

Medicina
O agir numa saúde em mudança

Tiago Correia

MEDICINA

O AGIR NUMA SAÚDE EM MUDANÇA



LISBOA, 2012

© Tiago Correia, 2012

Tiago Correia

Medicina. O agir numa saúde em mudança

Primeira edição: Julho de 2012

Tiragem: 400 exemplares

ISBN: 978-989-8536-12-9

Depósito legal:

Composição em caracteres Palatino, corpo 10

Conceção gráfica e composição: Lina Cardoso

Capa: Nuno Fonseca

Revisão de texto: Manuel Coelho

Impressão e acabamentos: Publidisa, Espanha

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>

Índice

Índice de figuras e quadros.....	ix
Léxico de siglas.....	xi
Agradecimentos.....	xiii
Introdução.....	1
Parte I Para uma análise da ação profissional em contexto	
1 Delimitação do objeto de estudo.....	11
2 À procura de um espaço nas teorias das profissões.....	19
3 Uma abordagem das profissões pela ação reflexiva.....	31
4 Entendendo a reflexividade.....	41
A estrutura cognitiva da ação.....	41
A reflexividade entre aprendizagens e interesses.....	58
Parte II A reforma hospitalar: políticas, profissões e o agir	
5 Estado-providência e nova gestão pública.....	67
Delimitando o entendimento sobre a nova gestão pública.....	67
A nova gestão pública em Portugal.....	75
6 O hospital e a medicina na nova gestão pública.....	93
Da envolvente ao interior do hospital.....	93
Profissionalismo(s) médico(s) na nova gestão pública.....	109
Managerialismo e profissionalismo.....	121
7 A ação reflexiva entre constrangimentos e possibilidades.....	131
O sentido do vivido em dois contextos médicos.....	131
A reflexividade como produto e produtor da realidade social.....	142

	Para uma compreensão geral da ação social: perfis reveladores	152
8	Conclusão: uma saúde em mudança.....	161
Parte III Reflexão metodológica		
9	Em torno de uma experiência de investigação	173
	Referências bibliográficas.....	183
	Outras fontes.....	196

Índice de figuras e quadros

Figuras

4.1	Estrutura cognitiva da ação	49
5.1	Evolução da despesa consolidada orçamentada para o Ministério da Saúde (2002-2009)	84
5.2	Evolução dos gastos orçamentados para o SNS (2002-2009 – em milhões de euros).....	85

Quadros

4.1	Relação entre orientação dos interesses e estrutura cognitiva da ação.....	57
5.1	Contabilização dos prestadores hospitalares em Portugal Continental (2008)	81
5.2	Comparação entre estatutos jurídicos dos hospitais públicos portugueses	82
6.1	Traços característicos dos hospitais enquanto burocracias profissionais divisionalizadas	111
6.2	Traços característicos de dois serviços médicos paradigmáticos.....	123
7.1	Impactes dos interesses da ação na estruturação dos contextos de interação	132

Introdução

Nem sempre é fácil dominar a mestria de se condensar a complexidade de um trabalho alongado, no tempo e nos temas, com os critérios de clareza, objetividade e acessibilidade a públicos alargados que um título deve respeitar.

Se a escolha dos títulos, primeiro para o projeto de investigação, e depois para a tese de doutoramento (Correia, 2011), foi praticamente intuitiva e pacífica, agora, na fase de edição em livro, tornou-se bem menos serena. O título *A Gestão das Incertezas nas Certezas da Gestão. Uma Abordagem Sociológica sobre os Efeitos da Empresariação Hospitalar nas Relações Profissionais* encaixava na perfeição sobre onde se pretendia ir. Não só continha as palavras-chave que definiam o que estava em causa, como apontava para a conclusão a que se chegava: a presença de incertezas nas reformas da saúde em Portugal.

Contudo, o rigor favorecido pela distância permite compreender dificuldades inerentes a essa formulação. O seu sentido quase enigmático, além de não ter o alcance necessário para um leitor iniciado nestas questões, constituía muito mais um ponto de chegada do que uma porta de entrada. É nesse sentido que se opta agora por destacar como palavra central o “agir”. Deixa-se ao leitor a possibilidade de ir decifrando que incertezas estão a ser equacionadas, e até que ponto essas incertezas só existem enquanto tal em função do modo como se espera que a realidade social se mostre aos nossos olhos.

