á argumentar – como o faz em particular Correia (2013) – que, em bom rigor, a emergência de políticas de saúde no mundo ocidental moderno é anterior ao período da segunda metade do século XX; que as mesmas nem sempre dependeram do estrito e exclusivo papel regulatório

do Estado; e, por fim, que estas não se desenvolveram enquanto expressão inequívoca de uma normatividade política suportada pelos mais elevados imperativos éticos e morais.

Neste quadro de leitura, pelo contrário, o traço fundamental que se procura destacar é o que associa a passagem da medicina privada para uma medicina colectiva (ou social) no contexto do advento do capitalismo moderno, ou seja, um contexto em que a inauguração de algumas medidas políticas, alegadamente orientadas para a melhoria das condições ambientais e sanitárias das populações, teriam, afinal, preocupações pragmáticas e utilitárias, dada a importância que os reformadores e os grupos sociais dominantes concediam ao corpo não só enquanto importante força de produção num contexto de forte industrialização, mas também como objecto político a docilizar atendendo ao potencial de subversão social suscitado pelas precárias condições sociais de existência dos grupos sociais desfavorecidos. Assim sendo, e de acordo com esta perspectiva, podem identificar-se três formas embrionárias de políticas de saúde no mundo ocidental moderno (Correia, 2013) e que correspondem, por sua vez, às três etapas de formação da medicina social descritas por Foucault (2002/1979), como sejam a “medicina de estado” desenvolvida na Alemanha, a “medicina urbana” desenvolvida em França, e a “medicina da força de trabalho” levada a cabo em Inglaterra.

Contudo, e não obstante a leitura decorrente da ancoragem histórica que esta genealogia introduz, tal não invalida necessariamente o reconhecimento de que a expressão mais substantiva de um modelo político de Estado institucionalmente comprometido com o bem-estar colectivo só se torna mais notória já em pleno século XX, nomeadamente no período do pós 2.^a Guerra Mundial, pois é a partir daí que se dá uma rápida e consequente expansão dos programas de protecção social. Claro que em abono do rigor cronológico deve-se, ainda assim, reconhecer que essa expansão foi, todavia, antecedida por um certo pioneirismo histórico associado aos primeiros sistemas de protecção ou previdência social desenvolvidos durante a segunda metade do século XIX, por Otto von Bismarck na Alemanha.

Aliás, e segundo Mozzicafreddo (1997), os seus esquemas de protecção social foram, em grande medida, fundadores dos mecanismos de segurança social mais básicos, no sentido em que se constituíram como práticas políticas orientadas para a redução das incertezas sociais e para a compensação das disfuncionalidades do mercado, num contexto de

mobilização social das associações laborais e profissionais da época. O caso paradigmático da legislação sobre a responsabilidade dos acidentes de trabalho, estabelecida em 1881, é, neste sentido, bastante ilustrativo dos efeitos que esta perspectiva produziu na filosofia social da época:

“Com efeito, o acidente de trabalho não é já encarado como sendo da responsabilidade do indivíduo ou da empresa, mas sim da sociedade no seu conjunto. Trata-se, por um lado, da socialização da responsabilidade individual e, como tal, é a sociedade que institui formas de redução das incertezas motivadas pelo desenvolvimento. Por outro lado, instaura uma relação contratual de protecção social entre o indivíduo e o Estado, passando esta solidariedade institucional a ser uma das dimensões básicas da prática política e da necessidade institucional que estrutura o moderno Estado-Providência” (Mozzicafreddo, 1997: 6).

De facto, se é certo que o modelo bismarckiano, até pela sua precocidade histórica, se constitui como o primeiro caso de um modelo de segurança social imposto pelo Estado⁷⁵ e que conduziu, num momento posterior, à criação de um sistema de seguros obrigatórios e de esquemas de protecção colectiva em áreas como a saúde (Simões, 2009), não deixa de ser importante reconhecer que o impacto e difusão mais generalizada de um modelo de responsabilidade colectiva protagonizado pela acção do Estado, vai ocorrer apenas em 1948, na altura em que se implementa o sistema de saúde inglês – *National Health Service* – inspirado pelo economista e reformador social, William Beveridge.

O modelo beveridgiano adquire rapidamente uma enorme valorização ética e uma legitimidade social alargada, dado que preconiza a implementação de direitos políticos e civis suportados por um discurso político baseado em ideais de solidariedade e igualdade (Branco, 2017). Nele se concebe e determina a responsabilidade do Estado pela regulação e

⁷⁵ Deste modelo mais baseado na lógica dos seguros sociais fazem parte países como a Alemanha, França, Áustria, Bélgica, Holanda, Luxemburgo e Suíça. Para um enquadramento comparativo dos dois modelos – Bismarck e Beveridge – remete-se o leitor interessado para Correia (2012a) e para uma caracterização sistemática desses mesmos modelos remete-se a leitura para Simões (2009). Trata-se de um tema que, como se compreenderá, tem subjacente um filão teórico e uma literatura mais abundante do que aquela que é aqui indicada; porém, e para os efeitos pragmáticos deste capítulo, entende-se como suficiente sinalizar de uma forma minimamente contextualizadora quais os modelos que estão na base do desenvolvimento dos sistemas de saúde que se implementaram e generalizaram na Europa, em particular a partir da segunda metade do século XX.

prestação de serviços gerais de saúde e na afirmação do princípio do acesso igual para todos os cidadãos (Cabral *et al.*, 2002: 30-33). Impregnado por esta dimensão ideológica de um Estado solidário, este modelo revelar-se-á bastante influente em vários países europeus, que nele encontram a matriz de referência para concretizar o princípio da cobertura universal, através do financiamento obrigatório por via dos impostos.

Nesta linha de entendimento, importa sublinhar a ideia já mencionada de que a verdadeira expansão do Estado de bem-estar social (Estado-Providência) só se verifica de forma bastante efectiva no período do pós-guerra, na medida em que é nessa época específica que se opera, na generalidade dos países ocidentais, um crescimento económico vigoroso que viabiliza o estabelecimento dos princípios políticos de igualdade e cidadania. Os Estados que se revelaram mais generosos e redistributivos nas suas políticas de protecção, em particular no conjunto dos países nórdicos, foram, justamente, os que protagonizaram e beneficiaram de um círculo virtuoso entre eficácia económica e solidariedade, conseguindo assegurar a estabilidade do mercado de trabalho e da relação salarial, principalmente através de uma acção empenhada na institucionalização dos conflitos, com base em soluções de concertação social entre o capital e o trabalho. Esta compatibilidade entre crescimento económico e políticas sociais foi, portanto, fundamental para a implementação de princípios de justiça distributiva e para a concretização de uma imagem de exterioridade e de autonomia da política em relação à economia, designadamente através da desmercadorização de alguns serviços por via do seu fornecimento gratuito ou a preços institucionais (como, por exemplo, no caso da saúde ou da educação).

Contudo, esta “fórmula de sucesso”, que vigorou com grande robustez durante os habitualmente designados “30 anos gloriosos” ou o período da “era dourada do capitalismo assistencial” (1945-1974), foi fortemente abalada pelas circunstâncias adversas de um novo quadro macroeconómico internacional, desencadeadas, em grande medida, pelo primeiro choque petrolífero ocorrido em Outubro de 1973⁷⁶. Esta crise de amplitude internacional desencadeou o impacto simultâneo da subida

⁷⁶ Este choque petrolífero traduziu-se no aumento súbito e muito acentuado do preço do barril de crude por parte dos países árabes exportadores de petróleo e no embargo da Arábia Saudita aos Estados Unidos da América e aos Países Baixos como retaliação ao facto de estes países terem sido apoiantes directos de Israel na guerra que a opôs a vários países árabes, designadamente Egipto e Síria (guerra de Yom Kippur, ocorrida entre 6 e 25 de Outubro).

de inflação, do aumento do desemprego (estagflação) e da debilidade da actividade económica, pelo que os efeitos negativos que daí decorreram cedo se revelaram fortemente perturbadores da estabilidade e continuidade do modelo político do Estado-Providência.

Neste sentido, e segundo Mishra (1995),

“O equilíbrio representado pelo Estado-Providência Keynesiano do pós-guerra, que combinava o crescimento económico com o quase pleno emprego e inflação baixa, deixou de existir em meados dos anos 70. O desequilíbrio subsequente verificou-se a nível institucional e tinha a ver sobretudo com o funcionamento da economia. Dito de maneira simples, o problema da estagflação não tinha solução no quadro Keynesiano de gestão económica. Isto deu origem a uma série de outros problemas, como défice orçamental, aumento de inflação, conflitos industriais, etc. O capitalismo assistencial Keynesiano como complexo funcional-institucional entrou num impasse” (Idem: 15).

A partir deste período de profundas mutações ao nível da conjuntura económica, verifica-se que muitas das condições que configuravam a anterior ordem político-económica deixam de oferecer credibilidade e capacidade de resposta face aos novos desafios que emergem e proliferam a um ritmo cada vez mais veloz e diferenciado. De facto, o novo cenário que se apresenta depois do período de crise dos anos 1970 inaugura a perspectiva de um conjunto de novos problemas para os quais os Estados-Providência não têm, propriamente, uma solução. Assim, não só se vai generalizando o fim do consenso em torno da viabilidade de um Estado que passa a ser visto como demasiado caro (devido ao aumento das despesas e dos custos galopantes associados às características de uma nova demografia e de padrões epidemiológicos que requerem cuidados de saúde mais continuados e diferenciados) e fossilizado para se adaptar às novas dinâmicas socioeconómicas, como muitos dos problemas surgem agora associados a um crescimento assimétrico e disfuncional da economia capitalista, que tende a agudizar muitas das suas desigualdades estruturais.

No âmbito deste novo ciclo, que também tende a ser designado como a era da *austeridade permanente* (1975-actualidade) (Mendes, 2008), assiste-se ao reforço de uma tendência generalizada de liberalização dos mercados de capitais e dos serviços financeiros, dado que o Estado passa

a ser visto como um obstáculo à competitividade económica. Perante uma certa falência das estratégias keynesianas de gestão macroeconómica, vai ganhando um crescente ímpeto ideológico a visão neoliberal, principalmente devido a um novo contexto que torna propícia a consolidação sem precedentes da globalização económica e, portanto, de um capitalismo supranacional tomado como virtuoso e inelutável (Rodrigues, 2022).

É, de resto, com base nesta nova conjuntura de liberalização económica que se vão configurando novos modelos de competitividade e lógicas de internacionalização que exigem um crescimento económico que projecte os tradicionais Estado-Nação para o domínio transnacional, isto é, que os insira numa lógica de globalização que nem sempre é facilmente compatível com uma valorização mais intransigente das concepções de justiça social.

Neste sentido, segundo Fitoussi e Rosanvallon (1997), passamos a assistir a uma reconfiguração das desigualdades, no sentido em que estas surgem agora associadas a uma nova dinâmica de desenvolvimento que tem como pontos de referência a internacionalização e a crise do Estado-Providência. É, assim, neste quadro, que os mesmos autores consideram que

“o mercado mundial move o crescimento e destrói os empregos; permite financiar a economia, mas limita as margens de manobra orçamentais; multiplica as riquezas, mas aumenta as desigualdades a um ponto insuportável. Do mesmo modo, o movimento da democracia liberta os indivíduos, mas atomiza o corpo social e desfaz as solidariedades” (Idem:3).

Com efeito, depois da crise dos anos 1970 muitos diagnósticos têm sido estabelecidos e muitas posições têm sido tomadas, ao ponto de a crise do Estado-Providência se ter tornado quase como que uma nova ortodoxia (Christopher, 1995), congregando críticas que, embora provindas de espectros ideológicos contrários, não deixam de assinalar as limitações do referido modelo político, nomeadamente quanto à sua viabilidade de assegurar a perpetuação da “tradicional” abrangência assistencial no quadro das condições concretas dos actuais ciclos económicos intrinsecamente mais voláteis. Autores como Mishra (1995), por exemplo, aprofundam este tipo de questionamento, considerando que

um dos aspectos mais complexos e dilemáticos no horizonte do modelo de Estado-Providência é a crescente natureza contraditória de duas ordens institucionais fundamentais no sistema social actual, ou seja, a economia de mercado e a política democrática.

Efectivamente, e na perspectiva do referido autor, a harmonização dos objectivos económicos e sociais é um dos desafios mais complexos, dado que,

“a economia de mercado capitalista procura maximizar a eficiência e o lucro através da concorrência. Nesse processo, recompensa o eficiente e castiga o ineficiente. Isto faz da economia um sistema de desigualdade, e além disso amoral. Também tende a ser supranacional, característica de extrema e perene importância. Por outro lado, a ordem política está fundamentalmente enraizada no Estado-Nação. Baseia-se no princípio de participação igual dos cidadãos (um homem, um voto) e no governo “representativo”. Pode perseguir objectivos como a assistência social, a igualdade e a segurança ambiental, que são de âmbito nacional. Isso poderá exigir medidas como pleno emprego, salário mínimo, direitos sociais mínimos e regulamentos referentes à poluição, saúde ocupacional e segurança – medidas que vão ao arrepio da “lógica” de uma economia capitalista de mercado. Assim, o principal problema das democracias capitalistas (e talvez de todas as sociedades industrializadas) é a forma como a economia afecta os princípios e valores adoptados pela política e como os regulamentos emanados da política influem, por sua vez, no funcionamento da economia” (Idem: 13-14).

Face a este quadro geral, é importante, no entanto, salvaguardar – como em particular faz Mendes (2008: 153-155), tendo como base o frequentemente citado trabalho de Gosta Espig-Anderson sobre os “três mundos da protecção social” –, que o modelo de Estado-Providência não se expandiu de igual modo nos diferentes países e, como tal, há que considerar importantes diferenciações e especificidades institucionais, não só em termos do seu percurso mas também da configuração que este foi assumindo e cristalizando. Nesse sentido, torna-se possível considerar a existência de diferenças genéricas entre modelos (modelo social-democrata no caso dos países nórdicos; modelo liberal no caso dos países anglo-saxónicos; modelo conservador ou continental, associado

aos países de tradição bismarckiana; e o modelo, que mais tarde outros autores acrescentam, da Europa do Sul, onde figuram países como Portugal, Espanha, Itália e Grécia).

No âmbito deste último modelo dos países do Sul, há, com efeito, fragilidades específicas na sua arquitectura institucional e no desenvolvimento das suas bases financeiras, o que pode explicar algumas das suas lacunas nos níveis de protecção e na consequente existência de desigualdades sociais elevadas. As vulnerabilidades resultantes do modo como se foram concretizando alguns dos seus traços institucionais⁷⁷ são também, e no fundo, a expressão das vicissitudes associadas a uma crescente exposição a choques exógenos relativamente incontornáveis. Dito de um outro modo, a implementação deste modelo ocorreu num período (década de 1970) de contra-ciclo (Branco, 2017) em que, como já assinalado, a economia ocidental no seu todo entrou numa fase de desemprego crescente, de inflação e estagnação, em contraste com a época dourada do capitalismo assistencial das décadas anteriores. Tal significou que “os «jovens» Estados-Providência, à semelhança dos seus parentes mais “maduros”, tiveram de refrear as expectativas, conter os gastos e procurar soluções de iniciativa privada para necessidades sociais” (Mishra, 1995: xi).

Relativamente ao caso específico português, e visto numa perspectiva histórica mais alargada e sensível à tentativa de identificação de elementos de ruptura e continuidade entre o esquema da Previdência Social no Estado Novo e a institucionalização do Estado-Providência em Portugal no pós-25 de Abril de 1974, há aspectos que assumem alguma relevância para captar particularidades do modelo de Estado-Providência adoptado e que resultou, segundo Branco (2017), de uma “revolução social de sentido beveridgiano num país pobre, desigual e herdeiro do legado bismarckiano” (Branco, 2017: 553).

No caso dos elementos de ruptura, há claras discontinuidades com o assistencialismo sem direitos do Estado Novo, uma vez que, no quadro deste regime autoritário, não só estava estabelecida uma separação entre a assistência e a previdência social (seguros sociais apenas para classes médias e trabalhadores industriais), como a lógica assistencial preconizada

⁷⁷ A este propósito é elucidativa a conhecida análise e discussão de Boaventura de Sousa Santos sobre o caso português, dado que o interpreta e enquadra no âmbito do que o próprio designa de um “semi Estado-Providência” (Santos, 1992).

estava ideologicamente centrada em categoriais sociais (e não em indivíduos) e era facultada num modo sempre supletivo à sociedade civil (Idem). Já no caso dos elementos de continuidade, há autores que sustentam a existência de algum lastro histórico, embora com evidentes diferenças qualitativas, entre, nomeadamente, a Reforma da Previdência Social de 1962 e a configuração do actual modelo de Estado-Providência, dado que a referida reforma constitui uma referência importante ao nível do reforço da intervenção do Estado, designadamente a propósito do seu papel regulador, financiador e provisor (Carolo, 2006).

De facto, algumas das reformas empreendidas, não apenas a já mencionada reforma de 1962, mas sobretudo a reforma Marcelista de 1970 e a sua tentativa de uma nova legitimação do regime, ensaiavam já uma perspectiva mais universalista das prestações, o que, por consequência, acabou por introduzir algumas melhorias não despidiendas no sistema de providência vigente. Nesse sentido, a partir de 1970, por exemplo, os trabalhadores agrícolas passaram a ter acesso ao abono de família e apoio na maternidade, na doença, invalidez e morte, mesmo quando não se encontravam em áreas cobertas pelas casas do povo. Contudo, e em bom rigor, a efectiva emergência de um “verdadeiro” Estado-Providência só ocorre com a transição democrática inaugurada pelo 25 de Abril de 1974, dado que é somente a partir dessa altura que se verifica uma clara priorização governativa – de resto explicitamente plasmada no programa do I Governo provisório –, fortemente apostada na concretização programática de um sistema unificado e verdadeiramente universal na sua abrangência.

Por essa razão, e face ao alcance mais minimalista das iniciativas reformistas levadas a cabo no quadro de um regime político não democrático – por contraste com as medidas implementadas no contexto democrático –, há autores que consideram que em Portugal o Estado-Providência não emergiu efectivamente antes dessa transição política porque não tinha os elementos contextuais de actuação, como sejam a democracia, a expansão dos direitos de cidadania e a consolidação das normas e a institucionalização dos direitos associativos (Mozzicafreddo, 1997).

Deste modo, e particularizando a análise para o domínio específico da saúde, é importante considerar em que medida a inserção da realidade portuguesa neste quadro mais amplo e geral evidencia – não obstante os inevitáveis particularismos do contexto nacional – alguns pontos de convergência com as tendências externas e globais. Colocada

a questão de uma forma mais directa e pragmática, cabe, enfim, perguntar: que tipo de implicações é que este novo contexto macroeconómico internacional suscitou ao nível das reformas políticas na saúde, dado tratar-se de um sector cujo crescimento, concretamente no espaço da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (Mendes, 2008: 164), se caracterizou por um aumento acentuado dos seus gastos globais?

Nas actuais circunstâncias parece, de facto, não haver grandes dúvidas que face a um contexto de limitações do Estado-Providência como modelo de prestação de serviços públicos, se tem generalizado uma tendência, extensível a vários países europeus, de implementação de reformas políticas que procuram lidar não só com o aumento dos custos, mas também com a eficiência económica dos mesmos. Considerando o caso particular do sector da saúde, estas são, com efeito, algumas das principais preocupações dos financiadores do sistema de saúde e dos decisores políticos, dado que estes actores se confrontam com uma frequente insuficiência de fundos e, portanto, com a consequente, e “justificável”, necessidade de racionalizar os recursos disponíveis (Simões, 2009)⁷⁸. Tal tem vindo gradualmente a implicar um desenvolvimento das políticas de saúde numa lógica de grande alinhamento com a tendência de crescente liberalização dos mercados e de uma maior exposição ao investimento privado lucrativo, particularmente através de reformas centradas na deslocação e gestão dos recursos do sector público; em formas de financiamento centradas na sustentabilidade financeira do sistema de saúde; em critérios de afectação de recursos pautados pela procura de maior efectividade; e por uma maior procura de eficiência na prestação de cuidados (Miguel, Bugalho, 2003).

Com efeito, e embora as diferenças ao nível da matriz ideológica entre os modelos de Bismarck e o de Beveridge não sejam hoje tão notórias, estão, ainda assim, diferencialmente aproximadas ora de uma lógica de

⁷⁸ Numa obra em que faz um retrato analítico das reformas políticas da saúde, António Correia de Campos – um dos nomes cimeiros da Economia da Saúde em Portugal e, simultaneamente, um dos protagonistas activos na esfera da decisão política, sobretudo quando foi ministro da Saúde nos XIV (2001-2002) e XVII (2005-2008) Governos Constitucionais –, afirma peremptoriamente a dado momento: “A margem de liberdade decisória em relação aos grandes agregados de despesa era praticamente nula, na Saúde. Não havendo preparação da decisão política sobre o gasto público do sector, baseada em objectivos, metas, programas e resultados esperados, em Portugal, durante muitos anos, a política da saúde foi arrastada pela despesa, muitas vezes decidida fora do “locus” governamental” (Campos, 2008: 27).

mercado e da actuação privilegiada de actores privados (no primeiro caso), ora de uma situação em que o Estado continua a ser um elemento central no funcionamento do sistema (no segundo caso), não descartando, no entanto, a introdução de novos critérios na administração pública da saúde que recorrem igualmente a mecanismos de tipo-mercado ou a parcerias com o sector privado (Simões, 2009). Na prática, e segundo o mesmo autor, o que se tem verificado é uma combinação de elementos dos dois modelos, visível através da implementação de estratégias que se têm concretizado através de

“uma utilização plural de incentivos típicos do mercado, com a manutenção da propriedade pelo sector público. Esta solução híbrida teve diversas designações: mercado interno, competição pública, competição gerida, mercado de prestadores e quasi-mercado. O desenho e a aplicação deste tipo de mercado planeado teve um importante papel na reforma dos sistemas de saúde da Finlândia, Itália, Espanha, Suécia, Reino Unido e Portugal” (Idem: 5).

Ao nível da intervenção do Estado em matéria de regulação, tem-se assistido, portanto, à proliferação de medidas políticas com enfoque em novas formas de organização do sistema de saúde, das quais se podem destacar, entre outras, as que responsabilizam os prestadores pelos resultados, negociadas por via contratual, com progressiva separação das funções de regulador, financiador e prestador do sistema; as medidas de flexibilização da gestão dentro do sector público, como a empresarialização dos hospitais, a remuneração dos profissionais de acordo com o desempenho, a adopção de regras privadas na gestão de recursos humanos e na aquisição de bens e serviços, ou as medidas de competição gerida dentro do sector público e deste com o sector privado (Simões, 2009: 5).

Neste quadro, e tomando como referência privilegiada o caso português, é possível considerar que uma expressão elucidativa desta tendência é a que se encontra patente no âmbito das reformas que têm orientado as políticas de saúde desde a década de 1980 (Carapinheiro, 2006; Silva, 2011), dado que estas políticas foram introduzindo e desenvolvendo mecanismos de racionalização das despesas de saúde, de contenção dos custos e promovendo a acentuação das tendências de privatização no quadro das leis de mercado.

Em termos mais específicos, e justamente a propósito da aprovação de uma série de diplomas legais de alcance estruturante para o sector da saúde à entrada da década de 1990, entre os quais o “novo” estatuto do serviço nacional de saúde, de 1993, Carapinheiro (2006) argumenta que estas iniciativas governamentais se traduziram em novos quadros jurídicos com implicações muito consequentes nas reconfigurações que a partir daí se produziram. De acordo com as suas próprias palavras,

“a edificação jurídica deste traçado político não se limita a regulamentar medidas legislativas e a reordenar organicamente o sector da saúde, inscreve reformulações constitucionais que limitam o princípio da total gratuidade e redefine as condições de acesso e uso dos recursos de saúde, renova conceitos, como os de sistema de saúde ou de unidade de saúde, e encoraja várias modalidades de articulação do SNS com o sector privado, promovendo a inequívoca repartição da responsabilidade da prestação de cuidados de saúde entre o Estado e a iniciativa privada, remetendo para o cidadão a defesa e a promoção da saúde individual e colectiva e prevendo o progressivo agravamento dos preços pagos pela saúde” (Carapinheiro, 2006: 145).

Ao olhar retrospectivamente para a evolução recente das medidas políticas relativas ao sistema de saúde português, nomeadamente entre 1985 e 2004 (Silva, 2011:55-70), verifica-se, por exemplo, que uma medida, como a tomada em 1989, relativa à substituição do princípio da gratuidade pelo princípio da gratuidade tendencial, permitiu a introdução do recurso a taxas moderadoras, com o fundamento de que tal opção asseguraria uma maior racionalização na procura e na utilização dos cuidados. Trata-se de uma clara ilustração de uma nova lógica política apostada na viabilização de mecanismos orientados para o mercado e que inaugura um papel mais activo para o sector privado, uma orientação empresarial para o SNS⁷⁹, assim como a transferência para os

⁷⁹ Inserida num quadro de crescente mercadorização da prestação pública de cuidados, esta tendência da empresarialização hospitalar em Portugal é especificamente analisada e discutida por Correia (2009, 2011, 2012b). É importante notar, tal como explicitamente salientado pelo próprio autor, que embora a intervenção governamental nesta matéria somente se tenha intensificado em 2002, as orientações legislativas de base mais *managerialista* no sector da saúde remontam a 1988, altura em que são plasmados alguns desses princípios em importantes documentos legais, como é nomeadamente o caso do Decreto-Lei n.º19/88, de 21 de Janeiro.

cidadãos de maior responsabilidade financeira individual (Correia, 2013; Silva, 2011: 57). Nesse sentido, muitas das medidas políticas enquadradas nas mudanças legislativas de 1990 e 1993 desencadeadas pelos governos do PSD permitiram concretizar uma nova concepção do sistema de saúde. De entre estas medidas é de salientar que

“a regionalização efectiva dos serviços foi implantada, traduzida na criação das cinco administrações regionais de saúde, o peso do Estado como prestador foi reduzido através do *contracting-out*, isto é, a possibilidade de os hospitais recorrerem a entidades privadas para a provisão de serviços complementares e o lançamento da experiência pioneira e única de um hospital público português com gestão privada, o Hospital Fernando da Fonseca” (Silva, 2011: 58).

É de notar, no entanto, que não sendo naturalmente despiciendas as “cores” partidárias dos governos que protagonizaram os diferentes ciclos políticos que cobrem o período cronológico já referido, parece haver, em alguns aspectos essenciais, uma orientação relativamente comum, ou pelo menos convergente, com a ideia de uma “nova gestão pública” e de um novo e diferente papel regulatório do Estado. E isto porque é, justamente, neste arco temporal de quase duas décadas que se implementam medidas políticas de contenção de custos ao nível da limitação dos recursos públicos, concretamente nos casos do crescimento dos co-pagamentos e da redução de situações de excepção aos co-pagamentos existentes (ao ponto de estes já ultrapassarem o volume da despesa pública em saúde) (Giraldes, 2005; Correia, 2012); que assume redobrada importância o papel dos seguros voluntários de saúde; que se estabelecem novas técnicas de orçamentação; que se desenvolvem novas formas de controlo sobre remunerações e contratações, e que se assiste à gradual generalização de uma orientação favorável à adopção de *guidelines* nos cuidados de saúde (Silva, 2011).

Claro que, quando vistas pelo prisma da economia da saúde, este tipo de orientações e opções políticas acabam, de certo modo, por ser perspectivadas como uma inevitabilidade ou, pelo menos, como um desenvolvimento entendido como necessário, dado que o sector da saúde tem assumido, na generalidade dos países da OCDE, um peso e uma importância crescente nas economias (principalmente ao nível da despesa pública), o que justifica o estudo cada vez mais sistemático da afectação de recursos neste sector (Miguel, Bugalho, 2003; Campos, 2008; Barros,

2009). Em termos essenciais, o argumento que substantia esta preocupação é o de que, dada a contínua escalada dos custos⁸⁰, impõem-se escolhas cada vez mais difíceis e selectivas quanto ao financiamento e provisão dos cuidados de saúde, até porque nem sempre o nível dos encargos se traduz em melhores indicadores de saúde ou em melhores níveis de equidade.

Neste sentido, e assumindo-se a economia da saúde como um ramo da “ciência da escassez” (Miguel, Bugalho, 2003; Barros, 2009), compreende-se que muita da ênfase deste tipo de enfoque não só se centre em aspectos gerais de sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde no seu todo, mas também na (in)eficiência económica ao nível da afectação de recursos nos vários níveis de intervenção e funcionamento dos serviços de saúde. Em grande medida, tal é o que justifica o desenvolvimento da avaliação económica, pois pretende-se que este tipo de metodologia demonstre a consistência e a viabilidade da afectação dos orçamentos às intervenções que oferecem os maiores ganhos em saúde por unidade monetária. Trata-se, portanto, de um instrumento que permite ponderar prioridades quanto à afectação de recursos, dado que, em função das escolhas feitas, os recursos (entendidos como inevitavelmente escassos) ficam indisponíveis para outros fins (o chamado *custo de oportunidade*) (Miguel, Bugalho, 2003: 70).

De acordo com esta linha de entendimento, destacam-se como igualmente importantes as abordagens que sustentam a necessidade de se desenvolverem estratégias e mecanismos que assegurem a explicitação dos processos de tomada de decisão, no sentido de as várias decisões – de índole clínica ou outra (por exemplo, ao nível da gestão) – serem mais cientificamente robustas na sua fundamentação e, como tal, mais racionais (Miguel, Bugalho, 2003). Com o argumento de que muitas das intervenções levadas cabo nos serviços de saúde são ineficazes, tem sido sustentada a necessidade de se adoptarem metodologias que garantam melhores resultados em saúde, como as avaliações de tecnologias da saúde (*health technology assessment*), a investigação de *outcomes*, ou a própria MBE.

Um exemplo claro a este nível é, sem dúvida, a temática das variações da prática médica, dado que a mesma tem vindo a constituir-se como uma problemática de grande centralidade não só ao nível da qualidade

⁸⁰ De acordo com as referências bibliográficas aqui utilizadas, os principais factores que tendem a ser consensualmente apontados como responsáveis pelo aumento da despesa são o envelhecimento da população, o aumento do consumo dos cuidados médicos, o aparecimento de grupos com necessidades especiais, a ineficiência dos serviços de saúde, a pressão das inovações tecnológicas cada vez mais onerosas e as variações das práticas médicas.

científica das decisões clínicas individuais, mas também ao nível do sistema de saúde em termos mais gerais⁸¹. Assim, quer a escala das variações seja de índole mais micro ou macro, o que em grande medida parece estar subjacente à atenção dada a este fenómeno são as múltiplas implicações dessas variações em termos de eficácia, equidade e, sobretudo, de eficiência económica das intervenções em saúde (Andersen, Mooney, 1990), nomeadamente quando estas se traduzem em diferentes padrões de utilização de cuidados médicos, não só entre países mas também entre regiões de um mesmo país e em populações homogéneas (Barros, 2009).

Neste sentido, em claro contraste com a imagem social da medicina como um corpo sólido, homogéneo e unificado de conhecimento científico, vai-se tornando notório que as variações são afinal mais frequentes do que excepcionais, fundamentalmente devido à própria complexidade e incerteza características da realidade clínica em que as decisões médicas são tomadas (Andersen, Mooney, 1990). Mas se é certo que há variações que são entendidas como inevitáveis (as “variações legítimas”, na aceção de Andersen e Mooney (1990)), muitas outras há que são assumidas como menos aceitáveis, não só porque podem ser reveladoras de desconhecimento de evidência científica relevante, mas principalmente devido às implicações em termos de actuação de política económica no sector da saúde. Daí que se tenha vindo a generalizar, por um lado, a realização de estudos que procuram proceder à quantificação das perdas de bem-estar associadas às variações da prática médica, no sentido até de aferir qual a poupança de recursos que se poderia alcançar com menores variações de prática médica (Barros, 2009), e, por outro, que se tenha vindo a tornar mais apelativa e persuasiva a utilização generalizada de normas de orientação para a prática clínica enquanto instrumento privilegiado para o estabelecimento de padrões que visem a melhoria dessas mesmas práticas⁸².

⁸¹ Segundo Andersen e Mooney (1990), as origens da preocupação com o tema das variações remontam à década de 1930, altura em que se desenvolveram os primeiros estudos quantitativos que, numa perspectiva epidemiológica, procuravam estimar diferenças regionais nas admissões hospitalares como forma de reunir informação relevante sobre as doenças infecto-contagiosas que ameaçavam as populações abrangidas pelos cuidados de saúde. No entanto, a utilização mais efectiva e generalizada desta informação só se concretiza a partir da década de 1970, altura em que uma mais ampla utilização das tecnologias de informação passa a tornar possível o desenvolvimento alargado de bases de dados e, por consequência, o estabelecimento de comparações mais sistemáticas, nomeadamente entre países.

⁸² Voltarei a este assunto no âmbito do capítulo 6. Este ponto será discutido tendo como referência empírica o processo de implementação das Normas de Orientação Clínica, concretamente nos Cuidados de Saúde Primários.

NOVA GESTÃO PÚBLICA E REFORMAS POLÍTICAS NA SAÚDE

Atendendo ao breve enquadramento exposto nas considerações anteriores, percebe-se que muito do ímpeto subjacente às reformas dos sistemas de saúde decorre de um conjunto de orientações políticas e ideológicas de recorte neoliberal relativamente à actuação dos poderes públicos (Rodrigues, 2022), na medida em que o aumento da eficiência económica no âmbito deste sector se tem constituído como um importante desiderato que cauciona o desenvolvimento de várias iniciativas políticas, como são aquelas que introduzem novas modalidades de pagamento, novos enquadramentos remuneratórios para os profissionais de saúde, o estabelecimento e definição de normas e padrões de tratamento, ou o reforço de uma nova lógica de regulação e avaliação por parte do Estado. Em termos mais amplos, estas orientações são a expressão visível de uma tendência geral de reestruturação das próprias políticas públicas à luz dos princípios da *Nova Gestão Pública* (NGP), nomeadamente em termos de uma maior abertura ao mercado e à concorrência mercantil, da existência de claros estímulos à prática de contratualização e de uma mais estrita demarcação entre funções de regulação e de prestação por parte do Estado.

Enquanto manifestação da ideologia managerialista no campo das instituições públicas, a NGP corresponde a uma nova orientação e concepção política cuja emergência e desenvolvimento se tornaram mais fulgurantes a partir dos anos 80 do século XX, particularmente no contexto anglo-saxónico. Beneficiando de uma conjuntura política que fez entrar em cena, tanto em Inglaterra como nos EUA, governos conservadores com uma visão clara e determinada quanto à necessidade de desencadear reformas no Estado (ao nível das suas instituições e políticas públicas), inaugura-se nesse período uma viragem ideológica fortemente assente na ideia de inevitabilidade da ruptura com a autonomia institucional e profissional em benefício da imposição da disciplina de mercado e de uma cultura empreendedora com inequívocas afinidades com a actividade empresarial privada. Postula-se, assim, a necessidade de passar a assegurar os interesses colectivos através de princípios organizacionais de eficácia e de eficiência, razão pela qual passa a ser gradualmente implementada a presença da gestão nos serviços públicos (Correia, 2012b; Carvalho, 2009; Clarke, 1998; Hunter, 2006).

No essencial, e tendo em conta a disseminação generalizada do pressuposto relativo à ineficiência do Estado, vai-se reforçando a amplitude

do consenso político em torno da ideia de que é fundamental assegurar uma maior racionalização, eficiência, responsabilização (*accountability*), transparência, eficácia de resultados em termos de objectivos mensuráveis e uma avaliação assente em indicadores de desempenho (Correia, 2012b). Em grande medida pode-se considerar que esta orientação pragmática mais não é do que o reflexo bem expressivo da ruptura de consensos em torno do papel do Estado, designadamente num contexto de crise marcado por condições macro-económicas adversas e por uma dinâmica global de liberalização dos mercados mundiais cujos impactos mais consequentes se tornaram visíveis sobretudo ao nível da perda da autonomia do Estado (Carvalho, 2009).

Este novo quadro torna-se, por isso, indutor de um certo clima de inevitabilidade relativamente à adopção de medidas restritivas, o que em si mesmo é um reflexo de uma bem-sucedida disseminação política de valores neoliberais. Com efeito, estes vão ganhando crescente ressonância pública, principalmente em torno de um núcleo de ideias que, no fundamental, convergem nos pressupostos de que o peso do Estado na sociedade é excessivo, que a sua forma tradicional de organização e gestão (burocracia) é ineficaz e ineficiente, e que os profissionais, enquanto legítimos detentores de conhecimento especializado (profissionalismo), usufruem de demasiado poder e autonomia nas várias áreas de intervenção especializada do Estado, fazendo prevalecer os seus critérios de julgamento em detrimento da gestão (Correia, 2012b; Carvalho, 2009; Clarke, 1998; Hunter, 2006).

Por esta razão, e com particular incidência a partir da década de 1990, foi-se tornando notório o crescente desencadear de iniciativas políticas apostadas em implementar e difundir novas culturas profissionais privilegiadamente assentes numa lógica de gestão baseada na competição, na preferência por mecanismos de mercado na escolha social, no primado da orientação do serviço para o consumidor e na apologia do espírito empreendedor (Carvalho, 2009). E isto pelo motivo principal de que um dos fundamentos mais estruturantes subjacentes a esta nova matriz de valores é o que remete para o esvaziamento da legitimidade das organizações burocrático-profissionais, nomeadamente porque os problemas de desempenho do Estado são vistos como a prova categórica da ausência de mecanismos de responsabilização institucional. A crítica sistemática à existência de um padrão de tomada de decisões privilegiadamente alicerçado em critérios discricionários de julgamento profissional – vistos

como demasiadamente vinculados a interesses próprios e corporativos –, acaba não só por procurar evidenciar os efeitos negativos decorrentes de uma postura de subvalorização dos custos e da utilização eficiente dos recursos, mas também, e principalmente, sustentar o argumento segundo o qual a alternativa viável passaria por uma nova lógica organizacional assente na contratualização de serviços e respectiva responsabilização em função do desempenho.

Com efeito, e embora o panorama internacional seja suficientemente heterogéneo, no sentido em que as respostas políticas não têm sido automáticas e uniformes em todos os contextos (Carvalho, 2009: 75-76), não deixa de ser importante salientar que, em termos doutrinários e valorativos, a tendência que se foi desenhando cedo se revelou bastante inequívoca nas suas orientações e configurações retóricas. Em termos mais práticos, tal significou que a difusão e a cristalização de um entendimento alargado quanto à importância incontornável da gestão (e dos gestores) foi impondo com sucesso a ideia (entretanto tornada auto-evidente) de que a forma mais eficaz e eficiente de desenvolver respostas para os problemas e necessidades da sociedade é a que passa pela inevitável aplicação do conhecimento formal, racional e objectivo, designadamente enquanto requisitos fundamentais para a adopção de novos modelos de gestão e organização.

É essencialmente por esta razão que se começa a tornar comum o aparecimento e a multiplicação de narrativas “caricaturais” e depreciativas relativas aos “vícios” e limites tidos como típicos da acção protagonizada pelos principais actores da administração pública “tradicional” (burocrática e profissional), o que em si mesmo legitimou novas concepções ideológicas que, em contrapartida, acentuaram o imaginário positivo da gestão (Clarke, 1998: 238-239).

Numa lógica de exploração de contrastes, foram ganhando centralidade, enquanto ideias tidas como virtuosas, os valores do dinamismo, da inovação, da transparência, bem como a orientação para os resultados e para a satisfação dos consumidores. Como tal, a produção deste tipo de retórica persuasiva acabou por se ir revelando conseqüente ao nível da própria cultura de serviço público, dado que o peso crescente da gestão profissional nas organizações públicas implicou, entre outros aspectos significativos, uma clara adopção de medidas explícitas e quantificadas de desempenho, uma ênfase no controlo dos resultados, assim como uma insistência em estilos e práticas de gestão privada que garantam uma maior disciplina na utilização dos recursos.

Este conjunto de pressupostos e valores acerca da superioridade do mercado passam, deste modo, a constituir a nova base estruturadora da ordem política, económica e social, o que dá origem não só à implementação das já referidas reformas estruturais e organizacionais na administração pública, mas também a reformas culturais dessas mesmas organizações, no sentido em que a incorporação do *ethos* empresarial orientado para o consumidor torna justificável a mudança das prioridades anteriormente conferidas aos valores do universalismo, equidade e segurança, e agora mais ligadas à eficiência e ao desempenho profissional em função de metas e de indicadores mensuráveis.

À luz dos contornos normativos deste novo quadro político-ideológico ressalta, portanto, não só um claro pendor tautológico da ideia segundo a qual a gestão privada é mais dinâmica e eficiente do que a gestão pública, mas também a de que a mudança é inevitável. Este discurso da inevitabilidade – bem condensado no acrónimo anglo-saxónico do *TINA effect* (*There Is No Alternative*) (Clarke, 1998: 245) – enfatiza as vantagens intrínsecas da mudança e, sobretudo, transporta um ímpeto congregador em torno da necessidade de mobilizar poder e recursos para concretizar as mudanças, marginalizando, em contraponto, os anteriores discursos profissionais. Assim, e como a este propósito refere Clarke (1998),

“quem pode negar que os compromissos organizacionais de eficiência ou qualidade são objetivos desejáveis? (...) Ser «contra a mudança» é uma posição discursiva bastante difícil de manter, especialmente quando a urgência da mudança organizacional é legitimada pela referência ao ritmo e à escala da mudança no contexto de um turbulento «ambiente externo» (...). Ser um «conservador» (ou resistente) em tais circunstâncias acarreta o risco de se ser identificado como anacrónico, de defender interesses elitistas ou de grupo, de ser contra o progresso, ou de ameaçar o futuro da organização” (Idem: 244).⁸³

No quadro geral deste desiderato em que se inscrevem as reformas da saúde, não é, pois, de espantar que surjam novas práticas políticas apostadas no desenvolvimento e aplicação de instrumentos que promovam os objectivos da sustentabilidade e de melhoria da qualidade do sistema de saúde, designadamente através do recurso a novas modalidades de

⁸³ Minha tradução.

pagamento, a sistema de indicadores padronizados e a princípios de transparência e publicitação de resultados. De facto, e tendo como horizonte a instauração e o reforço da competição, eficiência, escolha e transparência, emergem novos mecanismos políticos e institucionais que, baseando-se em práticas de contratualização de serviços, passam a afirmar-se como indispensáveis para o estabelecimento da alocação de recursos. O princípio da contratualização – bem como o aumento da responsabilização que lhe está associado –, afigura-se, deste modo, como um importante mecanismo em que, através do recurso e da valorização de critérios “pró-mercado”, se procura assegurar o objectivo primordial de favorecer melhores resultados em saúde numa lógica de explicitação dos compromissos e das motivações para os alcançar.

Assim, tendo como pressuposto basilar a separação institucional entre financiamento e prestação de cuidados de saúde, a lógica da contratualização acaba, no fundo, por configurar um mecanismo de coordenação alternativo que se distancia dos anteriores modelos do sistema de saúde. Esses modelos mais “tradicionais” tendem, nesta acepção, a ser vistos e avaliados como demasiadamente hierarquizados, o que é desde logo entendido como um factor que justifica a ênfase colocada ao nível de objectivos vinculados à autonomização de unidades organizacionais e à descentralização da autoridade. É, de resto, por isso que a operacionalização dos mecanismos das reformas assentes na lógica da contratualização de serviços se tem feito acompanhar de sistemas de incentivos e de modalidades de financiamento relacionados com as necessidades em saúde e dependentes de indicadores de desempenho, da promoção da autonomia organizacional dos prestadores e do desenvolvimento de competências de gestão nos vários patamares organizacionais.

Deste modo, aspectos como o incentivo à competição, o desenvolvimento de uma cultura de negociação ou até mesmo a mobilização de um “espírito” de índole empresarial passam a constituir-se como traços marcantes que configuram um novo quadro baseado em princípios de mercado para a prestação e gestão públicas no campo da saúde. Claro que esta tendência não deixa, em si mesma, de suscitar novas questões e desafios relativamente ao teor das funções regulatórias do Estado, como, de resto, alguns autores explicitamente favoráveis às inovações decorrentes da lógica de contratualização na saúde não deixam de reconhecer. Vislumbrando potenciais desenvolvimentos no papel do Estado ao nível de funções de regulação mais disciplinadora, consideram, nomeadamente, que

“o papel do Estado muda, mas não diminui, antes se torna mais exigente e sofisticado neste contexto. Isto, porque cresce a diversidade de actores, aumenta a sua responsabilização e a complexidade da inter-relação entre eles, e torna-se mais evidente a necessidade de assegurar objectivos globais de carácter normativo inerentes ao próprio Estado de Bem-Estar” (Ferreira *et al.*, 2010: 430).

Este tipo de concepção é convergente com algumas análises que a propósito da questão específica da regulação na saúde consideram que a crescente procura de eficiência cria a necessidade de uma regulação robusta, designadamente com o propósito de assegurar a articulação do objectivo da melhoria do desempenho com o da equidade (Nunes, Rego, Brandão, 2009). No âmbito de um novo clima político comprometido com a promoção da competição entre diferentes prestadores pelos mesmos contratos, começam a emergir condições que passam a justificar uma preocupação de controlo relativamente às potenciais consequências negativas decorrentes de falhas do mercado, como, por exemplo, no tocante à discriminação dos doentes no acesso aos serviços, nas assimetrias de informação, na eventual escassez de serviços, ou nas incertezas e criação de monopólios. Isto significa, portanto, que não só a regulação na saúde tende a ser concebida e justificada como um instrumento de justiça social, mas também – e sobretudo na vertente da regulação independente⁸⁴ – a ser preconizada como um meio eficaz de assegurar a “gestão” desse clima

⁸⁴ Relativamente à discussão sobre a natureza institucional da regulação, parece haver um considerável consenso quanto às vantagens do modelo da regulação independente, não só com base no argumento de que este implicará, à partida, uma visão mais compreensiva do sistema, mas também, e principalmente, devido ao facto de assentar numa lógica que reúne mais e melhores condições para ultrapassar os limites e constrangimentos intrínsecos aos modelos convencionais da auto-regulação (de matriz fundamentalmente profissional) e da regulação pública (nas situações em que o Estado é simultaneamente regulador e prestador de serviços) (Nunes, Rego, Brandão, 2009). No caso português, destaca-se o exemplo da Entidade Reguladora de Saúde (ERS), dado que enquanto agência independente a ERS tem a responsabilidade legal de supervisionar os processos de acreditação das instituições públicas e privadas e supervisionar a segurança e eficácia dos procedimentos. É também promotora da transparência da informação, das práticas inovadoras baseadas na MBE, na avaliação periódica e na redução das disparidades injustas no acesso aos cuidados (Nunes, Rego, Brandão, 2009). Nas palavras de Silva (2011), reportando-se ao contexto e circunstâncias da criação desta agência, “devido ao desenvolvimento das parcerias público-privado-sociais na prestação de cuidados de saúde, o ministro da Saúde anunciou a criação de uma nova “entidade reguladora” para a saúde, definida como autoridade administrativa independente, cujo objetivo seria enquadrar a participação e actuação dos operadores dos diversos sectores, assegurando o acompanhamento dos respectivos níveis de desempenho no âmbito da prestação dos serviços públicos de saúde” (Idem: 69).

competitivo, principalmente quando o próprio Estado também é prestador de cuidados de saúde, garantindo-se, assim, uma maior neutralidade política, e como tal um menor conflito de interesses.

O que esta questão da regulação tem de bastante importante para o objectivo central desta discussão é o de que enfatiza e atribui consistência argumentativa à ideia de escrutínio e de avaliação externa como algo de fundamental para assegurar a responsabilização e prestação de contas (a conhecida expressão anglo-saxónica do *public accountability*). De uma forma não surpreendente, o novo papel regulatório do Estado passa a enfatizar a lógica da avaliação e a promover as práticas de auditoria, e como tal o desenvolvimento de métodos de avaliação de desempenho mais transparentes, baseados no *benchmarking* e no estabelecimento de protocolos de desempenho profissional. E de facto tanto assim é que, legitimada pela retórica do cidadão como consumidor (*empowerment*) e pelos imperativos ideológicos associados ao horizonte da melhoria da qualidade dos indicadores de saúde e da prestação dos cuidados, é a própria institucionalização dos mecanismos de verificação que adquire crescente proeminência, particularmente ao nível da chamada “explosão das auditorias” (Clarke, 1998: 246-247) e da ampla disseminação dos respectivos mecanismos de avaliação externa e interna.

Nessa medida, é justo considerar que o advento desta *cultura de auditoria* (Power, 1999)⁸⁵ se constitui como um traço bastante saliente e ilustrativo dos pressupostos normativos da NGP, dado que a valorização do cumprimento dos objectivos centrados na qualidade e na melhoria do desempenho organizacional instituem, efectivamente, um enquadramento favorável ao reforço do poder da gestão, designadamente no estabelecimento de padrões de boas práticas profissionais, de auditorias externas e de práticas de acreditação das próprias organizações. Daqui resulta claramente a constatação de que enquanto referência dominante na actividade organizacional, as auditorias não só passam a ser geradoras

⁸⁵ O *momentum* institucional desta *cultura de auditoria* ocorre, sobretudo, no contexto britânico, entre os anos 1980 e 1990, mas a sua rápida difusão cedo a tornará numa tendência transversal e incontornável em diversos contextos políticos e campos de aplicação. Se é certo que as auditorias emergem como estando fundamentalmente associadas ao sector financeiro, dado que se constituem como um mecanismo eficaz para a detecção de fraudes e falhas, o seu desenvolvimento rapidamente se traduz na proliferação desta prática num número crescente de domínios e em áreas tão diversificadas como, por exemplo, a auditoria ambiental, clínica, de tecnologias, etc. (Power, 1999).

de novas mentalidades, de novos actores organizacionais, de novos incentivos e de novas percepções de significância, mas funcionam simultaneamente como um mecanismo disciplinador da autonomia profissional (Clarke, 1998: 244), no sentido em que instaura limites que desafiam e condicionam o poder discricionário de grupos profissionais relativamente autónomos, tornando-os, assim, passíveis de responsabilização pelo seu desempenho.

Sob este ponto de vista, é notório o modo como as auditorias e as noções de desempenho se revelam enquanto mutuamente constitutivas, dado que, no âmbito da própria lógica da contratualização, as auditorias se tornam num requisito indispensável que condiciona, inclusivamente, certos tipos de pagamento aos profissionais, nomeadamente quando os critérios remuneratórios são pautados por níveis de cumprimento (previamente definidos em sede de contratualização) de indicadores de desempenho⁸⁶.

Neste ambiente normativo favorável à *colonização* da vida organizacional por parte da gestão (Power, 1999), o reforço das auditorias externas estabelece os mecanismos e o enquadramento necessário para impor práticas vinculadas à adopção de padrões gerais e uniformizadores e, como tal, menos ligados às práticas locais dos profissionais, o que significa que se vai tornando crescentemente inviável o desenvolvimento de práticas estritamente privadas de avaliação do desempenho por parte dos próprios profissionais⁸⁷.

No fundo, o que aqui merece ser especificamente enfatizado é o facto de que parece não haver grandes dúvidas quanto ao carácter praticamente inelutável deste tipo de opções, na medida em que práticas como a contratualização de serviços têm, de facto, instaurado um

⁸⁶ Tal como será analisado no âmbito específico do capítulo 5, tal é o que se verifica nos novos modelos organizativos instaurados pela reforma dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente as chamadas USF modelo B, na medida em que uma parte da remuneração dos profissionais que integram as equipas que são responsáveis pela gestão e funcionamento dessas unidades está, efectivamente, afecta ao cumprimento de indicadores de desempenho que são anualmente contratualizados com as Agências de Contratualização das ARS em articulação com a Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS).

⁸⁷ Tal é bem patente, por exemplo, no caso concreto da medicina, uma vez que se tem assistido em alguns países ao crescimento das auditorias médicas (Power, 1999: 105), donde resulta a constatação de que vai ganhando uma clara importância a institucionalização de práticas que promovem a definição de objectivos e normas de desempenho com o propósito de as práticas profissionais serem observadas na sua (des)conformidade com os padrões instituídos, uma vez que estes são tomados como o requisito fundamental para o reforço e melhoria dos indicadores de qualidade.

enquadramento mais favorável ao desenvolvimento de modelos e mecanismos de gestão. No caso específico português, e em alguma medida por se tratar de uma prática institucional relativamente recente (os “primórdios” da contratualização remontam a 1996), este tipo de inovação tem vindo a desenvolver-se de forma um pouco mais gradual quando comparado com a realidade dos países que mais precocemente encetaram estas orientações políticas.

Tal não significa, contudo, que se trata de uma prática com impactos inconsequentes, dado que a mesma tem permitido o estabelecimento de um enquadramento institucional favorável a uma nova cultura de gestão, nomeadamente na área hospitalar e nos cuidados de saúde primários.

Vista sob a óptica de um dos dirigentes do organismo da Administração Central que tem responsabilidades na área da contratualização (ACSS), esta questão do papel do Estado assume um entendimento específico, desde logo porque é enfatizada a inovação de um outro aspecto crucial da contratualização, ou seja, a negociação dos próprios critérios e indicadores que são objecto da contratualização:

“É essencial porque é o mecanismo relacional que nos permite, entre a administração e os vários atores do terreno, chegar a acordos e a consensos com uma convergência em resultados em saúde, e esta convergência é essencial, ou seja, eu creio que hoje numa administração moderna não fará nunca mais sentido termos mecanismos de comando de controlo *tout court*. Temos que negociar e até a administração também tem que aprender a negociar com os profissionais para chegar a melhores resultados”. (Ent.07)

Embora se trate de um processo relativamente emergente, é interessante constatar que mais do que os “reais” constrangimentos e vicissitudes decorrentes destas novas práticas de negociação (algo que será objecto de uma maior atenção nos capítulos 5 e 6), a tónica principal reside na valorização das virtudes potenciais da contratualização. A expectativa em torno dos princípios desta nova prática institucional é, de resto, assumida pelo já referido entrevistado, no sentido em que considera que as circunstâncias adversas que actualmente caracterizam a acção do Estado podem constituir-se como o pretexto privilegiado para que a contratualização se revele como a orientação politicamente mais vantajosa e sustentável no âmbito das reformas da saúde:

“(...) Numa altura de grande constrangimento financeiro do Estado, existe uma necessidade grande de este processo de contratualização demonstrar a sua mais-valia, porque naturalmente todos os processos têm que mostrar a sua mais-valia e o processo de contratualização não está isolado neste processo e tem que demonstrar que tem uma mais-valia para a saúde”. (Ent.07)

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E DECISÃO POLÍTICA

Sem perder obviamente de vista o caso específico das reformas da saúde, constata-se que a concretização de muitas das orientações já referidas acabou por produzir uma certa convergência com a valorização de iniciativas direccionadas para a competição no âmbito do mercado. A este título podem ser mencionadas as parcerias público-privadas como um indicador da tendência da competição na saúde. Embora se tenham tornado uma tendência transversal a vários países, são, em primeira instância, o reflexo do pioneirismo das medidas reformistas levadas a cabo pelos Governos conservadores no Reino Unido, ao longo das décadas de 1980 e 1990 (Hunter, 2006). No caso português, enquadra-se claramente nesta nova orientação a reforma hospitalar, bem como a generalização da contratualização como instrumento que estabelece uma nova lógica de definição das funções dos vários actores no campo da saúde e das suas respectivas responsabilidades. No primeiro caso, trata-se de uma reforma que foi impulsionada com mais efectividade a partir de 2002 e que se caracteriza pelo desenvolvimento de novas dinâmicas, concretamente ao nível da descentralização de competências, do financiamento e responsabilização, da racionalização das despesas, da desregulação do mercado de trabalho e da concorrência e diferenciação interna do próprio SNS (Correia, 2012: 80-89). No segundo caso, trata-se da implementação de mecanismos que se foram generalizando como base de actuação institucional privilegiada no campo da saúde – a partir de 1996 – e que tiveram impactos visíveis não só na já mencionada reforma hospitalar, como também na implementação e condução da reforma dos cuidados de saúde primários (Ferreira et al., 2010: 443-447; Silva, 2011: 61-62).

É certo que, em bom rigor, existem padrões distintos entre países (por exemplo no contexto da própria União Europeia), o que não só é

revelador de ritmos e intensidades diferenciadas de implementação de medidas desta natureza, mas também da concretização diversificada destas orientações, no sentido de se produzirem modelos híbridos que conjugam papéis e compromissos diversos entre o Estado e os mecanismos de mercado (Carvalho, 2009: 84).

Sob este ponto de vista, e considerando a existência de uma afinidade electiva entre o controlo *managerial* subjacente à NGP e as orientações políticas de intervenção reformista na saúde, torna-se interessante compreender em que bases é que tendem a legitimar-se e a operacionalizar-se as orientações de muitas das reformas de saúde. Ou seja, que mecanismos suportam a implementação de critérios de priorização de recursos e de eficiência económica no quadro das opções políticas a que se tem vindo a aludir?

De facto, sendo a NGP entendida por alguns autores como a forma mais eficaz de garantir a sobrevivência económica do próprio Estado-Providência (Nunes, Rego, Brandão, 2009), não surpreende que a evidência científica seja, sob este ponto de vista, instrumentalmente mobilizada como um recurso cada vez mais privilegiado da política (Rodwin, 2001), no sentido em que se torna um suporte das iniciativas e mecanismos de racionalização. Assim, quer nos estejamos a reportar a questões gerais de sustentabilidade do próprio sistema de saúde (escala macro), à definição de critérios para a alocação de recursos (escala meso), ou às boas práticas profissionais ao nível das decisões médicas individuais (escala micro), o facto é que as decisões no campo da saúde vão sendo crescentemente vinculadas à existência de evidência científica e de informação sistematizada. Acima de tudo, o recurso a este tipo de elementos é visto como a forma ideal de promover apenas as intervenções que a evidência demonstra como eficazes e eficientes.

A ideia central a destacar é, pois, a de que no quadro das actuais circunstâncias económicas – em que recorrentemente é sublinhado o argumento de que nos confrontamos com uma crescente escassez de recursos face às necessidades existentes e aos níveis de despesa que as mesma comportam –, a MBE, por exemplo através da sua tradução em *guidelines* (ou NOC), torna-se não só o critério preponderante das boas práticas clínicas, mas também vai sendo assumida como uma ferramenta útil e cada vez mais incontornável na própria alocação de recursos em saúde e no estabelecimento de prioridades (Marchionni, Reijula, 2019; Airoidi, Vecchi, 2021).

Por isso mesmo, vai adquirindo redobrada consistência o argumento segundo o qual os tratamentos que não demonstrem eficácia clínica não devem ser suportados pela despesa pública⁸⁸, o que significa que, em última instância, as próprias inovações médicas (geralmente dispendiosas) devem ser restringidas enquanto essas opções não forem avaliadas e ajustadas às condições financeiras do sistema. A MBE é, assim, vista como um instrumento que, para além desta “virtude”, tem a vantagem suplementar de facilitar o acesso dos cidadãos aos níveis razoáveis de saúde numa lógica de maior transparência, equidade e eficiência do sistema (Nunes, 2003).

Neste sentido, enquanto instrumento para os decisores políticos em matérias relativas às múltiplas intervenções de saúde – quer seja a nível dos custos e cobertura dos cuidados; do pagamento de serviços; da qualidade e responsabilização; ou da avaliação da eficácia e efectividade das intervenções no contexto dos serviços de saúde –, percebe-se que a MBE acabe por ter aplicações em várias dimensões das políticas de saúde, o que faz salientar a centralidade da evidência na própria definição das políticas (aquilo a que no contexto anglo-saxónico se convencionou designar como *evidence-based policymaking* (Lohr, Eleazer, Mauskopf, 1998).

Embora seja justo referir que esta orientação não deixa de suscitar várias observações e avaliações críticas em alguma literatura especializada – quer porque a evidência estatística (baseada em probabilidades) é vista como tendo limitações de tradução e extrapolação para a decisão política, quer porque, ao secundarizar-se outras formas de evidência, prescinde-se dos méritos de lógicas integrativas que procuram explorar a influência recíproca de diferentes tipos de provas baseadas em diferentes metodologias (Marchionni, Reijula, 2019; Airoidi, Vecchi, 2021) – o facto é que, quando se trata de querer robustecer a legitimidade e a consistência persuasiva das decisões políticas, o privilégio que é dado é

⁸⁸ Os gestores e as entidades pagadoras “exigem” a justificação das decisões médicas à luz da evidência (podem recusar o pagamento de serviços médicos considerados como não eficazes). No caso dos países onde predomina o esquema dos seguros obrigatórios, como é o caso daqueles que se inscrevem no modelo bismarckiano, também se tem verificado a pressão das seguradoras para a adopção da MBE na prática clínica. Nesse sentido, o pagamento dos tratamentos só ocorre se os mesmos forem coerentes com as NOC, o que é visto como uma forma de assegurar não só uma mais eficiente gestão de recursos, mas também uma estratégia defensiva de minimização das possibilidades de litigância.

o que se centra na vertente mais empiricista da evidência científica.

A propósito destas dinâmicas da decisão política, e atendendo naturalmente ao caso português, é relevante considerar que a utilização deste tipo de evidência, mas sobretudo dos mecanismos institucionais de avaliação enquanto requisito incontornável para o suporte científico da decisão política, não tem sido objecto de uma utilização integrada e sistemática. Não estando, em absoluto, completamente ausente dos processos formais de tomada de decisão, há, no entanto, alguns aspectos que são reveladores do seu carácter relativamente incipiente e algo errático, dada não só a circunstância do seu percurso ser efectivamente recente, mas também, e principalmente, por se tratar de uma prática cuja utilização acaba por não ser sistemática nos vários domínios de intervenção em saúde.

