



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

**O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E O CONTEXTO DO
TRABALHO EM EQUIPE NO SETOR DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS
INTERAÇÕES INTERPROFISSIONAIS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DANIELA SCHWABE MINELLI

Maringá - Paraná
2010

DANIELA SCHWABE MINELLI

**O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E O CONTEXTO
DO TRABALHO EM EQUIPE NO SETOR DA SAÚDE: UMA
ANÁLISE DAS INTERAÇÕES INTERPROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Maringá, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física – UEM/UEL, na área de concentração em Estudos do Movimento Humano, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jeane Barcelos Soriano.

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

M664p Minelli, Daniela Schwabe.
O profissional de educação física e o contexto do trabalho em equipe
no setor da saúde : uma análise das interações interprofissionais /
Daniela Schwabe Minelli. – Maringá, 2010.
177 f. : il.
Orientador: Jeane Barcelos Soriano.
Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Estadual
de Maringá, Departamento de Educação Física, Programa Associado de Pós-
Graduação em Educação Física UEM/UEL, 2010.
Inclui bibliografia.
1. Educação Física – Profissionais – Autonomia – Teses. 2. Educação
física – Interprofissionais – Equipe de Saúde – Teses. I. Soriano, Jeane
Barcelos. II. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de
Educação Física. Programa Associado de Pós-Graduação em Educação
Física UEM/UEL. III. Universidade Estadual de Londrina. IV. Título.

CDU 796.071.4:61

DANIELA SCHWABE MINELLI

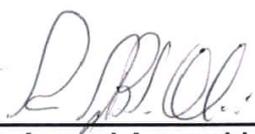
**O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E O CONTEXTO
DO TRABALHO EM EQUIPE NO SETOR DA SAÚDE: UMA
ANÁLISE DAS INTERAÇÕES INTERPROFISSIONAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Maringá, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física – UEM/UEL, na área de concentração em Estudos do Movimento Humano, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jeane Barcelos Soriano.

APROVADA em 30 de agosto de 2010.


Prof. Dr. **Samuel de Souza Neto**


Prof. Dr. **Amauri Aparecido Bássoli
de Oliveira**


Prof^a. Dr^a. **Jeane Barcelos Soriano**
(Orientadora)

**Dedico esse trabalho à minha mãe,
Margarida, e à minha irmã, Daiane.**

Pessoas essenciais em minha vida!!!

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível devido à colaboração e apoio de diversas pessoas, às quais transmito os mais sinceros agradecimentos:

Inicialmente, à minha querida professora e orientadora **Prof.^a Dr.^a Jeane Barcelos Soriano**, que tem me acompanhado nessa jornada acadêmica desde 2005, incentivando, orientando e me fazendo acreditar que tudo é possível na área da educação física! Nessa trajetória, já rimos e choramos juntas e, hoje, lhe agradeço por ter me guiado nos momentos que mais precisei! O resultado final está aí!

Ao **Prof. Dr. Samuel de Souza Neto** e ao **Prof. Dr. Amauri Aparecido Bássoli de Oliveira**, que aceitaram, de forma atenciosa e cordial, participar da banca de defesa dessa dissertação. Obrigada pelos direcionamentos e apontamentos na qualificação dessa pesquisa.

Ao **Prof. Dr. Gilmar de Carvalho Cruz**, pela criteriosa leitura e preciosos apontamentos com relação ao projeto inicial dessa dissertação, na época do exame de qualificação.

Aos **profissionais que aceitaram participar dessa pesquisa**, concedendo parte de seu tempo para a realização das entrevistas que contribuíram para a finalização desse trabalho.

Às minhas queridas amigas e companheiras de estudo, **Glauce Yara do Nascimento, Paula Evelise Fávaro, Rubiane Giovane Fonseca e Priscilla Maia da Silva**, que desde o ingresso no mestrado compartilharam comigo as mesmas incertezas, dúvidas e alegrias e juntas dividimos momentos de muita diversão e tensão! Também chegamos até o final juntas! Obrigada pelas horas intermináveis de conversas ao telefone, pelo tempo dedicado para escutar as minhas aflições e, principalmente, por me atenderem em todos os momentos que precisei, até mesmo nos domingos à noite!

À minha insubstituível e incomparável mãe, **Margarida Frida Schwabe Minelli**, por dividir comigo os momentos de sofrimento e as noites “mal dormidas”, achando que esse trabalho não seria concluído dentro do prazo! Obrigada por todo apoio e incentivo durante esses dois anos e meio, pois sem a sua

presença, tenho certeza que não alcançaria mais esse objetivo traçado em minha vida! Á minha querida irmã, **Daiane Schwabe Minelli**, que se mostrou mais ansiosa do que eu mesma para ver o resultado final desse estudo! Obrigada pela torcida para que eu finalizasse essa pesquisa o quanto antes! E ao meu namorado **João Guilherme de Alcântara Souza**, pela compreensão nos momentos difíceis e pelo apoio desde o ingresso no mestrado.

Ao meu falecido pai, **Porfírio Castellan Minelli** que tanto prezou pela minha boa educação e formação. Tenho certeza que ele caminha comigo e está presente em todos os momentos da minha vida, protegendo, guiando e dando-me forças para trilhar a minha carreira profissional que, infelizmente, ele não teve a oportunidade de vivenciar comigo.

Agradeço a **Deus**, pois sei que Ele foi o grande responsável por me fazer chegar até aqui!

E por fim, **à todas as pessoas**, que de forma indireta, contribuíram para a conclusão desse trabalho e para minha formação profissional até o ano de 2010.

*"Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível, e de repente
você estará fazendo o impossível".*

São Francisco de Assis

*"Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!"*

Mario Quintana

MINELLI, Daniela Schwabe. O profissional de educação física e o contexto do trabalho em equipe no setor da saúde: uma análise das interações interprofissionais. 2010. 177p. Dissertação de Mestrado (Programa Associado de Pós-graduação em Educação Física UEM/UEL) – Departamento de Educação Física, Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

RESUMO

A literatura, relacionada ao estudo dos grupos profissionais, tem levado em consideração pontos relevantes para a consolidação de uma profissão, sobretudo, em relação à obtenção de prestígio profissional e reconhecimento social, advindos, especialmente, de uma base teórica de conhecimento. No presente estudo, buscamos investigar como se estabelecem as interações entre os profissionais de educação física e demais grupos atuantes em um trabalho em equipe no setor da saúde. Optamos pelo encaminhamento metodológico dentro da abordagem qualitativa de pesquisa. Para tanto, contamos com a participação de vinte profissionais de saúde, inseridos em quatro equipes de trabalho, entre médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e profissionais de educação física. O processo de obtenção das informações deu-se pela realização da entrevista semiestruturada. O roteiro de perguntas continha três temas norteadores sobre o assunto que nos propusemos a investigar: a) relações de trabalho estabelecidas entre o profissional de educação física e os diferentes grupos profissionais; b) conhecimento formalizado como elemento de hierarquização entre os grupos profissionais; e c) divisão do trabalho no setor da saúde. Para categorização e discussão dos dados, utilizamos a análise de conteúdo. A partir da leitura criteriosa das entrevistas, chegamos a sete categorias, sendo: 1) relevância do conhecimento da área da educação física para o trabalho em equipe no setor da saúde; 2) interações interprofissionais entre a educação física e demais grupos; 3) superioridade médica nas relações de trabalho entre as profissões secundárias no setor da saúde; 4) autonomia; 5) aspectos relevantes para uma boa relação de trabalho; 6) conexões entre o processo de tomada de decisão e negociação no cotidiano profissional; e 7) formas de comunicação entre os envolvidos. Destacamos como considerações finais que: a) os entrevistados, inseridos no trabalho em equipe, avaliaram o conhecimento da intervenção profissional em educação física como sendo de baixa complexidade; b) o processo de tomada de decisão deu-se a partir da área mais próxima do problema em questão; c) as relações de poder e subordinação entre a liderança no setor da saúde e as profissões secundárias ficaram evidentes na forma como eram conduzidos os encaminhamentos dentro do trabalho; e d) a ausência de autonomia plena fez-se presente entre as profissões, com exceção dos médicos que controlavam as tarefas no setor.

Palavras-chave: educação física; interações interprofissionais; conhecimento formalizado; autonomia.

MINELLI, Daniela Schwabe. **O profissional de educação física e o contexto do trabalho em equipe no setor da saúde: uma análise das interações interprofissionais**. 2010. 177 fl. Dissertação de Mestrado (Programa Associado de Pós-graduação em Educação Física UEM/UEL) – Departamento de Educação Física, Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

ABSTRACT

The literature regarding the study of professional groups has considers as relevant points for the consolidation of a profession mainly the acquisition of professional prestige and social recognition, especially resulting from a theoretical basis of knowledge. In this study, we investigated how the interactions between physical education professionals and other groups working in teams were established within the health sector. We opted for a methodological approach of qualitative research. Therefore, we counted with the participation of twenty health professionals, inserted in four teams, including physicians, physiotherapists, psychologists, nurses, nutritionists and physical education professionals. Semistructured interviews were used to obtain the data. The questions guide consisted of three major themes on the subject that we set out to investigate: a) working relationships established between physical education professionals and the various professional groups, b) formalized knowledge as an element of hierarchy among the professional groups, and c) labor division in the health sector. To categorize and discuss the data we used a content analysis approach. Upon careful reading of the interviews, we came to seven categories, namely: 1) relevance of physical education knowledge for teamwork in the health sector; 2) interprofessional interactions between physical education practitioners and other groups; 3) medical superiority in working relationships between secondary professions in the health sector; 4) autonomy; 5) relevant issues for a good working relationship; 6) connections between the process of decision making and negotiation in daily work; and 7) forms of communication between those involved. As final considerations: a) the respondents inserted in teams evaluated the knowledge of professional intervention in physical education as being of low complexity, b) the decision-making process took place in the closest area to the central problem, c) the relationships of power and subordination between the leadership in the health area and the secondary professions became evident in the way the referrals were handled within the work; and d) the lack of full autonomy between the professions, except for the physicians who led the tasks in the sector.

Keywords: physical education, interprofessional interactions, formalized knowledge, autonomy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Áreas de fronteira nos campos de atuação das profissões da saúde	56
Figura 2 – Temas e categorias correlacionados.....	101
Figura 3 - Modelo hierárquico existente entre as profissões no setor da saúde.....	127
Figura 4 – Processo de instalação do Monopólio Profissional na área da saúde...	138
Quadro 1 – Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe	64
Quadro 2 – Modalidades de ação em saúde para compor as equipes de trabalho do NASF.....	70
Quadro 3 – Pontos que nortearam a investigação dentro de cada tema.....	82
Quadro 4 – Temas que nortearam a entrevista e as categorias que emergiram dentro de cada tema	86
Quadro 5 – Apresentação das equipes investigadas, número de profissionais e contexto de intervenção	90
Quadro 6 – Local onde os profissionais realizaram a graduação, ano de conclusão do curso e o tempo de profissão	91
Quadro 7 – Local onde os profissionais realizaram especialização e/ou pós-graduação e ano de conclusão do curso.....	93
Quadro 8 – Tempo relativo de atuação de cada profissional dentro do trabalho em equipe no setor da saúde. Apresentação das médias relativas à cada equipe e a média total.....	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATI – Academia de Terceira Idade

CFM – Conselho Federal de Medicina

CNS - Conselho Nacional de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde na Família

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 GRUPOS PROFISSIONAIS: CARACTERIZAÇÃO	24
2.2 IMPLICAÇÕES DA “SUPERESPECIALIZAÇÃO” PARA O PODER PROFISSIONAL NO SETOR DA SAÚDE.....	38
2.3 CONHECIMENTO FORMALIZADO E AS DISPUTAS NO SETOR DA SAÚDE	46
2.4 TRABALHO EM EQUIPE: IMPLICAÇÕES PARA O SETOR DA SAÚDE	60
2.5 A INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO TRABALHO EM EQUIPE NO SETOR DA SAÚDE	65
3 ENCAMINHAMENTO METODOLÓGICO	74
3.1 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	76
3.2 PROCESSO DE OBTENÇÃO DAS INFORMAÇÕES: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	78
3.2.1 Entrevista	79
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	83
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	88
4.1 APRESENTAÇÃO.....	88
4.1.1 Profissionais pesquisados	88
4.1.2 Trabalho em equipe: forma de intervenção sobre os problemas de saúde	95
4.2 CONCEITOS E OPINIÕES	97
4.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS: CORRELAÇÃO ENTRE OS TEMAS E CATEGORIAS.....	99
4.3.1 Correlações do Tema 1.....	102
4.3.1.1 Tema 1 – Categoria 1.....	102
4.3.1.2 Tema 1 – Categoria 2.....	118
4.3.2 Correlações do Tema 2.....	123
4.3.2.1 Tema 2 – Categoria 3.....	123
4.3.2.2 Tema 2 – Categoria 4.....	134
4.3.3 Correlações do Tema 3.....	140
4.3.3.1 Tema 3 – Categoria 5.....	140

4.3.3.2 Tema 3 – Categoria 6.....	145
4.3.3.3 Tema 3 – Categoria 7.....	153
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	159
 REFERÊNCIAS.....	 164
 APÊNDICES.....	 173
APÊNDICE A – Roteiro inicial de perguntas com os temas norteadores para a realização da pesquisa.....	174
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	176
APÊNDICE C – Dados sobre a formação profissional.....	177

1 INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, devido às conseqüências do crescimento industrial e propagação do capitalismo, os seres humanos defrontaram-se com diversas rupturas e transformações políticas, econômicas, culturais e sociais resultando em mudanças e reordenações nas formas de organização dos grupos sociais. A acumulação flexível de capital, as mudanças nos meios de produção, o processo de divisão social do trabalho, a incorporação de novos aparatos tecnológicos para intervenção profissional, a fusão entre as organizações e, principalmente, o desenvolvimento da tecnologia da informação têm provocado implicações e mudanças irreversíveis nas relações de trabalho entre os distintos grupos sociais atuantes nos diversos setores da sociedade (MINELLI; SORIANO; FÁVARO, 2009). Entre tais setores, inserimos os grupos profissionais que não passariam incólumes a essas transformações, criando uma nova forma de se pensar a prestação de serviços na sociedade.

Além disso, em decorrência da mecanização dos sistemas de produção e, principalmente, da divisão social do trabalho, visando o aumento, a lucratividade e o aprimoramento da produção comercial, muitas das antigas ocupações desapareceram e outras foram recriadas e aperfeiçoadas (TORSTENDAHL, 1996). Tanto no campo como nas cidades emergiram novas exigências e demandas de mão-de-obra especializada para atender com mais eficiência essas novas necessidades advindas do novo sistema político-econômico. São os casos, por exemplo, das engenharias (elétrica, mecânica e civil), dos cargos de controle da produção (administradores e economistas) e do setor agrícola (veterinários, engenheiros agrícolas, agrônomos, engenheiros industriais) que surgem com o intuito de aprimorar a prestação de serviços, a partir do uso de conhecimento especializado (LARSON, 1977; FREIDSON, 1996; 1998).

Dessa forma, podemos observar que tais fatos ocasionaram o surgimento e a transformação de práticas e novas funções sociais e, também, a estratificação de tarefas dentro dos campos profissionais, tornando-se crescente a demanda por conhecimento e mão-de-obra especializada na prestação de serviços na sociedade industrializada (LARSON, 1977; FREIDSON, 2001). A especialização, como o próprio nome sugere, traduz-se em elementos específicos ou próprios de

cada tarefa profissional, na qual cada indivíduo realiza seu trabalho ou presta um serviço, com característica, exclusiva na sociedade (BOSI, 1996; FREIDSON, 1998); ou seja, a utilização de um corpo de conhecimentos e habilidades, para desempenhar certas tarefas na esfera do trabalho, representa uma particularização dessas ações profissionais, denominada especialização.

A demanda por conhecimento especializado e as modificações e transformações nos diversos setores da sociedade afetaram direta e/ou indiretamente as relações sociais e de trabalho estabelecidas: (a) entre os profissionais de uma determinada área e os demais profissionais; (b) entre os profissionais e os usuários dos serviços prestados; e (c) entre as instituições prestadoras de tais serviços (MINELLI; SORIANO; FÁVARO, 2009). Essa reconfiguração nas relações de trabalho, por sua vez, é fruto dos muitos problemas, exigências e demandas que pressionam a sociedade moderna, pois quase sempre essas necessidades apresentam-se de forma complexa e variada, ocasionando uma remodelação no modo de intervir e onde intervir de cada grupo profissional, transformando os papéis profissionais e, conseqüentemente, os relacionamentos interprofissionais (SCHEIN; KOMMERS, 1972). Nesse sentido:

Atualmente, sob forte impacto da reestruturação produtiva, responsável por alterar a organização e processos de trabalho para atender às exigências de um mercado extremamente competitivo e volátil, muitas organizações visando garantir a sua permanência/sobrevivência, têm promovido a busca da qualidade como fator diferencial na manutenção de um espaço cada vez mais concorrido. Os adventos surgidos com a era da globalização trouxeram novas formas de se pensar as relações sociais (PINHO, 2006, p.68).

Além disso, Schein e Kommers (1972) apontam que nenhuma categoria profissional pode encarar e desvendar, de forma isolada, os problemas sociais emergentes. Os autores afirmam que uma das críticas que têm sido apontadas, nesse sentido, diz respeito ao fracasso no processo de desenvolvimento de conexões entre os grupos profissionais, atuantes em um mesmo setor de intervenção, para rebater de forma mais eficaz a essas demandas.

Não obstante isso, os profissionais têm apropriado-se de técnicas e conhecimentos de outras áreas para tentar emitir pareceres (quase) exatos acerca dos problemas em questão. Podemos observar esse fato, por exemplo, entre os

profissionais não-médicos, co-atuantes no setor da saúde, que se apropriam de termos científicos e procedimentos técnicos referentes à medicina para justificar escolhas e decisões durante sua intervenção profissional (BOSI, 1996; SORIANO, 2003).

Entretanto, vale ressaltar que essas apropriações de conhecimentos e ações são inevitáveis no cotidiano do exercício profissional, mas essas informações devem ser utilizadas de maneira adequada, ou seja, o profissional deve ter “habilidade necessária para identificar, entender e apreender os códigos, definições, conceitos e, então, literalmente, consumir aquilo que foi produzido” (SORIANO, 2003, p.209). Diante de todo esse cenário, torna-se mais difícil para os grupos profissionais conservarem um quadro claro e preciso de quem são seus clientes ou usuários de seus serviços na resolução dos problemas (SCHEIN; KOMMERS, 1972), além de dificultar, também, o processo de delimitação da sua área de conhecimento e campo de intervenção (BOSI, 1996; FREIDSON, 1998; VERENGUER, 2003).

A proporção e a complexidade dos fenômenos sociais da sociedade contemporânea exigiram uma interdependência profissional nos diferentes segmentos da sociedade. As organizações, então, viram-se obrigadas a modificar os processos e relações de trabalho, incorporando novas tecnologias, recrutando pessoal qualificado para exercer alguns cargos e apostando em novas formas de estruturação das tarefas profissionais (PINHO, 2006). Houve uma substituição do trabalho baseado no individualismo para uma característica de trabalho em equipe visando atender com qualidade e eficiência as novas demandas emergentes. No entanto:

[...] temos que considerar que essas mudanças representam um grande desafio à convivência social (no ambiente de trabalho), pois vários obstáculos dificultam a passagem do desempenho individual para o desempenho coletivo (PINHO, 2006, p.69).

Podemos observar a influência crescente do trabalho em equipe nos mais diferentes segmentos da sociedade: as funções políticas, administrativas, públicas e judiciárias especializam-se cada vez mais, assim como, também, acontece com as funções artísticas (ou culturais) e científicas. Ao considerar o foco desse estudo, podemos citar o trabalho em equipe no setor da saúde, que

representa um campo de intervenção - público e privado - com atuação de mais de uma dezena de categorias profissionais (BOSI, 1996), entre elas: medicina, fisioterapia, nutrição, psicologia, farmácia, educação física, fonoaudiologia, terapia ocupacional etc.

O trabalho em equipe no setor da saúde tornou-se mais do que uma ferramenta de trabalho: tornou-se um recurso primordial para otimizar a qualidade e eficácia nos serviços prestados aos pacientes/clientes/usuários no que diz respeito à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. Embora não seja o foco principal desse trabalho levantar debates existentes acerca de assuntos relacionados à “saúde e qualidade de vida”, “promoção da saúde” e “saúde x doença”, não podemos deixar de mencionar a complexidade das discussões que abrangem esses temas. Algumas questões podem exemplificar e clarificar os pontos intrigantes que rodeiam o fenômeno da saúde e doença: o que é saúde? O que é doença? Quais os componentes da vida social que são indicadores de boa saúde? Quais valores estão por trás da ‘saúde’, ‘qualidade de vida’ e ‘doença’? O que caracteriza a promoção da saúde?

O setor de saúde pública no Brasil, a partir da década de 70, passou a introduzir o conceito de qualidade nos serviços prestados e encontrou dificuldades ao modificar a assistência ao paciente da forma individual para a solução de problemas de forma coletiva. Todavia, foi a partir da década de 90 que a introdução do trabalho em equipe alcançou seu auge (PINHO, 2006).

As tentativas do governo brasileiro, inicialmente, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e posteriormente, com o Programa Saúde da Família (PSF), a partir de 1994, visaram a melhoria e eficiência no atendimento à população no setor da saúde pública, por meio do trabalho em equipe. Vale destacar dois grandes ajustes realizados para os projetos do PSF em relação ao PACS: a) “visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda” (VIANA; POZ, 2005, p.231); e b) “as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica” (VIANA; POZ, 2005, p.231).

Podemos perceber que o atendimento no setor da saúde no Brasil, até o início da década de 90, estava centralizado nas mãos dos médicos. Com a

proposta da integração de novos profissionais da saúde nesse setor (profissionais de educação física, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, por exemplo), visando uma maior qualidade no atendimento ao paciente, alguns conflitos e desentendimentos profissionais passaram a existir. Em outras palavras, o exercício profissional desses grupos passou a ser conflituoso e concorrente, com exceção dos médicos, que já possuíam autonomia em suas ações, pois alguns conhecimentos e tarefas passaram a ser utilizados por mais de um profissional (MINELLI; SORIANO; FÁVARO, 2009). Assim:

[...] novos saberes remetem a novas práticas, com novas regulações e subjetividades. O surgimento de novas profissões e especialidades na área da Saúde desacomoda mercados de trabalho, até então restritos a determinados profissionais, com conseqüentes reações corporativas, para retenção ou apropriação desses mercados (OJEDA, 2004, p.88).

Dessa forma, as categorias profissionais passaram a reivindicar a exclusividade na realização dessas tarefas profissionais que se mostravam concomitantes com as demais especialidades. Portanto, podemos afirmar que o trabalho em equipe no setor da saúde representa um ambiente de investigação bastante desafiador, pois o meio de comunicação (PEDUZZI, 2001; MOSCOVICI, 2001), interação (ABBOTT, 1988; BOSI, 1996; FREIDSON, 1998) e negociação (SVENSSON, 1996; ALLEN, 1997), entre os profissionais, estabelecem-se por meio de um elemento fundamental, capaz de hierarquizar as posições sociais dentro dessa divisão do trabalho: o conhecimento formalizado.

Por sua vez, o conhecimento formalizado representa um elemento de grande valor social na demarcação de territórios e mercados profissionais entre os diferentes grupos no setor da saúde (LARSON, 1977; ABBOTT, 1988; BOSI, 1996; FREIDSON, 1970, 1998, 2001), pois se trata de um tipo de conhecimento com caráter esotérico, capaz de delimitar fronteiras profissionais, realizar um exercício de poder entre os envolvidos no trabalho em equipe e garantir autonomia ou poder discricionário (ABBOTT, 1988; FREIDSON, 2001; EVETTS, 2002) aos detentores desse saber¹. Em outras palavras:

¹ No presente estudo, utilizamos a palavra “saber” apenas como sinônimo de “conhecimento”. Porém, entendemos que o “saber” possui uma abrangência maior, e é muitas vezes, caracterizado por um conjunto de conhecimentos (PERRENOUD; 2001; TARDIFF, 2002).

