



Movimento

ISSN: 0104-754X

stigger@adufrgs.ufrgs.br

Escola de Educação Física

Brasil

Schwabe Minelli, Daniela; Barcelos Soriano, Jeane; Evelise Fávaro, Paula
O profissional de Educação Física e a intervenção em equipes multiprofissionais
Movimento, vol. 15, núm. 4, outubro-diciembre, 2009, pp. 35-62
Escola de Educação Física
Rio Grande do Sul, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115312590003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O profissional de Educação Física e a intervenção em equipes multiprofissionais

*Daniela Schwabe Minelli**

*Jeane Barcelos Soriano***

*Paula Evelise Fávaro****

Resumo: Tivemos como objetivos: (a) verificar qual a perspectiva da equipe multiprofissional sobre a contribuição específica do profissional de Educação Física; (b) identificar como os profissionais de Educação Física se autoavaliam junto à realização de um trabalho multiprofissional; e (c) averiguar a compreensão dos membros da equipe sobre aspectos necessários para subsidiar sua intervenção. O estudo foi composto por oito profissionais. Utilizamos a entrevista semiestruturada e a análise de conteúdo com categorias estabelecidas *a priori*. No contexto investigado as interações profissionais se apresentaram conflituosas e concorrentes, havendo a subordinação à área dominante (medicina) e hierarquização das profissões secundárias no setor da saúde.

Palavras-chave: Educação Física. Pessoal de saúde. Responsabilidade legal. Conflito.

1 INTRODUÇÃO

As relações de trabalho, desde meados da década de 70, têm sofrido implicações de processos de mudanças irreversíveis, em diversos setores, advindos das várias transformações econômicas cunhadas desde então. Entre tais setores, inserimos os grupos profissionais que não passariam incólumes à acumulação flexível de capital, às mudanças nos meios de produção, aos processos de fusão entre as organizações e, principalmente, ao desenvolvimento da tecnologia da informação. Tais

* Mestranda do Programa de Pós-Graduação Associado UEL-UEM – Grupo de Estudo sobre a Intervenção do Profissional de Educação Física (GEIPEF).CEFE. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil. E-mail: daniminelli@onda.com.br

** Professora Doutora do Centro de Educação Física e Esporte – UEL. Grupo de Estudos sobre a Intervenção do Profissional de Educação Física – GEIPEF. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil. E-mail: soriano@sercomtel.com.br

*** Mestranda do Programa de Pós-Graduação Associado UEL-UEM – Grupo de Estudo sobre a Intervenção do Profissional de Educação Física (GEIPEF) – CEFE – Universidade Estadual de Londrina. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil. E-mail: pefavaro@yahoo.com.br

aspectos afetaram direta e/ou indiretamente: (a) as relações de trabalho estabelecidas entre os profissionais de uma determinada área e os demais profissionais; (b) as relações entre os profissionais e os usuários dos serviços prestados; (c) as relações entre as instituições prestadoras de tais serviços. Por sua vez, esses processos apresentam-se de forma complexa e variada, os quais dizem respeito às novas demandas da sociedade, ocasionando uma remodelação no modo de intervir e onde intervir de cada grupo profissional, transformando os papéis profissionais e, consequentemente, os relacionamentos interprofissionais.

Diante desse cenário, torna-se mais difícil para os grupos profissionais conservarem um quadro claro e preciso de quem são seus usuários e clientes na resolução dos problemas (SCHEIN; KOMMERS, 1972). Não obstante isso, as imbricações entre conhecimentos e ações profissionais são inevitáveis no cotidiano profissional (SORIANO, 2003), ou seja, na tentativa de resolver uma situação emergente, os profissionais se apropriam de uma ciência ou técnica sobrevividas de outras áreas para emitir um parecer acerca desse problema. Além disso, temos claro que existem subdivisões e fragmentações do conhecimento dentro de uma mesma profissão, advindas do desenvolvimento, acúmulo e especificidades das disciplinas (SCHEIN; KOMMERS, 1972) acadêmicas e que, muitas vezes, tais disciplinas compõem a estrutura curricular dos cursos de formação inicial de vários grupos profissionais.

Nesse caso, ainda temos que considerar que para analisarmos a especialização de uma dada profissão em sua intervenção profissional, devemos fazê-la em relação a uma outra especialização, de modo que uma especialização só pode se confirmar se houver algum tipo de relação com outra (FREIDSON, 2001). Em outras palavras, podemos dizer que, a partir do momento que se reconhecem as tarefas específicas realizadas por um grupo profissional, se reconhece também o surgimento de outra especialidade para denotar a diferença entre as duas, e distingui-las a partir de habilidades e conhecimentos distintos.

Não seria diferente na Educação Física, pois as crescentes especializações, ainda que no universo acadêmico com a variedade de subdisciplinas existentes, e com a formação de associações, realizações de eventos e conferências distintos e específicos de cada seg-

mento de atuação, acabam implicando uma dificuldade do campo em lidar com importantes questões sociais (RIKLI, 2006) e de intervenção. Ou seja,

[...] o conhecimento produzido na Educação Física atendeu às necessidades das ciências-mãe (Anatomia, Fisiologia, Psicologia, por exemplo) e suas respectivas subdisciplinas (Biomecânica, Fisiologia do Exercício, Aprendizagem Motora, por exemplo) (VERENGUER, 2004, p. 126),

tornando o investimento e a investigação acerca da intervenção, cada vez mais escassos, não contribuindo, necessariamente, para instrumentalizar os profissionais com relação às questões aplicadas ou dificuldades pedagógicas (BREISSAN, 1979). Tendo em vista que muitos dos problemas com os quais a sociedade se defronta são tão complexos que nenhuma profissão, isoladamente, pode ter a pretensão de resolvê-los efetivamente.

Schein e Kommers (1972) afirmam que a base das críticas feitas aos grupos profissionais está no fato de que, nesse contexto, eles têm falhado tanto em tentar desenvolver ligações com outros grupos profissionais, como também, detectam-se falhas no processo de preparação em habilidades de trabalho colaborativo com outros profissionais. Entretanto, um fato que se tem consolidado é que profissionais de diferentes áreas têm se unido para intervir satisfatoriamente num determinado problema com o intuito de solucioná-lo e, assim, tentar preencher as lacunas existentes nesse processo. Essa união de profissionais, que denominaremos de equipes multiprofissionais ou trabalho em equipe, consiste no intercâmbio entre duas ou mais especialidades na tentativa de superar a fragmentação do conhecimento, implicando uma troca de saberes entre especialistas de diferentes grupos profissionais, na discussão de um assunto, na resolução de um problema, com vistas a melhor superação da realidade (CAMACHO, 2002).

A característica do trabalho em equipe beneficia o preenchimento de lacunas existentes nos diversos aspectos da vida humana: social, físico, psicológico, psíquico, entre outros (FREIDSON, 1998). Portanto, quando pensamos em trabalho em equipe nos vem à mente um modelo de atuação ideal, no qual o intercâmbio entre os saberes profissionais

para solucionar um determinado caso, acontece de forma produtiva e definida. Entretanto, na prática esse quadro não é linear como parece ser, pois no início a intervenção profissional, envolvendo especialistas de diversas áreas, é frequentemente isolada e concorrente, demonstrando uma dificuldade na interação entre diferentes competências técnicas (SILVA, 2002).