Assim sendo, e considerando o discurso de alguns dos actores com um papel significativo no campo da saúde, afigura-se como notória a existência, pelo menos nos seus aspectos mais essenciais, de um entendimento generalizado quanto à importância estratégica da evidência nos processos de tomada de decisão política. Tal é bem patente, por exemplo, nas considerações de um economista da saúde e ex-responsável político deste sector:

“(...) A saúde é uma área muito vasta e sobretudo é uma área difícil de gerir pelas suas características específicas. Além da saúde ter a ver com todos nós ao longo de toda a vida, a saúde, em teoria, digamos, deveria ser gerida com base em necessidades, só que essas necessidades são ilimitadas e, portanto, na prática é impossível fazer gestão ou governação de saúde, portanto fazer escolhas, apenas com base em necessidades. (...) A evidência ajuda e é muito útil a tomar decisões, decisões que têm que ser entre o que se faz e o que não se faz, aos diversos níveis, quer dizer, ao nível da decisão individual do clínico, ao nível da decisão do gestor hospitalar, ou do gestor duma região de saúde, ou de um decisor político, portanto aquilo que entra na provisão pública de cuidados, ou naquilo que não deve entrar, e o critério necessidades é claramente um critério curto para tomar essas decisões”. (Ent.04)

Não obstante a existência de uma alargada convergência quanto à utilidade e às vantagens potenciais resultantes da incorporação da

evidência nos mecanismos institucionais da tomada de decisão política, há alguns entrevistados que não deixam de salientar a especificidade dos desafios que se tendem a colocar ao domínio da governação política no campo da saúde:

“(...) Já na decisão política os aspectos são diferentes, porque a política é a arte do possível, e, portanto, é a arte de aplicar soluções técnicas tendo em conta as condições sociais e até económicas e até políticas, e aí eu diria que muitas vezes a boa evidência técnica é prejudicada pela necessidade de adaptar as políticas às necessidades sociais e circunstanciais. (...) Se nós fizermos uma análise retrospectiva dos últimos 30 anos (...) sobre as políticas públicas no sector da saúde, nós vemos que é possível traçar uma linha em que muitas vezes o circunstancial se sobrepõe ao estratégico, e são conhecidas as razões, nós talvez tenhamos um modelo político que está muito escravizado do curto prazo. O nosso modelo político não está orientado para uma visão de médio-longo prazo, e, portanto, o que o decisor político muitas vezes faz é reagir àquilo que intui ser a sua necessidade do momento face a um resultado, ou a uma expectativa que tem, até do ponto de vista eleitoral, e não pensando o país, não pensando as soluções por uma óptica de médio-longo prazo”. (Ent.05)

Uma outra tónica que também é suscitada por estas interpretações mais relativizadoras é a que remete para o diagnóstico das circunstâncias actuais, dado que as dificuldades que caracterizam e constroem a acção dos Estados acabam por ser mobilizadas como razões suficientes para que novas práticas institucionais se tornem inequivocamente mais imperativas:

“(...) Os sistemas de saúde, atravessando agora uma crise essencialmente relacionada com os países ocidentais, têm que ter uma preocupação grande com a forma como o financiamento que é colocado no sistema é de facto transformado em valor. (...) Que a forma como este dinheiro é colocado no sistema seja utilizado da melhor forma considerando até as necessidades de priorização de medidas que temos de implementar. Portanto, a medicina baseada na evidência neste caso específico é essencial para a criação de valor em saúde e para darmos uma melhor saúde às pessoas com a menor despesa possível”. (Ent.07)

Contudo, se por um lado se percebe a urgência contida nas razões apontadas para uma mais efectiva utilização da evidência científica enquanto suporte privilegiado da decisão política, por outro lado o mesmo tipo de diagnóstico pode levar a uma leitura mais ambivalente e, como tal, menos refém dos efeitos de desejabilidade que estas visões positivas tendem a comportar:

“(...) Há pressões num sentido e em sentido contrário. Num sentido, digamos, favorável à evidência ou à preparação técnica prévia à decisão, visto que não podemos errar. Se no passado não podíamos errar, agora rigorosamente não podemos errar, e, portanto, não podemos instalar hospitais novos a 20 km de distância uns dos outros, ou outros aspectos que têm a ver apenas com o resultado de grupos de pressão, ou resultado de mera intuição política, por um lado. Por outro lado, no passado tínhamos mais tempo, hoje o tempo ainda é mais precioso que no passado, e, portanto, o grande entendimento é para ser aplicado num certo prazo, e, portanto, admito que ou a preparação técnica é rápida e de qualidade, ou então a decisão política nalgumas circunstâncias tem que prescindir do estudo técnico”. (Ent.06)

Curiosamente, mais até do que ambivalência, a leitura sobre as fragilidades e as contingências que caracterizam a realidade da utilização da evidência científica no âmbito da decisão política em Portugal acaba por se assumir como mais céptica e problematizadora na visão de um dos mais directos intervenientes neste tipo de processos. Na qualidade de principal dinamizador da MBE e de gestor da informação sistematizada de base científica com potencialidades de aplicação no campo da decisão política, este entrevistado (com responsabilidades na direcção de um Centro especificamente orientado para a produção e gestão de evidência de base científica) sustenta, aliás, que em bom rigor essa ligação entre evidência e decisão política acaba por efectivamente não existir:

“(...) A nível da política não, quer dizer, há uma ideia de que a ciência é importante, mas os políticos não querem saber, não temos sido procurados por políticos para..., pedirem-nos para que lhes demos apoio técnico-científico para decidirem melhor. Não são os políticos os mais sensíveis para isto, pelo que aparentemente a política da saúde

não quer ciência, é uma actividade, enfim, misteriosa, que não quer ciência. (...) Isso é imperdoável na medida em que nós hoje temos milhares de estudos que sabem exactamente o que é que eu faço quando construo um hospital, o que é que vai acontecer, sabem exactamente o que é que eu faço se eu vacinar 30% das pessoas, sabem exactamente o que é que vai acontecer se por acaso deixar transplantar 10 pessoas por ano, sabe-se isso tudo, portanto é ignorância levada ao seu elemento mais...”. (Ent.08)

Já quanto às condições e requisitos que são entendidos como necessários para a efectiva implementação desses mecanismos, o mesmo entrevistado sustenta o argumento da necessidade de institucionalização de um sistema de decisão baseado em dados científicos robustos e bem fundamentados que permita priorizar as respostas estratégicas à doença:

“Mas para isso eu tenho de ter um sistema altamente profissionalizado, com profissionais que respeitem os estudos e respeitem que a sua posição ética deve ser esta, e que produza resultados que ninguém conteste, que cientificamente são muito sólidos, não é preciso ir a todas, é preciso ir a meia dúzia de doenças que são aquelas que são as mais flagrantes na sociedade, portanto essa é a minha proposta ..., isto é a chamada decisão baseada na evidência”. (Ent.08)

Neste panorama de uma aparente rarefacção da utilização sistemática da evidência científica enquanto suporte privilegiado da decisão política, o exemplo que mais se demarca pelo seu acentuado contraste é, claramente, o domínio do medicamento. De facto, no âmbito da política do medicamento, as decisões em matéria de participação são fortemente alicerçadas na evidência científica, concretamente nos resultados provenientes dos ensaios clínicos, ou seja, na evidência que atesta a sua mais-valia terapêutica em termos de eficácia e efectividade. Assim, e conforme é referido por um dos entrevistados ligados ao campo da economia da saúde,

“(…) Nota-se já algumas áreas onde essa informação se tornou sistematizada, por exemplo, os estudos sobre novos medicamentos. (...) Entrou na legislação em Portugal já em 1999 (...). Nós fomos talvez dos primeiros países na Europa a tornar obrigatórios estudos de

avaliação económica para novos medicamentos; haver uma demonstração que os medicamentos para além de serem seguros e eficazes e haver qualidade na produção – questões clínicas tradicionais – tinham também que trazer uma mais-valia económica para a sociedade, ou seja, o benefício que traziam não devia onerar demasiado a sociedade. (...) Falharam alguns outros aspectos onde também era importante, eu acho, para outras áreas disciplinares, que era a questão da monitorização. Fazem-se os estudos económicos, por exemplo, numa fase inicial, mas depois não há um acompanhamento da evolução na utilização dos medicamentos do mercado”. (Ent.03)

Com efeito, segundo Miguel e Bugalho (2003), a avaliação económica em Portugal, particularmente no domínio das intervenções em saúde – como é claramente o caso das tecnologias – não é praticada de forma sistemática, integrada e coerente. Como os próprios referem,

“há estudos de avaliação económica, embora escassos, nas áreas dos medicamentos, equipamento pesado e dispositivos médicos. Os medicamentos são, possivelmente, o sector mais desenvolvido neste aspecto, com legislação e orientações metodológicas publicadas para estudos de avaliação económica, tendo em vista decisões de reembolso” (Idem: 70).

De resto, e quando generalizam esta reflexão para o âmbito mais abrangente da própria esfera da decisão política, os mesmos autores acrescentam que

“(…) em Portugal, como em muitos outros países, as decisões políticas não são geralmente baseadas em avaliações sistemáticas. Na generalidade dos casos, a adopção de novas tecnologias é tomada, principalmente, pelos profissionais de saúde, uma vez que na tomada de decisão os factores de ordem técnica têm muito peso. Assim, a influência dos estudos económicos depende muitas vezes, na prática, da sua utilização pelos profissionais de saúde” (Idem, ibidem).

A este propósito não deixam, por isso, de ser elucidativas as considerações de um dos entrevistados a respeito das lacunas existentes em outros domínios paralelos à política do medicamento propriamente dita:

“(…) Veja a avaliação das tecnologias. Nós temos avaliação económica e avaliação clínica na área do medicamento realizada pelo INFARMED. A avaliação do impacto das tecnologias, sem ser medicamentos, é inexistente em Portugal, e, portanto, já vimos referindo há bastante tempo, e temos já algo, temos consenso sobre a necessidade – embora possamos não ter consenso em relação aos instrumentos e à própria dimensão da questão da avaliação das tecnologias. E podemos ir além das tecnologias e falar das instalações, no sentido dos próprios hospitais, centros de saúde, extensões, etc., em que mais uma vez a decisão política é, ou foi, no passado, tantas vezes tomada com base em mera intuição e não com base em estudos técnicos relevantes”. (Ent.03)

Na mesma aceção, um outro entrevistado reforça o sentido desta mesma leitura, sublinhando, inclusivamente, a importância crucial que teria o alargamento dos critérios de utilização sistemática da evidência científica para o aprofundamento da racionalização económica de outras vertentes do sector da saúde:

“Eu só acho estranho é porque é que é para o medicamento e não é, por exemplo, para equipamentos pesados de imagiologia, ou não é para dispositivos de médicos, ou seja, nós gastamos dinheiro em tantas coisas, porque é que é os medicamentos são alvo privilegiado da aplicação destes critérios de racionalidade?

(…) As nossas decisões de investimento sobre a aquisição de equipamentos pesados provavelmente não têm uma grande racionalidade, e, portanto, há algum planeamento feito com base em critérios vindos da medicina baseada na evidência que poderia ser útil..., os próprios padrões de utilização destes equipamentos de diagnóstico – estou a pensar em coisas muito pesadas, como os PETS e coisas semelhantes (...). Preocupa-me que isto são coisas caríssimas e não é óbvio que algumas destas coisas sejam mesmo necessárias, e se forem não é óbvio que depois de estarem no terreno que sejam utilizadas da melhor maneira possível, e a minha preocupação é só que depois de tanto tempo a utilizar critérios de racionalidade para, no fundo, ter uma gestão racional dos recursos nos medicamentos, porque é que tudo o resto da medicina onde se gasta tanto ou mais dinheiro que nos medicamentos é esquecido”. (Ent.02)

Efectivamente, esta questão da decisão política baseada na evidência tem vindo a tornar-se crescentemente importante, até porque a já referida avaliação económica de várias intervenções e tecnologias específicas em saúde é hoje, e cada vez mais, uma prática comum em muitos países desenvolvidos, sendo que um dos exemplos mais paradigmáticos a este nível é certamente o caso do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), criado em 1999, no Reino Unido, designadamente em Inglaterra e no País de Gales (Hunter, 2006: 10). Enquanto organismo público independente que visa avaliar a evidência de base para as várias intervenções específicas e providenciar orientações de custo-efectividade para o *National Health System* (NHS), o NICE desempenha um papel estratégico ao nível da determinação de prioridades e de alocação de recursos, pois estabelece recomendações específicas para que as organizações locais de saúde fundamentem as suas decisões. Com base no recurso sistemático à evidência científica suportada por sofisticados sistemas de informação, o NICE desenvolve a sua acção em domínios como sejam a avaliação de tecnologias, o estabelecimento de NOC e de protocolos para doenças e condições específicas, bem como ao nível do estabelecimento de decisões sobre segurança e eficácia de novas intervenções (Hunter, 2006).

Com o propósito explícito de contribuir para o reforço da qualidade e eficiência do sistema de saúde (neste caso do NHS), esta organização constitui-se, assim, como um modelo de referência internacionalmente reconhecido, e o seu papel é assumido como um exemplo paradigmático do valor estratégico da evidência enquanto componente fulcral dos processos de racionalização dos sistemas de saúde. Por isso, enquanto estrutura formal de pesquisa de evidência científica, de translação dessa evidência científica e de produção de informação cientificamente sistematizada para auxílio dos decisores, o exemplo do NICE tende a ser mobilizado como elucidativo das vantagens e virtudes da utilização sistemática da evidência científica no processo de decisão, como de resto ilustram os dois excertos seguintes:

“(...) Volto ao NICE, que é sempre o exemplo mais conhecido. Tem equipas que trabalham nas universidades, por exemplo, que fazem essas avaliações, mas não fazem um pedido para uma avaliação, estabelecem um contrato de continuidade, por exemplo, nos próximos 5 anos vamos pedir x avaliações de tecnologias a essa universidade, e

isso permite à instituição organizar-se para fazer; nós fazemos de forma casuística”. (Ent.03)

“(…) No fundo o que conseguiram organizar foi exactamente uma rede de articulação com as universidades, com capacidade de resposta, bem organizada, portanto, com capacidade de resposta e depois com um nível de exigência do trabalho feito que na prática acaba por ser reconhecida a sua qualidade no mundo inteiro. (...) Agora, vamos lá ver, o NICE não é a única coisa que produz informação sobre isso, ou seja, o modelo, digamos, de agências de avaliação de tecnologias de saúde é uma coisa que neste momento está difundida por esse mundo fora, e isso acho que seria útil, aliás, existir um desses organismos em Portugal que pudesse, digamos, trabalhar... Agora, teria que ser uma coisa de facto muito bem pensada”. (Ent.04)

Como resulta claro de ambos os excertos, o contraste que é sinalizado quando se toma como referência o contexto português remete, sobretudo, para as diferenças de institucionalização deste tipo de práticas e mecanismos, o que permite – no caso do NICE – que exista um nível de organização suficientemente desenvolvido para assegurar que os critérios de decisão baseada na evidência não estejam sujeitos a um padrão intermitente, parcial ou casuístico. A este mesmo respeito, são claramente peremptórias as palavras do entrevistado que, como já referido, dirige um Centro de Estudos especificamente orientado para a produção e gestão de evidência de base científica:

“O governo inglês tem uma agência que só faz isso, só dá evidência científica às suas decisões (...). Se há um estudo bem feito sobre uma intervenção, eles fazem o estudo e acabou-se, só decidem politicamente quando não há evidência, ou quando a evidência é fraca, aí decidem politicamente. Senão, segue-se o que o estudo demonstrou e acabou-se, não há que estar a perder tempo a discutir. Se a conclusão for clara, óbvia, então segue-se aquilo, não vale a pena estar aqui com muitas conversas.

(...) E é isso que eu propunha cá. Mas o governo entrou em funções e não há nenhuma alteração sob o ponto de vista do seu discurso, eu estava à espera que viessem bater à porta, que me viessem massacrar com o centro para lhes produzir evidência, eu se estivesse no lugar

deles chegava ao pé do centro e dizia assim «quero contratá-lo. Você a partir de agora vai trabalhar só para mim. Eu tenho 50 problemas para tratar por ano, arranje recursos, contrate 100 pessoas, 80 pessoas, e produza-me evidência científica que eu preciso de saber, quer em Portugal quer no estrangeiro, para eu poder decidir nestas 50. Tenho umas muito urgentes, que tem que ser para depois de amanhã, veja lá o que é que me consegue arranjar, há outras que só preciso daqui a 6 meses», era assim que eu faria”. (Ent.08)

A leitura crítica que é dirigida à esfera da decisão política reflecte a convicção de que uma componente fundamental dos limites e da inoperância das intervenções políticas no sector da saúde resulta, justamente, da insuficiente utilização da evidência científica. Tal significa, na óptica do entrevistado, que o alegado carácter estratégico da evidência fica subaproveitado, pelo menos tendo como referência os exemplos dos países cujos sistemas de saúde suportam as suas opções e decisões na evidência decorrente dos sistemas de informação:

“(…) Eu sempre apregoei o que faria se pudesse (...) que era criar um gigantesco sistema de informação, que tivesse duas componentes: uns centros como o meu, que não só fabricam, não só criam informação, mas acima de tudo sabem geri-la, e um grande centro de investigação em serviços de saúde, em *outcomes* de saúde, e eu daria 100 milhões de euros a estas pessoas e durante 10 anos eles iriam produzir tudo o que eu preciso de saber sobre o sistema nacional de saúde, e irei decidir, e 100 milhões de euros ao fim de 10 anos estão recuperados, basta uma intervenção sobre a diabetes para eu descobrir 100 milhões de euros literalmente num ano. Eu estou à espera que isto seja feito? Não, porque? Nós não temos cultura para isso, não temos cabeça para isso”. (Ent.08)

Em suma, e não obstante poder ser argumentado que em Portugal a institucionalização dos mecanismos de utilização da evidência científica não está ainda suficientemente consolidada e que, por consequência, esse processo não se encontra inteiramente disseminado nos vários domínios de intervenção na saúde, não deixa de ser relevante constatar a existência de um alinhamento retórico quanto à sua importância e até à sua indispensabilidade enquanto pilar incontornável da redefinição e concretização das reformas políticas neste sector.

O facto de existirem lacunas e limitações na operacionalização das relações de afinidade electiva entre evidência científica e decisão política – sobretudo na perspectiva dos promotores mais entusiastas desta orientação – não significa que não haja uma enorme permeabilidade e receptividade política ao desenvolvimento de práticas e instrumentos institucionais inovadores que promovam a racionalização económica do próprio sistema de saúde. Aliás, face à emergência de novas dinâmicas políticas pautadas por esse tipo de horizonte e, sobretudo, legitimadas por princípios políticos ancorados na NGP, torna-se relativamente claro perceber que o contexto actual é, efectivamente, propício ao acolhimento das metodologias decorrentes da MBE ou, pelo menos, fortemente articuladas com os pressupostos desta.

Como se viu, se é certo que essa realidade tende ainda a circunscrever-se a alguns domínios específicos (como é, sem dúvida, o caso paradigmático das decisões sobre o medicamento), igualmente certa é a constatação de que as consequências da sua gradual concretização se vão tornando evidentes em áreas como, por exemplo, os Cuidados de Saúde Primários (CSP). A esse respeito procurarei mostrar no âmbito específico dos capítulos 5 e 6 o modo como, efectivamente, o novo enquadramento institucional reflecte a primazia de novas concepções num quadro político e ideológico que confere uma indiscutível centralidade aos critérios da evidência científica.

É certo que a sua instrumentalidade política foi aqui equacionada e genericamente contextualizada, mas tentarei a partir deste ponto, e no decorrer dos próximos capítulos, explicitar as circunstâncias específicas e as formas particulares da sua concretização, justamente nos já referidos CSP. O deslocamento do olhar analítico para outras escalas permitirá, portanto, uma compreensão mais substantivada dos seus impactos e implicações no âmbito do trabalho profissional desenvolvido nessa área específica de intervenção.

PARTE III

**AS IMPLICAÇÕES
DA PADRONIZAÇÃO NA NATUREZA
DO TRABALHO MÉDICO**

MUDANÇAS ORGANIZACIONAIS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL: A EMERGÊNCIA DE UM NOVO ENQUADRAMENTO PARA O TRABALHO MÉDICO EM MGF

INTRODUÇÃO

Considerando as recentes dinâmicas organizacionais suscitadas pelos ímpetus reformistas (de teor *managerialista*) no campo da saúde, pode-se considerar que há um conjunto de novas práticas e instrumentos cuja inovação tem imprimido mudanças consideráveis na arquitectura e na lógica institucional do sistema de saúde português. Nessa medida, e sob os auspícios de uma retórica política que enfatiza os imperativos da eficiência e da melhoria da qualidade do próprio sistema, têm vindo a ser implementadas medidas que reconfiguram a natureza do papel regulatório do sector público à luz de princípios que assentam na consolidação do modelo de contratualização, no desenvolvimento de sistemas de informação, no aprofundamento de sistemas de gestão da qualidade e na adopção de modelos retributivos associados ao desempenho (Ferreira *et al.*, 2010).

A orientação para uma lógica de prestação de contas (*accountability*), assim como a orientação para os resultados (medidos de acordo com objectivos e indicadores quantitativos pré-estabelecidos), tornam-se princípios cuja persuasão vai tornando justificável um novo enquadramento organizacional que promove a contratualização de serviços e a respectiva responsabilização em função do desempenho, razão pela qual se instauram novas modalidades de pagamento e critérios remuneratórios, se implementam sistemas de indicadores padronizados e se reforçam os vínculos aos princípios de transparência e publicitação de resultados.

No âmbito de um contexto político apostado neste tipo de reformas, a contratualização assume-se, de facto, como um dos eixos centrais sobre o qual assentam os novos modelos organizativos. Esta é preconizada “como o processo de negociação que permite operacionalizar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e zelar pelos interesses de quem paga, directa ou indirectamente os cuidados de saúde, estando aqui implícitos a fixação de objectivos, a monitorização e a avaliação” (Escoval, 2010: 20). As novas culturas organizacionais que o modelo de contratualização tende a promover conferem, deste modo, uma importância privilegiada a princípios como a gestão por objectivos, a descentralização, a responsabilização, a autonomia organizacional dos prestadores e a delegação da autoridade.

Neste novo enquadramento, torna-se também claro que a lógica da contratualização consagra novas condições e requisitos que passam pela imputação da responsabilidade ao nível do desempenho de funções ou actividades, pelo que uma das suas implicações significativas se traduz no modo como passa a ser possível que o trabalho dos profissionais se torne mais visível, transparente e quantificável. Aliás, e numa lógica que em muitos aspectos fundamentais se afasta do tipo-ideal de burocracia definido por Weber, pode-se considerar que este tipo de controlo pós-burocrático “substitui a autoridade na hierarquia pela descentralização, a ênfase nas regras pela ênfase nos resultados e a concentração no método pela concentração nos efeitos” (Carvalho, 2009: 63).

Ora, é justamente no quadro de uma importante mudança dos regimes de regulação e de controlo institucional que se torna relevante discernir que implicações concretas é que decorrem destas reformas *managerialistas* no campo da saúde para os grupos profissionais, designadamente para a profissão médica, uma vez que a sua tradicional lógica da auto-regulação se torna insustentável face às exigências do escrutínio externo que estas orientações políticas comportam. Deste modo, e considerando o caso específico da reforma política que, a partir de 2005, imprimiu mudanças de grande alcance no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), importa não só identificar os novos enquadramentos organizacionais que daí resultaram, como também a natureza das reconfigurações que passam a pautar o trabalho médico no contexto da Medicina Geral e Familiar (MGF).

Nesta medida, um dos objectivos fundamentais deste capítulo consiste em sinalizar as mudanças concretas que, em termos práticos, instauraram novas práticas e procedimentos no âmbito desta especialidade médica, nomeadamente porque a entrada em cena do conceito de

*governança clínica*⁸⁹ não só sublinha a importância dos mecanismos de prestação de contas, mas também, e sobretudo, pressupõe a implementação de práticas que, ao privilegiarem a responsabilização pelo desempenho, introduzem mudanças concretas na gestão das actividades clínicas por parte dos profissionais.

E, de facto, tal assim ocorre dado que novas práticas como a implementação de padrões e *guidelines* clínicos, a acreditação dos novos enquadramentos organizativos que se estabelecem no quadro da contratualização de serviços, ou as próprias auditorias médicas – enquanto mecanismo de aferição da conformidade das práticas profissionais aos critérios, normas e indicadores contratualizados –, se afiguram como instrumentos estratégicos que permitem gerir a actividade clínica numa lógica que claramente se demarca do tradicional poder organizacional e discricionário de grupos relativamente autónomos. Desde logo porque estes se tornam agora passíveis de responsabilização pelo seu desempenho profissional (Hunter, 2006).

Se “tradicionalmente” a auto-regulação das actividades clínicas permitia que estas se tornassem invisíveis ao escrutínio público, no actual quadro de uma crescente orientação *managerialista* e de uma tendencial erosão da confiança pública nas profissões (Light, 1995; Timmermans, Oh, 2010; Correia, 2012b), a suspeição e as resistências à avaliação externa tornam-se dificilmente sustentáveis. De igual modo, também as tentativas de manutenção de formas de avaliação interna enquanto práticas privadas da actividade clínica (em lugar da internalização de iniciativas externas) vão-se tornando tendencialmente inviáveis (Power, 1999)⁹⁰, dando lugar a novos equilíbrios entre as profissões e o Estado, bem como a reformulações consideráveis do próprio profissionalismo

⁸⁹ Trata-se de uma concepção desenvolvida no quadro das iniciativas políticas *managerialistas* que, sobretudo no fim da década de 1990, foi implementada pelo governo trabalhista no Reino Unido. No fundamental, a *governança clínica* consiste num mecanismo que introduz a lógica da prestação de contas no âmbito das actividades clínicas (*clinical accountability*) e promove a utilização de critérios de gestão na forma como os serviços são organizados e providenciados (Calnan, Gabe, 2009: 66-68).

⁹⁰ A propósito de uma crescente padronização das práticas profissionais enquadradas por imperativos organizacionais que medem a qualidade do trabalho médico à luz do cumprimento de indicadores de resultados quantificáveis e contratualizados, o autor refere que “a auditoria médica não foi inicialmente concebida enquanto dispositivo de responsabilização pública, e os profissionais têm-se esforçado para manter o seu estatuto de ferramenta heurística que permita melhorar a prática da medicina. (...) As alterações do contexto da auditoria clínica fizeram com que os financiadores e os reguladores não estejam necessariamente preocupados com a qualidade dos cuidados clínicos *per se*, mas cada vez mais com os sistemas estabelecidos para garantir que a qualidade é desenvolvida e mantida” (Idem: 109).

ocupacional (Evetts, 2013), que passa a incorporar preocupações e critérios da agenda *managerialista*.

Assim sendo, e atendendo ao clima de escrutínio público, bem como à orientação ideológica para o *empowerment* dos utentes enquanto consumidores, torna-se notório o modo como a ênfase nos critérios da evidência científica passa, portanto, a constituir um elemento decisivo e uma componente formal das próprias orientações políticas (Lohr *et al.*, 1998; Harrison, Checkland, 2009), o que é bem visível ao nível da importância das NOC e no investimento em sistemas e tecnologias de informação que permitam a monitorização do cumprimento de vários instrumentos codificados que passam a enquadrar e a estabelecer critérios de avaliação mensurável da prática clínica diária.

Como se percebe, torna-se relevante explorar não só as reconfigurações que ocorrem a uma escala meso – isto é, ao nível dos modelos e enquadramentos organizativos que reformulam os CSP em Portugal – mas também, e fundamentalmente, a uma escala mais micro, nomeadamente ao nível das próprias práticas profissionais, sobretudo quando estas se envolvem e vinculam a modelos de gestão e a novos imperativos políticos. Nesta medida, pretende-se apresentar uma panorâmica⁹¹ do próprio percurso da reforma política dos CSP, de modo a salientar os aspectos e as inovações que introduzem novas lógicas de funcionamento, gestão e avaliação da qualidade e do desempenho profissional na especialidade de MGF.

No entanto, mais do que perspectivar as orientações políticas apenas como uma força externa com impactos persuasivos de carácter inelutável (Kuhlmann *et al.*, 2013), importa perceber como a mesma se integra e articula com o profissionalismo médico, sobretudo porque a recente reforma dos CSP é, em parte, impulsionada pela MGF, no sentido em que é marcada por uma intervenção precoce e bastante intensa destes especialistas. Esse envolvimento inscreve-se na sua estratégia de

⁹¹ A opção por não aprofundar uma análise sobre o processo da reforma política dos CSP justifica-se por três ordens de razões. Em primeiro lugar, porque não sendo este o objecto de estudo desta investigação, não se justificaria empreender uma incursão que fosse para além de um exercício de contextualização; em segundo lugar, porque qualquer descrição mais detalhada ou qualquer aprofundamento mais substantivo desse processo seria redundante, tendo em conta a existência de vários trabalhos publicados que respondem mais concretamente a esse objectivo, ora dando conta da trajectória desse processo, ora explorando algumas das suas dimensões mais específicas (Branco, Ramos, 2001; Sousa *et al.*, 2001; Rocha, Sá, 2011; Miguel, 2010; Biscaia, 2006; Teixeira, 2012); e por fim, porque o que aqui assume prioridade analítica é a discussão de algumas das implicações desse processo para a realidade profissional da MGF, designadamente ao nível de alguns fundamentos do seu profissionalismo.

afirmação e valorização profissional, pelo que a vinculação voluntária à lógica da *governança clínica* se constitui como um traço importante deste processo. Claro que as vicissitudes do desenvolvimento político da reforma e da sua operacionalização – nomeadamente por parte dos órgãos tutelares – não foram inócuas nos seus resultados práticos, pelo que importa perceber o alcance e a natureza dos efeitos perversos do *managerialismo* ao nível dos próprios fundamentos ideológicos que subjazem à retórica profissional da MGF como especialidade distintiva.

O PERCURSO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL: BREVE ENQUADRAMENTO DA REFORMA

Traçar a genealogia dos cuidados de saúde primários em Portugal implica reconhecer alguns momentos e etapas decisivas que funcionam como “pontos de passagem” obrigatórios para se compreender a natureza de uma trajectória legal e institucional de pouco mais de cinco décadas. Assim, e apesar de não pretender descrever com qualquer espécie de detalhe exaustivo o percurso factual dos cuidados de saúde primários no âmbito das políticas públicas de saúde em Portugal⁹², nem inventariar com minúcia o traçado histórico do processo de institucionalização da MGF como especialidade médica, algumas referências relativas a essas inovações e transformações dinâmicas são, contudo, indispensáveis.

Mesmo que o teor do olhar retrospectivo a empreender se confine, portanto, a um rápido e sintético balanço cronológico, o importante é que a partir deste se possa estabelecer uma visão compreensiva desse percurso com o objectivo específico de encontrar, em algumas das etapas mais decisivas destes desenvolvimentos, os elementos que permitam dar sentido às tendências recentes em matéria de reconfigurações organizacionais dos CSP. Isto não significa pressupor a existência de uma linha de orientação de direcção teleológica, mas denota, isso sim, uma tentativa analítica de discernir em que medida as transformações e os desenvolvimentos políticos nesta área da saúde se articulam com a afirmação profissional da MGF e com a construção de uma identidade ocupacional distintiva.

⁹² No âmbito da investigação sociológica em Portugal, é de destacar o trabalho de Paula Page (1998) sobre as orientações e as tendências que estiveram subjacentes aos *tempos políticos* que marcaram o desenvolvimento das políticas públicas de saúde em Portugal, entre 1940 e 1990 (Carapinheiro, 2006: 138-145).

Com efeito, se se atender ao conjunto de circunstâncias políticas, nomeadamente já no quadro do regime democrático, que pautaram os rumos políticos resultantes das iniciativas governamentais em matéria de reformas de saúde, é possível considerar, por um lado, uma certa precocidade marcada por um discurso orientado para a valorização estratégica dos CSP, e, por outro, uma prática que foi sendo reiteradamente dissonante com esse estatuto de centralidade política, no sentido em que o Estado foi investindo de forma irregular e pouco consequente nos CSP imprimindo, em consequência disso, ritmos reformistas de alcance e velocidade variáveis.

Em termos mais específicos, pode-se sustentar que as preocupações assistenciais, designadamente de tipo sanitaria, remontam à primeira metade do século XX – mais particularmente à década de 1940 –, uma vez que é durante esse período que é edificada a matriz básica da saúde através de uma ampla produção legislativa no domínio da assistência (Ferreira, 1990; Carapinheiro, 2006; Teixeira, 2012). Contudo, muitos dos avanços mais substantivos que se concretizaram no âmbito deste domínio específico de intervenção ocorreram a partir da década de 1970, designadamente no quadro da reforma da saúde de 1971 (a também conhecida “reforma Gonçalves Ferreira” ou terceira reforma da saúde). Esta é, com efeito, consensualmente reconhecida como uma iniciativa de grande inovação e pioneirismo, desde logo por ter antecipado o fundamental das orientações estratégicas e das principais linhas programáticas preconizadas pela Declaração de Alma-Ata (de 1978)⁹³ – concretamente

⁹³ Esta Declaração, resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários realizada em Alma Ata (Cazaquistão, ex-URSS), inscreveu os CSP como um elemento central dos sistemas de saúde e fê-los equivaler a instrumentos de desenvolvimento económico e social das comunidades (Miguel, 2010). Aliás, este desiderato não só não perdeu actualidade, como a urgência normativa deste horizonte está hoje claramente amplificada por organizações como a Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 2008 publicou um relatório intitulado *Primary Health Care: Now more than ever*, que procura, justamente, reforçar a centralidade dos CSP nos sistemas de saúde (Vital, Teixeira, 2012). A propósito da centralidade dos CSP, estes mesmos autores suportam a fundamentação do carácter estratégico desse investimento fazendo referência à publicação de um relatório da Rede para a Evidência em Saúde (HEN – *Health Evidence Network*), de 2004, que baseando-se “numa revisão de estudos sobre a contribuição dos CSP para a saúde das populações, conclui que os países com um sistema forte de cuidados primários apresentam melhores resultados em saúde nos itens de “mortalidade por todas as causas”, “mortalidade prematura por todas as causas” e “mortalidade prematura por causas específicas” associadas às doenças cardiovasculares e respiratórias. Além disso, uma maior disponibilidade de CSP está associada a uma maior satisfação dos utentes e à redução de custos” (Idem:10).

a ideia de centrar o sistema de saúde na rede prestadora de cuidados primários –, mas também por ter estabelecido as opções doutrinárias que enformaram o desenvolvimento do sistema de saúde (Teixeira, 2012: 9), designadamente em termos da definição de uma política nacional de saúde e da estruturação de um sistema de cuidados que tinha como a infra-estrutura organizacional fundamental dos CSP os centros de saúde (Branco, Ramos, 2001)⁹⁴.

Com efeito, os centros de saúde (CS), também designados de “1.ª geração”, foram uma das vertentes inovadoras que inauguraram uma reconfiguração institucional considerável nos CSP, embora estes tenham estado, principalmente durante uma primeira fase, muito associados à saúde pública (através de actividades como a vacinação, a vigilância de saúde da mulher, da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental). O seu perfil de actuação estava sobretudo ligado à prevenção e ao acompanhamento de alguns grupos de risco (Branco, Ramos, 2001), até porque nesta fase a clínica geral não estava prevista como especialidade médica. É somente em 1983 que se opera uma reformulação mais profunda e efectiva do modelo organizativo dos CS, concretamente através da integração destes com os postos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência⁹⁵ e com os hospitais concelhios.

Os centros de saúde integrados, ou de “2.ª geração”, tiveram, assim, a particularidade de enquadrar a “recém-criada” carreira médica de clínica geral (1982) e de se traduzirem na fusão das várias vertentes assistenciais extra-hospitalares o que, na prática, e segundo Branco e Ramos (2001), deu azo ao desenvolvimento de duas culturas organizacionais distintas marcadas, em especial, por dificuldades de relacionamento entre os médicos da “caixa” e os “novos” clínicos (Teixeira, 2012: 12). Deste modo, e não obstante o incremento de racionalização na prestação de cuidados propiciado pelo processo de integração, este

⁹⁴ Até à reforma de 1971 e, portanto, até ao reconhecimento formal do direito à saúde, os três tipos de “instituições” que asseguravam os cuidados médicos eram a assistência caritativa para os pobres e indigentes; os Serviços Médico-Sociais (SMS) para os trabalhadores e suas famílias; e a medicina privada e liberal, pelo que era ainda bastante vincada a deficiente cobertura médica à população (Sousa *et al.*, 2001).

⁹⁵ Esta rede de cuidados era assegurada através das contribuições obrigatórias dos trabalhadores por via do mecanismo de desconto nos salários e visava a assistência aos trabalhadores e suas famílias (Ferreira, 1990: 471). A ligação entre serviços prestadores (Serviços Médico-Sociais) e serviços pagadores (Caixas de Previdência) deu origem aos chamados “médicos da caixa” (Teixeira, 2012: 8).

modelo organizativo acabou por não conseguir melhorar de forma consistente os resultados do modelo anterior, mas acentuou os traços centralistas da tutela, dando origem à insatisfação e desmotivação de muitos profissionais de saúde (Branco, Ramos, 2001: 6). Aliás, é justamente a intensificação dessa dependência face aos mecanismos de racionalização político-administrativa levados a cabo pelo Estado que, em grande medida, vai estar na origem de várias iniciativas de reflexão sobre a reorganização dos CSP em Portugal, sendo que a mais visível e emblemática foi protagonizada pela Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG)⁹⁶, que verteu num documento síntese as propostas políticas desta associação para o desenvolvimento desta especialidade médica intitulado “Um futuro para a medicina familiar em Portugal”, ou o também designado “Livro Azul” (APMCG, 1991).

Assim, e para além de uma crescente dependência dos CS face ao controlo do Estado, acabou por se reforçar também a sua posição periférica, no sentido em que se foram tornando notórios os contrastes entre, por um lado, os discursos políticos que sempre enfatizaram as virtudes dos CSP enquanto componente estratégica e prioritária que os confirmava como a base do sistema de saúde e, por outro lado, as práticas concretas de efectivo desinvestimento político, sobretudo quando comparado com a maior aposta nos cuidados hospitalares, nomeadamente ao nível da prioridade concedida em termos dos recursos técnicos, materiais e humanos (Branco, Ramos, 2001: 7-8). A propósito, precisamente, do aprofundamento da contradição entre a produção legislativa e as práticas de desinvestimento nos CSP em benefício do reforço da centralidade do hospital no sistema de saúde, Carapinheiro (2006) desenvolve uma linha de argumentação que chama a atenção para os seguintes aspectos:

“(...) O Serviço Nacional de Saúde criou os centros de saúde, investidos desta estratégia de cuidados, mas não os pôs em prática, porque só em 1982 se iniciou a sua regulamentação e se criou a carreira médica de clínica geral/medicina familiar que formava os recursos humanos para os implementar (Decreto-Lei n.º 310/82 de 3 de Agosto de 1982). Por outro lado, só em 1983 foram extintos os Serviços

⁹⁶ Esta Associação de representação socioprofissional dos médicos de Clínica Geral foi criada em 1983, tendo sido “rebaptizada” em finais de 2011 como Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), sendo esta a sua actual designação.

Médico-Sociais, postos de consulta das caixas de previdência criados pelo Estatuto de Assistência, em 1963 (Decreto-Lei n.º 2120 de 19 de Julho de 1963), tendo sido integrados nos novos centros de saúde, entretanto já criados, mantendo o hospital a posição de centralidade que sempre deteve na organização dos serviços de saúde em Portugal” (Idem: 144).

Segundo a autora, estas circunstâncias concorreram para a cristalização de posições estruturais diversas na divisão do trabalho que se traduzem em poderes desiguais e autoridades diferenciadas no sistema de saúde, bem como na desqualificação dos saberes e competências de uma especialidade médica cuja “juventude” não a dota de igual modo dos “atributos de prestígio e poder acumulados pelos médicos hospitalares e sobre a base de uma cultura hospitalocêntrica, que sempre atravessou e ainda atravessa o sistema de saúde português” (Idem: 151-152).

De resto, e nesta mesma linha de argumentação, também Teixeira (2012) chama a atenção para as efectivas dificuldades de reconhecimento social desta especialidade, dadas as ressonâncias históricas que ainda tendem a associar, no plano representacional, esta “recente” especialidade médica a lugares de menoridade científica, como é concretamente o caso das “caixas” (Teixeira, 2012: 100)⁹⁷.

Em face desta importante assimetria estrutural, não surpreende que desde cedo a trajectória de afirmação profissional desta nova especialidade médica tivesse sido marcada por vários constrangimentos que foram sublinhando a dependência relativamente ao controlo do Estado e que, por consequência, foram também alimentando a já referida insatisfação e desmotivação dos profissionais com a gestão centralizada nas sub-regiões e nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), com a

⁹⁷ Fazendo eco das palavras de Miller Guerra – que entre outros atributos, foi um dos principais subscritores e relatores do Relatório das Carreiras Médicas de 1961 (Ferreira, 1990: 529-532; Costa, 2007: 360-371) – Teixeira (2012) procura sinalizar as razões que, desde muito cedo, levaram a que este prestigiado médico encontrasse uma justificação para a demarcação muito considerável entre os CS e os hospitais. Assim, e conforme refere, “logo após a criação do CS, Miller Guerra (1972) considerava que as razões para o prestígio do hospital residiam na história desta instituição como símbolo da medicina moderna, centro de ensino, diagnóstico e tratamento especializado. E questionava-se: “em face do status do médico hospitalar, que oferecem os SMS, as Caixas?” (Guerra, 1972, 240), respondendo em seguida que não passavam de um lugar modesto, sem ganhos e sem horizontes, porque não comportam aperfeiçoamento e ascensão, e, por isso, sem prestígio. As caixas oferecem um emprego, os hospitais uma carreira” (Teixeira, 2012: 102).

desproporção entre os CSP e os cuidados hospitalares, mas também com o próprio sistema de remuneração.

Nesta medida, começa a verificar-se, concretamente a partir da década de 1990, uma crescente intensificação dos debates sobre a reorganização dos CSP e sobre os modelos organizativos potencialmente mais inovadores e adequados à concretização destas ansiadas mudanças. Em particular a partir de 1996, para além da reflexão e dos posicionamentos críticos relativamente à situação em que se encontrava a clínica geral, começam a ser ensaiadas iniciativas experimentais que efectivamente introduzem novos pressupostos, mas também novas práticas no âmbito da realidade organizacional desta especialidade, designadamente ao nível remuneratório.

Com efeito, partira dos profissionais os projectos de mudança com vista à procura de formas de organização mais flexíveis e de sistemas remuneratórios dependentes do desempenho, destacando-se dessas várias iniciativas o “Projecto Alfa” (1996-1998), o “Regime Remuneratório Experimental” (RRE) (1998-2005), e o projecto “Tubo de Ensaio” (1998-2004) (Miguel, 2010: 366-374; Ferreira *et al.*, 2010: 443-446; Teixeira 2012: 12-14).

No primeiro caso, tratou-se de uma primeira iniciativa implementada na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, tendo sido impulsionada pelos profissionais dos centros de saúde, com o propósito de testar novos modelos de trabalho. Quinze equipas aderiram ao projecto tendo em vista utilizar as condições e os meios de trabalho de forma a melhorar a acessibilidade e a qualidade dos cuidados, nomeadamente através do aumento da lista de utentes e do alargamento do horário de atendimento.

Em relação ao RRE, este surge na sequência da experiência anterior e destina-se aos médicos da carreira de clínica geral. Assenta na premissa de criar um modelo legal que permita implementar um sistema retributivo que discrimina positivamente os médicos através de critérios explícitos de desempenho ao nível do aumento da acessibilidade e da melhoria dos serviços prestados. A autonomia de gestão que este regime proporcionava tinha como implicação o cumprimento de algumas condições específicas em termos de constituição das equipas, das suas formas de funcionamento e de planeamento, bem como na própria constituição das listas de utentes e dos critérios de remuneração.

No que diz respeito ao projecto “Tubo de Ensaio”, corresponde a um outro modelo organizativo dos CSP e que neste caso foi o resultado de

um protocolo celebrado entre o Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto e a Administração Regional de Saúde do Norte. O que este projecto previa era a criação de um novo centro de saúde (centro de saúde de São João), que passaria a assegurar cuidados a cerca de 20 mil utentes, bem como a permitir a formação pré e pós-graduada no âmbito desta especialidade. Quanto ao financiamento do projecto, este seria feito por uma capitação por cada utente inscrito, sendo que o valor compensatório era atribuído ao Departamento de Clínica Geral e não aos profissionais. Em 2002 o projecto é reformulado no sentido de rever os valores acordados, tendo sido aumentado o valor da capacitação de forma a assegurar a viabilidade financeira do mesmo.

No quadro desta dinâmica de debate e de reflexão suscitada pelos próprios profissionais, mas também de implementação de novos modelos experimentais em termos organizativos, emergem, também, algumas iniciativas governamentais que visam introduzir alterações no sistema, concretamente por via da ideia dos CS de 3.^a geração. No essencial perspectivava-se uma alteração do enquadramento normativo dos CS, dando-lhes autonomia administrativa e financeira. Em 1999, o Governo empreendeu, de facto, algumas iniciativas no sentido da reorganização dos CSP, embora se tenham verificado várias inflexões decorrentes das mudanças de ciclos governativos e das alterações das respectivas tutelas ministeriais (e que se traduziram numa sucessão de revogações de Decretos-Lei aprovados entre 1999 e 2005), o que na prática implicou que, até à implementação da reforma de 2005, os CS continuaram a operar segundo o regulamento de 1983 (Miguel, 2010: 362).

Com efeito, e apesar de em bom rigor a terceira geração de CS não se ter concretizado, os princípios que foram plasmados no diploma legal de 1999 (Decreto-Lei n.º157/99) introduziam várias inovações substantivas em termos organizacionais, na medida em que previam, para os CS de maior dimensão, a atribuição de um novo enquadramento que conferia

“(...) personalidade jurídica e autonomia administrativa, técnica e financeira, bem como a possibilidade de organização por pequenas equipas multidisciplinares tecnicamente autónomas, mas interligadas, o que permitiria ter em conta critérios de desempenho nas remunerações dos profissionais, particularmente as dos médicos (...). Esses critérios tinham sido já anteriormente previstos no RRE dos médicos de clínica geral, em que a remuneração seria baseada numa

capacitação ajustada aos doentes inscritos nas listas de cada médico, ponderada por um número seleccionado de factores de desempenho. Estes pequenos grupos de profissionais originariam novos modelos de trabalho associados a formas de retribuição mais adequadas, ligadas ao desempenho e à complexidade das tarefas desenvolvidas, sendo ainda responsáveis por dar resposta personalizada à procura dos doentes inscritos” (Silva, 2011: 61-62).

À luz desta breve descrição, é possível sustentar que estes vários modelos funcionaram como uma espécie de prólogo à reforma dos CSP encetada em 2005, na medida em que os pressupostos em que esta se ancorou privilegiaram, acima de tudo, a adopção de um sistema de incentivos cuja lógica reflectia a importância estratégica da contratualização. Os principais mecanismos desta reforma basearam-se, sobretudo, na introdução de mecanismos de financiamento relacionados com as necessidades em saúde e dependentes do desempenho, na contratualização dos serviços, em princípios de promoção da autonomia organizacional dos prestadores e no desenvolvimento de competências de gestão a vários níveis (Ferreira *et al.*, 2010).

Tendo em conta esta trajectória, não será, portanto, surpreendente que o advento desta reforma tenha sido bem acolhido, e até aclamado (Biscaia, 2006), junto dos médicos de clínica geral. Esta foi entendida como uma oportunidade estratégica para reformular e valorizar os CSP através de “um corte profundo com o passado e com aquela que tem vindo a ser a filosofia e a prática dos cuidados de saúde em Portugal e na qual foram enformadas sucessivas vagas de políticos, administradores e profissionais de saúde” (Biscaia: 2006: 68). Com efeito, a orientação desta reforma política beneficiou de uma ampla receptividade e de um elevado entusiasmo, uma vez que em vários aspectos essenciais as premissas desta reforma se revelaram convergentes não só com a vontade de mudança que as anteriores iniciativas de inovação organizacional já expressavam sem grandes ambiguidades, mas também, e sobretudo, com o teor das ideias e dos princípios que, pelo menos desde 1991, vinham sendo conceptualmente maturadas pelos próprios profissionais, como o atesta o já referido documento “Um futuro para a Medicina de Família em Portugal” (APMCG, 1991).

Esta coalescência de perspectivas é, por exemplo, bem visível nas palavras de Biscaia (2006), que numa altura ainda inicial da implementação

da reforma afirma que “o caminho que se parece adivinhar para a evolução da reforma em Portugal parece beber das duas abordagens. Demonstra-se a vontade política ao criar uma Missão para efectivar a reforma e entrega-se essa reforma a profissionais de saúde do terreno; apoia-se um modelo e uma agenda de mudança que se inspira num projecto debatido ao longo de 15 anos; abre-se a discussão e consensualizam-se medidas; e criam-se as condições para que os profissionais se organizem de modo autónomo” (Biscaia, 2006: 73).

Com efeito, a criação, por resolução do Conselho de Ministros⁹⁸, de uma Missão para os CSP (MCSP) com o objectivo explícito de esta conduzir o projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e de implementação de modelos inovadores de organização e gestão de cuidados, como o são, em particular, as unidades de saúde familiar (USF), sublinha o já referido alinhamento entre a iniciativa governamental e as pretensões de mudança organizacional preconizadas pelos profissionais.

A este título, não só é relevante o facto de ter sido escolhido para liderar a MCSP o então presidente da APMCG, Dr. Luís Pisco, mas também o facto de que a concretização dos principais objectivos da MCSP ao nível da melhoria da acessibilidade, qualidade e eficiência dos cuidados contemplava a incorporação de alguns princípios com um claro *pedigree managerialista*. Em termos mais concretos, tal significa que a concretização desta reforma pressupunha uma clara vinculação à lógica da contratualização, designadamente através da implementação de critérios de qualidade, da criação de infra-estruturas de informação e sobretudo através do reforço do papel dos departamentos de contratualização (ex-agências de contratualização) no âmbito das ARS (Escoval, 2010; Silva, 2011).

Assim, e depois de uma fase de maior “experimentalismo” (fundamentalmente entre 1996 e 2001) que foi marcada por várias iniciativas inovadoras de gestão tanto no âmbito dos CSP, como a nível hospitalar (Ferreira *et al.*, 2010), a contratualização emerge com um novo fulgor e efectividade a partir de 2005. Trata-se de um aspecto que, em termos mais gerais, evidencia a configuração de uma tendência política claramente convergente com muitas das opções que, de forma crescente, vão estando subjacentes às políticas reformistas encetadas em vários países,

⁹⁸ A Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 determina a criação de uma estrutura de Missão para a reforma dos cuidados de saúde primários e nomeia o coordenador da mesma.

nomeadamente ao nível das lógicas da contratualização nos CSP (Escoval, Ribeiro, Matos, 2010).

Se é verdade que, em bom rigor, o interesse político por parte dos Estados pelos CSP e pelos profissionais desta área de cuidados, nomeadamente os especialistas de MGF, não é totalmente novo (Calnan, Gabe, 1991)⁹⁹, não deixa, contudo, de ser notória a ênfase estratégica que lhe vai sendo crescentemente atribuída, ao ponto de estar hoje amplamente disseminado um largo consenso quanto à importância da sua centralidade, fazendo associar os CSP não só ao próprio bem-estar económico e social (Afonso, 2010), mas também ao nível da sustentabilidade dos sistemas de saúde (Escoval, Ribeiro, Matos, 2010). Nesta medida, verifica-se uma tendência generalizada para a utilização da contratualização independentemente do tipo de sistema de saúde (*beveridgiano, bismarckiano*, ou de livre escolha e de competição), o que salienta a utilidade governativa que é conferida aos CSP para superar restrições financeiras e para assegurar níveis de maior eficiência na alocação de recursos.

Segundo esta linha de raciocínio, a contratualização tende, actualmente, a suscitar um consenso relativamente generalizado, na medida em que frequentemente se sustenta que os “países com melhor desenvolvimento nos CSP tendem a ter uma melhor saúde das populações a um menor custo, permitindo, por exemplo, uma utilização mais restrita das tecnologias de base hospitalar ou a gestão de problemas de saúde a longo prazo. Constituem-se, ainda, altamente significativos na modulação das opções de investimento futuro dos Governos” (Escoval, Ribeiro, Matos, 2010: 42).

Especificamente no caso português, e, de resto, tal como já sugerido nas considerações anteriores, houve, efectivamente, uma revitalização da contratualização a partir de Outubro de 2005, ou seja, com o início de um novo ciclo político encetado pela respectiva tutela no quadro do XVII Governo Constitucional. Pode-se, portanto, considerar que, com o advento deste ciclo político, deu-se um impulso reformista que passa a conceber a contratualização como o instrumento privilegiado para a sustentabilidade e melhoria da qualidade do sistema de saúde, o que implicou, em termos

⁹⁹ No Reino Unido esse “interesse” remonta especificamente à década de 1980, período em que por razões económicas, políticas e ideológicas, se vão multiplicando as pressões *managerialistas* e se vão instituindo vários mecanismos de maior regulação do trabalho dos profissionais (os GP) por via dos imperativos da qualidade e da eficiência (Calnan, Gabe, 1991: 150-153).

práticos, uma aposta reforçada nas agências de contratualização; um investimento claro na reforma dos CSP, e a promoção de modelos inovadores de organização e gestão de cuidados, nomeadamente as USF e, mais tarde, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

De acordo com a lógica e com os requisitos deste enquadramento específico, fica definido que os contratos estabelecidos no sector público do SNS são operacionalizados entre os Departamentos de Contratualização (ex-Agências de contratualização) e os serviços de saúde, ficando determinado, através de mecanismos de negociação, os objectivos, o modelo de monitorização do desempenho e a metodologia de avaliação final. Relativamente aos resultados práticos decorrentes da contratualização no contexto nacional, Escoval (2010) argumenta que

“as agências de contratualização, apesar de recentes, desenvolveram um importante trabalho orientado para a identificação de necessidade de base populacional, para a análise de produtividade e para a negociação orientada por critérios de adequação, eficiência e qualidade, formalizando acordos através dos orçamentos-programa ou de contratos-programa. A par desta actividade, as ACSS foram desenvolvendo um conjunto de indicadores, definindo metodologias e constituindo equipas, que lhes permitissem, dum modo simples, transparente e rigoroso, efectuar o acompanhamento dos serviços de saúde no que respeita ao cumprimento do acordado/contratado” (Idem: 16).

De facto, e como se percebe, a contratualização constituiu-se como o aspecto mais estruturante da reforma dos CSP e, como tal, passou a ser responsável pela introdução e aprofundamento de um conjunto de princípios que rapidamente se tornaram imperativos na concretização da reconfiguração organizativa dos centros de saúde, concretamente quando a concessão de mais autonomia e flexibilidade organizacional para o desempenho do trabalho profissional passou também a implicar a incorporação de critérios de gestão, de responsabilização pela melhoria contínua da qualidade em função de metas e padrões de desempenho e pela avaliação dos resultados assistenciais obtidos. Deste modo, as próprias modalidades de pagamento (um dos importantes aspectos diferenciadores que, por contraste às anteriores condições de trabalho dos clínicos gerais, foi tornado possível por esta reforma) passam a depender de mecanismos de transparência e publicitação de resultados, em função de

níveis de cumprimento de resultados estabelecidos à luz de um sistema de indicadores padronizados (Ferreira *et al.*, 2010).

Em termos mais concretos, e de modo a ser possível sinalizar a amplitude das mudanças suscitadas pela implementação de um novo modelo organizativo, importa caracterizar o próprio modelo das USF, não só por se ter tornado a face mais visível da reforma dos CSP, mas por se constituir como um dos pilares fundamentais do processo de mudança. Assim, ao nível dos seus princípios básicos, as USF pressupõem a constituição de pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas; um grau elevado de autonomia organizacional em termos funcionais e técnicos; a contratualização de uma carteira básica de serviços; bem como um sistema retributivo que premeia a produtividade e os resultados que traduzem melhorias quanto ao aumento da acessibilidade e da qualidade dos cuidados de saúde.

De facto, e embora nele não se esgote¹⁰⁰, a introdução de um processo de contratualização com as USF constituiu-se como um dos pontos fundamentais do processo de mudança encetado pelo XVII Governo Constitucional no âmbito da Reforma dos CSP, dado que a dinamização gerada por este novo enquadramento político traduziu-se numa rápida adesão de muitos profissionais a esta reestruturação, nomeadamente por via da preparação e apresentação das suas candidaturas para a constituição voluntária de equipas multiprofissionais. Estas tinham como pressuposto normativo uma lógica de funcionamento mais autónomo e baseado em novos modelos de gestão mais flexíveis e “desburocratizados”, o que, em alguma medida, vinha em linha de continuidade com as experiências ensaiadas em torno dos anteriores modelos-piloto, como o Projecto Alfa ou o RRE.

Neste sentido, e no âmbito da tutela, o Ministro da Saúde, António Correia de Campos, acabou por ser um dos principais promotores e facilitadores deste processo, não só porque muitas das suas iniciativas criaram as condições legais para a operacionalização de várias reconfigurações institucionais e organizacionais, mas também porque a sustentação dos fundamentos da sua iniciativa política – retratando um sistema de CSP dispendioso, ineficiente, inequitativo e gerador de insatisfação

¹⁰⁰ Numa primeira fase, ou seja, antes de terem sido constituídos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), a contratualização foi fundamentalmente desenvolvida entre as Administrações Regionais de Saúde (ARS) (através dos seus Departamentos de contratualização) e as USF.

nos profissionais e utentes – convergiram com a visão dos profissionais, reforçando, deste modo, o seu envolvimento e a sua adesão. Aliás, segundo as suas próprias palavras, “as USF não foram invenção de nenhum governo, são um produto da inteligência, experiência e não resignação de um conjunto de médicos de família. Partiu de alguns deles o conceito, o desenho, a flexibilidade do modelo, a fórmula de implantação e até a antevisão de obstáculos” (Campos, 2008: 92).

Com efeito, a multiplicação de candidaturas logo nos primeiros anos (concretamente a partir de finais de 2006, ou seja, antes da implementação do próprio regime jurídico definitivo de organização e funcionamento das USF, que ocorre em 2007) reflecte uma forte adesão aos incentivos à contratualização de responsabilidades e de contrapartidas para os prestadores de cuidados, concretamente nas dimensões relativas ao acesso, ao desempenho assistencial, à qualidade percebida e ao desempenho económico, tendo sempre como base uma matriz definida de indicadores (Ferreira *et al.*, 2010). As candidaturas implicavam, portanto, a apresentação e discussão dos objectivos, do modelo funcional e do plano de actividades proposto e incluíam um plano de acção definidor do compromisso assistencial, bem como de aspectos práticos de funcionamento, nomeadamente o horário, o sistema de marcação, atendimento e orientação dos utentes, o modo de renovação das prescrições, a inter-substituição entre profissionais e a aceitação de recolha de informação que permita proceder a uma avaliação do desempenho (Miguel, 2010).

A partir de 2007 não só é implementado o já referido regime jurídico definitivo de organização e funcionamento das USF, mas também um dos aspectos mais inovadores da reforma e que diz respeito ao regime de incentivos e sistema remuneratório dos profissionais, nomeadamente os que inserem nas USF de modelo B¹⁰¹, dado que é o modelo que

¹⁰¹ Em função do grau de desenvolvimento organizacional, foram previstos três modelos de USF (A, B e C), embora o último (modelo C) tenha sido considerado um modelo experimental que, de facto, nunca chegou a ser implementado. Relativamente aos modelos A e B, embora tenham em comum o facto de implicarem um sistema de contratualização que pressupõe uma lógica de diferenciação salarial ou de incentivos institucionais, distingue-os o facto de o primeiro (modelo A) remeter para um processo de desenvolvimento do trabalho em equipa sem alterações substanciais das remunerações, a não ser as decorrentes da contratualização de uma carteira adicional de serviços e o cumprimento de metas que se traduzem em incentivos institucionais, enquanto o segundo (modelo B) já estabelece uma relação mais evidente e efectiva entre desempenho e remuneração, tendo em conta níveis de desempenho mais exigentes em função do seu “amadurecimento organizacional” (Miguel, 2010: 376; Teixeira, 2012: 108).

implica uma efectiva alteração do sistema remuneratório ao vinculá-lo directamente ao desempenho. Como se pode ver no quadro abaixo, trata-se de um modelo que estabelece a atribuição de um pagamento adicional pela prestação de cuidados domiciliários e pelo alargamento de horário e, sobretudo, pela consideração de unidades ponderadas de acordo com a idade dos utentes ou com a pertença a grupos vulneráveis (Miguel, 2010: 377).

Quadro 2 – Sistema Remuneratório Mensal nas USF Modelo B

	Médicos	Enfermeiros	Administrativos
Base	Correspondente à remuneração em dedicação exclusiva e regime completo da categoria e escalão respectivo.	Correspondente à remuneração em regime completo da categoria e escalão respectivo.	
Lista de Utes	Pagamento por cada unidade contractualizada (UC) acima da dimensão mínima da lista de utentes, até ao máximo de 9 UC (234€ para as primeiras 6 e 130€ para as seguintes).	Acréscimo de 100€ por cada UC acrescida até ao máximo de 9 UC.	Acréscimo de 60€ por cada UC acrescida até ao máximo de 9 UC.
	Incentivo individual a ser pago a cada médico.	Incentivo a ser dividido em partes iguais entre todos os enfermeiros.	Incentivo a ser dividido em partes iguais entre todos os administrativos.
Actividades específicas	130€ por cada UC completa (até ao máximo de 20 por médico).	n.a.	
	Este incentivo é calculado com base na actividade de todos os médicos e dividido igualmente por todos.		
Cuidados domiciliários	30€ por domicílio (até ao máximo de 20).	n.a.	
Alargamento de horário	180€ por hora semanal nos dias úteis; 235€ nos restantes.	89€ por hora semanal nos dias úteis; 115€ nos restantes.	50€ por hora semanal nos dias úteis; 65€ nos restantes.
	Incentivo a ser dividido em partes iguais por todos os médicos.	Incentivo a ser dividido em partes iguais por todos os enfermeiros.	Incentivo a ser dividido em partes iguais por todos os administrativos.
Incentivos financeiros	n.a.	Até 3600€ por enfermeiro por ano.	Até 3600€ por administrativo por ano.

n.a. – não aplicável

Fonte: Miguel (2010)

Subjacente a estes modelos está, com efeito, uma componente económica importante, desde logo porque para se concretizarem os incentivos institucionais torna-se necessário, entre outros requisitos, que se efective uma diminuição do valor da despesa, designadamente com medicamentos prescritos e com meios complementares de diagnóstico e terapêutica

(MCDT)¹⁰². Aliás, os requisitos dos incentivos institucionais são, na verdade, muito concretos e rigorosos, uma vez que a sua atribuição

“depende da avaliação obtida em 15 indicadores¹⁰³ (previamente seleccionados de entre um conjunto de 49), 13 dos quais devem ser comuns a todas as USF. A selecção deve ser distribuída entre os indicadores de acesso (4), de desempenho assistencial (8), de qualidade percebida (1) e de desempenho económico (2). Os indicadores são variáveis quantificáveis como a taxa de visitas domiciliárias médicas, a percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos 6 meses, a percentagem de utilizadores satisfeitos ou muito satisfeitos, ou o custo médio de medicamentos prescritos por utilizador” (Miguel, 2010: 378).