A questão de base traçada para este trabalho desde a sua fase mais embrionária foi perceber, sob um ponto de vista sociológico, as consequências do processo de empresarialização hospitalar nas relações de autoridade e autonomia entre médicos e gestores. Em 2007, quando o trabalho tem início, vive-se um quadro político ainda relativamente obscuro a esse respeito. Dois anos antes, o Partido Socialista ganhara as eleições legislativas com uma maioria parlamentar, apresentando-se com um discurso disruptivo em relação a opções dos governos prévios de coligação PSD-CDS (chefeados por Durão Barroso e, depois, por Pedro Santana Lopes). Passados estes anos, e sem que seja possível referenciar a fonte, mantém-se viva uma memória do candidato da altura, José Sócrates, a afirmar que as alterações operadas na saúde pelos governos anteriores tinham resultados

negativos, sobretudo do ponto de vista da natureza que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) começava a assumir. O assunto estava na ordem do dia, dado que em 2002 fora aprovada a Lei n.º 27/2002, responsável por importantes reconfigurações na Lei de Bases do SNS. Novos princípios para a gestão hospitalar pública, novos mecanismos de controlo da atividade profissional e novas figuras jurídicas para os hospitais dão início àquilo que se considera como a introdução sistematizada e irreversível da nova gestão pública (NGP) na saúde em Portugal.¹

No que diz respeito ao setor hospitalar, a opção política dos governos PSD/CDS tinha sido a tendencial transferência de hospitais SPA (vulgarmente designados hospitais públicos) para hospitais SA de capitais públicos. Em 2005, por altura das eleições, começaram então a surgir dados que apontavam para deficiências financeiras destes hospitais, agora com autonomia financeira, patrimonial e de recursos humanos. De acordo com o diagnóstico feito pelo candidato socialista, estes dados provavam a existência de graves problemas na gestão dos prestadores do SNS, propondo-se ele cessar a transformação SPA-SA e substituí-la pelo modelo EPE. Este foi apresentado como o caminho para uma gestão pública mais eficiente e equitativa. Assim aconteceu, pelo menos até altura das eleições que tiveram lugar em 2011, com a esmagadora maioria dos hospitais públicos portugueses a assumirem esse modelo EPE.²

O processo de empresarialização, tal como é entendido neste trabalho, representa um outro modo de pensar a administração pública, segundo o que no espaço académico se define como NGP. A sua existência, alargada à grande maioria dos países democráticos capitalistas, decorre das contradições das políticas distributivas da riqueza e do modo como a atividade pública foi pensada após a Segunda Guerra Mundial. Em relação ao futuro, é certa a tendência para a maior liberalização dos mercados, mas cujas consequências são impossíveis de prever com a acuidade necessária.

De forma ainda muito introdutória, por empresarialização entende-se uma ideologia que encontra na importação de mecanismos outrora característicos da gestão privada a solução para uma atividade pública apta a lidar com constrangimentos financeiros e fiscais. Neste quadro, a questão de partida que guiou este trabalho foi: até que ponto o aumento de poder jurídico atribuído pelo poder político aos gestores hospitalares afeta a autonomia médica? Estará a medicina sob um maior controlo administrativo no quadro da empresarialização hospitalar?

A pertinência empírica do processo de empresarialização dos hospitais prende-se com o facto de envolver uma articulação de diferentes esferas da sociedade, desde os seus níveis mais amplos — como questões de natureza político-ideológica —, até

1 Após a formulação da referida lei, os estatutos jurídicos dos hospitais passaram a ser (além dos hospitais privados): estabelecimentos públicos SPA (setor público administrativo), EPE (entidades públicas empresariais) e SA (sociedades anónimas, com ou sem capitais públicos).

2 Importa clarificar que este trabalho cobre um período temporal circunscrito, grosso modo, entre 2002 e 2010, não se debruçando sobre dinâmicas mais recentes, principalmente as que decorrem da negociação das condições do resgate financeiro de Portugal pelo Fundo Monetário Internacional, a Comissão Europeia e o Banco Central Europeu, nem as que decorrem da mudança para um novo governo de maioria parlamentar PSD-CDS.

aos contextos mais próximos da vida quotidiana — como a prestação de cuidados de saúde.