O setor da saúde representa um campo de intervenção com atuação de mais de uma dezena de categorias profissionais (BOSI, 1996), entre elas: medicina, fisioterapia, nutrição, psicologia, Educação Física, fonoaudiologia etc. Não obstante, dentro de um mesmo setor poderá existir uma profissão com uma base de conhecimento mais consolidada – autonomia técnica – e com maior *status* social, e que, conseqüentemente, coordenará e controlará as ações (BOSI, 1996; FREIDSON, 1998). Estabelece-se, portanto, uma hierarquização de poder, com implicações para o controle da produção, do tipo de treinamento, da seleção de tarefas e os termos do jargão técnico. É importante frisar que, quanto menor a desigualdade existente e quanto maior a flexibilidade nas atuações em conjunto, maior será a interação entre a equipe (BOSI, 1996).

Dessa forma, as equipes multiprofissionais em saúde expressam diferenças e desigualdades entre profissões contíguas e, cotidianamente, profissionais que atuam nesse setor tendem a reiterar as relações assimétricas de subordinação, nas situações e processos de tomada de decisões (PEDUZZI, 2001; FREIDSON, 1998), diante de um grupo dominante. Logo, a intervenção profissional em equipes multiprofissionais aponta para a necessidade de compreensão de alguns aspectos como o conhecimento especializado e competente, necessidade de administração de conflitos, devido a culturas profissionais distintas – cada profissão apresenta a solução para um problema de um prisma diferente, comunicação como dimensão intrínseca ao trabalho – linguagem, objetivos, propostas comuns – e a flexibilidade nas atuações (PEDUZZI, 2001; SCHEIN; KOMMERS, 1972).

Freidson (1998) traça três denominadores essenciais e comuns aos grupos profissionais para subsidiar uma intervenção, sobretudo num trabalho em equipe (hierarquização), onde as fronteiras de conhecimentos e ações profissionais se imbricam cotidianamente: a) *expertise*;

b) autonomia; e c) credencialismo. Segundo esse autor, a *expertise* representa o conhecimento com caráter esotérico, ou seja, “acessível para poucos”. A autonomia representa o julgamento que o profissional possui frente às suas próprias ações e decisões, ou seja, quando submete a sua prática profissional ao seu próprio julgamento. E o credencialismo representa o órgão que regulamenta e legaliza uma profissão protegendo a *expertise*.

Portanto, considerando a complexidade que norteia as equipes multiprofissionais, cuja característica essencial é a intervenção composta por vários tipos de conhecimentos especializados na tentativa de solucionar um determinado caso, chegamos ao seguinte problema: qual perspectiva uma equipe multiprofissional em saúde possui em relação ao profissional de Educação Física? Como diretriz para realização do estudo, tivemos os seguintes objetivos: a) verificar qual a perspectiva de uma determinada equipe multiprofissional sobre a contribuição específica do profissional de Educação Física; b) identificar como os profissionais de Educação Física se autoavaliam junto à realização um trabalho multiprofissional; e c) averiguar a compreensão dos membros da equipe sobre aspectos necessários para subsidiar sua intervenção, tais como: conhecimento especializado (*expertise*), autonomia profissional (independência nas ações) e credencialismo (mecanismo de regulação).

2 ENCAMINHAMENTO METODOLÓGICO

Ao buscar ampliar o entendimento acerca do campo de conhecimento e intervenção da Educação Física, torna-se imprescindível lançar mão de diferentes tipos de pesquisa. Nesse caso, a opção foi pela realização do estudo na abordagem qualitativa de pesquisa, pelo fato de se possibilitar a compreensão da singularidade e a contextualidade dos fatos e eventos. Coadunamos com Denzin e Lincoln (2005) para argumentarmos sobre nossa escolha, no sentido em que pretendemos dar uma ênfase na qualidade de entidades, processos e significados a serem elucidados, de forma que se medidos ou analisados experimentalmente, poderíamos incorrer no erro de nos afastarmos daquilo que realmente estaria acontecendo em campo, inclusive da avaliação

da presença do pesquisador, bem como seus vieses, deixando assim, de analisar e reportar as características da realidade socialmente construída.

Ao buscarmos compreender o cenário de funcionamento de uma equipe multiprofissional, bem como, o processo de inserção do profissional de Educação Física, procuramos orientação nas indicações de André (1995) e Denzin e Lincoln (2005) para a condução do trabalho em campo. A seleção da equipe se deu intencionalmente, considerando aqueles que fossem essenciais, segundo o ponto de vista do investigador (HAMMERSLEY; ATKISON, 1996; TRIVIÑOS, 1987).

O grupo estudado foi constituído por profissionais atuantes no setor da saúde, inseridos em uma clínica multiprofissional, em uma cidade no norte do Paraná. A condição determinante para escolha dessa clínica foi a presença do profissional de Educação Física como um dos integrantes da equipe multiprofissional. A clínica caracterizava-se pela elaboração/implementação de programas de condicionamento físico para diferentes populações: obesos, hipertensos, diabéticos, portadores de deficiências, reabilitação de pós-operatórios, entre outros. Além disso, a clínica contava, na ocasião da pesquisa, com vinte e um profissionais, entre eles: médicos, fisioterapeutas, psicopedagogos, pedagogos, profissionais de Educação Física, psicólogos, nutricionistas e fonoaudiólogos. Aceitaram participar do estudo oito profissionais, sendo: dois médicos, dois fisioterapeutas, dois profissionais de Educação Física, um nutricionista e um psicólogo que intervinham junto a esses grupos. Cabe destacar que os profissionais que participaram do estudo foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa. Para efeito de confirmação de suas participações eles receberam e assinaram um termo de consentimento esclarecido, cujo formato é o adotado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Londrina.

A fim de preservar a identidade dos participantes da pesquisa, os sujeitos foram indicados no texto pelas letras iniciais da denominação de cada grupo profissional. Dessa forma, tivemos: “EF” para os dois profissionais da Educação Física; “M” para os dois profissionais da medicina; “F” para os dois profissionais da fisioterapia; “P” para o profissional da psicologia; e “N” para o profissional da nutrição.

As informações foram obtidas por meio da aplicação de uma entrevista semiestruturada conduzida por um roteiro elaborado previamente, seguindo uma ordem pré-estabelecida, permitindo ao entrevistador acrescentar perguntas de esclarecimento quando necessário (LAVILLE; DIONNE, 1999). O roteiro de perguntas utilizado originou-se a partir da proposta de um grande tema vinculado ao referencial teórico-metodológico pesquisado. O tema estabelecido *a priori* foi: Trabalho multiprofissional na saúde.

Para a coleta de dados (entrevistas) foi utilizado um minigravador da marca *Panasonic* e fitas micro cassetes. Depois de realizadas e gravadas, as entrevistas foram transcritas integralmente, sem alteração de seu conteúdo. O tratamento dos dados seguiu as características da análise de conteúdo. Esta “aparece como um conjunto de técnicas de análises das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2004, p. 33). Utilizou-se esse tipo de análise por permitir extrair de um texto ou transcrição, os significados e as representações que se fazem presentes ou ausentes na fala do entrevistado.