Relativamente à avaliação do cumprimento dos indicadores, estes são classificados com base em intervalos de cumprimento, sendo que cada patamar do intervalo corresponde a uma pontuação (Afonso, 2010). Assim, e para cada indicador seleccionado,

“é atribuída uma pontuação (entre 0 e 2) dependente do grau de alcance do objectivo contratualizado. Para receber o incentivo institucional, a USF deve alcançar 7 em 8 pontos possíveis nos parâmetros de acessibilidade, 14 em 16 no que respeita ao desempenho assistencial, e a totalidade dos pontos atribuíveis na categoria

¹⁰² A aposta estratégica nas USF foi sublinhada por via da valorização dos seus impactos positivos em termos orçamentais. Com base nos resultados de um estudo da Associação Portuguesa de Economia da Saúde, António Correia de Campos faz uma avaliação positiva quanto aos resultados e às potencialidades desta nova orientação reformista, pois conforme argumenta, “a conclusão do estudo apontava para impacte financeiro global positivo. A implementação de 34 USF em 2007, por comparação com centros de saúde convencionais, teve um impacto orçamental de redução das despesas na ordem dos 9 milhões de euros por ano, a preços de 2007” (Campos, 2008: 99).

¹⁰³ No início do processo (em 2007), cada USF contratualizou com o seu Departamento de Contratualização 20 indicadores para a Carteira Base de Serviços e um indicador por cada actividade desenvolvida num âmbito de Carteira Adicional de Serviços. Desses 20 indicadores que estavam inicialmente previstos, 15 deveriam ser comuns a todas as USF e os restantes cinco seleccionados pelas USF dentro dos indicadores disponibilizados para o desempenho assistencial. Contudo, a Portaria n.º 301/2008, que veio regulamentar o processo de contratualização e de atribuição de incentivos às USF, modificou estes pressupostos, pelo que, em vez de 20 indicadores, as USF passaram a contratualizar 15, sendo 13 comuns a todas as USF e dois a seleccionar por cada uma delas (Afonso, 2010: 60-62).

de satisfação dos utentes e desempenho económico. Se não cumprir todos estes objectivos mas cumprir pelo menos um indicador de desempenho económico e tiver 80% dos pontos possíveis a USF receberá metade do incentivo institucional” (Miguel, 2010: 378).

Para além do imperativo segundo o qual a atribuição dos incentivos institucionais só se concretiza quando as USF obtêm a pontuação necessária nas quatro classes de indicadores, de modo a garantir que existe um equilíbrio no seu desempenho global, outros aspectos que também se destacam dizem respeito à obrigatoriedade da produção de relatórios anuais por parte das USF (no âmbito da monitorização dos indicadores levados a cabo pela ACSS) onde deve constar a sua reflexão sobre o desempenho e a explicitação dos motivos que justificam os resultados obtidos, bem como a progressiva implementação de um Plano de Auditoria Interna, com vista a um processo de auto-avaliação (Afonso, 2010: 62-63).

Ora, face a este novo contexto organizativo, que é claramente tributário da lógica da *governança clínica*, o aspecto que se destaca de forma mais significativa é o modo como esta ênfase no desenvolvimento de processos de melhoria e de adaptação organizacional a critérios de gestão eficiente e a lógicas de controlo e monitorização do desempenho instaura, de facto, um novo enquadramento que reconfigura de forma substancial a lógica de regulação do trabalho médico. Nesta medida, estes novos critérios tornam-se moduladores da prática profissional, uma vez que permitem gerir a actividade clínica num sentido que claramente se demarca do tradicional poder discricionário dos profissionais, fazendo convergir, em contrapartida, o desempenho das actividades clínicas ao cumprimento de indicadores padronizados e a imperativos de transparência e de publicitação de resultados para efeitos de monitorização regulatória.

Na aceção de um dos dirigentes da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) com responsabilidades na área da contratualização, esse é, justamente, um dos pontos mais inovadores do processo de contratualização, sendo também entendido como uma das potencialidades mais “virtuosas” das reformas *managerialistas* no campo da saúde, dado que, em coerência com os fundamentos da NGP, permite a prestação de contas e a transparência junto das partes interessadas (Grant *et al.*, 2009: 230). O seguinte excerto ilustra e condensa de forma bem expressiva o alcance e as implicações deste conjunto de reconfigurações a que a descrição anterior relativamente à Reforma dos CSP aludiu:

“(…) É uma vantagem do processo de contratualização, nós podemos comparar a actividade entre as unidades de saúde familiar, e temos *benchmark*, nós podemos comparar e os próprios profissionais podem-se comparar entre eles, o que nós antes não tínhamos era saber o que é que se está a passar. Se perguntasse antes a um médico “os seus diabéticos estão bem tratados?”, “ah, estão todos”, nós hoje sabemos qual é que é a percentagem de diabéticos que estão bem tratados numa prática clínica, bastante diferente, e sabemos ponto por ponto no país quem está a tratar melhor e quem está a tratar pior, ou pelo menos quem está a alcançar melhores resultados e quem está a alcançar piores resultados. E isso é uma grande vantagem, quer para os doentes em si, os cidadãos que têm contacto e conseguem escrutinar os indicadores, que é uma grande vantagem de transparência da própria administração perante os seus *stakeholders*, e de outro ponto de vista é que os próprios profissionais podem verificar qual é que é o colega ao lado que está a apresentar melhores resultados, quem não está. E a existência de unidades de saúde familiar que não atingem os resultados esperados é expectável naturalmente que elas não devam continuar e que procurem reestruturar-se para voltar a apresentar projectos capazes”. (Ent.07)

A MGF COMO ESPECIALIDADE MÉDICA: DO PROJECTO À AFIRMAÇÃO PROFISSIONAL

Face a esta crescente centralidade da linguagem, dos pressupostos e dos instrumentos da gestão no mundo profissional da medicina, torna-se importante aferir que tipo de reconfigurações substantivas é que, afinal, daqui resultam para a matriz profissional desta especialidade médica, uma vez que a lógica de enquadramento organizacional da sua actividade introduz mudanças concretas na natureza do trabalho médico, sobretudo quando este se vincula e organiza em função de NOC e do cumprimento de indicadores de desempenho. Mas se o que aqui está em causa é, em grande medida, o acentuar de uma lógica de padronização da prática clínica – por razões que, tal como já discutido no âmbito dos capítulos precedentes, são de ordem epistemológica, política e ideológica –, por que razão é que a MGF parece denotar uma larga adesão a esta lógica de padronização, sobretudo se se considerar que os principais elementos

distintivos da sua identidade profissional se ancoram numa orientação biográfica e holista que confere acentuado privilégio, no âmbito das relações terapêuticas, às complexas particularidades dos indivíduos nos seus contextos?

De facto, e tal como também foi sendo sugerido ao longo da descrição sintética que se fez a propósito da Reforma dos CSP, resulta claro que, desde as etapas inaugurais da implementação dos CSP em Portugal, e sobretudo após 1982, quando é criada a carreira médica de clínica geral, os especialistas desta área foram empreendendo várias iniciativas associativas com o propósito de participar e de procurar modular os processos de mudança política e organizacional relativos ao seu papel profissional no contexto dos CSP. Tal é claramente sugestivo de uma lógica de afirmação profissional até porque a já referida situação de assimetria estrutural entre a centralidade do hospital no sistema de saúde e o investimento marginal do Estado nos CSP, não obstante a retórica política de jaez laudatório sobre a importância estratégica dos mesmos (Carapinheiro, 2006; Teixeira, 2012), concorreu para acentuação do carácter periférico da MGF. É neste sentido, portanto, que pode ser entendido o envolvimento activo destes especialistas em diversos momentos-chave do desenvolvimento das políticas públicas em matéria de cuidados de saúde primários, dado que foram procurando promover soluções organizacionais que obviassem o peso do controlo administrativo do Estado, entendido como constrangedor das potencialidades de afirmação da MGF em termos de condições de trabalho e remuneração, bem como ao nível de um maior reconhecimento e prestígio social e profissional.

Este enfoque não autoriza, com efeito, um nível de leitura de pendor mais maniqueísta quanto à imposição unilateral de um enquadramento burocrático hostil às prerrogativas de poder profissional desta especialidade, dado que, no âmbito específico da Reforma dos CSP, os especialistas de MGF não foram, efectivamente, um alvo passivo e impotente face à arbitrariedade centralista do Estado. Pelo contrário, verificou-se que as orientações políticas de recorte *managerialista* não só foram genericamente bem acolhidas e incorporadas pelos sectores mais interventivos desta especialidade médica (designadamente os mais próximos da sua Associação Profissional – APMCG/APMGF), como a operacionalização de muitas das inovações organizacionais inerentes à Reforma foram o resultado de um envolvimento directo de alguns profissionais desta área que, capitalizando um património de reflexão e de experiência prática

com outras iniciativas inovadoras de carácter preambular à concretização da Reforma propriamente dita, acabaram por ter um papel relevante no desenho e na implementação de novas medidas.

Aliás, e citando um documento de reflexão sobre a importância da USF no contexto da Reforma dos CSP, Biscaia e Amorim (2013) salientam as virtudes dos aspectos inovadores associados às mesmas, chamando a atenção para o facto de que estes especialistas foram actores centrais em todo o processo da sua concepção e implementação, tendo protagonizado a concretização de vários dos seus momentos-chave.

É claro, todavia, que as circunstâncias e as vicissitudes das diferentes conjunturas políticas foram efectivamente inscrevendo diversos constrangimentos e possibilidades às várias iniciativas empreendidas pela MGF ao longo de um percurso de pouco mais de duas décadas (entre 1982 e 2005), mas o que aqui procuro sublinhar é, sobretudo, a ideia de que a Reforma dos CSP teve uma importância estratégica na afirmação profissional da MGF, mesmo que algumas das suas implicações posteriores se tenham, entretanto, revelado mais problemáticas e consequentes em vários aspectos significativos do trabalho médico.

Mas, antes mesmo de se explorarem os efeitos ambivalentes e as reconfigurações no próprio modelo biográfico que, pelo menos, retoricamente subjaz a esta especialidade enquanto o principal pilar de sustentação do profissionalismo ocupacional e da respectiva identidade distintiva, impõe-se um aprofundamento mais consistente acerca das razões que podem explicar este activismo e este envolvimento num processo de Reforma cujos pressupostos *managerialistas* denotam, à partida, orientações normativas dificilmente compagináveis com a matriz ideológica que preside aos fundamentos do profissionalismo médico da MGF.

A este propósito é de grande utilidade lembrar alguns aspectos de alcance mais transversal relativamente à própria MGF enquanto especialidade médica, dado que algumas das características que têm vindo a ser sinalizadas são, não obstante as particularidades da realidade portuguesa, comuns a outros contextos, nomeadamente o britânico, que é, neste âmbito, um modelo de referência pelo seu carácter pioneiro na afirmação e desenvolvimento da MGF como especialidade.

Assim, e em termos mais concretos, um dos aspectos principais a reter é o de que existe, a montante da afirmação profissional da MGF, uma trajectória histórica de mais de meio século marcada pela exclusão desta área do processo da especialização médica, dado que este foi crescendo

e legitimando-se fundamentalmente no âmbito da medicina hospitalar. Com efeito, e sendo certo que o processo de emergência da especialização médica não foi tão rápido, linear e aparentemente tão inevitável como por vezes se tende a assumir (Weisz, 2003), o facto é que a trajectória da acentuada racionalização da medicina, e a sua crescente articulação e interdependência com o Estado Moderno – sobretudo nos processos administrativos de controlo populacional –, ocorreu sobretudo na medicina hospitalar em detrimento da clínica geral.

Trata-se de um processo que se desenvolveu a partir de finais do século XIX, principalmente em Paris, e que até se ter difundido e consolidado noutros países europeus foi suscitando várias resistências, particularmente no Reino Unido, onde estava relativamente bem enraizado o carácter aristocrático da medicina (Pickard, 2009) e um sistema de patrocínio que fez prevalecer as relações “contratuais” da prática privada, nomeadamente as de base comunitária (Armstrong, 1979; Calnan, Gabe, 1991)¹⁰⁴. Nesse sentido, e particularmente no caso dos clínicos gerais (GP), o seu fraco desenvolvimento profissional e as más condições de trabalho acabaram por ser o preço a pagar por se terem mantido independentes e detentores da sua própria prática.

Com efeito, a mudança de “cosmologias médicas”, a que Jewson (1976) faz referência no seu conhecido trabalho sobre as transformações do conhecimento médico, revela-se uma categoria de análise relevante para sinalizar o modo como a gradual dominância da medicina hospitalar a partir de finais do século XIX teve como uma das suas implicações a gradual supressão da Medicina à “cabeceira do doente” (*Bedside Medicine*). Esta caracterizava-se por se centrar no doente e na relação terapêutica, precisamente no quadro de um sistema de patrocínio em que a ligação, em particular de dependência económica, com o doente tinha uma importância primacial. Ora, com o predomínio de uma visão mais abstracta e objectificada de doença instaurada pela medicina clínico-patológica (que foi, de resto, fundamental para o estabelecimento de um conhecimento pericial de base científica e para a implementação de um sistema colegial de reconhecimento inter pares), a vertente hospitalar

¹⁰⁴ Sobre a realidade britânica, Pickard (2009: 254) afirma o seguinte: “A especialização foi alvo de ainda maior resistência uma vez que dismantlar os ‘mistérios da arte’ em técnicas quantificáveis seria simultaneamente dismantlar o sistema de patrocínio que garantia, através de relações sociais, o emprego dos médicos, incluindo na prática privada”. Minha tradução.

ganha um claro ascendente sobre a clínica geral, tornando-se, assim, a cosmologia dominante. Tal acarreta, segundo Jewson (1976), uma acentuada tendência para o “desaparecimento do doente”.

A este propósito, também Armstrong (1979) refere que os médicos hospitalares passam a partir desse período a assumir um papel dominante, particularmente ao nível da produção do próprio conhecimento médico. Aliás, o domínio dos problemas indeterminados (como as patologias orgânicas mais complexas) concorre de forma decisiva para o estabelecimento de uma lógica de hierarquização de tarefas em que o hospital (e, portanto, também, os médicos hospitalares) assume(m) o primado face à clínica geral numa relação de crescente assimetria e subordinação. Ou seja, os médicos de clínica geral tornam-se meros consumidores do conhecimento médico produzido através da investigação clínica que o hospital proporciona e circunscrevem-se a um papel de referenciação quando os casos clínicos com que lidam transcendem as situações típicas da sua prática profissional, isto é, os casos dos doentes “triviais” com problemas comuns, menores e, como tal, não elegíveis para a abordagem mais específica em que se vai ramificando a medicina hospitalar.

Esta realidade torna patente aquilo que foi durante muito tempo um traço distintivo dos médicos de clínica geral e que se liga ao perfil doméstico da sua actuação ao nível das próprias consultas médicas dadas aos seus pacientes (Armstrong, 2002a; Duffin, 2023). A quase indiferenciação entre a casa dos clínicos e o consultório – na medida em que o espaço doméstico era o seu contexto de actuação –, foi uma característica que se manteve inalterada até praticamente aos meados do século XX e constitui em si mesmo o reflexo de uma abordagem pouco especializada. Com efeito, somente no período do pós-guerra é que se começa a dar uma gradual reconfiguração a esse nível, uma vez que é nesse contexto que o âmbito da comunidade (enquanto *locus* da doença e enquanto foco espacial da prática clínica) e a biografia dos doentes (que permite conceber a doença como um processo dinâmico que se desenvolve na trajectória temporal dos doentes e que passará, por conseguinte, a autorizar uma gestão continuada e preventiva dos doentes) vão permitir a reconceptualização e a reorganização do trabalho desta área médica (Armstrong, 2002a).

Tratou-se, portanto, de uma mutação importante e, sobretudo, tida como particularmente urgente, dadas as conotações altamente depreciativas quanto ao atraso científico da clínica geral, mas também, e por

consequência, ao expressivo declínio do número de médicos generalistas (Duffin, 2023). Essa acentuada perda de prestígio, que tinha no seu reverso uma consistente atractividade das especialidades médicas hospitalares, suscitou as primeiras tentativas de inversão nos EUA, Grã-Bretanha e Canadá, uma vez que foi nesses países que se registaram as iniciativas e os apelos mais consistentes, e consequentes, ao reconhecimento da Medicina Geral como uma especialidade médica distinta.

O sucesso dessas tentativas não foi imediato nem categórico, dado que a crescente legitimação da especialização médica de cariz hospitalar – amplamente reforçada pelos desenvolvimentos laboratoriais durante o período entre guerras, especialmente no campo das inovações terapêuticas (cf. capítulo 3) – foi tornando mais acentuada a exclusão dos clínicos gerais desse processo, o que conduziu à promoção e à dominância da ideologia hospitalar¹⁰⁵. Aliás, os primeiros sinais relativamente aos efeitos desta tentativa de inflexão relativa a uma acentuada clivagem intraprofissional só se começam a verificar perto do dealbar dos anos 1950, por via da constituição das primeiras Associações Profissionais. Em 1947 é criada nos EUA a *American Academy of General Practice*; em 1952 é criado no Reino Unido o *Royal College of General Practitioners*; e em 1954 é criado no Canadá o *Canadian College of General Practitioners*. Estas Associações Profissionais pioneiras desempenharam no seu conjunto, e no decurso dos anos seguintes (sobretudo na década de 1960, quando esta dinâmica ganha uma abrangência mais global), um papel de relevo no início da emancipação da clínica geral face à medicina hospitalar (Armstrong, 1979; Checkland *et al.*, 2008; Ramos, 1987; Alcántara, 2007; Duffin, 2023).

Assim, não obstante a manifesta oposição e o cepticismo dos especialistas hospitalares, esta nova orientação profissionalizante foi evoluindo num sentido de gradual construção de um corpo de conhecimentos próprios, da sua institucionalização como especialidade, e da procura do

¹⁰⁵ Esta desigualdade estrutural entre a medicina hospitalar e a clínica geral é reconhecida por autores da MGF (Jordão, 1995; Sá, 2002), designadamente quando reflectem sobre as implicações instauradas pelo acentuado desenvolvimento da especialização médica no início do século XX. Aludindo às fortes ressonâncias da abordagem empírica e reducionista da investigação científica que muito concorreu para o surgimento das especialidades médicas, Jordão argumenta que “na época e, ao longo de três décadas, o rápido progresso tecnológico, o rentável investimento em investigação aplicada e a crescente subespecialização, como fonte de prestígio no exercício médico, não privilegiaram a prática da Clínica Geral que, deste modo, se tornou pouco popular, sem reconhecimento e prestígio como área de exercício médico” (Jordão, 1995: 24).

estabelecimento de um mercado de trabalho exclusivo, tendo como horizonte fundamental a reversão do seu crónico baixo estatuto científico. A procura de mais formação e de educação médica continuada através da conquista de espaço curricular nas Faculdades de Medicina foi uma aposta tenazmente empreendida com o propósito não só de assegurar os internatos (e respectiva certificação de formação), mas também a criação de Departamentos de Medicina Familiar nas Escolas Médicas (Duffin, 2023). A concretização do tão desejado objectivo de reconhecimento da Medicina Familiar como especialidade médica específica e diferenciada torna-se, assim, uma realidade a partir da segunda metade dos anos 1960 nos países anglo-saxónicos.

Para o sucesso deste empreendimento, houve um aspecto que assumiu uma crucial importância e que se prendeu com a própria nomenclatura desta “nova” especialidade médica. Para uma verdadeira revitalização e renascimento, foi necessário levar a cabo a mudança no próprio nome, o que implicou abdicar da designação Medicina Geral (com conotações negativas pelo facto de não sugerir uma especialização científica) rebaptizando-a como Medicina Familiar. Tal implicou, como consequência, a construção de uma identidade própria fortemente baseada numa relação de alteridade face às especialidades hospitalares, o que, em termos práticos, significou proceder a um esforço de demarcação face ao crescentemente criticado perfil fragmentado e tecnológico da medicina hospitalar, vista como progressivamente divorciada de uma visão humanista e integral dos doentes (Alcántara, 2007). A aposta nesse sentido humanista e na dimensão social da doença levou, assim, a um investimento disciplinar que passa a dar primazia a áreas do conhecimento exógenas ao enfoque de natureza biomédica, concretamente a abordagem epidemiológica, mas também, e sobretudo, várias áreas das ciências sociais que passam a constituir-se como pilares indispensáveis para a construção de uma matriz mais orientada para os aspectos relacionais e contextuais.

É a partir da já referida década de 1960 que se opera uma efectiva reconfiguração da antiga Medicina Geral, pois, por via destas tentativas consequentes de redefinição do seu papel profissional e da natureza da sua prática clínica, criam-se as bases de legitimação identitária desta especialidade tida, doravante, como distintiva no quadro geral da especialização científica da medicina moderna. Para esse propósito muito contribuiu o trabalho, hoje tido como incontornável e absolutamente tutelar para a própria legitimação da MGF, de Michael Balint, um

psicanalista húngaro radicado em Inglaterra que, especialmente a partir dos anos 1950, começou a dinamizar sessões de discussão com os clínicos gerais. Essas sessões enfatizavam o conteúdo dos aspectos relacionais das consultas médicas, com o intuito não só de explorar o potencial terapêutico dessa mesma relação (o “médico como medicamento”), mas também o de contribuir para repensar os fundamentos do pensamento e da prática clínica, concretamente ao conceber a “patologia do indivíduo na sua totalidade” (Balint, 1998/1956: 24-25)¹⁰⁶. Este autor constitui-se, assim, como uma das referências basilares da MGF, na medida em que estabelece os fundamentos da medicina biográfica, concretamente quando acentua a importância do indivíduo inserido no seu ambiente e contexto social.

Esta abordagem de feição biopsicossocial permitiu a conquista de um modelo próprio e, por consequência, a crítica e a demarcação face ao modelo biomédico e à consequente atomização que a lógica da especialização médica induz. A doença deixa, assim, de ser entendida numa perspectiva mecanicista e estritamente orgânica, passando a valorizar-se outras dimensões mais globais tidas como constitutivas da especialidade da “pessoa doente”. O doente deixa de ser entendido como um mero receptáculo da patologia, e a sua realidade multidimensional passa a justificar um enfoque mais sistémico e valorizador da inserção do indivíduo nos contextos específicos da sua própria realidade. Como a este propósito referem Checkland *et al.* (2008),

“Por volta do início dos anos 1960, as considerações sobre aquilo para que um clínico geral servia tinham vindo a concentrar-se em questões como o conhecimento pessoal dos pacientes e a preocupação com a pessoa como um todo. O trabalho seminal de Balint sobre o valor potencial das interações médico-paciente nos cuidados primários conferiu credibilidade a estes novos domínios de preocupação, e

¹⁰⁶ O desenvolvimento da “pedagogia relacional” que o método de Balint preconiza (através de reuniões regulares de discussão em grupo sobre os problemas das relações interpessoais suscitadas pelos casos clínicos) constitui um dos elementos fundamentais da agenda de investigação dos clínicos, encontrando-se amplamente difundido numa diversidade de países através das chamadas sociedades Balint que estão, por sua vez, enquadradas na Federação internacional de sociedades Balint (<http://www.balintinternational.com/>). Este método de formação foi formalmente implementado em Portugal em 1983, nomeadamente no âmbito da ARS-Norte, embora existam actualmente vários grupos Balint em diversos locais do país, estando estes englobados na Associação Portuguesa de Grupos Balint (Teixeira, 1998; Teixeira, 2012: 85).

no início dos anos 1970 encontrava-se a ser desenvolvida uma definição clara da clínica geral enquanto disciplina que reclamava a noção de “homem doente” de Jewson” (Checkland *et al.*, 2008: 790)¹⁰⁷.

Estes elementos em que se ancora a ideologia profissional dominante na MGF tornaram-se, de facto, distintivos e historicamente cruciais para afirmar a diferenciação desta especialidade face à medicina hospitalar mais estruturalmente baseada no modelo biomédico (Armstrong, 1979; Checkland *et al.*, 2008) e permitiram a revalorização do conhecimento médico dos clínicos gerais. Estes deixam de se limitar a referenciar os doentes para o hospital, dado que passam a controlar essa selecção e a filtrar os casos adequados a esse nível de cuidado, o que permite afirmar uma competência médica específica não só para avaliar e referenciar adequadamente os diferentes casos (diagnosticando e tratando os casos mais comuns e gerindo doenças crónicas), mas também enfatizando uma orientação social e humanista, que se reclama de uma abordagem abrangente em que os cuidados de proximidade, globalidade e pessoalidade integram a doença e as suas implicações nas várias esferas da vida dos indivíduos (Mechanic, 1975: 133; Teixeira, 2012: 104).

Com efeito, a consolidação desta concepção, que investe claramente na importância do contexto social (designadamente a inserção do indivíduo na família, e desta na comunidade) e numa abordagem de tipo preventivo, opera-se de uma forma mais efectiva a partir, sobretudo, da década de 1970, na medida em que é a partir dessa altura que se configura uma trajectória de crescente multiplicação de acontecimentos, de documentos estratégicos e de circunstâncias políticas que, no seu conjunto, modularam o processo evolutivo da organização dos CSP e da própria MGF.

Assim, e não obstante a década de 1960 assinalar o início da estruturação do modelo de raciocínio próprio através da incorporação do modelo biopsicossocial, é, com efeito, a partir fundamentalmente da década seguinte que se verificam algumas das etapas que, de um ponto de vista mais formal, se revelaram como cruciais para a gradual institucionalização da MGF, designadamente como disciplina académica. De facto, e se levarmos em linha de conta a realização de um certo exercício

¹⁰⁷ Minha tradução.

de recenseamento dos marcos referenciais do percurso evolutivo desta especialidade, tal como é operacionalizado, por exemplo, por alguns autores provenientes da MGF (e.g. Ramos, 1987; Jordão, 1995), torna-se possível não só salientar alguns momentos consensualmente tidos como fundamentais nesse processo, como também perceber que foi especialmente no período compreendido entre a década de 1970 e o início da década de 1990 que se efectivou e consolidou a institucionalização académica da MGF (através, por exemplo, do surgimento de várias organizações de âmbito europeu e mundial) e a sua crescente centralidade estratégica em termos políticos. O quadro seguinte sistematiza de forma bastante panorâmica algumas das iniciativas e dos acontecimentos mais decisivos e consequentes nesse percurso de afirmação:

Quadro 3 – Alguns marcos de referência no desenvolvimento inicial da MGF

Ano	Acontecimento
1947	Fundação da American Academy of General Practice nos EUA.
1952	Fundação do colégio de clínicos gerais britânicos.
1954	Fundação do Royal College of General Practitioners no Canadá.
1964	1.ª Conferência Internacional de Medicina Geral, ocorrida em Montreal (Canadá).
1965/66	Primeiras propostas para a criação da especialidade de Medicina Familiar na Grã-Bretanha e no Canadá.
1969	Reconhecimento formal da MGF como especialidade nos EUA.
1970	Criação da primeira cátedra de clínica geral, no Reino Unido.
1972	Fundação da World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA).
1974	Definição de um perfil para o clínico geral europeu.
1974	Journal of Family Practice; Publicação da primeira revista validada pelos próprios médicos de família.
1978	Conferência internacional sobre CSP, em Alma Ata.
1985	Início da obrigatoriedade da formação pós-graduada específica para o exercício da clínica geral, em vários países europeus.
1991	Caracterização do papel profissional do médico de MGF, com especial ênfase no contexto da família e da comunidade (WONCA, 1991). Reconhecimento da Clínica Geral como matéria académica por direito próprio (OMS, 1991).

Para o desenvolvimento deste percurso, especialmente no arco temporal referenciado, muito contribuiu o facto de se ter inaugurado nesse período um movimento de crítica aos pressupostos reducionistas do

modelo biomédico que espoletou a multiplicação de um conjunto alargado de críticas à profissão médica (cf. capítulo 1), passando a partir de então, e de uma forma recorrente, a conotá-la com um perfil tecnologizado e desumanizado. Ora, no caso da MGF, há, sem dúvida, um corte activamente assumido com esse tipo de enfoque, o que permite a afirmação de uma disciplina que enfaticamente se reclama como mais abrangente e integradora (categorizando-se como ecológica, sistémica e holista), dado que vai investindo numa concepção fortemente orientada para as potencialidades de uma abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade. Isto significa que o ressurgimento/desenvolvimento da clínica geral, designadamente enquanto disciplina académica (reconfigurada enquanto MGF) (Jordão, 1995: 30-31)¹⁰⁸ foi, com efeito, fundamental para a consolidação de uma ideologia profissional que permitiu afirmar esta especialização numa lógica distinta do enfoque biomédico, que reduz o doente à doença.

Aliás, essa demarcação permitiu o estabelecimento de uma lógica de diferenciação que sustenta a necessidade de distinguir dois modelos de prática médica, tal como é, por exemplo, bem patente nas considerações de Sá (2002), quando este afirma o seguinte:

“Vivemos assim num momento de tensão dinâmica de duas formas de praticar medicina: uma que descende directamente do empirismo sistematizado a partir do século XIX e que constitui o padrão segundo o qual as sociedades ocidentais medem hoje a eficácia e qualidade dos cuidados de saúde de que dispõem; e uma segunda que se baseia no retomar da visão do ser humano como ser global e complexo como ponto de partida para uma prática integradora dos conhecimentos, vindos não só da área biomédica restrita como de uma multiplicidade de outras disciplinas: A Medicina Geral e Familiar contemporânea é uma especialidade paradigmática deste segundo modelo de prática” (Sá, 2002: 5-6).

¹⁰⁸ Também a propósito da definição da MGF enquanto disciplina académica, Jordão (1995) discute os aspectos que, nos primeiros anos do seu desenvolvimento, foram suscitando mais controvérsia ou consenso, para concluir que se trata de uma “disciplina horizontal, partilhando partes do conteúdo de outras disciplinas clínicas correlacionadas, das quais derivou, mas aplicando aqueles conteúdos importados, duma forma específica ao indivíduo, à família e à comunidade” (Jordão, 1995: 34).

À luz destas considerações, compreende-se que um dos corolários óbvios desta distinção remete para a produção simbólica de processos de alguma desqualificação da medicina hospitalar, na medida em que se estabelece uma certa dicotomia que sublinha a natureza distinta da MGF face à prática hospitalar e às particularidades da própria decisão médica no âmbito desta especialidade. Deste modo, tendem a apresentar-se como características diferenciadoras o facto de a MGF abordar uma gama mais ampla de problemas; de estes tenderem a apresentar-se de forma mais indiferenciada; de os problemas psicossociais desempenharem um papel mais predominante; de a relação com o doente ser mais pessoal e continuada; e de os contactos serem mais curtos, mas mais frequentes (Sá, 2002). Quanto aos problemas clínicos, estes remetem para o facto de ser mais comum os especialistas de MGF lidarem com doenças em fases ou estádios mais precoces; o tipo de problemas encontrados geralmente caracteriza-se por uma maior heterogeneidade; muitas das decisões clínicas têm de ser tomadas sem diagnóstico clínico preciso, razão pela qual se torna relativamente frequente que o conhecimento do paciente e das suas circunstâncias seja entendido como determinante para a decisão clínica; o espectro de doentes e problemas é distinto por via do efeito da continuidade de cuidados e também pela influência da esfera familiar (Jordão, 1995: 44; Sá, 2002: 9-12).

Uma boa representação pictórica que faz a síntese desta abrangência e da inter-relação das várias competências nucleares da MGF¹⁰⁹ está bem patente na imagem que figura num documento da *European Academy of Teachers in General Practice* (EURACT) (EURACT, 2005) cujo propósito é o de apresentar uma síntese fundamentada da definição da MGF elaborado pela *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA), no âmbito de uma conferência europeia¹¹⁰ realizada em 2002 (APMCG, 2002). Nessa conferência foi assumido como objectivo fundamental estabelecer e caracterizar os princípios da MGF, no sentido de

¹⁰⁹ Na senda de definições anteriores sobre a MGF, a que foi consensualizada em 2002 propôs-se estabelecer as características básicas da disciplina e aprofundar o debate sobre os conteúdos e as competências centrais da MGF. Essas competências incluem a *gestão dos cuidados primários*, os *cuidados centrados na pessoa*, as *aptidões específicas para a resolução de problemas*, a *abordagem abrangente*, a *orientação comunitária* e a *abordagem holística* (APMCG, 2002; EURACT, 2005).

¹¹⁰ A WONCA Europa inclui actualmente 43 países membros. Para mais detalhes sobre as respectivas organizações que representam cada um desses países, remete-se o leitor interessado para a consulta do sítio electrónico: <https://www.woncaeurope.org/page/member-organisations>

a sustentar enquanto disciplina académica com especificidades distintivas ao nível da sua prática, do seu ensino, da sua investigação, bem como da avaliação da sua qualidade. De acordo com a já referida imagem, apresentam-se as onze aptidões consideradas essenciais, agrupadas em seis competências nucleares:

Figura 2 – Aptidões e competências nucleares da MGF



Fonte: EURACT, 2005

Tendo em conta estas considerações de carácter contextualizador, é possível encontrar alguns paralelos evidentes com o próprio percurso da MGF em Portugal, dado que o mesmo é também marcado (embora de forma mais acentuada) por uma afirmação tardia e muito refém da centralidade da medicina hospitalar, e que foi gradualmente dando lugar a um esforço de demarcação e de afirmação profissional claramente ancorado numa matriz conceptual própria (o já mencionado modelo biográfico). Tal significa que, embora a sua afirmação enquanto especialidade médica só se tenha verificado no decurso da década de 1970¹¹¹ – ou seja,

¹¹¹ A este nível, alguns paralelos podem ser estabelecidos com a realidade espanhola, dado que a afirmação da Medicina Familiar e Comunitária ocorre nesse país em 1978 (Alcántara, 2007).

um pouco mais tardiamente em relação às iniciativas mais pioneiras verificadas noutros países –, há, ainda assim, um claro alinhamento e uma evidente sintonia com as dinâmicas de desenvolvimento da clínica geral em termos internacionais.

Naturalmente que tal não invalida a constatação de algumas particularidades da MGF no contexto português, dado que a sua emergência tardia e a sua subjugação ao controlo administrativo do Estado constituem aspectos importantes que traduzem um percurso histórico pautado por várias vicissitudes que interferiram de forma consequente nas várias etapas de desenvolvimento da MGF como especialidade. São de destacar, em particular, as etapas iniciais, dado que são estas que remetem para a criação da especialidade, para a estruturação de uma carreira profissional e para a sua incorporação nos centros de saúde, razão pela qual a *carreira socio-simbólica* desta especialidade tende a ser vista por alguns autores como remetendo para uma profissão que se debate, desde a sua génese, com constrangimentos ao nível do seu prestígio social, da sua autonomia, e do seu lugar no quadro da produção e reprodução do poder do conhecimento médico (Carapinheiro, 2006; Teixeira, 2012).

Deste modo, e não obstante até ser possível assinalar alguns exemplos pontuais e pioneiros quanto à reflexão sobre a pertinência do renascimento da clínica geral, bem como das suas características distintivas – como é o caso concreto de Gama que em 1962 e 1964 publica dois artigos de reflexão no *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa* que são denotativos de importantes afinidades conceptuais com a abordagem desenvolvida por Ballint (Ramos, 1987; Jordão, 1995) –, o facto é que essa relativa precocidade quanto à discussão relativa à importância da clínica geral não configura ainda uma trajetória de institucionalização desta especialidade. Esse desenvolvimento só ocorre a partir de finais da década de 1970, altura em que começa, de facto, a tomar uma forma mais definida a ideia da recuperação da figura do médico generalista e o seu respectivo enquadramento numa carreira profissional específica. Neste sentido, portanto, os aspectos mais substantivos e consequentes da institucionalização da MGF em Portugal tornam-se mais notórios, sobretudo, ao longo da década de 1980, na medida em que é durante esse período em particular que se concretizam aspectos cruciais como sejam, por exemplo, a criação da carreira de generalista, o início do internato da especialidade, a criação dos institutos de clínica geral ou

a constituição do colégio da Clínica Geral na Ordem dos Médicos (OM). Segundo a mesma lógica do que já tinha sido feito relativamente ao balanço retrospectivo que sinalizou os marcos referenciais do percurso evolutivo desta especialidade em termos das suas tendências mais gerais no plano internacional, é também possível fazer um certo recenseamento da trajectória de desenvolvimento histórico da MGF no contexto nacional, recorrendo, para tal, à lógica dos exercícios “genealógicos” que têm sido feitos no âmbito da própria especialidade (Jordão, 1995; Ramos, 1987; Sousa *et al.*, 2001; APMCG, 1998):

Quadro 4 – Alguns marcos de referência no desenvolvimento inicial da MGF em Portugal

Ano	Acontecimento
1977/79	Primeiras tentativas legislativas para criar uma carreira de generalista.
1979	Visita de um grupo de clínicos gerais ingleses do Royal College of General Practitioners sobre o papel dos clínicos gerais na prestação dos CSP (Relatório Horder). Realização de um Seminário sobre o futuro dos cuidados de saúde primários na Escola Nacional de Saúde Pública e definição de um modelo da Clínica Geral a instituir em Portugal.
1980	Criação da carreira de generalista.
1981/83	Criação de três Institutos de Clínica Geral (Norte, Centro e Sul) com o objectivo de desenvolver acções de formação contínua dos clínicos gerais em exercício.
1982	Regulamentação da Carreira médica no SNS. Criação do Colégio da Clínica Geral na Ordem dos Médicos.
1983	Fundada a APMCG.
1984	Início da publicação da Revista Portuguesa de Clínica Geral.
1987	Inclusão da disciplina de Clínica Geral e Medicina Comunitária no currículo da Faculdade de Medicina de Lisboa.
1988	Início da publicação do jornal “Médico de Família”.
1990	Elaboração do Livro Azul “Um futuro para a Medicina de Família em Portugal”, pela APMCG.
1990/97	Integração nas principais organizações profissionais e científicas internacionais da clínica geral.
1994/97	Primeiros doutoramentos na área da clínica geral/medicina familiar nas Faculdades de Medicina de Lisboa e do Porto.
1995	O Colégio da Especialidade propõe um Programa de Formação para o Internato Complementar, mais específico e aprofundado, com a duração de 4 anos.
1998	Aprovação de um RRE de carácter misto.
2000	Todas as faculdades de medicina têm departamentos e/ou disciplinas universitárias de clínica geral.

Como resulta claro da leitura deste quadro, o período compreendido entre as décadas de 1980 e 1990 é especialmente relevante, dado que é nesse intervalo temporal que, por um lado, se materializam muitas das condições fundamentais para o estabelecimento da sua institucionalização e, por outro, que se estabelecem as primeiras iniciativas que têm como horizonte a implementação de enquadramentos organizacionais mais consentâneos com o projecto profissional da MGF. Designadamente em termos da sua procura de desvinculação quanto às restrições decorrentes de um controlo administrativo que, como já referido, coarctou as possibilidades de afirmação de uma carreira que se debatia por se afastar das franjas e dos lugares mais periféricos da profissão médica.

Em relação ao primeiro aspecto, vários dos marcos referenciais assinalados no quadro 4 concorrem para a consolidação da MGF enquanto disciplina académica e enquanto profissão. É isso, aliás, que leva autores como Jordão (1995) – um nome tomado como uma das referências incontornáveis na MGF em Portugal – a fazer um balanço positivo quanto ao percurso da MGF, dado o grau de concretização de muitas das iniciativas que foram estrategicamente empreendidas no decurso das suas etapas iniciais:

“Assim, está determinado e aceite o perfil profissional do médico de família, iniciado o seu ensino pré-graduado, reconhecida a especialidade, promovido o seu ensino pós-graduado e implantado o treino em exercício e a actualização permanente. Está, também definido um enquadramento de carreira, justificada a necessidade de investigação no sector e dados os primeiros passos para o seu desenvolvimento, concretizada a organização profissional a nível das instituições associativas e assegurada a representação da Medicina Geral e Familiar em instituições relevantes para o seu progresso, a nível nacional e internacional. Finalmente, estão criados os espaços de debate e de reflexão determinantes para a sua evolução como disciplina académica, especialidade e área organizada de prestação de cuidados de saúde” (Jordão, 1995: 51-52).

Relativamente ao segundo aspecto, e tal como já tinha sido previamente notado, é importante constatar que a segunda metade da década de 1990 assinala o início de várias tentativas de implementação de inovações organizacionais potencialmente promotoras da concretização do

projecto de ampliação e reforço de prerrogativas profissionais. Estas tiveram como objectivo fundamental o aumento da autonomia profissional fora do quadro convencional dos modelos organizacionais da Administração Pública, assim como a melhoria de condições de trabalho, concretamente as relativas aos critérios remuneratórios. Nesse sentido, e ao serem entendidas como etapas preambulares, as já referidas iniciativas do “Projecto Alfa”, do “RRE” ou o “Tubo de Ensaio” acabam, no fundo, por estabelecer uma certa linha de continuidade com a implementação da Reforma dos CSP de 2005, donde se pode concluir que esta constitui como que o corolário deste processo, até porque os seus princípios e os seus modelos de operacionalização permitiram a concretização de inovações organizacionais que não só conferiram uma nova visibilidade e centralidade pública e política aos CSP e à MGF, mas também a instauração de novas lógicas de trabalho, de avaliação e de remuneração.

Mas em termos mais concretos, o que é que a adesão à lógica da contratualização e aos requisitos da *governança clínica* realmente permitiu em matéria de reforço da autonomia profissional e da alteração das condições de trabalho e de exercício da prática clínica? E quais foram, afinal, as implicações mais substantivas para o profissionalismo médico e para os próprios fundamentos legitimadores da identidade profissional da MGF?

DAS POSSIBILIDADES AOS CONDICIONALISMOS DA REFORMA DOS CSP

Não sendo o objectivo desta investigação a avaliação dos efeitos e resultados da Reforma dos CSP, cabe, ainda assim, perscrutar em que medida a concretização de novos princípios e modelos preconizados por uma reforma política ancorada nos fundamentos ideológicos e normativos da NGP introduziu alterações concretas no âmbito da MGF. Sobretudo porque esta estabeleceu, de facto, um conjunto de novas regras e requisitos que pressupõem mudanças na natureza do trabalho médico, bem como uma cultura de avaliação suportada em mecanismos distintos das tradicionais práticas endógenas da auto-regulação.

De facto, embora se possa sustentar que o acolhimento relativamente a esta reforma não tenha sido total e absoluto, dado que vários

profissionais optaram por não se vincular a estas novas realidades organizacionais, o facto é que a adesão ao modelo das USF cedo suscitou o interesse de vários profissionais, o que é visível não só através do número de USF¹¹² em actividade (que têm subjacente um processo voluntário de apresentação de candidaturas por parte de equipas multiprofissionais) (cf. quadro 5), mas também a constituição em 2008 de uma Associação Nacional de representação das USF (USF-AN) activamente promotora deste modelo, o que denota um forte engajamento com o novo enquadramento organizacional instaurado por esta reforma política nos CSP.

Quadro 5 – Quadro geral nacional de USF

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Candidaturas a USF	131	88	49	125	59	51	49	15	567
USF em actividade	43	61	56	71	47	42	36	6	362

Fonte: Biscaia, Amorim (2013: 10)

Através da consulta e da análise de algum material empírico – sobretudo de natureza documental¹¹³ – relativo quer à discussão e avaliação da Reforma dos CSP, quer à contratualização dos indicadores, verifica-se que o acolhimento das inovações suscitadas por este novo enquadramento gerou um grande entusiasmo e uma grande expectativa, ao ponto de o próprio projecto de afirmação profissional da MGF se tornar praticamente indissociável desta nova lógica de prestação de cuidados. A retórica profissional que a este respeito foi sendo produzida e disseminada sublinha as virtudes e as vantagens dos novos modelos organizacionais e permitiu também ir enfatizando a valorização do papel profissional dos médicos de MGF, nomeadamente quando estes associam o seu desempenho à melhoria efectiva da qualidade dos resultados

¹¹² A este propósito é relevante fazer notar, com base em Biscaia e Amorim (2013), que logo em 2006, ou seja, ainda antes da regulamentação jurídica e formal das USF, que ocorreu em 2007, foram apresentadas as primeiras candidaturas (em Março desse ano), tendo algumas delas sido aprovadas – no âmbito da avaliação técnica inerente ao próprio processo – no decurso dos meses seguintes, iniciando ainda nesse ano (em Setembro) a sua actividade.

¹¹³ Como se perceberá à medida que forem enunciadas as referências que suportam os aspectos mais factuais de determinados aspectos da argumentação aqui desenvolvida, esse material empírico remete sobretudo para documentação da USF-AN, da Comissão Nacional de MGF da Federação Nacional dos Médicos (FNAM) e também para algum material proveniente da imprensa médica e da revista científica da especialidade, a Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (RPMGF).

assistenciais, da eficiência ou da própria satisfação dos utentes. Sob este ponto de vista, pode-se inclusivamente considerar que a incorporação dos pressupostos da *governança clínica* configura uma apropriação estratégica que, mais do que expressar uma colonização da gestão relativamente à profissão médica, é acima de tudo denotativa de lógicas mais complexas e compósitas de adopção do *managerialismo* na própria matriz ideológica desta especialidade.

Ilustrativo disto mesmo é a existência de posicionamentos de valorização das orientações políticas subjacentes à reforma ou até mesmo de discursos apologeticos sobre as virtudes do modelo das USF (por este ser associado a uma maior poupança na despesa, a uma melhor cobertura assistencial ou a uma mais efectiva monitorização dos indicadores de saúde), ao ponto de o mesmo ser até perspectivado como desejavelmente transponível para outras áreas da governação do sector público (Biscaia, Amorim, 2013: 16). Tal significa, portanto, que mesmo com graus diferenciados de convicção e entusiasmo foi-se estabelecendo, de facto, um relativo consenso quanto às vantagens introduzidas pela Reforma, nomeadamente no que diz respeito a uma maior emancipação quanto às lógicas hierárquicas de dependência organizacional decorrentes dos mecanismos centralizadores do Estado. A valorização da lógica da auto-organização e do trabalho mais autónomo e em equipa (o chamado carácter *bottom-up* da reforma), assim como a valorização da melhoria da qualidade técnico-científica das práticas por via da adopção de uma cultura e práticas regulares de avaliação (Rocha, Sá, 2011; FNAM, 2012), passam a constituir-se como aspectos que congregam os posicionamentos mais positivos em relação a este novo enquadramento *managerialista*.

Deste modo, parece destacar-se da avaliação levada a cabo pelos profissionais de MGF relativamente à implementação da Reforma dos CSP um balanço muito positivo e favorável quanto aos avanços protagonizados pelo modelo organizacional das USF, especialmente quando estes são comparados com a realidade hospitalar. A evidência que é, neste âmbito, mobilizada enfatiza a ideia de o que os avanços da contratualização são mais notórios e relevantes nos CSP porque extravasam os indicadores estritamente económicos e de produção para indicadores de acesso, efectividade, satisfação e eficiência (FNAM, 2012).

Contudo, começou a tornar-se igualmente patente a crescente insatisfação dos profissionais (tanto dos profissionais das USF, como dos seus

coordenadores)¹¹⁴ com o processo global da reforma. Assim, mais até do que o reconhecimento de que existem ainda desafios que dificultam a concretização de várias das potencialidades atribuídas ao modelo das USF – como sejam, por exemplo, a integração dos cuidados de saúde primários com as especialidades hospitalares, as insuficiências dos sistemas de informação, ou as dificuldades de integração com as outras unidades funcionais dos CSP (Rocha, Sá, 2011) –, a agudização desse descontentamento passa, sobretudo, pela constatação de que as limitações e vicissitudes decorrentes dos rumos da condução política do processo subverteram os pressupostos da reforma, bem como as expectativas colocadas no projecto profissional da MGF.

A este propósito é bastante elucidativa a multiplicação de reacções críticas referentes tanto aos problemas operacionais suscitados pelo processo negocial inerente à contratualização, como à própria “desaceleração do processo de reforma dos CSP” (Braga, 2013a).

No primeiro caso, e fazendo eco dos resultados dos já referidos estudos de satisfação dos profissionais e coordenadores das USF com o processo da reforma, destacam-se alguns pontos críticos que revelam o defraudar das expectativas dos profissionais integrados neste modelo organizacional, concretamente em relação ao papel – qualificado como crescentemente centralizador, opaco e impositivo – da tutela e dos respectivos organismos da administração central que suportam esta área específica da governação (as ARS e a ACSS). Na perspectiva dos profissionais, essa actuação da tutela passou a implicar a inviabilização de aspectos como a passagem das USF de Modelo A para Modelo B (mesmo que já tenham satisfeito positivamente todos os requisitos de avaliação), ou a aumentar de forma impositiva as metas de contratualização e os respectivos indicadores. Neste último aspecto, e não obstante se considerar que existe desde 2018 um novo e renovado ciclo de contratualização (o terceiro, tendo sido antecedido por um primeiro entre 2009 e 2013 e por um segundo, ocorrido entre 2013 e 2017, cf. Biscaia *et al.*, 2023: 26) que permite integrar novos indicadores que não só abrangem novas áreas, mas que contemplam metas e intervalos de variação mais

¹¹⁴ Relativamente aos resultados e conclusões do estudo sobre o *Momento Actual da Reforma dos CSP 2012/2013*, realizado com o propósito de avaliar a satisfação dos profissionais e coordenadores das USF sobre vários aspectos práticos da concretização da Reforma dos CSP, remete-se o leitor interessado para a leitura de Biscaia, Cardeira, Vieira (2013), através do seguinte *link*: <https://usf-an.pt/biblioteca/>

aceitáveis, o facto é que o balanço mais “actual” faz ainda ressonância do essencial do diagnóstico que foi categoricamente apresentado em 2013 (Biscaia, Cardeira, Vieira, 2013), designadamente quando uma década depois se sustenta que predomina a “sensação de que a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários estagnou há já vários anos, sem se saber para onde vai” (Biscaia *et al.*, 2023).

No que diz especificamente respeito a essa “desaceleração do processo de reforma dos CSP”, nomeadamente ao nível do modelo das USF, a mesma tem vindo a evidenciar-se desde 2009 (cf. Quadro 5), embora as restrições mais expressivas quanto à criação de novas USF se tenham intensificado em 2013, sobretudo devido à publicação de um despacho conjunto dos ministérios das Finanças e da Saúde (despacho n.º4586-A/2013) que estabelece limites quantitativos muito concretos quanto à criação de novas USF para esse mesmo ano (69) e quanto ao número das que podem transitar do modelo A para o B (20), não obstante ser inequivocamente reconhecida, nesse mesmo despacho, a importância das USF¹¹⁵. Esta decisão governamental suscitou uma rápida e veemente reacção por parte dos profissionais de MGF que, nomeadamente, através das estruturas sindicais (FNAM e SIM – Sindicato Independente dos Médicos) e da USF-AN foram avolumando críticas quanto à “traição” de compromissos e de expectativas relativamente ao desenvolvimento da própria Reforma dos CSP. No balanço apresentado em 2023, considerava-se que está, de facto, ainda por cumprir um dos objectivos essenciais desta reforma, a saber, a universalização do modelo das USF, especialmente o B, a todo o país (Biscaia *et al.*, 2023).

Porém, a montante da reacção a esta decisão em particular, outras tomadas de posição igualmente críticas eram já indicadoras de um clima de crescente insatisfação por parte dos profissionais. Estes foram veiculando a ideia de que as potencialidades da Reforma estariam cada vez mais condicionadas pela erosão da anterior relação de convergência entre

¹¹⁵ De acordo com o referido despacho, a criação das 69 USF é estabelecida de acordo com um critério de distribuição pela área de jurisdição de cada uma das Administrações Regionais de Saúde (ARS) que prevê a criação de 24 unidades na ARS do Norte, igual número na ARS do Centro, 16 na ARS de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), três na ARS do Alentejo e duas na ARS do Algarve. Quanto ao número máximo de 20 USF que podem transitar do modelo A para modelo B, a mesma lógica de distribuição estabelece que a sua concretização seja de oito no Norte, seis no Centro, quatro em Lisboa e Vale do Tejo, duas no Alentejo e nenhuma no Algarve.

as pretensões do projecto profissional da MGF e o impulso político que conferiu privilégio e centralidade a uma Reforma institucionalmente inovadora. Neste sentido, e embora as já referidas considerações críticas neles não se esgotem, são os próprios critérios de natureza mais operativa do processo de contratualização que passam a ser objecto de maior preocupação e cepticismo, dado que são vistos como traduzindo as assimetrias e as tensões entre a MGF e o papel regulatório do Estado.

É nesta acepção que, por exemplo, a Comissão Nacional de MGF da FNAM, no âmbito das suas conclusões relativas a um encontro nacional sobre a avaliação dos CSP, sistematiza alguns pontos de avaliação crítica¹¹⁶, como sejam,

“uma Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) desfasada da realidade e escandalosamente incapaz para produzir o sistema e as ferramentas de informação e comunicação imprescindíveis à monitorização, planeamento, acompanhamento e subsequente avaliação do que se vai concretizando; a total ausência da concretização da “autonomia administrativa” dos ACES, conforme está contemplada no DL n.º 28/2008, centrando toda a decisão nas ARS e na ACSS” (FNAM, 2012).

A respeito não só destas limitações, mas também, e sobretudo, em relação ao aparente desinvestimento político no aprofundamento do processo de reforma, é particularmente interessante constatar como o discurso profissional mobiliza, de forma estratégica, a referência às imposições inscritas no memorando de entendimento com a *Troika*, dado que no quadro do programa de assistência financeira a Portugal é preconizado, como uma das principais metas imperativas para a maior eficiência no sector da saúde, o aumento do número de USF de Modelo B. A MGF é, assim, claramente concebida como tendo um importante papel de *gatekeeper* no modo como pode contribuir para reduzir custos e providenciar os resultados adequados às metas de gestão e de racionalização da despesa, mas, em lugar de tal ser entendido como uma simples ingerência regulatória imposta draconianamente sobre a profissão médica,

¹¹⁶ O teor destas considerações críticas é globalmente coerente com as posições decorrentes de outros estudos, documentos e exercícios de reflexão, destacando-se aqui em particular as conclusões do estudo já anteriormente mencionado, de Biscaia, Cardeira, Vieira (2013).

acaba por ser uma orientação de controlo *managerialista* que se integra e articula de forma não necessariamente disruptiva com o próprio profissionalismo médico.

Aliás, aquilo que se torna objecto de maior discussão crítica é, justamente, a ideia de inércia, de paralisia e até de regressão da reforma, ou seja, aspectos que remetem para considerações avaliativas sobre as próprias ambiguidades da tutela na condução política do processo, sobretudo quando as mesmas são vistas como desencadeadoras de efeitos de desaceleração. Neste sentido, e tal como refere Braga (2013a), “parece haver um pensamento contraditório acerca do que os Ministérios da Saúde e das Finanças esperam das USF (cada vez mais empenho, qualidade, autonomia e rigor) e aquilo que as ARS e ULS estão dispostas a dar (cada vez menos autonomia, cada vez menos recursos, protelar do pressuposto e necessário pagamento por desempenho)” (Braga, 2013a: 219).

No fundo, o que a emergência destas tensões coloca em evidência é o modo como as circunstâncias recentes parecem ter vindo alterar os equilíbrios funcionais e as convergências iniciais entre a profissão médica e o papel do Estado, dado que estas eram particularmente notórias nos primeiros anos da implementação da reforma. Aliás, e tal como já foi mencionado, o essencial da sua operacionalização e concretização resultou do trabalho de condução técnica dos profissionais por via da acção da MCSP, o que proporcionou um acolhimento bastante favorável não só aos desideratos da reforma, como ao próprio desenho institucional que suportava os modelos organizacionais mais inovadores. Um reflexo flagrante disso mesmo é bem patente numa afirmação que, para além de se ter tornado uma espécie de *slogan* apelativo que passou a reflectir a visão consensual dos profissionais, se tornou também claramente indicativa da legitimação da lógica de auto-organização profissional que o carácter *bottom-up* permite sustentar: “É a MGF que deve condicionar a Reforma e não o contrário!” (Melo, Sousa, 2011: 32).

O que isto mostra é que, em bom rigor, não há uma relação linear entre as inovações políticas, a sua implementação e os seus resultados na prática (Kuhlmann, 2006; Kuhlmann *et al.*, 2013), donde as relações entre o *managerialismo* e o profissionalismo acabam por ser substancialmente mais híbridas e compósitas do que uma leitura mais maniqueísta pode sugerir. Nesta medida, a existência de um carácter adaptativo com resultados variáveis e diferenciados não só desautoriza o teor mais prescritivo das teses de declínio (nomeadamente as teses da desprofissionalização e

da proletarianização; cf. capítulo 1), como chama a atenção para a importância de deslocar o enfoque analítico dos aspectos estritamente macroestruturais para os aspectos mais concretos e contingentes da escala micro em que ocorrem e se concretizam as práticas médicas (Lewis *et al.*, 2003), bem como da escala meso das realidades organizacionais (Kuhlmann *et al.*, 2013).

Com efeito, de acordo com a evidência empírica de alguns trabalhos de investigação (e.g. Lewis *et al.*, 2003; Germov, 2005; Pickard, 2009; Kuhlmann, 2006; Kuhlmann *et al.*, 2013), parece cada vez mais pertinente sustentar que a relação entre o Estado e as profissões comporta um carácter contingente, não só devido à existência de interdependências e alianças contextualmente dependentes entre as políticas *top down* e as iniciativas *bottom-up* introduzidas pelos profissionais (Kuhlmann, 2006), mas também porque estas podem ser um indicador elucidativo das estratégias de incorporação do *managerialismo* para desafiar os equilíbrios de poder existentes (Light, 1995). Tal é o que parece suceder nas tentativas de estabelecer novos equilíbrios entre diferentes segmentos da profissão médica no interior de um sistema de saúde concreto (Pickard, 2009), que é o que em grande medida se pode admitir estar em causa quando se consideram as pretensões e as tentativas de mitigação, por parte da MGF, da considerável assimetria estrutural entre esta especialidade e a generalidade da medicina hospitalar (Carapinheiro, 2006).

As estratégias de adaptação e incorporação do *managerialismo* (nomeadamente ao nível das lógicas de avaliação de desempenho à luz do cumprimento de indicadores contratualizados e suportados por práticas profissionais vinculadas a instrumentos padronizados) podem, assim, revelar um carácter voluntário e oportunístico (Germov, 2005) e mostrar que, apesar das potenciais tensões entre os elementos mais conservadores (como a preservação da auto-regulação profissional) e os aspectos mais inovadores das iniciativas políticas, podem estabelecer-se práticas de *governança clínica* a partir de dentro da profissão médica (Kuhlmann, 2006), o que significa que esta pode também ser uma promotora das mudanças.

Esta espécie de modernização do profissionalismo médico a partir de dinâmicas endógenas sugere que as formas de regulação institucional se vão tornando mais híbridas (Numerato, Salvatore, Fattore, 2012; Noordegraaf, 2015) e que a internalização dos pressupostos *managerialistas* pode, de facto, coexistir com preocupações e estratégias de manutenção

da auto-regulação profissional, nomeadamente ao nível das tentativas de controlo do processo de formalização e codificação do conhecimento¹¹⁷. A incorporação selectiva de instrumentos, conceitos ou novos requisitos de avaliação do trabalho profissional suscitada pelos vários níveis e escalas das mudanças pode, portanto, inscrever-se na matriz do profissionalismo médico (Kuhlmann, 2006; Pickard, 2009; Evetts, 2013), e as múltiplas formas de racionalização que concorrem para a concretização de formas de padronização do trabalho profissional não esvaziam necessariamente a própria autonomia médica, dado que muita da sua viabilidade depende do envolvimento activo dos profissionais (Germov, 2005).

É claro, no entanto, que estas interdependências não significam que não se verifiquem desajustes tanto na amplitude e nos ritmos da prossecução das inovações regulatórias e organizacionais, como no próprio espaço de manobra dos diferentes intervenientes, em especial o dos profissionais de MGF. Aliás, uma das questões de fundo que bem ilustram a diversidade de desajustamentos passa, desde logo, pela coexistência de modelos organizacionais substancialmente diferentes, pois, não obstante a lógica da contratualização se ter tornado um imperativo transversal no âmbito dos CSP independentemente do tipo de unidades funcionais em questão – e isto por via das metas estabelecidas nos contratos programa celebrados entre as ARS e os ACES –, a verdade é que se colocam, apesar de tudo, enquadramentos e exigências distintas em função dos modelos organizacionais.

Embora a exploração sistemática dessas diferenças organizacionais não seja para os objectivos desta investigação o aspecto mais crucial e incontornável¹¹⁸, é importante, ainda assim, fazer notar que a existência de características distintas entre, sobretudo, os modelos organizacionais

¹¹⁷ Este aspecto será objecto de particular atenção e de discussão analítica no âmbito do capítulo 6, ocasião em que se explora o processo complexo e ambivalente de adopção das NOC na prática clínica da MGF.

¹¹⁸ Importa salvaguardar, no entanto, que esta relativização não deve ser entendida como sinónimo de desvalorização das diferenças, pois, tal como discutido no âmbito do capítulo 2, mesmo que as especificidades organizacionais que enquadram os estudos de caso seleccionados nunca sejam tomadas como suficientes em si mesmas para proceder a qualquer tipo de generalização, estas são suficientemente relevantes para se poder interpretar algumas particularidades ao nível das concepções dos profissionais de MGF sobre a formalização do conhecimento através de instrumentos de codificação das decisões médicas. O facto de as observações e a recolha de material empírico reportar para a realidade organizacional de uma UCSP ou de uma USF é um aspecto que, como se verá com mais detalhe e aprofundamento no decurso do capítulo 6, não é minimamente despiçando em termos de interpretação analítica.

das USF e UCSP é um aspecto que suscita o reconhecimento de algumas desigualdades entre os profissionais (Teixeira, 2012), apesar de a avaliação desse impacto não ser totalmente unânime. Considerando a visão do presidente da APMGF, verifica-se que a essas diferenças não são associadas a práticas profissionais distintas, embora se sustente como vantajoso, e até inevitável, o horizonte de generalização do modelo de USF. De acordo, então, com as suas palavras,

“(...) A única coisa que pode existir é porque nas USF já há um programa estruturado de avaliação, há um plano de acção em que o grupo se propõe seguir esse plano. Há uma contratualização com as ARS e, obviamente, há algo a cumprir e tem de se prestar contas. De alguma forma, as UCSP também têm que o fazer, mas num modelo organizativo diferente. Essa é a única diferença por isso é que eu defendo que o modelo seja homogéneo e vai sê-lo seguramente, é a única hipótese para a sobrevivência e sustentabilidade do sistema. Mas a existir algum constrangimento existirá porque as pessoas que não se propuseram a avançar para as USF estão ainda num modelo organizativo clássico e que nesse modelo, mesmo assim, por características profissionais que tenham, já o fazem na prática. Cumprir com objectivos, utilizar normas de orientação clínica, já o fazem, eu sei que é assim, conheço colegas que trabalham em UCSP que trabalham da mesma forma como na USF, só não está organizado dessa forma.” (Ent.09)

O significado atribuído à natureza e à extensão dessas diferenças constitui um tema que, como se compreende, assume alguma recorrência na reflexão levada a cabo pela própria especialidade, sobretudo quando o carácter não linear do desenvolvimento do processo de Reforma dos CSP justifica o ensaio de “pontos de situação” para avaliar os constrangimentos e as possibilidades do percurso evolutivo da MGF. Num desses exercícios feitos no âmbito da imprensa médica, nomeadamente no *Jornal MGF Notícias* (*MGF Notícias*, de 15 de Novembro de 2013), um dos temas que aí assume um destaque privilegiado é, justamente, o da Reforma dos CSP. O balanço e a análise crítica relativamente aos aspectos melhor ou menos bem-sucedidos põem em destaque várias visões que, no seu conjunto, fazem emergir, entre outras considerações de relevo, este aspecto concreto das diferenças

organizacionais. Estas não só são reconhecidas, como suscitam avaliações distintas quanto à gestão dessa diferença, sobretudo na fase inicial do processo. O aspecto essencial das diferenças reside na existência da introdução do princípio da discriminação positiva nas USF, devido à assunção do risco e da maior carga de trabalho, e no facto de que pode ser justificável a manutenção destas diferenças, de forma a não generalizar um modelo que pode não ser convergente com o projecto de todos os profissionais.

