

OS IMPERATIVOS DA PADRONIZAÇÃO NO CONTEXTO DAS PRÁTICAS MÉDICAS: PISTAS PARA UM BREVE ENSAIO TEÓRICO

HÉLDER RAPOSO

ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA, INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

Resumo: Este texto procura ensaiar uma reflexão sociológica que, mobilizando contributos provenientes de vários domínios disciplinares, seja capaz de problematizar a emergência das dinâmicas de reconfiguração da profissão médica, bem como os significados subjacentes ao desenvolvimento das lógicas de regulação e padronização no interior deste campo. Resgatando a abordagem sociológica das generalizações interpretativas e dos enquadramentos que tendem a perpetuar a obstinação com a questão do aumento ou da perda do poder profissional, exploram-se em alternativa outros enfoques que propiciem pistas de reflexão e de trabalho sobre a dimensão contextual e situada dos conhecimentos padronizados no contexto das práticas profissionais concretas.

Palavras-chave: medicina baseada na prova, padronização, regulação, profissão médica, prática clínica.

INTRODUÇÃO

O acentuado protagonismo que a expressão *evidence-based medicine* – medicina baseada na prova¹ – actualmente assume no campo da saúde em geral, e na medicina em particular, constitui um importante indicador de mudanças substantivas que estão na base de múltiplas reconfigurações (epistemológicas, profissionais, organizativas, institucionais, políticas, etc.) que, no seu conjunto, apontam para a redobrada importância da dimensão científica na organização e na prestação dos cuidados de saúde. Esta nova terminologia tem subjacente a preocupação com a enorme diversidade da prática clínica

¹ Para efeitos de tradução da palavra *evidence*, utilizo aqui a noção de *prova* em detrimento da de *evidência*, embora esta última se tenha vulgarizado e se tenha tornado de uso corrente. Sobre as razões dessa utilização mais vulgarizada, é interessante considerar os argumentos avançados 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).

o que tem, aliás, feito da constatação relativa à persistente variação da medicina (Berg e Mol, 1998) um dos principais problemas a ultrapassar² (Weisz *et al.*, 2007: 708) até porque 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 racionalização dos custos (Timmermans e Kolker, 2004; Weisz *et al.*, 2007).

Nesse sentido, pode-se entender o desenvolvimento da medicina baseada na prova (MBP) como uma estratégia que está especificamente orientada para a tentativa de aplicar de forma mais uniforme e padronizada as provas científicas decorrentes da utilização das análises populacionais a vários aspectos da prática médica, como a validação das terapêuticas (Marks, 1997) ou as recomendações clínicas (Timmermans, Berg, 2003). Daqui resulta, portanto, que a MBP é entendida pelos seus promotores (Raposo, 2010) como uma nova metodologia que, para além de permitir conferir maior objectividade e validade aos processos de decisão clínica através de critérios epidemiológicos,³ é perspectivada como tendo a vantagem suplementar de se constituir como um requisito indispensável na promoção da eficácia e eficiência dos recursos e investimentos em saúde, na avaliação de tecnologias e na própria alocação dos recursos, sempre com base em estimativas probabilísticas de custo/benefício, que constituem hoje, e cada vez mais, uma ferramenta indispensável para a implementação de políticas de base mais *managerialista*.⁴

Com efeito, trata-se de uma orientação que se enquadra num contexto político-ideológico mais geral, e que é fortemente marcado 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 centradas na redução dos custos e na melhoria dos resultados económicos. 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 a empresarialização dos hospitais públicos são coerentes com a implementação de

² O trabalho, hoje clássico e seminal, do epidemiologista Archie Cochrane (1972/1999) apresenta os princípios subjacentes à medicina baseada na prova, pondo já a ênfase na importância das revisões sistemáticas dos ensaios clínicos randomizados, para que os profissionais possam ter acesso a informação de qualidade sobre as provas que suportam, ou refutam, as opções terapêuticas, evitando assim o mau uso das técnicas e recursos disponíveis.

³ Uma exploração mais aprofundada sobre a importância da quantificação e da prova estatística no pensamento biomédico pode ser encontrada em Raposo (2009). De resto, a importância da quantificação na demonstração de resultados é, igualmente, um princípio de incontornável importância nas avaliações e decisões *managerialistas* no campo da saúde.

⁴ Sobre a delimitação da natureza teórica deste conceito, e em particular no que este tem de mais específico em relação à designação de *gerencialismo*, é esclarecedora a fundamentação de Carvalho (2009: 42-52). Agradeço a precisão deste reparo a Tiago Correia.

princípios organizacionais que procuram corrigir, através de modelos de gestão privada, as ineficiências e desperdícios do sector público. Tal assim é que alguns autores (Timmermans e Kolker, 2004; Weisz *et al.*, 2007) têm associado a intensa expansão e desenvolvimento da produção de *guidelines* – ou normas de orientação clínica – à importância atribuída por parte dos políticos e dos gestores à redução dos custos e ao controlo dos constrangimentos financeiros, dado que os critérios de investimentos nos cuidados de saúde passam a estar vinculados à demonstração de resultados que sustentem quais as opções (tecnologias, medicamentos ou outros recursos terapêuticos) mais eficazes, benéficas e rentáveis.