Começa a ser evidente a necessidade de uma interpretação sistémica da realidade social, compreendendo que as dinâmicas ocorridas no hospital não podem estar dissociadas de diferentes contextos e funções. Estes contextos dizem respeito a vários sistemas que envolvem o hospital, tais como o sistema hospitalar ou o sistema de saúde, os quais são influenciados por um sistema político-financeiro nacional, por sua vez respeitador de orientações supranacionais. Na realidade, a prestação regulada de cuidados representa um dos pilares da conceção de qualquer Estado-providência, porventura dos mais dispendiosos e que maior visibilidade e preocupação suscitam, tanto às populações como aos decisores políticos. A questão tem ainda mais relevância em relação ao hospital — figura emblemática do SNS —, daí que uma análise sobre o tema obrigue a uma reflexão sobre o próprio Estado.³

Além disso, importa considerar diferentes saberes profissionais em presença nestes contextos. Está em causa, não só o saber estruturante da medicina e das suas áreas de especialização adjacentes, como o de áreas tradicionalmente mais afastadas, como a gestão, a economia, o direito ou a engenharia. Por essa razão, torna-se limitativo pensar a prestação de cuidados ignorando a progressiva complexidade organizacional que se tem instalado. Há muito que a atividade central do hospital — relação médico/doente — envolve domínios que a transcendem, fazendo com que nestes espaços se encontrem dinâmicas transversais a qualquer outra organização de tipo empresarial. Negociar preços de compra de *inputs* (e.g. medicamentos ou os mais variados utensílios médicos e/ou de enfermagem), contratualizar a atividade efetuada, parcelando o desempenho individual de cada serviço, quantificar o preço por doente em função de uma determinada doença, pensar na eficiência dos recursos existentes, enviar notas de débito aos utilizadores pelo serviço prestado, estes são alguns dos exemplos daquilo que hoje se define como a atividade da organização hospitalar, cada vez mais assumida como a prestação de mais um serviço. Não foi, por isso, fortuita a referência a utilizadores. Associados à lógica de prestação de serviços estão presentes aspetos como a qualidade, a responsabilização dos profissionais e o pagamento por esse serviço. A saúde, além de um estado biológico, psicológico e social e de um direito instituído, é também uma atividade económica e, nesse sentido, um negócio.

Como se disse, este trabalho está claramente delimitado no campo da sociologia. Aliás, o seu objetivo é profundamente sociológico pois, além de se debruçar sobre as relações profissionais entre médicos e gestores, fá-lo com o propósito de

3 O que exige perceber a existência de concretizações amplas do princípio genérico de universalização de direitos sociais. Por outro lado, tomar o hospital como o prestador mais emblemático de cuidados relaciona-se com a particularidade “hospitalocêntrica” do sistema de saúde português (Campos, 1984). Apesar de maiores ou menores variações, a sua centralidade é constante na configuração de qualquer sistema de saúde. Quer pela sua dimensão, quer pela especialização dos cuidados diferenciados aí prestados, o hospital envolve um número considerável de profissionais e verbas muito significativas para o seu funcionamento.

discutir posicionamentos teóricos e aprofundar a reflexão sociológica em torno do tema da ação social.

Transpondo para o plano teórico essa multidimensionalidade inerente às reconfigurações hospitalares, está em causa uma perspetiva que articula as instâncias (ou estruturas) ao agir (ação). Considerando que parte significativa da tradição sociológica foi construída nas tensões insuperáveis entre a estrutura e a ação, o quadro conceptual hoje disponível permite superar o princípio de que estas dimensões se anulam nos efeitos e nos processos. Por isso, afigurou-se determinante uma reflexão que descesse do quadro macrossocial responsável pela alteração destes contextos de trabalho, percebendo que a forma como os profissionais refletem sobre estas mudanças e sobre si mesmos introduz condicionalismos ao funcionamento desses contextos.

Este enfoque nos modos individuais de interiorização das responsabilidades e competências profissionais constituiu uma atenção conceptual adotada já no decorrer do trabalho empírico. Embora as orientações teóricas iniciais fossem claras quanto à necessidade de compreensão das relações profissionais, depressa se percebeu que por detrás dessas dinâmicas estavam em causa processos de uma amplitude conceptual mais abrangente, que ultrapassavam a existência institucional dessas dimensões. A dado momento, a constante presença de duas questões começou a representar o ponto norteador de como o trabalho acabou por se desenvolver. Por que motivo num mesmo serviço alguns médicos concordam com a existência de gestores e com as medidas de gestão adotadas, enquanto outros têm uma postura mais crítica, afirmando que apenas outros médicos podem verdadeiramente compreender as dinâmicas organizacionais do hospital? Consequentemente, como explicar que alguns médicos concordem com a necessidade de reforçar o controlo administrativo por parte dos gestores hospitalares devido à despesa pública, enquanto outros consideram inaceitável, ofensivo e perverso sujeitar os médicos a esse controlo?