Esses saberes integrados à práticas cotidianas movimentam-se nas relações de poder entre profissões e profissionais. A circulação de saberes e poderes entre as diferentes profissões tornam as práticas em saúde um espaço social de intensa efervescência, onde estão presentes conflitos que buscam (des)acomodar saberes e limites. Perpetuam-se saberes e práticas individualizados em cada profissão, centrados em interesses corporativos, em territórios e práticas hierarquizados que fragmentam as ações em saúde (OJEDA; STREY, 2008, p.3).

Ou ainda:

Isso significa dizer que é o saber próprio de cada área, de cada especialidade que se coloca como estratégia de poder mostrando-se em permanente luta nos espaços em que as práticas de Saúde se exercem, mas ao mesmo tempo, nestas lutas impingindo transformações, como rupturas e descontinuidades (OJEDA, 2004, p.88).

Nesse sentido, a fragmentação do conhecimento em saúde, resultado da divisão social e intelectual do trabalho e da demanda requerida na busca de qualidade na prestação de serviços especializados, é utilizada como estratégia de exercício de poder nas relações profissionais, sejam elas com outros grupos profissionais sejam nas relações das práticas em saúde (OJEDA, 2004).

Utilizando como referência primordial o conhecimento especializado – e formalizado - como estratégia de exercício de poder, demarcação de fronteiras e delimitação de fatias no mercado de trabalho (LARSON, 1977; ABBOTT, 1988, FREIDSON, 1998) em um trabalho em equipe, Freidson (1970) nos chama a atenção para a existência de dois grandes grupos de profissionais no setor da saúde: a) os profissionais médicos, detentores dos conhecimentos referentes ao diagnóstico e tratamento de doenças; e b) os profissionais não-médicos (FREIDSON, 1970), detentores de conhecimentos relacionados à saúde, que por sua vez, auxiliam a tarefa dos médicos. No segundo grupo, estão inseridos os profissionais de educação física, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, biólogos, biomédicos, odontólogos e médicos veterinários que recebem a designação de profissões da saúde, de acordo com a Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 1998).

Freidson (1970) aponta que essa divisão social do trabalho no setor da saúde sempre terá como referência a figura do médico, que aparece como

profissão dominante nesse contexto por ser detentora de conhecimentos e habilidades esotéricas suficientemente capazes de convencer o Estado e a sociedade acerca da importância social (e biológica) dos conteúdos referentes à sua área de intervenção: diagnóstico e tratamento de doenças (FREIDSON, 1998). Assim, segundo ele, para entendermos a hegemonia da medicina no setor da saúde, precisamos entender, também, as profissões não-médicas no que diz respeito ao tipo de conhecimento utilizado para a intervenção, organização do grupo profissional, relações interprofissionais com as demais profissões no setor da saúde, bem como as relações assimétricas de poder e subordinação existentes entre os dois grupos.

Desse modo, antes de chegarmos ao nosso problema de pesquisa dentro da área da educação física, gostaríamos de salientar alguns aspectos, os quais Larson (1977) chamou de fenômeno profissional, que podem afetar de forma decisiva a posição hierárquica de uma profissão dentro de uma divisão do trabalho, sobretudo no setor da saúde: base consolidada e esotérica de conhecimento, associação profissional, treinamento institucionalizado, licença profissional, autonomia no trabalho, controle dos pares, código de ética e apoio do Estado (LARSON, 1977).

A partir do cenário descrito, os sociólogos das profissões² (GOODE, 1969; MOORE, 1970; WILENSKY, 1970; LARSON, 1977; BOSI, 1996; FREIDSON, 1998) têm chamado atenção para a complexidade do processo de demarcação de fronteiras que as disciplinas científicas e profissões modernas têm enfrentado no cotidiano da intervenção profissional, em uma divisão do trabalho. Em outras palavras, não tem sido uma tarefa fácil para os grupos profissionais assegurar sua posição autônoma e social, marcar e defender sua área de atuação, e assim, consolidar sua jurisdição sobre uma determinada área de conhecimento (FREIDSON, 1970; ABBOTT, 1988).

Estudos da sociologia médica (HALPERN, 1992; SVENSSON, 1996; ALLEN, 1997; MIZRACHI; SHUVAL; GROSS, 2005) têm levado em consideração os processos pelos quais as fronteiras profissionais são demarcadas nos ambientes biomédicos. Esses estudos examinam a maneira pela qual a divisão do trabalho no

² Grupo de estudiosos que focalizam seus estudos acerca da definição e caracterização de uma ocupação e/ou profissão.

setor da saúde é construída, mantida, negociada e desafiada pelas ações dos seus atores sociais (ALLEN, 1997; HAK, 1994), ou seja, das profissões médicas e não-médicas. Na mesma visão, análises da demarcação jurisdicional e o setor da saúde têm refletido a maneira como as posições profissionais e formas organizacionais das profissões moldam o 'jeito de ser' desses grupos no cotidiano de trabalho. Esses pontos de vista adquirem expressões visíveis nos processos de negociações de fronteiras diariamente entre os diferentes profissionais médicos (MIZRACHI; SHUVAL; GROSS, 2005) e não-médicos.

Enquanto a maioria das análises no setor da saúde tem focado os assuntos relacionados às fronteiras e negociações jurisdicionais entre as profissões em uma divisão do trabalho (ABBOTT, 1988; FREIDSON, 1970, 1998), nas quais as ocupações não-médicas são subordinadas ao campo biomédico, o presente estudo irá explorar, além dos aspectos jurisdicionais, os mecanismos de interação e negociação simbólicas no trabalho em equipe, abordando elementos que, possivelmente, conseguirão explicar como se estabelecem as relações de poder e subordinação em um trabalho de equipe por meio do conhecimento formalizado.

Alguns estudos e reflexões sobre os problemas e crises de identidade da educação física, em decorrência da obscuridade do seu objeto de intervenção (HENRY, 1964, 1978; BRESSAN, 1979; BROEKHOFF, 1982; VERENGUER, 1997; LAWSON, 1999; FREIRE; VERENGUER; REIS, 2002; MASSA, 2002; REIS, 2002; BETTI, 2005; RIKLI, 2006; NEWELL, 2007; HAWKINS, 2008)³ deram-nos suporte e argumentos teóricos para comprovar que os apontamentos citados por Freidson (1970) acerca das profissões não-médicas, justificam a posição hierárquica da educação física em uma divisão do trabalho no setor da saúde, assumindo uma posição subordinada em relação à medicina, assim como as outras profissões da saúde.

Tendo como base que a fragmentação dos saberes e especialidades, inclusive na área da educação física, remete a uma certa organização das práticas em saúde "que aprisionam seus profissionais e os serviços a certas conformações que limitam ações interdisciplinares ao mesmo tempo em que

³ Para evidenciar os estudos e reflexões existentes acerca da 'crise de identidade' da educação física, em decorrência da obscuridade do seu objetivo de intervenção, optamos pelo agrupamento dos autores no mesmo parágrafo. Entretanto, temos clareza de que essas pesquisas possuem diferenças de ordem conceitual, epistemológica e histórica.

garantem a cada área seu isolamento como estratégia de poder” (OJEDA, 2004, p.149), chegamos à seguinte questão-problema: de que forma o conhecimento formalizado estabelece-se como estratégia de liderança no setor da saúde?

Como diretriz desse estudo, traçamos o seguinte objetivo geral: investigar como se estabelecem as relações de trabalho entre os profissionais de educação física e demais grupos, tendo como intermédio nessa relação interprofissional o conhecimento formalizado. E como objetivos específicos: a) constatar de que maneira o conhecimento formalizado atua como um dos elementos na hierarquização dos grupos profissionais no setor da saúde, sobretudo na educação física; b) verificar de que maneira o conhecimento formalizado estabelece-se como um dos elementos na relação de poder e subordinação entre os profissionais de educação física e as demais profissões; c) analisar como a divisão do trabalho no setor da saúde é construída, mantida, negociada e desafiada pela retórica, ação e tomada de decisão entre os profissionais em uma equipe no setor da saúde.

Para compreender como a educação física apresenta-se diante das demais profissões dentro do trabalho em equipe no setor da saúde, e com o propósito de entender os possíveis determinantes que estão por trás dessa relação de poder e subordinação entre profissionais médicos e não-médicos, que sistematizamos os itens da revisão de literatura, justificando a sua escolha e importância.

Ao elaborarmos o item *2.1 Grupos profissionais: caracterização*, recorreremos aos debates teóricos da Sociologia das Profissões no que diz respeito à caracterização dos grupos profissionais, a partir de alguns atributos que os diferenciam das demais ocupações. Ressaltamos dentro desses atributos, a importância do conhecimento formalizado como um dos elementos primordiais, senão vitais, na consolidação dessas categorias. A educação física, assim como as demais profissões co-atuantes no setor da saúde, podem ser compreendidas a partir desses critérios, que por sua vez, representam elementos-chave na distinção entre as profissões médicas e não-médicas, como apontado por Freidson (1970).

A partir da caracterização dos grupos, apontamos nos itens *2.2 Implicações da “superespecialização” para o poder profissional no setor da saúde* e *2.3 Conhecimento formalizado e as disputas no setor da saúde*, as implicações engendradas em uma relação interprofissional dentro do setor, referenciando o

conhecimento formalizado como meio de comunicação (PEDUZZI, 2001; MOSCOVICI, 2001), interação (ABBOTT, 1988; BOSI, 1996; FREIDSON, 1998), negociação (SVENSSON, 1996; ALLEN, 1997) e disputa de poder e demarcação de territórios entre as profissões da saúde. Para complementação desse item, apontamos os debates acerca da fragmentação do conhecimento em saúde como uma ferramenta imprescindível no exercício de poder entre as profissões concorrentes dentro de um mesmo setor de intervenção.

No *item 2.4 Trabalho em equipe: implicações para o setor da saúde*, explicitamos as características, os pontos positivos e negativos na estruturação de um trabalho em equipe no setor da saúde. Esse tipo de trabalho, por sua vez, tornou-se um dos temas de grande relevância na atualidade, pois representa uma estratégia de ação profissional que busca: a) precisão conceitual e procedimental na emissão de pareceres e resolução de problemas, a partir do ponto de vista de várias especialidades e b) qualidade e eficiência nos serviços prestados aos pacientes no que diz respeito à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças.

Por fim, no *item 2.5 A intervenção do profissional de educação física no trabalho em equipe no setor da saúde*, apontamos as estratégias públicas e as iniciativas privadas do governo brasileiro, a partir da década de 90, na formação de equipes de trabalho na área da saúde. A proposta de inserção de diferentes profissionais nas novas implementações públicas e privadas no setor, sobretudo com a integração dos profissionais de educação física, tem como objetivo a descentralização das ações em saúde e a descentralização dos saberes médicos, que antes eram realizadas apenas em ambientes hospitalares, visando à integração de diferentes conhecimentos na resolução de problemas. Vale destacar que no contexto público existe, também, uma mudança bastante significativa na proposta de intervenção, transpondo o modelo baseado na medicina curativa para o modelo de prevenção e promoção de saúde.

No *“Encaminhamento Metodológico”*, apontado no item 3, descrevemos a nossa abordagem de pesquisa para investigar o universo do trabalho em equipe, além de elucidar as técnicas para coleta e análise de dados que julgamos mais pertinentes ao estudo em questão.

No item 4 *“Apresentação, Análise e Discussão dos Dados”* apresentamos a correlação dos temas que nortearam nossa pesquisa e as categorias que emergiram após a leitura criteriosa das informações coletadas. Por

último, no item 5 “*Considerações Finais*”, refizemos o caminho percorrido e salientamos as principais considerações em relação ao profissional de educação física e a intervenção no trabalho em equipe no setor da saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura, destacamos a importância de alguns elementos que são responsáveis pela caracterização e consolidação de uma profissão, tendo como base o conhecimento formalizado como estratégia para: a) conquista de monopólios profissionais na divisão do trabalho no setor da saúde; e b) exercício de poder entre as profissões contíguas nesse setor. Outrossim, apontamos como se estabeleceu a fragmentação do conhecimento das profissões da saúde, as vantagens e desvantagens de um trabalho em equipe nesse setor, a inserção da educação física nesse contexto e as iniciativas públicas e privadas nas ações em saúde.

2.1 GRUPOS PROFISSIONAIS: CARACTERIZAÇÃO

Ao nos atentarmos para as discussões existentes acerca dos grupos profissionais dentro da Sociologia das Profissões (GOODE, 1969; MOORE, 1970; WILENSKY, 1970; LARSON, 1977; ABBOTT, 1988; TORSTENDAHL, 1996; FREIDSON, 1998; 2001; DINIZ, 2001; EVETTS, 2002; 2005), depreendemos a complexidade do assunto no que diz respeito à configuração e caracterização de uma profissão, bem como os critérios que a diferencia das demais ocupações existentes na sociedade. Tais critérios, por sua vez, são estabelecidos para dar suporte aos debates teóricos acerca dos grupos profissionais, e assim, contribuir para a compreensão de porque algumas profissões são mais bem sucedidas e reconhecidas socialmente do que outras. Além disso, a partir desses critérios, que serão descritos a seguir, pretendemos elucidar, também, porque em uma relação de trabalho interprofissional, no mesmo setor de intervenção, o exercício profissional mostra-se conflituoso e concorrente, ainda que existam diferenças na competência técnica de cada categoria profissional (FREIDSON, 1998; BOSI, 1996; SILVA et al., 2002).

Os estudos sobre a caracterização dos grupos profissionais originaram-se na sociedade pós-industrial a partir de um constante aumento das ocupações que possuíam formação superior e, conseqüentes, ganhos de posições privilegiadas nos setores de trabalho públicos e privados. Desde então, os debates

teóricos sobre as profissões e o seu processo de profissionalização tornaram-se uma das principais referências para caracterizar um grupo profissional, pois analisa a evolução de uma atividade ocupacional com relação aos seguintes aspectos: base cognitiva (conhecimento formalizado), treinamento institucionalizado, órgãos de credenciamento, licença profissional, autonomia no trabalho, código de ética, controle dos pares e, sobretudo o controle sobre o próprio trabalho (LARSON, 1977; ABBOTT, 1988; BOSI, 1996; TORSTENDAHL, 1996; FREIDSON, 1998). Esse conjunto de elementos, segundo Larson (1977), representa o ‘fenômeno profissional’ que tem como objetivos: a) a busca pela ascensão do *status* e prestígio profissional (posições sociais) e b) reconhecimento social.

A partir de um breve retrospecto, apontamos uma descrição das principais características relacionadas ao fenômeno profissional e ao processo de profissionalização desses grupos⁴, no que se referem a critérios, ou atributos, essenciais para se caracterizarem e se consolidarem como uma profissão. Gostaríamos de salientar que não é objetivo desse tópico analisar as diferentes conotações e denotações existentes para a palavra ‘profissão’⁵, mas sim investigar os elementos que a diferencia das demais atividades ocupacionais na sociedade. Para tanto, utilizaremos como ideia central de profissão os argumentos trazidos por Freidson (1996) de que “qualquer que seja a forma de definir “profissão” ela é, antes de tudo e principalmente, um tipo específico de trabalho especializado” (p.2) e os membros de uma profissão são os agentes ‘detentores’ de conhecimentos formalizados (FREIDSON, 1986).

Somado a isso, acrescentamos a essa ideia os argumentos teóricos de Larson (1977), Abbott (1988), Bosi (1996), Torstendahl (1996), Diniz (2001), Evetts (2002; 2003; 2005) e outras obras do próprio Freidson (1970; 1986; 1998; 2001) com o intuito de reforçar a importância do tipo de conhecimento utilizado, para dar suporte a esse trabalho especializado durante a intervenção profissional,

⁴ As discussões instauradas nesse capítulo tiveram como referência o Modelo Anglo-Americano de profissão, baseado na compreensão sobre o processo de profissionalização dos diferentes grupos profissionais. No Brasil se adotou a proposta do Modelo Continental Europeu de que tudo é profissão. Portanto, por mais que as discussões perpassem o texto em torno do primeiro modelo, passando a sensação de que esse é o modelo real, dado, sabemos que o contexto brasileiro sofreu influências do Modelo Europeu. Nossa opção pelo modelo Anglo-Americano reside na ênfase atribuída ao tipo conhecimento utilizado no exercício de uma profissão.

⁵ Para maiores esclarecimentos sobre o surgimento e a definição da palavra profissão: FREIDSON, E. *Identifying Professions*. In: _____. *Professional Powers*. Chicago: The University of Chicago Press, cap.2, p.20-40, 1996.

diferenciando e protegendo-o dos trabalhos realizados por leigos. Assim, ao definir a nossa base teórica, conseguiremos empreender uma visão mais precisa acerca dos grupos profissionais, a partir do ponto de vista dos autores em questão.

Desde a Idade Média (século V ao século XV), com o funcionamento das guildas para o ensino formal da medicina e do direito, e o funcionamento das confrarias para o ensino formal da teologia (CWYNAR, 2005), tinha-se em mente que essas funções profissionais eram representadas e ensinadas por um grupo de pessoas, que baseava suas atividades ou ensinamentos em algum tipo de conhecimento teórico e especializado, denominadas corporações de ofício⁶. Existia, também, outro grupo de indivíduos que fundamentava suas tarefas ocupacionais em conhecimentos teóricos próprios, mas a característica desse saber era, eminentemente, prático e baseado em experiências cotidianas, muitas vezes transmitidas através de gerações.

Com o surgimento das primeiras Universidades, a partir do século XII, esses saberes teóricos e profissionais passaram a ser transmitidos dentro dessas instituições e, segundo Trindade (1999), foram esses três campos de conhecimento e formação que marcaram a origem das Universidades, sobretudo as medievais: a teologia (Paris), o direito (Bolonha) e a medicina (Montpellier). No entanto, vale destacar que as Universidades surgiram a partir de uma estrutura semelhante às corporações de ofício, chamadas de Universitas. Estas, por sua vez, eram associações de pessoas que se reuniam para debater, aprofundar e divulgar informações relacionadas a um determinado campo específico de intervenção.

As Universitas, inicialmente, surgiram de duas formas: a) como corporações de estudantes, denominadas Universitas Scholarium e, como exemplo, podemos citar a de Bolonha em 1110; e b) como corporações de professores, denominada Universitas Magistrarum como a de Paris em 1150. Ambas as corporações tinham como objetivo o ensino de saberes específicos: Direito (Bolonha) e Teologia (Paris), por exemplo (TRINDADE, 1999).

À medida que o conhecimento ampliava-se e as demandas por trabalho especializado na sociedade aumentavam, as "Universitas" foram tomando

⁶ As corporações de ofício, entre elas as guildas e confrarias, por mais que possuíssem origens e organizações internas distintas, elas convergiam em suas normas de funcionamento. "O monopólio do ensino compreendia também o poder discricionário para certas condições convencionadas de gerir instrução geral, a socialização e também a qualificação e inserção profissional dos aprendizes, uma vez vindos a ser 'matriculados' e depois mestres naquela Corporação" (RUGIU, 1998, p.24).

contornos mais complexos e organizados, reunindo muitos estudantes e mestres em uma mesma estrutura física para a realização dos estudos, transmissão e divulgação dos vários saberes. Esse processo contribuiu para o surgimento das Universidades, que além do ensino formal da medicina, teologia e direito, viram-se obrigadas a criarem novos cursos de preparação profissional para atender as novas demandas sociais, como por exemplo, a veterinária, a agronomia, a engenharia industrial (LARSON, 1977; TORSTENDAHL, 1996), entre outros.

A partir do século XVIII e XIX, com o crescente e contínuo avanço do conhecimento e da ciência, especialmente na medicina⁷ (CAPRA, 1982), algumas modificações ocorreram no processo de preparação das 'novas' profissões⁸, bem como na sua concepção do que era o ensino e a aprendizagem profissional. Embora as Universidades tivessem assumido o papel de centralizadoras do conhecimento, sendo reconhecidas como as instituições responsáveis pelo ensino superior das disciplinas tradicionais, não era possível falar de preparação profissional sem mencionar outros caminhos que, também, conduziam à função profissional, principalmente, com relação às novas profissões: aprendizagem em institutos técnicos especializados, com caráter eminentemente prático (TORSTENDAHL, 1996; FREIDSON, 2001).

Nesse sentido, Torstendahl (1996) ressalta duas importantes mudanças que aconteceram na educação superior no século XIX, que direcionaram para uma transformação no sistema universitário. A primeira diz respeito ao surgimento de novas profissões que não tinham uma vinculação tradicional com as Universidades, mas sim com os setores produtivos e industriais pela característica do trabalho exigido: qualificação técnica. A segunda refere-se à profissionalização de todo o trabalho científico e acadêmico, ou seja, diz respeito à fundamentação teórico-científica das tarefas profissionais. Em outras palavras:

⁷ A descoberta das vacinas contra doenças bacterianas (febre tifóide, tétano, difteria); o uso combinado de imunização e inseticidas (para controlar os mosquitos transmissores das doenças); descoberta da penicilina (antibiótico); descoberta da insulina (diabetes) e da cortisona (agente antiinflamatório); desenvolvimento da pílula anticoncepcional; novas tecnologias médicas e modernos equipamentos cirúrgicos, entre outros (CAPRA, 1982).

⁸ Profissões emergentes.

A profissionalização do trabalho científico dentro da universidade repousou, por um lado, sobre a codificação dos sistemas de exigências mínimas⁹ para a metodologia das diferentes disciplinas, e por outro sobre a formação de escolas de pensamento que apontaram normas ótimas¹⁰ para dirigir a investigação de problemas produtivos. A combinação de exigências mínimas e de normas ótimas estabeleceu fronteiras exclusivas ao redor dos grupos acadêmicos e científicos, diferente dos outros grupos que não possuíam os valores e as qualificações exigidas. Quando isso se combinou também com o ensino universitário, ficou mais ou menos completa a profissionalização nas universidades. Assim, somente os professores poderiam decidir o que era um trabalho acadêmico aceitável (exigências mínimas) e promissor (normas ótimas), e amparados por essas novas medidas, ditaram os termos de ingresso nas 'filas' de professores universitários. Nesse sentido se perseguiu com êxito a busca de autonomia universitária. As novas profissões tiveram, por sua vez, seus próprios promotores e defensores, tanto entre os políticos como entre os escalões superiores de funcionários, assim como entre as pessoas ativas no comércio e na indústria (TORSTENDAHL, 1996, p.148).

Com relação às profissões emergentes, a criação de escolas técnicas, a definição de seus conteúdos e o controle de admissão dos novos professores era feito pelos próprios membros das novas profissões, com o intuito de incorporar novos integrantes aos cursos de educação profissional a partir da avaliação dos indivíduos pertencentes a mesma área de intervenção. No entanto, os esforços para elevar esses institutos profissionalizantes ao nível das Universidades não foram muito válidos, pois o conjunto de exigências mínimas e normas ótimas não coincidiram completamente com nenhuma outra disciplina acadêmica tradicional, sobretudo com relação ao tipo de conhecimento utilizado nos cursos de preparação profissional (TORSTENDAHL, 1996).

As novas profissões, ou profissões comuns, embora possuíssem um funcionamento muito semelhante às profissões universitárias tradicionais, com o estabelecimento de critérios para admissão e controle dos novos integrantes e da

⁹ As exigências mínimas são requisitos relacionados ao conhecimento, que o caracterizarão como de caráter acadêmico. Essas exigências mínimas não permanecem fixas por muito tempo devido às constantes mudanças e transformações em determinadas épocas e contextos sociais (TORSTENDAHL, 1996).

¹⁰ As normas ótimas referem-se às diretrizes reconhecidas ou adotadas por uma escola, um grupo, uma comunidade acadêmica ou proponentes de um paradigma. Essas diretrizes atuam com o objetivo de efetivar as contribuições que são frutíferas, interessantes, satisfatórias e promissoras para uma determinada área ou disciplina (TORSTENDAHL, 1996). Segundo o autor, para se estudar os grupos profissionais é importante salientar esses dois conjuntos de regras (exigências mínimas e normas ótimas), pois no âmbito das profissões deve existir uma classe de conhecimento abstrato para caracterizar e consolidar um grupo.

própria profissão, o tipo de conhecimento utilizado nos cursos de formação, seja nas Universidades, seja em escolas técnicas, tornou-se um elemento diferencial entre ambos. Como consequência, a denominação e a comparação existente entre os indivíduos formados pelas Universidades e os indivíduos formados em escola técnicas era inevitável¹¹: 1) profissionais: detentores de conhecimentos científicos e esotéricos obtidos após um treinamento intensivo; e 2) artesãos: detentores de conhecimentos técnicos e práticos baseados em tarefas e experiências cotidianas (FREIDSON, 1986; 2001; TORSTENDAHL, 1996; RUGIU, 1998).