Ora se estas reformas políticas⁵ no campo da saúde foram frequentemente promovidas e implementadas sem o envolvimento directo da profissão médica, indo não só contra os seus interesses corporativos mais estabelecidos, mas também fazendo entrar em cena novos actores, como os doentes, os gestores e outras categorias de profissionais de saúde (Tousijn, 2000), será que este mesmo contexto é limitador da autonomia clínica e do tradicional poder profissional da medicina? E será também plausível considerar que os novos equilíbrios nas relações entre o Estado, o capital e as profissões instauraram inelutavelmente um enquadramento que restringe e subordina a autoridade do *ethos* profissional da medicina nas organizações de saúde, precipitando, assim, um processo de esvaziamento da autoridade e autonomia do julgamento clínico e, em última instância, de proletarização e desprofissionalização?

Neste texto, mais do que tentar corroborar ou infirmar estas interrogações genéricas, procurar-se-á, isso sim, ensaiar uma reflexão sociológica que, mobilizando contributos provenientes de vários domínios disciplinares da sociologia (em particular a sociologia das profissões, da saúde, do conhecimento e os estudos sociais da ciência), seja capaz de ultrapassar o âmbito mais redutor e maniqueísta destas questões, dado que o carácter categórico das suas formulações secundariza e negligencia outros enfoques que problematizam a emergência de várias dinâmicas de reconfiguração da profissão médica, bem como os significados subjacentes ao desenvolvimento das lógicas de regulação e padronização. Assim, pelo seu carácter fundamentalmente teórico e de perscrutação analítica,⁶ o que através deste texto se procurará discutir são, por um lado, as razões e os interesses estratégicos (designadamente no interior da profissão médica) da crescente

⁵ Para uma contextualização panorâmica desta temática, remete-se o leitor interessado para Carvalho (2009), em particular o capítulo 1.

⁶ As pretensões deste texto confinam-se ao ensaio de algumas explorações teóricas decorrentes de uma investigação de doutoramento mais vasta, e ainda em fase de desenvolvimento, sobre a medicina baseada na prova em Portugal. Optou-se por não apresentar informações empíricas entretanto obtidas através da investigação, na medida em que esse processo ainda decorre, mas também porque o que entretanto já se recolheu carece ainda de um grau de sistematicidade que seja adequado a exercícios de natureza diferente da que aqui é trabalhada.

ênfase na padronização e o empenho na racionalização da Medicina, e por outro, compreender o carácter dinâmico e processual da produção e implementação de padrões, chamando a atenção não só para o seu carácter adaptativo e contingente, mas também, para a dimensão contextual e situada desses conhecimentos na prática profissional concreta, o que nos deverá alertar para o facto de que, não obstante estas pretensões de universalidade e uniformização, a dimensão local põe em evidência o carácter plástico e recontextualizado que a mobilização e a “construção” desse conhecimento sempre implica no contexto das diversas práticas profissionais (Caria, 2005).

Previamente, no entanto, considera-se pertinente desenvolver um conjunto de considerações críticas relativamente a alguns pressupostos que têm ainda alguma ressonância, sobretudo no campo da sociologia das profissões. Ao fazê-lo, pretende-se justificar e delimitar melhor a natureza dos questionamentos e da reflexão deste trabalho, até porque contrariamente às interpretações mais convencionais que vaticinam cenários de inexorável ocaso do poder profissional da medicina, estamos hoje na presença de fenómenos bem mais complexos e heterogéneos, desde logo porque 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 assumpção 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.

1. DINÂMICAS ACTUAIS DO PODER PROFISSIONAL DA MEDICINA: NOVAS RESPOSTAS PARA “VELHAS” QUESTÕES

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, esta 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 monopólio profissionais mantidos por algumas profissões, como tem sido o caso, recorrentemente estudado, da medicina (Rodrigues, 1997; Gonçalves, 2007).⁷ No entanto, embora as principais análises críticas relativamente à dominância do poder

⁷ Sem pretensões de exaustividade, apenas se indicam estas duas referências, dado que são ilustrações esclarecedoras e acessíveis acerca desta perspectiva no âmbito mais alargado das correntes e problemáticas fundamentais deste campo disciplinar.

profissional tenham contribuído de forma decisiva para pôr em evidência o modo como as profissões utilizam o respectivo poder para construir e defender os seus interesses e prerrogativas, assim como para obter o 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 as superespecializações no interior da medicina e respectiva 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 crescente envolvimento dos governos no financiamento e na regulação dos cuidados de saúde, ou o desenvolvimento das actividades profissionais em organizações burocráticas e o conseqüente assalariamento desses grupos, constituem exemplos representativos de algumas implicações com conseqüências substantivas na alteração da autonomia na profissão médica (Tousijn, 2000; Timmermans e Kolker, 2004).