Recorde-se a forma como Max Weber (1983) distingue a sociologia da história. À primeira aponta a procura dos padrões sociais, à segunda a singularidade dos acontecimentos e as suas consequências sobre a continuidade da ordem social. No entanto, esta visão clássica não pode remeter a sociologia para a conceptualização dos indivíduos através de usos passivos das regras sociais. Emerge, então, a necessidade de um entendimento sobre o modo como as regularidades sociais, processos inequívocos no quotidiano das diferentes esferas sociais, se compatibilizam com uma leitura do indivíduo que supera o estatuto de mero recetáculo de tais influências externas. Daí colocarmos a tónica nas razões dos comportamentos e dos significados individualmente construídos em torno da atividade profissional. Por outras palavras, o modo como a individualidade das trocas sociais decorre e se relaciona com um conjunto de elementos estruturais que a enquadram e lhe conferem sentido.

A proposta consiste em deslocar o nível analítico das profissões para os profissionais, como passo fundamental para conceptualizar a ação individual desenvolvida nos contextos de trabalho. Em todo o caso, defende-se que a existência de regularidades sociais não pode significar um conhecimento previsível dos

comportamentos humanos; mas tal não é, por outro lado, um enfoque centrado na subjetividade dos fenómenos sociais. Concebe-se a liberdade de ação como a capacidade dos indivíduos para, ora consciente ora inconscientemente, tomarem decisões delimitadas por fronteiras. É o caso dos lugares sociais ocupados, dos recursos detidos ou das expectativas decorrentes de aprendizagens sobre o que virá a acontecer. Por outras palavras, trata-se de uma articulação construída entre a existência de estruturas mentais internas, não necessariamente conscientes quando acionadas numa determinada situação, e motivos conscientes e reflexivos que orientam determinadas opções em detrimento de outras.

Este constitui um modo de estabelecer a relação entre o indivíduo e uma dimensão específica da sociedade, o desempenho de uma atividade profissional, não ignorando a sua relação com outras dimensões da vida social. Os comportamentos sociais são conceptualizados como resultado de uma filtragem operada na definição de subjetividades adaptáveis ao curso das vivências em sociedade. Tais subjetividades decorrem de um processo de subjetivação ou, melhor dizendo, de objetivação no nível individual, no qual se projeta interiormente a realidade externa. Ao designar o processo como objetivação individual em detrimento de subjetivação pretende-se captar de um modo mais preciso a interiorização de realidades complexas. Dito de outro modo, considera-se que o conhecimento individual subjetivo da realidade decorre de formas individuais e não necessariamente coincidentes de apropriação de uma realidade exterior, que é muito mais do que uma, unívoca e linear. Tal não significa que não exista uma realidade social externa e anterior ao indivíduo. Contudo, a multiplicidade de aspetos que podem ser interiorizados individualmente faz com que se criem diferentes objetividades em função das dimensões externas retidas.

Cada indivíduo representa, então, uma síntese de construções que se objetivam em comportamentos. São modos não necessariamente semelhantes de ocupar os mesmos lugares estruturais, dependendo das experiências e aprendizagens individuais passadas — que incluem influências de natureza cultural, social, política e económica, bem como experiências de interações e contextos de aprendizagem — e de interesses que podem sucessivamente diferenciar o sentido conferido à ação.

Deste modo, visa-se uma compreensão sobre os contextos de ação, por intermédio de uma abordagem situada (i) nas condições estruturais que definem o espaço para as possibilidades da ação individual e (ii) na produção discursiva dos seus intervenientes, como forma de captação do sentido da ação (produção individual de racionalidades reflexivas).

Importa reiterar que o objetivo traçado para esta pesquisa não foi — nem tinha forma de ser — chegar a um absoluto e inequívoco entendimento sobre a ação social. É com base numa abordagem exclusivamente sociológica que se analisam comportamentos, sabendo que existem outros domínios relativos aos comportamentos humanos que ficam de fora deste projeto.