Essa técnica de análise dos dados é caracterizada pela criação de temas e categorias, sendo ambos estratégias de mapear os dados para facilitar sua correlação e compreensão. No caso desse estudo, as categorias, para correlação futura com o grande tema “Trabalho multiprofissional na saúde”, foram designadas *a priori*. Optamos pela escolha das categorias antes da coleta dos dados para delimitar o caminho a ser investigado, sem perder de foco os objetivos propostos. O surgimento das categorias se deu a partir da compreensão de três denominadores que consideramos essenciais num trabalho em equipe, ao qual Freidson (1998) fez referência como sendo elementos caracterizadores dos grupos profissionais. As categorias designadas *a priori* foram: 1) *Expertise*; 2) Credencialismo; e 3) Autonomia.

3 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1 PERSPECTIVAS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ACERCA DA CONTRIBUIÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

A partir das informações extraídas dos relatos da maioria dos entrevistados, pudemos detectar que a intervenção do profissional

de Educação Física é classificada como pertencente ao setor da saúde. No entanto, eles não conseguiram precisar quais eram as habilidades profissionais desempenhadas exclusivamente por esse grupo. Essa falta de clareza em relação à contribuição específica do profissional de Educação Física pode ser atribuída à percepção que as demais categorias profissionais possuem da área. Em outras palavras, embora os profissionais de Educação Física sejam considerados profissionais da saúde “por apresentarem formação técnica específica para o desenvolvimento de atividades ligadas diretamente às ações do setor” (MÉDICI *et al.* 1985, p. 97, *apud* BOSI, 1996), as demais profissões não conseguiram ressaltar suas peculiaridades: “[...] profissional de Educação Física, em primeiro lugar, tem que preparar o indivíduo à saúde, visar a saúde” (N) e “[...] quando penso no profissional de Educação Física me vem a cabeça saúde” (P).

Consoante a esse aspecto, detectou-se que alguns entrevistados conseguiram atribuir um significado à prática profissional da Educação Física, concedendo a esse grupo profissional a responsabilidade da reabilitação de lesões (continuação de tratamento), acompanhamento de alunos em programas de atividade física e, também, referindo-se aos fins estéticos (emagrecimento, manter a forma física):

Eu, por exemplo, faço academia só com *personal*, e era muita diferença quando você vai solta na academia fazer o que você acha que deve ser feito (M).

Ele trabalha tanto a parte estética, né, como emagrecimento, fortalecimento, continuação da reabilitação (F).

Ele é importante na recuperação das pessoas que tem algum tipo de lesão articular ou pessoas idosas, né, pessoas que estão em fase de deterioração, de uma doença, por exemplo, que seja construtiva ou degenerativa, né, ou mesmo pra manter a forma física, pra ensinar a fazer exercícios, alongamento de uma maneira correta. Eu acho que é importante, e eles têm o espaço aí, é só saber preencher, né? (M).

Nesse último relato, percebemos que o médico apresenta argumentações distintas, quando se remete às especificidades do profissional de Educação Física. No primeiro momento, ele confere a este profissional a responsabilidade de cuidar de pessoas que estão em fase de

“deteriorização de uma doença” e, no segundo momento, ele confere ao profissional de Educação Física as tarefas referentes à manutenção da “forma física, pra ensinar a fazer exercícios, alongamento”. Esse aspecto denota certa confusão em relação ao papel que o profissional de Educação Física deve desempenhar, concedendo à área duas funções: a) recuperação de pessoas com alguma patologia, sendo esta tarefa inerente à sua própria área de intervenção; b) manutenção da forma física por meio de execução de exercícios corretos.

Observamos ainda que no final da frase, quando afirma que “eles têm o espaço aí, é só saber preencher”, o profissional da medicina assume a prerrogativa de delimitar e avaliar o campo de intervenção da Educação Física. Em outras palavras, temos nesse caso, a exemplificação de como uma área dominante exerce o monopólio no setor da saúde, designando e avaliando as tarefas a serem desempenhadas pelas demais profissões (BOSI, 1996), reivindicando para si as tarefas específicas do setor da saúde (BOSI, 1996; FREIDSON, 1998, 2001; SORIANO, 2003).

Além disso, notamos também na fala dos entrevistados que os profissionais de Educação Física estavam atrelados à subalternidade de outras profissões. Ou seja, sempre existia um profissional de outra área, no caso o médico, que direcionava seu exercício profissional: “O médico dá o diagnóstico, o paciente trata e o profissional de Educação Física continua esse trabalho por um longo período daí” (F).

A fim de esclarecer essa subordinação à qual os profissionais de Educação Física estão sujeitos e com o intuito de explicar o monopólio da medicina, achamos necessário explanar, mesmo de forma resumida nesse momento, a configuração do trabalho em equipe no setor da saúde. Dessa forma, precisamos ter claro que o trabalho multiprofissional na saúde abrange um conjunto de especialidades técnicas hierarquicamente determinadas, sendo as diversas especialidades classificadas de acordo com o grau de importância na divisão do trabalho em questão (FREIDSON, 2001). A medicina por ser tratar de uma profissão mais consolidada e com um conhecimento técnico mais respaldado (BOSI, 1996; FREIDSON, 1998) e aceito socialmente (saúde – doença), acaba exercendo o monopólio na saúde (FREIDSON, 1998), liderando as ações no setor, como pudemos visualizar nos relatos acima.

Assim, concordamos com Freidson (1998) quando reporta que as profissões no setor da saúde se configuram a partir de dois grupos: a) o primeiro diz respeito à medicina por si só e b) o segundo diz respeito aos demais grupos profissionais que dão suporte à medicina. No caso desse estudo, os grupos profissionais pertencentes a este último grupo são: Educação Física, fisioterapia, nutrição e psicologia, na qual denominamos de profissões contíguas ou secundárias no setor da saúde.

Pensamos que a inserção do profissional de Educação Física no contexto do trabalho multiprofissional em saúde (clínica investigada) pode ter direcionado os entrevistados a realizar esse tipo de associação. Segundo Casali *et al.* (1997), os indivíduos se reconhecem a partir das interações que estabelecem com os seus semelhantes. Se essas relações são instauradas num contexto multiprofissional no setor da saúde, os apontamentos trazidos, a partir das falas destacadas acima, denotam uma possível explicação da associação “Educação Física e saúde”. Entretanto, consideramos que tais apontamentos foram vagos e superficiais, representando um caráter duvidoso acerca da clareza da participação e importância do profissional de Educação Física no trabalho em equipe no setor da saúde. Esta associação, por sua vez, pode ser entendida como uma justificativa para caracterizar o exercício profissional da Educação Física na sociedade (BECHER, 1996), já que não conseguiram precisar o papel dos mesmos de forma clara e objetiva, remetendo a falta de identidade profissional da área.