É, justamente, neste quadro de entendimento relativo à erosão do prestígio, do monopólio e de outros privilégios de poder profissional, que adquirirão protagonismo algumas teses – nomeadamente as da proletarização e desprofissionalização –, cujos enfoques se destacam por preconizarem, no seu essencial, o crescente declínio de competências e qualificações 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 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 e são 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 vaticinam cenários de inelutável declínio 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 novas dinâmicas que são indicativas do reforço de novas dimensões de poder, como acontece, nomeadamente, com a gradual tendência de auto-regulação em matéria científica em algumas áreas da medicina, o que significa que o impacto das

actuais lógicas de produção de *guidelines* baseada em novos modos de produção da prova científica, apontam para a emergência de novos papéis profissionais. Tal significa, portanto, que se a um nível individual⁸ se pode admitir como plausível alguma erosão da autonomia médica, sujeita que está a mais constrangimentos e formas de escrutínio público, a um nível colectivo essa autonomia até se tende a reforçar por via de novos papéis regulatórios, como a definição e produção de padrões, *guidelines* e protocolos (Tousijn, 2000).

Neste sentido, torna-se relevante relembrar o potencial heurístico de algumas dimensões de análise importantes, como sejam as relativas ao carácter heterogéneo, internamente estratificado e divergente das profissões, dado que permitem evitar quadros de leitura muito dicotómicos, 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 se pretende 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

⁸ À semelhança do que fiz notar na nota 4, também aqui agradeço a observação de Tiago Correia sobre as dinâmicas da autonomia médica, no sentido em que podem ocorrer em simultâneo tendências de reforço e enfraquecimento dessa autonomia. Neste argumento procura-se justamente dar conta do modo como alguns (poucos) médicos usam as regras do mercado para o reforço da sua posição em termos individuais e autónomos à profissão (cf. Stoleroff e Correia, 2008; Correia, 2009).

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 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 – em que algumas das especialidades praticamente se tornam elas próprias profissões (Tousijn, 2000) –, mas também a estratificar-se internamente, 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). Em grande medida, daqui resultam algumas importantes 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 de carácter internacional, o que lhes confere conhecimento e legitimidade para definirem e estabelecerem as bases dos padrões e dos *guidelines*. É, aliás, também nesse sentido que Freidson (1986) argumenta, dado que na sua preocupação analítica com o papel da autonomia clínica em contextos crescentemente burocratizados considera que, em última instância, são os médicos que produzem e formulam os padrões.

É certo que entre a comunidade médica esta questão é bastante controversa e geradora de clivagens importantes, na medida em que o desenvolvimento de protocolos e de *guidelines*, com base na “melhor” evidência disponível, reactualiza com uma acuidade bastante notória discussões que conduzem à confrontação de distintos entendimentos relativamente aos fundamentos da própria medicina. Sobretudo para os que se inscrevem na tradição do humanismo médico, a natureza das críticas que desenvolvem orienta-se para a problematização da especificidade das relações terapêuticas e das respectivas dimensões da experiência humana que lhe estão subjacentes, o que significa que face à perspectiva da crescente utilização dos protocolos e *guidelines*, e do lugar central que os mesmos ocupam no âmbito do trabalho clínico, tendem a multiplicar-se posições contestatárias que, em termos substantivos, sustentam que a MBP promove a erosão da autoridade da arte médica ao desvalorizar a autonomia dos médicos ao nível das suas faculdades de julgamento clínico; que esta enfatiza obsessivamente a quantificação e a objectividade em detrimento da experiência clínica; que empobrece o *ethos* humanitário da medicina; que desvaloriza a incerteza; que sobrepõe a racionalização económica da prestação dos cuidados de saúde à autonomia profissional; e que dilata a plasticidade do

próprio conceito de MBP, o que o torna facilmente apropriável para outros actores no campo da saúde (governos, seguradoras, indústrias farmacêuticas) que aí encontram legitimação para promoverem novos critérios de financiamento e de racionalização económica baseados em análises de custo-benefício.