Mas sendo certo que este tema pode alimentar posicionamentos com cambiantes razoavelmente diferenciados, já essa ambivalência não é tão notória quando se trata de equacionar os rumos da reforma, uma vez que esta tende a ser vista como algo a continuar e a aprofundar. Com efeito, a desejabilidade da sua concretização à luz dos pressupostos que animaram a implementação deste processo tende a gerar um consenso mais alargado, sobretudo junto dos profissionais que estão enquadrados no modelo organizativo das USF. A internalização da lógica *mangerialista* na matriz profissional desta especialidade é, portanto, bem visível no modo como se perspectivam os benefícios do aprofundamento da reforma, designadamente porque as suas vantagens em termos de condições de trabalho e de autonomia organizacional são equacionadas como metas estratégicas decisivas para o próprio desenvolvimento da MGF.

Essa ênfase é, por exemplo, bem visível nas palavras do presidente da APMGF, na medida em que um dos aspectos positivos que é destacado no desenvolvimento (visto, na altura, como relativamente inelutável) da reforma passa pela garantia de que os profissionais de MGF se mantêm directamente envolvidos no desenvolvimento e modulação da reforma, nomeadamente através de uma nova estrutura designada de *grupo técnico para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*:

“Desde Abril de 2010, quando foi extinta a missão, foi criada uma nova estrutura que foi o grupo de orientação estratégica para a reforma dos cuidados de saúde primários e existe agora neste novo executivo, o grupo técnico de apoio à reforma dos cuidados de saúde primários. Portanto, nunca deixou de existir uma estrutura que esteja a prestar assessoria técnica ao próprio ministério da saúde para permitir que a reforma dos cuidados de saúde primários não cesse e isso está a ser garantido neste momento. (...) Eu diria que temos essa

segurança de que há garantias que o modelo organizativo USF será para manter até porque o memorando de entendimento dos condicionais da política económica vai nesse sentido, de propor que o modelo ideal de organização das unidades de cuidados de saúde primário é o modelo das USF.” (Ent.09)

Esta confiança na continuidade da reforma em coerência com os pressupostos iniciais é expressa numa altura em que a inflexão do processo não era ainda tão pronunciada, pelo que as expectativas relativas às possibilidades de condicionamento dos desenvolvimentos a ocorrer tinham uma certa ressonância junto dos profissionais de MGF. Aspectos que entretanto vieram complexificar a relação de forças entre estes especialistas e os respectivos órgãos administrativos da tutela (ARS e ACSS) passam não só pelas já referidas restrições, por decisão governamental, na expansão do modelo das USF, mas também pelo aprofundamento de regras e de mecanismos de contratualização que, na óptica dos profissionais, não só desvirtuam a lógica que lhe estava originalmente subjacente, como coloca em evidência uma série de efeitos perversos ao nível da definição e avaliação dos indicadores de desempenho.

Com efeito, as críticas que, entretanto, se têm vindo a intensificar não são tanto sobre o desenho do processo da contratualização em si mesmo, mas fundamentalmente sobre os aspectos concretos através dos quais se tem traduzido o desenvolvimento da sua implementação. Uma sistematização de alguns dos pontos críticos que, de forma mais recorrente, têm marcado a generalidade dos discursos e das tomadas de posição dos profissionais com uma visão mais problematizadora sobre os rumos recentes deste processo pode, por exemplo, ser encontrada no já referido documento síntese das conclusões da Comissão Nacional de MGF da FNAM, subordinada ao exercício de balanço e avaliação dos CSP:

“Desempenho: Programas de Vigilância em Saúde Infantil (SI) até aos 2 anos, de Planeamento Familiar (PF), de Saúde Materna (SM), de Hipertensão Arterial (HTA), de Diabetes (DM) e de Rastreio Cancro da Mama e do Colo do Útero são manifestamente pouco representativos da globalidade de cuidados da MGF e de uma USF. (...) Fraca evidência científica de alguns indicadores, utilidade muito discutível de outros, bem como dificuldade em medir ganhos em saúde, podem

originar excessos de intervenção, nomeadamente medicalização, consumismo e iatrogenia. (...) Valor das metas: é de esperar que metas muito elevadas, quase utópicas, condicionem a concentração de esforços (focalização) de forma a obter resultados/ incentivos. Como se definem? Os profissionais da USF foram envolvidos? Foram consideradas eventuais consequências perversas para os doentes, decorrentes da focalização e afunilamento?” (FNAM, 2012).

A multiplicação deste tipo de críticas por parte dos profissionais de MGF tem, efectivamente, dado azo a avaliações negativas que colocam a tónica num problema cada vez mais tido como estrutural e que se prende com a existência de margens negociais diminutas no âmbito do processo de contratualização externa, o que faz sobressair várias acusações relativas ao que é entendido como a intensificação de uma postura centralista dos organismos da administração pública responsáveis pela condução formal do processo, aspecto que os profissionais entendem estar nos antípodas dos pressupostos normativos da própria contratualização (Braga, 2013a; Braga, 2013b; Melo, Sousa, 2011; Pereira, 2018). A leitura levada a cabo pelos profissionais faz, assim, salientar a ideia de que se verifica uma postura de crescente imposição, nomeadamente ao nível do aumento acentuado de metas, de insuficiente partilha de informação e também de uma resistência quanto à ideia preconizada pelos profissionais de se institucionalizar uma comissão arbitral composta por membro das ARS, ACSS e das estruturas sindicais médicas e equipas de monitorização.

O carácter reiterado destes posicionamentos tem-se constituído, portanto, como um ponto de tensão crucial nas relações negociais entre, nomeadamente, a USF-AN e a ACSS, e as preocupações que esta questão suscita têm – pelo menos a um nível retórico – vindo a conhecer alguma permeabilidade por parte da ACSS, tal como se pode inferir das palavras de um dos dirigentes deste organismo, com responsabilidades na área da contratualização:

“O processo que está agora em curso prevê (...) a existência de indicadores nacionais, ou seja, que sejam comuns a todas as unidades de saúde familiar, e depois os indicadores que sejam comuns só aquele ACES e outros indicadores que só são específicos para aquela unidade de saúde familiar, ou seja, permitindo que efectivamente

exista uma adaptação dos indicadores às necessidades das populações. (...) E é isso que está em cima da mesa hoje em dia, esta especificidade regional e local. Para além disso, as metas, os indicadores, quando são estabelecidas ou quando vão para o processo negocial, devem também obedecer a esse processo, ou seja, às características da própria população e o *baseline* em que cada unidade de saúde familiar está, o seu grau de desenvolvimento, maturidade. (...) Estamos a fazer avaliação de características das populações das unidades de saúde familiar e a fazer exercícios de *clusterização* para apoiar o processo de contratualização, ou seja, para os vários indicadores que estão a ser negociados existirem metas pré-definidas de acordo com as características da população, que estejam de acordo com as características da população servida por cada unidade de saúde familiar.” (Ent.07)

Contudo, e não obstante estes sinais de maior abertura e flexibilidade, em termos práticos subsistem ainda vários dos aspectos substantivos das já referidas críticas, uma vez que a operacionalização do processo negocial da contratualização referente a 2013¹¹⁹ não produziu as alterações de fundo reivindicadas pelos profissionais, designadamente ao nível das possibilidades efectivas de um maior envolvimento no que diz respeito à definição e construção dos próprios indicadores. As palavras do Presidente da USF-AN são, a este propósito, ilustrativas do nível de desfaseamento ainda existente entre a realidade prática do processo de contratualização e as pretensões dos profissionais enquadrados no modelo organizacional das USF:

“Não estão demonstradas as vantagens de colocar sempre metas mais elevadas, e é eticamente discutível a pressão dos profissionais sobre os cidadãos, para conseguir cumprir metas desajustadas, sem evidência de ganhos clínicos, quando comparadas com resultados internacionais. (...) Os resultados devem ter em conta a população, a prevalência de doenças, os recursos em saúde e socioeconómicos, criando *clusters* de USF, com uma avaliação multidimensional, comparáveis entre si” (Vilas Boas, 2013).

¹¹⁹ Trata-se do período a que se reporta a recolha da informação empírica de suporte ao trabalho de investigação.

AS RECONSTRUÇÕES DO PROFISSIONALISMO MÉDICO: A MEDICINA BIOGRÁFICA EM MUTAÇÃO?

Acerca do teor destas considerações em particular, é relevante fazer notar que as mesmas se ancoram, e dão continuidade, a um conjunto de reflexões críticas que, no decurso dos últimos anos, têm vindo a ser desenvolvidas no interior da MGF. Deste modo, e embora essas reflexões não se esgotem na publicação de artigos de discussão sobre esta matéria, é possível constatar que alguns artigos e editoriais publicados na RPMGF têm corporizado muito desse esforço de avaliação crítica do processo, nomeadamente ao nível das suas implicações específicas para a prática clínica.

Nesta medida, tentando deixar sinalizados os pontos que, de forma mais transversal, têm marcado essa reflexão, destaca-se como um dos argumentos mais estruturantes a ideia de que o actual rumo de desenvolvimento dos Indicadores de Desempenho Contratualizados (IDC) tem vindo a colidir cada vez mais com a especificidade e com o carácter distintivo da MGF, concretamente quando se sustenta que a avaliação mensurável de algumas componentes da prestação de cuidados não só não contempla a abrangência das múltiplas áreas que são clinicamente relevantes para os profissionais desta especialidade, como pode interferir negativamente nas dimensões relacionais de uma prática clínica que se reclama do modelo biográfico centrado no doente e orientado para o seu contexto (Santos, Ribeiro, 2009; Melo, Sousa, 2011; Braga, 2013b; Broeiro, 2016; Pereira, 2018; Broeiro-Gonçalves, 2021).

Um dos aspectos que merece ser especialmente enfatizado prende-se com o facto de que, como se viu, existe um posicionamento estratégico que, de forma continuada e consistente, tem vindo a ser preconizando pela MGF, no sentido de procurar afirmar a importância e a necessidade de concretizar uma autonomia efectiva de gestão ao nível da sua realidade organizacional. Tal significa que a existência de modelos organizacionais que procuram assegurar a melhoria da qualidade por via de mecanismos de avaliação do desempenho profissional está claramente contemplado nas suas principais orientações. Tal é, de resto, bem patente num importante documento da APMCG intitulado *Declaração da Madeira* (APMCG, 1998). Aí pontificam vários dos princípios enquadradores das orientações estratégicas da Associação, os quais têm como pressuposto a lógica da avaliação individual de desempenho, mas desde

que tal resulte de uma iniciativa voluntária e periódica por parte dos especialistas. De acordo com o referido documento, estabelecem-se requisitos específicos que salvaguardam a forma entendida como adequada para operacionalizar essa mesma avaliação, sendo estas a identificação em reuniões de trabalho, por métodos de consenso, de quais os parâmetros e indicadores a utilizar; a construção de uma matriz de referência para este processo de avaliação de desempenho; e a organização de um dispositivo de apoio logístico à sua operacionalização, registo e certificação (APMCG, 1998: 48).

Com efeito, tal como é referido num editorial sobre os indicadores de saúde e a contratualização, a questão efectivamente problemática passa pelo modo como a operacionalização do processo tem vindo a implicar uma crescente desvinculação dos profissionais na selecção e definição dos indicadores, donde resulta um cepticismo cada vez maior quanto à concretização das potenciais virtudes das inovações organizacionais que a contratualização comporta, designadamente ao nível do próprio sistema remuneratório dos profissionais (pagamento por desempenho)¹²⁰.

“Os médicos de família portugueses podem orgulhar-se de terem idealizado uma reforma completa e complexa dos Cuidados de Saúde Primários. Ela contempla, entre outras características, a autonomia organizativa das Unidades de Saúde Familiar (embora cada vez mais relativa...), a existência de um compromisso assistencial (que garante maior cobertura populacional à custa da ampliação das listas de utentes) e a contratualização de objectivos ou metas a atingir (em relação ao acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico), mas que nem sempre tem decorrido nos prazos e formatos previstos. (...)”

Os indicadores de saúde até agora propostos entre nós, sofrem de problemas de dimensão, relevância e cálculo. As metas propostas aproximam-se de valores cada vez mais próximos dos 100%, como

¹²⁰ Relativamente a este aspecto em particular, existe já uma reflexão desenvolvida no âmbito da MGF sobre as potencialidades e os desafios do pagamento por desempenho. No caso das vantagens que este sistema de remuneração comporta, Melo e Sousa (2011), fazendo eco da posição da *American Academy of Family Physicians*, consideram “que este tipo de programas tem o potencial de aumentar o uso das tecnologias de informação, de normas de orientação clínica baseadas na evidência, boas práticas clínicas e organizativas e o acesso a cuidados atempados e apropriados por parte dos médicos de família” (Melo, Sousa, 2011: 29-30).

acontece com os indicadores de desempenho assistencial, apenas porque isso é o que parece lógico aos gestores, seguramente sem formação do ponto de vista clínico. Estes valores, gradualmente mais elevados ano após ano, pretendem reflectir uma progressão da melhoria da qualidade de cuidados prestados, mas estão desfasados de um enquadramento clínico e assistencial realista, das circunstâncias locais, dos contratempos pessoais e dos sistemas de saúde reais” (Braga, 2013b: 278).

Assim, e face ao avolumar de constrangimentos que condicionam e tornam problemático o horizonte de um envolvimento mais activo dos médicos de MGE, é o próprio pressuposto de que este processo garantiria o aumento da motivação dos profissionais e implicaria um incremento de boas práticas com ganhos em saúde que surge desafiado. Emergem, em contrapartida, várias reservas quanto aos impactos negativos que daí podem advir.

Um dos argumentos de fundo que, no decurso destes últimos anos, tem vindo a ganhar mais consistência e um carácter de gradual consenso no âmbito desta especialidade passa pela observação de que os critérios subjacentes à contratualização se têm revelado restritivos, o que conduz ao que os profissionais designam de *afunilamento* e *focalização* da actividade clínica, ou seja, à tendência para privilegiar as tarefas contratualizadas em detrimento de outras (dado que a remuneração está dependente dos resultados obtidos) e para um enfoque mais delimitado em torno de algumas áreas clínicas¹²¹. A principal consequência associada a estes efeitos perversos consiste, assim, na possibilidade de estas práticas instaurarem uma *Medicina Baseada nos Indicadores* em lugar de uma *Medicina Centrada no Doente* (Melo, Sousa, 2011; Braga, 2013b), dando, por conseguinte, lugar a uma disjunção entre a estrutura dos indicadores e o enquadramento das actividades clínicas e assistenciais, privilegiadamente centradas na pessoa e no seu contexto (Broeiro, 2016; Pereira, 2018; Broeiro-Gonçalves, 2021).

Com efeito, trata-se de uma questão de singular importância para a MGE, dado que, conforme tive oportunidade de discutir, esta remete

¹²¹ Acerca deste aspecto, Santos e Ribeiro (2009) afirmam que “ao colocar a ênfase na avaliação de determinada situação, diabetes, hipertensão, numa disciplina generalista como a nossa, é natural que os cuidados se foquem nestas áreas mesmo se a qualidade dos cuidados noutras áreas também exclusivamente clínicas como a asma, a osteoartrose, a cardiopatia isquémica, alterações funcionais do estômago, cistite precisem também ser melhoradas” (Santos, Ribeiro, 2009: 230).

directamente para o âmago dos fundamentos identitários desta especialidade. A ideia de que a MGF se distingue por ser portadora de uma perspectiva global, personalizada e comprometida com a coordenação e integração dos cuidados (Santos, Ribeiro, 2009: 227) é assim desafiada. A reconfiguração do trabalho clínico imprime uma lógica de maior marginalização dos elementos distintivos da medicina biográfica, criando-se muitas vezes um hiato entre a retórica ideológica da identidade profissional e as limitações da sua viabilidade enquanto prática clínica concreta (Charles-Jones *et al.*, 2003; Checkland *et al.*, 2008; Calnan, Gabe, 2009).

A propósito, precisamente, das implicações da *governança clínica* nos especialistas de MGF, mas tendo como referência a realidade do Reino Unido (*General Practitioner*, GP), Calnan e Gabe (2009) sinalizam vários aspectos que têm evidentes pontos de contacto com a realidade portuguesa, até porque a lógica da contratualização tem uma inequívoca transversalidade no âmbito das políticas de saúde de recorte *managerialista*¹²². Assim, e tal como os autores salientam,

“(...) os critérios pelos quais o desempenho clínico é avaliado já não são exclusivamente determinados pelos clínicos e pelos seus corpos profissionais. O Estado tem sido capaz de determinar quais os serviços que devem ser prestados e qual o seu padrão, e esses padrões têm vindo a ser cada vez mais integrados em contratos com hospitais e centros de saúde para que, no futuro, o seu rendimento possa depender da adesão a um conjunto de indicadores de qualidade altamente específicos. As inspecções da *Healthcare Commission*, que incluem uma revisão do desempenho clínico e da extensão da conformidade com as normas de orientação clínica do NICE, têm vindo a aumentar a vigilância das práticas dos médicos e requerem que estes providenciem provas de um trabalho contínuo para a melhoria da qualidade” (Calnan, Gabe, 2009: 68)¹²³.

¹²² Também Grant *et al.* (2009), a propósito da implementação do processo de contratualização e de um sistema retributivo de pagamento em função do desempenho (*pay-for-performance*) que foi concretizado no Reino Unido, em 2004, e designado de *Quality and Outcomes Framework (QOF)*, mostram que entre 20 a 25% da remuneração dos profissionais depende da avaliação do seu desempenho tendo em conta um conjunto de cerca de 140 indicadores de qualidade previamente definidos (Grant *et al.*, 2009: 230).

¹²³ Minha tradução.

Considerando os imperativos de um sistema de gestão fundamentalmente apostado em princípios de eficiência à luz de metas de melhoria da qualidade e suportado pela categorização codificada dos problemas, não surpreende que esta ênfase no cumprimento de resultados mensuráveis suscite alguma discussão substantiva por parte dos profissionais. Justamente através da mobilização dos argumentos identitários que são estruturadores do seu profissionalismo médico, os especialistas de MGF sustentam a necessidade de modular o impacto do processo de contratualização lançando mão de argumentos que enfatizam a indispensabilidade de uma revisão e de uma melhoria substancial da lógica de definição dos indicadores que suportam a avaliação da qualidade e do desempenho profissional¹²⁴. Para tal, não só preconizam a necessidade de rever ou reforçar a evidência científica das recomendações que suportam a maioria dos indicadores, privilegiando o objectivo de que estes meçam resultados clínicos com interesse para os doentes¹²⁵ (e não apenas dados de processo, como, por exemplo, número de consultas ou o número de medições de tensão arterial), mas invocam, igualmente, outras considerações críticas que sublinham os efeitos mais negativos e desvirtuadores da sua orientação biográfica. É, justamente, nesse sentido que alguns profissionais da MGF argumentam, tal como é, por exemplo, bem notório nas seguintes considerações:

“O pagamento por desempenho apresenta graves problemas éticos, entre eles o risco de que o trabalho clínico se passe a centrar no seu cumprimento e que os doentes em cujo seguimento os indicadores se cumpririam com dificuldade sejam afastados, podendo com isso modificar-se a relação médico-doente por o acto clínico se centrar no cumprimento dos indicadores e não nas necessidades do paciente. (...)”

¹²⁴ Sobre os critérios de melhoria e desenvolvimento dos indicadores, as sugestões passam pela “revisão anual dos IDC de forma a aferir a sua validade; construção dos Indicadores de acordo com as melhores evidências e de acordo com provas dadas para os doentes (POEM); os IDC devem mudar periodicamente de forma a evitar o afunilamento; deve aumentar o número de IDC, de forma alargar o seu leque e avaliar a qualidade Global da MGF//USF, minimizando assim quer o afunilamento quer a focalização; os IDC devem ser escolhidos entre aqueles que têm maior impacto (ganhos em saúde, custo efectividade, etc.); envolvimento dos profissionais das USF na construção dos Indicadores; rever a metodologia de construção das metas dos IDC, evitando valores muito elevados que podem levar a focalização da prática clínica” (Melo, Sousa, 2011: 32-33).

¹²⁵ Este princípio está condensado no acrónimo anglo-saxónico POEM (*Patient-Oriented Evidence that Matters*) (Sá, 2002: 30-35).

A questão da exclusão de doentes, nos denominadores dos IDC está ainda por clarificar, podendo originar exclusões dos doentes «piores». Por outro lado, a inclusão de todos os doentes (vigados ou não na USF) no denominador de alguns IDC parece ser abusiva e susceptível de originar situações bastante discutíveis, como seja a «convocação» de utentes sem compromisso de vigilância com a USF” (Melo, Sousa, 2011: 30-31).

Através do recurso a outro tipo de material empírico, concretamente aquele que resulta da realização das sessões de Grupos Focais junto dos médicos de MGF sobre as suas concepções acerca do papel da evidência científica na prática clínica, é possível constatar que a avaliação empreendida pelos profissionais acerca do rumo recente do processo de contratualização e das suas implicações ao nível da redefinição do trabalho clínico suscita várias considerações que tornam bem patente o alcance de algumas das reconfigurações mais substantivas do profissionalismo médico, concretamente no que diz respeito à primazia de critérios de controlo, avaliação e monitorização da actividade clínica sobre as lógicas mais estritamente discricionárias.

Um dos aspectos que denota clara convergência com as considerações já desenvolvidas a propósito do processo de negociação que está subjacente à contratualização prende-se com a forma crítica como é entendida a relação entre os profissionais enquadrados no modelo de USF e os organismos responsáveis pela condução e formalização do processo de contratualização. Um exemplo ilustrativo dos constrangimentos e das dificuldades práticas relativas à negociação que caracteriza o processo de contratualização é notório nas considerações da coordenadora da USF em estudo, nomeadamente quando salienta os seguintes aspectos:

“Por exemplo quando se conseguiu, não fomos nós em particular, mas estivemos nessa luta, a alteração das hemoglobinas (...) que foram contratualizadas inicialmente, não era uma coisa correcta cientificamente, e é um indicador que se conseguiu alterar. Pequenas vitórias. (...) A forma como vamos para a negociação eu acho que reflecte estas coisas, se depois na prática conseguimos muitos resultados? Conseguimos um bocadinho de vez em quando, mas saímos sempre um bocadinho frustrados. Mas o facto de estarmos neste processo de formação, aprendizagem, reflexão, análise, permite que

vamos para uma contratualização preparados, com conhecimento de quais são os indicadores, qual é a legislação, que resultados é que nós temos obtido, do que é que achamos que podemos melhorar. Porque a negociação, pelo menos como ela está pensada e desenhada, e escrita, e não necessariamente como tem acontecido sempre, pressupõe que haja todo este tipo de análise do contexto, de nós nos compararmos com o grupo a que pertencemos, mas também com o que conseguimos realizar. Portanto nós vamos preparados, levamos habitualmente um documento escrito que entregamos que põe toda essa fundamentação e que permite estarmos preparados para fazer (...) uma negociação dura. (...) Só é possível ir para uma reunião de contratualização capaz de ir tentar negociar se ao longo do ano formos fazer estas avaliações, esta reflexão e é isso que nos permite ter dados, se não chegávamos lá e também não sabíamos muito bem como é que íamos fundamentar”. (MO1)

Um elemento importante que daqui ressalta prende-se com o facto de os imperativos inerentes ao sistema de contratualização dos indicadores de desempenho promoverem a assunção de novos papéis e responsabilidades por parte dos profissionais, no sentido em que estes passam a incorporar um certo alinhamento com os pressupostos da abordagem *managerialista*. Tal redefinição está, no entanto, longe de significar uma simples imposição do mundo da gestão sobre o trabalho clínico, não só porque a operacionalização de mudanças efectivas pressupõe, num grau não despidendo, a participação activa dos profissionais (Hunter, 2006: 17), mas também, e sobretudo, porque a incorporação e desenvolvimento de papéis de gestão ao nível da coordenação executiva do trabalho organizacional necessário para cumprir com as metas estipuladas acaba por envolver, de modos diferenciados, os profissionais médicos (Checkland *et al.*, 2008: 794; Grant *et al.*, 2009: 242).

Estas formas específicas de envolvimento com os compromissos e imperativos da lógica da contratualização são, assim, indicativas do desenvolvimento daquilo que alguns autores designam de *restratificação horizontal* (Harrison, Dowswell, 2002: 211; Calnan, Gabe, 2009: 61), no sentido em que assinalam novas lógicas de restratificação interna (neste caso na MGF) que tornam patente a existência de formas de regulação endógena que são especialmente asseguradas por alguns elementos mais envolvidos em aspectos de gestão face aos restantes membros da

equipa clínica. Assim, e para além da restratificação vertical de que fala Freidson (1986) (cf. capítulo 1), o que estas diferenciações internas mostram é a existência de novos papéis cuja permeabilidade esbate as diferenças constitutivas entre o discurso médico e o discurso da gestão, fazendo emergir, em contrapartida, um envolvimento mais activo que pode inclusivamente assegurar um maior nível de controlo face a potenciais formas de ingerência ou imposição externa (Hunter, 2006: 19).

Mas, relativamente à existência dessas possíveis imposições externas, já aqui foi destacado que os desenvolvimentos do processo de contratualização contribuíram efectivamente para a emergência de várias reservas não só junto dos órgãos representativos da profissão nos seus vários níveis (como se tornou notório nas considerações que tomaram como referência várias das posições assumidas pela APMGE, FNAM ou USF-AN), mas também junto dos profissionais inseridos nos seus contextos específicos de trabalho, como, de resto, o seguinte excerto evidencia:

“Eu vejo isto desta maneira: há aqui desacerto entre culturas, nas unidades de saúde familiar com melhor clima organizacional estamos no século XXI e, no entanto, a nível, digamos assim, do aparelho central estamos no século XIX. (...) Não há cá negociação nenhuma! Há imposição (...). Negociação tudo bem, significaria que as duas partes que assinam aqui tinham de ter obrigações e consequências, para nós, neste caso para a direcção executiva. Mas não há. Não é um contrato verdadeiramente entre partes, com deveres e obrigações”. (MO7)

Relativamente a estas assimetrias nas relações entre os profissionais inseridos nos seus contextos organizacionais e os órgãos tutelares em matéria de contratualização, pode-se considerar que um dos principais impactos que daqui resulta é uma consequente reconfiguração da própria matriz do profissionalismo médico, no sentido em que o enquadramento político e institucional que subjaz à implementação de novas realidades organizacionais no âmbito dos CSP concorre para redefinir, de forma profunda, o próprio sistema normativo de valores que está na base dos discursos profissionais. No fundo, o que a natureza dos constrangimentos decorrentes deste novo enquadramento coloca em evidência é a potencial substituição de um “profissionalismo ocupacional” por um “profissionalismo organizacional” (Evetts, 2013), uma vez esta última

forma de profissionalismo tende a estar ancorada em pressupostos que privilegiam muitos dos requisitos que caracterizam as orientações normativas da NGP, nomeadamente a gestão, a prestação de contas, as formas externas de regulação ou a implementação de procedimentos padronizados como base das decisões profissionais.

Num quadro de leitura mais matizada, pode ser sustentado, todavia, que estas reconfigurações do profissionalismo não têm necessariamente de resultar numa tensão explícita entre o já referido profissionalismo “ocupacional” e “organizacional” (Evetts, 2013), porque as atuais reconfigurações ultrapassam a lógica polarizada de conformidade ou resistência dos profissionais às exigências da gestão. Esse modelo de teor manifestamente conflitual entre a lógica ocupacional e a ingerência organizacional não só perpetua as imagens *ideal-tipo* de controlo ocupacional mais características do puro profissionalismo (Noordegraaf, 2015), como acaba por não reconhecer a natureza dinâmica, resiliente e adaptativa que os grupos profissionais desenvolvem no âmbito dos quadros políticos, regulamentares ou organizacionais em que operam, nem tampouco o facto de que a dimensão organizacional se vai tornando um elemento efectivamente constitutivo do próprio trabalho profissional (Numerato, Salvatore, Fattore, 2012; Noordegraaf, 2015).

No âmbito destas reconfigurações, é perfeitamente plausível admitir que as tensões entre as lógicas do discurso profissional (predominantemente centrado na autoridade colegial, na auto-regulação, na autonomia e discricionariedade das decisões) e as lógicas organizacionais (que plasam os pressupostos da *governança clínica*) não são necessariamente eliminadas. Contudo, o facto significativo a destacar passa pelo reconhecimento de que essas tensões se vão tornando dinâmicas intrínsecas do trabalho profissional. Isto significa, por outras palavras, que se é verdade que as métricas e os objectivos de desempenho valorizados pela gestão não têm de suplantam os fundamentos básicos do profissionalismo, essa articulação pode, ainda assim, engendrar dinâmicas cujas implicações não são inócuas nos seus efeitos ao nível do profissionalismo médico.

Assim sendo, e face ao carácter dúctil destes novos discursos e ajustamentos valorativos, percebe-se que o problema não se coloca tanto ao nível da internalização do *managerialismo* (Kuhlmann, 2006), mas sobretudo ao nível das tensões resultantes da concretização das iniciativas políticas *top down*, pois, ao nível do caso concreto aqui em análise, foram justamente essas iniciativas que acabaram por coarctar muitas das

pretensões que justificaram a própria adesão voluntária e o empenho activista da MGF na implementação da reforma política que permitiu a introdução de novos modelos organizacionais para o trabalho profissional destes especialistas.

Um aspecto de grande relevância para a exploração das reconfigurações que o crescente alinhamento com a lógica do *managerialismo* introduz na matriz do profissionalismo médico prende-se com o acentuar de traços e características denotativas da assunção de um perfil *científico-burocrático* por parte da medicina (Harrison, Dowswell, 2002; Harrison, Checkland, 2009), no sentido em que as práticas médicas se passam a organizar e a ser objecto de avaliação à luz dos critérios da *governança clínica* e de dispositivos e mecanismos de padronização. O que este designado modelo de “Medicina científico-burocrática” (Harrison, Checkland, 2009: 124-126) acentua é não só a maior valorização e legitimidade do conhecimento proveniente da investigação clínica (por contraste com os critérios mais próximos do conhecimento decorrente da experiência e da prática pessoal) (cf. capítulo 3), mas também a primazia das dinâmicas de implementação externa dos já referidos dispositivos de padronização.

Especificamente sobre a implementação de indicadores quantitativos pré-estabelecidos, cujos níveis de cumprimento passam a constituir um dos critérios primaciais para efeitos de avaliação do desempenho profissional no contexto das respectivas organizações, é importante constatar e compreender o tipo de implicações concretas que estes tendem a instaurar no desenvolvimento do trabalho clínico. Nesta medida, um dos efeitos perversos mais imediatos que tendem a ser identificados como responsáveis por enviesamentos aos critérios mais estritamente clínicos prende-se com o condicionamento introduzido por alguns indicadores assistenciais, no sentido em que estes passam a assumir um notório privilégio face a outro tipo de problemas com igual, ou maior, relevância clínica. Revelador disso mesmo é o seguinte excerto de uma sessão de grupos focais, pois, para além de remeter para um exemplo concreto, põe em evidência uma discussão mais alargada relativamente a este tipo de efeitos perversos:

“Às vezes acontece uma coisa um bocadinho contraditória. Nós temos dois tipos de indicadores: os que são filhos, os que são contratualizados, e os que são um bocadinho enteados, que são os que não são contratualizados. E de facto há um esforço muito grande para cumprir com

os contratualizados para cumprir os objectivos, e se calhar isso pode de certa forma ser mau por deixar de fora outros aspectos da prática, não terem um esforço tão intensivo. Há o mesmo brio e gostamos de fazer as coisas bem, acho que todos somos assim, mas se calhar a maneira como as coisas estão feitas... Por exemplo, com os doentes diabéticos centramos o nosso esforço de uma maneira tremenda, os doentes diabéticos consomem um número de consultas louco face a outros doentes que também precisariam de cuidados com frequência. (MO14)

Os hipertensos são os beneficiados. (MO12)

Enviesam o nosso esforço, isso sem dúvida nenhuma. É um trabalho muito, muito intenso. (MO14)

São patologias nobres, hoje em dia... (MO12)

Entrou alguém no clube de elite. Tratado mais intensivamente. (MO14)

No outro dia ao falar com um colega vosso da USF ele dizia quando nós olhamos para o doente, vemos o que é que temos de pedir, a primeira ideia é essa. (MO10)

Temos, temos de pensar o que é que não fiz nesta consulta que possa levar ao incumprimento dos indicadores, porque as margens que nos obrigam, algumas de 90%... De facto, não podemos falhar! (MO14)

Mas nós aí temos se calhar uma margem de manobra um bocadinho maior. (MO10)

Este longo excerto, de uma sessão com médicos especialistas no âmbito de uma UCSP (embora tivessem integrado a referida sessão dois médicos de uma USF)¹²⁶, coloca em evidência vários aspectos importantes, destacando-se, desde logo, o facto de que o pagamento por desempenho em

¹²⁶ De acordo com um critério organizacional da Direcção de Internato de Lisboa, as reuniões de Equipas Integradas de Orientadores (EIO) do Centro de Saúde onde decorreu a observação empírica incluíam os médicos da UCSP em estudo, juntamente com os dois médicos de uma USF, dado que na lógica do organograma do ACES que enquadrava estas unidades funcionais, estas estavam ligadas por um critério de pertença a uma mesma área geográfica.

função do cumprimento de indicadores leva a uma priorização do próprio trabalho clínico, concretamente em contexto de USF (onde a referida “margem de manobra” será, a esse nível, menor). Tal significa, portanto, que a prática clínica acaba por ser efectivamente modulada, uma vez que os problemas são hierarquizados em função de critérios que, acima de tudo, decorrem das metas estabelecidas no quadro da contratualização.

Há também outras questões pertinentes que se colocam, nomeadamente a potencial mudança da própria relação terapêutica com os doentes, nomeadamente quando esta é mediada pelas preocupações prévias de adequação da consulta em função de uma categoria tipificada de doente que pode tornar justificável o cumprimento de certos indicadores em detrimento de outros. Esta circunstância pode, com efeito, conduzir a mudanças significativas da prática assistencial, sobretudo quando a mesma dá lugar ao desencadear de diligências para, por exemplo, os doentes virem às consultas para o acompanhamento de vários problemas.

A introdução dos incentivos financeiros associados ao desempenho pode potencialmente levar ao aumento de situações de desigualdade entre doentes, pelo que estas pressões de cumprimento dos indicadores podem conduzir à já referida “Medicina Centrada nos Indicadores” (Melo, Sousa, 2011; Braga, 2013b) e, nessa medida, a uma prática que entra em colisão com os fundamentos que suportam a própria retórica da Medicina Biográfica privilegiadamente centrada no doente. A esse propósito, e fazendo eco das palavras de Vital e Teixeira (2012), cabe perguntar: “E se as intervenções resultarem insuficientes na resolução dos problemas de saúde dos utentes e mesmo assim as equipas cumprirem com os objetivos, deverão manter-se os incentivos?” (Vital, Teixeira, 2012: 13).

Dois excertos particularmente elucidativos desta tensão constitutiva entre o discurso e a prática podem ser destacados a partir de alguns segmentos provenientes de uma sessão de grupos focais levados a cabo junto de um grupo de internos inseridos no contexto de uma USF:

“Eu acho que é um pouco um misto, por um lado o facto de existirem estes indicadores contratualizados estabelecem objectivos bem definidos de qual deverá ser a actividade, o que é que a equipa deverá tentar atingir nesse ano; por outro lado também se torna complicado, por exemplo posso falar do absentismo, pessoas que vinham regularmente à consulta, controlo de diabetes ou de tensão, e que por um motivo ou por outro, eventualmente motivos económicos não vêm, e

a unidade tem contratualizado, por exemplo, que tem de fazer isso. (...) A X falou há pouco da HBa1C, é novamente um daqueles que tem de ser cumprido, são as duas avaliações anuais e por um lado condiciona-nos. Da nossa parte eventualmente não o faríamos, mas no contexto de equipa eventualmente não poderemos só nós tomar assim de ânimo leve, porque poderemos eventualmente prejudicar a casa até porque o seguimento ou o cumprimento, ou não, destes indicadores, pode fazer que a unidade tenha um *downgrade* do seu estatuto. Por exemplo de um modelo B para o modelo A”. (MI8)

“(...) Corremos o risco de passarmos a fazer uma medicina em vez de ser centrada nas pessoas que nos consultam é centrada nos indicadores (...). O condicionamento pela equipa do cumprimento dos indicadores aí existe, e os indicadores derivam um bocado daquilo que são as NOC. Depois os vencimentos, ou se não são os vencimentos é a posição da USF no ranking das USF, a qualidade dos cuidados da USF é avaliada por aqueles indicadores logo todos nós nos sentimos pressionados a cumprir determinadas coisas, às vezes sem concordarmos perante o doente que temos à frente para ficarmos bem dentro da equipa, para não sermos também...” (MI5)

O que estes excertos tornam notório é a ideia de que ao instaurar um novo enquadramento de definição, mensuração e regulação do trabalho profissional, aquilo que a contratualização tende a potenciar é o aprofundamento de discrepâncias substantivas entre a retórica da medicina biográfica e uma prática clínica crescentemente alinhada não só com as métricas e com os imperativos da abordagem *managerialista*, mas também com uma orientação de pendor mais biomédico (Charles-Jones *et al.*, 2003; Exworthy *et al.*, 2003; Bloy, Rigal, 2013). No primeiro caso, tal é bem visível nas preocupações expressas quanto ao receio de comprometer o desempenho da própria USF, enquanto no aspecto relacionado com o acentuar de um perfil mais biomédico verifica-se que o trabalho assistencial se vai organizando em função de categorias biomédicas em lugar das dimensões qualitativas que são, com efeito, o substrato ideológico distintivo da MGF.

Recorrendo uma vez mais a alguns excertos ilustrativos provenientes da sessão de grupos focais dos internos inseridos no âmbito de uma USF, é possível salientar ainda os seguintes aspectos:

“Alguns não estão bem construídos e obrigam-nos a repetir actos que não se justificam perante a pessoa que temos à nossa frente ou perante a patologia a que se aplicam. (...) O cumprimento dos indicadores mudou muito a forma como eu fazia a consulta, que era o doente e eu, e agora antes de chamar um doente abro logo os alertas para saber o que há para cumprir, portanto eu não começo primeiro a ver o processo clínico da pessoa, eu abro os alertas porque se eu não cumprir aquelas coisas eu sinto que sou má elemento da equipa. Depois, outra coisa em que os indicadores condicionaram a minha consulta, comecei a ter de fazer muitos *clicks* extra que às vezes são difíceis de efectuar na consulta porque o sistema é lento, e para além do registo normal em que tenho de escrever, tenho de abrir vários módulos para fazer vários *clicks* e entre abrir uma janela e outra demora e isso lentifica! Às vezes estou a ouvir o doente e a pensar nos alertas que tenho de cumprir. Outras vezes os alertas que tenho dos indicadores que tenho de cumprir não tem nada a ver com o motivo pelo qual a pessoa vem à consulta, então estou a tentar de uma forma cordial introduzi-los. A pessoa vem porque houve um acontecimento negativo na vida dela e quer vir falar desse acontecimento e está com um humor deprimido, mas eu vou ter de medir a tensão arterial, o peso e a data da última menstruação de uma senhora que lhe faleceu o pai ou a mãe!” (MI1)

Já me aconteceu uma pessoa vir a chorar porque o marido tinha falecido e eu não medir a tensão arterial, estávamos no final do primeiro semestre em que se tem de medir a tensão arterial a uma senhora hipertensa. Depois disseram-me: “então e agora como é que vamos fazer?”, e eu disse que se for preciso vou a casa da senhora medir! (MI1)

Isso é um exagero... (MI2)

Isso verifica-se, isso vê-se. (...) Inclusive ligarem para o gabinete de um colega nosso e dizerem essa senhora tem este e este indicador para cumprir numa consulta de urgência em que a senhora vai lá tosse e tens de lhe perguntar a data da última menstruação porque é um indicador (MI6)

Se é uma consulta de urgência se tiveres tempo para isso não me choca nada... (MI2)

Achas que faz sentido teres de estar a introduzir ou ter de estar a ligar a dizer para não te esqueceres de fazer aquele indicador?! (MI6)

Eu isso aí não me importo! (MI2)

Isso se estiver numa consulta de planeamento, agora perguntar ... a pessoa vem por uma amigdalite e não te esqueças de perguntar a data da última menstruação. Isto é enviesar aquilo que é a lógica dos indicadores. (MI15)

Durante uma consulta de meia hora em que a senhora está a chorar do princípio ao fim e depois pedir-lhe para arregaçar a manga para medir a tensão... eu sinceramente não tive coragem! (MI1)

Não faz sentido (MI6)

Como se depreende das considerações contidas neste longo segmento, a discussão suscitada pela partilha de episódios e de casos concretos – entendidos pelos próprios internos como flagrantes da clivagem entre uma concepção valorativa orientada para o doente e uma prática pragmaticamente centrada na realização de certas avaliações e medições para cumprir com as métricas dos indicadores – coloca em evidência um ponto crucial relativamente aos elementos distintivos da medicina biográfica. De facto, enquanto um dos elementos fundamentais da própria ideologia profissional, o modelo da medicina biográfica é reiteradamente mobilizado como o suporte que justifica a ênfase distintiva colocada no doente em toda a sua globalidade, embora as características que modelam a prática assistencial se revelem como promotoras de uma acentuada marginalização destes fundamentos no âmbito da prática clínica (Charles-Jones *et al.*, 2003).

Assim, e sendo certo que muitas das actividades assistenciais se vão tornando efectivamente mais biomédicas na sua operacionalização, relativamente aos discursos e às próprias concepções identitárias é notória uma certa lealdade com os princípios do modelo biográfico subjacente à medicina centrada no doente, o que no caso dos internos espoleta de forma mais acentuada estas perplexidades face ao incumprimento dos pressupostos da abordagem individualizada. Outros estudos dão conta de situações variadas e diferenciadas ao nível do grau de desconforto

suscitado pela desconexão entre os fundamentos da MGF e os novos enquadramentos da prática clínica (Charles-Jones *et al.*, 2003; Exworthy *et al.*, 2003; McDonald *et al.*, 2007; Checkland *et al.* 2008; Calnan, Gabe, 2009; Bloy, Rigal, 2013), mas, no caso específico desta sessão de grupos focais com os internos inseridos na realidade de uma USF, a tónica da discussão tornou saliente o impacto estruturante deste marcador ideológico.

Um outro aspecto que também emerge desta lógica de prestação de cuidados em função de categorias de orientação mais biomédica em detrimento dos critérios constitutivos da abordagem individualizada que é preconizada pelo modelo da medicina biográfica diz respeito a uma maior centralidade dos sistemas de informação (por via dos alertas automáticos), o que se traduz numa reconfiguração substancial não só das lógicas de registo clínico¹²⁷, mas também na redefinição dos critérios de monitorização clínica dos doentes. Ao gerarem vários alertas automáticos, os sistemas de informação permitem identificar os doentes a quem se justifica dirigir iniciativas de contacto para finalidades de cumprimento dos indicadores contratualizados, quer seja por via de marcação de consultas, ou por via do cumprimento de certos registos e avaliações quando os doentes têm a iniciativa de eles próprios marcarem consultas devido a outro tipo de problemas que podem eventualmente não coincidir com as preocupações que presidem às práticas de registo e avaliação (Grant *et al.*, 2009; Checkland *et al.*, 2008; Teixeira, 2012). Uma ilustração deste problema pode ser verificada no excerto seguinte:

¹²⁷ Relativamente aos registos clínicos e à codificação, trata-se de uma questão que tem vindo a suscitar alguma reflexão no interior da própria MGF (Braga, 2012; Melo, 2012), na medida em que os novos critérios de registo clínico que vão sendo estabelecidos pelo desenvolvimento dos sistemas informáticos, conduzem a uma prática tendencialmente uniforme de registo, de modo a que estes se harmonizem com os sistemas de classificação, como é o caso da *Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários* (ICPC). A categorização não só pode implicar uma maior absorção de tempo da consulta (para efeitos de registo informático) em prejuízo da compreensão do historial clínico do doente (Melo, 2012: 246), como pode passar a ter um papel cuja centralidade pode desafiar os registos mais impressivos e interpretativos. A propósito dos desafios que estas lógicas de registo e classificação instauram, Braga (2012) refere que “na nossa prática clínica, muitas vezes lidamos com sintomas vagos, mal definidos, que surgem em fases precoces da doença, que nem chegam a tornar-se doença ou transformar-se num problema de saúde. Apesar de a ICPC estar preparada para lidar com estas subtilidades da nossa especialidade, duvido que, em todos os momentos, estejamos preparados, para ali mesmo, no momento, por vezes demasiado breve e espartilhado da consulta, fazermos com que tudo o que descrevemos e ajuizamos vire um código, sabermos a que categoria cada sintoma ou impressão clínica pertence... O problema das classificações não reside na ICPC, mas sim na forma como ela é utilizada” (Braga, 2012: 155).

“(...) O facto de serem muito poucos indicadores favorece uma medicina centrada nos indicadores. Há até relatos de algumas unidades onde de facto atingem metas óptimas, mas aquilo é tudo artificial, metem-se tensões arteriais que nunca se mediram, fazem-se *clicks* que nunca..., convidam-se a sair as pessoas que não querem cumprir os indicadores e não é muito longe daqui. Portanto há unidades em que “ah você não quer cumprir os indicadores? Então vá ali para a UCSP porque aqui na USF temos metas a cumprir”. Quando nestas equipas acaba por acontecer certas coisas, por exemplo, é preciso cumprir um número de visitas domiciliárias e vai-se fazer uma visita domiciliária a uma pessoa que pode perfeitamente para vir à unidade só para cumprir, isso acarreta também um custo de deslocação para o profissional que lá vai. Ou seja, o facto de serem poucos indicadores favorece que algumas pessoas passem a fazer uma medicina centrada nos indicadores, portanto aquilo não mostra nada da qualidade da medicina. Se existissem muitos indicadores ninguém controlava. Há pessoas completamente obsessivas e focadas nos indicadores, portanto o objectivo daquela consulta é fazer aquele *click* e o outro, propor isto aquilo e o outro, e nos últimos minutos perguntam o que é que o senhor veio cá fazer. Isto levanta um grande problema, antes nós centrávamo-nos na agenda do doente, agora temos a nossa agenda e a do doente”. (M15)

A este propósito, mas em relação à realidade britânica, é interessante verificar o tipo de efeitos que autores como Checkland *et al.* (2008) têm feito notar relativamente a estas novas práticas de “persuasão selectiva”:

“Estes sistemas têm o potencial de colocar um fardo sobre os pacientes em questão, em particular sobre aqueles que têm mais do que um problema de saúde e que podem receber múltiplas cartas a chamá-los a visitar várias clínicas diferentes. Também podem representar um afastamento de um sistema tradicional, em que os próprios pacientes são livres de decidir quando é que preferem ir. Os pacientes estão a ser construídos como objectos passivos, portadores de doenças, que têm que ser impelidos e lembrados a procurar cuidado médico, ou visitados em casa se não responderem. Mais ainda, assume-se que grupos de pacientes com condições semelhantes requerem modelos padronizados de consultas e acompanhamento, com pouca margem

para a personalização dentro de um sistema automatizado” (Chekland *et al.*, 2008: 795)¹²⁸.

Perante estas reconfigurações concretas, torna-se evidente que no âmbito da sua actividade clínica, os especialistas de MGF são cada vez mais confrontados com a necessidade de fazer mediações compósitas entre os requisitos da abordagem *managerialista*, concretamente ao nível dos indicadores de *performance*, e os fundamentos da sua prática profissional, o que leva vários autores a conceberem a ideia de que mais do que um prenúncio de desprofissionalização ou de proletarização, estes especialistas desenvolvem um perfil cada vez mais próximo da categoria de *street level bureaucrats* (Checkland, 2004; Hunter, 2006; Calnan, Gabe, 2009).

Aquilo para que, no essencial, este conceito chama a atenção é para o facto de que não obstante os constrangimentos decorrentes deste enquadramento organizacional específico que, como se viu, enfatiza a importância de mecanismos de regulação externa, há aspectos relativos à natureza do trabalho profissional destes especialistas que devem ser levados em linha de conta. Não apenas porque são reveladores de características próprias de uma cultura profissional específica que procura justificar e salvaguardar os fundamentos legitimadores das suas prerrogativas de autonomia profissional com o argumento da natureza complexa e indeterminada do trabalho profissional (Freidson, 1988/1970), mas também porque chamam a atenção para a existência de dinâmicas próprias de ajustamento às novas situações, nomeadamente através de processos locais de negociação (Gabbay, May, 2004; Greenhalgh *et al.* 2008), que podem influenciar tanto a direcção dessas mudanças como as suas implicações práticas nos contextos em que se dá a sua operacionalização (Lippert, Reventlow, Kousgaard, 2017).

Por isso, e sendo certo que a complexificação resultante da crescente interdependência entre o Estado e as profissões vai tornando cada vez mais saliente o carácter contingente da autonomia médica (Harrison, Dowswell, 2002; Numerato, Salvatore, Fattore, 2012; Carapinheiro, Serra, Correia, 2013), não deixa de ser importante considerar que a reconfiguração das suas práticas não pressupõe que estes profissionais

¹²⁸ Minha tradução.

sejam meros receptáculos passivos das mudanças. Como se verá no âmbito do capítulo 6, as dinâmicas de reconstrução do conhecimento médico devem levar em linha de conta os aspectos relativos à discricionariedade na execução do trabalho profissional, pois, tal como será possível verificar a propósito de uma outra dimensão fundamental da padronização das práticas profissionais (as NOC), as mudanças na natureza do trabalho médico não estão desconectadas das dinâmicas de recontextualização do conhecimento. A padronização pode, por isso, engendrar uma diversidade de resultados (Timmermans, Almeling, 2009) e mostrar, simultaneamente, como no âmbito da cultura clínica, a discricionariedade, embora transmutada, se impõe como o seu reverso.

A PADRONIZAÇÃO EM CONTEXTO: DISCURSOS E RACIONALIDADES SOBRE O PAPEL DA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E DO CONHECIMENTO CODIFICADO NA PRÁTICA CLÍNICA DE MGF

INTRODUÇÃO

O desiderato da padronização das práticas profissionais médicas está, conforme já reiteradamente salientado, intimamente associado à produção e desenvolvimento de ferramentas formais para o reforço da objetividade das decisões clínicas, como são por excelência as NOC (que consistem em recomendações sistematizadas para apoiar as decisões médicas nas várias circunstâncias clínicas específicas, sempre com base em provas científicas, em particular, as resultantes das revisões sistemáticas dos ECAC) ou os já referidos indicadores quantitativos pré-estabelecidos para avaliação do desempenho profissional no quadro da *governança clínica*.

O desenvolvimento de vários tipos de mecanismos de regulação e de dispositivos de padronização tem, neste sentido, contribuído para conferir uma nova amplitude a um debate mais antigo sobre a necessidade de desenvolver instrumentos formais que assegurem um perfil mais científico à medicina¹²⁹, o que tem também implicado a multiplicação de vários tipos de resistência às tentativas de explicitação e formalização do conhecimento, desde logo porque o julgamento clínico (baseado em formas de controlo do conhecimento indeterminado)

¹²⁹ Alguns desses principais instrumentos baseiam-se em pressupostos de natureza cognitivista e passam por algoritmos de decisão, modelos estatísticos de decisão ou sistemas informáticos de apoio à decisão. Para um enquadramento mais detalhado destes instrumentos (Gordon, 1988; Berg, 1995; Nelson, 2001).

se constitui como a base legitimadora da própria autonomia profissional (Abbot, 1988; Freidson, 1988/1970; Larson, 2012/1977) e como o sustentáculo principal do profissionalismo médico na sua vertente colegial (Johnson, 1972).

Nesta medida, percebe-se a valorização dos chamados saberes indeterminados (Atkinson *et al.*, 1977; Traynor, 2009), dado que estes revelam uma centralidade estratégica na construção da própria autonomia profissional. Os argumentos sobre o carácter “único” e singular do julgamento clínico (Gordon, 1988) remetem, assim, para os fundamentos da importância das dimensões indeterminadas do trabalho clínico e permitem, como tal, afirmá-las como constitutivas das suas competências teórico-interpretativas. No caso da saúde, estas encontram-se formalmente no domínio da jurisdição médica, o que tem permitido sustentar e caucionar a tradicional *mística da interpretação médica* (Turner, 1987). Ou seja, têm-se constituído como uma condição fundamental não só para preservar os saberes da rotinização e da assimilação pelos não iniciados, mas sobretudo para os proteger de potenciais interferências e de eventuais formas de controlo externo que possam condicionar a autoridade e discricionariedade profissionais (Lopes, 2006).

Ora a consolidação do argumento de que a diversidade das práticas médicas é, a vários títulos, um obstáculo à difusão de critérios de eficiência, de qualidade assistencial e de boas práticas profissionais (Kerleau, 1998), tem, com efeito, suscitado novos focos de pressão para o desenvolvimento e intensificação de práticas padronizadas (NOC e indicadores de desempenho) que permitem que os profissionais se tornem objecto de critérios de prestação de contas (ou seja, que se tornem *accountable*). Estas iniciativas decorrem do incremento da regulação externa, designadamente por parte do Estado (Hafferty, Light, 1995), e são um indicador claro do reforço da burocratização, razão pela qual Harrison (Harrison, Checkland, 2009) fala num novo perfil de *medicina científico-burocrática* que está crescentemente vinculada à necessidade de basear a sua prática em NOC, de forma a assegurar que essa prática é coerente com a síntese da evidência epidemiológica que permite identificar e estabelecer as intervenções efectivas e eficientes e consequentemente “retirar” as intervenções ineficazes da prática clínica.

Considerando estas novas lógicas regulatórias – que tal como foi mais detalhadamente descrito nos capítulos 4 e 5 são moduladoras das próprias políticas de saúde e de novos modelos organizacionais –, torna-se

claro que a ênfase na prestação de contas em detrimento da autonomia profissional constitui um requisito que passa a conferir privilégio aos instrumentos conducentes à padronização da prática clínica. Contudo, qual é, afinal, o alcance dessa padronização e qual é a natureza das reconfigurações que, ao nível do conhecimento médico, passam a pautar o trabalho clínico, particularmente no contexto da Medicina Geral e Familiar (MGF)?

Estas questões assumem pertinência analítica dado que, mais importante do que postular que das dinâmicas de crescente padronização resulta inelutavelmente a disseminação generalizada de práticas homogêneas e uniformes, importa, em alternativa, mobilizar um outro tipo de enfoque que permita equacionar não só as diferentes bases e componentes práticas e científicas do conhecimento médico, mas também as dinâmicas específicas das suas adaptações locais (Berg, 1997). Trata-se de uma orientação que, com efeito, permite evitar generalizações interpretativas acerca da mobilização do conhecimento formal no contexto da prática clínica, pois ao centrar-se nas dinâmicas do conhecimento local (e.g. Dopson, Fitzgerald, 2005; Faria, 2001; Timmermans, Berg, 2003; Will, Moreira, 2010) faz salientar o argumento segundo o qual os médicos, no contexto das suas decisões e julgamentos clínicos, mobilizam diferentes racionalidades (Delaunay, Gouveia, 2023) e combinam interactivamente processos formais e informais. Daqui resulta, portanto, a ideia de que se procedem a formas distintas e diferenciadas de recepção, acolhimento, incorporação, adaptação ou recusa dos dispositivos e ferramentas formais de padronização e explicitação das decisões médicas nas práticas profissionais concretas, o que é o mesmo que dizer que, em bom rigor, a padronização não pressupõe necessariamente o esvaziamento da discricionariedade e da autonomia profissional.

DA IMPLEMENTAÇÃO À RECONTEXTUALIZAÇÃO PRÁTICA DA PADRONIZAÇÃO

Um dos aspectos relevantes a reter deste enfoque analítico prende-se com a observação de que a ênfase apriorística nas consequências negativas da padronização é uma forma de reificar o próprio conceito, dado que esses resultados podem ser diversos, contraditórios e até imprevisíveis

(Timmermans, Almeling, 2009: 26)¹³⁰ desde logo porque a implementação de padrões e protocolos, mais do que se limitar a instaurar mecanismos formais geradores de uniformização, requer um trabalho activo de coordenação e articulação (Bowker, Star, 1999) para os integrar em contextos frequentemente marcados por outros padrões e rotinas (Berg, 1997; 1998).

Decorre assim desta linha de argumentação não só a ideia de que a implementação de padrões remete para um processo dinâmico e adaptativo, mas sobretudo a ênfase na indispensabilidade da agência necessária para proceder aos vários equilíbrios e articulações, pois no fundamental a padronização consiste na compatibilização entre as condições locais da prática com a validação universal dos padrões; aquilo a que Timmermans e Berg (1997) designam de “universalidade local”. Dito de um outro modo, a apropriação de um protocolo em função das condições locais consiste, portanto, num “procedimento reflexivo, que contempla a possibilidade de auto-correcção em função dos resultados da sua aplicação; e é um procedimento pragmático, na medida em que a sua utilidade e eficácia são avaliadas em função das condições específicas em que é mobilizado e, eventualmente, sujeito a adaptação ou reformulação” (Faria, 2001: 91).

Com efeito, as tensões pragmáticas e os constrangimentos locais são parte integrante das práticas profissionais de incorporação de instrumentos formais, mesmo que estas características nem sempre sejam reconhecidas como tal, inclusivamente ao nível da própria produção da evidência (Will, Moreira, 2010) e dos padrões em geral. Nesta medida, um aspecto que não deve ser negligenciado prende-se com o facto de a própria criação dos padrões ser um processo negociado e, portanto, socialmente activo, uma vez que envolve diversos actores sociais dos campos específicos a que estes se reportam. Em larga medida, isto significa que a construção dos padrões resulta de processos não só dinâmicos, mas também contingentes, o que desmonta o pressuposto de que

¹³⁰ Acerca da diversidade dos resultados da padronização, os autores ilustram a sua análise estabelecendo paralelos com vários exemplos provenientes da literatura etnometodológica sobre a utilização de regras e normas. Salientam, sobretudo, os aspectos específicos da reflexividade em quadros de acção rotineira, pelo que as considerações práticas não só tendem a ter precedência face aos aspectos formais das regras, como levam a que, por consequência, a sua utilização possa ser diversa (podendo, por exemplo, ser parcial ou totalmente ignoradas ao nível dos seus requisitos formais) (*Idem, ibidem*).

estes seriam intrinsecamente neutros e impermeáveis às circunstâncias específicas que enquadram o processo da *produção colectiva de convenções* (Moreira, May, Bond, 2009).

Através deste tipo de enfoque é, no fundo, a própria natureza social da prova científica que subjaz aos padrões que surge analiticamente equacionada, o que contribui para problematizar o habitual entendimento positivista e factual da mesma (Goldenberg, 2006). Por essa razão, quando é considerada a multiplicidade de factores não cognitivos que podem explicar a origem, transformação e legitimação do conhecimento formal associado aos padrões e protocolos, um aspecto que se torna mais nítido é a compreensão de que o estabelecimento da previsibilidade e da normalização que estes postulam resulta de alianças complexas e heterogéneas, razão pela qual Timmermans e Epstein (2010) argumentam que a objectividade e a universalidade dos padrões são conquistas árduas, que podem ser frequentemente sujeitas à contestação de outros actores (Timmermans, Epstein 2010: 74).

Ora, considerando o campo concreto da regulação da saúde, pode-se, assim, sustentar que questões como a produção da evidência científica associada aos padrões e NOC, bem como a sua distribuição e adopção nos contextos institucionais concretos (Dopson, Fitzgerald, 2005), se afiguram como dimensões que remetem para a heterogeneidade e a contingencialidade de práticas e conhecimentos – neste caso médicos – que não são, efectivamente, desprovidos das suas dimensões e dinâmicas sociais próprias. Isto significa, portanto, que para além da questão da construção, há também que considerar o carácter problemático e não linear da implementação das convenções regulatórias, na medida em que nesse processo se estabelecem importantes dialécticas que, como já referido, são reveladoras do carácter dinâmico e adaptativo dos padrões. Daí que se compreenda que vários autores (e.g. Timmermans, Berg, 2003; Timmermans, Kolker, 2004) critiquem a sobrevalorização em alguma literatura sociológica do impacto pretensamente hegemónico das NOC na prática médica, dado que esta tende a ser efectivamente mais complexa e confusa do que é sugerido por esta forma de reducionismo teórico (Timmermans, Kolker, 2004: 187).

É justamente nesta lógica que se torna pertinente considerar que para garantir, em simultâneo, eficácia local e compatibilidade das suas utilizações em diferentes contextos, os padrões devem, de facto, contemplar uma margem de liberdade e de iniciativa dos actores na procura da sua

adequação às circunstâncias particulares dos problemas. Neste sentido, e tal como refere Faria (2001),

“este processo de incorporação e de aferição de determinadas convenções implica simultaneamente a exclusão ou neutralização de contingências susceptíveis de inviabilizar a prática ou procedimento que se pretende padronizar, e que deverá ser fiável, com resultados previsíveis. A padronização é um modo de subordinar práticas ou objectos localizados a critérios translocais. Mas, para ser viável, ela exige que esses critérios sejam adequados às condições locais, o que a transforma num processo dinâmico, que obriga a um trabalho de adequação ao contexto que é, ao mesmo tempo, um trabalho de criação desse contexto em função dos imperativos de compatibilização translocal” (Faria, 2001: 82).