Assim, podemos afirmar que o semelhante funcionamento entre as profissões comuns (formação para intervenção imediata no mercado de trabalho) e as profissões universitárias tradicionais, reside no processo de profissionalização de ambas, sendo a integração de conhecimentos científicos um dos (vários) elementos que assegura *status*, tanto às áreas acadêmicas como às áreas profissionalizantes. (CAPRA, 1982; BOSI, 1996; TORSTENDAHL, 1996; FREIDSON, 1986).

Dessa forma, o que se percebia naquela época era que os grupos sociais formados pelas Universidades, principalmente, nos cursos tradicionais, utilizavam os conhecimentos científicos ali obtidos como estratégia de sobrevivência, reivindicando que somente os detentores dessa classe particular de saberes poderiam atuar exclusivamente na sociedade (FREIDSON, 1986; TORSTENDAHL, 1996). Ou seja, os conhecimentos advindos da ciência, com caráter esotérico, transformaram-se em um elemento de diferenciação entre os distintos grupos, e os indivíduos formados pelas instituições acadêmicas passaram a utilizar estratégias protetoras para excluir os artesãos, detentores de conhecimentos técnicos, dessas funções profissionais (TORSTENDAHL, 1996).

A medicina, por exemplo, representa uma área de intervenção profissional que reivindicou com bastante intensidade o monopólio sobre os conhecimentos formalizados e científicos acerca do diagnóstico e tratamento de doenças (busca da cura), conseguindo ao longo do tempo, diminuir, e até mesmo

¹¹ Com a expansão e a consolidação das Universidades, essa diferenciação tornou-se mais evidente, indicando uma dissociação, de fato, entre os indivíduos instruídos dentro do paradigma das artes liberais e mecânicas, sendo: a) as profissões derivadas da primeira, “cujas produções pertenciam mais ao espírito que à mão” (p.124), e b) os ofícios (artesãos) derivados da segunda, “onde as mãos trabalham mais do que a cabeça (J.-J. Rousseau) e que se desvalorizam na sociedade” caracterizadas pelas “ocupações que exigem a utilização dos braços e que se limitam a um dado número de operações mecânicas” (p.124). Dessa forma, a oposição entre ambas foi designada da seguinte forma: cabeça/mãos; intelectuais/manuais; alto/baixo; nobre/vilão (DUBAR, 1997).

excluir, o poder de intervenção “dos que se achavam médicos” (portadores de conhecimentos não formalizados, eminentemente práticos, baseado em experiências): homeopatas, charlatães, curandeiros, parteiras e outros indivíduos praticantes da medicina alternativa (FREIDSON, 1970; 1998; STORCH, 1994). Ou seja,

O médico se colocava em uma posição hierarquicamente superior, amparado no domínio exercido sobre o campo do conhecimento científico e acadêmico. Os outros agentes, que não haviam percorrido o mesmo ritual institucional, apesar de muitas vezes aliviarem a dor e a doença do próximo, eram considerados “charlatães” (PEREIRA-NETO, 1995, p.608).

Nesse contexto, com o intuito de combater os indivíduos não detentores de conhecimentos formalizados e científicos para a intervenção nos diversos setores do mercado de trabalho (tanto na medicina como nas demais áreas), surgem os órgãos de credenciamento ou associações profissionais, que serão melhor descritos mais a frente. Mas, vale ressaltar que essas instituições possuem como objetivos: a) institucionalizar os saberes formalizados; b) proteger os detentores desse tipo de conhecimento; c) certificar e intitular especialistas (emissão de credenciais); e d) estreitar e facilitar o leque de escolhas pelos consumidores dos serviços prestados (FREIDSON, 1998).

No entanto, Freidson (1986) e Bosi (1996) destacam que, independentemente da formação profissional obtida por esses grupos, seja em Universidades, seja em escolas técnicas, existia uma gama de atividades ocupacionais na sociedade que tinham em comum o “ganhar a vida” (remuneração) após a conclusão dos cursos de preparação e, não necessária e unicamente por meio do tipo de conhecimento obtido e empregado durante a intervenção profissional.

Assim, o termo ‘profissão’, muito utilizado para representar as funções sociais nos diferentes campos profissionais, vai sendo ajustado e passa a representar tanto um conjunto de tarefas com intervenções sociais exclusivas, após um treinamento formal e intensivo, como o seu oposto: qualquer outra atividade existente na sociedade que prestasse serviço aos indivíduos no atendimento às

demandas imediatas (FREIDSON, 1986; BOSI, 1996), após um treinamento eminentemente prático¹².

Para elucidar com mais clareza quais categorias profissionais pertenciam aos grupos das profissões, passam-se a valorizar, além do tipo de conhecimento empregado para a intervenção profissional, outros aspectos ou estratégias utilizadas pelos grupos acadêmicos, para se protegerem dos não qualificados: o controle e avaliação do próprio trabalho, a regulamentação da profissão, bem como o aumento de reconhecimento e prestígio social (BOSI, 1996; TORSTENDAHL, 1996; FREIDSON, 2001; DINIZ, 2001).

Bosi (1996) aponta de forma bastante clara e sintética os critérios, ou atributos, sugeridos pelos estudiosos das profissões (GOODE, 1969; MOORE, 1970; WILENSKY, 1970; FREIDSON, 1998) para excluir as demais tarefas ocupacionais do grupo das profissões. Vale ressaltar, que segundo Krejsler (2005), existem certas tradições dominantes que influenciam, decisivamente, a maneira que pensamos e falamos sobre as profissões. Os estudos sobre a Sociologia das Profissões, por exemplo, emergem com a intenção de elaborar uma linguagem própria a partir de critérios pré-estabelecidos para falar das profissões e, mesmo que esses atributos tenham sido criados para criticar os modelos dominantes existentes, eles próprios, acabam contribuindo para o surgimento de tais critérios.

Goode (1969 apud BOSI, 1996) afirma que a presença de a) um corpo básico de conhecimento, com características abstratas, esotéricas e aplicáveis à resolução de problemas, e b) o ideal de serviço são elementos essenciais para diferenciar uma profissão de outras prestações de serviços na sociedade.

Outrossim, Moore (1970 apud BOSI, 1996), também, destaca alguns atributos necessários para uma categoria consolidar-se como profissão: ocupação de tempo integral, vocação (normas apropriadas), organização profissional, corpo de conhecimento, orientação para o serviço e autonomia.

¹² As discussões teóricas sobre as terminologias empregadas para designar as diferentes formas de prestação de serviços na sociedade sofrem influências dos significados que são atribuídos a esse termo. De acordo com Dubar (1997), na França, existem (pelo menos) três termos para tratar esse assunto: a) empregos (*occupations*, em inglês) que representam as diversas atividades que são enumeradas pelo Estado; b) profissões (*professions*, em inglês), sendo denominadas de liberais e sábias (*learned professions*), como por exemplo, médicos e juristas; e ofícios, que têm origem comum às profissões, dentro das corporações. O autor, também, emprega o termo 'profissao' e 'profissional' no sentido de atividade remunerada (DUBAR, 1997).

Wilensky (1970 apud BOSI, 1996) vai ao encontro das afirmações de Moore no que diz respeito: a) a existência de uma base técnica, não necessariamente científica; e b) a presença de normas de conduta profissional e devoção ao cliente. Segundo o autor, esses critérios representam etapas que devem ser alcançadas por um grupo para se sustentar como profissão.

Como podemos observar, o conhecimento especializado representa um aspecto comum a todos os autores e, Freidson (1998) afirma que:

Na verdade, o conhecimento e competências especiais são usados para definir as profissões (GOODE, 1969), e as ocupações aspirantes deixaram de ser consideradas profissões com base no julgamento dos sociólogos de que não possuem o conhecimento e competência “básicos”. Uma vez aceita uma ocupação como profissão, então, por definição, ela é instruída (p.105).

Bosi (1996) e Freidson (1998) reportam que o conhecimento atua como um dos aspectos de maior poder e consolidação de um grupo, sendo os demais elementos, oriundos dessa base cognitiva. Ou seja, só existirão associação profissional (credencial), autonomia e controle dos pares, por exemplo, se, inicialmente, existir uma base de conhecimento especializada para reivindicar e conquistar esses elementos.

Não obstante, Freidson (1996) alerta que o conhecimento especializado é comum tanto às tarefas profissionais, como às tarefas ocupacionais, ou seja, ambas são vistas como possuidoras de uma especialização criteriosa: o conhecimento teórico dos dois tipos de tarefas deve se adaptar às suas exigências do mercado. A grande diferença existente entre o conhecimento especializado de uma profissão e de uma ocupação reside no exercício de julgamento sobre a definição, avaliação e resolução de um problema (ABBOTT, 1988; FREIDSON, 1986; 1998).

Esse exercício de julgamento, baseado no tipo de conhecimento profissional, remete à compreensão de fenômenos mais complexos com relação ao processo de profissionalização dos diferentes grupos: a regulação profissional e a intervenção do Estado. O julgamento profissional está diretamente ligado ao processo de tomada de decisão dos profissionais em situações de trabalho, ao qual Freidson (1998) chamou de ‘autonomia profissional’ e Evetts (2002) de ‘poder

discricionário'. A autora afirma que esses dois termos são utilizados, muitas vezes, como sinônimos, entretanto, possuem abrangências diferenciadas.

Freidson (1998) define autonomia profissional:

Tipicamente ideal, a autonomia profissional é a antítese da proletarização: os próprios trabalhadores determinam que trabalho fazem e como o fazem. A autonomia profissional permite que os trabalhadores enfatizem o arbítrio em seu trabalho, afirmem seu próprio julgamento e responsabilidade como árbitros de suas atividades (p.208). Autoridade sobre o trabalho suficiente para ter liberdade de empreender uma ação arbitrária como se fosse uma coisa natural (p.209).

A autonomia profissional explicitada por Freidson (1998) remete-se à presença de conhecimentos e competências especializados que atuam como elementos-chave para dar suporte à intervenção profissional, denominada de *expertise*. Esta consiste na realização de tarefas a partir dos conhecimentos e das habilidades dos indivíduos que são especialistas em uma determinada área e que se contrapõem ao trabalho amador (FREIDSON, 1998). O autor acrescenta que:

Existem algumas tarefas que quase todo mundo, numa dada sociedade, num dado momento da história, pode realizar pela simples condição de ser um adulto possuidor de competências convencionais da vida comum do dia-a-dia, como, por exemplo, ser capaz de discar um número de telefone ou de guiar um carro, e há outras que só podem ser realizadas após um breve treinamento ou instrução. Há outras ainda que exigem ou um extenso treinamento, ou experiência ou ambos e, neste caso, os realizadores são verdadeiros especialistas com competência e conhecimento – isto é, com *expertise* – que é distintamente deles e não faz parte da competência dos adultos em geral (p.200).

Larson (1977), também, ressalta algumas características particulares da *expertise*. Ela deve ser: a) específica o suficiente para conceder distinção entre a base cognitiva de uma profissão e das demais categorias; b) formalizada o suficiente para permitir normatização (padronização dos conhecimentos em cursos de formação profissional, por exemplo); e c) não deve ser codificada de forma tão clara que não permita um princípio de exclusão para operar: onde todos pretendem ser peritos (*experts*), não existe *expertise* (LARSON, 1977). Além disso, a autora acrescenta que a melhor base cognitiva (*expertise*) é aquela que revela, impulsiona e maximiza as características favoráveis para um mercado profissional exclusivo.

Tomando como tipo ideal, a autonomia profissional total, segundo Freidson (1998) e Verenguer (2004) é sustentada por várias dimensões relacionadas à *expertise* de um grupo: a) monopólio econômico; b) monopólio político; e c) monopólio administrativo.

O monopólio econômico representa “o recrutamento, o treinamento e o credenciamento para poder regular diretamente o número de praticantes disponível para satisfazer a demanda. Isso tem implicações óbvias para a renda” (FREIDSON, 1998, p.207). Com relação ao monopólio político, o autor afirma que a profissão é vista como o porta-voz da sua *expertise* “e por isso seus representantes atuam como orientadores especializados da legislação e das normas administrativas relacionadas com seu trabalho” (p.207). E por fim, o monopólio administrativo: “seus membros ocupam as classes organizacionais relacionadas com o estabelecimento de padrões de trabalho, com o direcionamento e avaliação do trabalho” (p.207).

Ao observar essas dimensões, podemos identificar que a autonomia profissional (FREIDSON, 1998) diz respeito ao controle e regulação da profissão realizada pelos próprios membros do grupo, por serem detentores de uma *expertise*, excluindo os leigos ou não-membros dessas funções. Evetts (2002) aponta que o exercício de julgamento dos profissionais, segundo o tipo ideal de Freidson (1998), está direta e unicamente ligado aos desejos e interesses dos clientes (ou pacientes), fundamentando o processo de tomada de decisão e aconselhamento profissional nos conhecimentos e habilidades especializados do próprio grupo. Em outras palavras, para avaliar e solucionar um problema, é requerido dos profissionais um nível de julgamento adequado de caso para caso, fundamentando suas escolhas em uma *expertise*, evitando que o controle da atividade profissional seja feito por um sistema burocrático ou por um membro oficial não pertencente ao grupo.

Ainda, de acordo com a autora, a autonomia profissional em Freidson (1998) está rigorosamente ligada à questão da *expertise*: quanto maior for a *expertise* de um grupo, maior será a sua autonomia profissional. Entretanto, Evetts (2002) desconhece uma ocupação ou profissão que tenha se sustentado apenas pelo domínio de um corpo de conhecimento e habilidades especializados, visando majoritariamente, ao atendimento das demandas sociais. Pelo contrário, o que tem se percebido em algumas situações, desde o início do século XX, é uma diminuição de autonomia no trabalho profissional, resultando em mudanças na forma de organização do trabalho e nas relações interprofissionais.

A profissão médica, por exemplo, tem sido alvo de muitas discussões sobre o enfraquecimento de sua autonomia desde o início do século XX. Entretanto, isso não significa dizer que a medicina deixou de ocupar a dominância no setor da saúde, mas sim que outras profissões têm sido solicitadas nas ações em saúde, coisa que não acontecia até então: a supremacia médica era inquestionável.

O surgimento das novas profissões da saúde, a complexidade dos fenômenos sociais, o avanço e disseminação de conhecimentos científicos, o rápido acesso às informações e o progresso da tecnologia (PEREIRA-NETO, 1995) são alguns dos aspectos que contribuíram para a diminuição da autonomia médica no setor da saúde. Harrison e Ahmad (2000 apud EVETTS, 2002) descrevem o enfraquecimento de autonomia profissional na medicina em três níveis: a) micro: controle sobre as formas de tratamento médico e as formas de trabalho; b) médio: relações com o Estado; e c) macro: modelo biomédico, com a modificação no sistema de ações em saúde, descentralizando o poder das mãos da medicina. Consequentemente, a diminuição de autonomia profissional resultou em uma “erosão na dominância médica”, oferecendo oportunidades de reconhecermos a importância das outras profissões no setor da saúde, denominadas secundárias ou paramédicas (FREIDSON, 1970)

Dessa forma, Evetts (2002) constata que, embora a autonomia profissional represente um elemento que contribui para uma posição privilegiada e de poder para os grupos profissionais, o tipo ideal de Freidson (1998) não é mais convincente para a maioria das profissões, com exceção da minoria das elites profissionais (provavelmente, médicos e advogados). Para ela, o Estado tem intervindo e controlado as profissões para limitar seus poderes profissionais. Ou seja,

[...] são inúmeras as evidências de que a autonomia vem sendo substancialmente reduzida pela ação de fatores ou processo sócio-econômicos mais amplos que resultam no surgimento, expansão e fortalecimento de formas de controle externo sobre as profissões (DINIZ, 2001, p.40).

Nesse sentido, a autora reporta que o conceito de poder discricionário, para garantir poder profissional, é mais abrangente e adequado do que o conceito de autonomia profissional para explicar o ganho e manutenção de

posições sociais privilegiadas no mercado de trabalho, bem como para explicar as relações de trabalho entre profissionais e empregadores.

O poder discricionário, segundo Evetts (2002), requer um processo de tomada de decisão baseado não somente na reivindicação de uma *expertise* para o grupo e nem apenas nas necessidades individuais dos clientes, ou pacientes, mas também em elementos mais amplos, como: controle das condições e 'coações' econômicas, políticas, sociais, organizacionais e burocráticas que podem afetar o sistema de funcionamento de uma categoria profissional. O domínio e controle de tais elementos podem ser responsáveis pela capacitação de um grupo profissional para defender e manter-se indefensável em relações às novas situações emergentes no mercado de trabalho.

As profissões precisam ser capazes de resistir às pressões em relação à padronização de rotinas de trabalho exercidas pelos poderosos empreendedores movidos pela visão capitalista (obtenção de lucros) com auxílio de programas de softwares que tornam esse processo de standardização mais viável; o exercício de julgamento relacionado ao poder discricionário profissional permite a adaptação dos serviços de forma individual para cada cliente, sem submeter suas necessidades a procedimentos padronizados (EVETTS, 2002).

Segundo Larson (1977), essa standardização do trabalho profissional consiste na criação de normas de funcionamento instauradas no local de trabalho que estabelece como as tarefas devem ser feitas, além de criar as regras político-administrativas que moldam as ações profissionais. Esse fenômeno de padronização da rotina poder levar à proletarização dos profissionais e, conseqüentemente, à desprofissionalização dos grupos profissionais. Sobre o processo de desprofissionalização entendemos:

[...] a tendência à racionalização do trabalho dos profissionais – assalariamento, padronização da base cognitiva, especialização, rotinização dos procedimentos – e suas conseqüências para o solapamento das bases sobre as quais eles tradicionalmente assentaram suas reivindicações por autonomia no trabalho, autoridade sobre os clientes, monopólio da prestação de serviços, poder e prestígio (DINIZ, 1998, p.166).

Freidson (1986) destaca que o assalariamento dos profissionais não conduz à perda de sua autonomia técnica. No entanto, implica em alguma perda no controle sobre os termos e condições de trabalho. Por exemplo, no setor privado e

no setor público, respectivamente, a alocação de recursos, o controle do trabalho e o estabelecimento de limites dentro dos quais os profissionais podem exercer autonomia técnica são realizados pela gerência e pelos administradores do Estado. O autor ainda afirma que se trata de um paradoxo: os “profissionais assalariados são simultaneamente dependentes e autônomos; permanecem com o controle do processo de trabalho, mas dentro de circunstâncias que eles não controlam” (DINIZ, 1998, p.174):

O exemplo dos hospitais é paradigmático: na medida em que os médicos prestam e controlam o serviço básico, também o controle dos serviços de suporte (paramédicos) ocorre por ordens deles e não da gerência administrativa que mantém, entretanto, a autoridade sobre a alocação de recursos (DINIZ, 1998, p.174).

O assalariamento, segundo Larson (1977), não é sinônimo de racionalização técnica. Quando uma profissão conta com uma *expertise* ou base cognitiva independente e suficientemente desenvolvida, consolidada e validada, dificilmente se submeterão à estandardização de rotinas, padronização de procedimentos e subordinação aos empregadores nas grandes organizações. Em outras palavras, os grupos profissionais dominantes em uma divisão do trabalho, detentores de conhecimentos altamente qualificados e especializados por sua relevância e escassez, dificilmente correrão o risco de racionalização do trabalho, seja em setores privados, seja em setores públicos, como, por exemplo: “engenheiros em empresas de consultoria técnica, advogados em grandes escritórios ou firmas de advocacia, médicos em hospitais” (DINIZ, 1998, p.174). É necessário lembrar que:

[...] as profissões não são meros agregados de indivíduos isolados; as teorias da desprofissionalização e da proletarização esquecem-se da face organizada das profissões, do seu caráter corporativo, da sua capacidade de resistir a controles ou de se adaptar às mudanças no ambiente social e político. Não há razões para subestimar a capacidade das organizações profissionais de influir nas políticas do Estado em áreas de seu interesse, de obter legislação protetora de seus privilégios corporativos, e ao mesmo tempo promover mudanças nas estruturas internas da profissão para absorver as pressões externas. Neste particular, é conveniente lembrar que as elites profissionais estão representadas em vários órgãos consultivos do Estado e, portanto, em posição de fazer-se ouvir (DINIZ, 2001, p.46).

Assim, podemos afirmar que a base cognitiva (*expertise* ou conhecimento formalizado) de um grupo profissional representa o elemento vital de funcionamento e sobrevivência de uma profissão na sociedade. Por meio do conhecimento formalizado, uma profissão pode reivindicar abrigos no mercado de trabalho (FREIDSON, 1998), lutar contra as pressões e coações políticas, econômicas, sociais e burocráticas que podem afetar seu funcionamento (EVETTS, 2002), requerer monopólios profissionais exclusivos (LARSON, 1977; ABBOTT, 1988; FREIDSON, 1998), além de ser o elemento-chave na busca de legitimidade e identidade profissional. A regulação e o controle sobre o próprio trabalho, características essenciais das profissões que exercem poder sobre os demais grupos em uma divisão do trabalho, é maximizado pela presença de uma base cognitiva suficientemente capaz de assegurar a prestação de serviços exclusiva à sociedade.

2.2 IMPLICAÇÕES DA “SUPERESPECIALIZAÇÃO” PARA O PODER PROFISSIONAL NO SETOR DA SAÚDE

Nas grandes civilizações antigas e até por volta dos séculos XVIII e XIX, o conhecimento sobre a cura e tratamento de doenças era baseado nas experiências práticas de curandeiros e homeopatas (FREIDSON, 1970; 1998; STORCH, 1994) que não possuíam conhecimentos formalizados e científicos para emitir pareceres acerca dos problemas a serem solucionados, mas possuíam experiências e conhecimentos práticos sobre determinados fenômenos ou acontecimentos com o corpo humano¹³. A grande preocupação dos estudiosos dessa época consistia, então, na distinção entre o conhecimento profano e o sagrado, o conhecimento de elite e o popular e o conhecimento prático e o teórico.

Para minimizar essas visões antagônicas acerca dos saberes, o conhecimento foi institucionalizado e formalizado em teorias e outras abstrações¹⁴,

¹³ Os egípcios e os gregos possuíam um avançado conhecimento acerca do corpo humano: descobertas acerca do funcionamento do corpo humano (mumificação dos corpos) pelos egípcios e influência de Hipócrates e Galeno na Grécia.

¹⁴ Qualidade que separa a competição interprofissional da competição entre as ocupações/profissões em geral. Qualquer ocupação pode obter licença (credencialismo) ou desenvolver um código de ética, mas somente um sistema de conhecimento governado pelas abstrações pode redefinir seus problemas e tarefas, defendê-los de invasores e apreender ou apoderar-se de novos problemas. A

na tentativa de sistematizar e racionalizar as explicações e justificativas dos fatos e atividades que constituem as sociedades e a vida humana (FREIDSON, 1986).

Esse processo de institucionalização e formalização dos saberes ganhou força com o aumento do número de Universidades espalhadas por todo o mundo, a partir da segunda metade do século XVIII, juntamente com o surgimento de algumas iniciativas para proteger a sociedade contra a prestação de serviços sem qualificações, sobretudo na área da saúde, como por exemplo, a intervenção direta do Estado sobre as atividades profissionais nos países da Europa Continental e a organização das associações profissionais pelos próprios membros das profissões nos Estados Unidos e Inglaterra, devido à reduzida burocracia estatal (TORSTENDAHL, 1996; DINIZ, 2001).

Além disso, podemos inferir que, com a influência de Humboldt na Alemanha, em 1810, o valor atribuído às disciplinas baseadas em conhecimentos advindos da ciência para a intervenção profissional foi maximizado e, a inserção da pesquisa na preparação de jovens universitários, visando a uma formação baseada no senso crítico, debate de ideias e revisão de paradigmas (CWYNAR, 2005), tornou-se um elemento fundamental de poder, legitimidade e identidade profissional.