Claro que não obstante tratar-se de um debate em nada despidendo, até porque coloca em destaque aspectos directamente relacionados com as transformações da própria natureza do conhecimento médico, agora mais estruturalmente baseado na epidemiologia (Timmermans e Kolker, 2004; Raposo, 2009), o que, no entanto, assume uma pertinência redobrada na linha de argumentação deste texto, é a questão relativa ao modo como se desenvolvem novos equilíbrios e dinâmicas de reforço e legitimação do profissionalismo médico. E isto no sentido em que alguns segmentos da profissão médica, mais do que incorporarem a abordagem managerialista, “colonizam-na” activamente, dado que se vão tornando bem-sucedidos no desenvolvimento de um papel regulatório que não só transforma a produção do conhecimento, como viabiliza um reforço importante no poder profissional por via da produção e disseminação do mesmo a uma escala organizacional cada vez mais consolidada (Kuhlmann, 2006). Verifica-se, assim, que através da acentuação da procura de maior certeza médica, estabelecem-se novas configurações de profissionalismo médico, pois apesar de o processo de produção e formulação de *guidelines* poder envolver vários actores, alguns dos quais externos ao campo médico (Timmermans e Epstein, 2010), uma parte muito importante do protagonismo deste processo é assumido pelos profissionais médicos (Timmermans e Kolker, 2004).

Tal significa, portanto, que mais do que a simples intrusão das prerrogativas provenientes da gestão, 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 permitem proceder a sofisticadas avaliações metodológicas relacionadas com o *design* das investigações, bem como com os resultados estatísticos, o que é um aspecto de grande importância, atendendo às dificuldades que uma parte substancial dos clínicos tem em dominar conceitos e princípios epidemiológicos (Timmermans e Kolker, 2004: 185).

De resto, a ênfase neste tipo de conhecimento torna-se, em alguns contextos, de tal forma estratégica que a abordagem da MBP se torna num discurso de poder cuja retórica ao ser mobilizada se transforma num instrumento de reforço da autoridade profissional, sobretudo junto de actores provenientes da burocracia administrativa (Geltzer, 2009). Noutros casos, pode inclusivamente constituir-se como uma oportunidade não só para a reprofissionalização da medicina através da aproximação e incorporação de valores,

princípios e práticas organizacionais coerentes com a racionalidade gestonária, mas principalmente para a profissionalização de alguns segmentos ocupacionais da profissão médica – como os 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 (Pickard, 2009).

Com efeito, e a título meramente ilustrativo, é interessante verificar – com base em alguns elementos empíricos resultantes da recolha exploratória de um processo de pesquisa empírica ainda em curso sobre o contexto médico nacional⁹ – quais as áreas médicas que efectivamente parecem protagonizar uma ligação mais estreita com a abordagem da MBP. Assim, se considerarmos especificamente as actividades de formação e divulgação levadas a cabo pelo Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE),¹⁰ designadamente em termos de realização de vários cursos de pós-graduação e de Educação Médica Contínua em vários hospitais e universidades portuguesas, constata-se a existência de uma crescente procura que parece atestar a importância estratégica conferida à MBP. Trata-se, de facto, de um dado muito revelador, na medida em que das perto de 60 acções formativas asseguradas pelo CEMBE – entre 1999 e 2009 – 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 clínica geral, ao ponto de existir um protocolo de colaboração entre o CEMBE e a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, e que se traduz particularmente num curso pós-graduado de actualização que em 2010 contava já com a sua 7^a edição.

⁹ Reporto-me, tal como explicitado na nota 6, ao meu trabalho de doutoramento que se encontra em desenvolvimento no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, e que tem como objecto de estudo a MBP em Portugal.

¹⁰ O CEMBE 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), que tem como finalidade o desenvolvimento da área científica designada por medicina baseada na evidência. Foi criado em 1999 e tem como principais objectivos promover a divulgação de conhecimentos científicos, fazer investigação biomédica, formar e/ou colaborar na formação no âmbito da medicina baseada na evidência, prestar consultoria científica, bem como estabelecer os contactos nacionais e internacionais em matéria de disseminação e implementação de *guidelines*. Actualmente é composto por 32 membros (cerca de metade com estatuto de consultores), sendo que na sua maioria são médicos de várias áreas de especialidade, apesar de também estarem vinculados a este Centro consultores de outras áreas, em particular a área da enfermagem e da educação médica.

De facto, a par da indústria farmacêutica (sobretudo no âmbito da formação e da consultoria científica), esta é a especialidade médica que de forma mais efectiva se tem aproximado do CEMBE, o que é revelador da ênfase que tem sido concedida às metodologias da MBP. É um aspecto que, sem dúvida, merece e justifica maior indagação e problematização, até porque se trata de uma especialidade que, pelas suas características intrínsecas, está muito alicerçada na relação terapêutica com o doente, facto que poderia sugerir, no imediato, um maior privilégio da autonomia médica em matéria de decisão clínica – num sentido mais próximo do *ethos* humanitário da medicina – e não tanto na incorporação sistemática de normas de orientação clínica que decorrem de metodologias científicas resultantes de evidência baseada em critérios de prova estatística. Se, no fundo, se trata de uma estratégia profissional de maior visibilidade e afirmação face a outras especialidades médicas mais prestigiadas científica e simbolicamente, ou “apenas” 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, ou até mesmo uma tentativa de resposta às pressões managerialistas de demonstração de resultados e de fundamentação das práticas, é algo que deverá ser explorado de forma mais substantiva em fases mais adiantadas da investigação empírica a que atrás se aludiu.