De facto, estes aspectos são importantes e merecem ser levados em linha de conta, desde logo porque contribuem para o esclarecimento de dinâmicas que muitas vezes tendem a ficar subsumidas nas preocupações de teor regulatório relativas à necessidade virtuosa da implementação da evidência e dos instrumentos formais que potencialmente asseguram a alteração de práticas profissionais e organizacionais. O que com esta ideia pretendo salientar é, no fundo, a constatação segundo a qual a questão da implementação se tornou numa das principais metas das entidades regulatórias, ou das organizações profissionais mais activamente comprometidas com a introdução de padrões (como as NOC), que revelam, assim, a forte expectativa de que os profissionais alterem a sua prática clínica em conformidade com as orientações da evidência científica. Mas como influenciar os profissionais a alterar as suas práticas nesse sentido, quando aquilo que se verifica é que os padrões parecem ter um efeito parcial e limitado no âmbito das decisões médicas (Greenhalgh, 2006)?

Sem dúvida que não têm faltado estratégias e recursos institucionais para assegurar a implementação de padrões e para tentar contrariar a sua não utilização (nomeadamente através de incentivos financeiros), até porque se tem verificado a crescente consolidação de toda uma infra-estrutura complexa de auditores, monitores e consultores para implementar e avaliar a conformidade das práticas profissionais e organizacionais relativamente a esses instrumentos codificados (Power,

1999; Timmermans, Epstein, 2010: 80). Todavia, os resultados da sua implementação prática são efectivamente complexos, parciais e difíceis (Brunsson, Jacobsson, 2000; Dopson, Fitzgerald, 2005) e, sobretudo, evidenciam a falibilidade das abordagens mais convencionais, designadamente as estratégias de educação médica que se baseiam no pressuposto de que a sistematização, disponibilização e difusão de novo conhecimento altera, por si só, os comportamentos profissionais numa direcção mais “*evidence-based*” (Greenhalgh, 2006). Ora, não só a aplicação é difícil devido ao facto de os padrões serem gerais e abstractos quando, na prática, os problemas e as operações para a resolução dos mesmos são sempre concretas e específicas, como é frequente encontrar elevada relutância em implementar padrões em contextos de valorização da autonomia profissional e da existência de margens efectivas de inovação (Brunsson, Jacobsson, 2000).

Sob este ponto de vista, uma das principais limitações que tendem a ser atribuídas aos modelos “clássicos” de difusão (nomeadamente passiva) prende-se não só com o facto de os promotores da MBE tenderem a conceber o problema da implementação (*implementation gap*) acima de tudo como um problema técnico de disponibilidade da informação de qualidade (Dopson *et al.*, 2003: 317), mas também com o facto de estes raramente reconhecerem a heterogeneidade dos contextos organizacionais, bem como as dinâmicas locais de negociação da sua incorporação na prática (Dopson, Fitzgerald, 2005). Daqui resulta uma dificuldade concreta em compreender que a adopção dos padrões tende a ser selectiva e gradual e que, entre outros aspectos relevantes, depende muito do reconhecimento da credibilidade dos padrões e da relevância do conhecimento que estes incorporam para a resolução dos problemas específicos (Brunsson, Jacobsson, 2000).

A acuidade desta abordagem contrasta, assim, com os principais pressupostos dos modelos de difusão, os quais se baseiam, no essencial, numa metáfora física de disseminação da informação numa lógica muito próxima à ideia de contágio. Ou seja, concebem a eficácia da implementação como o resultado do contacto efectivo com a informação e, por contraponto, a sua ineficácia como o resultado da ausência desse contacto devido a constrangimentos práticos vários que podem obstaculizar o acesso à informação ou então manter os profissionais na periferia do sistema de disseminação do conhecimento (Brunsson, Jacobsson, 2000; Daly, 2005). O pressuposto base é, então, o de que a qualidade intrínseca

do conhecimento tem o poder de alterar virtuosamente os comportamentos e as práticas profissionais.

No âmbito das iniciativas de padronização suscitadas pela MBE com o objectivo de providenciar o acesso à evidência científica robusta, de base epidemiológica, para suportar os processos de tomada de decisão clínica, três modelos principais têm sido objecto de desenvolvimento com o intuito pragmático de poderem contribuir para a maior articulação entre a investigação e a prática clínica (Lohr *et al.*, 1998: 12); a saber: os modelos de difusão passiva, de disseminação activa e de coordenação (Daly, 2005: 208-216).

No primeiro modelo, a informação flui da investigação para a prática clínica sobretudo através da publicação da evidência na literatura médica. A concepção de que o principal problema de que os clínicos “padecem” é o défice de conhecimento, conduz ao desenvolvimento de estratégias de ensino de competências técnicas para a adequada selecção, recolha e sistematização da informação, de modo a poder aplicar-se a melhor evidência científica aos problemas da prática clínica.

Relativamente ao segundo modelo, a ênfase é colocada não apenas na qualidade da evidência, mas fundamentalmente na sua sistematização e acessibilidade, em particular através de várias iniciativas muito dirigidas, como a publicação de manuais com os fundamentos principais das metodologias de recolha e avaliação crítica da evidência científica, a disponibilização de instrumentos informáticos (como CD-ROM) ou a criação de recursos electrónicos que possam tornar mais prático e imediato o acesso às melhores sínteses da evidência produzida no âmbito da investigação clínica.

Quanto ao terceiro modelo, existe um maior reconhecimento da diversidade de factores que podem influenciar a prática clínica, pelo que este modelo pressupõe uma multiplicidade diferenciada de estratégias de persuasão, nomeadamente através do envolvimento de vários actores institucionais (ou *líderes de opinião*) (Ferlie, 2005; Greenhalgh, 2006), que podem contribuir para a facilitação da implementação de ferramentas formais de apoio às decisões profissionais.

Um dos principais aspectos que diferencia a abordagem destes modelos das análises mais qualitativas que tendem a ser privilegiadas em muitas das investigações organizacionais, concretamente as de matriz sociológica (Dopson, Fitzgerald, 2005; Castel, 2009), passa pelo facto de estas últimas conferirem uma maior centralidade analítica à

compreensão dos contextos, nomeadamente em relação aos modos como a evidência é incorporada na prática clínica; ao entendimento de que a adopção das inovações nas práticas concretas consiste num processo dinâmico e contínuo que para ser satisfatoriamente compreendido requer perspectivas de análise longitudinal; à interpretação das acções e das lógicas características das práticas locais; assim como à própria reflexividade profissional que está na base das formas de envolvimento, interpretação e mobilização das fontes de conhecimento formal e informal nas situações específicas de trabalho (Dopson, Fitzgerald, 2005; Caria, 2005, 2010).

Assim, e em lugar das abordagens baseadas no pressuposto das virtudes da evidência e na ideia de que a implementação pode ser melhorada por via da procura das intervenções mais eficazes na sua difusão (Cabana *et al.*, 1999; Shiffman *et al.*, 2005; Lugtenberg *et al.*, 2009; Lewis *et al.*, 1998) – através da transposição da metodologia das revisões sistemáticas de estudos que visam identificar e mostrar a eficácia diferenciada das diferentes estratégias promotoras da alteração de comportamentos¹³¹ (Timmermans, Mauck, 2005: 24) –, as várias teorias dos estudos organizacionais sublinham o carácter multifacetado e multidimensional dos contextos locais. Em vez de uma visão estática dos contextos que os entende como realidades que podem ser observadas e medidas por critérios quantitativos, estes enfoques permitem explorar dimensões relativas ao modo como os profissionais relacionam a evidência disponível com as suas práticas de trabalho e também ao modo como activamente interpretam e reconstroem a sua utilidade e validade local.

Nesta medida, dimensões de análise centradas no papel do contexto micro para a incorporação da evidência na prática ou na importância das culturas profissionais enquanto uma forma identitária e uma experiência partilhada em situação na actividade sociocognitiva (Caria, 2008: 769) permitem mostrar que as “barreiras” à implementação efectiva dos padrões tanto integram elementos cognitivos como elementos sociais e identitários (Ferlie, 2005). Chamam também a atenção para a necessidade de compreender os processos sociais de atribuição de sentido a que

¹³¹ A importância desta abordagem reflecte-se concretamente ao nível da existência de um subgrupo especial no âmbito da *Cochrane Collaboration* dedicado a rever e a sistematizar a investigação produzida sobre o uso de *guidelines* e sobre as estratégias direccionadas à sua maior adesão. O subgrupo em questão designa-se *Effective Practice and Organisation of Care* (EPOC) (Lohr *et al.*, 1998: 12; Greenhalgh, 2006: 141).

é sujeito o conhecimento (seja ele explícito ou tácito), nomeadamente em termos dos seus modos de negociação, construção e internalização no contexto das práticas e das rotinas de trabalho (Gabbay, May, 2004).

Um dos aspectos cruciais que este enfoque mais dirigido à compreensão das práticas profissionais e às suas modalidades específicas de reflexividade nos contextos concretos de acção acaba, portanto, por suscitar prende-se com o reconhecimento de que as formas explícitas e codificadas de conhecimentos não são, com efeito, as únicas fontes de conhecimento legítimo para os profissionais. Pelo contrário, importa considerar, para efeitos de compreensão do papel do julgamento clínico no âmbito das práticas médicas, a centralidade que o conhecimento tácito, experiencial e informal efectivamente assume, dado que são justamente estas dimensões mais incorporadas (e.g. Gordon, 1988; Greenhalgh *et al.*, 2008; Nettleton *et al.*, 2008) que permitem dar sentido às particularidades e às exigências dos contextos e, conseqüentemente, lidar com as singularidades e contingências que aí emergem.

Tal significa que a permeabilidade à evidência científica é particularmente pautada e mediada por preocupações acerca do seu valor prático e da sua adequação à complexidade e exigências dos problemas concretos, pelo que se pode considerar que o conhecimento dos profissionais acaba por estar mais integrado nos contextos onde o seu trabalho é desenvolvido do que propriamente dependente, em sentido estrito, da evidência científica de tipo formal e codificada. Esta natureza prática do conhecimento profissional, neste caso médico, leva Ferlie (2005) a falar, designadamente, em *conhecimento em acção*¹³². Assim, e segundo esta autora,

“(...) a evidência não equivale ao conhecimento até ao momento em que é aplicado e utilizado. A evidência tem de ser percebida enquanto conhecimento válido e robusto, potencialmente aplicável na prática local antes de se tornar “conhecimento accionável” (...). Assim, o conhecimento em acção é, para nós, uma evidência que foi convertida,

¹³² Trata-se de uma categoria com notórias afinidades à abordagem analítica de Schon (1991/1983), designadamente com a ideia de que a capacidade de os profissionais resolverem questões práticas e concretas ultrapassa a racionalidade técnica do conhecimento, convocando, em contrapartida, uma *epistemologia da prática* que permite que estes desenvolvam decisões complexas que se baseiam em conhecimentos informais e tácitos tidos como indispensáveis para lidar com as particularidades das situações específicas.

através de processos sociais, em conhecimento localmente aceite, que por sua vez é colocado em prática e origina a mudança com base em mudanças baseadas na evidência no contexto das práticas de trabalho” (Ferlie, 2005: 190).¹³³

SOBRE O CONHECIMENTO MÉDICO E A PRÁTICA CLÍNICA

Um olhar mais atento às características particulares da prática clínica permite, como vimos no capítulo 1, salientar dois aspectos relevantes. Por um lado, o facto de esta não estar privilegiadamente orientada para a produção de conhecimento (Freidson, 1988/1970; Caria, 2017), mas sim para a aplicação de uma variedade de recursos teóricos e técnicos – provenientes de múltiplas áreas disciplinares – a uma diversidade de situações frequentemente atípicas e complexas (De Camargo, 2002: 829-830). Por outro, a necessidade de se tomarem decisões em situações de frequente incerteza, o que leva ao desenvolvimento de um carácter pragmático do julgamento e da acção clínica (Atkinson, 1984; Light, 1979; Serra, 2008; Raposo, 2013), potenciando, assim, o desenvolvimento de articulações compósitas entre diferentes tipos e modalidades de conhecimento.

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

Nesta acepção, e fazendo eco das considerações de Kathryn Montgomery (2006), pode-se considerar que na prática clínica há um uso de diferentes racionalidades, pois nesse contexto o conhecimento científico

¹³³ Minha tradução.

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 (Idem: 45). Por essa razão, e num sentido semelhante, também Caria (2005) refere que “a reflexividade profissional exige operações de tradução do conhecimento abstracto e científico, produzido institucionalmente, associadas à epistemologia prática do profissional que tem que lidar, de modo autónomo e não determinado pela hierarquia académica, com as exigências de contextos de interacção heterogéneos” (Caria, 2005: 1-2).

Este entendimento parece ser, assim, convergente com a ideia de outros autores que conferem uma importância concreta às formas de conhecimento tácito, na medida em que consideram que, embora difícil de formalizar, o mesmo é essencial porque é impossível despersonalizar o conhecimento (Polanyi, 2009/1967); 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, (1991/1983)); ou ainda que o julgamento clínico implica uma efectiva integração de práticas intuitivas e analíticas, pelo que as formas de inferência e decisão clínica se desenvolvem num *continuum* de modos de prática que vai conjugando em diferentes graus, mediante o contexto e os problemas específicos, essas duas dimensões convencionalmente dicotomizadas (Hamm, 1988).

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 através 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 (2009/1966) no âmbito da 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 objectividade, Polanyi 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” (Polanyi, 2009/1966: 8).

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 (Malterud, 1995; Nelson, 2001; Henry, 2006, 2009; Kienle, Kiene, 2010) têm sublinhado a importância desta 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 (Henry, 2006).

Também no âmbito da análise sociológica, as questões do conhecimento tácito (Polanyi, 2009/1966) e da reflexividade prática (Schon, 1991/1983) 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; Nettleton *et al.*, 2008). Nessa medida, tendem a salientar que o conhecimento explícito e o tácito não são categorias forçosamente separadas e que a dimensão tácita está sempre presente enquanto requisito indispensável para que o conhecimento explícito seja objecto de mobilização e de transacção com as situações particulares (Schon, 1991/1983). 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 direcções, 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: 138-139).

Por estas razões, portanto, parece adequado considerar o contexto da

prática clínica como um espaço complexo em que intervêm e são convocados, a par de factores 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 carácter pragmático. Daí que seja importante relativizar o pressuposto da utilização “epidémica” da evidência científica por parte dos médicos, apenas pela circunstância de a mesma existir e estar disponível. Nessa medida, e tal como é referido por Gordon (1988),

“(...) os clínicos já não se encontram a praticar o “estado da arte” da medicina “científica”. Devemos então questionar a hipótese de que *produzir* mais ciência tornará a prática médica mais científica, e o seu corolário de que a falta de cientificidade se deve principalmente à ignorância ou à falta de orientações. Tal parece pressupor um “homem racional” entre os clínicos e assume que o conhecimento científico é o principal factor determinante na prática médica” (Idem: 279)¹³⁴.

É claro, no entanto, que estas descoincidências não têm de se traduzir inelutavelmente num afastamento irreconciliável que torne impossível integrar nas decisões médicas a evidência científica de base epidemiológica. 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 –, mas é sobretudo pautada e mediada por preocupações acerca do seu valor prático e da sua adequação à complexidade e exigências dos problemas concretos (e.g. Atkinson, 1995; Gabbay, May, 2004; Greenhalg *et al.*, 2008; Nettleton *et al.*, 2007; Checkland, 2004).

Tal significa que os impactos concretos destas metodologias e conhecimentos acabam por ter uma utilização que, podendo ser efectiva, não deixa também de ser relativamente limitada na sua amplitude, pois acaba por se traduzir num uso eclético de conhecimentos e evidências, ou seja, nunca exclui liminarmente a valorização da experiência nos contextos específicos da decisão médica. Esta característica parece assim configurar

¹³⁴ Minha tradução.

aquilo que designei por *sincretismo epistemológico*, pois na senda do trabalho de outros autores que exploram as possibilidades de reconstrução de vários tipos de padrões em áreas médicas específicas (e.g. Berg, 1998; Gabbay, May, 2004; Greenhalgh *et al.*, 2008; Delaunay, Gouveia, 2023), ganha consistência a ideia de que as formas de conhecimento padronizado não se traduzem de forma mecânica e linear, sem previamente serem objecto de várias negociações e adaptações contingentes ao âmbito das práticas profissionais.

Daqui resulta, portanto, que não só não se colocam problemas de incomensurabilidade, como aquilo que, em contrapartida, parece ser mais saliente nas dinâmicas das práticas clínicas é o carácter reflexivo das racionalidades profissionais. Ou seja, a coexistência e a articulação compósita entre conhecimentos formais e padronizados e as dimensões tácitas e experienciais mostra que é possível desenvolverem-se modalidades de tradução entre linguagens e epistemologias distintas, mas também, e principalmente, que tal processo ocorre através de processos ecléticos de (re)construção dinâmica e interactiva. É também claramente sugestivo de que, apesar das pretensões de universalidade e uniformização das abordagens decorrentes dos fundamentos da MBE, as dimensões local e micro põem em evidência o carácter plástico e recontextualizado que a mobilização e a “construção” desse conhecimento sempre implicam no contexto das diversas práticas profissionais.

Alguns exemplos ilustrativos deste enfoque, embora com matrizes teóricas e preocupações analíticas relativamente diversas (Berg, 1998; Bourret, 2005; Serra, 2007; Delaunay, Gouveia, 2023) dão conta disto mesmo, sobretudo ao colocarem em evidência o modo como a avaliação e as decisões clínicas não raras vezes implicam reelaborações que estão directamente vinculadas à experiência, aos conhecimentos tácitos e também à avaliação das necessidades individuais dos doentes.

É, justamente, o que se verifica na discussão acerca das especificidades da medicina do cancro genético (Bourret, 2005), designadamente quando se evidencia que a prática médica se confronta com o desafio da gestão da incerteza que resulta não só do estatuto híbrido e liminar da classificação da doença e do doente, como dos imperativos de uma nova lógica de trabalho colaborativo e multidisciplinar, e da própria complexidade biológica das mutações genéticas associadas às patologias em causa. Estes aspectos implicam uma permanente reinterpretação das recomendações e das NOC, o que significa que o julgamento clínico não fica

subsumido nas recomendações regulatórias das NOC e das provas epidemiológicas que as sustentam. Há, pelo contrário, um trabalho de constante reinterpretação e reflexão colectiva entre pares, o que faz com que a discussão e a definição negociada de critérios e regras se tornem numa tarefa institucional explícita. Através de redes de colaboração, os grupos de peritos vão reflexivamente produzindo e adaptando localmente as recomendações que, conjunturalmente, melhor parecem responder às incertezas concretas do seu domínio específico.

Também Berg (1998), através do seu trabalho sobre o uso de protocolos no campo da oncologia (em particular na área do cancro da mama), converge em termos essenciais neste entendimento, principalmente quando enfatiza que os protocolos criam novas formas de diversidade nas práticas médicas. Assim, em lugar de uma pretensa homogeneidade que supera as diferenças e instaura procedimentos uniformes que preconizam instruções e procedimentos de acção e decisão para as várias situações específicas, o que se verifica é que os protocolos acabam por reconfigurar práticas e imprimir novos critérios e problemas que mostram que, para uma nova disciplina de práticas ser viável, há necessidade de desencadear um processo de construção activa de negociações e adaptações contingentes. Neste sentido, em lugar de uma tradução mecânica e linear, desencadeiam-se processos que conferem uma maior flexibilidade ao conjunto de novas regras e padrões que se vão estabelecendo no âmbito das práticas, aspecto que é, sem dúvida, revelador da importância do trabalho local – mesmo que, entretanto, este tenda a tornar-se invisível – que é necessário para a sua implementação e sobretudo para a viabilidade da sua relativa eficácia (Timmermans, Epstein, 2010: 83).

Igualmente alusivo à importância das possibilidades de reconstrução do conhecimento no contexto das práticas clínicas é o trabalho de Serra (2007), dado que avança com alguns elementos importantes que dão conta do modo como o conhecimento médico se renova constantemente a partir das práticas médicas quotidianas. Centrando-se num dos exemplos flagrantes de um modelo de medicina tecnocrática – neste caso, a transplantação hepática –, a autora argumenta que, apesar de esta substituir a imagem do médico centrado no doente por um maior protagonismo da dimensão técnica e tecnológica, tende a prevalecer o primado da experiência clínica, o que conduz frequentemente à secundarização de critérios mais padronizados – sobretudo de natureza estatística. Verifica-se, assim, que, não obstante os proclamados méritos dos

protocolos remeterem para um horizonte de padronização de procedimentos, as margens de imprevisibilidade e o accionamento de saberes indeterminados – principalmente num domínio que conjuga vários olhares construídos a partir de conhecimentos diversos e específicos sobre uma mesma realidade –, acentuam lógicas de articulação e negociação, entre especialidades e entre profissionais, de carácter fortemente contingente.

Outro trabalho claramente denotativo desta lógica de abordagem analítica é o de Delaunay e Gouveia (2023), uma vez que estes autores levam a cabo uma discussão centrada na realidade da embriologia clínica, concretamente ao analisarem de que modo estes especialistas mobilizam diferentes tipos de racionalidade como base para os processos de tomada de decisão relativos ao uso dos embriões humanos e à sua respectiva manipulação por via dos procedimentos laboratoriais. Com base na utilização da tipologia de Max Weber acerca dos cursos de acção social a partir da sua ancoragem em diferentes tipos de racionalidade (racionalidade instrumental, acção racional baseada em valores, racionalidade afectiva e racionalidade tradicional), os autores mostram a insustentabilidade dos pressupostos binários que presumem a polarização entre acções racionais e não racionais. Evidenciam, em contrapartida, que os diferentes tipos de racionalidade se articulam entre si de forma dinâmica, viabilizando o desenvolvimento de formas plurais de raciocínio que conjugam, sem qualquer contradição, os conhecimentos formais (taxonomias, guidelines, dados estatísticos, etc.) com competências práticas decorrentes do conhecimento experiencial, com visões normativas ou com posicionamentos afectivos quanto às circunstâncias particulares dos casos. Tal é, de resto, indispensável para a flexibilidade interpretativa que estes especialistas desencadeiam para a avaliação casuística que levam a cabo relativamente ao “destino” dos embriões e à sua eventual utilização no quadro das tecnologias reprodutivas.

Assim sendo, embora estes exemplos estejam longe de esgotar o repertório de trabalhos empíricos que problematizam alguns pressupostos mais maniqueístas relativamente ao significado do processo de construção, negociação e aplicação dos padrões, designadamente ao nível do seu impacto na escala mais micro e local das práticas médicas, um dos aspectos que parece relevante fazer notar é, sem dúvida, o carácter diverso da medicina, nomeadamente ao nível da heterogeneidade das práticas e dos seus contextos institucionais concretos.

Neste sentido, ganha consistência analítica a importância de se proceder a algum grau de aproximação ao que Atkinson (1995) designa de uma microssociologia do conhecimento médico¹³⁵, no sentido em que se trata de uma orientação que concorre para a compreensão das modalidades de mobilização dos diferentes tipos de conhecimento no contexto prático do trabalho médico diário. Assim, enquanto um importante ponto de ancoragem teórica, esta orientação tem a dupla vantagem de poder romper com alguns reducionismos e generalizações sociológicas mais normativas sobre a natureza pretensamente monolítica do conhecimento médico, ao mesmo tempo que promove uma maior capacidade de descodificação das condições de uso e reprodução do conhecimento médico nas circunstâncias concretas das suas práticas, contrastando-se, assim, a uma ideia de cultura unificada da medicina ou a uma visão que secundariza, ou é alheia, à articulação heterogênea e contextualizada de diferentes fontes de evidência e aos seus modos de incorporação e adaptação nas formas de julgamento clínico. Deste modo, e tal como argumenta Atkinson (1995: 150) a propósito da complexidade da cultura clínica, 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 acção.

Perceber como os médicos avaliam, discutem, adaptam, incorporam ou articulam múltiplas fontes de evidência (história clínica, exames, testes laboratoriais, experiência clínica, intuição, discussão inter-pares, evidência científica de natureza epidemiológica, etc.) nos seus contextos de “tomada de decisão” constitui, portanto, um dos enfoques privilegiados para captar e compreender a coexistência (muitas vezes competitiva entre si) de diferentes “vozes” na medicina (Atkinson, 1995), cada uma implicando diferentes orientações e atitudes, e cada uma ajudando a reconstituir a complexidade da cultura clínica e a heterogeneidade das suas

¹³⁵ Esta aproximação é forçosamente parcial pela circunstância de que as características da estratégia de investigação deste trabalho não o remetem para uma pesquisa de tipo etnográfico que é, em termos metodológicos, o enquadramento no qual se insere o trabalho de Atkinson (1995). Nessa medida, a utilidade desta referência, a par de outras com características diversas em termos de opções metodológicas, é, sobretudo, a de contribuir com algumas considerações teóricas que ajudem a delimitar o enfoque analítico acerca da interpretação da realidade do julgamento clínico no âmbito das práticas médicas.

ações pragmáticas decorrentes da reflexividade prática e do papel das próprias rotinas médicas (Berg, 1992).

Aliás, essas acções pragmáticas mostram que as regras e as categorias universais de decisão, mesmo decorrendo da matriz do conhecimento biomédico, raramente se constituem como quadros únicos de referência, na medida em que os critérios de avaliação clínica se vão modificando e reconstruindo, incluindo quando se inscrevem em algumas rotinas que, apesar de facilitarem o desenvolvimento de “automatismos”, se caracterizam por incorporar, de modo inclusivo, vários processos de articulação entre os diversos elementos heterogêneos que constituem o microambiente dos profissionais (Berg, 1992: 171).

Deste modo, e fazendo eco das considerações de Timmermans (2010), em lugar de uma posição de crítica externa e do desenvolvimento de um quadro de leitura de pendor mais determinista sobre os potenciais impactos da MBE, procurarei analisar, através das concepções dos profissionais de MGF e de observações directas dos seus contextos específicos de trabalho, os tipos de valorização, envolvimento e mobilização que fazem dos instrumentos formais de padronização, como são por excelência as NOC.

No quadro deste entendimento, alguns exemplos que se podem constituir como referências relevantes a considerar por, precisamente, ilustrarem as potencialidades deste tipo de abordagem analítica dizem respeito às investigações de Armstrong (2002b), de Timmermans e Angel (2001), de Greenhalgh *et al.* (2008) e de Gabbay e May (2004).

No primeiro caso trata-se de um estudo em que Armstrong (2002b) procura compreender as especificidades da decisão clínica no âmbito da prática dos Médicos de Família, chamando a atenção para o facto de estes especialistas tenderem a desenvolver as suas decisões a partir da construção de repertórios relativamente aos cuidados que prestam. Neste estudo o autor mostra como os médicos conduzem “experiências” pessoais de pequena escala (*personal “clinical trials”*) relativamente à introdução de novos medicamentos (neste caso de antidepressivos) nas suas práticas clínicas de prescrição. Esse processo vai decorrendo gradualmente em função da avaliação das situações individuais, pelo que esses ajustamentos se vão operando segundo uma lógica mais casuística. Não há um momento determinado em que a efectividade dos medicamentos se imponha como critério indiscutível. Essa evidência articula-se com a avaliação individual relativa aos doentes e às suas necessidades, pelo que

o conhecimento formal e codificado coexiste com formas de conhecimento ancoradas na experiência clínica.

Relativamente à investigação de Timmermans e Angel (2001), estes autores estudaram dois grupos de internos de pediatria relativamente ao modo como recorrem e utilizam a evidência científica para resolver os problemas mais complexos com que se vão confrontando no decurso da sua aprendizagem. Apesar das diferenças encontradas em cada um dos grupos em termos das suas competências técnicas de pesquisa de informação e das suas atitudes face à importância, valor e utilidade da evidência, o que se verifica na prática é uma clara centralidade da autoridade médica dos orientadores/supervisores. Esta acaba por assumir uma grande importância a par do recurso igualmente privilegiado a outras formas de conhecimento e, particularmente, de experiência clínica. Nesse sentido, os autores propõem um conceito que seja mais fiel a estas práticas ecléticas – neste caso trata-se do conceito de “*evidence-based clinical judgement*” –, dado que nos contextos concretos o que se verifica é uma articulação compósita de elementos de experiência, de conselhos dos elementos seniores ou até a valorização de questões específicas resultantes da própria prática clínica.

Quanto ao trabalho de Greenhalgh *et al.* (2008), este reporta-se à análise das decisões e avaliações desenvolvidas por equipas multidisciplinares de neuroreabilitação à luz dos indicadores de resultados caracterizadores das lógicas regulatórias que enquadram o seu trabalho profissional. Assim, o que se verifica é que, apesar de estes instrumentos de padronização estarem bastante desenvolvidos e disseminados nos contextos organizacionais em que os profissionais desenvolvem a sua prática, o seu impacto é relativamente limitado na medida em que tende a prevalecer a valorização da experiência profissional. Neste sentido, o enquadramento das situações clínicas nas categorias padronizadas e a atribuição de *scores* sobre os progressos dos doentes na sua reabilitação para efeitos da determinação pela continuidade ou interrupção das abordagens terapêuticas acaba por ser um processo que remete, acima de tudo, para a importância de dinâmicas de negociação e de procura de consensos com base na primazia de critérios clínicos. Tal significa que, sobretudo por parte dos clínicos, a contextualização e a interpretação das situações concretas se traduziu num equilíbrio casuístico entre os conhecimentos tácito e codificado, pelo que os indicadores enquanto suporte de decisão não só não se revelaram determinantes, como a transformação das

diferentes formas de conhecimento se foi operacionalizando no contexto da sua aplicação prática (Greenhalgh *et al.*, 2008: 192).

Por fim, e no que diz respeito à investigação de Gabbay e May (2004), os autores procuraram explorar, através de uma pesquisa etnográfica, o modo como os médicos de MGF e os enfermeiros a trabalhar nos CSP (*practice nurses*) desenvolvem as suas decisões individuais e colectivas. Neste sentido, verificaram que o acesso a e o uso efectivo de evidência científica formal decorrente da investigação clínica tinham uma expressão relativamente diminuta por contraposição ao que os autores designam de *guidelines* tácitos colectivamente internalizados (“*mindlines*”) em contextos de interacção informal. As interacções profissionais desenvolvidas no quadro das redes locais (“comunidades de práticas”) constituem-se, assim, como o contexto privilegiado em que conhecimento prático proveniente da experiência se constitui enquanto um dos requisitos incontornáveis para, quando as situações são vistas como justificáveis, interpretar o conhecimento explícito e aplicá-lo às circunstâncias particulares.

No âmbito deste entendimento, é importante compreender em que termos as concepções sobre a prática clínica e a evidência científica concorrem para o desenvolvimento de dinâmicas de negociação e reconfiguração dos instrumentos de padronização disseminados pelas políticas regulatórias e pelos seus mecanismos de codificação das decisões profissionais. Por essa razão, e assumindo que os padrões não são necessariamente algo de homogéneo, nem produzem efeitos forçosamente uniformes (Timmermans, Berg, 2003), sobretudo se se atender ao facto de que falamos de profissionais cuja *mentalidade clínica* (Freidson, 1988/1970) valoriza a autonomia profissional, interessará explorar as lógicas de mobilização reflexiva das formas heterogéneas de conhecimento que enquadram a cultura clínica subjacente aos processos de decisão e de julgamento pericial (Atkinson, 1995; Berg, 1992).

PROCESSOS DE CODIFICAÇÃO DO CONHECIMENTO: O ENVOLVIMENTO E A NEGOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A valorização da autonomia e do poder discricionário enquanto elementos constitutivos do trabalho profissional da medicina (Freidson, 1988/1970), e que justificam, assim, o carácter distintivo da profissão no modo como, para lidar com a indeterminação e a complexidade, é capaz

de desenvolver um raciocínio de adaptação à singularidade (Antunes, 2012; Nelson, 2001; Montgomery, 2006; Correia, 2012b: 21), explicam em grande medida os resultados algo “desapontantes” que o processo de implementação e disseminação das NOC tem genericamente conhecido, com baixos níveis de adesão nas práticas clínicas concretas dos profissionais (Timmermans, Mauck, 2005).

Os problemas de aplicação dos sistemas formalizados no contexto da prática clínica colocam-se a vários níveis (Greenhalgh, 2006: 135-137), embora se possam destacar como alguns dos factores principais as já referidas limitações das estratégias de disseminação passiva, ou as próprias insuficiências da evidência científica das várias NOC ao nível do seu baixo grau de recomendação para a natureza complexa das decisões médicas (Timmermans, Almeling, 2009: 25).

Com efeito, o aspecto específico relativo à qualidade das NOC é um dos elementos problemáticos, embora também se possa destacar a existência de uma abundante reflexão crítica sobre as dificuldades de tradução da evidência para a prática clínica (e.g. Woolf, 1999; Pazart *et al.*, 1998; Grilli, 2000; Battista *et al.*, 1995), nomeadamente em termos da sua aplicabilidade, da potencial conflitualidade entre NOC, do seu tendencial “anacronismo” e da rápida proliferação e imposição de novas NOC (Lohr *et al.*, 1998). Aliás, muitos destes problemas que têm interpelado os clínicos acabam, em grande medida, por ser os mesmos que estão na base do esforço de desenvolvimento de esquemas de classificação sobre a qualidade da evidência (Lohr *et al.*, 1998: 10) ou de instrumentos de qualidade específicos como o *Strenght of Recommendation Taxonomy* (SORT) (Ebell *et al.*, 2004), *The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE), *The Guide-Line Implementability Appraisal* (GLIA) (Shiffman *et al.*, 2005) ou o *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE)¹³⁶, este último visando avaliar vários parâmetros relativos ao conteúdo científico, ao processo de produção da evidência e à própria apresentação das NOC (Greenhalgh, 2006: 142-145).

¹³⁶ Com efeito, e como tratarei de substantivar em considerações posteriores deste capítulo, as preocupações de explicitação dos níveis de evidência e dos graus de recomendação de cada NOC, são um dos aspectos centrais nos processos da sua avaliação e validação. As seis dimensões principais que este instrumento específico contempla, e que se desdobram por uma série de indicadores cuja aferição global permite determinar se a NOC reúne condições para ser recomendada, são os seguintes: *objectivo e finalidade; envolvimento das partes interessadas; rigor do seu desenvolvimento; clareza da apresentação; aplicabilidade; independência editorial.*

No caso dos aspectos mais estritamente pragmáticos, a questão principal que se coloca prende-se, acima de tudo, com a utilidade e adequação da evidência ao contexto específico das práticas de trabalho clínico. Neste âmbito, é frequente os autores com posicionamentos mais críticos salientarem o argumento segundo o qual a prática clínica ser constitutivamente marcada por uma natureza interpretativa e por uma dimensão intuitivas tidas como fundamentais para ultrapassar as pretensões mais impositivas das verdades pretensamente generalizáveis ao contexto da prática clínica. É por essa razão que, em contraponto à ênfase da MBE, a questão da relação com o doente e da interpretação das várias implicações das decisões médicas no contexto particular da sua realidade e das suas circunstâncias tende a ser reclamada como um requisito fundamental e indissociável da prática médica enquanto experiência interpessoal.

Aliás, o próprio conceito de avaliação objectiva das práticas clínicas à luz do cumprimento deste tipo de instrumentos tende muitas vezes a suscitar cepticismo, dado que se sustenta que a dimensão prática da medicina tende a ficar negligenciada. Ao não conseguirem “capturar” a especificidade do julgamento clínico, os algoritmos de decisão das NOC acabam por se desligar paradoxalmente da complexidade da prática, na medida em que o âmbito de formalização das NOC “apenas” institui uma lógica inferencial da decisão, quando esta tem subjacente um julgamento cuja perspectiva é intrinsecamente subjectiva (Huddle, 2007: 491).

Neste sentido, portanto, não só são consistente e reiteradamente sublinhadas as limitações dos instrumentos de avaliação objectiva da prática clínica e os impactos práticos negativos resultantes do aumento da formalização, como também se sustenta que a sua verdadeira viabilidade implica que as NOC tenham de ser necessariamente concebidas como instrumentos flexíveis e sempre parciais (Nelson, 2001).

Face a este tipo de perspectiva crítica de acordo com a qual as NOC são instrumentos intrinsecamente limitados para capturar a natureza dinâmica da medicina e a indeterminação do seu conhecimento, torna-se nítido que o essencial de muitas das principais resistências à adesão às NOC é consistente com a concepção do clínico como profissional autónomo que procura preservar a sua jurisdição profissional enquanto o principal reduto das decisões individuais (Freidson, 1988/1970). É, de resto, por esta razão que se tende a verificar, tal como referem Timmermans e Mauck (2005: 23), que “os profissionais lidam com as normas de orientação clínica mais como opções do que como verdadeiras normas, e

as organizações profissionais não forçam o cumprimento dessas orientações nem recompensam os comportamentos dos que as seguem. A conformidade com as orientações depende da adequação entre as normas e os objectivos da prestação individual de cuidados de saúde”¹³⁷.

Em termos de uma abordagem sociológica empiricamente suportada, torna-se importante explorar as múltiplas dinâmicas que pautam os processos de implementação e de utilização prática das NOC nos seus respectivos contextos, bem como as lógicas profissionais que modelam esses mesmos processos. Em termos mais concretos, um dos aspectos cruciais que resulta destas investigações prende-se com o facto de que, sendo verdade que o advento do movimento de disseminação das NOC deslocou a ênfase estrita da indeterminação subjacente à autonomia médica para imperativos regulatórios de teor *managerialista* (Rappolt, 1997; Harrison, Checkland, 2009), não menos significativa é a constatação de que este processo não só não corrói necessariamente a autonomia profissional, como não invalida o desenvolvimento de lógicas e especificidades locais (McDonald, Harrison, 2004; Hodgetts *et al.*, 2012; Timmermans, Berg, 2003) ou até usos estratégicos e oportunistas dos padrões (Germov, 2005), nomeadamente para efeitos de afirmação de posições de poder entre, por exemplo, grupos em competição (Castel, 2009).

Esta linha de análise coloca, pois, em evidência o facto de que, associados a estes processos, têm-se desenvolvido novos equilíbrios e dinâmicas de reforço e legitimação do profissionalismo médico, no sentido em que alguns segmentos da profissão médica, mais do que incorporarem a abordagem *managerialista*, “colonizam-na” activamente, resultando daí um reforço importante do poder profissional por via da produção e disseminação do mesmo a uma escala organizacional cada vez mais consolidada (Kuhlmann, 2006). Verifica-se, assim, que, apesar de o processo de produção e formulação de NOC poder envolver vários actores, alguns dos quais externos ao campo médico (Timmermans, Epstein, 2010), uma parte muito importante do protagonismo deste processo é, na verdade, assumido pelos profissionais médicos (Timmermans, Kolker, 2004).

Este aspecto é bem patente em vários exemplos práticos relativos a facetas importantes destes processos, nomeadamente ao nível do envolvimento dos profissionais no processo de definição, negociação e

¹³⁷ Minha tradução.

estabilização das NOC no quadro de painéis de peritos¹³⁸ (particularmente quando a evidência científica original é pouco robusta ou conflitual com a de outras NOC) (Lohr *et al.*, 1998: 9), ou a nível da implementação destes instrumentos a escalas locais, onde se tendem a verificar várias negociações para assegurar a sua relativa flexibilidade (McDonald, Harrison, 2004). Aliás, a este último nível o estudo de Moreira (2005) constitui uma ilustração bastante relevante, dado que na investigação que o autor empreendeu sobre o processo de desenvolvimento de NOC no contexto britânico é salientada a importância do trabalho local que é necessário para avaliar e consensualizar o processo de tradução da evidência científica nesse tipo de instrumento. Em termos mais concretos, este processo é marcado pela combinação de repertórios de avaliação (que o autor – baseando-se no trabalho de Boltansky e Thévenot – designa de *judgements situados*) organizados em torno de diferentes critérios epistémicos. Para além da robustez técnica da própria evidência, critérios de aplicabilidade prática, de aceitabilidade política e de adequação metodológica são também mobilizados, o que mostra como são incorporados nas recomendações práticas os diferentes “mundos” das NOC.

O que no âmbito desta problematização se pode, portanto, enfatizar é o modo como estas investigações contribuem para colocar em perspectiva alguns pressupostos de pendor mais determinista sobre os potenciais impactos da MBE, designadamente ao nível dos efeitos regulatórios na profissão médica e na própria autonomia clínica. Exemplos que se podem destacar por reforçarem de forma elucidativa este argumento dizem respeito ao estudo de Castel (2009) que procura mostrar o uso estratégico das NOC por parte de alguns médicos e grupos de médicos no contexto da oncologia francesa. Verifica-se aí a intensificação de uma lógica competitiva entre grupos ao nível do controlo das decisões terapêuticas, concretamente através de usos criativos e oportunistas das NOC. A sua apropriação estratégica pode mudar os padrões organizacionais, nomeadamente em termos da proeminência de certos centros oncológicos face

¹³⁸ Tal como foi discutido no âmbito do capítulo 3, as posições e os fundamentos originais dos promotores da MBE sobre o papel da evidência científica na prática clínica, designadamente ao nível da sua articulação com as formas de julgamento baseadas na experiência, têm conhecido algumas adaptações dinâmicas, pelo que – pelo menos retoricamente – o papel da experiência e da intuição não é liminarmente excluído quando se trata de equacionar as particularidades da adaptação das NOC aos casos concretos. Sobre este aspecto relativo à referida posição dinâmica da MBE (Lohr *et al.*, 1998; Greenhalgh, 2002).

a outros ou ao nível dos papéis de liderança de alguns grupos no contexto das suas áreas específicas de actuação profissional (Castel, 2009: 745).

Um outro exemplo paradigmático das relações complexas entre a esfera regulatória e a profissão médica diz respeito ao modo como se podem desenvolver dinâmicas de interdependência relativas à própria negociação da evidência no quadro da definição de políticas de saúde (Hodgetts *et al.*, 2012). De acordo com esta investigação – referente ao contexto australiano –, torna-se notória a importância do papel dos médicos na construção da legitimidade da evidência. Estes profissionais tornam-se, assim, elementos activos no âmbito dos próprios processos deliberativos subjacentes à redefinição de políticas (neste caso sobre a disponibilização de tecnologias reprodutivas para mulheres mais velhas), na medida em que desempenham um papel decisivo na selecção e na interpretação da evidência, ou seja, definem o que efectivamente conta como evidência e como esta deve ser avaliada e integrada na fundamentação das políticas de saúde relativas a esta área específica de actuação.

Já no caso da investigação de Knaapen (2013) o aspecto que se salienta como mais analiticamente pertinente é o que diz respeito ao papel dos médicos na gestão da ausência de evidência, nomeadamente ao nível do estabelecimento de consensos e compromissos no desenvolvimento de NOC quando não se dispõe da evidência científica com a qualidade e a robustez considerada – à luz dos pressupostos da MBE – adequada. Nestas circunstâncias, o estudo mostra que a evidência científica e a experiência clínica são mobilizadas e integradas no estabelecimento dos consensos em torno das NOC enquanto recursos complementares entre si. A rigidez da hierarquia da evidência é, portanto, reequacionada, dado que no âmbito deste processo é a própria classificação da evidência que está em causa, o que faz salientar a ideia de que, mais do que consistir na aplicação de critérios formais, o que se verifica é um processo situado em que o desenvolvimento das NOC depende de consensos em torno de vários critérios, princípios e conhecimentos com estatutos “evidenciários” diferenciados. Ou seja, apesar da ênfase na lógica da transparência e das auditorias, este tipo de “objectividade regulatória” (Cambrosio *et al.*, 2006) mostra que se podem desenvolver formas de autonomia dos profissionais, designadamente quando deles depende a definição do que é que conta como mensurável e comparável. Quem controla, portanto, o controlo da qualidade (Knaapen, 2013: 701)?

Tendo em conta as várias dinâmicas que estes exemplos colocam em evidência, a ideia que importa, de facto, ressaltar enquanto eixo principal

de análise prende-se com a constatação de que, apesar de o enquadramento regulatório instaurado pela *governança clínica* se traduzir numa ênfase normativa e institucional na lógica da *prestação de contas* e da validação externa da jurisdição profissional, a vulnerabilidade da profissão médica às interferências externas é relativamente contingente. Em particular quando uma das componentes importantes associadas à padronização do trabalho profissional, como é o caso da implementação de NOC, é maioritariamente desenvolvida a partir do interior da profissão – os chamados *professional standards* (Timmermans, Berg, 2003: 94).

Sob este ponto de vista, as NOC têm um impacto que, podendo não ser diminuto é, contudo, relativo, dado que em lugar de desencadear uma mudança radical das práticas clínicas (Armstrong, 2002b)¹³⁹, os seus efeitos são mais plurais e matizados, no sentido em que se materializam em lógicas de implementação e de uso efectivo bastante diversificadas que permitem assegurar, com amplitudes variáveis, margens de discricionariedade tidas como indispensáveis para viabilizar a aplicação eficaz destes instrumentos.

Assim, embora esta articulação de tendências de força contrária (a tentativa de imposição externa por parte de actores institucionais *vs.* a adopção voluntária por parte dos profissionais) configure sempre um equilíbrio instável, dado que depende em larga medida dos contextos específicos (nomeadamente ao nível dos respectivos enquadramentos políticos e do tipo de sistema de saúde), o aspecto crucial a considerar é o alcance efectivo da regulação externa face ao profissionalismo médico.

Isto significa que o próprio sucesso das estratégias de desenvolvimento, disseminação e implementação das NOC acaba, na verdade, por estar muito condicionado pelas iniciativas da profissão médica (Greenhalgh, 2006: 138-139), na medida em que muitas das mudanças relacionadas com estes processos são o resultado da ênfase dos profissionais nas tentativas de assegurar a sua intervenção mais directa, nomeadamente ao nível da escala local (em vez de iniciativas estritamente centralizadas). Por isso, e enquanto instrumento de pretensa melhoria da prática médica, as NOC acabam por poder constituir uma oportunidade estratégica de participação dos profissionais no processo de mudança,

¹³⁹ Tal como refere Armstrong (2002: 1776), “parece altamente improvável que uma simples intervenção comportamental possa deslocar as cognições complexas que ancoram o repertório clínico na experiência quotidiana dos clínicos”. Minha tradução.

designadamente em termos das suas potencialidades em matéria de negociação política e institucional, tendo em vista a obtenção de resultados concretos na manutenção de margens importantes de liberdade clínica (Lomas, 1990; Battista *et al.*, 1995: 879).

É, aliás, por esta razão que alguns autores têm argumentado que a viabilidade desta complexa articulação entre distintos actores com diferentes preocupações e interesses passa por assumir explicitamente o carácter interdependente entre a abordagem regulatória e a profissional, pelo que a dimensão colaborativa do trabalho médico acaba por ser um elemento decisivo na forma como pode contribuir para a resolução do problema da transparência sem comprometer negativamente a autonomia profissional (Timmermans, Mauck, 2005: 26).

Claro que é sabido que, com frequência, os actores externos (reguladores e/ou financiadores dos cuidados de saúde) se empenham no desenvolvimento de várias estratégias mais impositivas visando uma implementação mais efectiva das NOC para efeitos de reforço da eficiência dos cuidados, concretamente por via da vinculação da prestação de contas ao cumprimento dos padrões profissionais através de incentivos ou penalizações financeiras (cf. capítulo 5). Contudo, e tal como foi teoricamente sustentado ao longo das considerações anteriores deste capítulo, as dinâmicas dos conhecimentos situados nas suas realidades organizacionais e os aspectos substantivos da cultura clínica e das práticas profissionais são dimensões que, de facto, complexificam e transcendem aquelas iniciativas de implementação (Timmermans, Berg, 2003: 115) convidando, como tal, a que se dispense uma atenção mais privilegiada a este tipo de enfoque.

Neste sentido, e dando enfim continuidade à discussão encetada no capítulo 5, importa agora equacionar especificamente este aspecto, com o objectivo explícito de procurar desenvolver empiricamente uma exploração analítica cujas conclusões possam, de facto, concorrer para esclarecer e decodificar algumas particularidades deste processo no âmbito concreto da realidade portuguesa.

APROPRIAÇÕES E RECONFIGURAÇÕES EPISTEMOLÓGICAS: A MGF BASEADA NA EVIDÊNCIA

No caso específico da implementação das NOC em Portugal, e da sua respectiva expressão e impacto no âmbito da MGF, é possível verificar

que, em bom rigor, não se trata de um processo totalmente inusitado e alheio às próprias dinâmicas de desenvolvimento profissional desta especialidade. Como se procurará salientar no decurso da discussão analítica em torno de vários materiais empíricos relativos a este processo é, com efeito, possível argumentar que se verificou um certo alinhamento e envolvimento activo da MGF relativamente aos requisitos da padronização, da objectividade e da transparência da prática clínica. Ou seja, em lugar destas orientações terem implicado uma forte e inevitável erosão da autonomia profissional, o desenvolvimento desta dinâmica correu, antes, para um certo reforço da jurisdição profissional desta especialidade (Abbot, 1988). Não só porque permitiu a consolidação do seu perfil científico, como o tipo de negociações que marcaram a trajetória recente deste curto percurso são claramente denotativas de uma lógica de preservação e valorização do julgamento profissional e da sua discricionariedade.

Procurando ancorar este argumento geral na realidade empírica que aqui é tomada como referência central, um primeiro aspecto significativo a destacar é o de que o horizonte da vinculação do trabalho profissional à evidência científica das NOC não é, em bom rigor, uma realidade completamente nova na MGF, na medida em que no âmbito desta especialidade parece haver uma certa “predisposição” estratégica a este tipo de lógica normativa associada a orientações mais padronizadas. A familiaridade com as normas emitidas pela DGS, numa fase anterior à implementação formal das NOC a partir de 2011, é assumida pelo então Presidente da APMGF como uma característica que coloca em evidência a precocidade da MGF no seu envolvimento com um processo que, de algum modo, constitui uma antecâmara dos desenvolvimentos mais recentes associados ao processo de implementação das NOC.

“Mas também a Direcção Geral de Saúde, antes de existirem estas normas mais recentes e que estão a ser construídas até ao fim do ano, eram emitidas circulares normativas que os médicos de família, nos centros de saúde, sempre foram, vá lá, emblemáticos, na sua utilização. Se fosse aos hospitais, aos cuidados hospitalares, raro era o colega que tinha conhecimento dessas circulares normativas, para a doença coronária, para a hipertensão arterial, para a diabetes mellitus que são as áreas mais importantes, para a asma, por exemplo, não tinham conhecimento. Os Médicos de Família, inclusive, para fazer o seu exame de

saída de especialidade, no exame eram questionados sobre as normas da DGS. Isto já acontece há dez anos seguramente (...) já faz parte da nossa prática clínica diária. Por isso é que eu sempre disse que esta grande implementação de normas que agora vem da DGS não nos assusta e estamos obviamente abertos e seremos certamente dos que estaremos na linha da frente em termos da sua utilização, implementação e aplicação no terreno” (Ent.09).

Com efeito, e tal como discutido no âmbito do capítulo 5, a trajectória de afirmação profissional da MGF cedo a levou a desencadear não só estratégias de aproximação às iniciativas políticas mais orientadas para a concretização de alterações no sector dos CSP, como foi suscitando preocupações de progressivo reforço do perfil científico desta especialidade médica, tendo em vista a sua institucionalização. Este discurso de aparente voluntarismo da MGF em aderir precocemente às orientações normativas da DGS, independentemente de algum empolamento retórico é, acima de tudo, indicativo de que o percurso de afirmação profissional da MGF nunca se fez de uma forma divorciada do enquadramento político e institucional, pelo que a sua articulação com as lógicas de regulação externa constitui um traço importante da sua trajectória, designadamente a partir da década de 1990. Convergente com esta leitura, o excerto seguinte torna ainda mais explícita esta ideia:

“Eu costumo sempre dizer, e até a propósito dessas novas normas que estão agora a ser construídas pela Direcção Geral de Saúde e com o apoio das sociedades científicas e da Ordem dos Médicos, por imposição sabemos bem de quem, da *troika* obviamente (...), que para nós, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, não é surpresa e não temos qualquer problema em lidarmos com este cenário porque desde há cerca de 20 anos que, mesmo não havendo oficialmente normas de orientação clínica ou as chamadas *guidelines*, nós médicos de família sempre tentámos implementar na nossa prática clínica, normas que importámos do Reino Unido, de Espanha e como temos uma boa parceria com estes países, e nomeadamente, com a Espanha, com a Sociedade Espanhola de Medicina Familiar e Comunitária, e também com os colegas da Holanda que eles próprios, enquanto sociedades científicas foram construindo normas de orientação clínica, nós importámo-las e tentámos sempre na nossa prática diária,

incorporar esses instrumentos de trabalho para basear as nossas decisões na melhor evidência científica” (Ent.09).

Relativamente ao investimento explícito da MGF em dotar-se de instrumentos formais como as NOC, pode-se considerar que também nesse aspecto a precocidade dessa aproximação é sugestiva de uma aposta estratégica orientada para a consolidação do seu perfil científico e profissional numa lógica alinhada com as concepções *managerialistas* que, como se viu (cf. capítulo 5), passam a enquadrar os CSP a partir de 2005. Substantivando esta afirmação, é possível fazer notar que a MGF, através da sua associação profissional (APMGF), estabeleceu uma colaboração regular com o CEMBE não só ao nível de várias iniciativas de formação pós-graduada avançada¹⁴⁰, mas também ao nível de uma colaboração de carácter mais institucional, destacando-se neste último caso o estabelecimento de uma parceria estratégica, celebrada em 2009, com o propósito de a APMGF dispor, ela própria, de um conjunto de NOC.

Ao abrigo desse protocolo, esta iniciativa em particular traduziu-se num projecto de colaboração em que o CEMBE assegurou a tradução e adaptação para português de um conjunto de dez NOC finlandesas¹⁴¹

¹⁴⁰ Sobre este aspecto em particular é importante fazer notar que a emergência destas iniciativas se inseriu num projecto mais abrangente da APMGF relativamente à consolidação de um alinhamento estratégico com a reforma dos CSP (até porque o presidente da APMGF na altura – Dr. Luís Pisco – era simultaneamente o coordenador da MCSP). Estes cursos sobre MBE visavam fornecer aos profissionais “no terreno” instrumentos e condições para melhorarem o seu desempenho, privilegiando-se, no entanto, os médicos das USF. O número de inscrições (30 por cada curso) superou sempre as expectativas, pelo que o protocolo foi sendo alargado e renovado para mais edições. Igualmente pertinente, e claramente denotativo do alinhamento e envolvimento activo da APMGF com a Reforma dos CSP e com os seus pressupostos *managerialistas*, é o projecto, anunciado em 2009, de disponibilizar formação em auditorias clínicas, para que os profissionais possam, justamente, auditar, de forma voluntária e anónima, a qualidade da sua prática clínica.

¹⁴¹ Essas NOC foram traduzidas e adaptadas em 2009 e abrangeram os seguintes temas: 1) Avaliação dos doentes com hiperlipidémia; 2) Tratamento da hiperlipidémia: objectivos e selecção; 3) Reconhecimento do abuso de álcool e drogas; 4) Terapêutica anti-microbiana; 5) Depressão; 6) Depressão no idoso; 7) Tratamento farmacológico da depressão; 8) Exame objectivo da articulação do ombro; 9) Osteoporose; 10) Terapêutica hormonal de substituição pós-menopausa. Este trabalho foi assegurado pelo Director do CEMBE, mas é importante notar que quatro das dez NOC (as identificadas com os números 3, 4, 7 e 8) foram “elaboradas” em colaboração com internos dos 2.º e 3.º anos de MGF. As NOC 3, 4 e 7 por três internos e a NOC 8 por quatro internos (os três anteriores juntamente com um outro). Estes quatro internos (eram-no à época) tinham a particularidade de pertencer ao CEMBE na qualidade de colaboradores regulares do grupo mais restrito que tem esse estatuto no Centro. A sua colaboração tem também como particularidade a circunstância de terem frequentado a Unidade Curricular optativa de MBE na FMUL, leccionada pelo Dr. António Vaz Carneiro.

com o propósito de que estas se constituíssem, segundo o Departamento da Qualidade da APMGF, como um apoio à actualização dos conhecimentos de todos os médicos de família e à qualificação do seu exercício profissional. O enquadramento deste processo e a ênfase colocada no tipo de papel desempenhado pelas NOC sublinhou a ideia de que estas devem ser entendidas como instrumentos de formação médica e de desenvolvimento profissional contínuo, o que significa que há uma tentativa de modular o processo de formalização e codificação do conhecimento numa lógica de auto-regulação (centrada na dimensão formativa) substancialmente distinta da habitual ênfase regulatória que subjaz às preocupações de eficiência das intervenções médicas. Assim, e como a este propósito refere o presidente da APMGF,

“Foi uma tentativa de a própria associação trazer e adaptar para Portugal normas de orientação clínica estrangeiras. Aliás, a tentativa mais recente até foi em parceria com o CEMBE em que, por protocolo com uma associação finlandesa, importámos e adaptámos para português com a ajuda do CEMBE, normas de orientação clínica de colegas finlandeses em que há as técnicas mais avançadas de medicina baseada na evidência. (...) Eu diria que deve ser já a terceira tentativa que nós fazemos em Portugal, a associação, de tentar adaptar para a prática clínica portuguesa, *guidelines* e normas de orientação clínica que vêm de fora. Diria que Reino Unido, Holanda, Espanha e Finlândia foram os países em que nós baseámos mais essa prática” (Ent.09).

À luz destas considerações torna-se, portanto, bem patente, a ideia de que a aproximação a estes instrumentos de formalização e explicitação do conhecimento pela MGF tem-se tornado num dos vectores principais que melhor reflectem a crescente incorporação das metodologias científicas de apoio à decisão médica, tal como preconizadas pela MBE, bem como a própria valorização do conhecimento proveniente da investigação clínica, embora neste último aspecto, e tal como se discutirá mais adiante, as lógicas de articulação com outros tipos de conhecimentos e de critérios sejam efectivamente mais compósitas e ecléticas. Seja como for, neste primeiro patamar de observação que torna possível constatar a existência de uma afinidade institucional com a abordagem epistemológica da MBE, bem como com os instrumentos de sistematização da evidência científica de natureza epidemiológica, o aspecto central a

destacar passa pelo modo como a incorporação deste tipo de evidência na formação científica da MGF tem ganhado um maior protagonismo, tornando-se, inclusivamente, um ponto incontornável nos eventos científicos desta especialidade:

“Temos, por exemplo, todos os anos, em Março, o nosso Encontro Nacional de Medicina Familiar que é sempre em Vilamoura; e nesse encontro o Professor Vaz Carneiro vai sempre apresentar oito evidências, que se revelaram como fundamentais para a prática clínica do médico de família. É um momento sempre chave do encontro, o momento alto do encontro. (...) São em áreas sempre fundamentais, invariavelmente na parte cardiovascular, diabetes mellitus, obesidade, estilos de vida, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crónica, asma...são as áreas importantes da nossa consulta. (...) Para além, obviamente, das acções de formação que o Professor Vaz Carneiro foi sempre fazendo a médicos de família e que tiveram a chancela científica da APMGF” (Ent.09).

De facto, esta iniciativa das “oito evidências clínicas” relativas a um determinado ano e que se revelaram pertinentes para os Cuidados de Saúde Primários, passou a constituir-se como algo de fundamental, e que se tem vindo a repetir desde 2009, altura em que, por ocasião do 26.º Encontro Nacional da Clínica Geral, esta iniciativa foi apresentada. Estas evidências são seleccionadas e comentadas pelo Director do CEMBE que, para além de as apresentar no Encontro Nacional, também as sistematiza numa publicação interna da APMGF. Como o próprio refere no prefácio das oito evidências relativas ao ano de 2010,

“O projecto das “Oito Evidências” vem tentar apoiar parcialmente a actualização de conhecimentos. O objectivo principal deste trabalho tem sido alertar o médico de família (MF) para avanços nas áreas da sua prática clínica – Medicina, Cirurgia, Obstetrícia/ginecologia, Pediatria e Saúde mental – seleccionando artigos com os seguintes critérios: publicação integral em revistas médicas, relevância clínica para a MGF, aplicabilidade prática no quotidiano, oportunidade clínica (novo medicamentos, por ex.), avaliação crítica detalhada com resultados positivos e a prevalência das doenças de base” (Carneiro, 2011: 3).

Ainda tomando como referência as palavras do Director do CEMBE, é possível confirmar não só a natureza da parceria institucional entre este Centro e a APMGF, como também o reconhecimento de que a MGF se tem afirmado enquanto uma das especialidades médicas que, de forma mais efectiva, se tem aproximado das abordagens da MBE e que, por consequência, se tem redefinido de forma consequente ao nível dos pressupostos científicos da sua formação. O seguinte excerto de entrevista é claramente ilustrativo desta avaliação:

“Tenho participado numa série de cursos (...) As pessoas estão mais interessadas. Eles têm, por exemplo, na revista deles têm uma secção só disto. Portanto eles procuram mesmo através dos ACES e das USF. Hoje em dia, normalizaram-se procedimentos e arranjam-se sistemas de informações; têm feito um enorme esforço para usarem sistemas de informação de alta qualidade. Portanto se há uma área em que eu ache que as coisas estão a correr relativamente bem é a área da Medicina Geral e Familiar. Claro está que há pessoas que estão completamente perdidas no meio dos bosques, mas de uma maneira geral, como especialidade, eles têm feito um enorme esforço, uma formação avançada, até porque para eles é muito importante este prestígio de se ter uma base de evidência sólida, não é? Quer dizer, para eles é essencial serem respeitados nessa base, portanto eu penso que eles estão mais adiantados que a maior parte das outras especialidades, na minha opinião, e isto por causa do que disse. Têm uma visão notável e muito precisa e muito bem pensada sobre o que é tudo isto da evidência para a Medicina Geral e Familiar” (Ent.08).

Como se torna bem patente nestas considerações, a questão da apropriação estratégica da abordagem da MBE para efeitos de consolidação da afirmação profissional da MGF emerge como um aspecto particularmente importante, até porque conforme foi possível salientar no âmbito das discussões anteriores (cf. capítulos 1 e 5), essa lógica de apropriação é reveladora de dinâmicas de reforço da jurisdição médica, constituindo-se, portanto, como uma oportunidade para sedimentar a legitimidade da autoridade profissional (e.g. Geltzer, 2009; Pickard, 2009). Nessa medida, e atendendo às palavras do presidente da APMGF, esta linha de interpretação parece ganhar consistência,

sobretudo quando se olha panoramicamente para as orientações diferenciadas que têm vindo a moldar a trajectória profissional desta especialidade:

“Não vemos a medicina baseada na evidência como a única resposta e como a única solução para o apoio à decisão clínica, mas certamente que nesta vertente que tentámos agora tornar mais forte e mais presente na associação, no fundo tentar dar uma imagem mais de sociedade científica à associação porque no fundo somos também a sociedade científica da medicina geral e familiar. Tentámos obviamente que a medicina baseada na evidência fosse um dos sectores a apostar com maior premência. Também foi, a par da investigação, porque são dois contextos importantíssimos, estão muito relacionados obviamente, foram as duas componentes que tentámos dar maior força neste mandato da presente direcção. Isto foi um processo que veio da anterior direcção em que em 2007/2008 se tentou reorientar a estratégia a nível da associação no sentido de dar um maior peso à parte técnico-científica. Porque a associação, desde a sua fundação, em 1983, sempre esteve muito conotada à acção política e à acção socioprofissional e não querendo deixar essas duas dimensões, que são fundamentais, quisemos agora, desde 2007/2008, uma reorientação estratégica, dar maior peso à componente técnico-científica. E certamente que a medicina baseada na evidência se inscreve nessa aposta” (Ent.09).