Nesse sentido, as comunidades e sociedades científicas multiplicaram-se, com um paralelo crescimento das especializações e saberes, e a ciência instalou-se nas Universidades por meio de disciplinas, criação de departamentos e laboratórios de pesquisa:

Nessa organização, com saberes próprios, embora interdependentes, mas distanciados, as profissões da Saúde foram instituindo-se na Sociedade: nos diferentes departamentos das universidades, nos diferentes papéis sociais designados a cada área, em diferentes instituições de saúde e dominados pelo conhecimento científico que legitima cada área (OJEDA, 2004, p.136).

Dessa forma, o progresso na produção de conhecimento científico nas Universidades em consonância com a evolução e utilização da tecnologia para aprimorar a intervenção profissional, trouxeram avanços inquestionáveis para a sociedade em termos de conhecimentos para a saúde. Ou seja, o crescimento do conhecimento científico, oriundos da biologia celular e molecular, foi acompanhado

pelo avanço da tecnologia, originando a criação de sofisticados instrumentos de diagnóstico de patologias e a inovação nas técnicas e aparatos cirúrgicos (CAPRA, 1982). Assim, a união da medicina e da biologia com a ciência resultou no desenvolvimento tecnológico e na criação de uma classificação taxonômica das doenças.

No entanto, a maneira como foram conduzidos os experimentos científicos nos laboratórios e Universidades, visando descobrir as causas e a ação biológica de algumas doenças no corpo humano, e desse modo, explicar e direcionar o tratamento das patologias¹⁵, contribuindo com o desenvolvimento qualitativo dos saberes em saúde, originou a fragmentação e especialização exagerada do conhecimento, causando o efeito contrário: a quantificação dos saberes.

Capra (1982) afirma que a influência do pensamento cartesiano¹⁶ e o uso excessivo desse método reducionista fizeram acreditar que esse era o único enfoque válido e necessário para a condução de trabalhos científicos. A partir dessa posição intelectual, os médicos organizaram a pesquisa científica de acordo com esse pensamento. Ou seja,

No decorrer de toda história da ciência ocidental, o desenvolvimento da biologia caminhou de mãos dadas com o da medicina. Por conseguinte, é natural que, uma vez estabelecida firmemente em biologia a concepção mecanicista da vida, ela dominasse também as atitudes dos médicos em relação à saúde e doença. A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica (CAPRA, 1982, p.116).

Consequentemente, a tendência para a especialização nas atividades médicas, influenciada pela maneira como foram conduzidos os experimentos científicos, culminou na fragmentação da produção científica.

¹⁵ Por exemplo: Louis Pasteur: estudos com microscópios resultaram na descoberta das bactérias; Claude Bernard: descobriu o equilíbrio interno do organismo para a saúde (homeostase) e a influência do meio nesse equilíbrio; Watson e Crick: revelaram como a informação genética era codificada nos cromossomos; entre outros (CAPRA, 1982).

¹⁶ “Em biologia, a concepção cartesiana dos organismos vivos como se fossem máquinas, constituídas de partes separadas, ainda é a base da estrutura conceitual dominante. Embora a biologia mecanicista de Descartes não tenha ido muito longe, por ser bastante simples, tendo por isso sofrido consideráveis modificações nos últimos trezentos anos, a crença no fato de que todos os aspectos dos organismos vivos podem ser entendidos se reduzidos aos seus menores constituintes, e estudando-se os mecanismos através dos quais eles interagem, está na própria base do pensamento biológico contemporâneo” (CAPRA, 1982, p.96).

Outrossim, podemos afirmar que, historicamente, a ciência vem se configurando de maneira fortemente disciplinar, o que resultou no alto nível de especialização e fragmentação dos conhecimentos, com grande destaque para as profissões da saúde, como será explicado mais a frente.

Nesse sentido, com o progresso e a influência do método reducionista na maneira de 'fazer ciência', a produção dos saberes científicos de forma fragmentada, também, influenciou outras áreas de conhecimentos: os mecanismos fracionados advindos das experiências na biologia celular e molecular impuseram-se como forma de pensamento às ciências humanas e exatas e, por conseguinte, passou a ser a base científica da medicina (CAPRA, 1982) e demais categorias profissionais.

Assim, a influência do pensamento cartesiano nas ações em saúde nos dá indícios da forma como o conhecimento científico foi tornando-se cada vez mais fragmentado, reducionista, especializado e distante da visão holística do ser humano: sua "rigorosa divisão entre corpo e mente levou os médicos a se concentrarem na máquina corporal e a negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença" (CAPRA, 1982, p.119). Ainda para o autor:

A divisão cartesiana influenciou a prática da assistência à saúde em vários e importantes componentes. Em primeiro lugar, dividiu a profissão em dois campos distintos com muito pouca comunicação entre si. Os médicos ocupam-se do tratamento do corpo, os psiquiatras e psicólogos, da cura da mente (CAPRA, 1982, p.134).

O corpo humano passa a ser entendido, então, a partir de uma concepção mecanicista da vida, isto é, ele é considerado uma máquina que pode ser investigada em termos de suas diferentes peças, e aos médicos ficam responsáveis às tarefas de conserto dessa máquina (corpo, e não a mente), pois até o final do século XVIII acreditava-se que os médicos eram os únicos profissionais especializados e capacitados para lidar com as diferentes partes ou "peças" do corpo humano (CAPRA, 1982).

No entanto, a partir da segunda metade do século XX, com o surgimento e regulamentação de novas profissões e especializações na área da saúde, como fisioterapia, educação física, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, entre outras, as práticas em saúde sofreram alterações em sua configuração, e duas situações passam a existir concomitantemente: a)

enfraquecimento da hegemonia do modelo biomédico, pois outros especialistas, também, passam a dividir as tarefas profissionais no setor: processo de saúde e doença dos indivíduos; e b) aumento e fortalecimento da fragmentação dos conhecimentos em saúde, em decorrência do surgimento de novas profissões ou especialidades que também possuíam como foco de intervenção o corpo humano. Em outras palavras,

[...] saberes científicos trouxeram à saúde práticas fragmentadas, eminentemente técnicas culminando com o desenvolvimento de inúmeras profissões que se ocupam exclusivamente no foco de sua área, reduzindo o sujeito a fragmentos de um corpo biológico (OJEDA, 2004, p.64).

Consequentemente, esse cenário remete à necessidade de uma certa organização das práticas em saúde, pois, inevitavelmente, ocorrerão disputas territoriais por cada fragmento desse saber especializado acerca do corpo humano entre os profissionais atuantes no setor. Outrossim, a apropriação de saberes das áreas contíguas para dar suporte ao exercício profissional, devido à orientação reducionista dos conhecimentos em saúde, além de implicar em conflitos jurisdicionais, também assegura a cada área o seu isolamento como estratégia de poder (OJEDA, 2004).

Ao analisarmos as formas de trabalho com relações às atividades profissionais desempenhadas no setor da saúde, encontramos duas situações de fragmentação dos saberes que corroboram tanto a afirmação de Capra (1982), de que o corpo humano refere-se a uma máquina que é constantemente reparada por diferentes especialistas, como os apontamentos de Freidson (1970) e Abbott (1988), de que o domínio de certos conhecimentos específicos assegura monopólio profissional a um determinado grupo. Esses dois eventos referem-se, respectivamente, às residências médicas e as especializações das profissões contíguas.

As residências médicas (especializações) surgem nos “Estados Unidos sob influência germânica no final do século XIX a partir de uma necessidade de especializações na área da medicina” (OJEDA, 2004, p.159), tornando-se um pré-requisito fundamental para o exercício da profissão, pois conferem aos médicos um poder e saber distintos dos demais profissionais e imprescindíveis para a prática profissional. Ainda que as especialidades médicas tenham nascido da necessidade

de ampliação dos conhecimentos para a intervenção profissional com mais qualidade, não podemos negar que elas representam uma subdivisão dos conhecimentos relacionados ao corpo humano, na qual cada especialidade atua em uma parte específica, ou de acordo com Capra (1982), repara uma determinada peça da máquina, síntese do pensamento cartesiano.

Dessa forma, Pereira-Neto (1995, p.604) afirma que esse “desenvolvimento científico foi promovendo a especialização do conhecimento médico segundo a área do corpo ou o tratamento a determinada doença”. Como exemplo, podemos citar diversas especialidades médicas que atuam em partes e acontecimentos isolados do corpo: nefrologia, oftalmologia, pneumologia, hematologia, infectologia, cardiologia, entre outros. Ou seja, as especialidades e subespecialidades surgiram e desenvolveram-se de forma gradual, na medida em que os conhecimentos de determinados setores tornaram-se extensos, resultando nas ramificações das mesmas.

Halpern (1992) destaca que, a partir da década de 1910, com a superespecialização dos conhecimentos médicos, influenciada pelas ações reducionistas em saúde e representada pelas inúmeras residências oferecidas na área, passou a existir uma concorrência por saberes profissionais entre os próprios profissionais da medicina. O autor cita como exemplo os conflitos existentes entre os ortopedistas e os fisiatras, pois ambos reivindicavam a exclusividade na indicação de atividades de reabilitação para seus pacientes,

De acordo com Ojeda (2004), a fragmentação excessiva dos conhecimentos científicos, para explicar alguns fenômenos físicos ou sociais, constitui-se “em uma estratégia em que o saber, como especialização, mostra-se como poder nas relações entre os pares e demais categorias” (p.160) profissionais. Em outras palavras, o fracionamento do conhecimento gera disputas e conflitos entre os membros de um mesmo setor de intervenção e entre as profissões contíguas.

Nesse sentido, com relação às especialidades das demais categorias profissionais no setor da saúde, dentre elas, a educação física, a nutrição, a psicologia, a fisioterapia, a terapia ocupacional, entre outras, encontramos, novamente, formas fragmentadas de intervenção profissional, a partir da subdivisão de tarefas nas ações em saúde. Ou seja, as profissões secundárias,

também, são responsáveis por “reparar” partes isoladas do corpo humano, corroborando com a ideia do pensamento cartesiano nas atividades em saúde.

Como apontado por Pereira-Neto (1995) e Evetts (2002), embora a medicina tenha sofrido uma redução de sua autonomia profissional diante das profissões secundárias no setor da saúde, o poder exercido por essa categoria ainda é superior, pois “práticas mais especializadas, com maior poder tecnológico são concebidas, tanto no universo da Saúde como na sociedade, como práticas que elitizam profissionais (OJEDA, 2004, p.164). A autora ainda acrescenta que as práticas que não requerem aparatos e instrumentos tecnológicos passam a ter um valor e reconhecimento social secundário.

Desse modo, podemos inferir que o poder exercido pela medicina em relação às áreas contíguas e em relação à sociedade, cresceu a partir do progresso tecnológico e do domínio de conhecimentos instrumentais na rotina médica. Isto é, os conhecimentos especializados e conceituais da medicina foram minimizados perante os conhecimentos instrumentais da área, embora os primeiros não tenham deixado de ser menos importantes do que o último. O domínio sobre os conhecimentos procedimentais, por sua vez, asseguram somente aos médicos a autorização de solicitar exames técnicos e manipular aparatos tecnológicos para emitir pareceres acerca do diagnóstico e tratamento de doenças a partir da interpretação e leitura dos resultados dos exames. Capra (1982) corrobora com esse apontamento quando afirma que: “a tecnologia médica atingiu um grau de sofisticação sem precedentes e se tornou onipresente a moderna assistência médica” (p.126).

Além disso, o autor ainda afirma que, embora tenha ocorrido um aumento no nível de educação da população acerca das doenças que podem atingir os seres humanos, somente os médicos detêm o poder de manipulação das novas tecnologias para confirmar suspeitas ou direcionar tratamentos.

Outrossim, resgatamos a ideia do referido autor de que a excessiva ênfase no uso de aparatos tecnológicos, por médicos de diversas especialidades, reflete o resultado da influência de dois importantes elementos que passaram a fazer parte do pensamento médico ao longo do tempo e que, conseqüentemente, influenciaram os demais grupos profissionais atuantes no setor: a) concepção mecanicista do organismo, oriundos da visão biológica do ser humano e b)

abordagem técnica da saúde, fragmentando as tarefas e ações profissionais em procedimentos mecânicos.

Com relação ao primeiro item, podemos mencionar a numerosa quantidade de aparatos tecnológicos que analisam partes cada vez mais específicas do corpo humano. Um bom exemplo refere-se à especialidade médica da oftalmologia, na qual o médico, desde o início do século XX, não passa a ter mais conhecimentos sobre o tratamento das doenças e erros de refração apresentados pelo olho, mas passar a contar com mais recursos tecnológicos para dar suporte ao diagnóstico e tratamento do problema. De certa forma, a incorporação da tecnologia aos exames clínicos contribuiu para o aumento do poder do conhecimento médico.

O segundo item refere-se ao modelo científico que se baseia nas disciplinas, ou conhecimentos fragmentados, acerca do corpo humano, trazendo, por um lado, a ideia da sistematização e delimitação de um objeto de estudo e, por outro, a tendência à rigidez na fronteira entre os diversos conhecimentos formalizados, provocando a ilusão do saber completo. No entanto, entendemos que quanto mais há especialização e subespecialização, mais se acentua a tendência à fragmentação do conhecimento e à subdivisão progressiva das tarefas de trabalho, como aconteceu com as profissões médicas e secundárias no setor da saúde (FREIDSON, 2001).

Assim, podemos inferir que quanto mais uma área de intervenção afunila-se, delimita-se e fragmenta-se, mais gera questionamentos e discussões acerca das fronteiras dentro das quais se situa (ABBOTT, 1988; FREIDSON, 1998). Em outras palavras, a fragmentação excessiva do conhecimento formalizado e científico, influenciado pelo pensamento cartesiano, ocasiona conflitos e disputas territoriais entre os grupos profissionais pertencentes ao mesmo setor de intervenção, pois a superespecialização dos saberes, em vez de contribuir qualitativamente com as práticas em saúde, gera mais disputas territoriais pelos fragmentos do conhecimento 'isolado' e que são de extrema importância para dar suporte à intervenção e tomada de decisão profissionais.

No tópico a seguir apontamos como a fragmentação do conhecimento formalizado e científico implica em conflitos intra e interprofissionais, atuando como elemento de poder e hierarquização dos grupos profissionais atuantes no setor da saúde, sobretudo na educação física.

2.3 CONHECIMENTO FORMALIZADO E AS DISPUTAS NO SETOR DA SAÚDE

Se considerarmos o crescimento do conhecimento nos últimos cem anos, particularmente, o conhecimento formalizado e científico, podemos supor que o poder desse conhecimento, também, aumentou (FREIDSON, 1986). A institucionalização e formalização dos saberes, característica bastante visível da sociedade pós-industrial, representa um elemento que capacita os indivíduos a exercerem o poder sobre os não detentores desses conhecimentos, e a projetarem novos empreendimentos (BELL, 1974 apud DINIZ, 2001). De acordo com o autor, o principal trunfo da era moderna é a formação científica dos indivíduos que compõem as sociedades, com destaque para os grupos profissionais, pois os conhecimentos e habilidades técnicas referentes às distintas áreas de intervenção passam a constituir o alicerce, a educação e a maneira de acesso ao poder. Assim:

[...] se o conhecimento – sobretudo o conhecimento teórico, que é a base da tecnologia planejada e de novas tecnologias intelectuais – tem a primazia, os profissionais, por estarem entre aqueles que detêm o monopólio desse conhecimento, ascenderão na estrutura de poder (DINIZ, 2001, p.40).

Consequentemente, os detentores desses saberes terão mais chances e possibilidades de conquistarem monopólios profissionais no mercado de trabalho, pois esse tipo de conhecimento vem sendo utilizado como forma de estratégia de poder entre as distintas categorias profissionais, especialmente entre profissionais pertencentes ao mesmo setor de intervenção (ABBOTT, 1988; BOSI, 1996; FREIDSON, 1986; 1998), como, por exemplo, no setor da saúde. No entanto, Freidson (1998) destaca que:

O conhecimento em si não dá um poder especial: somente o conhecimento *exclusivo* dá poder a seus detentores. E tal poder é obtido precisamente no princípio ocupacional de organização, pelo qual o recrutamento, o treinamento e o desempenho do trabalho de criar, disseminar e aplicar conhecimento são controlados pelas “ocupações de conhecimento” (FREIDSON, 1998, p.104).

A partir disso, e com o intuito de investigar como se estabelecem as relações de trabalho entre profissões contíguas no setor da saúde, tendo como intermédio nessa interação o conhecimento formalizado, que representa um elemento capaz de organizar e hierarquizar as posições profissionais, gostaríamos

de enfatizar que o trabalho em equipe nesse setor representa um contexto de intervenção profissional de grande efervescência no que diz respeito às disputas por saberes e monopólios profissionais. A divisão do trabalho no setor da saúde e as lutas existentes entre as profissões que compõem esse cenário estão atreladas à demarcação de territórios profissionais com relação aos conhecimentos relacionados ao processo de saúde e doença dos indivíduos, diagnóstico e tratamento de patologias. Não podemos deixar de mencionar que, influenciadas pelo pensamento cartesiano, as práticas em saúde mostram-se conflituosas e concorrentes devido à fragmentação excessiva dos conhecimentos na área, oriundos do modo de 'fazer ciência', e, conseqüentemente, a apropriação de conhecimentos das áreas contíguas para dar suporte à intervenção profissional é inevitável (SORIANO, 2003).

Antes de reportar os conflitos existentes entre as profissões no setor da saúde, gostaríamos de salientar, de forma sintética, alguns pontos em relação à concepção da ideia de divisão do trabalho na sociedade. O termo 'divisão do trabalho' está arraigado nos conceitos da economia e da sociologia. Adam Smith, economista do século XVIII, utilizou o termo para se referir à extrema especialização de tarefas no processo de produção de bens de consumo, o que resultaria na fragmentação e subdivisão do trabalho em funções desempenhadas por diferentes trabalhadores para aumentar a produtividade (usa como exemplo o processo de fabricação de alfinetes, no qual cada trabalhador realiza uma ação distinta para fabricar o objeto) (STORCH, 1994; FREIDSON, 1998; QUINTANEIRO, BARBOSA; OLIVEIRA, 2003).

Sociólogos como Comte (1798-1857) e Durkheim (1858-1917), por volta dos séculos XVIII e XIX, reconheceram que a divisão do trabalho teria o potencial de aumentar a solidariedade entre os trabalhadores, tendo como artifício a relação de dependência mútua entre os indivíduos (STORCH, 1994; QUINTANEIRO, BARBOSA; OLIVEIRA, 2003). Assim, embora a divisão do trabalho tenha se originado a partir das ideias desses e outros autores, não iremos nos ater aos seus pensamentos e princípios. Para o estudo em questão nos interessa a ideia da fragmentação e especialização de tarefas que influenciou direta ou indiretamente as ações profissionais nos diversos setores da sociedade, sobretudo na área da saúde: fragmentação de conhecimentos, especialização de tarefas e inter-relação entre os diversos grupos profissionais.

Abbott (1988) afirma que a inter-relação entre as diversas categorias profissionais e entre os diferentes corpos de conhecimentos científicos representam, de maneira geral, um dos aspectos responsáveis pela evolução das profissões. Essas interações, por sua vez, determinam a maneira como esses grupos profissionais controlam seu conhecimento formalizado e suas habilidades técnicas para intervir no mercado de trabalho, pois sempre existirão pelo menos duas especialidades ou atividades contíguas que acabam se relacionando e concorrendo diretamente pela proximidade do seu objeto de intervenção. Assim:

Ninguém pode falar de uma única especialização: devem existir pelo menos duas especializações que, em algum momento, interagem entre si para serem consideradas especializações que, juntas, são capazes de criar o produto ou serviço que já foi produzido por apenas um conjunto de atividades (FREIDSON, 2001, p.37).

Segundo Abbott (1988), existem duas formas distintas de realizar o controle de conhecimentos: a) o controle sobre a técnica por si só - representado por ocupações manuais (artesões); e b) o controle sobre as abstrações do conhecimento - representado pelos saberes teóricos que originam as habilidades para o exercício profissional diário e que envolvem associações profissionais para proteger esse tipo de conhecimento.

O grau de abstração do conhecimento formalizado assegura a sobrevivência dos grupos profissionais em um sistema de profissões (ABBOTT, 1988), pois reflete o nível de autonomia profissional (FREIDSON, 1998) ou poder discricionário (LARSON, 1977; EVETTS, 2002) em situações da intervenção profissional. Como afirma Abbott (1988), os ofícios podem possuir um corpo de conhecimento especializado para dar suporte à sua intervenção profissional, no entanto, somente os grupos profissionais detêm um corpo de conhecimento abstrato que lhes permite tomar decisões e solucionar problemas complexos no seu exercício profissional (SCHEIN; KOMMERS, 1972; ABBOTT, 1988).

O controle sobre um determinado corpo de conhecimento requer, além do grau de abstração, uma proteção exclusiva, realizada pelos órgãos de credenciamento, ou associações profissionais (FREIDSON, 1998). A ligação entre uma profissão e sua área de intervenção profissional, respaldadas por meio do conhecimento formalizado, dá-se pela jurisdição (ABBOTT, 1988). Nesse sentido:

[...] as profissões constituem um sistema interdependente no qual “jurisdições” são permanentemente disputadas como domínios profissionais exclusivos; e são as pretensões “jurisdicionais” que fornecem o ímpeto das formas organizacionais das profissões (DINIZ, 2001, p.32 e 33).

Dessa forma, a concorrência existente entre os grupos profissionais em busca de posições sociais, sobretudo dentro de equipes de trabalho atuantes no mesmo setor, é bastante visível. As disputas jurisdicionais instauradas entre as diversas profissões são resultados dos esforços desses grupos para demarcar seus territórios de intervenção profissional por meio do conhecimento formalizado, e assegurar o direito de atuação em uma determinada fatia do mercado (LARSON, 1977; FREIDSON, 1998) a qual foram treinados. Segundo Soriano (2003), o peso e a importância atribuídos ao conhecimento formalizado e científico para definição e demarcação de territórios profissionais implicam na maior ou menor autonomia dos grupos profissionais no processo de tomada de decisão, sobretudo em um trabalho em equipe.

A diferenciação entre as profissões da saúde, resultante da maneira como o conhecimento é institucionalizado em cada uma delas, assegura que, mesmo quando os profissionais estão em posição de exercício de poder, o conhecimento formalizado que os profissionais representam não é empregado de forma uniforme. Diferenças nas especialidades, tarefas, prestígio, salários/renda, poder, autonomia sobre um conteúdo ou organização de trabalho, divisão do trabalho na prática profissional e papéis de supervisão das demais áreas criam variações dentro e entre as profissões na quantidade e tipo de poder exercido (LARSON, 1977; ABBOTT, 1988; FREIDSON, 1986, 1998).

Na divisão do trabalho no setor da saúde, o meio de comunicação (PEDUZZI, 2001; MOSCOVICI, 2001), interação (ABBOTT, 1988; BOSI, 1996; FREIDSON, 1998) e negociação (SVENSSON, 1996; ALLEN, 1997) entre os profissionais estabelece-se por meio do conhecimento formalizado. Este tipo de conhecimento passou a representar um elemento tão poderoso, capaz de hierarquizar as posições sociais dentro dessa divisão do trabalho. As disputas e competições existentes entre as profissões da saúde residem na reivindicação de quem deveria desempenhar determinados tipos de tarefas e quem deveria obter direito exclusivo sobre os conhecimentos referentes à prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças (ABBOTT, 1988; FREIDSON, 1970; 1998).

Todavia, desde o século XIX, o profissional da medicina é legitimado pela sociedade como o grande ‘*expert*’ nos conhecimentos que dizem respeito à saúde e à doença dos indivíduos: o “saber e poder (*dos médicos*) encontra-se imbricado nas estruturas sociais da Saúde a ponto de que aos demais profissionais são concedidas segundas vozes” (OJEDA, 2004, p.120). Esse apontamento reporta a ideia de que os conhecimentos e habilidades profissionais na área da saúde tornaram-se um privilégio exclusivo da medicina, colocando em posição secundária as demais categorias profissionais (FREIDSON, 1970; ABBOTT, 1988; OJEDA, 2004) e minimizando o poder de tomada de decisão destes grupos durante um trabalho em equipe.