2. DA PRODUÇÃO COLECTIVA DA PROVA À RECONTEXTUALIZAÇÃO PRÁTICA DA PADRONIZAÇÃO

Relativamente à génese da cultura subjacente ao desenvolvimento dos *guidelines* clínicos, trata-se de um processo que remete para uma longa história internacional, marcada sobretudo pelo protagonismo norte-americano (Weisz *et al.*, 2007). Esta liga-se, fundamentalmente, à intensificação de múltiplas e complexas actividades que, no campo da saúde, vão tornando o desenvolvimento de várias formas de padronização (Timmermans e Berg, 2003) um imperativo que se vai traduzindo na viabilização das condições necessárias para a aplicação de protocolos sobre as melhores práticas a desenvolver nas diversas situações e circunstâncias. De facto, e justamente no âmbito da realidade norte-americana, pode-se considerar que antes mesmo da “naturalização” dos ensaios clínicos randomizados como a melhor forma para medir a eficácia das acções médicas com base na investigação (Marks, 1997), e a partir desses resultados sistematizar as melhores recomendações para a prática clínica, já era patente a existência de um certo clima intelectual bastante propício à adesão a fortes convicções relativamente à autoridade moral das provas científicas provenientes da investigação

clínica no campo terapêutico e, portanto, à assumpção de um novo perfil científico (Marks, 2009).

No fundo, o que a pretexto desta referência aqui se procura salientar, é o modo como a orientação para a padronização – que faz da demonstração de resultados baseados em investigação científica de base epidemiológica um requisito indispensável – põe em evidência não só a proliferação de novos discursos e racionalidades, associados à transparência, eficácia e à regulação em detrimento dos julgamentos individuais e idiossincráticos, mas também, e muito significativamente, uma importante mudança na regulação da qualidade da prática médica. Trata-se de um processo efectivamente complexo, na medida em que envolve múltiplos grupos de actores com níveis de elevada interdependência, circunstância que em si mesma, e desde logo, evidencia o carácter bastante desadequado e redutor da dicotomia convencional que põe em confronto médicos e administradores (Weisz *et al.*, 2007).

De facto, a autoridade moral associada a esta nova lógica da produção colectiva da prova que envolve e implica uma alargada colaboração internacional, francamente exponenciada pelas novas dinâmicas de interdependência da actual globalização, resulta de amplas negociações colectivas que, principalmente desde a década de 1990, têm aglutinado o envolvimento de vários tipos de organizações, sobretudo médicas. O resultado mais marcante dos diversos empreendimentos na dinamização da criação de consórcios de investigação ou na consolidação de políticas de desenvolvimento dos *guidelines*, tem sido, manifestamente, o reforço e a difusão desta lógica regulatória, ao ponto de os *guidelines* se terem tornado ubíquos, isto não obstante ser possível verificar especificidades entre países, que são o resultado de complexas relações entre os múltiplos actores envolvidos (Weisz *et al.*, 2007: 711-712).

Para todos os efeitos, e sendo verdade que não há um padrão homogéneo na forma como estas metodologias vão sendo disseminadas e aplicadas aos vários campos de intervenção, o que para os objectivos da presente reflexão se justifica destacar como um dado particularmente relevante e estruturador do actual panorama da medicina contemporânea, prende-se com a ideia da emergência de uma nova forma de objectividade, marcada pela produção colectiva da prova. Esta análise, condensada na noção de “objectividade regulatória” (*regulatory objectivity*) (Cambrosio *et al.*, 2006; Cambrosio *et al.*, 2009), mostra-nos como a circunstância histórica de a medicina moderna do pós-guerra se ter tornado biomédica – ou seja, em mais estreita articulação e interdependência com as novas áreas da biologia –, nos permite falar, hoje, em modos de produção de convenções, normas e protocolos que tornam possível a objectividade na prática clínica. Esse carácter colectivo da prova, baseado em sistemas de convenções

tornados possíveis pelos estudos interlaboratoriais, ensaios clínicos multicêntricos, consórcios internacionais de investigação, etc., é fundamental para procedimentos de controlo de qualidade, recomendações clínicas ou *guidelines* práticos. Como referem os autores mencionados,

Para a biomedicina, é menos importante chegar a uma verdade (analítica ou outra) do que assegurar a compatibilidade entre diferentes laboratórios e hospitais. [...] 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. (Cambrosio *et al.*, 2006: 195)¹¹

Deste ponto de vista, parece não haver dúvida que as lógicas de regulação têm marcado, e viabilizado, o desenvolvimento da biomedicina contemporânea, ao ponto de não serem apenas o resultado de intervenções externas, mas também, e cada vez mais, de práticas endógenas que reflectem as necessidades práticas de convenções e critérios padronizados. Reflexo disso mesmo é a existência de múltiplos lugares – como laboratórios, publicações, entidades financiadoras, indústrias, etc. – 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 e racionalização do saber e da prática médica.