Seguindo a linha do pensamento weberiano, o sentido que os indivíduos atribuem aos seus comportamentos pode ser melhor apreendido através de estratégias de investigação que privilegiam um contacto aprofundado entre observador e observado. Não significa que o objetivo tenha sido “pormo-nos na pele dos outros”

ou “refletir como os médicos ou os gestores refletem”. Além disso, uma investigação desta natureza, baseada em técnicas de recolha de informação prolongadas no tempo, com contactos sistemáticos com o objeto em análise num único estudo de caso, facilmente pode ser alvo de toda uma discussão sobre as condições de replicação do conhecimento produzido, além dos possíveis desvios causados pela interação entre sujeito e objeto.

Em primeiro lugar, em momento algum este trabalho visa dar uma resposta extensiva às dinâmicas hospitalares. Pelo contrário, o objetivo é precisamente alertar para quão complexos estes contextos são, inviabilizando tais exercícios a que se assiste recorrentemente. Antes de se mudar, tem que se perceber profundamente o que se pretende mudar e as implicações daí decorrentes. Em segundo lugar, este trabalho só foi possível pela presença quotidiana do investigador. Relações de confiança e de partilha foram-se consolidando, ao ponto de terem sido determinantes para trazer para um nível de inteligibilidade os motivos e sentidos de comportamentos individuais aparentemente incertos e não lineares.

Importa ainda não ignorar que qualquer interação sujeito/objeto, por muito pontual que seja, introduz sempre desvios ao que habitualmente acontece. Mais importante, em nenhum caso a subjetividade do investigador — além das suas particularidades éticas, morfológicas, discursivas, etc. — pode ser totalmente anulada. Havendo consciência do papel e dos objetivos a que se pretendia chegar, contactos formais e informais com os diversos atores foram a melhor forma de esbater obstáculos e resistências habituais em qualquer interação baseada no não conhecimento recíproco dos interlocutores. No fundo, está presente a forma como se interpreta o objeto de estudo, o que neste caso foi mais como um “objeto-sujeito” do que propriamente “objeto-objeto”, em que o investigador tem uma clara noção das avaliações, opiniões, inseguranças e curiosidades de que é alvo. Para a investigação científica e a sociologia em particular não se vislumbra qualquer benefício em ignorar esta condição ativa e interativa que se estabelece entre o investigador e o seu objeto de estudo, sendo, pelo contrário, útil mobilizar essa condição dos sujeitos para o resultado da investigação.

Como se disse, uma das mais elementares consequências deste quadro de pesquisa é a inviabilidade de extrapolação de modelos normativos de ação. A questão é a não existência de consensualidade política ou mesmo científica quanto às interpretações e significados conferidos à implementação da NGP entre as diferentes experiências internacionais. Ora, tais indefinições apontam precisamente para o argumento da variabilidade na concretização destas medidas que procuram reformar os sistemas de saúde, deixando um espaço relativamente alargado de ação ao modo como os intervenientes os implementam. Diferentes resultados operados por pessoas distintas com responsabilidades de concretização desses projetos dão, por isso, legitimidade à compreensão da sua ação individual. Deste ponto de vista, considera-se que a introdução de critérios de gestão de natureza empresarial, com implicações sobre a autonomia de conceção do trabalho e de controlo da atividade, varia em função das jurisdições profissionais, dimensões institucionais e desempenho de papéis profissionais individualmente percecionados. Esta é uma interpretação que tanto se aplica aos gestores, mandatados pelo poder político para uma

gestão eficaz e eficiente dos hospitais públicos, como aos médicos, figuras centrais no seu funcionamento, sendo os responsáveis pela definição e concretização da prestação de cuidados de saúde, e cuja influência se estende a determinadas áreas da própria gestão hospitalar.

Quanto mais se avança nestes elementos introdutórios mais se torna explícita a pertinência sociológica desta investigação. Além disso, a multiplicação de estudos e de abordagens provenientes das ciências económicas e empresariais quanto a esta questão contrasta com um relativo vazio dos contributos da sociologia. E como Crozier e Friedberg (1977) advertem, a sociologia conduz a todo um outro quadro de reflexão sobre as organizações. Mais do que procurar um modelo que defina o que é uma boa organização (*which is the one best way?*), aquilo que se procura é o conhecimento sobre as complexas condicionantes que envolvem essas organizações, além dos mecanismos mobilizados nessa complexidade.

