

- Ferreira, Ana Sofia *et al.* (2010), "A contratualização de cuidados de saúde", em Jorge Simões (coord.), *30 Anos de Serviço Nacional de Saúde: Um Percorso Comentado*, Coimbra, Almedina.
- Melo, Miguel, e Jaime Correia de Sousa (2011), "Indicadores de desempenho contratualizados com as USF: um ponto de situação no actual momento da reforma", *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, pp. 28-34.
- MS/ACSS (2014), "Metodologia de contratualização no ano de 2015", disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia-Contratalizacao-CSP-2015.pdf> (consultado em 2 de março de 2015).
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2008), *Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais do Que Nunca*, OMS, disponível em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
- OPSS – Observatório Português para os Sistemas de Saúde (2008), *Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas*, Coimbra, OPSS, CEISUC.
- OPSS – Observatório Português para os Sistemas de Saúde (2013), *Dois Faces da Saúde*, OPSS e Mar da Palavra (s/c.).
- OPSS – Observatório Português para os Sistemas de Saúde (2014), *Saúde: Síndrome da Negação*, OPSS e INODES (s/c.).
- Pisco, Luís (2014), "O problema não está nas USF, mas onde não há USF...", *Jornal Médico*, disponível em <http://www.jornalmedico.pt/2014/03/17/luis-pisco-o-problema-nao-esta-nas-usf-mas-onde-nao-ha-usf/>.
- Teixeira, Lurdes (2012), *A Reforma do Centro de Saúde: Percursos e Discursos*, Lisboa, Mundos Sociais.
- Teixeira, Lurdes (2014), "Médico de família: mudanças organizacionais e reconfigurações profissionais", *International Journal on Working Condition*, 7, pp. 52-67.
- Willis, Evan (2006), "Introduction: taking stock of medical dominance", *Health Sociology Review*, 15, pp. 421-431.
- WONCA (2011), "The European definition of general practice/family medicine", disponível em <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf> (consultado em 24 de julho de 2014).

Capítulo 4

A padronização na medicina

Um olhar sociológico sobre os seus efeitos na medicina geral e familiar

Hélder Raposo

Tomando como referência o caso específico da reforma política que, a partir de 2005, imprimiu mudanças de grande alcance no âmbito dos cuidados de saúde primários em Portugal, procura-se neste texto discutir os efeitos e as implicações que resultaram dos novos enquadramentos organizacionais para o trabalho médico no contexto da especialidade de medicina geral e familiar (MGF). A razão principal que justifica a pertinência deste objetivo prende-se com o facto de terem sido introduzidos vários critérios e procedimentos de padronização nas práticas profissionais destes especialistas, o que significa que passou a tornar-se imperativo o cumprimento de objetivos quantificáveis pré-estabelecidos, ligados ao aumento da qualidade assistencial e da eficiência das práticas médicas (melhores resultados com menores custos).

A questão de fundo que aqui se procura explorar prende-se, então, com o alcance da padronização no trabalho médico, uma vez que o objetivo do controlo e da previsibilidade das suas práticas profissionais passou a constituir-se como um dos critérios principais para o horizonte da sustentabilidade financeira e para a melhoria da qualidade assistencial dos sistemas de saúde. Aliás, na ótica dos atores com responsabilidades ao nível do financiamento do sistema de saúde, esta é uma preocupação que é hoje amplamente partilhada e que, como tal, tem vindo a justificar uma ênfase crescente na necessidade da maior explicitação e fundamentação das decisões médicas.

Esta insistência no reforço da objetividade e na explicitação das decisões médicas, em contraponto ao estilo mais idiossincrático das práticas clínicas (em que os profissionais são soberanos na autonomia das suas decisões), funda-se no argumento de que uma das principais componentes do problema da escalada de custos e do avolumar de despesa ineficiente na saúde tem residido no chamado fenómeno da variação das práticas médicas. Ou seja, a perda de poupança de recursos é equacionada como resultando da existência de diferentes padrões de prescrição e de utilização dos cuidados de saúde por parte dos médicos.