3.2 COMO OS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA SE AUTOAVALIAM JUNTO À REALIZAÇÃO DE UM TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

Muitos estudiosos têm tentado caracterizar a identidade acadêmico-científica e profissional da Educação Física (BRESSAN, 1979; RENSON, 1989; GIBBONS; BRESSAN, 1991; LIMA, 1994; VERENGUER, 1997; LAWSON, 1999; MASSA, 2002; REIS, 2002; LOLAND, 2006; RIKLI, 2006). No entanto, não é foco desse estudo adentrar nessa discussão, mas torna-se imprescindível deixar claro que a dificuldade em evidenciar a identidade da área, advinda de um processo sócio-cultural e histórico, contribui para a não clarificação da responsabilidade social da Educação Física, como pudemos perceber

nos relatos dos demais grupos profissionais, que não conseguiram discernir a especificidade da área.

Somado a isso, os profissionais de Educação Física também se reconheceram como atuantes no setor da saúde e não conseguiram descrever e delimitar de forma clara suas funções específicas no trabalho em equipe, nem descrever a sua importância profissional na sociedade. Pelo contrário, eles apenas reiteraram o que já acreditávamos encontrar: associação com o setor da saúde, para assim, justificar sua existência (BECHER, 1996; BOSI, 1996; SORIANO, 2003): “Eu sou da saúde [...] e Saúde é qualidade de vida” (EF).

Verenguer (2004, p. 128) manifesta sua preocupação com a falta de identidade da área e reporta que os profissionais de Educação Física têm como singularidade:

[...] diagnosticar e identificar as necessidades, potencialidades, possibilidades e desejos das pessoas de qualquer faixa etária no que tange ao comportamento motor; selecionar conteúdos, planejar e orientar estrategicamente as atividades que venham ao encontro dos objetivos estabelecidos, avaliar o encaminhamento dos programas e reprogramá-los, se necessário. Fundamentalmente, e tendo como base o conhecimento acadêmico, saber justificar as escolhas, as decisões, as condutas, as ações do dia-a-dia profissional.

Não obstante, os profissionais de Educação Física, além de não especificarem suas funções, abarcaram distintas funções, estendendo o alcance de seu próprio trabalho, ou seja, eles assumiram também a responsabilidade do bem estar social durante sua intervenção profissional:

E a gente é muito importante porque quando a gente ta prescrevendo uma atividade física pro aluno ou prescrevendo um exercício de fortalecimento, a gente não ta fazendo só isso. A gente ta brincando com ele, então a gente ta melhorando o sistema... É tá melhorando o social... Então a gente acaba atuando nesses três aspectos muito mais do que qualquer outro profissional na área da saúde. (EF)

Além disso, em alguns momentos não conseguimos identificar “a quem” se destina a sua prestação de serviços e “qual” a importância da sua prática profissional, pois também direciona suas atividades na solução de algumas patologias, novamente perdendo de vista o foco de sua intervenção:

[...] a gente pode ajudar, sabe, no caso de postura também, com a academia a gente pode trabalhar bem a postura porque, acho que 90% das pessoas têm problema postural. (EF)

Mas, por que os demais grupos profissionais associaram a Educação Física à saúde? E por que os próprios profissionais de Educação Física se reconheceram como profissionais com intervenção nesse setor? Quando nos referimos aos profissionais que atuam com “saúde”, a medicina é a liderança no setor e, ao gozar de uma posição mais favorável, possui uma credibilidade e aceitação maior por parte da sociedade, em decorrência do interesse e preocupação em relação ao seu objeto de estudo e intervenção – “saúde e doença” (FREIDSON, 1998). Assim, essa aproximação com o setor da saúde pode ser explicada:

Quanto mais próximas as ocupações contíguas se mantiverem de ocupações predominantes num setor razoavelmente organizado, maior será o seu predomínio na ordenação e organização das tarefas. Por exemplo, é o que acontece se nos (Educação Física) identificarmos com a área da saúde, cujo grupo mais bem posicionado hierarquicamente, no caso a medicina, é que comandará, inevitavelmente, os co-atuantes no setor (SORIANO, 2003, p. 217).

A vinculação do profissional de Educação Física ao setor da saúde, relatada pelos próprios profissionais da área e pelos demais grupos, pode ser interpretada como uma justificativa de existência desse profissional na sociedade e até mesmo no trabalho em equipe. Bosi (1996), em resumo, esclarece que as profissões contíguas no setor da saúde não conseguem convencer a sociedade acerca da complexidade de suas respostas profissionais, deixando a dúvida de qual é a real contribuição dessas profissões. Ao mesmo tempo, novamente temos que essa pode ser uma estratégia de sobrevivência na sociedade (BECHER, 1996; SORIANO, 2003) e de sobrevivência da área.

3.3 DENOMINADORES: *EXPERTISE*, AUTONOMIA PROFISSIONAL E CREDENCIALISMO

A análise dos dados de cada categoria se deu a partir do reconhecimento da importância de três denominadores essenciais e comuns aos grupos profissionais, sobretudo no universo das equipes multiprofissionais: *expertise*, credencialismo e autonomia (FREIDSON, 1998).

3.3.1 *EXPERTISE* – CONHECIMENTO ESPECIALIZADO

“A *expertise* é necessária?” (FREIDSON, 1998, p. 200) é o que este autor questiona acerca do conhecimento especializado: importância dos profissionais realizarem “[...] um trabalho profissional em contraposição a um trabalho amadorístico”. Em outras palavras, quando Freidson (1998) remete à divergência entre o conhecimento leigo e o conhecimento esotérico, ele faz menção à “exclusividade” na execução de certas tarefas e ações. Além disso, a *expertise*, segundo ele, só pode ser adquirida após um treinamento intensivo (cursos de graduação, por exemplo).

Verenguer (2004) aponta que a Educação Física talvez seja uma das poucas áreas que ainda admite que pessoas que não tenham participado desse treinamento intensivo (cursos de graduação, por exemplo) prestem serviços à sociedade. Não é muito difícil exemplificar esse apontamento. Quantos ex-atletas, sem formação superior, são responsáveis pelo treinamento de crianças?

Dessa forma, podemos perceber na fala dos entrevistados uma incoerência diante desses apontamentos teóricos. Quando os profissionais foram questionados sobre os conhecimentos e habilidades específicas do seu campo de intervenção, percebemos certa insegurança e imprecisão ao reportarem as suas particularidades dentro do grupo, como um todo:

[...] eu cuido mais da área de ortopedia, então eu contribuo com, às vezes, mais pacientes posturais, que tá com dor no pé, aí acerta essa dor no pé. Então eu estaria completando esse tratamento, entendeu? (F)

[...] porque na verdade o que que acontece. A gente fica disponível, e se teu paciente precisa de um

atendimento, precisa de uma conversa com psicólogo e vai marcar um horário comigo e eu vou atender. Então, dizer qual a minha função, claro que minha função é o bem estar emocional, mas é complicado de listar, né? (P)

[...] um trabalho com fortalecimento muscular, né... E toda a parte de alongamento pra preparar essa musculatura do indivíduo. Ai a prescrição aeróbia, que a gente faz uma esteira, uma bicicleta [...] (EF)