Ora, sendo a MGF uma área profissional que se debate, desde a sua génese, com constrangimentos ao nível do seu prestígio social e da sua autonomia, devido em larga medida – sobretudo na fase inicial da sua afirmação e institucionalização – a uma considerável assimetria estrutural entre esta especialidade e a generalidade da medicina hospitalar (Carapinheiro, 2006; Teixeira, 2012), não é surpreendente que as dinâmicas já referidas assumam uma expressão significativa. Aliás, e estabelecendo alguns paralelos com outros segmentos da profissão médica em situações profissionalmente mais fragilizadas, também Timmermans e Berg (2003) consideram que processos de reforço da padronização por via da disseminação de instrumentos formais como as NOC no âmbito das actividades clínicas acabam por suscitar uma recepção ambivalente, pois se, por um lado, o espectro da ingerência externa proveniente dos

imperativos regulatórios ameaça interferir no espaço de julgamento profissional (o reduto da autonomia clínica), por outro, constituem-se como uma possibilidade de reforçar o estatuto profissional por via de uma maior consistência científica associada ao conhecimento especializado que justifica o seu monopólio de competências e as prerrogativas decorrentes da negociação associada ao estabelecimento da sua jurisdição profissional (Idem:117-141).

Uma das dimensões que contribuem para captar analiticamente esta ambivalência, e o alcance das implicações suscitadas pelas redefinições decorrentes da incorporação das metodologias científicas da MBE numa especialidade médica cujo suporte identitário radica numa matriz biográfica e holista (cf. capítulo 5), diz respeito à reflexão desenvolvida no interior da MGF, concretamente por via da publicação de editoriais e artigos de discussão na RPMGF no decurso da última década¹⁴².

A crescente importância concedida à abordagem científica proveniente da MBE e ao tipo de prova epidemiológica que a mesma produz torna-se visível através de um conjunto de artigos que se centram em vários aspectos específicos relacionados com esta abordagem, como por exemplo sobre a leitura crítica de artigos médicos (Melo, 2000), os tipos de estudos existentes e os níveis de prova epidemiológica (Rodrigues, 2008), a pesquisa em bases de dados electrónicas enquanto procedimento metodológico para a revisão do conhecimento científico (Santos, 2008), ou a apresentação das estratégias de pesquisa e selecção da informação como base para uma revisão baseada na evidência (Braga, Melo, 2009).

Todavia, e justamente devido ao crescente ascendente que este tipo de abordagem já apresentava no início da década de 2000, Barroso (2000), também num editorial, apresenta uma perplexidade concreta quando se interroga sobre as razões que podem explicar a acentuada rarefacção dos relatos de caso apresentados tanto em eventos científicos como publicados na própria revista da especialidade. Apesar desta notória assimetria,

¹⁴² Na selecção de materiais a que procedi, privilegiei, para além dos editoriais, os artigos que discutem os fundamentos, as potencialidades e/ou as limitações da MBE ou das NOC na prática clínica. Não considerei, portanto, os artigos mais “técnicos” relativos à apresentação de resultados de estudos clínicos, mesmo que ao nível da sua metodologia mobilizem procedimentos e requisitos técnicos coerentes com as exigências da procura e revisão sistemática da literatura científica conforme preconizada pela MBE. No âmbito de outras considerações a desenvolver ainda neste capítulo, não deixarei, no entanto, de fazer alusão e de ilustrar a crescente importância destas metodologias ao nível da investigação e da produção científica que é desenvolvida na MGF.

a autora enfatiza a pertinência desse modelo de reflexão e de aprendizagem sobre a prática clínica, sobretudo quando considera que o âmbito da MGF (ancorada nos cuidados globais, integrados e continuados) providencia múltiplas razões que justificam esse investimento. Nessa medida, e segundo as suas palavras, os diversos objectivos que podem presidir ao relato de um caso passam por

“ilustrar de que maneira uma doença afectou uma pessoa ou alterou a dinâmica de uma família; descrever uma doença comum, mas cujo contexto social, cultural ou temporal, determinou uma abordagem diferente ou colocou problemas adicionais; ilustrar como emerge uma doença cuja história natural é de evolução temporal lenta; descrever uma forma de apresentação pouco usual de um problema comum; descrever um caso de reacção adversa a um plano ou a um fármaco de utilização frequente; descrever como é que um dado semiológico, na aparência insignificante, pode ser revelador de um problema “(Idem: 100).

Com efeito, estes enfoques diferenciados sobre a natureza dos fundamentos que devem presidir à especificidade da prática clínica que caracteriza a abordagem da MGF mais não fazem do que colocar nitidamente em destaque algumas das implicações decorrentes da própria reconfiguração epistemológica suscitada pelos pressupostos da MBE, dado que o *método clínico centrado no doente* passa a coexistir e a integrar cada vez mais a evidência científica providenciada pelas metodologias preconizadas pela MBE. Assim, e conforme é referido por Ramos (2008: 87-89),

“a percentagem de situações em que é possível recorrer ao apoio da *evidence-based medicine* (EBM) é restrita. Mas, mesmo assim, é muito importante recorrer a este precioso apoio à decisão clínica e combiná-lo com o recurso judicioso a todas as fontes de informação e conhecimento válidos disponíveis, incluindo as do próprio paciente. (...) Sempre que um dado problema ficar ao alcance dos conhecimentos disponibilizados pela EBM devemos usá-los, judiciosamente adaptados a cada situação, aumentando assim a qualidade e a segurança dos cuidados. Este recurso valioso permite libertar tempo, atenção e energias para lidarmos com as outras situações em que não há EBM disponível”.

Neste sentido, tem também vindo a ser desenvolvida alguma reflexão no interior da MGF com o propósito de demonstrar que estas diferentes abordagens, embora distintas entre si, não devem, no entanto, ser mutuamente exclusivas. No âmbito da sua tese de doutoramento, Sá (2002) argumenta precisamente nesse sentido, sustentando que os múltiplos instrumentos de sistematização do raciocínio clínico que auxiliam o médico nas suas tomadas de decisão devem reforçar a sua complementaridade, ao ponto de se poder falar na MGF baseada na evidência, ou seja, a integração dos conceitos fundamentais da MBE com os princípios que regem o método clínico centrado no paciente (Sá, 2002: 13-18, 31).

Porém, e não obstante as potenciais virtudes desta lógica de síntese entre abordagens constitutivamente distintas entre si ao nível dos seus fundamentos mais basilares, as articulações operativas desta concepção não impedem o desenvolvimento de algumas tensões e considerações mais críticas, pois quando se equaciona a sua aplicação na prática clínica, nomeadamente por via da utilização das NOC, há algumas questões sensíveis e problemáticas que tendem a aflorar. A esse nível são, por exemplo, elucidativas as considerações de Santos e Ribeiro (2009), sobretudo quando chamam a atenção para alguns dos limites práticos desses instrumentos, em particular os fluxogramas de decisão. Conforme as autoras referem,

“em Medicina Geral e Familiar só em contextos muito particulares se faz uso de generalizações. Os fluxogramas de decisão não têm em consideração as circunstâncias particulares de cada doente, a multimorbilidade, os nós de ligação dos problemas ou as circunstâncias que alteram o seu equilíbrio dinâmico, cabendo ao médico, em primeira instância, a interpretação do seu significado e, em conformidade, decidir como pode o mapa fornecido pelo doente ajudá-lo a mover-se na vasta extensão do território que este lhe oferece para percorrer” (Idem: 228).

Contudo, e independentemente destas ambivalências, o certo é que a já referida incorporação estratégica da MBE na MGF se tem vindo paulatinamente a consolidar e, como resultado, a produzir de forma consistente várias redefinições tanto nos fundamentos epistemológicos como na própria matriz identitária que subjaz ao profissionalismo médico desta especialidade. Nesse sentido, uma das dimensões que ajudam a

captar esta dinâmica de crescente pregnância da MBE e a proliferação das suas implicações diz respeito à formação dos internos¹⁴³, na medida em que os requisitos da sua preparação exigem o desenvolvimento de conhecimentos e competências que, de facto, abrangem as várias vertentes já discutidas, ou seja, tanto os fundamentos ligados ao *método clínico centrado no doente* (tributário da concepção biográfica e holista inaugurada por Ballint), como as competências técnicas associadas às metodologias científicas da MBE.

No caso da formação desenvolvida no âmbito do internato, é importante considerar a organização e, sobretudo, o teor da sua estrutura formativa ao nível do plano de estágios, bem como ao nível dos cursos curriculares que integram os quatro anos da formação específica do internato de MGF. Assim, os estágios hospitalares (que contemplam a Pediatria, Obstetrícia/Ginecologia, Saúde Mental/Psiquiatria e Urgência) decorrem durante os três primeiros anos e consistem no que se designa de “formação em exercício”, ao passo que os cursos curriculares, que correspondem à também designada “formação teórica”, ocorrem nos dois primeiros anos, embora no 4.º ano esteja reservado um espaço próprio para “outros cursos” como, por exemplo, sobre *Ética*.

Relativamente aos cursos curriculares, leccionados nos dois primeiros anos, estes incidem sobre quatro domínios específicos: “MGF – a consulta” (que abrange temáticas como a decisão clínica, registos clínicos ou a comunicação); “Epidemiologia e Qualidade” (que aborda conteúdos relacionados com a metodologia epidemiológica e com os tipos de estudos epidemiológicos); “Família: Saúde e Doença” (que se centra em temas relacionados com as várias dinâmicas familiares, assim como na entrevista familiar) e “Investigação em MGF”. Neste último caso em particular é de destacar o enfoque que é dado, ao nível dos conteúdos leccionados, a temas que são convergentes com a MBE, nomeadamente os princípios e as metodologias necessários para a selecção da evidência científica, a sua utilização para revisões sistemáticas da literatura ou a avaliação dos níveis de evidência dos estudos publicados.

¹⁴³ O Programa do Internato de MGF foi publicado em 2009 (Diário da República, 1.ª série: Portaria n.º 300/2009, de 24 de Março de 2009) e nele se estabelece a duração de quatro anos para a formação específica deste internato. Constitui-se, assim, como a referência central para a formação em MGF.

Já quanto aos estágios de MGF¹⁴⁴, e particularmente o de MGF4, cujos objectivos educacionais estão mais orientados para o reforço da “componente reflexiva do exercício profissional”, é importante perceber que, embora sejam bastantes abrangentes, no sentido em que contemplam vários aspectos relacionados com a prática clínica, alguns deles enfatizam aspectos mais directamente relacionados com as metodologias científicas e com os princípios *managerialistas* da lógica da *governança clínica*. Ilustrativos deste enfoque são particularmente os objectivos 16, 17 e 20 que constam no manual de formação consultado e que referem, respectivamente, o seguinte:

“Conhecer os princípios, metodologias e instrumentos de governação clínica e organizacional em MGF, tendo em vista a incorporação de inovações e melhorias nas práticas clínicas e nos processos organizacionais das unidades.

Identificar os elementos-chave de um processo de contratualização, analisando continuamente painéis de indicadores e metas, tendo em vista o reforço e melhoria das práticas pessoais de trabalho norteadas por objectivos e resultados.

Saber ler criticamente artigos científicos ponderando a sua relevância, aplicabilidade e validade, e conhecer as metodologias de investigação quantitativa e de revisão, de forma a interpretar o seu poder discriminativo e a robustez dos seus resultados” (Manual de Formação, 2012: 22).

Ainda no domínio das actividades formativas desenvolvidas no âmbito do internato de MGF, é também de destacar a realização, com periodicidade anual, de um evento científico que se constitui como um encontro de trabalho, designado de *Jornadas do Internato de Medicina Geral e Familiar*. Trata-se de uma iniciativa destinada aos internos e aos orientadores e que se caracteriza por ter um cariz de actividade curricular. Aí é promovida a apresentação e a discussão dos trabalhos científicos desenvolvidos pelos internos durante o ano anterior à sua realização.

Em termos da estrutura das jornadas, esta tem-se mantido relativamente estabilizada ao longo dos anos e contempla quatro secções

¹⁴⁴ Os estágios de MGF são a componente nuclear do Programa de Formação e decorrem ao longo dos quatro anos, estando organizados numa estrutura sequencial (MGF1, MGF2, MGF3 e MGF4) em que cada um desses estágios, não obstante a sua complementaridade, tem os seus objectivos educacionais específicos.

principais que abrangem os *Trabalhos de Revisão*, os *Relatos de Caso*, os *Trabalhos de Investigação e Avaliação e Garantia de Qualidade*. Mas o aspecto relevante a destacar prende-se com o protagonismo crescente das duas primeiras secções, em particular a relativa aos *Trabalhos de Revisão*. Neste caso, não só se constata, através da consulta dos programas e dos livros de resumos¹⁴⁵, que há uma expressão quantitativa proporcionalmente muito significativa de trabalhos inseridos nesta modalidade, mas também, e principalmente, que eles traduzem um modelo de estrutura que privilegia acima de tudo a abordagem da MBE, ou seja, uma revisão (de um determinado problema clínico) baseada na evidência.

Nesta medida, e sendo certo que estas reconfigurações, embora graduais, não se operacionalizam de uma forma isenta de tensões e ambivalências, o facto é que estas se têm vindo a inscrever, de um modo cada vez mais estruturante e consequente, na matriz profissional desta especialidade, nomeadamente ao nível da formação e da própria orientação que é enfatizada no âmbito do internato. Daqui resulta, portanto, uma lógica ecléctica de tendencial compatibilização entre abordagens metodológicas e fundamentos epistemológicos que deixam, por isso, de ser entendidos como necessariamente irreduzíveis e reciprocamente auto-suficientes.

Assim sendo, o impacto da MBE parece articular-se e compatibilizar-se cada vez mais com o discurso do holismo e com os pressupostos de recorte biopsicossocial do modelo biográfico, na medida em que se sustenta que a utilização da evidência epidemiológica deverá ser sempre adequada às situações particulares dos doentes e, portanto, a requerer uma permanente interpretação desses resultados. Tal é, por exemplo, bem patente nas considerações de um editorial publicado na RPMGF:

“A necessidade de praticar uma MBE em vez daquilo que, com uma pontinha de picardia, poderíamos denominar de MBO (Medicina baseada na opinião) já começou há algum tempo, paulatinamente, a fazer parte do nosso dia-a-dia clínico e a estar entranhada no nosso *modus operandi*. (...) No entanto, no momento de interpretar as evidências ou de graduar as provas científicas usando as escalas de

¹⁴⁵ No âmbito das minhas incursões exploratórias tive oportunidade de participar nas XVI Jornadas, em Outubro de 2011, e aí pude constatar não só o volume de comunicações centradas nos *Relatos de Caso* e nos *Trabalhos de Revisão*, como, neste último caso, o formato metodológico desses trabalhos que, na maioria das situações, se baseia na revisão sistemática da literatura e, portanto, nos procedimentos, técnicas e recursos da abordagem caracterizadora da MBE.

evidências, muitas são as dúvidas e as inseguranças (...) O nosso entusiasmo por querer usar a melhor evidência disponível não pode descansar-nos de a saber ler, interpretar, criticar e aplicar devidamente (...) Quer isto dizer que, quando avaliamos um paciente e formulamos uma pergunta, na devolução da resposta temos sempre de ter em conta não só a melhor evidência encontrada (leia-se melhor prova científica), mas também a nossa experiência clínica, os valores dos pacientes e as suas circunstâncias únicas. Todos os lados deste quadrilátero interferem na resposta a dar ao doente” (Braga, 2011a: 329).

Importa, no entanto, perceber com que amplitude é que o espaço discricionário do julgamento profissional é, afinal, colonizado – ou eventualmente suplantado – pela evidência de base epidemiológica, nomeadamente na forma de orientações sistematizadas e codificadas do conhecimento, como acontece com as NOC (Checkland *et al.*, 2008: 792). No fundo, e como se aprofundará já de seguida, interessa perceber a receptividade e as concepções sobre o impacto persuasivo desses instrumentos, assim como a forma como eles são negociados pelos profissionais no quadro de processos políticos e institucionais que instauram formalmente os processos de implementação e os respectivos mecanismos de vinculação da prática clínica ao seu cumprimento.

O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS NOC EM PORTUGAL

Relativamente às características deste processo no âmbito da realidade portuguesa é importante clarificar, desde já, que apesar do carácter preambular de algumas iniciativas mais precoces – como as que foram encetadas pela APMGF, as resultantes de documentos de reflexão estratégica, nomeadamente pela ARSLVT¹⁴⁶, ou a definição, por parte da DGS, da *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde*¹⁴⁷ – a emergência

¹⁴⁶ Um documento da ARSLVT, datado de 2009 e intitulado “Nos 30 anos do SNS/Governança dos Hospitais/Conclusões de um grupo de trabalho da ARSLVT 2009”, considerava que o SNS deveria investir na elaboração e implementação de NOC.

¹⁴⁷ Ao nível da “Qualidade Clínica” esta estratégia estabelece como objectivos fundamentais os seguintes aspectos: “Reduzir a variabilidade da prática clínica; tornar obrigatória a normalização clínica respeitando a decisão clínica individual fundamentada; aumentar a clínica reflexiva; criar redes de governação clínica; disseminar auditorias clínicas; estimar impactes de saúde e financeiros; avaliar resultados; responsabilizar as Direcções Clínicas”, cf. Despacho n.º 14223/2009, DR n.º 120 de 24/6/2009.

da implementação efectiva das NOC a uma escala nacional e generalizada a todo o campo profissional da medicina só ocorre a partir de meados de 2011, já no quadro das imposições inscritas no memorando de entendimento com a *Troika*, concretamente ao nível dos imperativos de maior eficiência no sector da saúde. Por essa razão, pode-se considerar que, sendo verdade que este tipo de instrumentos tem sido tradicionalmente da responsabilidade da DGS, não menos incontornável é a constatação relativa ao carácter algo errático, heterogéneo e intermitente destes processos no período anterior a este novo contexto político.

Uma caracterização sumária do panorama anterior é desenvolvida por Vaz (2012), que num texto integrado no documento de reflexão da Comissão Nacional de MGF da FNAM sobre os CSP, faz referência aos seguintes aspectos:

“A implementação destas normas, no espectro regulamentar mais clássico, pertencia na sua essência às Autoridades Regionais e Locais de Saúde. Desta forma, a implementação e disseminação das normas dependia e muito do interesse de cada administrador, assim sendo, as implicações de um tal modelo de gestão levaram a que a aplicação destas normas fosse heterogénea (de) Região para Região. A esta heterogeneidade haverá que associar a constante e persistente incapacidade do próprio Sistema de Saúde em dispor de instrumentos, de meios e de estruturas capazes de monitorizar, analisar, os resultados da actividade desenvolvida nas unidades de saúde. Muita desta incapacidade, não era mais que o fruto de uma iliteracia reinante e dominante na estrutura e organização dos serviços de saúde e na sua classe dirigente, orientada para a análise da produção em detrimento da análise dos resultados e dos ganhos em saúde” (Idem: 2).

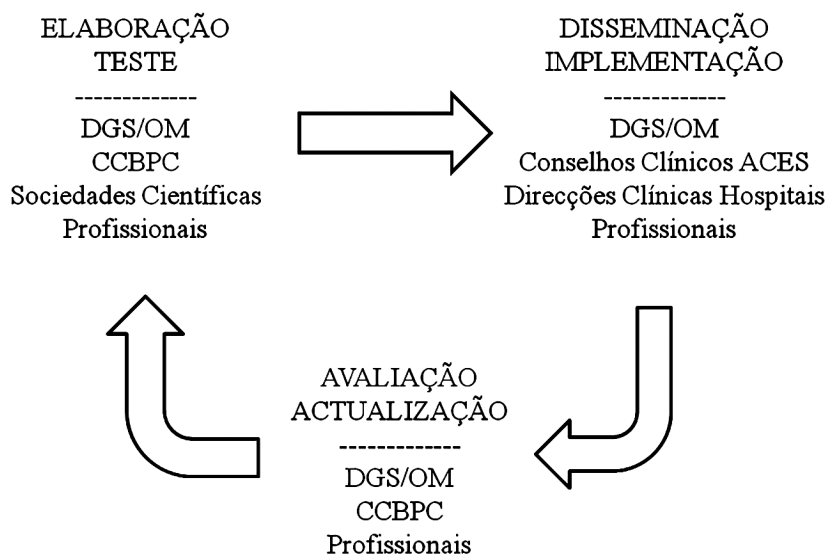
Um dos aspectos principais resultantes destas considerações, prende-se com o reconhecimento de que é no contexto de uma conjuntura adversa que as NOC se afirmam como um instrumento fundamental não apenas pelos seus alegados contributos para a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde, mas também (e algumas das visões mais críticas tendem a sublinhar este ponto) em termos da optimização da alocação dos recursos e da redução da

despesa em saúde, nomeadamente ao nível da prescrição dos medicamentos em ambulatório e dos MCDT com maiores encargos financeiros para o SNS.

Elucidativo deste ponto em particular é, sem dúvida, o teor do já referido memorando de entendimento, especialmente alguns dos objectivos enquadrados nas *medidas orçamentais estruturais*, e em concreto as que se reportam ao domínio da saúde, como é o caso da medida 3.59 (orientações de prescrição para os médicos à luz das orientações internacionais de prescrição) e 3.73 (prosseguimento das NOC e criação de um sistema de auditoria da sua implementação).

Neste sentido, para a concretização desta política a DGS promoveu um protocolo com a OM, celebrado a 5/9/2011, que estabelece que as NOC estejam sujeitas ao prévio acordo da OM e que as auditorias sejam também realizadas com a cooperação directa destas duas instituições. A elaboração destes instrumentos prevê um processo de avaliação do seu conteúdo que é composto por diversas etapas de apreciação técnica com vista à sua validação e aprovação final. O projecto de cada NOC é, assim, elaborado por peritos oriundos dos colégios de especialidade da OM e das sociedades científicas, a que se segue um período de discussão pública e de avaliação inter pares (nomeadamente através do instrumento *AGREE*). Os contributos daí provenientes são avaliados pela DGS, seguindo-se a revisão científica do conteúdo final de cada projecto de NOC pelo consultor científico do Departamento da Qualidade na Saúde da DGS (DQS-DGS). Só após essa etapa é que cada projecto de NOC é submetido a um último crivo de validação científica, desta feita por parte da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas (CCBPC)¹⁴⁸, momento a partir do qual se considera que uma determinada NOC se encontra finalizada e pronta a ser auditada (cf. Figura 3).

¹⁴⁸ A CPBPC foi inicialmente constituída através do Despacho n.º 12422/2011, de 20/9/2011, tendo a sua composição sido posteriormente reformulada e ampliada através do Despacho n.º 7584/2012, de 1/6/2012. Passou, assim, a contar com 28 elementos em situação de paridade entre os membros propostos pela DGS e pela OM.

Figura 3: Ciclo da NOC

Na fase inicial deste processo foi estabelecido como objectivo a perspectiva de implementação de 90 NOC (60 em 2011 e 30 em 2012), mas rapidamente essa meta deixou de ser concebida como viável¹⁴⁹ devido, justamente, ao elevado volume de NOC, e também por algumas falhas na estratégia institucional de implementação. Estas falhas foram não só de natureza técnica e logística (um número excessivo de NOC a implementar simultaneamente), mas também normativa, dado que nessa fase inicial prevaleceu uma imagem de obrigatoriedade com implicações penalizadoras face ao seu incumprimento.

Foram estes aspectos os principais responsáveis pelo desencadear de concepções e expectativas ambivalentes junto dos médicos, e em particular dos especialistas de MGF, pois, se em matéria de princípios gerais o processo em si foi globalmente aceite como razoável e potencialmente vantajoso para a melhoria da qualidade da prática clínica (as NOC como instrumentos úteis de apoio à decisão clínica), não deixou, no entanto, de gerar cepticismo, reservas e receios relativamente não só à perspectiva de implicações legais e profissionais associadas à obrigatoriedade do seu

¹⁴⁹ No início de 2013, somente seis NOC estavam formalmente validadas à luz da metodologia definida para a sua aprovação.

cumprimento, como também quanto à própria qualidade científica desses instrumentos. Ilustrativas deste último ponto são as considerações de um dos membros da CCBPC, especialista em MGF, quando desenvolve o seguinte argumento baseado na experiência concreta do trabalho desenvolvido por esta comissão:

“Eu tenho uma perspectiva um bocadinho negativa da forma como tem acontecido. (...) Nasceu de uma pressão muito grande, até externa, de uma pressão muito mais baseada em aspectos económicos do que qualquer outro tipo de..., e, portanto, o que temos é claramente isto: num período relativamente curto de tempo foram colocadas, enfim, para discussão, quase uma centena de normas. (...) Consistiu essencialmente em identificar normas que já existiam, publicadas em outros países, sobretudo em língua inglesa, traduzir essas normas e tentar de alguma forma adaptá-las à realidade portuguesa sem que houvesse um conjunto de orientações claras, sem que houvesse nas próprias equipas que fizeram este processo algum fio condutor ou mesmo algum objectivo definido a não ser ter o máximo de normas possível num curto espaço de tempo. Bom, isto levou a que algumas dessas normas são... Primeiro, não há garantia que sejam baseadas em evidência científica, muitas delas não têm recomendações, não traduzem a sua recomendação nos elementos que habitualmente são usados, há recomendações, o tipo de recomendação, o grau de evidência científica, muitas vezes são, ficamos com a ideia que são apenas recomendações de peritos, não é?, que não têm muito mais do que isso, não há de facto evidência ou estudos, ensaios clínicos aleatorizados e controlados que suportem essa recomendação, e algumas delas não estão claramente adaptadas, ou estão mal adaptadas à realidade portuguesa, e outras têm erros grosseiros” (Ent.10).

Essa discussão quanto às limitações, ora processuais, ora mais substantivas, coloca em evidência um conjunto de dúvidas e argumentos críticos não só sobre a validade científica subjacente à elaboração das referidas NOC, mas também sobre as questões de aplicabilidade no contexto da prática clínica, designadamente nos modos de compatibilização com outros critérios de decisão ou fontes de informação. Neste sentido, os aspectos que, desde o início, têm suscitado os posicionamentos mais críticos são os que se relacionam com a discussão em torno do próprio

estatuto das NOC, dado que o ponto de clivagem fundamental se centra na ideia de que estas devem ser consideradas como orientações gerais, não impositivas, e, como tal, necessariamente adaptadas aos contextos locais e aos doentes individuais. Um exemplo de um editorial que traduz bem este tipo de concepção refere especificamente o seguinte:

“A elaboração de Normas de Orientação Clínica (NOC), para começar, pode ser um excelente motor de reflexão acerca de erros e um precioso auxílio para guiarmos a nossa conduta, mas sobretudo para fundamentarmos os nossos procedimentos. (...) Desde que sejam orientadoras e não limitadoras ou restritivas do bom senso clínico, desde que baseadas nas melhores provas científicas e bem adequadas à nossa população e contexto local, as NOC são ferramentas importantes, e há muito tardavam em Portugal. No entanto, a profusão e a celeridade com que estão a ser produzidas, nos últimos tempos, na nossa área, fruto de pressões económicas, podem condicionar menor cuidado e ponderação na sua elaboração e revisão pelas entidades de direito (...)” (Braga, 2011b: 415).

Esta preocupação em estabelecer tal tipo de demarcação tem também sido notada noutros contextos (Greenhalgh, 2006: 134), no sentido em que a preservação do espaço para a interpretação e para o julgamento individual é, no fundo, o requisito que torna possível a manutenção da discricionariedade. É por esta razão que uma das outras preocupações fundamentais consiste na tentativa de garantir a participação dos médicos de família na elaboração e discussão das normas (Battista *et al.*, 1995), dado que uma das ideias que têm vindo a ecoar nos diversos fóruns de discussão é a de que este processo era uma inevitabilidade que se iria concretizar com ou sem os médicos, pelo que importava assumir a iniciativa de serem os próprios profissionais a assegurar a elaboração e validação das normas de modo a não ficarem sujeitos a imposições exógenas à própria profissão. Esta preocupação em tentar controlar, ou modelar, o processo evidencia, assim, a razão pela qual os profissionais procuram matizar o carácter prescritivo das NOC em benefício da ênfase nas suas virtudes formativas e de suporte técnico às decisões clínicas, tendo sempre como principal sustentáculo argumentativo a necessidade de estas poderem ser adaptadas às contingências dos cuidados individualizados (Timmermans, Berg, 2003: 113).

De facto, e em coerência com a análise de vários autores (McDonald, Harrison, 2004; Moreira, 2005; Knaapen, 2013), para o estabelecimento das NOC acaba por ser decisivo o envolvimento dos profissionais, em particular na concretização de consensos e de compromissos no desenvolvimento destes instrumentos. O processo de avaliação crítica da evidência e, sobretudo, o modo como esta acaba por ser muitas vezes articulada com outros critérios periciais (incluindo a experiência clínica), designadamente quando é considerado que não há robustez científica suficiente (Knaapen, 2013), mostra que o desenvolvimento das NOC depende efectivamente de vários consensos e compromissos.

No caso específico aqui em análise, essa lógica de compromisso entre as instituições promotoras, as sociedades científicas e os médicos, nomeadamente durante o período em que cada NOC se encontra em processo de audição pública, mostra que há, de facto, uma processualidade própria que garante que a validação e a implementação destes instrumentos se tornem efectivamente viáveis. A este propósito são esclarecedoras as afirmações de um médico de MGF, que integra a CCBPC, quando no âmbito de uma entrevista a um jornal médico (*Notícias Médicas* n.º3152, 21 de Março de 2012) considera que a razão principal que explica o relativo atraso na implementação das NOC, não obstante a urgência política numa maior celeridade do processo, se prende justamente com a necessidade de se obter consensos entre os vários parceiros.

“Se os médicos não sentirem que foram suficientemente debatidas, incorporadas e acauteladas as diferentes opiniões, cientificamente fundamentadas, isto é, se os profissionais não se revêem nas normas, não as vão aplicar. Há todo o interesse em que isso aconteça, que as normas incorporem os comentários e sugestões relevantes” (Idem: 2).

Ora, de acordo com este posicionamento estratégico, que reflecte a negociação de um importante espaço de autonomia dos profissionais, as NOC não devem determinar a prática clínica, mas somente orientá-la, razão pela qual a ênfase inicial de teor mais impositivo das próprias auditorias foi dando lugar a uma perspectiva diferente que as vincula mais à ideia de que estas se constituam, acima de tudo, como instrumento de melhoria da qualidade e boas práticas, e não como instrumento

punitivo e de culpabilização¹⁵⁰. Nessa medida é preconizado que as auditorias sejam desenvolvidas e aplicadas numa lógica interpares, com carácter fundamentalmente pedagógico e contextualizando sempre os resultados de acordo com as características das realidades locais.

Aliás, um dos argumentos reiteradamente mobilizado para suportar esta salvaguarda faz salientar a ideia de que, por exemplo, as situações de práticas de prescrição contrárias às normas devem-se principalmente a constrangimentos na organização dos serviços, pelo que serão estes que deverão ser auditados. Verifica-se, assim, que a responsabilidade por algum eventual incumprimento é diluída nas particularidades dos contextos organizacionais, mas, mesmo quando esse incumprimento remete para uma prática clínica mais individual, é sublinhada a necessidade de se levar em linha de conta a consistência de muitas das razões e das particularidades da avaliação clínica que possam estar subjacentes a esse “desvio” relativamente ao cumprimento integral das NOC (Timmermans, Berg, 2003: 96). Conforme é referido num editorial da RPMGF, as razões do não cumprimento das NOC podem passar pela “necessidade dos médicos atenderem às preferências dos pacientes (...); dúvidas sobre a aplicabilidade a pacientes concretos de normas elaboradas com base em ensaios clínicos sobre populações seleccionadas (ou apenas em estudos observacionais); ou a mera discordância quanto à sua fundamentação científica” (Granja, 2011: 418).

Em relação a este último aspecto em particular – e tal como será mais substantivamente notado aquando da análise do conteúdo dos grupos focais –, é importante salientar que um dos aspectos mais incontornáveis e decisivos se prende com a garantia de que a margem de não cumprimento integral de uma determinada NOC esteja salvaguardada de qualquer avaliação regulatória que a enquadre como má prática clínica. Nesse sentido, as NOC não são entendidas como verdades científicas estabilizadas, mas sim como um instrumento da adaptação do trabalho clínico às dinâmicas e complexidades do contexto da sua prática (Battista *et al.*, 1995: 879). O aspecto que é, portanto, bastante

¹⁵⁰ Tendo em conta o estabelecido no ponto 3.73 do memorando de entendimento com a *troika* (“Prosseguimento das NOC e criação de um sistema de auditoria da sua implementação”), a DGS, em conjunto com a OM, formou vários auditores clínicos. É de salientar, no entanto, que as auditorias externas que foram implementadas na fase inicial foram institucionalmente perspectivadas enquanto intervenções de formação-acção, uma vez que se quis sublinhar o carácter essencialmente pedagógico em detrimento da perspectiva prescritiva e punitiva.

sublinhado – e que, aliás, vai ao encontro do direito consagrado no código deontológico da profissão relativo à excepcionalidade do cumprimento de orientações desta natureza¹⁵¹ – é o de que as razões que presidiram a essas decisões contrárias ao estipulado na NOC estejam devidamente fundamentadas.

Ilustrativo disto mesmo são as considerações de um dos membros da CCBPC, dado que aponta para as potenciais limitações das NOC, designadamente se implicarem uma excessiva protocolização que, como tal, seja pouco sensível às singularidades da avaliação clínica:

“(...) Eu acho que há aqui um aspecto, claramente uma desvantagem, em chamar a isto uma norma, que é, bom, a norma diz isto, eu limitei-me a cumprir a norma. E, portanto, auto desresponsabiliza-me de, enfim, o que quer que seja, portanto eu tenho que, como profissional, devo em princípio adoptar a norma e devo segui-la, mas devo assumir a responsabilidade de não a seguir quando acho que o melhor para o doente é não a seguir, e isso é fundamental. É preciso que eu ponha à frente de qualquer norma aquilo que é o julgamento de o que é que neste momento é melhor para este doente. (...) Assumindo que eu sou o advogado do meu doente, portanto se eu quero para o meu doente o melhor, eu tenho que ser capaz de por vezes não cumprir a norma, ou desviar-me da norma, tenho é que justificar porquê e assumir essa minha decisão. Portanto, há de facto esse risco e se de facto não houver esse cuidado corre-se esse risco, que é adoptar cegamente a norma e dizer, bom, não é preciso um médico, ponho isso no computador e o computador decide. Ora, nós sabemos que não é assim, porque quando se trata de pessoas, de doenças, de queixas, tudo isso, há evidentemente a introspecção global que é preciso fazer perante um conjunto de informação do doente que tenho à minha frente, e eu tenho que entrar em linha de conta com muitas outras coisas para além dos aspectos estritamente, por exemplo, da demonstração da eficácia do medicamento, e por isso o profissional tem que ser capaz de adoptar essa postura” (Ent.10).

¹⁵¹ Segundo o Artigo 38.º do Código Deontológico da OM (referente à *objecção técnica*), é estipulado que “a recusa de subordinação a ordens técnicas oriundas de hierarquias institucionais, legal ou contratualmente estabelecidas, ou a normas de orientação adoptadas institucionalmente, só pode ser usada quando o médico se sentir constrangido a praticar ou deixar de praticar actos médicos, contra a sua opinião técnica, devendo, nesse caso, justificar-se de forma clara e por escrito”.

A ressonância desta mesma ideia de fundo também se tornou bem patente em dois eventos específicos que tive oportunidade de observar, dado que, no âmbito da discussão relativa à implementação das NOC, este aspecto emergiu de forma recorrente. Assim, e relativamente ao primeiro evento, tratou-se de umas jornadas especificamente promovidas pelo ACES Lisboa Norte (“Das NOC à Prática Clínica”), realizadas em 24/5/2012, com o propósito de discutir o processo de implementação das NOC na prática clínica da MGF¹⁵². Foram definidas quatro áreas principais – *Neuropsicologia e Osteoarticulares; Aparelho Respiratório; Gastrointestinal e Genito-Urinário; Endocrinologia, Diabetes e Cardiovasculares* –, e cada Unidade do ACES Lisboa Norte (13 no total, das quais seis UCSP e sete USF) assegurou a apresentação (através dos internos) dos seus resumos relativos a um total de 52 NOC. A seguir às apresentações teve lugar a sua discussão crítica por parte de um painel de sete peritos da área da MGF.

Neste evento, que foi previamente enquadrado pelos organizadores e por representantes da DGS e da OM, os principais pontos enfatizados passaram pela já referida ideia da necessidade de fundamentar as decisões quando contrárias às NOC e pela ideia de que as auditorias à aplicação das mesmas são a serviços e não a médicos individuais. Um dos outros pontos cruciais – correspondendo ao essencial da discussão mais substantiva suscitada pelas diversas apresentações dos resumos das NOC seleccionadas – reportou-se à avaliação crítica das normas, nomeadamente através do já referido instrumento *AGREE*. Deste modo, a explicitação dos níveis de evidência e dos graus de recomendação em todas as NOC (tabelas 5 e 6) possibilita aos profissionais sustentar a validade, ou não, das mesmas, consistindo essa avaliação num critério técnico que permite salvaguardar o sentido das decisões clínicas, principalmente se estiverem em causa NOC com níveis de evidência e graus de recomendação heterogêneos.

¹⁵² Segundo o enquadramento constante no prefácio do documento de trabalho que serviu de suporte documental a estas jornadas, esta iniciativa resultou de um processo iniciado em 2010, altura em que se reuniu “um grupo de Presidentes dos Conselhos Clínicos de vários ACES (Lisboa Norte, Lisboa Oriental, Lisboa Central, Oeiras, Odivelas, Amadora, Algueirão/Rio de Mouro, Cacém Queluz, Cascais) para partilharem experiências e estratégias de divulgação e implementação das Normas. (...) No final de 2011 a Presidente do Conselho Clínico do ACES Lisboa Norte definiu algumas estratégias de divulgação e implementação das Normas, que incluíram a distribuição das NOC por área de patologia, e atribuição a cada coordenador das UF do ACES, de uma lista de normas para trabalho interno, discussão e resumo. Nesse trabalho foram envolvidos os orientadores e os internos do internato de MGF (Do Prefácio do documento de trabalho “Das NOC à Prática Clínica”, 2012: 2).

Tabela 5: Níveis de Evidência

Nível de evidência	Descritivo
A	Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou meta-análises.
B	Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados.
C	Opinião consensual dos especialistas e/ou pequenos estudos, estudos retrospectivos e registos.

Fonte: DGS

Tabela 6: Graus de Recomendação

Grau de recomendação	Descritivo
Grau I	Existem evidências e/ou consenso geral de que determinado procedimento/tratamento é benéfico, útil e eficaz.
Grau II	Existem evidências contraditórias e/ou divergência de opiniões sobre a utilidade/eficácia de determinado tratamento ou procedimento.
Grau IIa	Evidências/opinião maioritariamente a favor da utilidade/eficácia.
Grau IIb	Utilidade/eficácia pouco comprovada pelas evidências/opinião.
Grau III	Existem evidências e/ou consenso geral de que determinado procedimento/tratamento não é benéfico/eficaz e poderá ser em certas situações prejudicial.

Fonte: DGS

Quanto ao segundo evento, consistiu num fórum de debate sobre “Normas de Orientação Clínica: Implementação e Avaliação”, realizado a 4/2/2013, e organizado pelo *Hospital do futuro*¹⁵³ em colaboração com o CEMBE, que garantiu patrocínio científico do evento. Este fórum foi sobretudo dirigido às direcções clínicas (hospitais públicos e privados, ACES) e tinha como temas principais a discussão do papel das NOC como instrumentos de qualidade em saúde com repercussões na alteração da prática clínica, o valor técnico-científico das NOC elaboradas, bem como a adequação dos instrumentos definidos para a implementação e avaliação das NOC. O objectivo fundamental era o de promover o retorno dos diversos intervenientes nos processos de implementação e de avaliação das NOC propostas ou em curso e, a partir dessa reflexão, produzir um documento a enviar à DGS, assinalando as entidades que participaram no debate e as principais conclusões.

¹⁵³ Trata-se de uma empresa de consultoria especializada em tecnologias para a colaboração, criada em 2003 pela *group Vision*, que promove e organiza eventos especializados, desenhados para a criação de diálogo e a obtenção de consensos. Para mais informações, remete-se o leitor interessado para a consulta do seu *sítio* electrónico: www.hospitaldofuturo.com

Nesse âmbito foram enfatizadas várias potencialidades positivas das NOC – como o uso mais eficiente dos recursos, o controlo da qualidade e incentivo às auditorias, ou a redução da variabilidade excessiva da prática clínica –, embora com a salvaguarda de que estes instrumentos devem, acima de tudo, contribuir para a educação e formação dos médicos, no sentido de se constituírem como instrumentos importantes de apoio à decisão médica que, todavia, não substituem o raciocínio clínico. Nesse sentido, foi também sublinhada a ideia de que, enquanto mecanismo gerador de melhoria dos cuidados, as auditorias devem ser construtivas (e não punitivas), fomentar as boas práticas das organizações e não necessariamente dos médicos individuais, e a “obrigatoriedade” do seu cumprimento deve ser contextualizada com as razões da fundamentação clínica para o seu eventual incumprimento.

Por fim, é também pertinente referir que, em relação ao processo de avaliação e implementação das NOC, um dos aspectos mais problemáticos e objecto de maior discussão foi o relativo à própria qualidade científica destes instrumentos, na medida em que a urgência que espoletou a intensificação deste processo acabou por colocar em evidência uma relativa assimetria entre NOC propostas. Daqui resultou uma apurada consciência da indispensabilidade do envolvimento dos profissionais tanto para determinar o valor científico das NOC, como para tornar mais explícitas as razões e as circunstâncias que podem tornar mais premente e justificável a valorização do julgamento profissional. As considerações seguintes (novamente de um dos membros da CCBPC) traduzem bem esta ideia:

“Eu penso que o que há é uma assimetria muito grande entre diferentes normas, portanto há algumas que estão muito bem feitas, outras estão mal feitas, portanto o grau de assimetria é muito grande, umas têm um elevado grau de detalhe, outras fazem uma recomendação sem percebermos muito bem baseada em quê. (...) Uma norma não é uma profissão de fé (...) em medicina não há verdades absolutas, nem em ciência, mas no mínimo temos que saber com base em quê é que foi feita esta recomendação, e em muitas dessas normas isso não é aparente, não é evidente, portanto esse é o meu problema, é o enorme grau de assimetria, portanto se há algumas que estão muito bem feitas, em que inclusive se é referido que há alternativas terapêuticas possíveis, e portanto o médico até pode optar por elas, ou está definido por exemplo qual é o medicamento de primeira linha e se esse

medicamento não funcionar ou não for adequado para o doente qual é o medicamento de segunda linha, ou de terceira linha, vão a esse pormenor, outras não, portanto não vão a esse detalhe, portanto essa diferença bastante grande em termos de pormenor e de toda a informação que acaba por ser importante para suportar o processo de decisão, é também outro problema” (Ent.10).

Num sentido claramente convergente vão também as considerações de um outro membro da CCBPC, nomeadamente quando considera um problema complementar desta questão mais geral da assimetria das NOC em termos da sua qualidade científica. Neste caso, o aspecto mais problemático que se salienta diz respeito aos indicadores de avaliação das NOC que se encontram em processo de validação científica, na medida em que a dificuldade de avaliar e mensurar “correctamente” os resultados da aplicação das orientações contidas nas NOC compromete, na perspectiva dos profissionais, a sua validade e a sua adequação para determinar boas práticas e um bom desempenho profissional. Veja-se o argumento referido por Jaime Correia de Sousa em entrevista a um jornal médico:

“Os indicadores foram acoplados às normas e alguns indicadores estão francamente mal produzidos. Um indicador menciona o valor de prescrição de antiasmáticos e broncodilatadores. (...) Se o médico prescrever xantinas, que são as mais baratas no mercado, tem uma prescrição com baixo custo e está a prescrever mal porque as xantinas são coadjuvantes usados esporadicamente no tratamento. É um exemplo de como um indicador mal construído não diz nada sobre o desempenho. Estamos a avaliar mal o desempenho. Foi consensual entre os membros da Comissão Científica que isto tem de ser mudado” (*Notícias Médicas* n.º3152, 21 de Março de 2012: 4)

Tendo em consideração estes vários aspectos contextuais sobre o processo de implementação das NOC em Portugal, assim como as dimensões principais que têm suscitado alguma ambivalência por parte dos médicos, sobretudo no que diz respeito aos potenciais efeitos negativos decorrentes do aumento de regulação e codificação do conhecimento profissional, importa agora, e por fim, explorar as lógicas da sua valorização, mobilização e incorporação no quadro dos contextos organizacionais específicos onde se desenvolvem as práticas profissionais destes especialistas.

A RECONTEXTUALIZAÇÃO PROFISSIONAL DO CONHECIMENTO CODIFICADO: DINÂMICAS DE SINCRETISMO EPISTEMOLÓGICO

Uma das componentes deste trabalho de investigação que se revelou fundamental para a compreensão das concepções dos profissionais de MGF no que concerne à utilização da evidência científica na prática clínica através de instrumentos formais de codificação do conhecimento (NOC), foi a que resultou da fase de observações exploratórias dos contextos organizacionais seleccionados. Através da presença prolongada e regular nesses contextos e do contacto directo com as pessoas e com as rotinas organizacionais foi possível acompanhar, a partir de uma posição privilegiada, as dinâmicas da realidade profissional destes médicos.

Assim, tal como já devidamente fundamentado no âmbito da definição da estratégia de investigação (cf. capítulo 2), os dois contextos seleccionados permitiram ter acesso aos vários tipos de reunião levadas a cabo pelas equipas de profissionais desta área de especialização médica, nomeadamente as reuniões de Equipa Integrada de Orientadores (EIO) e as Reuniões Clínicas (RC). Estas reuniões não só permitiram a devida familiarização com a realidade da MGF, como também foram decisivas para ir compreendendo as dinâmicas organizacionais e, sobretudo, as dimensões mais estruturantes das concepções profissionais e identitárias desta especialidade relativamente à natureza do seu trabalho.

Como corolário deste percurso gradual e cumulativo de exploração empírica ao longo de cerca de seis meses (cf. capítulo 2), foram, por fim, realizadas quatro sessões de grupos focais que se debruçaram sobre as concepções dos profissionais de MGF relativamente ao papel da evidência científica e das NOC no âmbito da sua prática médica. Já quanto ao tratamento da informação, procedi à análise temática por codificação qualitativa tendo em conta as grandes dimensões de análise e o seu respectivo desdobramento por categorias mais específicas¹⁵⁴.

¹⁵⁴ As dimensões e respectivas categorias que estiveram na base da construção da grelha de análise dos Grupos Focais foram as seguintes: Implementação das NOC (Obstáculos/potencialidades; Qualidade científica e aplicabilidade prática; Autonomia clínica; Vinculação às NOC e mudança de prática); Especificidades da especialidade médica (Adequação da evidência à MGF; Compatibilização de abordagens); Prática Médica e raciocínio clínico (Tipos de evidência; Validade de outras fontes de informação; Negociação e consenso); Contexto organizacional (USF/UCSP) (Contratualização de objectivos/indicadores).

Nesta medida, e tendo em conta o conteúdo dessas sessões, optei (em termos de exposição e de discussão analítica mais sistemática) por identificar e explorar as dimensões que – conforme sustentarei – melhor reflectem o alcance e a natureza das reconfigurações e adaptações dinâmicas desta especialidade no quadro de processos de transformação política, institucional e organizacional. Um destaque particular foi naturalmente dado ao processo concreto da recente implementação das NOC em Portugal, dado que permitiu ancorar a discussão das concepções e dos postulados normativos destes profissionais em aspectos específicos que enquadram e modelam a sua prática clínica.

Assim sendo, e relativamente ao estatuto das NOC e ao papel específico que estas podem desempenhar na prática clínica, é de destacar como um dos primeiros aspectos centrais a existência de um entendimento bastante consensual relativamente à sua utilidade, porém enquanto um instrumento de mera orientação que não dispensa o questionamento crítico dos especialistas sobre a sua validade científica, nem a sua preocupação de as ajustar aos casos concretos. Trata-se, assim, de uma ideia que não só é convergente com as considerações anteriores relativas às preocupações de manutenção de um espaço de interpretação para efeitos de desenvolvimento do julgamento profissional, como acabou por se revelar um entendimento gerador de uma posição relativamente transversal quanto à necessidade de nunca descuidar os aspectos contingentes dos casos clínicos. A complexidade e a heterogeneidade intrínsecas dessas situações são concebidas como dimensões que extravasam o âmbito mais codificado das recomendações preconizadas pelas NOC, mesmo quando a sua robustez científica não está propriamente em causa. Dois excertos provenientes de sessões com médicos orientadores de UCSP e USF ilustram claramente esta ideia:

“(...) As normas são orientações para serem tidas em conta quando estamos na nossa prática, mas depois temos de as adequar aos doentes que temos em frente. E só vamos aplicar as que nós achamos que têm uma base científica sólida. (...) Não vamos segui-las cegamente só por serem normas da Direcção Geral de Saúde, é bom questioná-las”.
(MO4)

“Mas é preciso que eu tenha a certeza que aquele documento está muito bem apoiado, que tem uma força de recomendação boa.

Digamos que pode securizar um bocadinho a prática clínica, não sendo cego, para mim não é um documento cego, mas permite alguma securização. (...). É uma orientação, mas não mais do que isto. Enquanto orientação tem interesse para a prática, se eu quiser fazer trabalhos de investigação, naturalmente se todos nós nos cingirmos por determinadas normas é mais fácil fazer a investigação, mas não mais que isto. Para mim não é mais do que isto em termos práticos”. (MO9)

Já no caso em que as questões da qualidade científica das NOC não estão plenamente satisfeitas, as reservas relativas às potencialidades de uma aplicação mais universal são acentuadas pela prudência de não as assumir como intrinsecamente válidas. Por essa razão, e tendo em conta as vicissitudes caracterizadoras do arranque intensivo e heterogêneo do processo de implementação das NOC, acaba por não ser uma constatação propriamente surpreendente o modo premente como se assume, enquanto requisito prático, a necessidade de desenvolver nos contextos locais um exercício de avaliação e discussão crítica para, justamente, aferir o rigor e a credibilidade científica de uma determinada NOC:

“(...) Mas para nós aplicarmos uma norma, mesmo de orientação, mesmo que seja orientativa e não seja obrigatória, devemos reflectir e olhar para o que lá está escrito e para a base com que foi construída. E esse processo é fundamental e foi o que tentámos fazer aqui na USF, sempre que saía uma norma um dos nossos inter pares encarregava-se de ver o que lá estava escrito, de analisar, de ver a bibliografia em que tinha sido suportada essa norma, mas também outra bibliografia que pudesse sustentar, ou não, o que lá estava escrito. Portanto, a evidência científica é fundamental, mas atenção à evidência científica que se coloca lá e ao processo como é conduzido”. (MO2)

Acresce a esta concepção mais amplamente generalizada um outro aspecto que foi particularmente salientado pelos médicos internos e que se prende com o facto de as NOC se poderem constituir – desde que comprovadamente robustas em termos do seu teor científico – enquanto elemento facilitador da sua formação, não só em termos de estudo para exames, mas sobretudo para trabalhos de investigação. Os aspectos relacionados com as potencialidades de uma maior sistematização dos

conhecimentos são, assim, uma das virtudes mais salientadas, como atesta, por exemplo, o seguinte excerto de uma interna inserida no contexto de uma USF:

“Para mim as NOC são extremamente valiosas, primeiro porque nós como médicos de família temos uma abrangência muito grande em termos de conhecimentos e de áreas que temos que estudar e que saber e, portanto, é-nos impossível estudar outro tipo de artigos, de ensaios clínicos, as revisões, para cada tema estarmos a rever tudo isto. As NOC de certa forma acabam por ser toda essa informação digerida por uma entidade, mais ou menos credível. (*Risos*) (...) O ser obrigatório é outra questão! Mas a existência das normas em si eu acho que é uma grande mais-valia porque até à altura quando eu entrei no meu internato nós não tínhamos normas da DGS para estudar e, portanto, nós estudávamos por outras normas de orientação, por revisões, por outro tipo de artigos. Por isso o nosso esforço para sistematizar toda essa informação para estudarmos cada tema era muito superior. (...)” (MI15)

Já quanto aos posicionamentos relativos à aplicabilidade das NOC aos aspectos concretos do trabalho clínico, verifica-se que, embora se confirme a aparente compatibilização entre o conhecimento de base epidemiológica – e as respectivas recomendações codificadas daí decorrentes – e os critérios mais próximos dos fundamentos e dos pressupostos do *método clínico centrado no doente*, as reacções são, contudo, um pouco mais ambivalentes (Wolfgang *et al.*, 2010; Lippert, Reventlow, Kousgaard, 2017). Assim, se é verdade que está bastante enraizado na larga maioria dos discursos dos intervenientes das sessões de grupos focais a ideia de que a autonomia clínica tem precedência sobre os aspectos mais prescritivos das NOC, no sentido em que o trabalho clínico pressupõe a capacidade de adaptação às dinâmicas e complexidades dos casos práticos, o espectro da impositividade não está, no entanto, plenamente dissipado. Sem dúvida que prevalece como traço dominante o argumento – aliás, amplamente reiterado em vários momentos das diversas sessões – de que a perspectiva de incumprimento das NOC é algo de absolutamente “normal”, apenas requerendo a devida fundamentação clínica para suportar uma decisão diferente. O longo excerto que a seguir se apresenta, e que capta a discussão entre vários médicos orientadores do

contexto da UCSP sobre o alcance e as implicações da salvaguarda da justificação clínica do não cumprimento das NOC, elucida o sentido das considerações anteriores:

“Há especificidades na medicina que me parecem que não podem ser renegadas. Eu tenho de tratar o doente, não me posso orientar só por uma norma, é o caso da polipatologia. (...) Eu estive com a X que me disse que eles vão fazer as avaliações dos diabéticos através da prescrição de metformina, quem não tiver metformina está mal medicado. Acontece que há diabéticos que não precisam de metformina nem precisam de nada. Eu acho que isso é muito desagradável. Não pode ser uma lei, não pode ser uma força, não podemos ser avaliados dessa forma, acho que é uma orientação. (...) Eu não vou prescrever metformina a um doente que não precisa só porque está na norma”. (MO9)

Mas isso está previsto na norma, ou seja, quando há contra-indicações para seguir aquela norma desde que fique registado no processo clínico o motivo por que se desobedeceu àquela norma, isso está previsto na elaboração da própria norma e, portanto, isso foi a atitude correcta”. (MO13)

Sim, isso foi a atitude correcta, mas já viu o que é durante uma consulta estar sempre a justificar porque é que tomou aquela atitude?! Às tantas nós estamos de tal maneira burocratizados que em vez de tratarmos doentes fazemos...registamos orientações. (MO9)

Qualquer coisa pode ser justificável desde que a gente justifique no processo, não temos esse problema. A justificação é que eu não estou a fazer!” (MO10)

Embora esta dinâmica de discussão não coloque propriamente em destaque qualquer espécie de clivagem fundamental quanto ao entendimento de fundo acerca do privilégio do critério clínico face às orientações mais prescritivas das NOC, existem algumas dúvidas quanto a esse “equilíbrio de forças” que resultam muito da circunstância de o processo se encontrar, à época, numa fase relativamente embrionária. A esse propósito, e mais significativo ainda do que o facto de serem ainda muito poucas as NOC efectivamente validadas, é a circunstância de as

auditorias consistirem num processo que ainda não se tinha operacionalizado de uma forma regular e consistente.

O teor destas dúvidas quanto ao eventual perfil impositivo das NOC, no sentido em que estas teoricamente estabelecem o critério padronizado à luz do qual se procede à avaliação do desempenho dos profissionais, faz, assim, eco de muitas das reservas que marcaram a discussão e a negociação de todo este processo entre as entidades promotoras (DGS, OM e sociedades científicas) e os profissionais. Aliás, e como anteriormente referido, um dos focos de maior resistência e cepticismo sempre foi, justamente, a perspectiva do desenvolvimento deste processo poder traduzir-se numa lógica de validação externa da jurisdição profissional com potenciais implicações legais e profissionais nas situações de desvio à obrigatoriedade do cumprimento das NOC.

Nesta medida, portanto, qualquer horizonte de avaliação e de exigência de transparência que tenha como pressuposto regular as decisões dos profissionais tomadas no âmbito do seu trabalho clínico, tende a ser assumida por estes como uma ameaça apontada à jugular da própria autonomia profissional, pois reflecte a perspectiva de colonização das práticas profissionais, e da vida organizacional, por parte dos critérios *managerialistas* (Power, 1999). Não é, por isso, surpreendente que a evolução do processo de implementação das NOC, sobretudo na sua fase mais inicial de discussão e negociação dos pressupostos, requisitos e implicações da sua materialização, se tenha centrado muito exaustivamente – a par do envolvimento dos médicos na avaliação crítica do conteúdo científico destes instrumentos – na questão das auditorias. Ou seja, um dos seus principais esforços consistiu precisamente na dissipação da imagem “negativa” da obrigatoriedade e da penalização inerente às auditorias, passando a prevalecer em seu lugar a ideia de um processo formativo, pedagógico, de aprendizagem e, acima de tudo, centrado no desempenho das organizações e não dos médicos tomados individualmente.

Como, à época deste processo de inquirição, o processo de auditorias ainda se encontrava numa fase relativamente inicial – não obstante o esforço por parte da DGS e da OM na formação de auditores clínicos e do ensaio de algumas iniciativas pioneiras para a concretização das primeiras auditorias –, subsistiam ainda algumas dúvidas de fundo relativamente às verdadeiras implicações a estas associadas. Entre um pragmático “a justificação é que eu não estou a fazer!”, a segurança na salvaguarda de que está previsto nas próprias NOC a possibilidade de

incumprimento “desde que fique registado no processo clínico o motivo por que se desobedeceu àquela norma”, ou a inquietude de um cenário regulatório suscitado pela partilha de dúvida e hesitações, “eu estive com a X que me disse que eles vão fazer as avaliações dos diabéticos através da prescrição de metformina, quem não tiver metformina está mal medicado”, o facto é que a salvaguarda do julgamento clínico surgiu nos grupos focais como um atributo demasiado importante para poder ser negligenciado ou para não desencadear uma postura mais adversa a cenários de crescente burocratização do trabalho clínico.

Também no caso dos internos, e conforme se pode verificar pelo excerto de uma sessão de grupos focais a seguir transcrito, algumas destas dúvidas e reservas manifestam a sua ressonância, sendo de notar que a ênfase é sempre colocada no privilégio do raciocínio clínico e, portanto, no critério da precedência da autonomia clínica sobre os aspectos prescritivos e normativos das NOC. Ou seja, a perspectiva das implicações não chega a ultrapassar um receio difuso porque, apesar de tudo, existe a confiança de que a validade intrínseca desses raciocínios – mesmo que não plenamente formalizados e codificados – se basta a si própria para demonstrar a razoabilidade das decisões clínicas:

“Eu acho que também é importante definir o que vai ser a avaliação e como vai ser. Eles dizem que temos de justificar um processo, se vais justificar tudo o que tens de justificar estás tramado. (...) A questão é esta, eu acho que apesar de tudo se vai implementar, se algum dia fores auditado por alguma razão, terás obviamente o teu direito a justificar o teu raciocínio clínico mesmo que o teu raciocínio não esteja todo escrito no processo clínico, senão ficavas com grandes processos clínicos que até nem dá para escrever! (MI9)

Não dá para escrever tudo! Todos os nossos raciocínios, é impossível... (MI15)

Nós temos muito medo de sermos avaliados. Eu acho que no geral, a qualidade dos serviços médicos é relativamente razoável e não temos de ter medo de ser auditados. O erro propositado e o erro premeditado é que é uma coisa a ser investigada... Agora obviamente todos nós vamos cometer alguns erros menores por desconhecimento, por acharmos convictamente que tal será o melhor quando não é. Temos

depois é de nos justificar mediante a nossa prática médica. Quem provavelmente nos vai auditar não vão ser coveiros, nem inspectores pidescos que vão analisar as coisas...” (MI9)

Outra das dimensões que se revelaram analiticamente importantes, por remeter para aspectos que são nucleares no profissionalismo médico – e neste caso na própria matriz identitária da especialidade de MGF (cf. capítulo 5) –, diz respeito ao papel do julgamento profissional, na medida em que este se constitui como o elemento-chave para o desenvolvimento das competências de natureza hermenêutica tidas como indispensáveis para captar os aspectos significativos da condição concreta do indivíduo. Ora, se em grande medida esta concepção mais não faz do que reactualizar um debate vetusto sobre a natureza distintiva da epistemologia médica (cf. capítulos 1 e 3), no contexto da MGF ela ganha uma redobrada acuidade, dado que no âmago desta especialidade se inscrevem pressupostos normativos sobre as potencialidades e as virtudes de uma abordagem biopsicossocial ideologicamente demarcada do enfoque biomédico mais estruturador da medicina hospitalar.

É nessa medida que se pode entender a unanimidade dos participantes nas sessões dos grupos focais relativamente a este aspecto, pois não obstante os constrangimentos concretos decorrentes da acentuada marginalização destes fundamentos no quadro das dinâmicas da governação clínica (Charles-Jones *et al.*, 2003), e mais especificamente da contratualização (cf. capítulo 5), não deixa de ser notória uma espécie de lealdade intransigente aos princípios do modelo biográfico subjacente à medicina centrada no doente. Tal significa que, apesar de não haver nenhum tipo de recusa irredutível em integrar a síntese da evidência científica de base epidemiológica na prática clínica, o aspecto que é enfatizado e activamente promovido é o que se refere – em coerência com o modelo biográfico que serve de sustentáculo a esta especialidade – às dimensões do contexto para o qual os atributos da experiência clínica são profissionalmente justificados como cruciais.