Há, todavia, um aspecto que a este respeito não pode ser negligenciado, e que se prende com o facto de a criação dos padrões ser um processo negociado, e portanto socialmente activo, que envolve diversos actores sociais do campo da saúde. Isto significa que os padrões são locais, contingentes e resultado de construções complexas, o que desmonta completamente o pressuposto de que estes seriam intrinsecamente neutros e impermeáveis às circunstâncias específicas que enquadram o processo da *produção colectiva de convenções* (Moreira, May e Bond, 2009). Aliás, através deste tipo de enfoque é a própria natureza social da prova científica que subjaz aos padrões que surge analiticamente equacionada, problematizando-se, assim, o entendimento positivista e factual da mesma (Goldenberg, 2006). Por isso mesmo, ao ser considerada a multiplicidade de factores não cognitivos que podem explicar a origem, transformação e legitimação do conhecimento formal associado aos padrões e protocolos, torna-se mais nítida a compreensão de que o estabelecimento da previsibilidade e da normalização que estes postulam resulta de alianças complexas e heterogéneas no campo da regulação da

¹¹ Tradução do autor.

saúde, razão pela qual Timmermans e Epstein argumentam que a objectividade e a universalidade dos padrões são conquistas árduas, que podem ser frequentemente sujeitas à contestação de outros actores (Timmermans e Epstein, 2010: 74).

Por esta mesma razão, questões como a produção da evidência científica associada aos padrões e *guidelines*, a sua distribuição e a adopção destes nos contextos institucionais concretos (Dopson e Fitzgerald, 2005) remetem, necessariamente, a abordagem para níveis que discutem a heterogeneidade e a contingencialidade de práticas e conhecimentos 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 são reveladoras do carácter dinâmico e adaptativo dos padrões. Daí que se compreenda que alguns autores critiquem a sobrevalorização de alguma literatura sociológica em relação ao impacto pretensamente hegemónico das normas de orientação clínica 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 e Kolker, 2004: 187).

Sob este ponto de vista, atribuir pertinência analítica às dimensões resultantes do conhecimento prático, tácito e proveniente da experiência, permite relativizar os efeitos dos *guidelines* nas decisões clínicas, pois o modo como essas decisões são elaboradas traduz a existência de uma articulação interactiva entre o conhecimento prático e quotidiano e a componente mais formal do conhecimento padronizado.

Aliás, mais importante até do que a estrita questão da implementação e da aplicação, que tende de certo modo a presumir uma adaptação passiva, importa reconhecer que as decisões que são elaboradas no contexto das práticas profissionais são muito mais do que meras manipulações situadas do conhecimento padronizado (Caria, 2005), uma vez que esse conhecimento é recontextualizado através de formas de reflexividade profissional que vão permitindo a sua tradução e adaptação aos contextos e às circunstâncias heterogéneas. Existem, portanto, como sublinha Caria (2005) a propósito do trabalho clínico dos veterinários, modalidades diferenciadas de recontextualização profissional do conhecimento que são fortemente mediadas e moldadas pelos sentidos contextuais resultantes das práticas concretas, circunstância que em si mesma é elucidativa do efectivo protagonismo que os saberes tácitos, implícitos e intuitivos assumem nas dinâmicas do julgamento clínico.

Alguns exemplos ilustrativos deste enfoque, embora com matrizes teóricas e preocupações analíticas relativamente diversas (Berg, 1998; Bourret, 2005; Serra, 2007)

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 doença e do doente, como também 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 *guidelines*, o que significa que o julgamento clínico não fica subsumido nas recomendações regulatórias dos *guidelines* e das provas epidemiológicas que os sustentam. Há, pelo contrário, um trabalho de constante reinterpretação e discussão 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 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 e Epstein, 2010: 83).

Também 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 clínico centrado no doente por um maior protagonismo da dimensão técnica e tecnológica, tende, contudo, 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.

Assim sendo, embora estes exemplos estejam longe de esgotar o reportório de trabalhos empíricos que problematizam alguns pressupostos mais maniqueístas relativamente ao significado do processo de construção e negociação de padrões e ao seu impacto na escala mais micro das práticas médicas, o que parece relevante fazer notar – embora no âmbito deste pequeno texto tal não se concretize empiricamente¹² – é, sem dúvida, o carácter diverso da medicina, nomeadamente ao nível da heterogeneidade das práticas e dos seus contextos institucionais concretos. Neste sentido, a consideração da contextualidade social subjacente à realidade da MBP pode conduzir-nos, no quadro de futuros aprofundamentos em termos de investigação empírica tendo em conta a realidade portuguesa, precisamente ao questionamento das estratégias e mecanismos de difusão desta metodologia, e da sua respectiva lógica regulatória, mas também do modo como a mesma é adoptada e recontextualizada no âmbito concreto de algumas especialidades médicas.