Elege-se uma abordagem feita nos serviços hospitalares (cf. Carapinheiro, 1993), mas com uma ancoragem teórica que supera alguns dos seus particularismos empíricos. Tratando-se de uma interpretação sobre os efeitos da mudança organizacional nas relações profissionais, há uma convocação central, mas não exclusiva, da sociologia das profissões, campo que se cruza com a sociologia das organizações e com a sociologia da saúde, indo buscar igualmente respostas à teoria sociológica. Afinal, o ponto elementar deste trabalho é teorizar sobre a ação humana organizada (cf. Crozier e Friedberg, 1977).

Falar em campos sociológicos não significa que se tenha sobre eles um entendimento rígido. Pelo contrário, esboça-se uma tentativa de superar fronteiras entre espaços sociológicos, os quais, muitas vezes, conduzem à ideia de que as particularidades dos respetivos objetos empíricos podem autonomizar diferentes sociologias. Claro está que uma das particularidades desta ciência é a sua condição pluriparadigmática, o que permite a existência simultânea de diferentes posicionamentos teóricos. Outra coisa bem diferente é considerar que o objeto empírico de cada área da sociologia possa conduzir à assunção de imunidade em relação à teoria social.

Porventura, a principal pertinência conceptual deste trabalho, além da sua óbvia pertinência empírica, é contribuir com um outro modo de olhar as profissões. Não um olhar de rutura, mas uma visão que complementa os entendimentos consolidados a este nível e que, de algum modo, parecem ter abdicado de pensar explicitamente sobre a matriz de base do pensamento sociológico. Afinal, como Alexander (1986) refere, é em torno da noção de estrutura que a teoria sociológica começa.

A base exploratória desta reflexão, ancorada numa articulação de premissas até agora não encontrada, levou a que pensasse este livro como um percurso. O objetivo é trazer o leitor, sociólogo ou não, diretamente para o modo como o raciocínio foi construído perante a dialética entre teoria e empiria, criando um caminho desde os meandros mais abstratos da teoria social até ao modo como essa discussão confere aos processos empíricos uma outra inteligibilidade.

O livro está dividido em três partes fundamentais. A primeira compreende um conjunto de quatro capítulos organizados para permitir uma entrada mais

aprofundada no tema das reformas da saúde e suas implicações sobre a profissão médica (capítulo 1), ao mesmo tempo que se discute a pertinência de um outro modo de olhar as teorias das profissões (capítulo 2). No capítulo 3 avança-se na proposta de olhar a profissão médica por intermédio de uma leitura sistémica centrada na ação reflexiva, enquanto o capítulo 4, dividido em dois pontos, traz um debate mais abstrato sobre o modo como a sociologia pode discutir a estrutura cognitiva por detrás dos comportamentos e a construção da reflexividade individual na relação com as vivências passadas.

A segunda parte está ligada de forma mais direta à questão da reforma hospitalar, analisando as políticas da saúde e a relação com o Estado (capítulo 5), as organizações hospitalares e a relação entre a medicina e a gestão (capítulo 6). O capítulo 7 finda esta discussão, ligando o debate sociológico mais abstrato sobre a reflexividade à compreensão da ação dos profissionais, justificando a existência de sentidos amplos nos comportamentos que estruturam os contextos organizacionais. Analisa-se a reflexividade numa dupla vertente, enquanto produto e produtor da realidade social, evidenciando o modo como várias orientações dos comportamentos conduzem a diferentes justificações para o modo como se define o profissionalismo médico, a relação com a gestão hospitalar e, conseqüentemente, os resultados organizacionais. Afinal, a prova é que procurar *the one best way* não compreende a complexidade inerente à ação humana.

Depois da conclusão geral do trabalho (capítulo 8), a terceira e última parte está centrada em torno da reflexão metodológica que esteve na base deste estudo. Mais do que uma exposição descritiva de técnicas e procedimentos, a opção de apresentar um capítulo desta natureza prende-se com as implicações metodológicas de se estudar a reflexividade individual que precisam de ser tornadas explícitas, como com a necessidade de contribuir para o conhecimento em torno das metodologias de carácter intensivo e qualitativo.