No relato do profissional de Educação Física, pudemos perceber um leve direcionamento de sua prática profissional: seleção e planejamento das atividades (VERENGUER, 2004), ou seja, fortalecimento muscular, prescrição aeróbia e alongamento, respectivamente. Mas, em consequência dessa incerteza relatada pela maioria dos profissionais, notamos que uma mesma tarefa na clínica era realizada por grupos profissionais diferentes:

Academia: *personal*, avaliação física, dobras, circunferências, antropometria e acompanhamento na academia. (EF)

Eu faço avaliação física, avaliação nutricional do indivíduo, a dieta e o acompanhamento dessa dieta. Os exames que ele traz para mim, eu vejo se estão normais se não estão, quando eu vejo que tem alguma alteração, eu encaminho para o médico. Mas, basicamente é isso. (N)

Dessa forma, o profissional de Educação Física e o profissional da nutrição realizam a mesma atividade dentro da clínica (avaliação física). Além disso, no relato abaixo, encontramos novamente uma ocorrência simultânea de tarefa com o profissional da nutrição e da medicina (leitura do resultado de exames): “Com as minhas pacientes, atendimento ao paciente, que é o objetivo do consultório é esse, né? Atender os pacientes, passar os resultados de exames, das prescrições, orientar, encaminhar quando houver necessidade, pra outra disciplina” (M).

Quem é responsável por essa “tal” tarefa comum a vários grupos profissionais? Um dos entrevistados chegou a mencionar que “o conhecimento não tem dono” (M). Nessa direção, Bosi (1996) coloca

que o determinante do monopólio sobre ações específicas, num determinado setor, é o controle sobre determinada esfera de conhecimento. Consequentemente, se uma profissão não possui domínio e demarcação sobre essa esfera de conhecimento, acaba ficando a mercê das demais profissões (SORIANO, 2003). Não obstante, é preciso levar em consideração uma inquietação levantada por Bento (*apud* VERENGUER, 2004, p. 128) quando afirma que: “[...] profissão e particularidade de funções e tarefas subentendem-se mutuamente. Uma profissão não se funda na abrangência, na generalidade e na não delimitação das suas tarefas; funda-se sim na importância e relevância da especificidade e particularidade das tarefas que a perfazem.”

No entanto, não é difícil detectar que os profissionais da “saúde” se apropriam da *expertise* das profissões contíguas no setor para realizarem suas intervenções. Becher (1996) reporta que essa apropriação serve para garantir a sobrevivência no setor, ainda numa situação na qual existem várias profissões contíguas lutando por seu espaço num determinado setor, no caso, da saúde.

Soriano (2003, p. 209) alerta que as imbricações entre conhecimentos e ações profissionais diferentes são inevitáveis no cotidiano profissional. Entretanto, a autora acrescenta que é muito difícil impedir a apropriação de conhecimentos, equipamentos e procedimentos de outras áreas. Quando essa apropriação acontece, a área que desejar utilizar tais conhecimentos ou procedimentos produzidos pela profissão contígua, deve fazê-lo de maneira adequada, ou seja, ter “habilidade necessária para identificar, entender e apreender os códigos, definições, conceitos e, então, literalmente, consumir aquilo que foi produzido”.

Logo, podemos concluir que a *expertise* dos grupos profissionais inseridos no setor da saúde não é tão específica (especializada) como acreditamos ser. Isso pode ser explicado pelo avanço da tecnologia que permitiu uma difusão e apropriação maior de várias informações que antigamente eram detidas apenas pela profissão mais bem colocada hierarquicamente. No entanto, o que temos hoje é um certo aumento de acesso aos bancos de dados, periódicos e outros meios de informação que ampliam a capacidade de vários grupos profissionais acessarem diversos tipos de conhecimento, bem como tecnologia

e instrumentais de várias áreas, podendo, dessa forma, incorporar tais aspectos em suas próprias intervenções (SORIANO, 2003).

Essa combinação e uso de técnicas e instrumentos que se dão, distantes ou livres de impedimentos legais e/ou jurisdicionais das profissões, diz respeito a um tipo de conhecimento configurado numa esfera diferente do formalizado, chamado por Freidson (2001, p. 31) de “conhecimento prático”. Este autor define como um “[...] conhecimento, em grande parte isento de conceitos e teorias formais, aprendido a partir da experiência, tornando-se instrumental para realização de tarefas concretas em cenários concretos”. Podemos inferir, por conseguinte, que as profissões contíguas no setor da saúde possuem um conhecimento de caráter instrumental (prático), ou seja, representado por um corpo de conhecimento formalizado de baixa complexidade, balizado pela aprendizagem e desenvolvimento das próprias situações de trabalho (SCRIBNER, 1986 *apud* FREIDSON, 2001), em que a simples repetição resulta na execução da tarefa, sem necessariamente, demandar conhecimento adquirido após um treinamento, como pudemos observar nas citações anteriores.

3.3.2 AUTONOMIA PROFISSIONAL (INDEPENDÊNCIA NAS AÇÕES)

A autonomia profissional consiste na execução de ações e tarefas realizadas pelo próprio profissional na qual ele mesmo determina o que faz e como faz. Ou seja, ele enfatiza o arbítrio em seu trabalho submetendo sua prática ao seu próprio julgamento e responsabilidade (FREIDSON, 1998). Concordamos com Freidson (1998) e Verenguer (2003) quando afirmam que essa autonomia profissional representa uma autoridade suficiente sobre um trabalho, de certa forma que o profissional tenha liberdade de empreender uma ação casual como se fosse algo natural, independentemente da instituição na qual essa atividade se realiza e das intenções. Esse autor ainda afirma que ao longo do tempo os profissionais conseguiram impor aos consumidores ou clientes sua própria concepção do que é necessário num determinado segmento.

Como já descrito anteriormente, a medicina possui a posição mais favorável no setor da saúde e não precisamos ir tão longe para

identificar esse fato: a autoridade legal da medicina em diagnosticar e receitar, ancorando-se no princípio da autonomia, garante a essa profissão o controle da “divisão do trabalho, da definição dos seus conteúdos e da avaliação técnica” (MISOCZKI, 2005, p. 9).

Ao analisar as entrevistas, pudemos inferir que, no trabalho em equipe, as profissões secundárias no setor da saúde aceitam a condição de submissão à área dominante, como se essa hierarquia estabelecida no setor da saúde fosse algo natural e imóvel, submetendo a sua prática sempre a aprovação de outros profissionais, normalmente o médico, que é responsável pelo diagnóstico de patologias: “Às vezes os colegas (refere-se aos demais profissionais da clínica) estarem olhando o tratamento para ver se tá mesmo de acordo com a patologia” (F).

A autonomia técnica exercida pela medicina é notória ao longo dos anos e, na clínica investigada, os profissionais também sentem essa supremacia no trabalho em equipe no setor da saúde. Podemos inferir que, as profissões contíguas na clínica investigada, quando estabelecem interações profissionais com a liderança no setor para debater acerca dos pacientes num contexto multiprofissional, sentem sua autonomia ameaçada e questionada. Em outras palavras, a *expertise* dessas profissões é deixada de lado em detrimento da superioridade médica, que estabelece o que ser feito e como ser feito, tirando a autoridade das demais profissões no processo de tomada de decisão no trabalho em equipe: “Mas a gente ainda tem problemas com os médicos e os médicos ainda têm uma posição de distância, de ser o melhor da equipe, né? O chefe” (EF) e “[...] Os médicos quando entram na faculdade, eles pensam que são Deus, quando eles se formam, eles têm certeza” (N).