Nesta medida, a cultura e a prática científica das diferentes especialidades médicas são efectivamente um elemento a considerar, dado que para além de darem uma imagem da justa heterogeneidade da profissão médica, podem ser indicadoras de formas distintas e diferenciadas de recepção, acolhimento, incorporação, adaptação ou recusa dos princípios da MBP nas práticas profissionais concretas. Aferir quais as

¹² A referência a estes exemplos específicos procura aqui reflectir a afinidade que as opções empíricas que se encontram a ser forjadas e desenvolvidas no âmbito da minha pesquisa empírica com eles estabelecem. Quer isto dizer que, não obstante algumas das opções e estratégias de investigação estarem ainda a ser limadas – particularmente no que diz respeito à definição dos critérios de escolha das especialidades médicas a estudar para melhor aferir o “impacto” dos padrões e das provas estatísticas nas práticas médicas concretas –, há, no entanto, uma clara convergência com a preocupação de se explorar as racionalidades de carácter reflexivo das práticas profissionais desenvolvidas no âmbito de algumas especialidades médicas no contexto nacional.

especialidades médicas que melhor ilustram esta diversidade e determinar quais os modos concretos de proceder a essa avaliação são aspectos que, por agora, transcendem o enfoque mais limitado deste exercício de perscrutação teórica mas que apontam, e vinculam, estas pistas de reflexão, para a necessidade de futuros avanços na investigação empírica.

NOTAS FINAIS

Tal como se procurou salientar no decurso desta breve reflexão de carácter teórico, o interesse em discutir, mesmo que de forma condensada, as razões e os interesses estratégicos (designadamente em alguns sectores da profissão médica) da crescente ênfase na padronização e o empenho na racionalização da medicina, bem como o carácter dinâmico e processual da produção e implementação de padrões, justifica-se pela necessidade de algumas clarificações e delimitações analíticas. Ou seja, tratando-se a medicina de um domínio não unitário e heterogéneo, é importante não só evitar generalizações interpretativas acerca da natureza das suas reconfigurações, mas sobretudo encontrar enfoques de análise que consigam resgatar a abordagem sociológica de alguns enquadramentos – marcados sobretudo pelas preocupações mais ortodoxas do quadro da sociologia das profissões – que tendem a perpetuar a obstinação com a questão do aumento ou da perda do poder profissional.

Um desses enfoques alternativos passa por conferir maior centralidade à análise das diferentes bases científicas do conhecimento médico, agora mais estruturalmente alicerçado na abordagem epidemiológica. Perceber que consequências resultam desta transformação na produção do conhecimento, e dos novos poderes que daí decorrem, é uma indagação de grande pertinência, desde logo porque a prova estatística passa a definir o que conta como conhecimento válido, mas também porque habitualmente o carácter contingente e socialmente construído de alguns processos cognitivos que estão na base do conhecimento médico surgem “mascarados”.

Nesta acepção, o presente texto procurou, na sequência das considerações que se foram sistematizando, identificar e contextualizar as condições que estão subjacentes a uma cultura de racionalização e a um discurso da evidência. Por essa razão, naturalmente que assumiu algum destaque o questionamento dos fundamentos e pressupostos ideológicos dessa cultura de regulação marcada por modalidades de normalização e produção de convenções. Através desse exercício tornou-se mais nítido o modo como a actual biomedicina se desenvolve num contexto cada vez mais marcado por novos colectivos de actores que mobilizam modalidades de regulação de carácter transnacional ao nível da produção de convenções, critérios de normalização, sistemas

de classificação e padronização de modelos médicos. Trata-se, no fundo, de um panorama que denota a importância assumida pela dimensão institucional ao nível da produção e negociação colectiva quanto aos padrões e modelos de acção (convenções biomédicas) indispensáveis à normalização das práticas.

Mas como também se viu, não obstante a importância de identificar os fundamentos que suportam e alimentam os imperativos da padronização no contexto da MBP, o desafio analítico de explorar o carácter adaptativo e contingente da padronização afigura-se como uma orientação potencialmente fértil para a exploração e compreensão da dimensão contextual e situada desses conhecimentos na prática profissional concreta. Trata-se, portanto, de um aspecto que nos deverá alertar para o facto de que, apesar das pretensões de universalidade e uniformização, a dimensão local põe em evidência o carácter plástico e recontextualizado que a mobilização e a “construção” desse conhecimento sempre implicam no contexto das diversas práticas profissionais.