“(...) As normas em si não são um fim, são um instrumento, por isso é um progresso termos apoio científico, termos uma parte bem arrumada (...). A forma como foram fundamentadas, como estão a ser utilizadas, às vezes deixa muito a desejar. (...) devemos ter uma parte do conhecimento que está arrumado e dedicarmo-nos mais à pessoa,

porque temos algumas coisas que estão bem arrumadas e já se fez o ponto da situação da ciência nesta área. Se souber de cor ou se tiver um fluxograma que me ajude eu posso deixar de parte e utilizar o meu tempo de uma forma mais dedicada à pessoa, ou a aplicar a norma ou a trabalhar os outros aspectos desta pessoa. (MO8)

“Lidar com uma pessoa que tem hipertensão tem um conjunto vasto de aspectos; os aspectos abordados pelas normas são 10/15/20%, se eu arrumar isso rapidamente liberto a cabeça para outros aspectos da vida: porque é que não come? Porque é que não sei quantos? Há um conjunto de aspectos que nunca podem ser normalizados e que são muito mais (MO7) ... – A parte artística... (MO8) – Sim a parte artística é 75% que ocupa a cabeça... (...) Se eu levo muito tempo com a parte que não é contexto (...), se eu tiver mais ou menos as ideias mais simplificadas, e tiver mais ou menos uma hierarquia, as primeiras opções...: é isto, ou aquilo, ou aquilo e aqueloutro, é rápido. Se eu não tiver isto arrumado ponho-me eu a fazer quase a norma. Em cada doente estou a fazer uma norma e não estou a ouvir (o doente). Arruma-se a parte biomédica, fica mais padronizado – aquilo que é padronizável –, aquilo que há mais certeza, para libertar o tempo, a tensão, a mente, para a zona de incerteza, que existe permanentemente até nos exames mais simples”. (MO7)

No caso dos médicos orientadores da USE, e tal como os excertos anteriores colocam em destaque, esta concepção relativa à lógica de compatibilização da padronização com o julgamento clínico é denotativa de uma certa visão instrumental e pragmática relativamente aos instrumentos codificados que sistematizam a evidência científica de base biomédica e epidemiológica (ou seja, orientada para a doença), uma vez que cumprem um papel de facilitador das vertentes vistas como padronizáveis da avaliação clínica. Assim, e sendo certo que este empenhamento quase militante em torno da valorização da abordagem biopsicossocial e das virtudes “artísticas” da orientação holista se confronta, na prática, com vários constrangimentos regulatórios decorrentes dos efeitos perversos da *governança clínica* (condensados na noção de *Medicina Baseada nos Indicadores*) e que relativizam, portanto, o alcance deste discurso, é importante fazer notar que, ao nível das dinâmicas profissionais de discussão colectiva, há um investimento efectivo neste enfoque.

O que a este respeito pretendo salientar, recorrendo para tal ao trabalho de observação que me foi possível desenvolver no contexto organizacional da USF, é que no âmbito das reuniões de EIO (privilegiadamente orientadas para a definição de temas e de estratégias de natureza formativa para os internos), mas sobretudo nas RC, há um envolvimento activo no planeamento de actividades e iniciativas que, entre vários outros temas e preocupações (como, por exemplo, a contratualização de indicadores) asseguram um espaço próprio para a reflexão e discussão de temas relacionados com os já referidos pressupostos do modelo biográfico. Assim, uma das constantes das RC semanais é a discussão e partilha de dúvidas pontuais e de experiências pessoais sobre casos clínicos, embora exista um espaço que é periodicamente reservado para sessões de reflexão em torno de leituras (fiéis aos princípios da Medicina Baseada na Narrativa), de visionamento de filmes ou de reflexão ética.

Claro que, em bom rigor, tal não pressupõe que as práticas clínicas efectivas sejam um reflexo fiel destas concepções ou que não tenham que se moldar a constrangimentos organizacionais vários. Mas indica, contudo, a existência de um investimento colectivamente partilhado na promoção prática dos fundamentos epistemológicos da MGF ancorando, assim, estas concepções ideológicas num patamar que, com todas as vicissitudes e limitações, acaba por extravasar a simples retórica laudatória das virtudes do modelo biográfico.

Igualmente convergente com estes aspectos relativos à lógica de articulação e compatibilização entre o potencial de padronização dos instrumentos codificados e a centralidade do julgamento clínico é o caso de um outro excerto, também ele bastante ilustrativo, mas desta feita retirado do contexto da UCSP. Também aqui é notória uma valorização inequívoca da vertente discricionária do julgamento profissional e que, neste caso em concreto, é fortemente caucionado pelos atributos da experiência clínica pessoal, mesmo quando os exemplos mobilizados pelo médico orientador são, aparentemente, mais heterodoxos em termos das opções clínicas assumidas:

“A prática médica é uma ciência que tem muito de prática e não há dúvida nenhuma que se seguirmos normas genéricas para várias situações, consultando o processo clínico, nós conseguimos perceber aquele doente (...), mas também corremos o risco de começar a tratar normas e não pessoas. Eu trato a hipertensão desligada do indivíduo, ou trato

um pé, ou trato uma doença qualquer. Começo a tratar entidades abstractas desligadas do seu contexto local. Para mim não é o mesmo. Estas NOC, ou outras que sejam, facilitam esta visão que eu acho errada. Eu posso dizer, por exemplo, que já tratei um problema de coluna com antidepressivos. Se calhar se fosse à NOC ver como se trata uma fractura muscular ou uma lombalgia.... No entanto, naquele momento tratou-se com antidepressivos. Eu acho que as normas, sejam elas quais forem, desde que tenham uma base, em que nós confiemos, e isso tem de estar definido no princípio da norma, (...) tem prazo de validade... A ciência médica é muito volátil, é uma ciência que vai mudando e que exige até um esforço de adaptação e actualização permanente. Claro que realmente são precisas normas, facilita-nos o trabalho até para saber quais são as últimas normas, as últimas orientações. Têm vindo a mudar e eu tenho 30 anos de carreira e com prática e já vi muita coisa. Eu comecei o meu curso com 250 como o limite do colesterol e neste momento estamos nos 190. Claro que eu pergunto se será a evidência científica se será a indústria farmacêutica. (...) As normas valem o que valem, servem se calhar para uniformizar critérios, para nós percebermos o que é que os colegas que também trabalham nisso estavam a pensar, mas nós temos de ter bom senso, consciência do peso relativo que elas têm”. (MO11)

Com efeito, torna-se bem patente neste excerto um aspecto relevante e que diz respeito ao estatuto epistemológico da própria medicina. Numa concepção que se aproxima da abordagem de Montgomery (2006), que sustenta que a medicina é uma prática em lugar de uma ciência (cf. capítulo 3), verifica-se que há uma forte mobilização do património da experiência clínica enquanto pilar central do julgamento, embora também aqui não seja liminarmente excluída a pertinência instrumental das NOC. Prevalece, sobretudo, uma orientação prática e pragmática face ao conhecimento (Atkinson, 1984) que vai, assim, legitimando opções cuja plausibilidade decorre das avaliações circunstanciais que cada caso parece autorizar à luz de um julgamento discricionário.

Nesta medida, e mesmo que as actividades das RC da UCSP possam, neste ponto específico, ser comparativamente menos abrangentes e diversificadas em relação ao contexto da USE, o importante a salientar é também a existência de uma promoção activa dos critérios clínicos, mesmo quando a agenda de trabalhos dessas reuniões se centra

exclusivamente na discussão de trabalhos (de revisão, investigação, etc.) ou das NOC, dado que essa reflexão nunca dispensa, nomeadamente por parte dos orientadores, uma ancoragem nos aspectos da experiência e nos fundamentos epistemológicos da especialidade.

Tal significa, portanto, que se faz notar o que anteriormente designei por *sincretismo epistemológico*, no sentido em que, embora seja conferido aprioristicamente um maior privilégio aos critérios decorrentes dos fundamentos epistemológicos do modelo biográfico, essa orientação acaba por ter uma amplitude elástica, uma vez que esses mesmos pressupostos são permeáveis à incorporação de outros critérios, fundamentos e evidências que, circunstancialmente, concorrem para a elaboração do julgamento profissional e para a concretização das decisões clínicas. Torna-se, assim, notório que não há propriamente uma objecção ideológica de carácter irreduzível em relação às NOC, porém a sua relativização (que se pode traduzir numa não utilização ou numa utilização parcial) mostra que estas acabam por se subordinar às necessidades práticas ou às exigências concretas dos aspectos mais intangíveis da avaliação clínica (Checkland, 2004: 962-967; Lippert, Reventlow, Kousgaard, 2017). Mesmo que existam atitudes positivas em relação às NOC ou aos próprios objectivos de melhoria da qualidade clínica por via de um reforço mais consistente das decisões que são suportadas por este tipo de instrumentos, o seu impacto prático acaba por ser relativamente diminuto dados estes aspectos estruturantes da *mentalidade clínica* (Freidson, 1988/1970) e da cultura clínica (Atkinson, 1995; Berg, 1992) que tornam central o foco pragmático nos resultados à luz dos atributos da experiência pessoal dos médicos.

Um dos elementos que evidencia claramente as razões dessa ausência de uma objecção ideológica em relação às NOC ou à própria MBE é o que diz respeito ao facto de existir uma crescente familiarização com as metodologias desta abordagem e um reforço das competências técnicas que permitem aferir a qualidade científica dos instrumentos codificados. Com efeito, e tal como já foi previamente notado e discutido, esta aproximação e incorporação estratégica dos critérios da MBE acaba por produzir reconfigurações epistemológicas, mas também reconfigurações identitárias que são analiticamente interessantes, sendo que as mesmas são especialmente mais visíveis junto dos internos. Assim, e mesmo que ao nível das suas concepções profissionais seja bastante notório o impacto estruturante do marcador ideológico do modelo biográfico (cf. capítulo

5), adquire também um crescente protagonismo a já referida abordagem da MBE. A vinculação aos conhecimentos específicos que a MBE solicita passa, de resto, a constituir-se como um elemento diferenciador e distintivo face, nomeadamente, às outras especialidades hospitalares, tal como se pode constatar nos seguintes excertos, retirados das sessões realizadas com internos, tanto no contexto de UCSP como de USF:

“(...) Nos hospitais é muito mais utilizado o conceito de opinião de peritos do que evidência científica. Enquanto nós na MGF temos muito mais a preocupação das revisões baseadas na evidência, na medicina hospitalar não, a maior parte dos nossos colegas internos hospitalares não têm essa preocupação. Há opinião de peritos, este colega que faz assim num determinado sítio, estes ensaios..., mas a revisão depois de um... vários artigos, é muito mais rara. (...) As normas para a reumatologia – tu estavas lá nessa altura – quando houve uma discussão clínica, e nós os internos que lá estavam de MGF, eram os únicos que tinham uma noção do que eram as NOC em termos de número de densitometrias, de quantos em quantos anos, a que é que se referiam as normas. A única que as preocupava naquela altura era ter havido uma NOC que se referia à limitação de utilização dos biológicos. Que era aquela que lhes saía do bolso, de resto não faziam a mais pequena ideia em termos de referências (...)” (MI15)

“Os internos da nossa idade no mesmo ano de internato que nós na esmagadora maioria das especialidades não fazem ideia do que é uma norma, quer dizer uma NOC são capazes de ter ouvido falar mas não fazem ideia do que é uma revisão de medicina baseada na evidência... (MI5) Qual é a diferença entre uma revisão sistemática e uma meta análise; como se faz a leitura crítica de um artigo, o que quer dizer o valor de p ... (MI1) Como se avalia um ensaio clínico, portanto não fazem ideia de nada, continuam a fazer uma medicina baseada na prática, na imitação e na experiência do dia-a-dia da equipa, portanto no consenso de peritos! Aquilo que a MGF está a fazer nos nossos congressos, no encontro e por aí fora, já quase que não são aceites, ou não são mesmo, revisões que não sejam feitas por...” (MI5)

Resulta destes excertos a constatação de que, embora as ideologias profissionais (Chauvenet, 1973) dos internos estejam enquadradas e

alinhadas com os fundamentos da especialidade, tal não invalida que se faça notar o carácter dinâmico das mesmas. Tal significa que se, por um lado, é expectável que a sua afirmação seja moldada e mediada por estratégias discursivas de distinção e pela produção simbólica de processos de desqualificação das outras especialidades (Carapinheiro, 1991), por outro, verifica-se um investimento ideológico numa dimensão científica de cariz mais biomédico que estaria, à partida, mais longínqua dos fundamentos desta especialidade. É um facto que a enfatização do discurso humanista e da orientação holista, que são os pilares que conferem especificidade ideológica a esta especialidade, permanece como o principal marcador das concepções identitárias, mas passa agora a mobilizar outros fundamentos que acentuam o reforço do seu estatuto e autoridade profissional, dado que a MBE conota a medicina com um perfil de maior cientificidade.

Uma outra dimensão que estas reconfigurações do conhecimento médico também colocam em evidência prende-se com o modo como estes processos de disseminação de instrumentos de maior padronização das práticas clínicas acabam por suscitar o desenvolvimento de dinâmicas adaptativas que combinam, de forma compósita, diferentes critérios e fontes de conhecimento (formal e informal). A reflexividade profissional que se gera traduz-se, assim, em múltiplos processos de discussão, negociação e internalização de consensos que se vão construindo localmente, em virtude das situações específicas, potenciando, deste modo, o desenvolvimento de formas colectivas de conhecimento tácito (Greenhalgh *et al.*, 2008).

No fundo, o modo como os profissionais relacionam a evidência disponível com as suas práticas de trabalho, e também o modo como activamente interpretam e reconstroem a sua utilidade e validade locais, foram aspectos particularmente notórios no contexto da USF, dado que, para além da existência de um discurso que sublinha e exacerba as virtudes de uma cultura organizacional ancorada numa filosofia de auto-aprendizagem permanente, as práticas de discussão e as iniciativas desenvolvidas por estes profissionais (por exemplo, jornadas mensais com duração de um dia e dedicadas a temas variados que cobrem a realidade da MGF e dos CSP) reflectem uma promoção activa de um clima de discussão e de práticas locais de reflexividade profissional inter pares (Dopson, Fitzgerald, 2005).

Nessa medida, os processos de incorporação da evidência formal nas práticas profissionais acabam por não conhecer uma trajectória

unidireccional, e não raras vezes convocam outros tipos de conhecimentos e de evidência mais próximos dos fundamentos epistemológicos e normativos da especialidade, podendo, portanto, ser mais valorizados na resolução concreta de problemas práticos com que o grupo se depara. A mobilização de conhecimentos formais cientificamente ancorados na MBE¹⁵⁵, assim como a valorização dos fundamentos epistemológicos do *método clínico centrado no doente* (Ramos, 2008), bem como o próprio património de experiência clínica acumulada, são, assim, componentes que se articulam e que vão sendo contextualmente validados e integrados. Os excertos seguintes são, justamente, ilustrativos das dinâmicas subjacentes a estas formas de *sincretismo epistemológico*, embora baseadas na racionalização discursiva dos próprios profissionais:

“O que é que tem a nossa USF? Para mim é ter espaço para discussão de tudo o resto, que é o tal 70%. (...) Nós continuamos a trabalhar a comunicação, a afinar as consultas, educação para saúde, trabalhamos as outras partes também, não nos deixamos invadir pela normalização. Sentimos a necessidade de trabalhar as outras partes, onde se baseia a Ciência biomédica pura, que as normas limitam-se a isso; arrumar o biomédico puro que já foi bem estudado e para nós termos espaço para o resto que é muito mais complexo, a comunicação, a relação... (MO8)

“Estas normas estimulam o raciocínio clínico, porque eu ao passar um determinado exame, uma prescrição terapêutica ou ao recusar, eu tenho de pensar porque é que o faço ou porque é que recuso e justificar. Estas normas fizeram-nos raciocinar em conjunto quando apareceram e tivemos de comentar e depois no nosso dia-a-dia sempre que achamos que não se aplicam as normas temos de pensar porque é que não se aplicam. (MO4)

¹⁵⁵ Como já referenciado, nestas sessões os internos desempenham um papel importante porque cabe-lhes, com o devido acompanhamento dos orientadores, assegurar as apresentações das NOC. Nas sessões em que tal acontece, desenvolve-se uma discussão intensa (principalmente quando colide com a experiência clínica) e tecnicamente muito detalhada na exploração das eventuais lacunas do suporte científico das mesmas. Embora não seja um factor com um peso explicativo determinante (porque os outros médicos não estão alheados das competências científicas de base), não deixa de ser importante fazer notar a circunstância de que três dos nove médicos orientadores da USF fizeram, formalmente, um curso de formação em MBE na FML com o Dr. António Vaz Carneiro.

Eu acho que quase todas, se fores olhar bem, quase todas as normas trazem mais-valias à nossa prática. (MO6)

Pelo que discutimos e não pela norma. (MO7)

Nós só estamos a discutir as normas porque tínhamos uma prática de discussão! Nós podemos seguir as normas e não as discutir. (MO1)

(...) Esta questão das normas: apresentamos a norma, cruzamos informação, mas depois apresentamos aquilo que realmente é, por exemplo o nosso perfil de prescrição de hemogramas. Criamos um *excel* em que tínhamos as prescrições e com isso arranjamos outra camada de aprendizagem que é o ver as variações interindividuais e depois discutir com base nisso. Tem a ver com o processo de aprender. (MO3)

A ideia fundamental que daqui se pode destacar é, então, a de que a utilização efectiva do conhecimento formal explícito e codificado é relativamente limitada, na medida em que o pretensão poder intrínseco desse conhecimento científico baseado na evidência não se basta a si próprio. Como decorre das considerações anteriores, sendo certo que há um esforço de comparação, avaliação e análise formal da evidência (como é notório no último segmento do excerto), esse esforço reflexivo mais explícito não esvazia as dimensões mais informais e implícitas. As discussões a que o excerto faz referência são momentos em que a evidência é convertida em conhecimento localmente consensualizado através da avaliação da sua razoabilidade quando confrontado com as preocupações, experiências e concepções inscritas nas práticas clínicas e nas rotinas dos seus contextos de trabalho. Esta dinâmica de *conhecimento em acção* (Schon, 1991/1983; Ferlie, 2005; Caria, 2017) neste contexto organizacional específico acaba, assim, por ser potenciada dadas as interacções informais que promovem estas formas colectivas de conhecimento tácito (Greenhalgh *et al.*, 2008). Estas interacções profissionais são desenvolvidas no quadro daquilo que vários autores designam de *comunidades de práticas* (Dopson, Fitzgerald, 2005; Gabbay, May, 2004), no sentido em que são uma base de aprendizagem e mudança colectiva que reactualiza a própria identidade do grupo, constituindo-se, assim, como o contexto privilegiado em que o conhecimento prático proveniente, nomeadamente, das experiências partilhadas se afirma como um dos

requisitos incontornáveis para, quando as situações são vistas como justificáveis, interpretar o conhecimento explícito e aplicá-lo às circunstâncias particulares.

Para finalizar, sublinho a ideia de que, se é verdade que os grupos focais têm o mérito de potencialmente proporcionar a ocasião e o estímulo para os membros de um determinado colectivo articularem pressupostos normativos que habitualmente não são explicitados ou que, pelo menos, não são objecto de particular reflexão por parte dos próprios indivíduos, não deixa de ser importante considerar que estes lidam com a racionalização discursiva dos agentes. Neste sentido, e porque os discursos não falam por si só de uma forma a-problemática, é de crucial importância ter presente que estes mesmos discursos se constituem como um conjunto de concepções e percepções que os indivíduos têm sobre a sua realidade. Mas são justamente essas concepções e os respectivos discursos retóricos que ajudam a clarificar e a perscrutar analiticamente os entendimentos e as lógicas inscritas na cultura profissional médica, assim como contribuem para perceber a persistência da valorização de dimensões estruturantes da sua matriz identitária (Armstrong, 2002: 1775). Tornam-se assim mais compreensíveis os limites da padronização, mas também a própria resiliência da MGF (apesar das implicações consequentes) face a contextos putativamente desafiadores do seu profissionalismo.

CONCLUSÃO

“Nenhum ethos consegue forçar uma obediência completa e universal; o seu cumprimento é sempre parcial, as infracções numerosas” (Daston, 1999: 102).

Chegado ao final deste percurso de investigação, importa sistematizar alguns aspectos estruturantes que podem contribuir para a delimitação de uma visão de conjunto mais sintetizada acerca deste objecto de estudo.

Constata-se que um dos factores fundamentais que concorrem para pôr em evidência a ubiquidade dos instrumentos formais de codificação do conhecimento médico na prática clínica é a ênfase na racionalização, controlo e regulação do trabalho profissional médico na prestação dos cuidados de saúde. Tal como foi possível verificar, este enquadramento regulatório específico é o reflexo de um conjunto de transformações políticas e institucionais mais vastas, mas que têm no epicentro das suas lógicas de acção uma preocupação concreta e bem sedimentada relativamente à questão da variação das práticas médicas.

Com um lastro histórico que remonta fundamentalmente à década de 1970, esta questão passou a constituir-se como um poderoso argumento que tem sido reiteradamente convocado como uma das principais razões que caucionam a indispensabilidade do desenvolvimento das ferramentas formais de padronização. Estas são entendidas como instrumentos que podem assegurar a explicitação das decisões e a sua respectiva concretização à luz da evidência científica da investigação clínica, bem como apontar as orientações *óptimas* que são pretensamente conducentes ao horizonte da melhoria da qualidade e da eficiência da prática clínica.

Na óptica dos actores externos com responsabilidades ao nível da regulação e do financiamento do sistema de saúde, este tipo de evidência científica, bem como os instrumentos de formalização e codificação do conhecimento que esta torna possíveis, passam a constituir-se como critérios estratégicos de regulação política e de avaliação organizacional da própria qualidade do desempenho profissional dos seus intervenientes.

Para além do seu uso enquanto critério de alocação financeira de recursos, essa evidência constitui-se, igualmente, como uma base fundamental para monitorizar resultados (*outcomes*) em matéria de avaliação da eficácia e eficiência das intervenções clínicas. O pressuposto é então o de que os mecanismos de auto-regulação da medicina não são satisfatórios para assegurar a implementação deste tipo de mudanças, pelo que se torna necessário desenvolver e implementar mecanismos que assegurem uma maior padronização na prestação dos cuidados de saúde.

No quadro deste panorama de um maior escrutínio público sobre a medicina, e que reflecte bem a natureza do *zeitgeist* actual, os actores institucionais com responsabilidades regulatórias no campo da saúde têm-se empenhado na implementação de princípios organizacionais que procuram vincular as intervenções profissionais à demonstração da sua eficácia e eficiência. No entanto, e como também se tornou notório no decurso da análise relativa ao estudo de caso aqui seleccionado (a Medicina Geral e Familiar; MGF), nem sempre as orientações políticas se constituem, apenas e só, como uma força externa de carácter impositivo. O caso particular da reforma dos CSP é a este título um exemplo bem paradigmático, na medida em que os profissionais de MGF cedo se envolveram no desenvolvimento e modulação de uma reforma com um perfil e um teor claramente *managerialista*.

Tratou-se de um envolvimento que, como discutido, se inscreveu na estratégia de afirmação e valorização profissional desta especialidade, pelo que a vinculação voluntária à lógica da *governança clínica* se constituiu como um traço importante deste processo. Assim, e não obstante tratar-se de uma reforma assente em pressupostos *managerialistas* que denotam, à partida, orientações normativas dificilmente compagináveis com a matriz ideológica que preside aos fundamentos do profissionalismo médico da MGF, o facto é que estes especialistas foram actores centrais em todo o processo da concepção e implementação da reforma, dado que protagonizaram a concretização de vários dos seus momentos-chave.

As razões desse envolvimento são o prolongamento de um percurso mais longo de afirmação profissional enquanto especialidade e que remonta, de forma mais explícita e concreta, ao início da década de 1990, uma vez que foi nesse período que se iniciaram várias tentativas de implementação de inovações organizacionais potencialmente promotoras da concretização do projecto de ampliação e reforço de prerrogativas profissionais. Estas tiveram como objectivo fundamental o aumento da

autonomia profissional fora do quadro convencional dos modelos organizacionais da Administração Pública, assim como a melhoria de condições de trabalho, concretamente as relativas aos critérios remuneratórios. Iniciativas como o “Projecto Alfa”, do “RRE” ou o “Tubo de Ensaio” foram, assim, etapas preambulares de um processo que instaurou novas lógicas de trabalho, de avaliação e de remuneração.

Esta adesão à lógica da contratualização e aos requisitos da *governança clínica* mostra, portanto, que em lugar de uma simples ingerência regulatória imposta draconianamente à profissão médica, as orientações *managerialistas* podem integrar-se e articular-se de forma não necessariamente disruptiva com o próprio profissionalismo médico. Neste caso em particular, tal significa que o percurso de afirmação profissional da MGF nunca se fez de uma forma divorciada do enquadramento político e institucional, pelo que a sua articulação com as lógicas de regulação externa se constitui como um traço importante da sua trajectória de progressivo reforço do perfil científico da especialidade, tendo em vista a sua institucionalização.

Uma outra vertente que também reflecte esta lógica de envolvimento activo da MGF em processos directamente conectados com o reforço da regulação, assim como da codificação do conhecimento para efeitos de prossecução de objectivos de “melhoria” da qualidade do desempenho profissional e organizacional, diz respeito ao processo de implementação formal das NOC. Com efeito, se é verdade que os processos de reforço da padronização, nomeadamente por via da disseminação de instrumentos formais como as NOC no âmbito das actividades clínicas, tendem a suscitar uma recepção ambivalente junto da profissão médica – entre a ameaça da interferência no espaço de julgamento profissional, e a possibilidade de reforço do estatuto profissional por via de uma maior consistência científica associada ao conhecimento especializado –, o envolvimento desta especialidade nesses processos cedo se foi tornando uma realidade efectiva. Quer através de uma colaboração institucional bem concertada entre a APMGF e o CEMBE, quer através de um envolvimento activo desta Associação (enquanto sociedade científica) e dos seus profissionais logo nas fases iniciais do processo de implementação das NOC, constata-se que a aproximação a estes instrumentos de formalização e explicitação do conhecimento rapidamente se tornou num dos vectores principais que melhor reflectiu a crescente incorporação das metodologias científicas de apoio à decisão médica naquela especialidade.

Claro que tal não significa o abandono ou o desvirtuamento radical da matriz do profissionalismo ocupacional desta especialidade e da sua identidade distintiva, até porque um aspecto que foi possível salientar a propósito do tipo de vinculação da MGF a este processo refere-se, justamente, ao modo como a concretização da implementação das NOC foi implicando uma lógica de negociação que assegurou a participação dos profissionais na própria modulação desta iniciativa, não obstante o “gatilho” deste processo ter sido o resultado dos compromissos de medidas de reforma estrutural que o Estado português foi obrigado a assumir no quadro da intervenção externa da chamada *troika*.

É precisamente nesta medida que deve ser entendido o empenho dos médicos, e da MGF em particular, dado que ele reflecte a tentativa de conquistar garantias de que as NOC sejam concebidas e implementadas como instrumentos de formação médica e de desenvolvimento profissional contínuo. O obviar da carga impositiva destes instrumentos e a salvaguarda de que a definição e validação do seu conteúdo estão abertas à negociação e à redefinição constitui-se, de facto, como um requisito fundamental, dado que, neste entendimento, o seu uso não conduz necessariamente à supressão, ou à redução profunda, da discricionariedade médica. A garantia de que, a par do compromisso de melhoria da prática clínica por via da utilização dos instrumentos de apoio à decisão, fica igualmente assegurado um espaço para a interpretação clínica constituir-se, assim, como um elemento indispensável para permitir a protecção do julgamento profissional¹⁵⁶.

A ênfase que a este propósito foi sendo reiteradamente dada estruturou-se a partir do argumento de que a complexidade e a heterogeneidade intrínsecas ao trabalho clínico se constituem como dimensões inalienáveis que extravasam o âmbito mais codificado das recomendações preconizadas pelas NOC, razão pela qual é justificada a precedência da autonomia

¹⁵⁶ Esta ideia é bem expressa num documento de reflexão promovida pela FNAM sobre os CSP. O autor responsável pelo texto relativo às NOC refere a este propósito: “Não é expectável que estas normas consigam integrar e normalizar todas as condicionantes da prática clínica que determinam a sua variabilidade. De facto, será talvez excessivo procurar esse objectivo, sabendo-se que a normalização da prática clínica e a redução da variabilidade que caracteriza o ser humano e o próprio exercício clínico é objectivo quase impossível e não exequível. Sabe-se, por outro lado, que apesar disso, se verificam em muitos contextos clínicos uma uniformidade de actuação e de práticas, que nos permite afirmar que existe lugar e espaço para a normalização de uma prática clínica que persiga padrões de elevada qualidade e excelência com objectivos de eficiência e efectividade em saúde” (Vaz, 2012: 6-7).

clínica sobre os aspectos mais prescritivos das NOC. Aliás, a própria perspectiva de um eventual incumprimento das NOC face às particularidades de um determinado caso clínico é vista como algo de relativamente inevitável e que, ao acontecer, “apenas” requer a devida fundamentação clínica para suportar as decisões que se revelam distintas das soluções *óptimas* que são indicadas nestes instrumentos.

Não é também por isso surpreendente que a evolução do processo de implementação das NOC se tenha centrado, a par do envolvimento médico na avaliação crítica do conteúdo científico destes instrumentos, na questão das auditorias. A dissipação da imagem “negativa” da obrigatoriedade e da penalização inerente às auditorias foi, de facto, dando lugar à ideia de um processo formativo, pedagógico, de aprendizagem e, acima de tudo, centrado no desempenho das organizações e não dos médicos tomados individualmente.

Assim sendo, pode-se considerar que aspectos como a afinidade institucional da MGF com a abordagem epistemológica da MBE – visível, por exemplo, na incorporação das suas metodologias na própria formação científica desta especialidade – mostram que não há nenhum tipo de recusa irredutível em integrar a síntese da evidência científica de base epidemiológica na prática clínica. Passa, pelo contrário, a prevalecer uma lógica de compatibilização¹⁵⁷ de uma certa padronização proporcionada por estes instrumentos de sistematização e codificação do conhecimento com o julgamento clínico de base discricionária. Para além de permitir a preservação da lealdade aos princípios do modelo biográfico que está subjacente ao método clínico centrado no doente, permite também uma

¹⁵⁷ A propósito deste aspecto, mas referindo-se às concepções “humanista” e “tecnicista” de médicos de dois serviços de medicina interna, Carapinheiro (1991: 39) afirma que “o jogo das compatibilizações é (...) um jogo de disfarces” das lógicas e dos processos de distinção e de desvalorização recíprocas. No caso aqui em estudo, é forçoso reconhecer que sob uma aparente retórica ecuménica não deixam de estar presentes concepções que acentuam os méritos da abordagem distintiva da MGF, até porque, como se viu, a sua afirmação construiu-se numa lógica de demarcação face ao modelo biomédico mais estruturalmente caracterizador da medicina hospitalar. Mas o que a análise da realidade empírica permitiu de facto compreender foi o modo como estão hoje criadas condições para, por via das reconfigurações do conhecimento médico, fazer coexistir de forma contingente fundamentos, regras e critérios de natureza distinta. Desenvolvem-se, como tal, novos equilíbrios e articulações entre diferentes epistemologias médicas que expressam uma lógica adaptativa que torna as distinções impuras. As práticas e os fundamentos das mesmas vão-se ajustando mutuamente, pelo que a própria componente retórica dos discursos acaba por se revelar plástica e dinâmica. Um exemplo ilustrativo, entre tantos outros, dessa compatibilização da abordagem da MGF com o enfoque da MBE encontra-se em Silagy, Haines (2001).

certa utilização instrumental e pragmática das NOC enquanto facilitadoras das vertentes do trabalho médico vistas como padronizáveis.

Já no que se refere à exploração analítica das implicações e efeitos ambivalentes das transformações decorrentes quer do processo de contractualização que enquadra as inovações organizacionais concretizadas pela reforma dos CSP, quer da implementação das NOC na prática médica para efeitos de melhoria da qualidade das intervenções profissionais, é forçoso reconhecer que elas não foram inócuas nos seus resultados práticos.

Em relação ao primeiro caso, os efeitos ambivalentes no desenvolvimento do trabalho profissional em novos contextos organizacionais e as reconfigurações dos próprios fundamentos ideológicos que subjazem à retórica profissional da MGF como especialidade distintiva são aspectos importantes a considerar. Como se pôde verificar ao longo da discussão relativa à MGF, as dinâmicas endógenas do profissionalismo médico foram responsáveis pela internalização estratégica dos pressupostos *managerialistas* que passaram, assim, a coexistir com preocupações de manutenção da auto-regulação profissional. Contudo, essa incorporação activa não foi inconsequente nos seus efeitos, na medida em que as vicissitudes, que a partir de dado momento, passaram a caracterizar o rumo político da reforma dos CSP (uma reforma cujo desenho e concretização dependeu muito da intervenção e do empenho dos profissionais desta especialidade) fizeram emergir alguns efeitos perversos do *managerialismo*, nomeadamente ao nível da dificuldade de desenvolver, em coerência com os fundamentos do modelo biográfico, uma medicina centrada no doente (Broeiro, 2016).

Os aspectos principais que a este propósito podem, então, ser salientados dizem sobretudo respeito ao modo como a operacionalização dos novos enquadramentos organizacionais inscritos nos pressupostos da *governança clínica* estabeleceu uma dinâmica de valorização da qualidade e do desempenho que se foi divorciando das concepções e da experiência dos profissionais. Assim, se ao nível dos princípios e dos objectivos não há propriamente nenhuma disjunção (tem havido, aliás, um apelo insistente para que a reforma prossiga e intensifique as virtudes inerentes à sua concretização inicial), questões problemáticas começaram a colocar-se nos aspectos relacionados com a definição dos indicadores de desempenho organizacional e com os seus critérios de avaliação (Broeiro, 2016; Pereira, 2018; Broeiro-Gonçalves, 2021).

Nesta medida, e tal como foi possível constatar, efeitos perversos tais como o aumento do volume de trabalho de teor mais burocrático, a

avaliação restritiva do desempenho profissional (fundamentalmente baseada no cumprimento de indicadores que promovem o que os profissionais designam de *focalização e afunilamento*) ou os constrangimentos crescentes dificultando o pôr em prática a personalização e a individualização dos cuidados – tal como preconizados pela própria MGF (globais, integrados e continuados) –, constituem-se, assim, como factores críticos que desafiam a especialidade ao nível de um controlo mais efectivo deste processo, ao “forçar” um certo afastamento da MGF relativamente ao seu modelo distintivo. A pressão para o cumprimento de indicadores, sobretudo quando uma parte substancial da própria remuneração deles depende, faz assim emergir várias preocupações por parte dos profissionais relativamente ao alcance das práticas regulatórias. O estabelecimento de uma *Medicina Baseada nos Indicadores* torna-se limitador das possibilidades profissionais relativamente ao desempenho do trabalho numa lógica mais vinculada à valorização da autonomia profissional, e conduz a um maior alinhamento com uma lógica mais burocrática e, simultaneamente, mais biomédica, designadamente quando se foca no cumprimento de indicadores que, para além de restritivos na sua abrangência, integram também métricas que “apenas” contemplam resultados mais centrados na doença e na sua monitorização.

Relativamente aos efeitos resultantes da implementação das NOC na prática médica de MGF, designadamente em termos da adesão às mesmas, bem como à permeabilidade dos profissionais face à evidência científica que incorporam, salienta-se a ideia de que a sua utilização efectiva é relativamente parcial. Estas acabam por se subordinar às necessidades práticas ou às exigências concretas dos aspectos mais intangíveis da avaliação clínica. São aliás, e justamente, estas dimensões da cultura clínica que acabam por desencadear a proliferação de diversas dinâmicas de articulação eclética entre informações, conhecimentos e evidências distintas e diferenciadas entre si, ou seja, aquilo que designei por *sincretismo epistemológico*.

Sob este ponto de vista, e ao arrepio do pressuposto basilar da MBE que sustenta a indispensabilidade da padronização das práticas profissionais médicas devido ao valor intrinsecamente virtuoso e metodologicamente sofisticado da evidência científica decorrente da investigação clínica, o facto realmente mais significativo a considerar não é a estrita questão da implementação e da aplicação dos padrões, dado que essa perspectiva 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 os mesmos são mobilizados através de formas de reflexividade profissional que tornam possível a sua tradução e adaptação às circunstâncias heterogêneas da prática clínica.

Neste sentido, ao declinar um quadro de leitura de pendor mais determinista sobre os potenciais impactos da padronização, aquilo que efetivamente procurei 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 uma visão que secundariza, ou ignora, a articulação heterogênea e contextualizada de diferentes fontes de evidência e os distintos modos de incorporação e adaptação das mesmas nas formas de julgamento clínico.

Deste modo, o que a evidência empírica proporcionada pelas sessões de grupos focais realizados com os médicos e os internos de MGF permite enfatizar é, justamente, uma forte convergência com esta orientação relativa à natureza eminentemente prática do conhecimento profissional, embora se possam sinalizar algumas diferenciações relacionadas ora com a diversidade dos contextos organizacionais (UCSP/USF), ora com o estatuto dos próprios médicos aí integrados (médicos orientadores/internos).

Assim, e sistematizando várias observações que foram sendo apresentadas no âmbito da discussão sobre a integração das NOC na realidade profissional dos médicos de MGF, é relevante destacar, no primeiro caso (UCSP/USF), a ideia de que em qualquer um dos contextos há um entendimento amplamente partilhado quanto à utilidade das NOC (enquanto mero instrumento de orientação); quanto à importância da salvaguarda da justificação clínica quando se equaciona a necessidade do seu não cumprimento; quanto à importância do julgamento profissional (de resto, a ideia que suscitou maior unanimidade); e quanto à assunção da razoabilidade de as NOC se poderem instrumentalmente compatibilizar com a lógica do julgamento clínico. O aspecto que, contudo, só adquiriu visibilidade no contexto da USF é o que diz respeito à centralidade das práticas locais de reflexividade profissional interpares, na medida em que, para além do carácter mais “rotineiro” da apresentação e discussão das NOC, as iniciativas de discussão, análise e consensualização das conclusões em confronto com as características da actividade assistencial da

unidade e com a prática clínica dos profissionais foram aspectos activamente promovidos pelos participantes (orientadores e internos) da USF.

No caso da segunda diferenciação sinalizada (médicos orientadores/internos), importa notar que, para além da expressiva valorização do raciocínio clínico (fazendo, aliás, eco dos pressupostos normativos do próprio profissionalismo desta especialidade), há dois aspectos que foram exclusivamente patentes na realidade dos internos. Por um lado, a ideia de que as NOC passam pragmaticamente a constituir-se como um elemento facilitador da sua formação, designadamente para a preparação e desenvolvimento dos trabalhos de investigação exigidos no decurso do próprio internato desta especialidade. Por outro, a constatação – extensível tanto aos internos da UCSP como da USF – de que a familiarização com as NOC, e o domínio das competências técnicas que lhes permite aferir e validar a consistência científica das mesmas, os colocam num estatuto de maior idoneidade científica face aos internos das outras especialidades, designadamente as hospitalares. Ou seja, a vinculação aos conhecimentos específicos que a MBE solicita reforça o perfil científico da MGF e, por consequência, concorre para a própria afirmação identitária de uma especialidade que foi historicamente subvalorizada nas lógicas da divisão social do trabalho médico.

Por fim, a análise que aqui foi desenvolvida é amplamente convergente com vários 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; Nettleton *et al.*, 2008; Serra, 2007; Delaunay, Gouveia, 2023), o que permite robustecer a argumentação analítica em torno da ideia de que os conhecimentos explícito e tácito não são, de facto, categorias forçosamente separadas e que a dimensão tácita está sempre presente enquanto requisito indispensável para que o conhecimento explícito seja objecto de mobilização e de transacção com as situações particulares¹⁵⁸

¹⁵⁸ Importa, todavia, reconhecer que ficam por aprofundar, com um detalhe mais fino e substantivado, os matizes das lógicas de envolvimento com a evidência no quadro das práticas profissionais concretas, nomeadamente as modalidades da sua mobilização e integração com dimensões mais directamente decorrentes de conhecimentos tácitos. O ponto de chegada desta investigação permite, portanto, deixar bem sinalizada a ideia de que há um espaço amplo para outras modalidades de investigação qualitativa, nomeadamente etnográfica. Esse tipo de incursões pode contribuir para o reforço da compreensão das práticas profissionais baseadas no julgamento clínico no contexto do seu *locus* privilegiado, ou seja, as consultas médicas.

(Schon, 1983; Caria, 2005). Por conseguinte, o que daqui decorre como uma importante constatação é a consideração de que, quanto mais complexo e incerto tende a ser o trabalho, mais conhecimento prático o mesmo 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) (Kelly, Moore, 2012) enquanto base para o desenvolvimento dos julgamentos envolvidos nas decisões médicas. Esta utilidade parcial dos padrões mostra, em suma, que, apesar das aspirações de reforço da racionalidade objectiva, o que resulta da sua efectiva tradução empírica é, afinal, uma vitória pírrica da padronização.

OS MUITOS E ÚTEIS USOS DE ENTRE PADRONIZAÇÃO E DISCRICIONARIEDADE

TIAGO MOREIRA

Professor of Sociology
Durham University

Por volta de 2010, uma colega australiana – socióloga das relações de género – perguntou-me o que eu andava a investigar. Eu disse-lhe que andava a tentar perceber como as associações de doentes estavam a adoptar e adaptar o paradigma da Medicina Baseada na Evidência (MBE). Curiosa, perguntou-me o que era a MBE e já agora - troçou – também queria que eu lhe explicasse em que é que a medicina se tinha fundamentado até à chegada da MBE. Espero não a ter aborrecido com a resposta porque de facto, como esclarece Hélder Raposo no presente livro, a MBE não é só um pequeno retoque na moldura metodológica da medicina, mas, do ponto de vista sociológico, corresponde a uma transformação complexa e dinâmica dos alicerces epistémicos e sociais da medicina, das suas relações com as ciências da vida e da população, e do enquadramento político e organizacional da saúde nas sociedades contemporâneas.

Para enfrentar esta complexidade, Hélder Raposo optou por salientar as relações entre as escalas macro, meso e micro na sua análise sociológica do movimento MBE no contexto português, do seu impacto no Serviço Nacional de Saúde e, mais especificamente, na consolidação e transformação da Medicina Geral e Familiar (MGF). Não querendo fazer aqui um resumo desta análise, resumo esse que pode aliás ser lido na versão do próprio autor na Introdução, é, no entanto, útil notar que a estratégia escolhida por Hélder Raposo permite abrir um assunto técnico a vários tipos de leitores que, à partida, como a minha colega australiana, não teriam qualquer interesse em meta-análises ou Normas de Orientação Clínica. Não se trata aqui de fazer esse tema acessível, simplificando

a análise, mas de o tornar inteligível, abrindo as múltiplas componentes do fenómeno aos instrumentos teóricos e metodológicos da sociologia.

No Capítulo “As reconfigurações epistemológicas do conhecimento médico”, Hélder Raposo oferece-nos um panorama sinóptico da consolidação da MBE ao nível internacional. Este serve tanto como uma introdução ao campo, contextualizando os conceitos e instrumentos principais desta forma de medicina, e uma análise dos seus próprios desafios pragmáticos: apresentando-se como uma “nova ciência clínica”, a MBE tem, desde o início, uma concepção ingénua da natureza da prática clínica, levando a múltiplas revisões da relação ideal entre a “evidência” (ou provas) e a perspectiva do paciente. Deste modo, Hélder Raposo identifica a questão fulcral de normalizar a MBE no dia a dia dos cuidados de saúde, também assinalada por autores como Stefan Timmermans: prometendo trazer uma nova era de exatidão à medicina, a MBE introduz simultaneamente novos eixos persistentes de dúvida e perplexidade.

É da perspectiva das esperanças trazidas pela MBE que se deve compreender o investimento político nas promessas da MBE e particularmente como se aliou – através de uma afinidade electiva, poder-se-ia dizer – à Nova Gestão Pública (NGP) dos serviços administrativos em países do norte global a partir dos anos 90. A NPG propõe um novo papel para o Estado que enfatiza a capacidade da padronização da priorização, implementação e avaliação da ação administrativa. Deste modo, a NGP representa uma reinvenção da racionalidade burocrática clássica porque assume uma maior amplitude agencial dos atores administrativos, sejam eles agentes do estado ou cidadãos. A função do Estado está então concentrada no estabelecimento e legitimação de instrumentos – normas, escalas, tabelas, alvos – que possam orientar a conduta dos agentes administrativos. Não é difícil perceber como a MBE aparece como aquilo a que os ingleses chamam coloquialmente ‘godsend’ (dádiva de deus) para a NGP. Hélder Raposo clarifica como essa dádiva esteve na realidade alicerçada em redes sociais de comunicação entre a ciência e as políticas de Estado.

No caso português, Hélder Raposo identifica um consenso e uma orientação relativamente comum em ambos os partidos de governo (PS e PSD) em relação à aplicação de princípios de NGP à saúde a partir dos anos 90. É deste modo que a MBE entra no vocabulário político – e de certa forma público – da saúde em Portugal. Em 1999, com a introdução de mecanismos de financiamento que equacionam as necessidades em saúde e o desempenho dos serviços que permitem a promoção da

autonomia organizacional dos prestadores, a MBE assume um papel incontornável na alocação de recursos em saúde e no estabelecimento de prioridades. Representando de facto o modelo de referência institucional e político na nova dinâmica administrativa da saúde em Portugal nas duas últimas décadas, é aqui que se encontram as origens dos novos serviços de cuidados de saúde primários (CSP).

Originalmente tendo o objectivo de estudar o processo de emergência e institucionalização da MBE em Portugal, como explica Hélder Raposo na Introdução, a sua investigação acabou por desenvolver um outro enfoque com o estudo intensivo da implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) em Portugal. A articulação destes dois objectivos faz do livro de Hélder Raposo um recurso essencial para perceber a saúde em Portugal. Tomando o ponto de vista, ou usando como lente a Medicina Geral e Familiar (MGF), *Entre padronização e discricionariedade* convida-nos a re-avaliar o papel da MBE na medicina e serviços de saúde. Em vez de uma simples história de implementação de MBE e políticas de saúde ao contexto local, uma história em que a padronização erode o poder e autonomia da profissão médica, Hélder Raposo detalha como a reforma dos CSP, alicerçada na padronização e MBE, teve uma importância estratégica na afirmação profissional e autonomia profissional da MGF em Portugal.

Este discernimento essencial permite a Hélder Raposo desenvolver uma fina análise da evolução da MGF e da sua subsequente “restratificação horizontal” em face a novas configurações administrativas, particularmente aquelas relacionadas com as reformas negociadas com a chamada troika. Faz assim um retrato de uma profissão fragilizada. No âmago dessa fragilidade, parece-me, está o compromisso cognitivo e político em que a MGF portuguesa se baseia desde a sua origem: a possibilidade de articular a MBE com o modelo holista biográfico. Este último tinha, por exemplo, alicerçado o estabelecimento da “general practice” no Reino Unido desde os anos 40, de modo que quando o paradigma da MBE se desenvolve, peritos em cuidados primários de saúde divergem sobre se se tratava de uma debilitação ou de um reforço da identidade profissional e desenvolvem endogenamente formas de ajuste entre as duas normatividades.

No caso português, baseado na sua pesquisa de campo, Hélder Raposo demonstra que este compromisso é vivido como uma perda de poderes para a lógica managerialista em detrimento da lógica holista. Isto é, os

aspectos formalistas da MBE na sua tradução para o SNS, através do mecanismo da contratualização, operam ao nível da priorização dos problemas, efectivamente estruturando - na expressão de Foucault - “o campo de acções possíveis” de um determinado tipo de agentes. A autonomia profissional pode acabar assim por ser vista como uma maldição, não apenas porque se revela como possibilidade hipotética, apesar de teoricamente e socialmente ideal, mas também devido aos recursos inadequados e limitados para o seu exercício. Hélder Raposo mostra como os profissionais de MGF em Portugal abrem pequenos espaços de discricionariedade dentro deste contexto, mas que estes se encontram à mercê de novos desenvolvimentos nas políticas de saúde que recomendam a substituição de MBE por uma Medicina Baseada nos Indicadores.

De fato, nos últimos 15 anos, em diversos sistemas de saúde, tem havido um crescimento do esforço de recolha sistemática de “medidas de resultados reportados pelos doentes” ou PROMs (Patient-reported outcome measures). Estes indicadores são basicamente breves questionários auto-administrados que normalmente combinam questões gerais sobre a saúde e perguntas mais específicas sobre sintomas de uma doença (escalas de dor, por exemplo). Estes dados são utilizados para seguir a evolução do impacto agregado de actos clínicos ou terapêuticos no sistema de saúde ou para comparar o desempenho e valor acrescido - em termos de saúde ou bem-estar dos pacientes - dos serviços prestados no âmbito do sistema.

Em 2018, a OCDE em parceria com a Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial e Conselho de Europa propôs que os PROMs deveriam tornar-se instrumentos fundamentais na construção daquilo a que chamam “sistemas de saúde centrados nas pessoas” (OCDE Health Ministers, 2018: 5). Com efeito, a visão motriz dos sistemas de saúde guiados pelos dados consiste em facilitar a recolha e uso de dados criados pelos pacientes no “mundo real”, agrupando informações recolhidas “através de inquéritos, sensores, dispositivos portáteis, resultados comunicados pelo doente e dados de outras aplicações” (Wachter, 2016: 30). Assim, na apresentação da orientação estratégica das políticas de saúde global publicada pelos ministros da saúde da OCDE estes sugerem que a evolução para sistemas de saúde “mais baseados no conhecimento” assentará no “desenvolvimento de ferramentas estatísticas especificamente desenhadas para avaiar [...] a experiência e os resultados vistos do ponto de vista do paciente” (OECD, 2018: 15).

Neste imaginário, os PROMs têm um papel decisivo, porque articulam os três pilares epistémicos e normativos dos sistemas de saúde contemporâneos (Moreira, 2012): eficácia clínica, a eficiência económica e os cuidados centrados no doente. Mas o estatuto epistemológico dos PROMs em relação à sua capacidade de “representar o doente” tem sido questionada desde a criação do conceito nos anos 1990. Na iniciativa dinamarquesa Program PRO, por exemplo, estudado etnograficamente pela minha colega Henriette Langstrup, o principal objetivo era tornar o doente “um parceiro” no sistema de saúde dinamarquês. Isto introduziu tensões e conflitos entre os factores infra-estruturais de recolha e processamento de dados - que dados são recolhidos e para quê - que são difíceis de conciliar na prática (Langstrup e Moreira, 2022). Em relação à MGF, embora reconhecendo que os PROMs podem ter algum potencial para garantir um sistema de saúde centrado no doente, a associação dinamarquesa de MFG (DSAM), no seu documento de orientação sobre a questão, sublinhou que faltavam provas sobre a eficácia do PRO para criar tal sistema.

Isto é agravado por uma carga significativa de trabalho de dados (datawork) sobre pacientes e clínicos, com o risco de desviar a sua atenção de informações clinicamente relevantes, poluindo as notas clínicas com dados irrelevantes. Para a DSAM, os dados PRO são um desafio ao papel central dos médicos de clínica geral em sistemas de cuidados de saúde como o dinamarquês, onde o seu trabalho como guardiões do sistema – gatekeepers - é apoiado por um foco pragmático na pessoa, e por registos de pacientes e dados criados e estruturados para esse fim. A este respeito, o papel dos médicos de clínica geral na recolha, curadoria e tratamento de dados não está apenas em contribuir, mas deve ser visto como “um filtro, que minimiza o risco, de que a visão geral do registo clínico seja dificultada por dados PRO excessivos ou indesejados” (Langstrup e Moreira, 2022: 381). Em vez disso, os médicos de clínica geral dinamarqueses pareciam estar a dizer que os Programa PRO pretendem planear a “visão geral” a partir de cima, por comité, longe da situação clínica, sendo essa a razão porque rejeitaram participar na consulta nacional de parceiros.

Também em Portugal, a promessa dos PROMs parece estar a encontrar os seus defensores, principalmente no sector privado. É por exemplo particularmente visível na gestão da Luz Saúde, dos maiores grupos de prestação de cuidados de saúde no mercado português com uma rede de

14 hospitais e 15 clínicas privadas, com a missão explícita de “alcançar os melhores resultados de saúde na perspectiva dos doentes” (<https://www.luzsaude.pt/pt/luz-saude/sobre/quem-somos-visao-missao-e-valores>; Ribeiro, 2022). No contexto do presente fascínio político com o modelo privado de saúde, o livro de Hélder Raposo será uma ferramenta indispensável na implementação de políticas PROM em Portugal, e da sua sustentabilidade fundamental. Porque essa sustentabilidade depende do reconhecimento da valorização da autonomia profissional dentro dum quadro de dataficação e do estabelecimento de compromissos políticos no desenho de novos sistemas de dados no SNS.

BIBLIOGRAFIA

- Langstrup, H., & Moreira, T. (2022). Infrastructuring experience: What matters in patient-reported outcome data measurement? *BioSocieties*, 17(3), 369–390.
- Moreira, T. (2012). *The transformation of contemporary health care: the market, the laboratory, and the forum*. London, Routledge.
- OECD Health Ministers (2018) *The next generation of health reforms*. OECD Ministerial statement, Paris, OECD www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.pdf.
- Ribeiro, R.S. (2022) *Gestão Hospitalar Baseada em Valor no Serviço Nacional de Saúde*, Lisboa, Petrony editora
- Wachter, Robert. (2016) “Making IT work: harnessing the power of health information technology to improve care in England.” London, UK: Department of Health

BIBLIOGRAFIA

- Abbot, Andrew (1988), *The system of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Afonso, Pedro Beja (2010), “Contratualização em ambiente de cuidados de saúde primários”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, n.º 9, pp. 59 – 64.
- Airoidi, Giorgio, Davide Vecchi (2021), “Evidence-based Policies? The Covid-19 Pandemic and the Prospects of Evidence Integration”, *Teorema*, Vol. XL/1: 175-197.
- Alcántara, Angélica Fajardo (2007), *El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980*, Tese de Doctorado en Salud, Antropologia e Historia, Universidad de Granada.
- Almeida, João Ferreira, José Madureira Pinto (1999/1986), “Da teoria à investigação empírica. Problemas metodológicos gerais”, in Augusto Santos Silva, José Madureira Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Edições Afrontamento (10.ªed.), pp.55-78.
- Amatriaín, Juan Iranzo, José Blanco Merlo (1999), *Sociología del conocimiento científico*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas/ Universidad Pública de Navarra.
- Andersen, Tavs Folmer, Gavin Mooney (Eds.) (1990), *The Challenges of Medical Practice Variations*, London: Macmillan Press.
- Antunes, João Lobo (1998). “Três culturas”, in *Análise Social*, 146/147 (33), 563-582.
- Antunes, João Lobo (2003), “A profissão de médico”, in *Análise Social*, vol. XXXVIII (166): 77-99.
- Antunes, João Lobo (2012), *A Nova Medicina*, Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Armstrong, David (1979), “The emancipation of biographical medicine”, *Social Science & Medicine*, Vol.13A: 1-8.
- Armstrong, David (2002a), “Birth of Primary Care”, in David Armstrong, *A new history of identity. A Sociology of Medical Knowledge*, London: Palgrave, pp.133-

- Armstrong, David (2002b), “Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctor’s behavior”, *Social Science & Medicine*, 55(10), 1771-1777.
- Armstrong, David (2007), “Professionalism, indeterminacy and the EBM project”, *BioSocieties*, 2, 73-84.
- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (1991), “Um futuro para a Medicina de Família”, Direcção Nacional da APMCG, APMCG.
- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (1998), “Declaração da Madeira”, Direcção Nacional da APMCG, APMCG.
- Atkinson, Paul, Margaret Reid, Peter Sheldrake (1977), “Medical Mystique”, *Sociology of Work and Occupations*, Vol.4, n.º3, pp. 243-280.
- Atkinson, Paul (1984), “Training for certainty”, *Social Science & Medicine*, 19, 949-956.
- Atkinson, Paul, (1995), *Medical Talk and Medical Work*, London: Sage Publications.
- Balint, Michael (1998/1956), *O Médico, o seu doente e a doença*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Barbour, Rosaline (2010), “Focus Groups” in Ivy Bourgeault, Robert Dingwall, Raymond de Vries (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Methods in Health Research*, London: Sage, pp.327-352.
- Barros, Pedro Pita (2009), *Economia da Saúde. Conceitos e comportamentos*, Coimbra: Almedina (2.ª ed. Revista).
- Barroso, Ricardina (2000), “Casos clínicos e relatos de caso: um modo de reflectir a prática clínica”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 16: 99-100.
- Baszanger, Isabelle (1981), “Socialisation professionnelle et controle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes”, *Revue Française de Sociologie*, XXII: 223-245.
- Baszanger, Isabelle (1983), “La construction d’un monde professionnel: entrée des jeunes praticiens dans la médecine général”, *Sociologie du Travail*, n.º3: 275-294.
- Battista Renaldo, Matthew Hodge, Paolo Vineis (1995), “Medicine, practice and guidelines: the uneasy juncture of science and science”, *Journal of Clinical Epidemiology*, 48, 875-880.
- Bensing, Jozien (2000), “Bridging the gap: the separate worlds of evidence-based medicine and patient centered medicine”, *Patient Education & Counseling*, 39 (1), 17-25.

- Berg, Marc, (1992), “The construction of medical disposals. Medical sociology and medical problem solving in clinical practice”, *Sociology of Health & Illness*, Vol.14, N.º2: 151-180.
- Berg, Marc (1995), “Turning a practice into a science: Reconceptualizing postwar medical practice”, *Social Science & Medicine*, 25, pp. 437-476.
- Berg, Marc (1997), *Rationalizing Medical Work. Decision-Support Techniques and Medical Practices*, Cambridge: MIT Press.
- Berg, Marc (1998), “Order(s) and disorder(s): of protocols and medical practices”, in Mark Berg e Annemarie Mol (Eds.) (1998), *Differences in Medicine. Unraveling practices, techniques, and bodies*, London: Duke University Press, 226-246.
- Berg, Marc, Annemarie Mol (Eds.) (1998), *Differences in Medicine. Unraveling practices, techniques, and bodies*, Duke University Press.
- Berthelot, Jean-Michel (2000), *Sociologie. Épistémologie d’une discipline. Textes fondamentaux*, Bruxelles: DeBoeck Université.
- Berthelot, Jean-Michel (dir.) (2001), *Épistémologie des sciences sociales*, Paris: PUF.
- Biscaia, André Rosa, (2006), “A reforma do pensamento em saúde”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 22, n.º 1, pp. 63 – 64.
- Biscaia, André, Ana Amorim (2013), “A essência das Unidades de Saúde Familiar. USF – Modelo positivo de presente para o futuro” in 5.º Encontro Nacional das USF, <http://www.usf-an.pt/>
- Biscaia, André *et al.* (2023), *O momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2022/2023. Relatório de Estudo*, Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar.
- Bloor, Michael, Jane Frankland, Michelle Thomas, Kate Robson (2001), *Focus Groups in Social Research*, London: Sage.
- Bloy, Géraldine, Laurent Rigal (2012) «Avec tact et mesure? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique», *Sociologie du travail*, 54, pp.433-56.
- Bourret, Pascale (2005), “BRCA Patients and Clinical Collectives: New configurations of action in cancer genetic practices”, *Social Studies of Science*, 35(1), 41-68.
- Bowker, Geoffrey, Susan Leigh Star (1999), *Sorting things out. Classification and its consequences*, Cambridge: MIT Press.
- Braga, Raquel (2011a), “A crise económica e as boas práticas clínicas”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27: 415-416.

- Braga, Raquel (2011b), “Da Evidência ao *Gut feelings*”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2 7: 329-330.
- Braga, Raquel (2012), “Os registos clínicos e a codificação”, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28: 155-156.
- Braga, Raquel (2013a), “A desaceleração do processo de Reforma dos Cuidados de Saúde Primários”, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29: 218-220.
- Braga, Raquel (2013b), “Os indicadores de saúde e a contratualização”, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29: 278-280.
- Braga, Raquel, Miguel Melo (2011), “Como fazer uma Revisão Baseada na Evidência”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2 7: 660-666.
- Branco, António Gomes (2001), “Cuidados de saúde primários em Portugal”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume temático, 2: 5-12.
- Branco, Rui (2017), “Entre Bismarck e Beveridge: Sociedade Civil e Estado Providência”, *Análise Social*, 224, Vol. LII (3.º): 534-558.
- Broeiro, Paula (2015), “Prática baseada em evidência e seus limites”, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31, p.238-240.
- Broeiro, Paula (2016), “Profissionalismo e políticas de gestão”, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32, p.366-368.
- Broom, Alex e Evan Willis (2008), “Competing paradigms and Health Research”, in Mike Saks e Judith Allsop (Eds.), *Researching Health. Qualitative, Quantitative and mixed methods*, London: Sage, 16-31.
- Brunsson, Nils, Bengt Jacobsson *et al.* (2000), *A World of Standards*, Oxford: Oxford University Press.
- Bryman, Alan (2008), “The End of the Paradigm Wars?”, in Pertti Alasuutari, Leonard Bickman, Julia Brannen (Eds.), *The Sage Handbook of Social Research Methods*, London: Sage, pp.13-25.
- Byrne, Ben *et al.* (2020), “A mixed methods case study investigating how randomised controlled trials (RCTs) are reported, understood and interpreted in practice”, *BMC Medical Research Methodology*, 20: 112.
- Cabana, Michael *et al.* (1999), “Why don’t physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement”, *JAMA*, Vol.282, N.º15: 1458-1465.
- Cabral, Manuel Villaverde (Coord.), Pedro Alcântara da Silva, Hugo Mendes (2002), *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

- Calnan, Michael, Jonathan Gabe (1991), “Recent developments in general practice: a sociological analysis”, in Jonathan Gabe, Michael Calnan, Michael Bury (Eds.), *The Sociology of Health Service*, London: Routledge, pp. 140-161.
- Calnan, Michael, Jonathan Gabe (2009), “The reestratification of primary care in England? A sociological analysis”, in Jonathan Gabe e Michael Calnan (Eds.), *The New Sociology of Health Service*, London: Routledge: 56 – 78.
- Cambrosio, Alberto *et al.* (2006), “Regulatory objectivity and the generation and management of evidence in medicine”. *Social Science & Medicine*, Vol.63, pp. 189-199.
- Campos, António Correia (2008), *Reformas da Saúde. O fio condutor*, Coimbra: Almedina.
- Carapinheiro, Graça (1991), “Médicos e representações da medicina: humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares”, *Sociologia Problemas e Práticas*, n.º9, pp.27-41.
- Carapinheiro, Graça (1993), *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, Porto: Edições Afrontamento (3.ª ed.).
- Carapinheiro, Graça (2006), “A saúde enquanto matéria política” in Graça Carapinheiro (Org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e perspectivas*, Coimbra, Pé de Página, pp.137-164.
- Carapinheiro, Graça, Helena Serra, Tiago Correia (2013), “Estado, medicina e políticas em Portugal: fluxos e refluxos de poder”. In Fátima Alves (coord.), *Saúde e Sociedade: uma visão sociológica*, Coimbra, Afrontamento, pp. 49-74.
- Caria, Telmo (2005), “Uso do conhecimento, incerteza e interação no trabalho clínico dos veterinários”, in Telmo Caria (org.), *Saber Profissional*, Coimbra: Almedina, 197-231.
- Caria, Telmo (2008), “O uso do conceito de cultura na investigação sobre profissões”, *Análise Social*, 189, Vol. XLIII (4.º): 749-773.
- Caria, Telmo (2010), “A mobilização de conhecimento em situação de trabalho profissional”, in Vera Fartes & Maria Roseli Gomes de Sá (Eds.), *Currículo, formação e saberes profissionais: A revalorização epistemológica da experiência*, Salvador: Editora EDUFBA, pp. 126-148.
- Caria, Telmo (2017), “A constituição do saber profissional: uma contribuição interdisciplinar sobre a dualidade do uso social do conhecimento”, *Análise Social*, 224, Vol. LII (3.º): 498-532.