Utilizando como referência o conhecimento formalizado como estratégia de exercício de poder, demarcação de fronteiras e delimitação de fatias no mercado de trabalho em um trabalho em equipe no setor da saúde, Freidson (1970) nos chama a atenção para a existência de dois grandes grupos de profissionais: a) os profissionais médicos, detentores dos conhecimentos científicos referentes ao diagnóstico e tratamento de doenças; e b) os profissionais não-médicos (FREIDSON, 1970), detentores de conhecimentos científicos, mas secundários, relacionados à saúde, que auxiliam a tarefa dos médicos. No segundo grupo, estão inseridos os profissionais de educação física, assistentes sociais, biólogos, enfermeiros, fonoaudiólogos, médicos veterinários, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e farmacêuticos, de acordo com a designação dada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), como sendo as profissões da saúde (GUIMARÃES; REGO, 2005).

O autor aponta que essa divisão social do trabalho no setor da saúde sempre terá como referência a figura do médico, que aparece como profissão dominante neste contexto, por ser detentora de conhecimentos e habilidades suficientemente esotéricas, capazes de convencer o Estado e a sociedade acerca da importância social e biológica dos conteúdos referentes à sua área de intervenção: diagnóstico e tratamento de doenças (PEREIRA-NETO, 1995; FREIDSON, 1970; 1998). Freidson (1970) ainda acrescenta que a divisão de trabalho em setores não profissionalizados é quase sempre organizada por elementos históricos, competição e interdependência funcional; no entanto, no setor da saúde a divisão do trabalho é organizada pela profissão dominante politicamente sustentada, a qual ele chama de hierarquia.

Guimarães e Rego (2005) ressaltam que o Conselho Federal de Medicina (CFM):

[...] em uma das resoluções de seu órgão auto-regulamentador, subordinar-se-iam à profissão médica todas as demais profissões de saúde e seria vedado que qualquer outro profissional pudesse fazer diagnóstico ou alguma ação terapêutica. Parece claro que o modelo depreendido dessa proposta regulamentadora era o modelo que considerava as demais profissões de saúde atividades paramédicas, em um estágio pré-profissional, ou seja, de apoio ou suporte à medicina (p.12).

Freidson (1970) explica que o termo 'paramédico' surgiu para designar aquelas profissões que são submetidas à medicina em uma divisão social do trabalho, ou seja, se refere às profissões no setor da saúde que são controladas e organizadas em torno do trabalho e conhecimento dos médicos (hierarquização). Vale ressaltar que muitos dos conhecimentos técnicos aprendidos pelos profissionais paramédicos durante sua formação profissional foram descobertos, ampliados e aprovados, primeiramente, pelos próprios médicos, sendo as profissões paramédicas apenas auxiliares, e não substitutas, às tarefas de diagnóstico de doenças e prescrição de tratamentos (FREIDSON, 1970).

O ponto crítico para justificar a posição de liderança da medicina é, definitivamente, o controle sobre seu próprio trabalho (ABBOTT, 1988; FREIDSON, 1970). Dado tal controle, a posição de outras profissões na divisão do trabalho no setor da saúde pode ser somente subordinada, mesmo que possuam os critérios formais, apontados pelos estudiosos da sociologia das profissões: código de ética, treinamento formal, licença profissional, abstrações do conhecimento, entre outros. O que é essencial, senão vital, é a avaliação do conhecimento utilizado em seu trabalho. Importante também é o controle sobre os termos sociais e econômicos de seu trabalho. A distinção entre a profissão médica e as profissões secundárias reside na posição de cada uma na divisão do trabalho: medicina não sendo subordinada a nenhuma outra profissão e as demais categorias sendo tecnicamente subordinadas à profissão dominante (FREIDSON, 1970).

Assim, segundo ele, para entendermos a hegemonia da medicina no setor da saúde, em relação ao conhecimento formalizado e os procedimentos técnicos, precisamos entender, também, as profissões secundárias no que diz respeito ao tipo de conhecimento utilizado para a intervenção, organização do grupo

profissional, relações interprofissionais com as demais profissões no setor da saúde, bem como as relações assimétricas de poder e subordinação existente entre os dois grupos. Ojeda (2004) acrescenta que:

A centralidade do saber médico parece estar presente em nossa sociedade, tornando secundários e dependentes os saberes dos demais profissionais. O distanciamento e o isolamento entre as diferentes profissões, parece ser uma estratégia de poder na tentativa de constituir um corpo de conhecimento próprio. Entretanto, este isolamento é relativo à medida que provoca movimentos de descontinuidades e rupturas nas ações interdisciplinares, embora o próprio discurso nos assinale que esses saberes somente serão reconhecidos se forem validados pela área médica, ou seja, somente se farão uso deles mediante solicitações das equipes médicas (p.129 e 130).

No caso da educação física, muitos estudos apontam a fragilidade da área no que diz respeito à falta de clareza em relação ao seu objeto de intervenção e, conseqüentemente, a falta de identidade acadêmica e fragilidade da intervenção profissional da área, fruto de uma formação profissional fragmentada e dissociada dos problemas da prática profissional. Embora a formação profissional em educação física e sua falta de identidade acadêmico-profissional não sejam focos da investigação em questão, alguns estudos e reflexões sobre os problemas na formação profissional e crises de identidade da educação física (HENRY, 1964; 1978; BRESSAN, 1979; BROEKHOFF, 1982; VERENGUER, 1997; LAWSON, 1999; FREIRE; VERENGUER; REIS, 2002; MASSA, 2002; REIS, 2002; BETTI, 2005; RIKLI, 2006; NEWELL, 2007; HAWKINS, 2008) deram-nos suporte e argumentos teóricos para comprovar que os apontamentos citados por Freidson (1970) acerca das profissões secundárias, justificam a posição hierárquica da educação física em uma divisão do trabalho no setor da saúde, assumindo uma posição subordinada em relação à medicina, assim como as demais profissões da saúde (nutrição, psicologia, fisioterapia, entre outras).

Storch (1994) e Pereira-Neto (1995) afirmam que a medicina sempre se achou no direito de definir os conteúdos dos cursos de formação profissional tanto para sua categoria, como para os demais grupos profissionais atuantes na área da saúde. Ou seja, a medicina demarcava a sua própria área de intervenção, ao mesmo tempo em que delimitava o espaço para o exercício profissional das diferentes atividades na saúde.

Os frequentes conflitos e lutas jurisdicionais entre as profissões médicas e não-médicas em um trabalho em equipe, para demarcar os territórios de intervenção profissional e, assim assegurar o monopólio sobre uma determinada fatia do mercado de trabalho, mostram-se cada vez mais constantes. Não é difícil detectar que as profissões secundárias apropriam-se, cotidianamente, dos conhecimentos e procedimentos da liderança no setor para realizarem suas intervenções profissionais. Becher (1996) reporta que essa apropriação de conhecimentos e procedimentos da medicina serve para garantir a sobrevivência das profissões secundárias no setor da saúde, no qual existem várias profissões contíguas lutando por seu espaço.

Soriano (2003) 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 deseja 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” (p.209).

Podemos afirmar que o conhecimento formalizado dos grupos profissionais inseridos no setor da saúde não é tão específico 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).

Esse cenário de disputas no setor da saúde mostra-nos que, a apropriação de conhecimentos e procedimentos de áreas contíguas representa a conquista de ‘certa’ autonomia e poder profissional para determinadas profissões, e perda de espaços de intervenção e poder profissionais para outras (OJEDA, 2004). Nesse sentido, a autora afirma que no referido contexto, de lutas pela demarcação de áreas de atuação no setor da saúde, que nasce o projeto para a legalização do

ato médico. Este por sua vez, teve como objetivo assegurar os espaços de intervenção profissional à área médica, no que diz respeito aos conhecimentos de diagnóstico e procedimentos técnicos relacionados “à saúde e doença” dos indivíduos, como descrito em um trecho do discurso que consta na matéria sobre o ato médico no boletim do Conselho Federal de Medicina:

[...] a regulamentação em lei das atribuições privativas dos médicos constitui uma salvaguarda importante para a população e para os próprios médicos [...]. Desde o início do século, os médicos estão perdendo de maneira lenta e progressiva seu mercado de trabalho. Por essa razão devem ter bem definido o que é o ato médico para preservarem sua atuação profissional e darem aos pacientes a amplitude de ser médico (ALTHOFF, 2002, p.5 apud OJEDA, 2004, p.120).

A “hegemonia médica é legitimada pela sociedade na medida em que a Saúde está centrada no saber eminentemente médico” (OJEDA, 2004, p.120). O surgimento de estratégias de poder, como o ato médico, reflete as transformações e ameaças sofridas pelas categorias médicas em relação aos seus mercados de trabalho, buscando assegurar monopólios profissionais e a manutenção do modelo biomédico nas ações em saúde. Assim, são estabelecidos conflitos jurisdicionais entre os profissionais da área médica e as demais categorias utilizando o conhecimento formalizado e procedimentos técnicos como instrumentos de sobrevivência no setor, em busca de poder e autonomia profissional (FREIDSON, 1970; 1998; OJEDA, 2004).

As disputas jurisdicionais mais evidentes entre as profissões da saúde acontecem entre:

[...] nutricionistas e nutrólogos e endocrinologistas; fisioterapeutas, médicos fisiatras, profissionais da educação física e médicos especialistas em medicina esportiva; psicólogos, psiquiatras e toda ampla variedade de psicoterapeutas; fonoaudiólogos e otorrinolaringologistas. São áreas em que, de fato, verifica-se um conflito de competências e limites (GUIMARÃES; REGO, 2005, p.13).

Um estudo realizado sobre a intervenção do profissional de educação física em uma equipe de trabalho, Minelli, Soriano e Fávaro (2009) investigaram como se estabeleciam as interações entre esses profissionais e as demais profissões da saúde, além de questionarem os profissionais da equipe -

médico, psicólogo, nutricionista, profissional de educação física e fisioterapeuta – acerca dos conhecimentos e tarefas profissionais exclusivos da sua área de intervenção. As autoras encontraram áreas de conflito entre nutricionistas e profissionais de educação física, diferentemente do apontamento de Guimarães e Rego (2005), com relação à execução de um mesmo procedimento técnico entre ambas as categorias: ‘avaliação física’. No entanto, este procedimento também é realizado pelos médicos, pois muitos indivíduos antes de iniciarem qualquer programa de atividade física, são questionados sobre exames periódicos e avaliação da condição física realizados por esses profissionais. Além disso, o nutricionista também relatou ser responsável pela mesma ação que os profissionais da medicina, a leitura e avaliação de exames (de sangue).

Spink (1985) ilustra as áreas de conflito e demarcação de territórios existentes entre as profissões da saúde no estado de São Paulo, na década de 80 (Figura 1). Embora a autora, também, demonstre na figura o número de efetivos das profissões nesse período, o nosso enfoque principal reside nas disputas e lutas jurisdicionais que podem ser intensificadas ao longo do tempo. De fato, se transferirmos esse quadro de disputas por monopólios profissionais existentes no setor da saúde para os dias de hoje, como citado no exemplo acima, percebemos o quão próximas elas estão da situação anterior, há trinta anos.

De acordo com a figura original, a educação física não está presente entre as áreas que lutam por territórios de conhecimentos. Por isso, gostaríamos de justificar a inclusão da área em um determinado ponto de conflito (círculo vermelho), entre terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e médicos (fisiatras e com especialidade em medicina esportiva) tendo como base os apontamentos de Guimarães e Rego (2005).

A seleção dessa área de conflito pode ser explicada pela crescente quantidade de cursos oferecidos tanto na área da educação física como fisioterapia e terapia ocupacional, com enfoque na aprendizagem de diferentes técnicas de massagem corporal, acupuntura e correção de postura. Com relação à medicina esportiva e fisioterapia, as áreas de conflitos com a educação física convergem para o tratamento e reabilitação de pacientes.

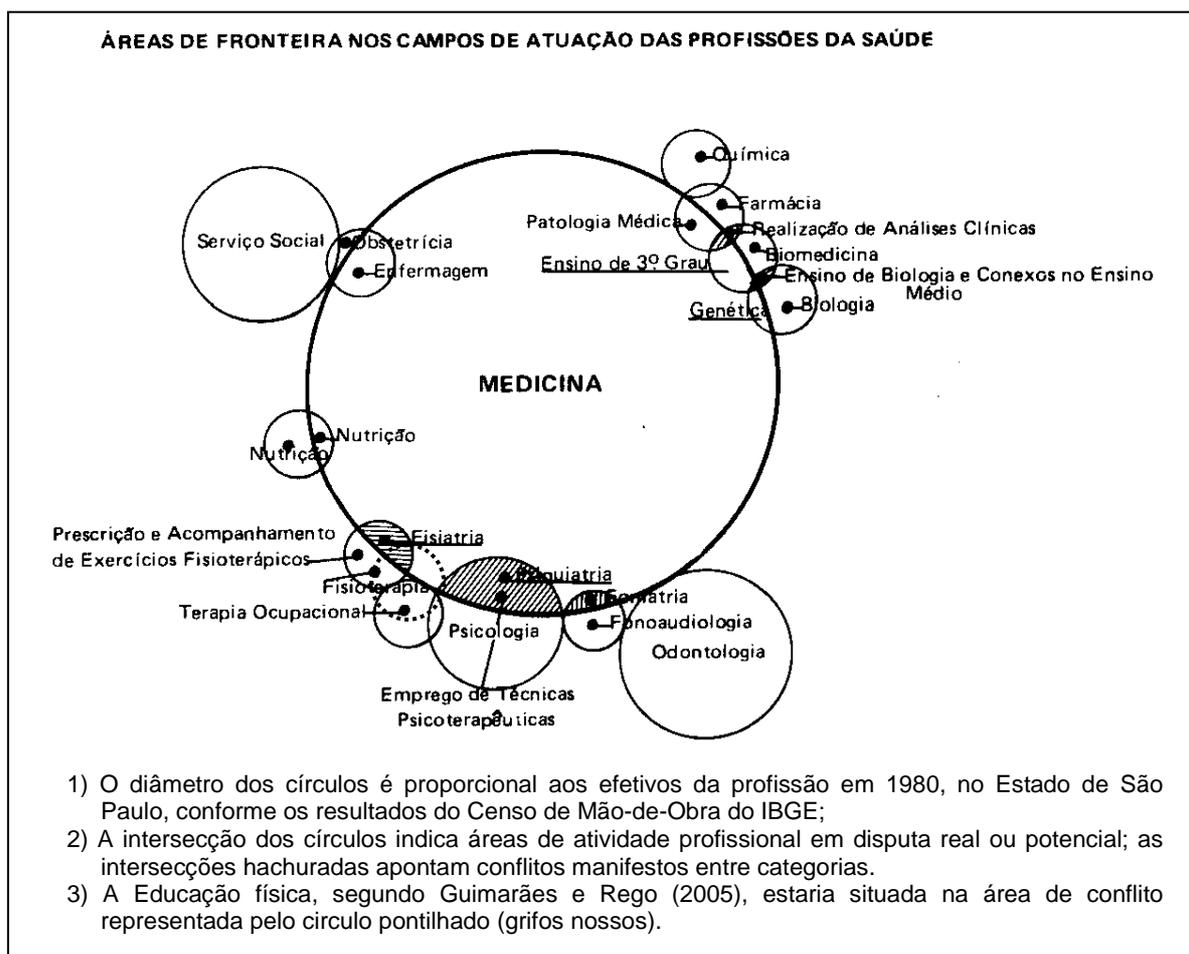


Figura 1: Áreas de fronteira nos campos de atuação das profissões da saúde

Fonte: Spink, 2005.

Além disso, com exceção da odontologia, serviço social, terapia ocupacional e química, as demais profissões da saúde na década de 1980, possuíam laços diretos de intersecção com a medicina, tanto pela apropriação de seus saberes e procedimentos, como pelas disputas de espaços cada vez maiores para garantir mais poder e autonomia aos membros das profissões. Vale destacar que a enfermagem aparece como o grupo com maior índice de disputas por áreas de conhecimento com a liderança no setor (maior parte do círculo próximo à medicina).

A intenção da medicina “era fazer com que os outros saberes se tornassem menos complexos e misteriosos que o do médico” (PEREIRA-NETO, 1995, p.609), estabelecendo-se assim uma hierarquia para com os profissionais secundários, entre eles, farmacêuticos, parteiras e enfermeiras.

No caso dos farmacêuticos, o referido autor menciona que na “Actas e Trabalhos” publicados após o Congresso Nacional dos Práticos¹⁷ (1922), o Dr. Bonifácio Costa, um dos médicos presentes no evento, afirma que: “o que se faz mister é a permanência do farmacêutico na farmácia como colaborador do médico, e nunca como seu concorrente” (p.609). Além disso, o Dr. Portocarrero, também presente no Congresso, acrescenta que:

[...] o farmacêutico não pode gerir mais de uma farmácia, anunciar a cura de doenças incuráveis, dar consultas médicas, aviar receitas de médicos cujo diploma não esteja registrado, vender remédios derrancados ou falsificados, nem substituir drogas nas prescrições dos médicos (p.605).

Com relação à atuação das parteiras, Nunes e Moura (2004) afirmam que à medida “que os partos deslocaram-se para o ambiente hospitalar, em consequência da institucionalização da medicina, outros atores envolveram-se com a situação, tendo o profissional médico assumido o papel hegemônico da assistência” (p.340). Em outras palavras, as parteiras que antes possuíam um papel fundamental nas comunidades, passam a ser substituídas por profissionais qualificados. Assim, com a medicalização do parto, os médicos passam a enfatizar a importância dos procedimentos cirúrgicos para realizar tal procedimento, perseguindo e extinguindo o trabalho das parteiras.

Illich (1975) denominou esse processo de iatrogênese clínica, que pode ser definida como o tratamento médico propriamente dito. Tem origem, de uma forma geral, no emprego descontrolado de tecnologias avançadas e do abuso de medicamentos. O autor ainda define a iatrogênese social, que se refere ao impacto social da medicina no comportamento das pessoas, causando uma desarmonia entre o indivíduo e o meio social e físico e resultando na perda de autonomia na ação e controle do meio; e a iatrogênese cultural, que representa “a destruição do potencial cultural para lidar autonomamente com boa parte das situações de enfermidade, dor e morte” (TESSER, 2006, p.63).

¹⁷ Evento realizado no ano de 1922, que contou com a presença de representantes do poder executivo e legislativo, membros de comunidades científicas, de associações profissionais e de faculdades de medicina. Os debates instaurados nesse Congresso resultaram em 619 páginas publicadas em suas *Actas e Trabalho*. “O evento transcorreu como em um palco em que a elite médica divergiu quanto às estratégias de preservação de seu prestígio, autoridade e autonomia” (PEREIRA-NETO, 2000, p.401). Esse acontecimento traduziu boa parte dos embates e controvérsias profissionais presentes no seio da elite médica durante a Primeira República no Brasil (1889/1930).

Alguns estudos da sociologia médica (HAK, 1994; STORCH, 1994; SVENSSON, 1996; ALLEN, 1997; HALPERN, 1992) refletem como essas áreas de conflitos e negociações existentes entre médicos e enfermeiras, e, também, entre médicos e as demais categorias profissionais, acontecem no cotidiano do trabalho em equipe. Stein (1967 apud STORCH, 1994) desenvolveu um estudo¹⁸ no qual descreve as disputas existentes na interação entre os médicos e as demais profissões não médicas, sobretudo a enfermagem, no que confere tanto às disputas por áreas de conhecimento como também na relação de passividade das enfermeiras em relação às decisões dos médicos em ambientes hospitalares. Segundo o autor, nesse jogo entre as duas categorias, os profissionais da enfermagem poderiam contribuir com o trabalho dos médicos ao repassar informações relacionadas aos pacientes, no entanto, nunca poderiam parecer presunçosos ao recomendar algo, e sim de forma sempre passiva, sem questionar a autoridade e decisão dos médicos.

O autor acrescenta que a gênese da superioridade médica em relação às demais profissões secundárias inicia-se na formação profissional; eles são levados a acreditar na onipotência e infalibilidade dos médicos em relação aos conhecimentos na área saúde, não permitindo que os demais grupos interferissem no seu trabalho e processo de tomada de decisão no cotidiano profissional; ou seja, nenhuma profissão poderia questionar os conhecimentos médicos, a não ser aceitá-los com neutralidade e passividade. Embora não seja foco desse estudo, vale lembrar que a imagem estereotipada de fragilidade e passividade feminina em relação à dominância masculina também contribuiu para o surgimento desse cenário nas profissões da saúde, pois grande parte dos profissionais da enfermagem era do sexo feminino (STEIN, 1967 apud STORCH, 1994).

Entretanto, o contexto atual apresenta-se de forma bastante distinta, como já apontado anteriormente, em relação às profissões da saúde no trabalho em equipe. No caso da enfermagem, ela foi reconhecida como grupo profissional e a independência, autoridade técnica, poder e tomada de decisão da categoria também aumentaram. O papel que antes era desempenhado de forma silenciosa e subserviente passa a ser representado de forma ativa e participante nas tomadas decisões e defesas do paciente (STORCH, 1994). Stein e colaboradores (1990 apud

¹⁸ STEIN, L. I. The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, v.16, p.699-703, 1967.

STORCH, 1994) retomam a ideia inicial do artigo de 1967, com relação às disputas entre médicos e enfermeiros, e afirmam em novo estudo¹⁹ que um desses grupos, no caso a enfermagem, não quis mais participar desse jogo de disputas, por conquistar ao longo do tempo, maior grau de independência e autonomia técnica para questionar as decisões médicas.

É interessante salientar que a reação dos médicos é de perplexidade, confusão, traição, braveza e sentimento de interdependência em relação aos profissionais da enfermagem (STORCH, 1994), o que reforça o movimento dos médicos em prol do ato médico para assegurar certas áreas de conhecimento que estão sendo abarcadas pelas profissões secundárias, diminuindo o poder do conhecimento da medicina no trabalho em equipe.

Dessa forma, podemos perceber que, a partir do século XIX, a categoria médica utilizou estratégias de persuasão, a fim de convencer a sociedade acerca da importância da institucionalização da medicina. Além disso, o objetivo era também conquistar novos mercados e monopólios profissionais, buscando enfraquecer o poder das profissões secundárias, e assegurar a liderança no setor da saúde.

Halpern (1992) realiza uma pesquisa histórica e comparativa entre as diferentes especialidades médicas nos Estados Unidos para desvendar porque algumas dessas especialidades tiveram mais sucesso do que outras na obtenção de jurisdição sobre determinadas profissões adjacentes. Ele afirma que a inter-relação entre profissões legitimadas e as concorrentes inicia-se com a colaboração de tarefas entre ambas. A partir disso, a profissão mais consolidada e consistente, teoricamente, passa a ter o domínio dos conhecimentos e habilidades profissionais.

O autor analisa, a partir da década de 1910, o monopólio que a medicina obteve sobre quatro ocupações que anteriormente eram distintas e independentes, mas que passaram a ser concorrentes e secundárias à medicina na sociedade atual: técnico de radiologia, técnico de laboratório, fisioterapia e enfermagem. Ele ressalta, por exemplo, que até a década de 1940 as enfermeiras eram responsáveis pela anestesia nas cirurgias e que esse procedimento técnico passou a ser especialidade da medicina: anesthesiologista.

¹⁹ STEIN, L. I.; WATTS, D. T.; HOWELL, T. The doctor-nurse game revisited. *The New England Journal of Medicine*, v.322, n.8, p.546-549, 1990.

A partir da descrição do contexto de disputas por territórios e conhecimentos na área da saúde, podemos concluir que os resultados dos conflitos jurisdicionais repousam sobre um ponto forte e vital das profissões: o conhecimento formalizado. Abbott (1988) afirma que a especialização do conhecimento de uma determinada área pode fortalecer ou enfraquecer sua jurisdição, no entanto, a característica de abstração desse saber é que, de fato, assegura a legitimidade de uma profissão. Assim, o controle exclusivo sobre uma área de conhecimento aumenta a jurisdição do grupo profissional, e podemos afirmar que a avaliação sobre a legitimidade cognitiva de um grupo profissional é o que assegura condições favoráveis para se reivindicar jurisdições.