Mas face às pressões para um maior controlo e previsibilidade no trabalho clínico, que alterações é que daí têm vindo a resultar para a profissão médica? Será

que o facto de existirem mecanismos de padronização e de a medicina estar pressionada pelo cumprimento de novos critérios significa que a prática desta profissão se pode tornar mais padronizada e as decisões médicas objeto de uma maior ingerência externa? E que leitura sociológica daqui se pode, então, inferir?

Ora, para efeitos da concretização desta breve discussão, as duas dimensões principais que aqui são tomadas como ilustrativas dos desafios e das dinâmicas da padronização na prática médica são, por um lado, a introdução de indicadores de desempenho da atividade assistencial, por via do processo de contratualização que passou a enquadrar as inovações organizacionais concretizadas pela reforma dos cuidados de saúde primários, e, por outro, o processo de implementação de Normas de Orientação Clínica (NOC) na prática médica para efeitos de melhoria da qualidade das intervenções profissionais.¹

Começando pela referência ao desenvolvimento das principais inovações da reforma dos cuidados de saúde primários — o princípio da contratualização de serviços e a respetiva responsabilização em função do desempenho — é importante considerar, desde logo, que os especialistas de MGF não foram um alvo passivo e impotente face à arbitrariedade centralista do Estado, dado que aspetos como a introdução de novas modalidades de pagamento e critérios remuneratórios, a implementação de sistemas de indicadores padronizados, ou mesmo o reforço dos princípios de transparência e publicitação de resultados, não se concretizaram numa lógica de total divórcio relativamente à profissão médica.

Dito de um outro modo, constata-se que no âmbito desta especialidade médica houve desde o início da reforma dos cuidados de saúde primários uma vinculação voluntária aos novos princípios organizacionais, pelo que muitas das novas orientações não só foram genericamente bem acolhidas e incorporadas pelos setores mais interventivos desta especialidade médica (designadamente os mais próximos da sua associação profissional), como a operacionalização de muitas dessas inovações foram, de facto, o resultado de um envolvimento direto de alguns profissionais desta área.² Pode-se, então, considerar que em lugar de uma simples ingerência externa imposta draconianamente sobre a profissão médica, o desenho e a implementação de novas medidas convergiram, em bom rigor, com muitas das estratégias de afirmação e valorização profissional desta especialidade no quadro da sua institucionalização e do progressivo reforço do seu perfil científico.

Aliás, no caso da MGF em Portugal, tal é particularmente notório desde a própria criação da carreira médica de clínica geral, em 1982, dado que durante as etapas inaugurais da implementação dos cuidados de saúde primários, os especialistas desta área foram empreendendo várias iniciativas associativas de afirmação profissional, sempre com o objetivo explícito de tentar alterar a situação de assimetria estrutural que desde cedo se foi verificando entre a centralidade do hospital no sistema de saúde e o investimento marginal do Estado nos cuidados de saúde

1 As NOC correspondem aos chamados *Clinical Guidelines*.
2 Esta associação de representação socioprofissional dos médicos de clínica geral foi criada em 1983, tendo sido rebatizada em finais de 2011 como Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), sendo esta a sua atual designação.

medicina estar pressio-
nada desta profissão
de uma maior inge-
nueria inferir?

as duas dimensões
e das dinâmicas da
o de indicadores de
contratualização que
as pela reforma dos
ementação de Nor-
tos de melhoria da

principais inovações da
contratualização de
enho — é importan-
em um alvo passivo e
aspectos como a in-
ternatários, a imple-
mento o reforço dos
o se concretizaram
a.

especialidade médi-
cários uma vincula-
e muitas das novas
poradas pelos seto-
mente os mais próxi-
o de muitas dessas
to de alguns profis-
uma simples inge-
dica, o desenho e a
com muitas das es-
dade no quadro da
científico.

notório desde a pró-
do que durante as
mários, os especia-
ativas de afirmação
situação de assime-
dade do hospital no
cuidados de saúde

nica geral foi criada em
esa de Medicina Geral e

primários, não obstante toda a retórica política de cariz laudatório sobre a importância estratégica dos mesmos (Carapinheiro, 2006).