- Carneiro, António Vaz (1998a), “Um instrumento para a mudança da prática médica: a «Medicina Baseada na Evidência”, *Medicina Interna*, Vol.5, N.º2: 133-138.
- Carneiro, António Vaz (1998b), “A formulação de questões clínicas como passo inicial para a prática da Medicina Baseada na Evidência”, *Acta Médica Portuguesa*, 11, N.º8/9: 745-748.
- Carneiro, António Vaz (1998c), “A Medicina Baseada na Evidência. Um Novo Paradigma para a Prática Médica”, *Acta Médica Portuguesa*, 11, N.º8/9: 717-737.
- Carneiro, António Vaz (2004), *A Medicina Baseada na Evidência. Uma Metodologia científica de apoio à decisão clínica*, Texto policopiado.
- Carneiro, António Vaz (2006), “Editorial – A Revista Portuguesa de Cardiologia e a Cardiologia Baseada na Evidência” in *Revista Portuguesa de Cardiologia*; 25(5):473-474.
- Carneiro, António Vaz, Andreia Roque, António Bugalho (2007), *Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica*, Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência – Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Carolo, Daniel (2006), *A Reforma da Previdência Social de 1962 na institucionalização do Estado-Providência em Portugal*, Dissertação de Mestrado em Economia e Política Social, Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa.
- Carvalho, Maria Teresa (2009), *Nova Gestão Pública e reformas da Saúde. O profissionalismo numa encruzilhada*, Lisboa: Edições Sílabo.
- Carvalho, Teresa (2010), “Profissionalização na enfermagem: os discursos dominantes no contexto institucional” in Ana Delicado, Vera Borges, Steffen Dix (Orgs.), *Profissão e Vocação. Ensaios sobre grupos profissionais*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Castel, Patrick (2009), “What’s Behind a Guideline? Authority, Competition and Collaboration in the French Oncology Sector”, *Social Studies of Science*, 39/5: 743-764.
- Cecílio, Luiz *et al.* (2020), “Os médicos e a gestão do cuidado em serviços hospitalares de emergência: poder profissional ameaçado?”, *Cadernos de Saúde Pública*, 36(3), e00242918.
- Chamberlain, John (2009), “The changing medical regulatory context: focusing on doctor’s educational practices”. *Medical Sociology online*, 4 (2), pp. 26-34.

- Champy, Florent (2018), "The sociology of prudential activities. From collective commitment to social innovations", *Sociologia Problemas e Práticas*, n.º88, p.79-94.
- Charles, Cathy, Amiram Gafni, Emily Freeman (2011), "The evidence-based medicine model of clinical practice: scientific teaching or belief-based preaching?", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17: 597-605.
- Charles-Jones, Huw, Joanna Latimer, Carl May (2003), "Transforming general practice: the redistribution of medical work in primary care", *Sociology of Health & Illness*, 25, N.º1: 71-92.
- Charlton, Bruce, Andrew Miles (1998), "The rise and fall of EBM", *The Quarterly Journal of Medicine*, 12, 371-374.
- Chauvenet, Antoinette (1973), "Idéologies et status professionnels chez les médecins hospitaliers", *Revue Française de Sociologie*, XIV: 61-76.
- Checkland, Kath (2004), "National Service Frameworks and UK general practitioners: street-level bureaucrats at work?", *Sociology of Health & Illness*, Vol.26, N.º7, pp. 951-975.
- Checkland, Kath *et al.* (2008), "Biomedicine, holism and general practice: responses to the 2004 General Practitioner contract", *Sociology of Health & Illness*, Vol. 30, N.º5: 788-803.
- Christopher, Pierson (1995), *Beyond the Welfare State? The New Political Economy of Welfare*, Cambridge: Polity Press.
- Clamote, Telmo (2008), "Entre pluralismo médico e pluralismo terapêutico: contributos para a revisão de uma narrativa sociológica", VI *Congresso Português de Sociologia*.
- Clarke, John (1998), "Doing the right thing? Managerialism and Social Welfare", in Pamela Abbot, Liz Meerabeau (Eds.), *The Sociology of the caring professions*, London: Falmer Press, pp.234-254.
- Cochrane, Archie (1972/1999), *Effectiveness and efficiency. Random reflections on Health Services*, RSM Press.
- Cockerham, William (2001), "Medical Sociology and Sociological Theory", in William Cockerham, (Ed.), *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Oxford: Blackwell Publishing, pp. 3-22.
- Cohen, Aron, P. Zoe Stavri, William Hersh (2004), "A categorization and analysis of the criticisms of Evidence-Based Medicine", *International Journal of Medical Informatics*, 73: 35-43.
- Collin, Johanne (2010), "Qualitative contributions to the study of Health Professions and their work" in Ivy Bourgeault, Robert Dingwall,

- Raymond de Vries (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Methods in Health Research*, London: Sage, 53-70.
- Collyer, Fran (2010), “Max Weber, historiography, medical knowledge, and the formation of medicine”, *Electronic Journal of Sociology*, 7: 1–15.
- Collyer, Fran (2010), “Origins and canons: Medicine and the history of sociology”, *History of the Human Sciences*, 23: 86–108.
- Correia, Tiago (2009), “A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa”, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85: 83-103.
- Correia, Tiago (2011), “New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive Reading”, *Sociologia online*, n.º2: 573-598.
- Correia, Tiago (2012a), “Debating the comprehensive basis of western healthcare systems in the light of neo-liberalism”, *Cies e-Working Paper* n.º124/2012: 1-15.
- Correia, Tiago (2012b), *Medicina. O agir numa saúde em mudança*, Lisboa: Mundos Sociais.
- Correia, Tiago (2013), “A individualização do direito à saúde. Contributos a partir de um olhar analítico”, *Saúde & Tecnologia*, Suplemento 2 (Julho 2013): e52-e56.
- Costa, António Firmino (1999 [1986]), “A pesquisa de terreno em Sociologia” in Augusto Santos Silva, José Madureira Pinto, (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto: Edições Afrontamento, 129-148.
- Costa, António Firmino (1999), *Sociedade de Bairro. Dinâmicas sociais da identidade cultural*, Oeiras: Celta Editora.
- Costa, Rui Manuel Pinto (2007), “A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico no Estado Novo”, *História III.ª Série*, vol.8, (Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto), pp.355-381.
- Couto, Joaquim (1998), “Evidence-based medicine: a Kuhnian perspective of a transvestite non-theory”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 4, 4: 267-275.
- Cronje, Ruth, Amanda Fullan (2003), “Evidence-based medicine: toward a new definition of «rational» medicine”. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, Vol. 7(3): 353-369.

- Cunha, Diogo, Hélder Raposo (2022), “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*, 12, 119.
- Daly, Jeanne (2005), *Evidence-based medicine and the search for a Science of Clinical Care*, Berkeley: University of California Press.
- Daston, Lorraine (1999), “As imagens da objectividade: a fotografia e o mapa”, in Fernando Gil (Coord.), *A ciência tal e qual se faz*, Lisboa: Edições João Sá da Costa: 79-103.
- De Camargo, Kenneth Rachel (2002), “The Thought Style of Physicians: Strategies for Keeping up with Medical Knowledge”, *Social Studies of Science*, 32/5-6, pp. 827-855.
- Delaunay, Catarina, Luís Gouveia (2024), “Acknowledging the plural Weberian rationalities in clinical embryology: When moral values, habits, and/or affection prevail beyond efficiency”, *Intersections. East European Journal of Society and Politics*, 9(3), 61–86.
- Denny, Keith (1999), “Evidence-based medicine and medical authority”, *Journal of Medical Humanities*, 20(4), 247-263.
- Denzin, Norman, Yvonna Lincolin (2000), “Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research”, in Norman Denzin, Yvonna Lincolin (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*, London: Sage Publications (2nd edition), pp.1-28.
- Dopson, Sue *et al.* (2003), “Evidence-Based Medicine and the Implementation Gap”, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 7, 311-330.
- Dopson, Sue, Louise Fitzgerald (Eds.) (2005), *Knowledge to action? Evidence-Based Health Care in context*, Oxford: Oxford University Press.
- Downie, Robin, Jane Macnaughton (2000), *Clinical Judgement. Evidence in Practice*, Oxford: Oxford University Press.
- Duffin, Jacalyn (2023), “Uma gema multifacetada: o declínio e o renascimento da medicina familiar”, in Jacalyn Duffin, *História da Medicina. Uma introdução escandalosamente curta*, Lisboa: Edições 70: 459-484.
- Duarte, Teresa (2009), “A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica)”, *CIES e-Working Paper* n.º60.
- Durão, Virgílio, Cristina Sampaio (1998), “Normas para Orientação e a Prática da Medicina Baseada na Evidência Científica”, *Acta Médica Portuguesa*, 11, N.º8/9: 761-765.

- Ebell, Mark *et al.* (2004), “Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): A Patient-Centered Approach to Grading Evidence in the Medical Literature”, *American Family Physician*, Vol.69, N.º3: 548-556.
- Eddy, David (1988), “Variations in physician practice: the role of uncertainty” in Jack Dowie, Arthur Elstein (Eds.), *Professional judgement. A reader in clinical decision making*, Cambridge: Cambridge University Press, pp.45-59.
- Eddy, David (2005), “Evidence-Based Medicine: A Unified Approach”, *Health Affairs*, Vol.24, N.º1: 9-17.
- Ellenberg, Susan (1988), “Meta-Analysis: The Quantitative Approach to Research Review”, *Seminars in Oncology*, Vol.15, N.º5: 472-481.
- Escoval, Ana (2010), “O processo de Contratualização na Saúde em Portugal (1996 – 2005)”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, n.º 9, pp. 7 – 24.
- Escoval, Ana *et al.* (2010) “A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto Internacional”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, n.º 9, pp. 41 – 57.
- EURACT – European Academy of Teachers in General Practice (2005), The European Definition of General practice/Family Medicine – short version, EURACT, disponível em http://www.euract.org/index.php?folder_id=25
- Evetts, Julia (2013), “Professionalism: Value and Ideology”, *Current Sociology*, 61 (5-6): 778-796.
- Exworthy, Mark (2015), “The iron cage and the gaze? Re-interpreting medical control in the English Health System”, *Professions & Professionalism*, 5 (1), pp. 1-14.
- Faria, Lina; José António de Oliveira-Lima; Naomar Almeida-Filho (2021), “Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado”, *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, V.28, n.1, jan-mar. 2021, 59-78.
- Faria, Maria Inês (2001), “Ciência com rede: Protocolos e novas tecnologias da informação na investigação biomédica”, in João Arriscado Nunes, Maria Eduarda Gonçalves (Orgs.), *Enteados de Galileu? A semiperiferia no sistema mundial da ciência*, Porto: Afrontamento, pp.77-105.
- Feinstein Alvan (1995), “Meta-analysis: statistical alchemy for the twentieth century”, *Journal of Clinical Epidemiology*, 48, 71-79.

- Feinstein Alvan, Ralph Horwitz (1997) “Problems in the “evidence” of «evidence-based medicine»”, *American Journal of Medicine* 103, 539-535.
- Ferlie, Ewan (2005), “Conclusion: from evidence to actionable knowledge?”, in Sue Dopson, Louise Fitzgerald (Eds.), *Knowledge to action? Evidence-Based Health Care in context*, Oxford: Oxford University Press, pp.182-197.
- Ferreira, Ana Sofia *et al.* (2010), “A contratualização de cuidados de saúde”, in Jorge Simões (Coord.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*, Coimbra: Almedina, pp.425-459.
- Ferreira, Carlos Miguel (2007), *A Medicalização dos sanatórios populares. Desafios e formas de um processo social*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.
- Ferreira, F. A. Gonçalves (1990), *História da Saúde e dos Serviços de Saúde*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Ferreira, Joaquim José, Cristina Sampaio (1998), “Avaliação crítica de artigos relativos a ensaios clínicos controlados. II. Resultados”, *Acta Médica Portuguesa*, 11, N.º8/9: 755-760.
- Fitoussi, Jean-Paul, Pierre Rosanvallon (1997); *A Nova Era das Desigualdades*, Oeiras: Celta Editora.
- Fitzgerald, Louise, Sue Dopson (2005), “Knowledge, credible evidence, and utilization” in Sue Dopson, Louise Fitzgerald (Eds.), *Knowledge to action? Evidence-Based Health Care in context*, Oxford: Oxford University Press, pp.132-154.
- FNAM (2012), “Cuidados de Saúde Primários – Ponto da situação”, Encontro FNAM – CSP.
- Foucault, Michel (2002/1979), “O nascimento da medicina social”, in *Microfísica do poder*, São Paulo: Graal (17.ª ed.), pp.79-98.
- Foucault, Michel (1994/1980), *O nascimento da Clínica*, Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária (4.ªed).
- Fox, Renée (1975), “Training for uncertainty”, in Caroline Cox, Adrienne Mead (Eds.), *A Sociology of Medical Practice*, London: Collier Macmillan, pp.87-115.
- Fox, Renée (2003), « Medical Uncertainty Revisited» In G. Albrecht *et al.* (Eds.), *The handbook of social studies in Health & Medicine*, London, Sage Publications, pp.409-425.
- Freidson, Eliot (1988/1970), *Profession of Medicine. A study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago: The University of Chicago Press.

- Freidson, Eliot (1986), *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of formal knowledge*, Chicago: University of Chicago Press.
- Gabbay, John, Andrée le May (2004), “Evidence based guidelines or collectively constructed “mindlines?” Ethnographic study of knowledge management in primary care”, *British Medical Journal* 329 (7473), 1013.
- Gadamer, Hans-Georg (1996), *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*, Stanford University Press: Redwood, CA, USA.
- Galego, Carla, Alberto Gomes (2005), “Emancipação, ruptura e inovação: o «focus group» como instrumento de investigação” in *Revista Lusófona de Investigação*, 5, 173-184.
- Garcia, José Luís, Hermínio Martins (2008), “O *ethos* da ciência e as suas transformações contemporâneas, com especial atenção sobre a biotecnologia”, in Manuel Villaverde Cabral, Karin Wall, Sofia Aboim, Filipe Carreira da Silva (Orgs.), *Itinerários. A investigação nos 25 anos do ICS*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp.397-417.
- Gaspar, Dina (2010), “Internato médico de Medicina Geral e Familiar – Quem somos? O perfil do Médico Interno de Medicina Geral e Familiar, em Portugal”, in *Acta Médica Portuguesa* 23 (1): 39-50.
- Geltzer, Anna (2009), “When the standards aren’t standard: Evidence-based medicine in the Russian context”, *Social Science & Medicine*, 68, 526-532.
- Germov, John (2005), “Managerialism in the Australian public health sector: towards the hyper-rationalisation of professional bureaucracies”, *Sociology of Health & Illness*, Vol.27, n.º6: 738-758.
- Ghali, William, Peter Sargious (2002), “The evolving paradigm of evidence-based medicine”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 8, 2, 109-112.
- Giraldes, Maria do Rosário (2005), “Despesa privada em saúde das famílias –desigualdades regionais e sócio-económicas em Portugal, 1994-1995/2000”, *Análise Social*, 174, vol. XL: 137-156.
- Goldenberg, Maya (2006), “On evidence and evidence-based medicine: lesson from the philosophy of science” in *Social Science & Medicine*, Vol.62, pp.2621-2632.
- Gonçalves, Carlos (2007), “Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento”, *Sociologia*, 17-18, (Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto), 177-223.

- Gonçalves, Paula Broeiro (2021), “Base social da saúde e ponderação de contexto na contratualização”, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37, p.201-203.
- Gordon, Deborah (1988), “Clinical science and clinical expertise: changing boundaries between art and science in medicine”, in Margaret Lock e Deborah Gordon (Eds.), *Biomedicine Examined*, Kluwer Academic Publishers, pp. 257-295.
- Gordon, Elisa (2006), “The political contexts of evidence-based medicine: Policymaking for daily hemodialysis”, *Social Science & Medicine*, 62: 2707-2719.
- Granja, Mónica (2011), “As normas da DGS – tempo de oportunidade e responsabilidade para os medicos de família”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27: 417-418.
- Granjo, Paulo (2004), “Teoria, tautologia e prática antropológica”, in “*Trabalhamos sobre um barril de pólvora*”. *Homens e perigo na refinaria de Sines*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp.309-320.
- Grant, Suzanne *et al.* (2008), “The impact of pay-for-performance on professional boundaries in UK general practice: an ethnographic study”, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 31, N.º2: 229-245.
- Green, Judith (2009), “It is time for the sociology of health to abandon «risk»?”, *Health, Risk & Society*, Vol.11, N.º6: 493-508.
- Greenhalgh, Joanne *et al.* (2008), “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*, 67, pp. 183-194.
- Greenhalgh, Trisha, Brian Hurwitz (1998), “Why study narrative?” in Trisha Greenhalgh, Brian Hurwitz (Eds.), *Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*, BMJ Books, pp.3-16.
- Greenhalgh, Trisha (1998), “Narrative based medicine in an evidence-based world” in Trisha Greenhalgh, Brian Hurwitz (Eds.), *Narrative Based Medicine. Dialogue and discourse in clinical practice*, BMJ Books, pp. 247-265.
- Greenhalgh, Trisha (2002), “Intuition and evidence – uneasy bedfellows?”, *British Journal of General Practice*, pp.395-400.
- Greenhalgh, Trisha (2006), *How to read a paper. The basics of evidence-based medicine*, Blackwell Publishing/BMJ Books (3rd edition).
- Grilli, Roberto *et al.* (2000), “Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal”, *The Lancet*, Vol.355: 103-105.

- Grollmus, Nicolás S., María Alejandra Energici (2021), “Decisiones médicas en enfermedades raras: de sua definición a sua comprensión social”. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.30, n.2, pp.p.1-11.
- Guyatt, Gordon *et al.* (2000), “Practitioners of evidence-based care”, *British Medical Journal*, Vol.320: 954-955.
- Hacking, Ian (1999), *The Social Construction of What?* London: Harvard University Press.
- Hafferty, Frederic, Donald Light (1995), “Professional dynamics and the changing nature of medical work”, *Journal of Health and Social Behavior*, 35 (Extra issue: Forty years of medical sociology. The state of the art and directions for the future): 132-153.
- Hamm, Robert (1988), “Clinical intuition and clinical analysis: expertise and the cognitive continuum” in Jack Dowie, Arthur Elstein (Eds.), *Professional judgement. A reader in clinical decision making*, Cambridge: Cambridge University Press, pp.78-105.
- Hampton, John (1997), “Evidence-based medicine, practice variations and clinical freedom”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3, 123-131.
- Hampton, John (2002), “Evidence-based medicine, Opinion-Based Medicine, and Real-World Medicine”, *Perspectives in Biology and Medicine*, 45, 554.
- Harrison, Stephen, Dowswell, G. (2002), “Autonomy and bureaucratic accountability in primary care: what general practitioners say”, *Sociology of Health & Illness*, 24, 208-226.
- Harrison, Stephen (2004), “The politics of Evidence-Based Medicine in the United Kingdom” In M. Bury, J. Gabe (Eds.), *The Sociology of Health and Illness: A Reader*, London, Routledge, pp.329-340.
- Harrison, Stephen, Kath Checkland (2009), “Evidence-based practice in UK health policy” in Jonathan Gabe e Michael Calnan (Eds.), *The New Sociology of Health Service*, London: Routledge: 121-142.
- Henn, Matt, Mark Weinstein, Nick Foard (2009), “What is social research?”, in *A critical introduction to social research*, London: Sage (2nd edition), pp.8-25.
- “Getting started in research: the research process”, in *A critical introduction to social research*, London: Sage (2nd edition), pp.48-76.
 - “Qualitative approaches in social research”, in *A critical introduction to social research*, London: Sage (2nd edition), pp.175-214.
- Henry, Stephen (2006), “Recognizing tacit knowledge in medical epistemology”, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 27: 187-213.

- Herman, Joseph (1998), "Shortcomings of the randomized controlled trial: a view from the boondocks", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 4, 4: 283-286.
- Hodgetts, Katherine, Adam Elshaug, Janett Hiller (2012), "What counts and how to count it: Physician's constructions of evidence in a disinvestment context", *Social Science & Medicine*, 75(12): 2191-2199.
- Hogle, Linda (2009), "Pragmatic Objectivity and the Standardization of Engineered Tissues", *Social Studies of Science*, 39(5): 717-742.
- Howick, Jermy (2011), *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*, Wiley-Blackwell (BMJ Books).
- Huddle, Thomas (2007), "The limits of objective assessment of medical practice", *Theoretical Medicine and Bioethics*, 28 (6):487-496.
- Hughes, David (2008), "Participant Observation in Health Research" in Mike Saks e Judith Allsop (Eds.), *Researching Health. Qualitative, Quantitative and mixed methods*, London: Sage, 92-111.
- Hunter, David (2006), "From tribalism to corporatism: The continuing managerial challenge to medical dominance", in David Kelleher, Jonathan Gabe, Gareth Williams (Eds.), *Challenging medicine*, London: Routledge (second edition), pp.1-23.
- Jacobson, Lionel *et al.* (1997), "Evidence-based medicine and general practice", *British Journal of General Practice*, 47, 449-452.
- Jewson, Nicholas (1976), "The Disappearance of the Sick Man from Medical Cosmology 1770-1870", *Sociology* 10 (2): 225-244.
- Johnson, Terence (1972), *Professions and Power*, London: Macmillan.
- Jordanova, Ludmilla (2004), "The social construction of Medical Knowledge", in Frank Huisman, John Warner (Eds.), *Locating medical history. The stories and their meanings*, London: The John Hopkins University Press, pp. 338-363.
- Jordão, José Guilherme (1995), *A Medicina Geral e Familiar. Caracterização da Prática e sua Influência no Ensino Pré-Graduado*, Dissertação de Doutoramento em Medicina, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Kelly, Michael, Tessa Moore (2012), "The judgement process in evidence-based medicine and health technology assessment", *Social Theory & Health*, Vol.10, 1, p.1-19.
- Kerleau, Monique (1998), "L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé", *Sciences Sociales et Santé*, 16 (4): 5- 34.

- Kienle, Gunver, Helmut Kiene (2011), "Clinical judgement and the medical profession", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17: 621-627.
- Kinsella, Elizabeth Anne, Allan Pitman (Eds.) (2012), *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions*, Rotterdam, Sense Publishers.
- Kitzinger, Jenny (1994), "The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants", *Sociology of Health & Illness*, Vol.16, n.º1, pp.103-121.
- Kitzinger, Jenny (1995), "Qualitative Research: Introducing focus groups" in BMJ, 311:299.
- Knaapen, Loes (2013), "Being "evidence-based" in the absence of evidence: the management of non-evidence in guideline development", *Social Studies of Science*, 43 (5): 681-706.
- Knorr-Cetina, Karin (1999), *Epistemic cultures. How the scientists make knowledge*, Cambridge: Harvard University Press.
- Kuhlmann, Ellen (2006), *Modernising Health Care: reinventing professions, the state and the public*, Bristol: Policy Press.
- Kuhlmann, Ellen *et al.* (2013), "«A manager in the minds of doctors»: a comparison of new modes of control in European hospitals", *BMC Health Services Research*, 13: 246-256.
- Lambert, Helen (2006), "Accounting for EBM: Notions of evidence in medicine", *Social Science & Medicine*, 62, pp. 2633-2645.
- Lampland, Martha, Susan Leigh Star (Eds.), (2009), *Standards and their stories. How quantifying, classifying, and formalizing practices shape everyday life*, New York: Cornell University Press.
- Larson, Magali (2013/1977), *The Rise of Professionalism. Monopolies of competence and sheltered markets*, Transaction Publishers.
- Lewis, Jenny, Timothy Marjoribanks, Marie Pirotta (2003), "Changing professions. General practitioners' perceptions of autonomy on the frontline", *Journal of Sociology*, 39(1), 44-61.
- Light, Donald (1979), "Uncertainty and control in professional training", *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 310-322.
- Light, Donald (1995), "Countervailing powers. A framework for professions in transition", in Terry Johnson, Gerry Larkin, Mike Saks (Eds.), *Health Professions and the State in Europe*, London: Routledge, pp.25-41.
- Light, Donald, Sol Levine (1988), "The changing character of the medical profession: a theoretical overview", *Milbank Quarterly*, 66, 10-32.

- Lippert, Maria, Susan Reventlow, Marlus, Kousgaard (2017), “The uses and implications of standards in general practice consultations”, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, Vol. 21(1): 3-20.
- Lohr, Kathleen, Kristen Eleazer, Josephine Mauskopf (1998), “Health policy issues and applications for evidence-based medicine and clinical practice guidelines”, *Health Policy*, 46: 1-19.
- Lomas, Jonathan (1990), “Promoting clinical policy change: using the art to promote the science in medicine” in Tavs Folmer Andersen, Gavin Mooney (Eds.), *The Challenges of Medical Practice Variations*, London: Macmillan Press, pp. 174-191.
- Lopes, Noémia (2001), *Recomposição Profissional da Enfermagem. Estudo sociológico em contexto hospitalar*, Coimbra: Quarteto.
- Lopes, Noémia (2006), “Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização” in Graça Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e perspectivas*, Coimbra, Pé de Página, pp. 107-134.
- Lopes, Noémia Mendes (Org.) (2010), *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e lógicas sociais em mudança*, Porto: Edições Afrontamento.
- Lugtenberg, Marjolein *et al.* (2009), “Why don’t physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners” in *Implementation Science*, 4: 54.
- Lupton, Deborah (1994), «The Lay perspective on Illness and Disease». In *Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies*, London: Sage Publications, 79-104.
- Macdonald, Keith (1995), *The Sociology of the Professions*, London: Sage Publications.
- Malterud, Kirsti (1995), “The legitimacy of clinical knowledge: towards a medical epistemology embracing the art of medicine”. *Theoretical Medicine* 16, pp.183-198.
- Malterud, Kirsti (2001), “The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers”. *The Lancet*, Volume 358, Issue 9279, pp.397-400.
- Malterud, Kirsti (2002), “Reflexivity and metapositions – strategies for appraisal of clinical evidence”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 8, 121-126.
- Malterud, Kirsti (2006), “The social construction of clinical knowledge – the context of culture and discourse. Commentary on Tonelli (2006),

- Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 3, pp.292-295.
- Marchionni, Caterina, Samuli Reijula (2019), “What is mechanistic evidence, and why do we need it for evidence-based policy?”, *Studies in History and Philosophy of Science*, 73: 54-63.
- Marks, Harry (1997), *The progress of experiment. Science and Therapeutic Reform in the United States, 1900-1990*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Marks, Harry (2009), “What does evidence do? Histories of Therapeutic Research”, in Christian Bonah *et al.*, *Harmonizing drugs. Standards in 20th-Century Pharmaceutical History*, Editions Glyphe, 81-100.
- Marques, Manuel Silvério (1998), “Um acto médico correcto e aumentado”, *Acta Médica Portuguesa*, 11, N.º6: 543-554.
- Marques, Manuel Silvério (2002), *A Medicina enquanto Ciência do Indivíduo*, Dissertação de Doutoramento em Medicina, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Martin, Graham P. (2008). “«Ordinary people only»: Knowledge, representativeness, and the publics of public participation in healthcare”, *Sociology of Health Illness*, 30(1), 35–54.
- Martins, Hermínio (2003), “Aceleração, progresso e *experimentum humanum*” in Hermínio Martins, José Luís Garcia (Coord.), *Dilemas da civilização tecnológica*, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, pp. 19-77.
- Matthews, J. Rosser (1995), *Quantification and the quest for Medical Certainty*, New Jersey, Princeton University Press.
- May, Carl *et al.* (2006), “Technogovernance: Evidence, subjectivity, and the clinical encounter in primary care medicine”, *Social Science & Medicine*, 62: 1022-1030.
- McDonald, Ruth, Stephen Harrison (2004), “The micropolitics of clinical guidelines: an empirical study”, *Policy and Politics*, 32, 223-239.
- McDonald, Ruth *et al.* (2007), “Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study”, *BMJ*.
- Mechanic, David (1975), “Practice orientations among general practitioners in England and Wales”, in Caroline Cox, Adrienne Mead (Eds.), *A Sociology of Medical Practice*, London: Collier Macmillan, pp.132-144.

- Melo, Miguel (2000), “Leitura crítica de artigos médicos”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 16: 471-476.
- Melo, Miguel, Jaime Correia de Sousa (2011), “Os indicadores de Desempenho Contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27: 28-34.
- Melo, Miguel (2012), “O uso de ICPC nos registos clínicos em Medicina Geral e Familiar”, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28: 245-246.
- Mendes, Hugo (2008), “O caos normal do Estado Social num mundo em globalização”, in Renato Miguel do Carmo, Daniel Melo, Ruy Llera Blanes (Coords.), *A Globalização no divã*, Lisboa: Tinta-da-China, pp.147-182.
- Miguel, José Pereira, Margarida Bugalho (2003), “Economia da Saúde: novos modelos”, *Análise Social*, 166, Vol.XXXVIII: 51-75.
- Miguel, Silva Luís (2010), “Modelos de gestão nos Cuidados de Saúde Primários”, in Jorge Simões (Coord.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*, Coimbra: Almedina, pp.355-387.
- Miles, Andrew *et al.* (1998), “Recent progress in health services research: on the need for evidence-based debate”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 4, 4: 257-265.
- Miles, Andrew *et al.* (2007), “Medicine and evidence: knowledge and action in clinical practice”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13: 481-503.
- Mishra, Ramesh (1995), *O Estado-Providência na Sociedade Capitalista. Estudo comparativo das políticas públicas na Europa, América do Norte e Austrália*, Oeiras: Celta Editora.
- Mol, Anemmarie (2002), *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*, Duke University Press.
- Montgomery, Kathryn (2006), *How Doctors Think. Clinical Judgment and the Practice of Medicine*, Oxford: Oxford University Press.
- Mooney, Gavin, Tavs Folmer Andersen (1990), “Challenges facing modern health care” in Andersen, Tavs Folmer, Gavin Mooney (Eds.), *The Challenges of Medical Practice Variations*, London: Macmillan Press, pp.192-200.
- Moreira, Tiago (2005), “Diversity in clinical guidelines: the role of repertoires of evaluation”, *Social Science & Medicine*, 60: 1975-1985.

- Moreira, Tiago (2007), “Entangled evidence: knowledge making in systematic reviews in healthcare”, *Sociology of Health & Illness*, Vol.29, N.º2: 180-197.
- Moreira, Tiago, Carl May, John Bond (2009), “Regulatory objectivity in action: Mild Cognitive Impairment and the Collective Production of Uncertainty”, *Social Studies of Science*, 39(5): 665-690.
- Moreira, Tiago (2012), *The Transformation of Contemporary Health Care: The Market, the Laboratory, and the Forum*, London: Routledge.
- Moreno, Rui *et al.* (1998), “Medicina baseada na evidência e meta-análise: à procura do Santo Graal”, *Medicina Interna*, Vol.5, N.º2: 139-141.
- Morgan, David (1997), *Focus Groups as Qualitative Research* (Qualitative Research Methods), Sage Publications, 2nd Revised edition
- Mozzicafreddo, Juan (1997); *Estado-Providência e Cidadania em Portugal*, Oeiras: Celta Editora.
- Mykhalovskiy, Eric, Lorna Weir (2004), “The problem of evidence-based medicine: directions for social science” in *Social Science & Medicine*, Vol.59, pp.1059-1069.
- Naylor, C. David, (1995), “Grey zones of clinical practice: Some limits to evidence-based medicine”, *Lancet*, 345, 840-842.
- Nelson, James Lindemann (2001), “«Unlike Calculating Rules»? Clinical Judgement, Formalized Decision Making, and Wittgenstein”, in Carl Elliot (Ed.), *Slow Cures and Bad Philosophers: Essays on Wittgenstein, Medicine, and Bioethics*, Durham: Duke University Press, pp.48-69.
- Nettleton, Sarah (2004), “The Emergence of E-Scaped Medicine?” *Sociology* Vol. 38(4), London, Sage Publications, pp. 661-679.
- Nettleton, Sarah, Roger Burrows, Ian Watt (2008), “Regulating medical bodies? The consequences of the «modernization» of the NHS and the disembodiment of clinical knowledge”, *Sociology of Health & Illness*, Vol.30, N.º3, pp. 333-348.
- Noordegraaf, Mirko (2015), “Hybrid Professionalism and beyond: (New) Forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts”, *Journal of Professions and Organization*, 2, 187-206.
- Norman, Geoffrey R. (1999), “Examining the Assumptions for Evidence-Based Medicine”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 5, 141.

- Nowak, Rachel (1994), "Problems in Clinical Trials go far beyond misconduct", *Science*, 264, 1538-1541.
- Numerato, Dino, Domenico Salvatore, Giovanni Fattore (2012), "The impact of management on medical professionalism: a review", *Sociology of Health and Illness*, 34(4): 626-644.
- Nunes, João Arriscado, Marisa Matias (2003), "Controvérsia científica e conflitos ambientais em Portugal: O caso da co-incineração de resíduos industriais perigosos" in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º65, pp.129-150.
- Nunes, Rui (2003), "Evidence-Based Medicine: A new tool for resource allocation?", in *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6: 297-301.
- Nunes, Rui, Guilhermina Rego, Cristina Brandão (2009), "Healthcare regulation as a tool for public accountability", in *Medicine, Health Care and Philosophy*, Published online 11 January 2009.
- Oliveira, A. Gouveia (1996), "Estatística e decisão médica", *Acta Médica Portuguesa*, 9, N.º10/12: 391-396.
- Parker, Malcom (2002), "Whither our art? Clinical wisdom and evidence-based medicine", *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5, 273-280.
- Parsons, Talcott (1991/1951), *The Social System*, London: Routledge.
- Pazart, Lionel, Jacques Massol, Yves Matillon (1998), "Including practice data to improve evidence-based guidelines", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 4, 317-323.
- Pereira, António Luz (2018), "Indicadores: o que são, o que não devem ser e o que poderão ser", *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34, 124-126.
- Pickard, Susan (2009), "The Professionalization of General Practitioners with a special interest: Rationalization, Restratification and Governmentality", *Sociology*, 43(2), 250-267.
- Polanyi, Michael (2009/1967), *The Tacit Dimension*, University of Chicago Press; Reissue edition.
- Pool, Robert, Wenzel Geissier (2005), *Medical Anthropology*, London, Open University Press.
- Pope, Catherine (2003), "Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement". *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, Vol.7 (3): 267-282.
- Porter, Roy (2006), «Medical Science». In *History of Medicine*, ed. Roy Porter. Cambridge: Cambridge University Press, 136-175.

- Porter, Theodore (1995), *Trust in numbers. The pursuit of objectivity in science and public life*, Princeton: Princeton University Press.
- Power, Michael (1999), *The Audit Society. Rituals of verification*, Oxford: Oxford University Press.
- Ramos, Vítor (1987), “O ressurgimento da Medicina Familiar”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º23: 157-168.
- Ramos, Vítor (2008), *A consulta em sete passos: execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar*, Lisboa: VFBM Comunicação.
- Raposo, Hélder (2006), *Dominar o aleatório? Risco e Incerteza no Pensamento Biomédico: o caso do risco genético no cancro do cólon e recto*, Lisboa, Dissertação de Mestrado, ISCTE.
- Raposo, Hélder (2009) “Risco e incerteza no pensamento biomédico: notas teóricas sobre o advento da quantificação e da prova experimental na medicina moderna” in *Análise Social*, vol. XLIV, 193, pp. 747-765.
- Raposo, Hélder (2010a), “A Medicina Baseada na Prova na reconfiguração científica da medicina contemporânea: primeiras aproximações exploratórias” in Ana Delicado, Vera Borges, Steffen Dix (Orgs.), *Profissão e Vocação. Ensaios sobre grupos profissionais*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp. 71-93.
- Raposo, Hélder (2010b), “Os imperativos da padronização no contexto das práticas médicas: pistas para um breve ensaio teórico”, *e-cadernos CES*, 10 pp. 91-109.
- Raposo, Hélder (2013), “Incerteza e redefinições do trabalho médico: um estudo de caso sobre o aconselhamento genético no cancro hereditário”, in *Sociologia*, Instituto de Sociologia FLUP, Vol. XXV: 189-209.
- Raposo, Hélder (2015), “A padronização na medicina. Um olhar sociológico sobre os seus efeitos na medicina geral e familiar”, in Graça Carapinheiro, Tiago Correia (Orgs.), *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais*, Lisboa: Editora Mundos Sociais, pp.47-52.
- Raposo, Hélder (2018a), “As implicações dos indicadores de desempenho contratualizados na prática clínica da Medicina Geral e Familiar: um modelo profissional em mutação?”, *Sociologia*, Revista da Faculdade Letras da Universidade do Porto, 63-84.
- Raposo, Hélder (2018b), “A padronização em contexto: uma análise qualitativa sobre a incorporação das Normas de orientação Clínica em Medicina Geral e Familiar”, *Análise Social*, 228 (3.º): 702.731.

- Raposo, Hélder (2019), “Reconfigurações profissionais em contextos de mudança. O papel da medicina geral e familiar”, *Sociologia Problemas e Práticas*, n.º91: 77-96.
- Rappolt, Susan (1997), “Clinical guidelines and the fate of medical autonomy in Ontario”, *Social Science & Medicine*, 44(7), 977-987.
- Robinson, Kate (1998), “Evidence-based Practice: a Dilemma for Health Visiting?” in Pamela Abbot, Liz Meerabeau (Eds.), *The Sociology of the caring professions*, London: Falmer Press, pp.106-122.
- Rocha, Paulo Medeiros, Armando Brito de Sá (2011), “Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação”, *Ciência & Saúde Colectiva*, 16 (6): 2853-2863.
- Rock, Melaine (2005), “Reconstituting populations through evidence-based medicine: an ethnographic account of recommending procedures for diagnosing type 2 diabetes in clinical practice guidelines”, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, Vol.9 (2): 241-266.
- Rodrigues, Carla (2010), “Consumos Terapêuticos: notas e reflexões metodológicas”, in Noémia Mendes Lopes (Org.), *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e lógicas sociais em mudança*, Porto: Edições Afrontamento, 267-282.
- Rodrigues, Maria de Lurdes (1997), *Sociologia das Profissões*, Oeiras: Celta.
- Rodrigues, Maria de Lurdes (2012), *Profissões. Lições e Ensaios*, Coimbra: Almedina.
- Rodrigues, Vítor (2008), “O problema da causalidade em medicina”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24: 717-722.
- Rodrigues, João (2022), *O Neoliberalismo não é um slogan. Uma história de ideias poderosas*, Lisboa: Tinta da China.
- Rodwin, Marc (2001), “The politics of evidence-based medicine”, *Journal of Health Politics, Policy, and Law*, 26, 439-445.
- Sá, Armando Brito (2002), *A Decisão em Medicina Geral e Familiar. Um modelo de decisão clínica tomando como exemplo a infecção genital por Chlamydia trachomatis*, Dissertação de Doutoramento em Medicina, Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Sackett, David *et al.* (1991 [1985]), *Clinical Epidemiology. A Basic Science for Clinical Medicine*, Boston, Little, Brown and Company (Second Edition).
- Sackett, David *et al.* (1996), “Evidence-Based Medicine: What It is and What It Isn’t”, *British Medical Journal*, 312: 71-72.

- Sampaio, Cristina, Joaquim José Ferreira (1998), “A *Cochrane Collaboration*. O que é? Para que serve? Como contribui para a prática da Medicina Baseada na Evidência?” *Acta Médica Portuguesa*, 11, N.º8/9: 739-744.
- Sampaio, Cristina, Joaquim José Ferreira (1998), “Avaliação crítica de artigos relativos a ensaios clínicos controlados. I. Planeamento”, *Acta Médica Portuguesa*, 11, N.º8/9: 749-754.
- Santos, Boaventura de Sousa (1992), *O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1988)*, Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, Isabel, Isabel Ribeiro (2009), “Indicadores de desempenho na consulta”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25: 228-236.
- Santos, Lúcia (2008), “Análise e Tratamento da Informação”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24: 708-716.
- Schon, Donald (1983/1991), *The Reflective Practitioner. How professionals think in action*, Aldershot: Ashgate.
- Sehon, Scott, Donald Stanley (2003), “A philosophical analysis of the evidence-based medicine debate”, *BMC Health Services Research*, 3.
- Serra, Helena (2004), *A construção social de tecnocracias médicas: o olhar da Sociologia no mundo da transplantação hepática*, Tese de Doutoramento em Sociologia Económica e das Organizações, Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa.
- Serra, Helena (2007), “Da construção e reprodução do conhecimento e discurso médicos. Para uma etnografia da transplantação hepática”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 79, 113-131.
- Serra, Helena (2008), “Maus fígados. A construção social da tomada de decisão médica”, in *Sociologia Problemas e Práticas*, n.º 58, 47-70.
- Serra, Helena (2016), “Gamble on the Uncertain. Negotiating Medical Decision-Making”. *Qualitative Sociological Review*, 12 (4), pp.44-59.
- Shahar, Eyal (1997), “A Popperian perspective of the term «evidence-based medicine»”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3, 109-116.
- Shahar, Eyal (1998), “Evidence-based medicine: a new paradigm or the Emperor’s new clothes?”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 4, 4: 277-282.
- Shiffman, Richard *et al.* (2005), “The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles

- to guideline implementation” in *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 5:23.
- Silagy, Christopher, Andrew Haines (2001), *Evidence- Based Practice in Primary Care*, London: Blackwell, BMJ Books (2nd Edition).
- Silva, Paulo Roberto Vasconcellos, Luís David Castiel (2005), “Proliferação das rupturas paradigmáticas: o caso da medicina baseada em evidências”, *Revista Saúde Pública*, 39(3): 498-506.
- Silva, Pedro Alcântara (2011), *A Saúde nos Media. Representações do Sistema de Saúde e das Políticas Públicas na imprensa escrita portuguesa*, Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- Silva, Suzana Alves, Rita Charon, Peter Wyer (2011), “The marriage of evidence and narrative: scientific nurturance within clinical practice”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17: 585-593.
- Simões, Jorge (2009), “Tendências internacionais nas políticas públicas de saúde”, in *Janus 2009*, Lisboa: Público.
- Smithson, Janet (2008), “Focus Groups” in Pertti Alasuutari, Leonard Bickman, Julia Brannen (Eds.), *The Sage Handbook of Social Research Methods*, London: Sage, pp.357-370.
- Sousa, Jaime Correia *et al.* (2001), “Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume temático, 2: 63-74.
- Starr, Paul (1982), *The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*, Basic Books.
- Strong, Phil (1979), “The sociological imperialism and the profession of medicine. A critical emancipation of the thesis of medical imperialism”, *Social Science & Medicine*, Vol.13A: 199-215.
- Tatsioni, Athina (2022), “Clinical trials in primary care: bridging the gap between evidence-based recommendations and clinical practice”, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38, p.433-434.
- Tavares, David (2007), *Escola e Identidade Profissional. O caso dos técnicos de cardiopneumologia*, Lisboa: Colibri e IPL.
- Teixeira, João Marques (1998), “Introdução à edição portuguesa”, Michael Balint, *O Médico, o seu Doente e a Doença*, Climepsi editores, Lisboa, pp. xi-xiii.
- Teixeira, Lurdes (2012), *A reforma do Centro de Saúde. Percursos e Discursos*, Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- Thompson, Jill *et al.* (2012). “Credibility and the “professionalized” lay expert: Reflections on the dilemmas and opportunities of public

- involvement in health research”, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 16(6), 602–618.
- Timmermans, Stefan, Marc Berg (1997), “Standardization in Action: Achieving Local University through Medical Protocols”, *Social Studies of Science*, Vol.27, N.º2: 273-305.
- Timmermans, Stefan, Alison Angell (2001), “Evidence-based medicine, clinical uncertainty, and learning to doctor”. *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol.42, pp.342-359.
- Timmermans, Stefan, Marc Berg (2003), *The gold standard. The challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphia: Temple University Press.
- Timmermans, Stefan, Emily Kolker (2004), “Evidence-Based Medicine and the reconfiguration of medical knowledge”, *Journal of Health and Social Behavior*, 45 (Extra Issue), 177-193.
- Timmermans, Stefan (2005), “Scientific Medicine”, in Sal Restivo (Ed.), *Science, Technology and society*, Oxford: Oxford University Press, pp. 323-327.
- Timmermans, Stefan, Aaron Mauck (2005), “The promises and pitfalls of Evidence-Based Medicine”, *Health Affairs*, Vol.24, Number 1: 18-28.
- Timmermans, Stefan, Rene Almeling (2009), “Objectification, standardization, and commodification in health care: A conceptual readjustment”, *Social Science & Medicine*, 69: 21-27.
- Timmermans, Stefan (2010), “Evidence-Based Medicine: Sociological Explorations”, in Chloe Bird, Peter Conrad, Allen Fremont, Stefan Timmermans (Eds.), *Handbook of Medical Sociology*, Nashville: Vanderbilt University Press, pp. 309-323.
- Timmermans, Stefan, Hyeyoung Oh (2010), “The continued social transformation of the medical profession”, in *Journal of Health and Social Behavior*, 51, S94-S106.
- Timmermans, Stefan, Steven Epstein (2010), “A world of standards but not a standard world: toward a sociology of standard and standardization”, *Annual Review of Sociology*, 36: 69-89.
- Tonnelli, Mark (1998), “The philosophical limits of evidence-based medicine”, *Academic Medicine*, 73, 1234-1240.
- Tonelli, Mark (2006), “Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12 (3): 248-256.

- Toulmin, Stephen (1993), “Knowledge and Art in the Practice of Medicine: Clinical Judgement and Historical Reconstruction” in Corinna Delkeskamp Hayes (Ed.), *Science, technology, and the art of medicine. European-American Dialogues*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, pp.231-249.
- Tousijn, William (2000), “Medical Dominance in Italy: a partial decline”, Lisboa, ISCTE e International Sociological Association (policopiado), 1-12.
- Traynor, Michael (2000), “Purity, conversion and the evidence-based movements”, *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, Vol.4 (2): 139-158.
- Traynor, Michael (2009), “Indeterminacy and technicality revisited: how medicine and nursing have responded to the evidence-based movement”, *Sociology of Health & Illness*, Vol.31, n.º4: 494-507.
- Turner, Bryan S. (1987), *Medical Power and Social Knowledge*, London: Sage.
- Vaz, António Faria (2012), “Normas de Orientação Clínica”, FNAM, “Cuidados de Saúde Primários – Ponto da situação”, Encontro FNAM – CSP.
- Veloso, António José de Barros (1998), “Medicina, milagres e evidência”, *Medicina Interna*, Vol.5, N.º2: 78-79.
- Veloso, António José de Barros (2008), “Acerca da «medicina baseada na evidência»”, in *Medicina e outras coisas*, Lisboa: Gradiva, pp.86-102.
- Vilas Boas, Bernardo (2013), “Sessão de encerramento” in 5.º Encontro Nacional das USF, <http://www.usf-an.pt/>
- Vital, Emanuel, João Teixeira (2012), “Cuidados de Saúde Primários: as regras do jogo”, *Saúde & Tecnologia*, 7: 9-17.
- Weisz, George (2003), “The emergence of Medical Specialization in the Nineteenth century”, in *Bulletin of the History of Medicine*, 77, pp. 536-575.
- Weisz, George (2005), «From Clinical Counting to Evidence-Based Medicine». In *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives // Perspectives historiques et sociologiques sur la quantification médicale*, eds. George Weisz, Gérard Jorland e Annick Opinel. S.l: McGill-Queens Press, 377-393.
- Weisz, George *et al.* (2007), “The Emergence of Clinical Practice Guidelines”. *The Milbank Quarterly*, Vol.85, N.º4, Blackwell Publishing, pp.691-727.

- Wieland, Wolfgang (1993), “The concept of the art of Medicine”, in Corinna Delkeskamp Hayes (Ed.), *Science, technology, and the art of medicine. European-American Dialogues*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, pp. 165-181.
- Will, Catherine, Tiago Moreira (Eds.) (2010), *Medical Proofs, Social Experiments. Clinical Trials in Shifting Contexts*, Ashgate.
- Williams, Simon (2001), “Sociological imperialism and the profession of medicine revisited: where are we now?”, *Sociology of Health & Illness*, Vol.23, N.º2: 135-158.
- Wilson, Hamish (2000), “The myth of objectivity: is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm?” *Family Practice* Vol.17, N.º2, Oxford University Press, pp.203-209.
- Wolfgang, A. Blank *et al.* (2011), “Most like it but some don’t – attitudes of vocational trainees in general practice towards evidence-based medicine”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17: 615-620.
- Woolf, Steven *et al.* (1999), “Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines”, *British Medical Journal*, 318, 527-530.
- Worral, John (2002), “What Evidence in Evidence-Based Medicine?”, *Philosophy of Science*, 69: S316-S330.

ÍNDICE REMISSIVO

A

ACES (Agrupamento de Centros de Saúde), 96, 97, 105, 108, 109, 227, 228, 254, 257, 261, 273, 316, 333, 334.
APMGF (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar), 89, 110, 111, 220, 234, 258, 259, 270, 311, 313, 314, 315, 316, 324, 357.
Arte e Ciência, 49, 116, 117, 119, 130, 155.
Arte prudencial aristotélica, 59, 126.
Auditorias, 89, 194, 195, 215, 308, 313, 324, 326, 330, 333, 335, 342, 359.
Autonomia profissional, 51, 64, 157, 195, 249, 280, 284, 289, 303, 306, 311, 357, 361.
Auto-regulação, 65, 127, 137, 193, 214, 215, 249, 256, 257, 271, 314, 356, 360.
Avaliação económica, 186, 204, 205, 206.
Avaliação de tecnologias, 186, 206, 207.

C

CCBPC (Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas), 108, 111, 326, 328, 330, 332, 335, 336.
CEMBE (Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência), 47, 86, 87, 88, 89, 110, 111, 313, 314, 315, 316, 334, 357.
Cientificação, 49, 118, 128, 141.
Clínica Geral, 219, 220, 222, 223, 224, 234, 236, 237, 238, 241, 242, 243, 246, 247, 315.
Conhecimento em acção, 292, 352.
Conhecimento médico, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 60, 61, 62, 67, 71, 72, 75, 91, 108, 116, 127, 128, 129, 134, 138, 147, 155, 156, 162, 165, 236, 237, 241, 246, 281, 285, 298, 300, 350, 355, 359, 362.

Conhecimento(s) tácito(s), 130, 155, 292, 294, 297, 350, 352, 363.
Construtivismo, 72.
Contextos organizacionais, 56, 62, 92, 94, 95, 98, 100, 106, 108, 270, 336, 337, 360, 362.
Contratualização, 70, 100, 188, 190, 192, 195, 196, 197, 213, 214, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 231, 232, 233, 249, 250, 252, 254, 257, 258, 260, 261, 262, 264, 265, 266, 268, 269, 270, 274, 275, 322, 346, 357.
Cochrane Collaboration, 136, 141, 146, 147, 291.
Cosmologia(s) médica(s), 129, 130, 236.
CSP (Cuidados de Saúde Primários), 55, 95, 97, 107, 109, 173, 187, 195, 196, 197, 209, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 232, 234, 235, 241, 247, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 257, 258, 259, 260, 264, 270, 278, 303, 312, 313, 315, 325, 350, 356, 358, 360.
Cultura(s) profissional(is), 76, 107, 189, 280, 291, 353.

D

Decisão clínica, 55, 77, 108, 120, 136, 149, 154, 171, 244, 290, 294, 301, 317, 319, 321, 324, 327.
DGS (Direcção Geral de Saúde), 108, 109, 311, 312, 324, 325, 326, 331, 333, 334, 338, 340, 342.
Discrecionariedade, 51, 56, 63, 68, 70, 125, 135, 217, 284, 285, 311, 329, 358.

E

ECAC (Ensaio Clínicos Aleatorizados e Controlados), 48, 120, 131, 133, 134, 135, 136, 143, 146, 148, 161, 162, 167, 169, 283.

EIO (Equipa Integrada de Orientadores), 99, 100, 273, 337, 346.

Entrevistas, 54, 55, 56, 109, 110, 111, 173.

Epidemiologia clínica, 49, 60, 118, 127, 143, 144, 145, 146, 147, 153, 161.

Escrutínio público, 63, 65, 137, 138, 215, 216, 356.

Estado-Nação, 178, 179.

Estado-Providência, 165, 173, 177, 178, 180, 181, 182, 198.

Ethos humanitário, 89, 116, 156, 165.

Evidência científica, 48, 49, 50, 54, 55, 61, 62, 63, 72, 76, 77, 104, 107, 110, 111, 115, 120, 132, 136, 141, 142, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 158, 160, 163, 166, 168, 169, 172, 173, 187, 198, 200, 202, 203, 205, 206, 207, 208, 209, 216, 260, 267, 268, 287, 288, 290, 292, 295, 296, 300, 302, 303, 304, 307, 308, 311, 313, 314, 319, 321, 328, 337, 339, 344, 345, 347, 349, 355, 359, 361.

Experiência clínica, 51, 115, 116, 130, 142, 147, 148, 149, 150, 151, 166, 167, 168, 169, 298, 300, 302, 308, 324, 330, 344, 346, 347, 351.

F

FNAM (Federação Nacional dos Médicos), 250, 251, 252, 253, 254, 260, 261, 270, 325, 358.

G

Governança clínica, 50, 70, 215, 217, 232, 249, 251, 256, 266, 271, 272, 283, 309, 322, 324, 344, 345, 356, 357, 360.

Grupos Focais, 54, 55, 56, 101, 102, 103, 104, 105, 268, 272, 274, 275, 278, 331, 337, 340, 343, 344, 353, 362.

I

Ideologia profissional, 117, 241, 243, 277.

Incerteza, 48, 49, 52, 83, 116, 118, 127, 131, 142, 162, 174, 175, 187, 193, 293, 297, 298, 300, 345.

Incomensurabilidade, 77, 158, 161, 293, 297.

Indicadores de desempenho, 189, 192, 195, 233, 260, 263, 265, 269, 284, 360.

J

Julgamento clínico, 48, 50, 51, 52, 60, 61, 70, 77, 90, 94, 101, 116, 126, 132, 133, 148, 151, 153, 155, 156, 159, 160, 283, 284, 292, 294, 297, 300, 305, 343, 345, 346, 359, 362, 363.

Jurisdição profissional, 305, 309, 311, 342.

M

MBE (Medicina Baseada na Evidência), 47, 48, 49, 50, 51, 54, 60, 61, 63, 68, 70, 76, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 109, 111, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 127, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 151, 152, 156, 157, 158, 159, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 171, 186, 193, 198, 199, 202, 209, 289, 290, 297, 301, 305, 307, 308, 313, 314, 316, 318, 319, 320, 321, 323, 348, 349, 350, 351, 359, 361, 363.

Medicina científico-burocrática, 272, 284.

Medicina hospitalar, 77, 129, 236, 237, 238, 239, 241, 244, 245, 256, 317, 344, 349, 359.

Mentalidade clínica, 51, 303, 348.

Meta-análises, 48, 146, 150, 152, 161, 162, 167, 334, 349.

Métodos mistos, 93.

MGF (Medicina Geral e Familiar), 49, 52, 53, 54, 55, 56, 62, 71, 76, 77, 78, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 111, 112, 214, 216, 217, 226, 233, 234, 235, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 272, 275, 278,

- 280, 285, 293, 301, 303, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 320, 321, 322, 325, 327, 328, 330, 333, 337, 344, 346, 349, 350, 353, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363.
- Modelo beveridgiano, 175, 182.
- Modelo biográfico, 53, 78, 235, 245, 263, 277, 323, 344, 346, 348, 359, 360.
- Modelo biomédico, 75, 77, 117, 240, 241, 243, 359.
- Modelo bismarckiano, 174, 175, 180, 182, 199, 226.
- Modelo clínico centrado no doente, 50, 77.
- N**
- Narrativa, 152, 155, 156, 160, 190, 346.
- NGP (Nova Gestão Pública/Managerialismo), 171, 188, 194, 198, 209, 232, 249, 271.
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), 141, 206, 207, 266.
- NOC (Normas de Orientação Clínica), 48, 50, 51, 53, 55, 56, 65, 70, 77, 86, 100, 102, 108, 109, 111, 115, 118, 119, 120, 124, 126, 138, 139, 141, 146, 152, 161, 162, 163, 166, 198, 199, 206, 216, 233, 257, 275, 281, 283, 284, 287, 288, 297, 298, 301, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 313, 314, 317, 318, 320, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 347, 348, 349, 351, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363.
- O**
- Objectividade, 50, 117, 118, 119, 121, 126, 128, 140, 150, 154, 159, 162, 171, 283, 287, 294, 308, 311.
- Observação directa, 54, 99, 102, 105.
- OM (Ordem dos Médicos), 89, 108, 247, 312.
- P**
- Padronização, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 63, 66, 67, 69, 70, 76, 91, 94, 104, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 127, 137, 138, 139, 140, 141, 215, 233, 257, 272, 281, 283, 285, 286, 288, 290, 301, 302, 303, 309, 311, 317, 345, 346, 350, 353, 355, 356, 357, 359, 361, 362, 364.
- Pesquisa (investigação) qualitativa, 85, 90, 92, 93, 94, 363.
- Pesquisa de terreno, 54, 98.
- Phronesis, 52, 59, 116.
- Poder profissional, 64, 65, 67, 69, 163, 164, 234, 306.
- Políticas de saúde, 55, 140, 147, 172, 173, 174, 182, 183, 199, 266, 284, 308.
- Práticas profissionais, 52, 62, 73, 76, 91, 98, 104, 120, 138, 194, 195, 198, 215, 216, 256, 258, 281, 283, 284, 285, 286, 288, 290, 292, 295, 297, 310, 336, 342, 350, 361, 363.
- Prestação de contas (accountability), 52, 70, 121, 189, 194, 213, 215, 232, 271, 284, 285, 309, 310.
- Profissão médica, 60, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 76, 78, 91, 116, 125, 127, 131, 135, 136, 138, 164, 214, 243, 248, 251, 254, 255, 256, 306, 307, 308, 309, 317, 357.
- Profissionalismo médico, 53, 59, 63, 64, 67, 78, 126, 163, 164, 216, 235, 249, 256, 257, 263, 267, 268, 270, 271, 272, 284, 306, 309, 320, 344, 356, 357, 360.
- Prova estatística, 76, 77, 89, 91, 134, 153.
- Q**
- Quantificação, 119, 121, 127, 130, 187.
- R**
- RC (Reuniões clínicas), 99, 337.
- Reconfigurações epistemológicas, 49, 64, 115, 156, 310, 348.
- Recontextualização, 54, 91, 92, 281, 285, 337.
- Reflexividade, 83, 286, 291, 292, 294, 295, 301, 350, 362.
- Reforma CSP (Cuidados de Saúde Primários), 55, 95, 97, 107, 195, 197, 214, 216, 217, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 234,

- 235, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 258, 259, 260, 264, 272, 313, 356, 360.
- Revisões sistemáticas, 48, 135, 136, 146, 147, 150, 152, 162, 283, 291, 321.
- RPMGF (Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar), 250, 263, 318, 323, 331.
- S**
- Saberes profissionais, 62, 91, 92, 125.
- Sincretismo epistemológico, 77, 91, 297, 337, 348, 351, 361.
- Sistematização da evidência, 115, 127, 141, 146, 151, 152, 314.
- T**
- Troika, 108, 254. 312, 325, 331, 358.
- U**
- UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados), 95, 96, 99, 257, 258, 273, 279, 333, 337, 338, 341, 346, 347, 349, 362, 363.
- Uniformização, 210, 124, 139, 286, 297.
- USF (Unidade de Saúde Familiar), 55, 95, 96, 97, 99, 100, 195, 225, 227, 228, 229, 231, 232, 235, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 267, 268, 273, 274, 275, 278, 279, 313, 316, 333, 337, 338, 339, 340, 345, 346, 347, 349, 350, 351, 362, 363.
- USF-AN (Unidade de Saúde Familiar - Associação Nacional), 250, 253, 261, 262.
- V**
- Variação das práticas médicas, 48, 49, 78, 118, 127, 136, 355.

Hélder Raposo

Doutor em Sociologia pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-UL); Mestre em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE-IUL); Licenciado em Sociologia pela Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias (ULHT). Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde de Lisboa (ESSL-IPL). Investigador do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (CIES-ISCTE) e do Centro de Investigação em Saúde e Tecnologia (H&TRC) da ESSL. As áreas de investigação e interesse científico centram-se no conhecimento médico, nas profissões de saúde, nos consumos terapêuticos e na ética da investigação científica.

Foi vogal do Conselho de Deontologia da Associação Portuguesa de Sociologia (APS) e é atualmente Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Lisboa (ESSL) e membro da Comissão de Ética do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES-UC).

A discussão suscitada pela Medicina Baseada na Evidência acerca da necessidade de se desenvolverem instrumentos formais de apoio à decisão médica que contribuam para o reforço do seu perfil científico, deu lugar a uma reflexão sobre a necessidade de uma maior padronização para reduzir a variação das práticas médicas. Neste livro é desenvolvida uma abordagem sociológica centrada na problematização da ideia de padronização. Para explorar o seu alcance na prática clínica, empreendo uma análise compreensiva acerca da dimensão contextual e situada do conhecimento nas práticas profissionais concretas dos médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) – em dois contextos organizacionais específicos – com o propósito de discernir de que forma estes se vinculam aos instrumentos formais e em que medida procedem a articulações compósitas entre diferentes epistemologias médicas. Como conclusão, constata-se que a principal ideia a destacar é a de que os padrões não produzem efeitos forçosamente uniformes, uma vez que os mesmos são mobilizados através de articulações dinâmicas que fazem coexistir a padronização com formas de julgamento clínico discricionário. Assim, apesar de mudanças organizacionais concretas e de efeitos práticos significativos na cultura identitária dos profissionais de MGF, aquilo que a utilidade parcial dos padrões coloca em evidência é que apesar das aspirações de reforço da racionalidade objetiva, o que resulta da sua efetiva tradução empírica é, afinal, uma vitória pírrica da padronização.



**POLITÉCNICO
DE LISBOA**

**POLYTECHNIC
UNIVERSITY
OF LISBON**