2.4 TRABALHO EM EQUIPE: IMPLICAÇÕES PARA O SETOR DA SAÚDE

Muitos dos problemas que pressionam a sociedade, hoje, são tão complexos que nenhuma profissão isolada consegue lidar com eles de forma eficaz. Essa característica complexa dos fenômenos sociais encorajou os diferentes especialistas a reconhecerem o quão importante seria a sua união para rebater de forma eficiente a esses novos desafios da sociedade moderna. No entanto, uma das críticas feitas aos grupos profissionais está no fato de que, nesse contexto, eles têm falhado em tentar desenvolver ligações com outros grupos profissionais, como também, detectam-se falhas no processo de preparação profissional, com a ausência de incentivo para o desenvolvimento de habilidades de trabalho colaborativo com outros profissionais (SCHEIN; KOMMERS, 1972; SAUPE et al., 2005).

O trabalho em equipe nos diversos setores, e em variados segmentos da sociedade, abarca distintos grupos profissionais e lida com a especialização de diferentes tarefas. Conseqüentemente, os membros dos grupos obtêm acesso a diversos conhecimentos e, provavelmente, desenvolvem diferentes crenças sobre a importância de várias bases de conhecimento para a realização de tarefas profissionais individuais e em grupo (WONG, 2008).

Dentro do setor da saúde, por exemplo, existe uma dezena de profissionais que atua com tarefas relacionadas à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças (BOSI, 1996; FREIDSON, 1998) ou assuntos relacionados

à saúde e qualidade de vida (BUSS, 2000; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000) gerando um ambiente composto por várias ideias, crenças e conhecimentos a partir da visão e formação profissionais de cada grupo em particular, ou a partir das atitudes e procedimentos profissionais referentes à cada área de atuação.

Se pensarmos na estratégia do trabalho em equipe no setor da saúde, a partir das contribuições específicas de cada grupo profissional para solucionar casos complexos de pacientes, nos vem à mente um modelo de atuação ideal, no qual o intercâmbio entre os saberes profissionais acontece de forma produtiva, bem definida e em benefício do paciente, ou seja, sem disputas e invasões jurisdicionais, demarcação de monopólios profissionais e interesses pessoais. No entanto, em tarefas/problemas que exigem um conhecimento ou procedimento apurado, no qual raramente existe apenas uma maneira correta para solucioná-los e há uma gama de conhecimentos relevantes para contribuir na resolução desses complexos problemas em saúde, o desacordo entre os membros dos grupos pode ser uma fonte de conflitos e impedimentos para ações cooperativas no trabalho em equipe.

Dessa forma, podemos afirmar que, embora o trabalho em equipe beneficie o preenchimento de lacunas existentes nos diversos aspectos: social, físico, psicológico, psíquico, entre outros (CAMACHO, 2002), na prática esse quadro não é bem linear como parece ser, pois, no início, a atuação profissional envolvendo especialistas de várias áreas é, frequentemente, isolada e concorrente, demonstrando uma dificuldade na interação entre diferentes competências técnicas (SILVA et al., 2002), como já apontado no item anterior.

Leite e Veloso (2008) afirmam que o trabalho em equipe na área da saúde “apresenta-se de modo complexo no interior de uma prática que, historicamente, é constituída com base na concentração de poderes e na fragmentação do conhecimento” (p.378). Sendo a medicina a área que coordena, sistematiza e organiza as tarefas em uma divisão do trabalho entre as profissões secundárias, os resultados referentes a essa subordinação são: a ausência de autonomia profissional, pouco diálogo e interação entre os membros e inibição nos processos de tomada de decisão.

A implantação do trabalho em equipe no setor da saúde, especificamente na década de 1980, foi decisiva para que se desse início à

mudança paradigmática da saúde brasileira, sobretudo, em relação aos avanços na descentralização das ações médicas:

A 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986, teve papel fundamental no sentido de propor novas concepções de saúde, com importantes repercussões nas práticas interdisciplinares, ou seja, ampliando a participação dos demais profissionais antes centrados em ações medicalizadas. Isto significa dizer que as Políticas de Saúde também mostram-se como estratégias de poder para que determinadas profissões redesenhem suas práticas tornando-se foco de interesses próprios. Sob a mesma ótica, em outras profissões, estas mesmas políticas mostram-se como ameaças a territórios até então intocáveis, inquestionáveis, que implicam, inclusive mudanças de mercado de trabalho (OJEDA, 2004, p.122).

Além da descentralização médica, o trabalho em equipe visa à superação da fragmentação de conhecimento, oriundos do modo de fazer ciência. Ao mesmo tempo em que surgem novas especializações, cria-se um ambiente propício ao trabalho em equipe, em função da complexidade do processo saúde-doença e da própria interdependência entre as profissões para a realização da assistência.

O trabalho em saúde, a partir do século XX, apresenta-se com forte característica de trabalho coletivo sob gerenciamento médico. Os médicos apropriaram-se ao longo da história do saber em saúde como “saber médico”, bem como se apropriaram do diagnóstico e da decisão sobre o tratamento das patologias. Conseguiram legitimar a ideia de que somente os possuidores de um determinado tipo de conhecimento – o saber médico – seriam capazes de avaliar e intervir sobre o processo saúde-doença, colocando-se em uma posição de dominação com relação às demais ocupações na área da saúde. Esse contexto influenciou o desenvolvimento das demais profissões, chegando a ser reconhecidas no ano 2000, catorze profissões da saúde (BRASIL, 1998).

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar esse intenso processo de fragmentação e especialização dos conhecimentos e procedimentos no setor da saúde. Entretanto, a intervenção profissional das diferentes profissões da saúde em um trabalho em equipe aponta para a necessidade de compreensão de alguns aspectos como: conhecimento especializado e competente; necessidade de administração de conflitos devido a culturas profissionais distintas (cada categoria profissional apresenta uma solução

para um problema de um prisma diferente); comunicação e diálogo como dimensão intrínseca ao trabalho (linguagem, objetivos, propostas comuns); e a flexibilidade nas atuações (PEDUZZI, 2001).

A autora afirma existirem duas modalidades ou tipologias de trabalho em equipe no setor da saúde, com características bastante distintas, que podem contribuir ou enfraquecer com a proposta do grupo: a) a equipe integração; e b) a equipe agrupamento. A primeira refere-se a um tipo de intervenção na qual existe a proposta de integralidade e articulação das ações em saúde, além da existência da interação direta entre os profissionais envolvidos (comunicação).

Já a segunda, é caracterizada pela fragmentação dos saberes e das ações em saúde, com a ausência de comunicação e interação entre os membros. Entretanto, em ambas as equipes estão presentes: a) as diferenças na competência técnica de cada categoria – conhecimentos e procedimentos; b) os distintos valores atribuídos a esses diferentes trabalhos; e c) a hierarquização desses trabalhos, resultando em maior ou menor autonomia técnica no processo de tomada de decisão (FREIDSON, 1970; PEDUZZI, 2001; EVETTS, 2002).

Peduzzi (2001) lista alguns critérios para diferenciar essas duas modalidades de trabalho em equipe (Quadro 1). Podemos perceber que os itens referentes à equipe integração (comunicação intrínseca, proposta comum, flexibilidade na divisão do trabalho, autonomia técnica de caráter independente) podem contribuir para a descentralização da figura do médico nas ações em saúde. Com relação aos critérios apontados para a equipe agrupamento no setor da saúde (comunicação externa, ausência de autonomia técnica), percebe-se o isolamento e fragmentação das ações profissionais, contribuindo para a manutenção do modelo biomédico (FREIDSON, 1970; CAPRA, 1982) nas propostas de trabalho.

O trabalho em equipe no setor da saúde tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação de diversas profissões da saúde pressupõe a possibilidade da prática de um profissional reconstruir-se na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/ famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem um trabalho em equipe (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Segundo Reese e Sontag (2001), as barreiras que interferem no trabalho em equipe incluem a falta de conhecimento sobre a *expertise* do outro grupo, papéis profissionais confusos, conflitos oriundos das crenças e bases teóricas divergentes, normas negativas e questões administrativas. Além disso, não podemos deixar de mencionar que os conhecimentos fragmentados em saúde, influenciados pelo modelo cartesiano, também dificultam a caracterização dos grupos profissionais.

Discussões a respeito da equipe multiprofissional para atenção básica à saúde consideram a divisão do trabalho, o *status* da profissão, a posição hierárquica no processo de trabalho, os aspectos organizacionais, as relações informais, as redes de poder, valores e normas como fatores relacionados ao desempenho do trabalho (PREDOSA; TELES, 2001).

Parâmetros	TIPOLOGIA	
	Equipe integração	Equipe agrupamento
Comunicação externa ao trabalho		X
Comunicação estritamente pessoal		X
Comunicação intrínseca ao trabalho	X	
Projeto assistencial comum	X	
Diferenças técnicas entre trabalhos especializados	X	X
Arguição da desigualdade dos trabalhos especializados	X	
Especificidade dos trabalhos especializados	X	X
Flexibilidade da divisão do trabalho	X	
Autonomia técnica de carácter interdependente	X	
Autonomia técnica plena		X
Ausência de autonomia técnica		X

Quadro 1 - Critérios de reconhecimento da modalidade de trabalho em equipe: integração ou agrupamento

Fonte: Peduzzi, 2001.

O trabalho em equipe no setor da saúde, além da boa comunicação entre os seus membros, requer competência, comprometimento e o desejo de cooperar. As vantagens desse tipo de trabalho são: planejamentos mais elaborados, tratamentos e serviços clínicos mais eficientes e união de esforços para solucionar os problemas dos pacientes (ATWAL; CALDWELL, 2005).

Abramson e Mizrahi (1996) apontam que o trabalho em equipe possui tanto pontos positivos como negativos, que podem ser fortalecidos ou enfraquecidos, comprometendo, ou não a proposta do grupo. Por exemplo, eles

citam como pontos positivos: respeito às decisões e opiniões das áreas contíguas, boa comunicação entre os membros da equipe, inclusão de todas as categorias profissionais no processo de tomada de decisão, bom envolvimento com a família do paciente, entre outros.

Com relação aos pontos negativos, os autores apontam: propostas divergentes, comunicação deficiente entre os membros da equipe, invasão jurisdicional das áreas contíguas, falta de informação acerca do problema ou caso a ser resolvido e relacionamento pessoal ruim com a família e membros da equipe.

Vale ressaltar que, embora existam pontos positivos e negativos no trabalho em equipe no setor da saúde, esse tipo de intervenção profissional envolve uma contínua interação entre duas ou mais especialidades profissionais, organizadas e orientadas para propostas comuns. Os conflitos e as invasões jurisdicionais, entre as categorias, são inevitáveis, sobressaindo-se o grupo profissional com maior base cognitiva, maior reconhecimento social e prestígio profissional.

2.5 A INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO TRABALHO EM EQUIPE NO SETOR DA SAÚDE

Os debates sobre o desenvolvimento de políticas públicas e iniciativas privadas nas ações em saúde, remetem para a compreensão do espaço que cabe aos governos (municipal, estadual e federal) e instituições na definição e implementação de programas assistenciais à população. No entanto, embora existam inúmeros projetos nessa direção, o que se pretende nesse tópico não é uma discussão sobre o papel do Estado e órgãos particulares como instituições garantidoras da saúde pública ou privada, nem sobre as dificuldades e falhas de ambos para cumprirem essas propostas. O nosso foco de análise reside sobre a implantação do trabalho em equipe nas ações em saúde, com a integração de diferentes profissionais para atender essas propostas, sobretudo destacar a importância da inserção do profissional de educação física e o seu papel nessas implementações públicas (ou sociais) e privadas. Inicialmente, para melhor compreensão dos processos de inclusão dos profissionais de educação física e dos diversos profissionais da saúde em políticas públicas (ou sociais) e privadas,

usualmente entendidas como educação, saúde, previdência, habitação, saneamento, entre outros, apresentaremos uma breve definição e contextualização dessas medidas políticas nos setores público e privado no Brasil.

As políticas públicas podem ser definidas como um conjunto de propostas, medidas, condutas e procedimentos que estabelecem e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público (HÖFLING, 2001; SOUZA, 2006), ou seja, diz respeito à criação, análise, avaliação e concretização de propostas políticas com o objetivo de atender os propósitos coletivos.

Com relação ao campo de ação das iniciativas privadas, podemos afirmar que elas possuem operações políticas semelhantes às ações públicas, sendo o Estado responsável pelo regimento e organização de sua estrutura de funcionamento. Entretanto, um aspecto fundamental diferencia as iniciativas privadas das políticas sociais: o grau de intervenção do Estado. Este por sua vez, atua de forma indireta sobre as políticas privadas, exercendo poderes com relação às questões burocráticas legais de funcionamento dos serviços prestados (por exemplo, leis de regimento e avaliação de propostas), mas não com relação aos processos de tomada de decisão dos seus membros, que dizem respeito às suas próprias condutas. Podemos citar como exemplos, a seleção de recursos humanos e a criação de propostas de trabalhos diversificadas para seus membros ou sócios.

Direcionando o nosso olhar para o campo de ação do Estado em relação às políticas públicas e privadas, especificamente, no setor da saúde, podemos dizer que esse órgão orienta-se para a melhoria das condições de saúde da população. Sua tarefa em relação às outras políticas públicas da área social brasileira consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Até a década de 30, as responsabilidades do Estado com a saúde eram relativamente pequenas, pois a grande preocupação naquele momento era o combate a endemias e o fornecimento de saneamento básico à população, exigindo pouco financiamento estatal nos setores de atendimento às pessoas carentes e menor quantidade de recursos humanos para a realização de tais ações. Os procedimentos de assistência médica não estavam inteiramente nas mãos do Estado, mas sim nas mãos dos próprios consumidores de serviços de saúde, com

auxílio de instituições filantrópicas, contribuições de empresas, trabalhadores e, em menor proporção, por recursos públicos (MÉDICI, 1995).

Com o crescimento industrial e populacional, a prestação de serviços privados no setor da saúde no Brasil inicia-se de forma evidente na década de 60²⁰, por meio das chamadas empresas de “medicina de grupo” (PEREIRA FILHO, 1999; BAHIA, 2001; MENICUCCI, 2003). Embora esta iniciativa tenha tido sua origem nos Estados Unidos, por volta de 1920 (PEREIRA FILHO, 1999), tornando-se um mercado promissor nas iniciativas privadas em saúde em todo o mundo, ela ganha destaque no Brasil, a partir da década de 60. Ou seja:

A explicação dada pelo próprio setor para esse desenvolvimento na década de 60 remete, por um lado, ao desenvolvimento industrial do período, particularmente com a instalação da indústria automobilística no ABC paulista, com o correspondente crescimento das demandas por serviços de saúde da classe trabalhadora, associado à precariedade dos serviços públicos na região, que não conseguiam atender à demanda crescente, e, por outro lado, ao alto e crescente custo da medicina liberal, em função do desenvolvimento tecnológico. A medicina de grupo colocou-se como uma opção intermediária e alternativa, com o sistema de pré-pagamento, estimulada pelos próprios empresários (MENICUCCI, 2003, p.113).

No entanto, os eventos marcantes para a concretização de políticas públicas e iniciativas privadas em saúde no Brasil são, respectivamente, a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instauração da Lei 9.656/98 que regulariza o serviço de saúde suplementar. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no seu Art.196, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), também regulamentado pela Constituição de 1988 e por Leis complementares, estabelece os seus pilares de funcionamento: universalização e equidade no acesso às ações em saúde,

²⁰ Até o princípio do século XX predominava, no Brasil, o exercício profissional em bases liberais: o médico dependia de capacidade própria para exercer sua atividade. Tinha autonomia para determinar as condições e o valor de seu trabalho. Além disso, o conhecimento médico entendia o corpo humano como um todo indivisível. A habilidade e a sensibilidade eram os principais atributos do médico. O conhecimento era obtido com anos de experiência prática. Contudo, a partir do início do século XX começaram a ocorrer, no Brasil, alterações na base do conhecimento médico e nas políticas públicas da área da saúde que interferiram em semelhante identidade profissional hegemônica (PEREIRA-NETO, 2000, p.400)

descentralização da gestão, integralidade do atendimento e participação da comunidade.

Com a aprovação da Lei 9.656/98, passa-se a regulamentar a assistência médica supletiva (setor privado), composta pelos segmentos da autogestão, medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas (PEREIRA FILHO, 1999; MALTA et al., 2004), para minimizar os altos custos cobrados pelas operadoras de planos de saúde contra os consumidores e estabelecer informações no que diz respeito aos planos oferecidos (BAHIA, 2001).

Após a instauração de um conjunto de medidas legais que regem as iniciativas privadas e políticas públicas, o governo passou a discutir e implantar propostas que possibilitassem a inserção de um trabalho em equipe no setor da saúde, com a participação de diversos profissionais. A ideia visava garantir a qualidade e eficiência nos serviços prestados, a descentralização do poder e saber médico e o atendimento à população (e não somente ao indivíduo) por meio da atenção básica à saúde fora de ambientes hospitalares, e sim por meio de postos, centros e unidades básicas (SENNA, 2002; FORTUNA et al., 2005) e, também, clínicas e consultórios particulares. Em outras palavras, as tentativas do governo brasileiro, visando à melhoria e eficiência no atendimento à população no setor da saúde pública, estavam centradas nas propostas de um trabalho em equipe, contando com a participação de todos os membros da comunidade.

Entre essas propostas, podemos citar: a) o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991; e b) o Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de 1994. O PSF originou-se do PACS ao ampliar e ajustar dois importantes elementos: a) “visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda” (VIANA; POZ, 2005, p.231); e b) “as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica” (VIANA; POZ, 2005, p.231). As autoras ainda afirmam que o enfoque primordial das políticas públicas criadas para o setor da saúde estavam voltadas para a o atendimento da “família” como unidade de ação e não apenas o indivíduo como foco de intervenção.

O PACS conta com uma equipe de trabalho constituída por pessoas da própria comunidade (agentes comunitários), devidamente capacitadas e

supervisionadas por profissionais da saúde e um enfermeiro. Nas diretrizes programáticas do Ministério da Saúde em relação ao PSF, no início da implantação desse programa (1994), consta a exigência de um número mínimo de profissionais: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários (SANTANA; CARMAGNANI, 2001; SENNA, 2002; OLIVEIRA; SPIRI, 2006; ARAÚJO; ROCHA, 2007; LEITE; VELOSO, 2008). No entanto, outros profissionais, tais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, por exemplo, poderão ser incorporados de acordo com as características e demandas dos serviços locais de saúde (LODI; TAGLIARI; MORETTO, 2003).

A estratégia do trabalho em equipe no setor da saúde pública representa, então, uma nova leitura acerca das práticas, valores, atitudes e conhecimentos de todos os indivíduos envolvidos nessas propostas sociais, ampliando as ações a serem realizadas pelos profissionais da saúde e aumentando os limites e as possibilidades de atuação, exigindo novas habilidades e qualificações. Nesse sentido:

A finalidade é propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos (PEDROSA; TELES, 2001, p.304).

A escolha do Ministério da Saúde (MS) em não centralizar o Programa Saúde da Família apenas nos saberes médicos, enfatiza a importância do trabalho em equipe, cumprindo com um dos pilares propostos para o Sistema Único de Saúde (SUS): a integralidade nas ações em saúde. Assim, a ênfase reside na promoção, prevenção, cura, tratamento e reabilitação da saúde a partir da soma dos olhares de diferentes profissionais, com intervenções específicas dentro desse processo (LEITE; VELOSO, 2008).

Não obstante, podemos perceber que a inserção do profissional de educação física no trabalho em equipe no setor público de saúde não aconteceu de forma imediata após a implantação dos PACS e PSF. O Ministério da Saúde (MS) confirmou a participação oficial da educação física somente catorze anos após a implementação desses projetos, por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que também confirmou a participação formal de outras áreas, mesmo que já

fizessem parte dos programas: fisioterapia, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fonoaudiólogos e assistentes sociais.

Essa Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (MS) diz respeito à criação dos Núcleos de Apoio (Integral) à Saúde da Família (NASF), com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da atenção básica por meio do trabalho em equipe (BRASIL, 2008). Nesse documento, consta que o NASF deve ser composto por quatro modalidades de ação em saúde (Art. 7º), com seus respectivos representantes profissionais (Quadro 2). Vale ressaltar que os profissionais do NASF, dentro das diretrizes do NASD, atuam juntamente com as equipes de trabalho do PSF e Estratégia à Saúde da Família (ESF), identificando as ações e as práticas adequadas para a comunidade a ser atendida.

Modalidades de ação em saúde	Profissionais
I - Alimentação/Nutrição e Atividade Física	* Nutricionista * Profissional de educação física * Instrutor de práticas corporais
II – Atividade Física	* Profissional de educação física * Instrutor de práticas corporais
III – Saúde Mental	* Psicólogo (ou psiquiatra) * Terapeuta ocupacional * Assistente social
IV - Reabilitação	* Fisioterapeuta * Fonoaudiólogo * Terapeuta ocupacional * Assistente social

Quadro 2 - Modalidades de ação em saúde para compor as equipes de trabalho do NASF.

Fonte: Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (MS).

O NASF tornou-se uma extensão “aperfeiçoada” do PSF, sendo, também, uma proposta que destaca a abordagem do trabalho em equipe com ações preventivas de doenças e promoção da saúde (SILVA; DA ROS, 2007). Em outras palavras, a criação das modalidades de ação em saúde nos NASF, com a integração e interação de diversos profissionais, tem como objetivo a implantação de medidas preventivas de saúde, e não curativas, como acontecem nos ambientes hospitalares. Para tanto, a ideia da “boa alimentação”, da “prática de atividade física” e do “equilíbrio emocional”, por exemplo, são estratégias adotadas para o funcionamento do NASF.

No quadro acima, podemos observar que dentro da modalidade de 'Atividade Física' estão inseridos os instrutores de práticas corporais. Gostaríamos de destacar duas questões que nos chamaram a atenção com relação a isso, na Portaria nº 154 do Ministério da Saúde (MS), após a implantação do trabalho em equipe na atenção básica: quem seriam os instrutores de práticas corporais? E os profissionais de educação física? Para esclarecer esses questionamentos torna-se necessário um estudo mais detalhado acerca de termos e contextos relacionados às práticas corporais e a educação física, cujo objetivo do trabalho não é esse. Dessa forma, entendemos que os instrutores de práticas corporais representam os agentes comunitários devidamente treinados e capacitados por profissionais de educação física, que auxiliam na aplicação de programas de atividades físicas à comunidade. No entanto, não cabe nesse estudo questionar se essas medidas são ou não adequadas, mas podemos afirmar que contribuem para o agravamento da 'crise' de identidade da educação física, pois corrobora os apontamentos de Verenguer (2004). A autora ressalta que a intervenção profissional em educação física, que requer pouco embasamento teórico e alto domínio de habilidades práticas, permite que qualquer indivíduo, após um breve treinamento ou vivência, atue na área, sobretudo em contextos de prescrição de programas de atividade física, pois os estes são, quase, sempre padronizados, favorecendo a sua reprodução, mesmo por pessoas que não frequentaram um curso de formação na área.

De acordo com alguns estudos (COUTINHO, 2005; QUINT et al., 2005; MIRANDA; MELO; RAYDAN, 2007; WARSCHAUER et al., 2007; MORETTI et al., 2009), o papel do profissional de educação física na atenção primária em saúde "caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde" (WARSCHAUER et al., 2007, p.2) por meio do desenvolvimento de programas de atividades físicas.

Miranda, Melo e Raydan (2007) acrescentam que:

Os altos índices de sedentarismo, de obesidade e de doenças crônicas não transmissíveis são fatos que possibilitam ao Profissional de educação física uma grande oportunidade de atuar nos serviços de saúde pública. Promover saúde envolve a incorporação de objetivos das políticas e da ação social, cabendo, também, ao profissional de educação física, o papel de ator fundamental no fomento à integração dessas ações mediadoras para assegurar os meios necessários à criação de ambientes favoráveis, promovendo mudanças no estilo de vida (p.3).

Além disso, segundo Moretti et al. (2009), os profissionais de educação física, devem participar do direcionamento dessas propostas no trabalho em equipe na atenção básica a saúde, com ações de aconselhamentos e divulgação acerca dos benefícios da prática de atividades físicas na prevenção de doenças, na promoção da saúde e qualidade de vida e no monitoramento e avaliação dessas ações.