Tal significa, portanto, que é nesta trajetória de sucessivas tentativas de influência do carácter periférico da MGF no sistema de saúde que pode ser entendido o envolvimento ativo destes especialistas em diversos momentos-chave do desenvolvimento das políticas públicas em matéria de cuidados de saúde primários. Aliás, muitas das iniciativas e soluções que visavam obviar o peso do controlo administrativo do Estado, tanto em aspetos ligados às condições de trabalho e remuneração, como ao nível de um maior reconhecimento e prestígio social e profissional, partiram, justamente, da MGF.³

Uma outra dimensão onde a lógica de envolvimento ativo da MGF acaba também por ser particularmente visível é a que diz respeito às tentativas de instauração de processos de criação de NOC para efeitos de prossecução de objetivos de “melhoria” da qualidade do desempenho profissional e organizacional.

De facto, se é verdade que no âmbito dos processos de desenvolvimento de mecanismos de padronização, as NOC se destacam por tenderem a suscitar uma receção ambivalente junto da profissão médica — a ameaça da interferência no espaço de julgamento profissional, por um lado, e uma possibilidade de reforço do estatuto profissional por via de uma maior consistência científica associada ao conhecimento especializado, por outro —, não deixa também de ser notório que no caso da especialidade da MGF o seu envolvimento cedo se foi tornando uma realidade efetiva.

Assim, e em termos mais concretos, o empenho dos médicos de MGF no processo de implementação de NOC na prática profissional da medicina pode ser interpretado como uma tentativa de assegurar que estes instrumentos não tivessem uma carga impositiva, pois a ênfase que foi claramente desencadeada a partir dos compromissos que o Estado português foi forçado a assumir no quadro da ajuda externa providenciada pela chamada *troika*, em maio de 2011, passou a acentuar imperativos de reforma estratégica como a otimização da atribuição dos recursos, assim como a redução da despesa em saúde, nomeadamente ao nível dos padrões de prescrição dos medicamentos no âmbito das consultas e dos próprios meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), ou seja, as rubricas que representam os maiores encargos financeiros para o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Nesta medida, não surpreende que no âmbito da evolução do processo de implementação das NOC em Portugal, estes profissionais se tenham centrado na tentativa de garantir a sua participação nas fases de elaboração e discussão das normas, dado que uma das ideias que mais ecoou nos diversos fóruns de debate

3 As tentativas de implementação de inovações organizacionais potencialmente promotoras da concretização do projeto de ampliação e reforço de prerrogativas profissionais tornaram-se mais notórias a partir da década de 1990. O seu objetivo fundamental visava 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, o Regime Remuneratório Experimental ou o Tubo de Ensaio foram, assim, etapas preambulares de um processo que instaurou novas lógicas de trabalho, de avaliação e de remuneração (Silva, 2010; Teixeira, 2012).

inter pares foi 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 externas à própria profissão. Esta preocupação em tentar modelar o processo evidenciou, assim, a preocupação dos profissionais em 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 variações e imprevisibilidades dos cuidados individualizados.

Ora de acordo com este posicionamento estratégico, que reflete a negociação de um importante espaço de autonomia dos profissionais, as NOC foram sendo perspectivadas como não devendo determinar a prática clínica, mas somente orientá-la, no sentido de se constituírem como um instrumento que se adapta às dinâmicas e complexidades do trabalho clínico. O aspeto que desde cedo foi sendo bastante sublinhado — e que, aliás, vai ao encontro do direito consagrado no código deontológico da profissão relativo à excecionalidade do cumprimento de orientações desta natureza — foi o de que as razões que presidem às decisões contrárias ao estipulado nas NOC estejam sempre devidamente fundamentadas, o que significa a garantia de que a autonomia clínica tenha precedência sobre os aspetos prescritivos e normativos destes instrumentos.⁴

Ora perante a evidência de que tanto nos aspetos decorrentes da contratualização dos indicadores de desempenho desencadeados pelos novos modelos organizacionais dos cuidados de saúde primários, como nos aspetos que se relacionam com a implementação de NOC na prática médica para efeitos de melhoria da qualidade das intervenções profissionais, constata-se que as transformações produzidas pela padronização na medicina foram, na verdade, relativamente diminutas e circunscritas.