Essa hegemonia médica descrita pelos profissionais também pode ser encontrada na dissertação de Granada (2004). Ele reporta que os profissionais da nutrição e da psicologia sentem uma forte resistência por parte dos médicos no processo de tomada de decisão, subestimando e menosprezando suas iniciativas profissionais. Bosí (1996) e Freidson (1998) apontam que essa situação acontece porque no setor da saúde, o ato de “diagnosticar e prescrever” é o que garante maior *status* e autonomia à profissão que realiza tal ação, no caso, a medicina.

Dessa forma, a autonomia quase inexistente das profissões contíguas torna-se ainda mais evidente frente a essa ação realizada por um grupo restrito.

A autonomia exercida pela medicina e descrita pelos profissionais entrevistados, pode ser equiparada ao que Freidson (2001) chama de autoridade moral: normas que são estabelecidas para determinar e impor certo tipo de comportamento ou ideologia do conhecimento profissional (FREIDSON, 1998). Para este autor, a ideologia do conhecimento diz respeito às reivindicações de certos grupos profissionais que, ao buscar seus próprios interesses, tentam controlar a maneira pela qual um problema pode ser melhor resolvido e conduzido. Ou seja, essas reivindicações dizem respeito à competição instaurada entre as profissões para tomar para si determinados conhecimentos e competências.

Desse modo, no setor da saúde é “muito difícil identificar casos em que o trabalho médico se desenvolva sob comando técnico de outro profissional” (BOSI, 1996, p. 98). Pelo contrário, eles indicam o que ser feito e como ser feito. Esta afirmação vai ao encontro do seguinte relato: “O médico dá o diagnóstico, o paciente trata e o profissional de Educação Física continua esse trabalho.” (F).

Assim, podemos lançar questões para refletir: qual é o grau de liberdade que as profissões contíguas têm para realizar seu trabalho? O que influencia essa falta de autonomia num trabalho em equipe? Ao observar as descrições dos entrevistados, podemos notar a existência de uma rivalidade e competição implícita e diária entre as próprias profissões contíguas, pois como se situam no grupo das profissões secundárias no setor da saúde, os profissionais se esforçam a todo o momento para tornar evidente sua autonomia técnica. Além disso, é preciso considerar que os profissionais estabelecem interações diárias, junto a outros três grupos, na tentativa de legitimar e requerer sua autonomia técnica (GOMES; OLIVEIRA, 2005). A primeira é com a própria equipe de saúde, buscando a respeitabilidade mútua e a confiabilidade da equipe em relação às suas especificidades. A segunda é com seus usuários, buscando resolver os problemas dos mesmos e, assim, demonstrar a sua importância e utilidade dentro da equipe. A terceira é com a instituição, buscando uma atuação profissional em equipe racional e eficaz, trazendo resolubilidade e retorno financeiro.

Em relação à Educação Física, podemos observar também o seu baixo grau de autonomia diante das demais profissões, sugerindo uma realidade na qual estamos sempre dependendo de alguém ou algo que nos diga o que fazer (VERENGUER, 2003), ou ainda, sempre se vinculando às demais áreas para justificar e complementar ações no setor.

[...] nós da Educação Física temos um papel muito importante na reabilitação, como o fisioterapeuta tem, como também o médico. A gente tá no dia-a-dia com eles, então a gente acaba sendo dentro dessa equipe, a pessoa mais próxima deles e que mais benefícios traz pra eles. (EF)

[...] ele [faz referência ao aluno] vai fazer um trote, caminhada, uma corridinha que a gente chama, ou ele vai fazer uma corrida, ele precisa ter as articulações, principalmente do pé, ter um pé muito bem articulado. Então o fisioterapeuta, pra mim, é importantíssimo. Também o médico é super importante porque ele faz toda a avaliação cardiovascular, então você vem com o VO2 dele, com MET que você vai trabalhar, você vem com toda a prescrição já quase pronta para você trabalhar, e o psicólogo é muito importante até na mudança do comportamento. (EF)

Assim, observando o cenário investigado, podemos inferir que o grupo mais estruturado no setor da saúde (medicina) exerce poder sobre os grupos menos estruturados (profissões secundárias: fisioterapia, nutrição, psicologia e Educação Física). Esse poder, por sua vez, é representado por um corpo de conhecimento técnico mais respaldado e um maior prestígio social, empregando um maior domínio sobre o processo de tomada de decisão dessas profissões – autonomia; Becher (1996) afirma que adotando o discurso do grupo dominante, possuidor de maior *status* social, existe a possibilidade estratégica de sobrevivência no setor. A relação de subordinação descrita entre as profissões no setor da saúde, detectadas na literatura e comprovadas no estudo realizado, pode ser visualizada na figura 1. A categoria médica (grupo dominante) estabelece um exercício de poder sobre os demais grupos profissionais no trabalho em equipe (grupos dominados) e também sobre a sociedade.

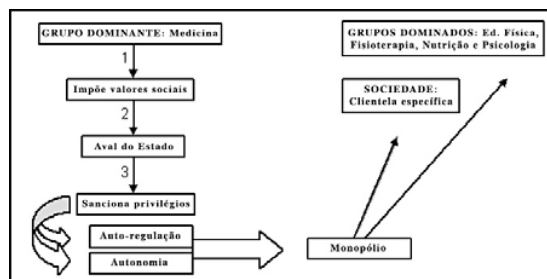


Figura 1. Processo de instalação do Monopólio Profissional na área da Saúde, baseado em Freidson (1998).

Dessa forma, com o reconhecimento por parte da sociedade da importância dos médicos, juntamente com o aval do Estado (2), esse grupo profissional ganha força. Assim, o Estado legitima a profissão e lhe sanciona privilégios (3), dando liberdade aos profissionais para regulamentarem sua profissão – credencialismo (4). Ao serem “donos do seu próprio negócio”, os profissionais médicos adquirem certo grau de independência em suas ações e exercem suas atividades submetendo à avaliação da sua prática profissional aos seus próprios pares. A partir dessa perspectiva a medicina se impõe como porta-voz das profissões da saúde, exercendo monopólio (5) sobre uma área de conhecimento capaz de hierarquizar outras profissões no setor (6) e também tomando para si, uma clientela específica da sociedade.

3.3.3 CREDENCIALISMO (MECANISMO DE REGULAÇÃO)

O conhecimento especializado, *expertise*, deve ser protegido e institucionalizado e, os órgãos de credenciamento, grosso modo, são os responsáveis por essa institucionalização. A certificação profissional atribuída por esses órgãos facilita a escolha dos profissionais por parte da sociedade, diferenciando-os dos indivíduos leigos. Dessa forma, essas entidades possuem um caráter discriminatório (FREIDSON, 1998; VERENGUER, 2004).