São, em suma, questões que, pela sua pertinência e actualidade no âmbito da agenda da investigação sociológica sobre esta temática, urgem ser exploradas de uma forma mais substantiva nos novos trilhos a que este trabalho pode, potencialmente, conduzir.

HÉLDER RAPOSO

Docente da área científica de Sociologia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL-IPL). Doutorando no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (ICS-UL).

Contacto: helder.raposo@estesl.ipl.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berg, Mark, Mol, Annemarie (orgs.) (1998), *Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. London: Duke University Press.
- Berg, Mark (1998), “Order(s) and Disorder(s): Of protocols and medical practices”, in Mark Berg e Annemarie Mol (orgs.) (1998), *Differences in Medicine. Unraveling practices, techniques, and bodies*. London: Duke University Press, 226-246.
- Bourret, Pascale (2005), “BRCA Patients and Clinical Collectives: New configurations of action in cancer genetic practices”, *Social Studies of Science*, 35(1), 41-68.
- Cambrosio, Alberto; Keating, Peter; Schlich, Thomas; Weisz, George (2006), “Regulatory Objectivity and the Generation and Management of Evidence in Medicine”, *Social Science & Medicine*, 63, 189-199. Cambrosio, Alberto; Keating, Peter; Schlich, Thomas; Weisz, George (2009), “Biomedical Conventions and Regulatory Objectivity: A few introductory remarks”, *Social Studies of Science*, 39(5), 651-664.

- Caria, Telmo (2005), “Uso do conhecimento, incerteza e interação no trabalho clínico dos veterinários”, in Telmo Caria (org.), *Saber Profissional*. Coimbra: Almedina, 197-231.
- Carneiro, António Vaz et al. (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.
- Carvalho, Maria Teresa (2009), *Nova Gestão Pública e reformas da saúde. O profissionalismo numa encruzilhada*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Cochrane, Archie (1999), *Effectiveness and efficiency. Random reflections on Health Services*, RSM Press [1ª ed.: 1972].
- Correia, Tiago (2009), “A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 83-103.
- Dopson, Sue; Fitzgerald, Louise (orgs.) (2005), *Knowledge to Action? Evidence-based Health Care in Context*. Oxford: Oxford University Press.
- Freidson, Eliot (1986), *Professional Powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Geltzer, Anna (2009), “When the Standards Aren’t Standard: Evidence-based medicine in the Russian context”, *Social Science & Medicine*, 68, 526-532.
- Goldenberg, Maya (2006), “On Evidence and Evidence-based Medicine: Lesson from the philosophy of science”, *Social Science & Medicine*, 62, 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.
- Kuhlmann, Ellen (2006), *Modernising Health Care: Reinventing professions, the state and the public*. Bristol: Policy Press.
- 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.
- Moreira, Tiago; May, Carl; Bond, John (2009), “Regulatory Objectivity in Action: Mild cognitive impairment and the collective production of uncertainty”, *Social Studies of Science*, 39(5), 665-690.
- Pickard, Susan (2009), “The Professionalization of General Practitioners with a Special Interest: Rationalization, Restratification and Governmentality”, *Sociology*, 43(2), 250-267.
- Raposo, Hélder (2009), “Risco e incerteza no pensamento biomédico: notas teóricas sobre o advento da quantificação e da prova experimental na medicina moderna”, *Análise Social*, 193, 747-765.
- Raposo, Hélder (2010), “A medicina baseada na prova na reconfiguração científica da medicina contemporânea: primeiras aproximações exploratórias”, in Ana Delicado; Vera Borges e

Steffen Dix (orgs.), *Profissão e vocação. Ensaio sobre grupos profissionais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 71-93.

Rodrigues, Maria de Lurdes (1997), *Sociologia das profissões*. Oeiras: Celta.

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.

Stoleroff, Alan; Correia, Tiago (2008), "A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação", CIES e-Working Paper, 47.

Timmermans, Stefan; Mark, Berg (2003), *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.

Timmermans, Stefan; Kolker, Emily (2004), "Evidence-Based Medicine and the Reconfiguration of Medical Knowledge", *Journal of Health and Social Behavior*, 45 (Extra Issue), 177-193.

Timmermans, Stefan; Epstein, Steven (2010), "A World of Standards but not a Standard World: Toward a sociology of standard and standardization", *Annual Review of Sociology*, 36, 69-89.

Tousijn, William (2000), "Medical Dominance in Italy: A partial decline". Lisboa, ISCTE e International Sociological Association (policopiado), 1-12.

Weisz, George; Cambrosio, Alberto; Keating, Peter; Knaapen, Loes; Schlich, Thomas; Tournay, Virginie, (2007), "The Emergence of Clinical Practice Guidelines", *The Milbank Quarterly*, 85(4), 691-727.