Este facto convida-nos, assim, a reequacionar os limites e as possibilidades da ingerência externa relativamente à esfera da decisão médica. No primeiro caso, porque os profissionais de MGF tiveram uma adesão voluntária às novas orientações organizativas, uma vez que viram nesse enquadramento condições favoráveis para o seu projeto de afirmação profissional, ao passo que no segundo caso esse impacto diminuto resulta do facto de o processo de implementação das NOC nos mostrar que as organizações profissionais dos médicos estiveram ativamente presentes nos processos de definição, validação e estabelecimento desses instrumentos.

É claro, no entanto, que estas dinâmicas de padronização não foram completamente inócuas nos seus efeitos, particularmente os que resultaram da contratualização de indicadores para a avaliação do desempenho profissional. Os principais

4 Segundo o Artigo 38.º do Código Deontológico da OM (referente à *objeção técnica*), é estipulado que "a recusa de subordinação a ordens técnicas oriundas de hierarquias institucionais, legal ou contratualmente estabelecidas, ou a normas de orientação adotadas institucionalmente, só pode ser usada quando o médico se sentir constrangido a praticar ou deixar de praticar atos médicos, contra a sua opinião técnica, devendo, nesse caso, justificar-se de forma clara e por escrito".

efeitos paradoxais e as consequências inesperadas das novas orientações organizacionais e dos seus modelos de gestão introduzidos pela reforma dos cuidados de saúde primários prendem-se com o facto de a operacionalização destes novos enquadramentos ter estabelecido uma dinâmica de valorização da qualidade e do desempenho que em muitas vertentes se foi divorciando das concepções e da experiência dos profissionais.

Com efeito, se ao nível dos princípios e dos objetivos da reforma dos cuidados de saúde primários não houve aparentemente nenhuma clivagem profunda no interior da MGF (há, aliás, um apelo insistente por parte de muitos profissionais para que a reforma prossiga e intensifique as virtudes inerentes à sua concretização inicial) (Braga, 2013), as questões problemáticas começaram, no entanto, a colocar-se nos aspetos relacionados com a definição dos indicadores de desempenho organizacional e com os seus critérios de avaliação. Deste modo, efeitos perversos tais como o aumento do volume de trabalho de teor mais burocrático, a avaliação restritiva do desempenho profissional ou os constrangimentos crescentes relativamente à dificuldade de pôr em prática a personalização e a individualização dos cuidados — objetivos preconizados pela própria MGF (ou seja, cuidados globais, integrados e continuados) (Jordão, 1995) —, constituem-se como fatores críticos que não só começaram a desafiar a especialidade ao nível de um controlo mais efetivo deste processo, como vão “forçando” um certo afastamento da MGF relativamente ao seu modelo distintivo: o modelo centrado no doente.

Isto significa que a pressão para o cumprimento de indicadores, sobretudo quando a esse cumprimento corresponde uma remuneração, começou a fazer emergir várias preocupações por parte dos profissionais com o alcance dessas práticas.⁵ O estabelecimento do que depreciativamente se passou a designar de uma *Medicina Baseada nos Indicadores* torna-se, assim, limitador das possibilidades profissionais relativamente ao desempenho do seu trabalho e conduz a um maior alinhamento com uma lógica mais burocrática e, simultaneamente, mais biomédica, designadamente quando se passou a focar no cumprimento de indicadores que para além de restritivos na abrangência das áreas clínicas integram também métricas que “apenas” contemplam resultados mais centrados na doença e na sua monitorização.