Não é objetivo desse estudo e, nem cabe a nós nesse contexto, averiguar se esses órgãos estão atuando adequadamente ou não. No entanto, paralelo a esse assunto, buscamos identificar na clínica multiprofissional investigada, como os grupos profissionais no setor da saúde lidavam com os diferentes tipos de conhecimento – *expertise* – diante

do seu exercício profissional. Ou seja, como eles administravam a situação de imbricação e uso de conhecimentos, técnicas e instrumentos entre os diversos grupos de profissões na clínica. É importante salientar que a *expertise* representa um certo poder sobre determinado território aumentando a força de uma categoria na delimitação não só das suas áreas de competência, mas as de seus concorrentes também (BOSI, 1996; FREIDSON, 1998, 2001). Assim, para analisarmos a especialização de uma dada intervenção, devemos fazê-la em relação a uma outra especialização, de modo que uma especialização só pode se confirmar se houver algum tipo de relação com outra (FREIDSON, 2001).

As informações relevantes retiradas das entrevistas acerca dessa relação de conhecimento (*expertise*) e prática profissional estabelecida entre eles nos dizem que: “A gente pode discutir alguma coisa sobre metabolismo, como trabalha, como funciona, mas é um ajuda, não é uma interferência uma no trabalho da outra.” (N) e “O conhecimento não tem dono, né? Existem especialidades, às vezes, em determinados momentos, que se imbricam, né?” (M).

Nos dois relatos acima podemos perceber que os profissionais têm clareza das imbricações de conhecimentos no dia-a-dia profissional. No entanto, podemos traçar duas linhas distintas de pensamento em relação a essa imbricação: o profissional da nutrição consegue explicitar que o uso de conhecimentos de outras áreas auxilia a prática profissional, mas não tem o intuito de se apoderar do conhecimento de áreas contíguas para subsidiar sua intervenção; já o profissional da medicina deixa claro que, embora existam especialidades, o conhecimento não tem dono, permitindo-nos inferir que ele se apropriaria tranquilamente do conhecimento de outras áreas para auxiliar sua intervenção.

Um apontamento merece destaque: “Depende muito, depende do paciente que você ta avaliando, entendeu? Às vezes, o profissional não consegue resolver o problema do paciente, ele invade a área que não é dele e faz burrada.” (M).

Neste relato, o médico reportou que, em alguns casos, a apropriação de conhecimentos de outras áreas pode trazer consequências negativas para o usuário. Em outras palavras, ao mencionar que “ele

invade a área que não é dele e faz burrada”, ele traz à tona a questão do erro profissional que pode vir a ser cometido, caso o profissional, se utilize de forma errônea de técnicas e instrumentos de áreas contíguas. Vale ressaltar que são quase inexistentes os estudos na área da Educação Física que investigam a avaliação das consequências do erro profissional, sendo a maioria dos estudos (MARTIN, 1994; GOMES; FRANÇA, 1999) encontrados na área da medicina. Essa apropriação de conhecimento foi relatada por um profissional como sendo um problema para ele, diferentemente dos demais profissionais, que não assumiram essa condição: “Eu até tenho muito problema porque eu entro muito na área deles (faz referência às demais profissões na clínica), e eles entram bem menos na minha.” (EF).

Desse modo, tal afirmação vai ao encontro do que Bosi (1996) e Soriano (2003) afirmam: o conhecimento de baixa complexidade e pouca especialização requer a apropriação de outros conhecimentos para justificar seu exercício profissional e garantir sua sobrevivência (BECHER, 1996). Para Abbott (1988), as profissões se situam num sistema interdependente e, que nesse sistema, cada profissão tem suas atividades cerceadas por vários tipos de jurisdições. Ou seja, no trabalho multiprofissional no setor da saúde, cada categoria profissional possui um órgão que legaliza e “protege” sua *expertise*, entretanto na prática profissional isso não é bem delimitado como acreditamos ser, devido as imbricações constantes entre os diferentes tipos de conhecimento: “[...] fulana que é fisioterapeuta, trabalha com as gestantes de hidro, daí ela fala assim: vou ter que sair, tal, tal, tal, você pode dar uma aula pra mim?” (EF).

Como podemos perceber, a partir da transposição de tarefas, denota-se uma inevitável sobreposição de conhecimentos e ações profissionais no cotidiano profissional, especialmente, num trabalho em equipe (SORIANO, 2003): “Quando eu cheguei pra trabalhar no hospital, toda enfermeira era psicóloga, toda auxiliar de enfermagem fazia fono, sabe, então eu acho que o profissional da sua área precisa ir galgando o seu lugar, sabe?” (F).

Uma das estratégias para um grupo profissional justificar sua importância é aproximar-se da profissão que está na liderança e associar-se em sua prática profissional, mesmo que de forma indireta:

Inúmeras as vezes que no hospital que eu não estava atendendo determinado paciente e o médico sentava comigo e falava assim: to com um paciente assim, o que você acha? Não era meu paciente, mas só de falar o que o paciente tinha e tal, e eu ouvir e dar dica pra ele. (N)

Esse cenário nos remete à dificuldade de definirmos o que há de exclusivo na intervenção profissional (VERENGUER, 2004) de cada profissão, e a dificuldade dos órgãos de credenciamento de facilitar a escolha de um profissional qualificado por parte da sociedade (FREIDSON, 1998).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao definirmos como objetivos desse estudo: a) verificar qual a perspectiva de uma determinada equipe multiprofissional sobre a contribuição específica do profissional de Educação Física; b) identificar como os profissionais de Educação Física se autoavaliam junto à realização um trabalho multiprofissional; c) averiguar a compreensão dos membros da equipe sobre aspectos necessários para subsidiar sua intervenção, detectamos o quão complexo as interações profissionais se apresentavam: subordinação à área dominante (medicina) e hierarquização das profissões secundárias no setor da saúde.

O tipo de pesquisa escolhido (qualitativa) nos permitiu uma aproximação com os grupos investigados e a metodologia para coleta (entrevista semiestruturada) e análise dos dados (análise de conteúdo) possibilitaram o esclarecimento de algumas lacunas existentes na literatura. No entanto, acreditamos que outras pesquisas devem ser realizadas no contexto multiprofissional para constatar alguns elementos que ficaram “obscuros” no estudo em questão.

Estudar como se estabelecem as relações de trabalho entre o profissional de Educação Física e os diferentes grupos profissionais no setor da saúde nos pareceu desafiador e inequívoco, diante dos papéis desempenhados e pela eminência do desenvolvimento de políticas públicas nessa direção. Teoricamente, o trabalho em equipe visa preencher as lacunas de conhecimentos existentes entre diferentes áreas

para solucionar um determinado problema. No entanto, no contexto investigado essas interações profissionais se apresentaram conflituosas e concorrentes, como relatado pelos profissionais, principalmente entre as profissões secundárias no setor da saúde, frente à liderança: a medicina.