Com relação à atuação do profissional de educação física no trabalho em equipe nas iniciativas privadas - academias, clubes, clínicas médicas e também empresas (QUINT et al., 2007), podemos dizer que a característica da sua intervenção é distinta das políticas públicas em dois grandes aspectos: a) enfoque unicamente sobre o indivíduo e, não sobre a família ou comunidade; e b) medidas curativas, ao invés de preventivas. Nesse sentido, ocorre um:

[...] distanciamento entre o sistema público de Saúde, mais voltado para abordagem social, e o sistema privado mais voltado para a clínica e para a especialidade, como referimos anteriormente, dissociado de seu contexto social. De um lado, a preocupação com regulações que privilegiam níveis de atenção preventivos, em busca de um sistema de Saúde viável aos cofres públicos; de outro, o incentivo de programas ou convênios privados que oferecem altas tecnologias, privilegiando modelo curativo (OJEDA, 2004, p.144).

Além disso, também, temos que levar em consideração os apontamentos trazidos por Minelli, Soriano e Fávaro (2009). As autoras analisaram a atuação do profissional de educação física no trabalho em equipe em um dos contextos de trabalho privado - clínicas médicas. Um dos objetivos foi investigar qual era o papel desses profissionais na visão das profissões da saúde e na visão dos próprios profissionais. As respostas dos entrevistados, em ambos os grupos, foram muito semelhantes, associando esse profissional à área da saúde e à reabilitação de doenças, ou seja, remetendo as ações do profissional à recuperação de enfermidades ou lesões, ao contrário das políticas públicas, que visam,

basicamente, à prevenção e promoção da saúde. No entanto, não podemos afirmar que apenas essa associação, com o setor da saúde, reafirma a predominância de atividades curativas no contexto privado. Outros estudos se fazem necessários para averiguar esse predomínio de um modelo ou outro nos dois contextos.

Dessa forma, a partir dos apontamentos trazidos nesse item da revisão de literatura, percebemos que a integração do profissional de educação física em equipes de trabalho no contexto de saúde pública, tem se fortalecido, sobretudo após a implantação da Portaria 154, que legaliza e regulariza a sua inserção. Consequentemente, novos locais de atuação remetem a novas investigações de como vem se dando a intervenção profissional em educação física nesses contextos, pois a construção de identidade de uma profissão, assim como a aplicação de sua prática, tornam-se evidentes na interação com outros grupos profissionais.

3 ENCAMINHAMENTO METODOLÓGICO

Ao buscar ampliar o entendimento acerca do campo de conhecimento e intervenção profissional em educação física, torna-se imprescindível lançar mão de diferentes tipos de pesquisa. Sem entrar no mérito dos debates e contradições existentes acerca das abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa, gostaríamos de destacar, no presente estudo, a nossa opção pela pesquisa qualitativa, tendo em vista que nosso objetivo pautou-se em investigar como se estabeleciam as relações de trabalho entre os profissionais de educação física e demais grupos, tendo como intermédio nessa relação interprofissional o conhecimento formalizado.

Quando nos propusemos a investigar essa temática, constatamos, de acordo com a literatura, a complexidade das relações entre os diferentes grupos profissionais no que diz respeito à especificidade da intervenção, à cultura própria da formação profissional e o pertencimento a um determinado grupo (SORIANO, 2003). Além disso, outros elementos se mostraram obscuros do nosso ponto de vista: como os profissionais administravam os conflitos por meio do conhecimento formalizado, como se dava a subordinação à área dominante, como se evidenciavam as relações de poder entre eles, qual o grau de autonomia dentro do trabalho em equipe, entre outros. Para tanto, encontramos nas características da pesquisa qualitativa as justificativas do nosso estudo como apresentadas a seguir.

Para alcançarmos o objetivo proposto, a escolha pela pesquisa qualitativa residiu nas suas características para investigação, principalmente, pelo fato de se possibilitar a compreensão da singularidade e a contextualidade dos fatos e eventos, sendo o processo e os significados encontrados em campo, os elementos centrais desse tipo de pesquisa. Em outras palavras, a pesquisa qualitativa está relacionada com a ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos e os significados que não podem ser mensurados de forma experimental em termos de intensidade, frequência, volume e quantidade (MINAYO; SANCHES, 1993; PÁDUA, 1996; SERAPIONI, 2000; DENZIN; LINCOLN, 2006). A finalidade real da pesquisa qualitativa “não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão” (BAUER; GASKELL, 2002, p.68).

Além disso, a abordagem qualitativa mantém uma relação dinâmica entre o sujeito e o mundo real, permitindo analisar o contexto no qual as interações sociais acontecem a partir do ambiente natural de trabalho ou intervenção profissional. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa aplicada ao estudo em questão, possibilitou-nos obter informações acerca de como se estabeleciam as interações entre os diferentes profissionais inseridos em um trabalho em equipe no setor da saúde, mediante a presença do pesquisador no próprio contexto de investigação (MINAYO; SANCHES, 1993; BAUER; GASKELL, 2002; DUARTE, 2002).

Ademais, não tínhamos a intenção de controlar o ambiente (local onde aconteciam as interações entre os grupos) nem os indivíduos (profissionais) no seu *setting* natural de trabalho, mas sim apreender o maior número possível de informações acerca da realidade social investigada para tentarmos explicar alguns fatos decorrentes dessa interação entre diferentes profissões em um contexto específico: o setor da saúde. Em outras palavras, o campo onde ocorreu a coleta de dados não teve controle de variáveis, possibilitando que os sujeitos expressassem suas opiniões e ações livremente, como ocorre cotidianamente no trabalho em equipe.

A pesquisa do tipo descritiva deu-nos suporte necessário para alcançarmos as respostas para nossas indagações acerca de como se davam essas relações de trabalho estabelecidas entre as profissões atuantes no setor saúde, que segundo Freidson (1970), são representadas por profissionais médicos e não médicos. Esse tipo de pesquisa, por sua vez, tem o propósito de enfatizar e descrever as características de determinados acontecimentos, estabelecendo uma relação entre os aspectos envolvidos. Em outras palavras, a escolha pela pesquisa do tipo descritiva no presente estudo, se deu no momento em que objetivamos compreender as relações de trabalho entre diferentes grupos profissionais inseridos em um mesmo segmento de intervenção, buscando obter informações sobre uma situação, em particular, assim como entender as suas conexões com o contexto social (TRIVIÑOS, 1987; DENZIN; LINCOLN, 2006).

Nesse sentido, registramos, analisamos e classificamos as informações, sem, entretanto, interferir nos contextos investigados, pois dentro do recorte da abordagem qualitativa, a pesquisa do tipo descritiva apresenta características de identificação, relatos, comparação, entre outros. Por conseguinte,

ela nos possibilitou descrever, analisar, classificar e interpretar um fato a partir dos dados coletados.

3.1 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Buscando apreender o cenário de funcionamento de um trabalho em equipe no setor da saúde, assim como, as relações de trabalho entre diferentes áreas e o processo de comunicação, interação e negociação entre o profissional de educação física e os demais grupos profissionais, procuramos orientação nas indicações de André (1995) e Denzin e Lincoln (2005) para a condução do trabalho em campo. Como já apontado pela literatura, o setor da saúde sofre influência do modelo biomédico (FREIDSON, 1970; CAPRA, 1982; PEDUZZI, 2001), ou seja, as profissões no setor da saúde organizam suas tarefas profissionais dentro de uma divisão de trabalho hierárquica em torno da figura e conhecimento do médico. Nesse sentido, André (1995) e Denzin e Lincoln (2006) reforçaram a nossa proposta de investigar essas relações interprofissionais a partir da descrição de fatos e eventos existentes nesse determinado cenário, buscando compreender seus elementos constituintes e não predizê-los.

Diante do problema a ser investigado, selecionamos as técnicas para coleta de informações, isto é, o caminho a ser percorrido que julgamos mais adequado para a coleta e análise de dados, segundo levantamento na literatura com outros estudos que também abordaram o trabalho em equipe. A questão que se seguiu foi: quais deveriam ser os participantes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Nos estudos qualitativos, a questão “quantos?” nos parece de importância relativamente secundária em relação à questão “quem?”, embora, na prática, representem estratégias inseparáveis. Afinal, o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais não se encontra na quantidade final de seus elementos (o “N” dos epidemiologistas), mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles (FONTANELLA; RICAS; TURATO, p.20, 2008).

Dessa forma, a coleta de informações nesse tipo de pesquisa encerra-se a partir do momento em que os dados começam a ser redundantes ou repetidos. Ou seja,

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Outrossim, concordamos com Duarte (2002) quando afirma que em uma pesquisa qualitativa o número de sujeitos que farão parte de um estudo não pode ser determinado *a priori*, ou seja, antes da coleta dos dados. Aspectos como a qualidade das informações obtidas, o grau de recorrência e divergência dos dados e a consistência e densidade dos dados indicarão o momento de cessar ou continuar a coleta de informações.

A pesquisa qualitativa seleciona os contextos e os sujeitos para explicar situações particulares, ou seja, baseia-se em amostras intencionais (MINAYO; SANCHES, 1993; LAVILLE; DIONNE, 1999; DENZIN; LINCOLN, 2006), tendo em vista que o seu objetivo primordial não é a quantificação de informações, mas sim a compreensão de fatos singulares. Segundo Krejsler (2005), devemos tornar as nossas escolhas explícitas, por meio das quais, iremos observar determinados elementos referentes ao objeto de investigação, pois, assim, tornamo-nos mais cautelosos e conscientes acerca dos nossos próprios prejuízos e interesses, e mais críticos em relação ao que nos propusemos analisar. Segundo o autor, isso se refere a uma orientação epistemológica, ou seja, uma reflexão geral em torno do fenômeno, etapas e limites do conhecimento, principalmente, nas relações que se estabelecem entre o sujeito e o contexto.

Nesse sentido, para tentarmos mapear com mais detalhes como se estabeleciam as relações de trabalho entre os profissionais de educação física, médicos e demais categorias, tendo como intermédio nessa relação interprofissional o conhecimento formalizado, optamos pela escolha de equipes no setor da saúde, tanto no contexto privado como no contexto público, buscando obter, assim, uma

compreensão dos fenômenos em duas situações diferenciadas. Em outras palavras, a seleção das equipes deu-se de forma intencional, considerando aqueles que foram essenciais, segundo o ponto de vista do investigador (HAMMERSLEY; ATKISON, 1996; TRIVIÑOS, 1987). Vale ressaltar que, segundo os apontamentos de Abbott (1988), para se analisar a inter-relação entre os diferentes grupos profissionais em uma divisão do trabalho, esse procedimento deve ser feito a partir do próprio contexto de trabalho, reforçando, mais uma vez, as nossas escolhas até aqui.

A seleção das equipes se deu mediante a presença obrigatória dos profissionais de educação física e medicina, pois para analisarmos as relações de poder e subordinação estabelecidas entre as profissões atuantes no setor da saúde, devemos ter como referência a liderança no setor. Dessa forma, fizeram parte do presente estudo, vinte profissionais de saúde, sendo: sete profissionais de educação física, quatro médicos, três fisioterapeutas, dois enfermeiros, dois psicólogos e dois nutricionistas. Contamos com a participação de quatro equipes de trabalho, pertencentes à cidade de Londrina e região (Maringá, Cambé, Arapongas e Rolândia), sendo três delas pertencentes ao contexto privado (clínicas médicas) e um pertencente ao contexto público (NASF e ESF). No primeiro bloco da descrição, análise e discussões dos dados, apontamos informações mais detalhadas sobre os profissionais e contextos pesquisados.

3.2 PROCESSO DE OBTENÇÃO DAS INFORMAÇÕES: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

As fases de coleta e análise de dados qualitativos representam dois elementos que se retroalimentam constantemente (TRIVIÑOS, 1987). No entanto, para que esse processo de “ir” e “vir” das informações seja produtivo, no qual as ações são controladas pelo conhecimento do efeito de suas respostas, torna-se imprescindível que as técnicas para coletar e analisar as informações sejam adequadas ao problema em questão. No caso do presente estudo, e tendo por base as características da pesquisa qualitativa e as demais investigações referentes ao trabalho em equipe encontradas na literatura, optamos pela técnica de entrevista semiestruturada e pela análise de conteúdo para discussão dos dados.

3.2.1 Entrevista

Antes da elaboração de um roteiro de perguntas para investigar como se estabeleciam as relações de trabalho entre diferentes profissões inseridas em um trabalho em equipe no setor da saúde, encontramos nos apontamentos de Laville e Dionne (1999) e Denzin e Lincoln (2000) as orientações para a condução do nosso trabalho em campo. Segundo os autores, antes de iniciar uma coleta de dados na pesquisa qualitativa, seja por meio de entrevistas, questionários, ou registros de campo, devemos levar em consideração o maior número de informações possíveis sobre o contexto a ser investigado, pois este pode nos fornecer elementos prévios e enriquecedores para a elaboração do instrumento de pesquisa.

Nesse sentido, previamente à elaboração de um roteiro de perguntas para a entrevista, levamos em consideração alguns pontos norteadores com relação à temática investigada, atentando-nos para as informações encontradas na literatura, sobretudo com relação ao trabalho em equipe. Dessa forma, nos fundamentamos em três grandes temas para a preparação do roteiro de perguntas, que foram melhor descritos mais abaixo. Destacamos, portanto, algumas características desse instrumento de coleta de informações, nas quais nos baseamos para a realização dessa etapa.

De acordo com Bauer e Gaskell (2002), toda pesquisa qualitativa com entrevista é um processo social, uma interação ou um empreendimento cooperativo, em que as palavras são o principal meio de intercâmbio, ou seja, troca de ideias e de significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas. No entanto, a ação de “fazer perguntas” para se obter respostas em relação a algo que o pesquisador pretende investigar é uma tarefa muito mais complexa do que parece. As palavras emitidas ou escritas pelos investigados podem apresentar ambiguidades, mesmo quando o pesquisador elabora de forma cautelosa suas questões. Mesmo assim, as entrevistas representam uma das estratégias mais comuns e poderosas para tentar compreender os “sujeitos humanos” (DENZIN; LINCOLN, 2005; POUPART et al., 2008).

Para tentar minimizar as ambiguidades e superficialidades nas respostas emitidas pelos entrevistados, Bauer e Gaskell (2002) sugerem que o pesquisador deve despender um tempo considerável na elaboração do roteiro de

perguntas, baseando-se sempre em tópicos-guia, planejando as questões a serem realizadas em campo de uma maneira a atender os fins e objetivos da pesquisa. Nesse sentido, para não cometermos o equívoco de nos afastarmos dos propósitos da investigação, a elaboração dos temas norteadores do presente estudo, foi diretamente atrelada aos objetivos, inicialmente, propostos, e à literatura consultada.

Segundo Denzin e Lincoln (2005), a forma mais habitual de se realizar entrevistas envolve um intercâmbio verbal “face-to-face” (‘cara a cara’), podendo ser realizada de forma individual ou coletiva. Além disso, têm-se percebido que as entrevistas “face-to-face” não são apenas ‘ferramentas’ neutras e metódicas para coleta de dados, mas também representam interações dinâmicas entre duas ou mais pessoas na tentativa de apreender o maior número de informações acerca do fenômeno a ser investigado (DENZIN; LINCOLN, 2005).

Em nossa pesquisa optamos pela entrevista individual, pois de acordo com Bauer e Gaskell (2002), ela possui mais vantagens em relação à entrevista grupal, quando se trata, especificamente, do contexto do trabalho em equipe, pois será muito mais difícil recrutar todos, ou a maioria dos profissionais, para a realização de entrevistas ao mesmo tempo. Ou seja, como os profissionais atuantes nas equipes possuem funções e horários distintos em relação ao seu trabalho, encontraríamos dificuldades de reuni-los, ao mesmo tempo, em situações pré-determinadas.

Embora alguns estudos (POULTON; WEST, 1993; BORRILL et al., 2000; HANAFIN; COWLEY, 2003; DIELEMAN et al., 2004) utilizem questionários para analisar o trabalho em equipe, a entrevista oferece

[...] maior amplitude do que o questionário, quanto à sua organização: esta não estando mais irremediavelmente presa a um documento entregue a cada um dos interrogados, os entrevistadores permitem-se, muitas vezes, explicitar algumas questões no curso da entrevista, reformulá-las para atender às necessidades do entrevistado. Muitas vezes, eles mudam a ordem das perguntas em função das respostas obtidas, a fim de assegurar mais coerência em suas trocas com o interrogado (LAVILLE; DIONNE, 1999, p.187 e 188).

Com relação aos tipos de entrevistas existentes dentro da pesquisa qualitativa, temos: a) a entrevista estruturada (ou fechada), na qual as perguntas são pré-formuladas com uma ordem pré-estabelecida; b) a entrevista semiestruturada,

que embora delimite os temas a serem investigados, possibilita o esclarecimento de dúvidas, quando o pesquisador achar necessário; e c) a entrevista livre (ou aberta) em que o pesquisado discorre livremente sobre um assunto e emite suas opiniões próprias (TRIVIÑOS, 1987; LAVILLE; DIONNE, 1999; RICHARDSON, 1999). Este último autor, por sua vez, utiliza outras nomenclaturas para se referir a esses três modelos, sendo, respectivamente: entrevista dirigida, entrevista guiada e entrevista não diretiva.

Nossa opção recaiu sobre a entrevista semiestruturada, pois não tínhamos a intenção de “engessar” os assuntos durante a elaboração do roteiro de perguntas, pelo contrário, tivemos como objetivo apreender o maior número de informações referentes ao contexto analisado, baseando-nos em temas norteadores. Laville e Dionne (1999) destacam que esse tipo de entrevista deve ser conduzido a partir de um roteiro elaborado previamente, seguindo uma ordem pré-estabelecida, permitindo ao entrevistador acrescentar perguntas de esclarecimento quando necessário (LAVILLE; DIONNE, 1999). Triviños (1987, p.146) acrescenta que:

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo de pesquisa.

Nesse sentido, o roteiro de perguntas elaborado para o presente estudo foi determinado *a priori*, a partir das informações e reflexões que consideramos relevantes acerca da temática que nos propusemos a investigar. Além disso, organizamos as perguntas para a entrevista, levando em consideração a conexão que eles deveriam possuir com os objetivos iniciais do trabalho. Os temas norteadores da entrevista semiestruturada e os elementos a serem investigados dentro de cada um deles foram representados no quadro 3.

Temas Norteadores	Elementos a Serem Investigados
<p>Tema 1: Relações de trabalho estabelecidas entre o profissional de educação física e os diferentes grupos profissionais;</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Compreender de forma os pesquisados avaliavam o tipo de conhecimento utilizado pelo profissional de educação física durante sua intervenção; * Compreender como se davam as interações entre, especificamente, esse profissional e as demais áreas, tendo como intermédio nessa relação o conhecimento formalizado.
<p>Tema 2: Conhecimento formalizado como elemento de hierarquização entre os grupos profissionais: relações de poder e subordinação estabelecidas entre as profissões contíguas no setor da saúde;</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Compreender de que forma a medicina coordenava as tarefas profissionais no trabalho em equipe no setor da saúde; * Compreender qual era grau de autonomia exercido pelos diferentes profissionais.
<p>Tema 3: Divisão do trabalho no setor da saúde: como ela é construída, mantida, negociada e desafiada pela retórica, ação e tomada de decisão entre os profissionais da saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Compreender quais eram os principais aspectos para que as relações de trabalho entre diferentes profissões dessem certo; * Compreender de forma se dava o processo de tomada de decisão coletivo; * Compreender quais eram formas de comunicação utilizadas pelos profissionais durante o trabalho em equipe.

Quadro 3 - Pontos que nortearam a investigação dentro de cada tema.

Fonte: Do Autor, 2010.

A elaboração do roteiro de perguntas foi baseada em três grandes temas norteadores, sendo: a) *Tema 1:* Relações de trabalho estabelecidas entre o profissional de educação física e os diferentes grupos profissionais; *Tema 2:* Conhecimento formalizado como elemento de hierarquização entre os grupos profissionais: relação de poder e subordinação entre as profissões contíguas no setor da saúde; e *Tema 3:* Divisão do trabalho no setor da saúde: como ela é construída, mantida e desafiada pela retórica, ação e tomada de decisão entre os profissionais da saúde. Na sessão de descrição, análise e discussão dos dados salientamos, de forma mais detalhada, as informações obtidas a partir dos temas norteadores.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização das entrevistas, os dados foram rigorosamente organizados e transcritos para facilitar a descrição e análise das informações. Tomamos o cuidado ao transcrever as falas, pois, segundo André (1983), devemos levar em consideração os elementos verbais e não-verbais, mensagem intencionais e não-intencionais, implícitas e explícitas, alternativas ou complementares, que se fazem presentes durante a entrevista, em formas e expressões de dúvida, gaguez, pausas e entonações (BARDIN, 2004; GÜNTHER, 2006). Nesse sentido, percebemos que a característica dos dados qualitativos resultantes de entrevistas são quase sempre muito extensos e ricos em detalhes, pois engloba informações minuciosas, objetivas e subjetivas, em relação a um determinado assunto ou um determinado problema de pesquisa.

Uma técnica que tem sido muito utilizada no meio acadêmico para interpretar dados qualitativos, envolvendo procedimentos criteriosos para ordenar as informações, refere-se à análise de conteúdo (ANDRÉ, 1983; BARDIN, 2004; RICHARDSON, 1999). Esta, por sua vez, compreende uma análise detalhada e sistemática dos dados coletados, sejam provenientes de livros, jornais, televisão (imagens), músicas, interações humanas ou entrevistas transcritas (CUNHA, 1982; FREITAS; JÚNIOR; MOSCAROLA, 1997; BARDIN, 2004), procurando compreender os sentidos e significados com relação as mensagens emitidas.

Qualquer técnica, para coletar dados (questionário, entrevista, etnografia etc.), adquire “sua força e seu valor exclusivamente mediante o apoio de determinado referencial teórico. E, naturalmente, a análise de conteúdo não foge a este enunciado geral” (TRIVIÑOS, 1987, p.159). Assim, seguimos as orientações de Laurence Bardin²¹(2004) para conduzir nossas análises.

A análise de conteúdo aparece como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2004, p.37).

²¹ Segundo Triviños (1987), a obra verdadeiramente notável sobre a análise de conteúdo é a de Laurence Bardin, pois não aborda exclusivamente as suas técnicas, mas sua origem, princípios, conceitos, aplicações práticas.

No entanto, não nos ativemos apenas a essa definição para justificar nossa escolha por essa técnica para análise dos dados, pois tal conceito não é suficiente para explicar as suas particularidades e nem as suas etapas fundamentais de organização e categorização das informações. Richardson (1999) vai ao encontro das afirmações de Bardin (2004) e assevera que as características metodológicas da análise de conteúdo são: a) a objetividade; b) a sistematização; e c) a inferência. A primeira refere-se à descrição e explicitação das regras e procedimentos que serão utilizados para analisar as informações em todas as suas etapas. Ou seja, o pesquisador deve elucidar questões como: quais categorias serão utilizadas, quais os aspectos de diferenciação entre elas e quais critérios serão utilizados para registrar e codificar os dados. Esse processo tem um papel fundamental na análise de conteúdo para minimizar as subjetividades do pesquisador em relação ao que está sendo analisado e assegurar a validade das informações.

A sistematização das informações diz respeito “à inclusão ou exclusão do conteúdo ou categorias de um texto de acordo com regras consistentes e sistemáticas” (RICHARDSON, 1999, p.223). Todas as decisões tomadas nesse sentido devem ser justificadas pelo pesquisador. Embora a totalidade das informações seja reduzida a categorias de análise, esse processo é fundamental para ordenar os dados.

Por fim, a inferência, segundo o mesmo autor, “refere-se à operação pela qual se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (p.224). Bardin (2004) reporta que a inferência representa um processo intermediário entre a análise e a interpretação e que possibilita a passagem de uma etapa à outra. Questões como “o que conduziu a um determinado enunciado?” e “quais as consequências que determinado enunciado vai provavelmente provocar?” (BARDIN, 2004, p.34) exemplificam as causas e os efeitos oriundos das informações. No entanto, a inferência só será possível se o pesquisador dominar os conceitos teóricos básicos do fenômeno que se propôs a investigar, para então, alimentar o conteúdo das mensagens, ou seja, o pesquisador deve possuir amplo campo de clareza teórica.