Como conclusão, é importante salientar que uma das potencialidades da abordagem sociológica para o esforço compreensivo de procurar interpretar os

5 No quadro das novas unidades funcionais preconizadas pela arquitetura organizacional da reforma (que substituiu a figura do tradicional centro de saúde) foram previstos três modelos de unidades de saúde familiar (USF), A, B e C, embora o último (modelo C) tenha sido considerado um modelo experimental que, com efeito, 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 remeter para um processo de desenvolvimento do trabalho em equipa sem alterações substanciais da remuneração, 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 já estabelece uma relação mais evidente e efetiva entre desempenho e remuneração, tendo em conta níveis de desempenho mais exigentes em função do seu “amadurecimento organizacional” (cf. Miguel, 2010: 376; Teixeira, 2012: 108).

efeitos e as dinâmicas geradas por este tipo de processos reformistas passa pela necessidade de aferir em que medida as expectativas de controlo e previsibilidade dos modelos e dos critérios de racionalização são viáveis e realistas, designadamente quando está em causa a sua implementação na realidade específica dos contextos profissionais. Ora o que aqui se verificou foi que no caso específico da medicina as iniciativas de padronização provenientes da ação dos atores externos não produzem efeitos lineares, dado que se confrontam com uma profissão cujo conhecimento é complexo (por lidar com situações de incerteza) e, sobretudo, objeto de um controlo interno particular.

Por esta razão, e em suma, qualquer esforço mais voluntarista de tomar como previsíveis os resultados dos processos de racionalização e de padronização no mundo dos profissionais e das organizações onde estes operam terá sempre o seu sucesso condicionado se não for permeável ao esforço de compreensão do conhecimento médico e das modalidades de incorporação e de adaptação local das regras e instrumentos de padronização. É, enfim, por esta razão que são sempre férteis as perspetivas de diálogo disciplinar, e isto não só no interior da sociologia (articulando áreas como os estudos sociais de ciência, a sociologia médica ou os estudos organizacionais), mas também com áreas que lhe sejam externas (desde a epistemologia médica, passando pela economia da saúde até à própria esfera das políticas públicas). O importante é que o esforço de interpretação da realidade nos estimule a equacionar a exploração de vários ângulos de abordagem, pois só por esta via se evitam reducionismos e generalizações, mas acima de tudo, se podem deslindar os equívocos que enformam muitos dos discursos mais normativos sobre estas matérias.

Referências bibliográficas

- Braga, Raquel (2013), "A desaceleração do processo de reforma dos cuidados de saúde primários", *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29, pp. 218-220.
- Carapinheiro, Graça (2006), "A saúde enquanto matéria política", em Graça Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página, pp.137-164.
- Correia, Tiago (2012), *Medicina: o Agir numa Saúde em Mudança*, Lisboa, Mundos Sociais.
- 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.
- Raposo, Hélder (2014), *Entre Padronização e Discricionariedade: Reconfigurações do Conhecimento Médico na Medicina Geral e Familiar*, Tese de Doutoramento em Ciências Sociais, especialidade de Sociologia Geral, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Silva, Luís Miguel (2010), "Modelos de gestão nos cuidados de saúde primários", em Jorge Simões (coord.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: Um Percorso Comentado*, Coimbra, Almedina, pp. 355-387.
- Teixeira, Lurdes (2012), *A Reforma do Centro de Saúde: Percursos e Discursos*, Lisboa, Editora Mundos Sociais.

© Graça Carapinheiro e Tiago Correia (orgs.), 2015

Graça Carapinheiro e Tiago Correia (orgs.)
Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais

Primeira edição: setembro de 2015
Tiragem: 300 exemplares

ISBN: 978-989-8536-44-0
Depósito legal: 399564/15

Composição em caracteres Palatino, corpo 10
Conceção gráfica e composição: Lina Cardoso
Capa: Lina Cardoso
Revisão de texto: Ana Valentim Dias
Impressão e acabamentos: Europress, Lda

Este livro foi objeto de avaliação científica

Reservados todos os direitos para a língua portuguesa,
de acordo com a legislação em vigor, por Editora Mundos Sociais

Editora Mundos Sociais, CIES, ISCTE-IUL, Av. das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa
Tel.: (+351) 217 903 238
Fax: (+351) 217 940 074
E-mail: editora.cies@iscte.pt
Site: <http://mundossociais.com>