Os três denominadores propostos por Freidson (1998) e comuns à todos os grupos profissionais que nos propusemos a investigar – *expertise*, credencialismo e autonomia – são indicadores importantes na busca da consolidação de uma profissão e que devem ser levados em consideração num trabalho em equipe: a *expertise* por representar a delimitação do conhecimento um grupo profissional, caracterizando-o como sendo detentor de uma certa especialidade; o credencialismo por institucionalizar e “fiscalizar” esse conhecimento; e a autonomia por representar o livre arbítrio na tomada de decisão frente às demandas da sociedade e também frente as demais profissões.

Com o presente estudo, conseguimos evidenciar alguns aspectos acerca do funcionamento e perspectiva dos membros de uma equipe multiprofissional em relação à participação do profissional de Educação Física. No entanto, sugerimos a realização de outras pesquisas, com um tempo maior de permanência do pesquisador em campo, como por exemplo, com a realização de pesquisas etnográficas, para constatar como realmente essas interações profissionais se estabelecem no trabalho em equipe.

The Physical Education professional and the intervention in multiprofessional teams

Abstract: Taking into consideration that, together with multi-professional teams, intervention consists of several types of specialized knowledge to solve a specific problem, our purposes were: (a) to verify which the multi-professional team's view is considering the Physical Education professional's specific contribution; (b) to identify how the Physical Education professionals self-evaluate, together with the achievement a multi-professional work; and (c) to verify the team members' understanding on necessary aspects to subsidize their intervention. Eight professionals participated in the study which used the semi-structured interview and the content analysis with categories established *a priori*. In the researched context the professional interactions were conflicting and contestant, with subordination to the dominant area (Medicine) as well as hierarchization of secondary jobs in the health sector.

Keywords: Physical Education. Health Personnel. Liability legal. Conflict.

El profesional de la Educación Física y la intervención en los equipos multiprofesionales

Resumén: Considerando que, junto con varios equipos profesionales, la intervención consiste en varios tipos de conocimientos especializados para resolver un tema específico, nuestros propósitos fueron: (a) verificar cuál la perspectiva del equipo multiprofesional acerca de la contribución específica del profesional de la Educación Física; (b) identificar la auto-evaluación de los profesionales de la Educación Física junto a la realización del trabajo multi-profesional; y (c) comprobar el entendimiento de los miembros del equipo sobre los aspectos necesarios para subsidiar su intervención. El estudio fue realizado con ocho profesionales. Se utilizó la entrevista semi-estructurada y el análisis de contenido con las categorías establecidas *a priori*. En el contexto investigado las interacciones profesionales son conflictivos y competitivas, con la subordinación a la zona dominante (medicina), así como la jerarquización de las profesiones secundarias en el sector de la salud.

Palabras clave: Educación Física. Personal de salud. Responsabilidad legal. Conflicto.

REFERÊNCIAS

- ABBOTT, A. **The system of professions**: an essay on the division of expert labor. Chicago: University of Chicago, 1988.
- ANDRÉ, M. E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. 5. ed. Campinas: Papirus, 1995.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BECHER, T. The learning professions. **Studies in higher education**, London, v. 21, n. 1, p.43-55, 1996.
- BOSI, M. L. M. **Profissionalização e conhecimento**: a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec, 1996.
- BRESSAN, E. 2001: The Profession is dead: Was it Murder or Suicide? **Quest**, Champaign, v. 21, n. 1, p.77-82, 1979.
- CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p.229-233, 2002.
- CASALI, A.; RIOS I.; TEIXEIRA, J. E.; CORTELLA, M. S. **Empregabilidade e educação**: novos caminhos no mundo do trabalho. São Paulo: EDUC, 1997.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. The discipline and practice of qualitative research. *In*: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. **The sage handbook of qualitative research**. California: Sage, 2005. p.1-32.
- FREIDSON, E. **Professionalism**: the third logic. Chicago: University of Chicago, 2001.
- _____. **Renascimento do profissionalismo**. São Paulo: EDUSP, 1998.
- GIBBONS, S. L.; BRESSAN, E. S. The Affective Domain in Physical Education: a Conceptual Clarification and Curricular Commitment. **Quest**, Champaign, v. 43, n. 1, p.78-97, 1991.
- GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.145-153, 2005.
- GOMES, J. C. M.; FRANÇA, G. V. **Erro médico**: reflexões sobre sua origem e suas consequências. Montes Claros: Editora Unimontes, 1999.
- GRANADA, C. G. **Grupos Educativos Multiprofissionais e Promoção à Saúde**: a experiência em um centro de saúde-escola. Campinas, 2004. 256f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2004.

HAMMERSLEY, M. N. ATKINSON, P. **Ethnography: principles and practices**. 2. ed. London: Routledge, 1996.

LAVILLE, C.; DIONNE, J; SIMAN, L. M. **A constituição do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

LAWSON, H. A. Education for social responsibility: preconditions in retrospect and in prospect. **Quest**, Champaign, v. 51, n. 2, p.116-149, 1999.

LIMA, J. R. P. Caracterização acadêmica e profissional da Educação Física. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 8, n. 2, p.54-67, 1994.

LOLAND, S. Morality, Medicine, and Meaning: Toward an Integrated Justification of Physical Education. **Quest**, Champaign, v. 58, p.60-70, 2006.

MARTIN, L. M. O erro médico e a má prática nos códigos brasileiros de ética médica. **Revista Bioética**, v. 2, n. 2, 1994 Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v2/emaprat.html>>. Acesso em: 10 maio 2008.

MASSA, M. Caracterização acadêmica e profissional da Educação Física. **Revista Mackenzie de Educação Física**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.29-38, 2002.

MISOCZKI, M. C. O isoformismo normativo e análise de organizações de saúde. **RAE-eletrônica**, v. 4, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v4n1/v4n1a09.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, 2001.

REIS, M. C. C. **A identidade acadêmico-científica da educação física: uma investigação**. Campinas, 2002. 182p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

RENSON, R. From Physical Education to Kinanthropology: a quest for Academic and Professional Identity. **Quest**, Champaign, v. 41, n. 3, p.235-256, 1989.

RIKLI, R. Kinesiology: A "Homeless" Field: Addressing Organization and Leadership Needs. **Quest**, Champaign, v. 58, p. 288-309, 2006.

SCHEIN, E. H.; KOMMERS, D. W. **Professional Education: some new directions**. Berkeley: McGraw-Hill, 1972.

SILVA, N. E. K.; OLIVEIRA, L. A.; FIGUEIREDO, W. S.; LANDRONI, M. A. S.; WALDMAN, C. C. S.; AYRES JR. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p.108-116, 2002.

SORIANO, J. B. **A constituição da intervenção profissional em Educação Física: interações entre o conhecimento formalizado e a noção de competência**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VERENGUER, R. C. G. Dimensões profissionais e acadêmicas da Educação Física no Brasil: uma síntese das discussões. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 11, n. 2, p.164-175, 1997.

_____. **Mercado de trabalho em educação física**: significado da intervenção profissional à luz das relações de trabalho e da construção da carreira. Tese (Doutorado) Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

_____. Intervenção profissional em Educação Física: *expertise*, credencialismo e autonomia. **Revista Motriz**, Rio Claro, v. 10, n. 2, p.123-132, 2004.

Recebido em: 07.08.2008

Aprovado em: 16.02.2009