Após a descrição das características metodológicas da análise de conteúdo, gostaríamos de salientar as três etapas cronológicas de análise das informações que serviram de suporte para o nosso estudo, segundo as indicações

de Bardin (2004): a) pré-análise; b) a exploração ou análise do material; e c) inferência e interpretação. A pré-análise referiu-se à fase de organização das informações com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as ideias. Nessa etapa, realizamos a leitura flutuante (ou superficial) das entrevistas transcritas, como sugerida pela autora, pois o contato primário com o material para se obter as primeiras impressões e orientações em relação ao *corpus* de investigação é extremamente importante.

Na fase seguinte (exploração ou análise do material), os dados que constituíram o *corpus* do nosso trabalho foram submetidos a um estudo aprofundado, tendo como orientação as hipóteses e os objetivos iniciais do estudo, e os referenciais teóricos. Nessa etapa, organizamos, sistematicamente, as decisões tomadas na etapa anterior, explorando, de forma exaustiva, os dados a serem analisados (BARDIN, 2004) para avançar para essa etapa. Nesse estágio, as informações foram quantificadas, codificadas e categorizadas, a fim de se obter assuntos coincidentes e divergentes, presentes e ausentes, e até mesmo ideias neutras (que não estão atreladas a uma teoria) nas falas dos entrevistados (TRIVIÑOS, 1987; BARDIN, 2004).

Segundo Triviños (1987), “os investigadores que só ficam no conteúdo manifesto dos documentos seguramente pertencem a linha positivista. As primeiras sistematizações do método tiveram claramente essa tendência” (p.162). Todavia, para evitar que dados fossem perdidos ou mal interpretados, comprometendo a validade das informações, recorreremos às recomendações de Bardin (2004) que sugere a utilização: a) das unidades de registro (palavras) e de contexto (temas); b) das regras de contagem – enumeração (frequência, presença e ausência); e c) das categorias, para classificar e agregar informações, como descrito anteriormente.

Estas categorias, por sua vez, podem ser definidas de três formas: a) *a priori* ou modelo fechado: as categorias são estabelecidas previamente, ou seja, antes da coleta dos dados; b) *a posteriori* ou modelo aberto: as categorias não são estipuladas no início, mas tomam forma no decorrer das análises; e c) modelo misto: as categorias se servem dos dois tipos anteriores; podem ser estabelecidas *a priori* ou *a posteriori*, permitindo que o pesquisador as modifique, caso necessário.

Finalmente, a terceira etapa consiste na operação intelectual, por meio da qual o pesquisador faz inferências, reflexões e interpretações acerca do

fenômeno investigado, tendo por base as análises prévias e a matriz teórica, com o objetivo de afirmar a verdade sobre uma proposição em decorrência de sua ligação com outras já existentes e, assim, assegurar validade e significância dos dados (BARDIN, 2004).

Temas Norteadores: <i>a priori</i>	Categorias: <i>a posteriori</i>
<p>Tema 1: Relações de trabalho estabelecidas entre o profissional de educação física e os diferentes grupos profissionais;</p>	<p>Categoria 1: Relevância do conhecimento da área da educação física para o trabalho em equipe no setor da saúde;</p> <p>Categoria 2: Interações interprofissionais entre a educação física e demais grupos;</p>
<p>Tema 2: Conhecimento formalizado como elemento de hierarquização entre os grupos profissionais: relação de poder e subordinação estabelecidos entre a categoria profissional dominante no setor da saúde e as profissões contíguas;</p>	<p>Categoria 3: Superioridade médica nas relações de trabalho entre as profissões secundárias no setor da saúde;</p> <p>Categoria 4: Intervenção profissional no trabalho em equipe: a questão da autonomia;</p>
<p>Tema 3: Divisão do trabalho no setor da saúde: como ela é construída, mantida, negociada e desafiada pela retórica, ação e tomada de decisão entre os profissionais da saúde.</p>	<p>Categoria 5: Aspectos relevantes para uma boa relação de trabalho entre diferentes grupos profissionais no setor da saúde;</p> <p>Categoria 6: Conexões entre: a) o processo de tomada de decisão e b) a negociação no cotidiano do trabalho em equipe;</p> <p>Categoria 7: Formas de comunicação entre os envolvidos no trabalho em equipe.</p>

Quadro 4 - Temas que nortearam a entrevista e as categorias que emergiram dentro de cada tema.

Fonte: Do Autor, 2010.

Ao investigarmos como se estabelecem as relações de trabalho entre os profissionais de educação física e demais grupos profissionais atuantes em um trabalho em equipe no setor da saúde, levamos em consideração a complexidade do contexto a ser investigado, como já apontado nos tópicos da revisão de literatura. Dessa forma, para não correremos o risco de perder e nem eliminar as informações coletadas, optamos pelas categorias estabelecidas *a posteriori*. Outrossim, conseguimos mapear e visualizar com mais detalhes como

tem sido tratado a temática sobre a hegemonia médica no setor da saúde, sem delimitar e “engessar” o caminho a ser seguido.

De acordo com os três grandes temas estabelecidos para o roteiro de entrevista semiestruturada, obtivemos um grande volume de dados que foram categorizados. Assim, dentro cada tema, observamos os elementos que apareceram com mais frequência, baseados na unidade de registro e unidade de contexto, e elaboramos as categorias correspondentes a esse grupo de dados. No quadro 4, ilustramos os temas que nortearam a entrevista e as categorias que emergiram dentro de cada tema, a partir da análise dos dados.

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A fim de organizar o grande volume de informações coletadas, estruturamos esse tópico em três blocos. No primeiro, apresentamos um conjunto de informações acerca das equipes pesquisadas, destacando os grupos profissionais que fizeram parte do nosso estudo e, os aspectos de sua formação profissional com relação ao tempo total de profissão e trajeto profissional dos participantes, no que se refere, especificamente, ao trabalho em equipe no setor da saúde. Além disso, fizemos uma breve colocação sobre as formas de intervenção das equipes, procurando destacar sobre qual modelo estavam sendo desenvolvidas as ações em saúde: preventivo ou curativo. No segundo, realizamos uma exposição sobre os conceitos e opiniões dos profissionais acerca do trabalho em equipe. Por fim, no terceiro bloco, destacamos a correlação entre os temas que nortearam a nossa pesquisa e as categorias que emergiram após a leitura cuidadosa dos dados, isto é, apresentamos a relação entre as informações obtidas e os apontamentos trazidos na revisão de literatura, tentando mapear como as relações de trabalho entre médicos, profissionais de educação física e demais áreas se estabeleciam no cotidiano profissional do trabalho em equipe, tendo como intermédio nessa relação interprofissional o conhecimento formalizado.

4.1 APRESENTAÇÃO

4.1.1 Profissionais pesquisados

Atendendo ao critério inicial do estudo, a escolha das equipes deu-se a partir da presença obrigatória do médico e do profissional de educação física. Para tanto, entramos em contato com algumas clínicas médicas e equipes de trabalho na cidade de Londrina e região (Cambé, Rolândia, Araçongas e Maringá), perguntando, inicialmente, se a prestação de serviços contava com um trabalho em equipe, ou seja, se havia a presença de diferentes profissionais da saúde, além do médico. Se a resposta fosse afirmativa, o próximo questionamento referia-se à presença ou ausência do profissional de educação física na equipe de trabalho. No caso de resposta positiva, pedíamos para entrar em contato com a pessoa

responsável pela equipe, com o intuito de enviar as informações referentes à nossa pesquisa, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido, convidando os profissionais a participarem da coleta de dados. No caso de concordância com a realização do nosso estudo, após a leitura das informações enviadas por e-mail, foi agendada uma conversa, pessoalmente, com os responsáveis pela equipe para que pudesse ser feita uma apresentação formal de ambas as partes: pesquisador e pesquisado (apenas o responsável pela equipe)²².

Após essas etapas de apresentação da pesquisa e aceite por parte dos profissionais, chegamos a quatro equipes de trabalho, como representado no quadro 5. 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 foi o adotado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Londrina (Apêndice B).

Com o intuito de preservar a identidade dos participantes do presente estudo, os sujeitos foram indicados no decorrer da apresentação, análise e discussão dos dados pelas três letras iniciais da denominação de cada grupo profissional, exceto na área da educação física, que por possuir um nome composto, consideramos a escolha das iniciais das duas palavras. Dessa forma, obtivemos: “EDF” para os profissionais da educação física; “MED” para os profissionais da medicina; “FIS” para os profissionais da fisioterapia; “PSI” para os profissionais da psicologia; “ENF” para os profissionais da enfermagem; e “NUT” para os profissionais da nutrição.

Nossa pesquisa contou com a participação de profissionais inseridos em quatro equipes de trabalho, sendo três delas pertencentes ao contexto privado, representado por três clínicas médicas, e uma dentro do contexto público, representado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), juntamente com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com relação à última, a escolha de profissionais inseridos na ESF foi intencional, devido a dois motivos: a) de acordo com o critério inicial da pesquisa, a presença do médico e do profissional de educação física eram indispensáveis para a inclusão da equipe, e o primeiro atuava

²² Vale ressaltar que nos deparamos com duas dificuldades na escolha das equipes de trabalho para iniciar a coleta dos dados: a) a maioria das clínicas médicas não atendia ao critério inicial da pesquisa, ou seja, não contava com a presença do profissional de educação física; e b) o médico responsável por uma das clínicas que possuía este requisito não aceitou participar do estudo.

na ESF; além disso, b) buscamos investigar se, realmente, existiam essas relações de trabalho entre os profissionais inseridos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde se encontravam os membros da ESF, e os profissionais do NASF, como propõem as diretrizes do último. Dessa forma, chegamos a um total de vinte profissionais entrevistados.

Equipes	Profissionais pesquisados nas equipes	Contexto	TOTAL
Equipe 1	1 médico (MED) 2 fisioterapeutas (FIS) 2 profissionais de educação física (EDF)	Privado (Clínica médica)	5
Equipe 2	1 médico (MED) 1 fisioterapeuta (FIS) 2 profissionais de educação física (EDF)	Privado (Clínica médica)	4
Equipe 3	1 médico (MED) 1 psicóloga (PSI) 1 nutricionista (NUT) 1 profissional de educação física (EDF)	Privado (Clínica médica)	4
Equipe 4	1 médico (MED) 2 enfermeiras (ENF) 1 psicóloga (PSI) 1 nutricionista (NUT) 2 profissionais de educação física (EDF)	Público (ESF/NASF)	7
TOTAL: 20			

Quadro 5 - Apresentação das equipes investigadas, número de profissionais e contexto de intervenção.

Fonte: Do autor, 2010.

Antes do início da entrevista, pedimos aos profissionais que preenchessem um formulário contendo questões acerca de sua formação profissional (Apêndice C), incluindo os seguintes aspectos: a) profissão; b) graduação: em qual instituição e ano de conclusão; c) especialização e/ou pós-graduação: em que área, instituição e ano de conclusão; e d) tempo de profissão.

Para melhor visualização, dividimos essas informações em duas figuras: a primeira (Quadro 6) contém os dados referentes à graduação dos profissionais, ano e instituição de conclusão do curso e tempo de profissão; e a segunda (Quadro 7) contém informações referentes à especialização e/ou pós-graduação, ano e local de conclusão. Para preservar, novamente, a identidade dos sujeitos, optamos pela descrição das universidades utilizando uma abreviação, da

seguinte forma: “PUB” para os profissionais formados em universidades estaduais e federais e “PRI” para os profissionais formados em universidades particulares.

	PROFISSÃO - PROFISSIONAIS	UNIVERSIDADE	ANO DE CONCLUSÃO	TEMPO DE PROFISSÃO (anos)
EQUIPE 1	Medicina - MED	PUB	1999	10 anos
	Educação física - EDF	PUB	2005	5 anos
	Educação física - EDF	PUB	1998	<u>12 anos</u>
	Fisioterapia – FIS	PRI	2006	4 anos
	Fisioterapia - FIS	PRI	2008	<u>1 ano</u>
EQUIPE 2	Medicina – MED	PUB	1968	<u>40 anos</u>
	Fisioterapia - FIS	PRI	2005	5 anos
	Educação física - EDF	PUB	2008	<u>1 ano</u>
	Educação física - EDF	PRI	2004	6 anos
EQUIPE 3	Medicina - MED	PUB	2002	8 anos
	Nutrição - NUT	PRI	2000	10 anos
	Educação física - EDF	PUB	1997	<u>13 anos</u>
	Psicologia - PSI	PUB	2005	<u>5 anos</u>
EQUIPE 4	Medicina - MED	PUB	2002	7 anos
	Nutrição - NUT	PRI	1997	13 anos
	Enfermagem - ENF	PUB	2005	4 anos
	Enfermagem - ENF	PUB	2006	3 anos
	Educação física - EDF	PUB	1996	<u>14 anos</u>
	Educação física - EDF	PRI	2008	<u>2 anos</u>
	Psicologia - PSI	PRI	2005	5 anos

Quadro 6 - Local onde os profissionais realizaram a graduação, ano de conclusão do curso e o tempo de profissão.

Fonte: Do Autor, 2010.

No item ‘tempo de profissão’ na figura acima, sublinhamos dois dados em cada equipe, procurando destacar os profissionais com maior e menor tempo de atuação no mercado de trabalho. Na equipe 1, constatamos que o profissional de educação física possuía o maior tempo de atuação e o profissional da

fisioterapia o menor tempo. Na equipe 2, verificamos que o profissional da medicina possuía trinta e nove anos a mais de tempo de profissão do que o profissional de educação física, com apenas um ano. Na equipe 3, novamente o profissional de educação física apresentou o maior tempo de intervenção desde a graduação, sendo treze anos, e o profissional da psicologia o menor tempo, com três anos de atuação. Neste caso, o último, reportou que embora tivesse cinco anos de formado, o exercício da profissão deu-se apenas nos últimos três anos. E por fim, na equipe 4, os dois profissionais de educação física entrevistados representaram os profissionais com maior e menor tempo de atuação no mercado de trabalho, sendo catorze e dois anos, respectivamente.

Identificamos no item 'universidade' (Quadro 6), que a maioria dos profissionais entrevistados realizou o curso de graduação em instituições públicas. Ou seja, dos vinte profissionais pesquisados, doze concluíram a faculdade em universidades públicas (PUB) e oito concluíram a graduação em universidades privadas (PRI).

No quadro 7, destacamos as informações relacionadas à formação profissional dos entrevistados após a conclusão do curso de graduação, buscando identificar o número de profissionais que possuía especialização e/ou pós-graduação. Vale ressaltar que utilizamos as mesmas abreviações que na figura anterior para caracterizar as instituições públicas (PUB) e privadas (PRI), tanto na especialização como na pós-graduação. No item 'universidade: especialização' sinalizamos com um "X" e com a palavra "sim" a inexistência e a presença de uma especialização, respectivamente; e no item 'universidade: pós-graduação', seguimos o mesmo critério para caracterizar a ausência de pós-graduação ("X") e apenas acrescentamos as palavras "mestrado" e "doutorado" para destacar a existência da titulação.

Nesse caso, vemos que grande parte dos profissionais fez especialização após o término da graduação, totalizando quinze profissionais. Destes, nove realizaram a especialização em instituições privadas e cinco em instituições públicas. Para totalizar os quinze profissionais, dois deles fizeram duas especializações cada: o médico da equipe 3 e a nutricionista da equipe 4. No entanto, o primeiro não mencionou os locais, impossibilitando apontar em qual contexto elas foram realizadas. Já a nutricionista fez uma especialização em universidade pública e outra em uma universidade privada.

	Profissionais	UNIVERSIDADE: especialização	ANO DE CONCLUSÃO	UNIVERSIDADE: pós-graduação	ANO DE CONCLUSÃO
EQUIPE 1	MED	Sim / Não falou	Não falou	Mestrado / PUB	2010
	EDF	X	X	Mestrado / PUB	2011
	EDF	X	X	Doutorado / PUB	2005
	FIS	Sim / PRI	2009	X	X
	FIS	Sim / PRI	2011	X	X
EQUIPE 2	MED	Sim (2) / X	1971/2009	X	X
	FIS	Sim / PRI	2007	X	X
	EDF	X	X	X	X
	EDF	Sim / PRI	2007	X	X
EQUIPE 3	MED	Sim / PUB	2005	Mestrado / PUB	2011
	NUT	X	X	X	X
	EDF	Sim / PRI	2004	X	X
	PSI	Sim / PRI	2011	Mestrado / PUB	2008
EQUIPE 4	MED	X	X	X	X
	NUT	Sim (2) / PRI-PUB	Não falou	X	X
	ENF	Sim / PRI	2008	X	X
	ENF	Sim / PRI	2010	X	X
	EDF	Sim / PUB	1998	X	X
	EDF	Sim / PUB	Não falou	X	X
	PSI	Sim / PRI	2007	X	X
Total de profissionais com especialização: 15					

Quadro 7 - Local onde os profissionais realizaram especialização e/ou pós-graduação e ano de conclusão do curso.

Fonte: Do Autor, 2010.

Com relação à pós-graduação, identificamos três situações: a) um mestrado concluído em 2008, representado pela profissional de psicologia (equipe 3); três profissionais com mestrado em andamento: um profissional de educação física com conclusão em 2011 (equipe 1) e dois médicos, com conclusão em 2010 (equipe 1) e 2011 (equipe 3); e doutorado concluído, representado por um profissional de educação física (equipe 1), no ano de 2005.

Em síntese, podemos inferir que a maioria dos profissionais atuantes no trabalho em equipe apresentou uma preocupação com o aprimoramento intelectual e/ou técnico para desempenhar suas tarefas durante a intervenção profissional, sobretudo em um trabalho em equipe. A busca pela realização de especializações pode ser explicada por dois aspectos: a) a complexidade dos fenômenos sociais, além de favorecer a união de diversas profissões, tem incitado os profissionais a buscarem conhecimentos especializados para rebater de forma mais eficaz os problemas da sociedade moderna (SCHEIN; KOMMERS, 1972); e b) uma das exigências fundamentais para ingressar no mercado de trabalho tem sido a presença de titulações, simbolizando a relação: quanto maior a base de conhecimento, mais chances de valorização e reconhecimento dentro de uma divisão de trabalho, especialmente, no setor da saúde (FREIDSON, 1970; BOSI, 1996).

Por fim, dentro do primeiro bloco de perguntas da entrevista, perguntamos aos profissionais há quanto tempo eles atuavam no trabalho em equipe no setor da saúde, buscando identificar o trajeto profissional de cada um nesse tipo de trabalho. O quadro 8 mostra os dados obtidos.

Analisando todos profissionais investigados de forma relativa, na equipe 4, encontramos um profissional com treze anos de intervenção no trabalho em equipe, e detectamos que um dos profissionais da área da fisioterapia na equipe 1, estava inserido no trabalho em equipe há apenas 1 mês. A equipe que apresentou a maior quantidade de profissionais atuantes nesse tipo de trabalho foi a número 3, obtendo a média de seis anos e três meses. Ao contrário, a equipe 1 obteve média de um ano e três meses. A média final dos grupos foi dois anos e nove meses.

Equipes	Profissionais pesquisados	Tempo de atuação no trabalho em equipe	Média (anos)
Equipe 1	MED	1 ano	1 ano e 3 meses
	EDF	6 meses	
	EDF	9 meses	
	FIS	1 mês	
	FIS	4 anos	
Equipe 2	MED	4 anos	2 anos e 8 meses
	FIS	3 anos	
	EDF	3 anos	
	EDF	1 anos	
Equipe 3	MED	8 anos	6 anos e 3 meses
	NUT	5 anos	
	EDF	10 anos	
	PSI	2 anos	
Equipe 4	MED	7 anos	4 anos e 3 meses
	NUT	13 anos	
	ENF	2 anos	
	ENF	3 anos	
	EDF	1 ano	
	EDF	2 anos	
	PSI	2 anos	
MÉDIA TOTAL: 2 anos e 9 meses			

Quadro 8 - Tempo relativo de atuação de cada profissional dentro do trabalho em equipe no setor da saúde. Apresentação das médias relativas à cada equipe e a média total.

Fonte: Do Autor, 2010.

Após a apresentação dos profissionais pesquisados, destacamos a seguir, apontamentos sobre a forma de intervenção adotada pelas equipes, no que se refere, especificamente, à resolução de problemas de saúde.

4.1.2 Trabalho em equipe: forma de intervenção sobre os problemas de saúde

Nossa intenção nesse subtópico foi apenas verificar sobre qual modelo estavam sendo desenvolvidas as ações em saúde nos dois contextos investigados: curativo ou preventivo. Em nenhum momento, no presente estudo, traçamos o objetivo de avaliar qual deles era mais efetivo nas atividades em saúde. No entanto, sabemos que a característica da intervenção baseada no modelo curativo, tem como atuação principal, a categoria médica.

Com relação as equipes inseridas no contexto privado, constatamos que, embora existisse um grande empenho por parte dos profissionais para enfatizar a importância da instauração de ações preventivas no setor da saúde, eles afirmaram que as intervenções baseadas no modelo da medicina curativa ainda se mostravam mais presentes. Segundo o ponto de vista de um dos profissionais, esse predomínio pode ser explicado por meio de um problema cultural. Ou seja, a centralização das ações em saúde nas mãos dos médicos, pode ser justificada pela falta de iniciativa dos indivíduos em tentar modificar comportamentos que possam influenciar negativamente suas condições de saúde, conscientizando-se da importância de cuidar desse aspecto desde cedo:

- “[...] é o problema cultural do ser humano, tá? Algumas coisas são necessárias a pessoa aprender desde criança [...] comer certo, exercitar [...]. Atualmente, é o seguinte: durante 50 anos a pessoa faz uso e abuso de sua saúde, de seu corpo, de sua nutrição. Quando chega (aos) 50 anos, quando vê que tá tudo quebrado, aí começa a consertar. E muitas vezes, não digo tarde, mas deveria ter começado muito mais antes” (MED – PRI).

Por se tratar de um problema cultural, esse mesmo profissional acrescentou que:

- “Eu vejo que a medicina preventiva quase que resolve 90% da saúde humana, certo? [...] a medicina preventiva é algo de educação [...] na verdade, saúde não deve estar no Ministério da Saúde, deve estar no Ministério da Educação” (MED – PRI).

Nesse sentido, a partir dessa afirmação, identificamos, novamente, que a tarefa de prevenção de doenças, também, foi uma responsabilidade atribuída e assumida pelo próprio médico, pois segundo o pesquisado, as ações em saúde baseadas na medicina preventiva, resolveriam 90% dos problemas de enfermidades. Embora ele não tenha mencionado a importância das demais profissões inseridas nesse setor que, da mesma forma, estão direta (ou indiretamente) vinculadas ao processo de prevenção de doenças, podemos inferir que os 10% restantes caberiam aos demais profissionais da saúde, reforçando a ideia de que as profissões secundárias auxiliam, mas não substituem a tarefa dos médicos.

Em outras palavras, encontramos duas situações distintas que convergiram na forma de resolução dos problemas de saúde, reforçando o

sentimento hegemônico de predomínio da medicina nesse setor, sobretudo, com relação às profissões inseridas no trabalho em equipe: a) quando os indivíduos procuram auxílio de profissionais da saúde, após detectarem sintomas de alguma enfermidade, os profissionais médicos são responsáveis pelo diagnóstico e tratamento da doença; e b) quando os indivíduos têm a intenção de realizar ações preventivas para evitar a instauração de alguma doença, são os médicos que devem fornecer e orientar essas ações a serem adotadas pelos pacientes, ficando em segundo plano, as orientações das demais profissões.

Com relação à equipe inserida no contexto público (NASF), ainda que as propostas do Ministério da Saúde (MS) tenham sido de combater e prevenir as doenças crônicas em grande parte da população, principalmente, com a inserção de novos profissionais de saúde nas equipes de trabalho, a grande demanda de atendimento a pacientes doentes ainda tem prevalecido. Isto é, as ações em saúde desenvolvidas nos postos de saúde, também, possuíram características dentro do modelo curativo:

- “[...] a demanda é muito alta [...] principalmente, quando você vai pensar num trabalho de prevenção e promoção de saúde, as vezes você fica meio preso na demanda que vai vir, de pessoas com doenças já instaladas, né? Então a gente tenta trabalhar na via contrária, o que gera muita resistência porque o resultado é muito a longo prazo” (PSI – PUB).

Logo, identificamos que tanto no contexto privado como no contexto público, a predominância do modelo curativo ainda se mostra mais forte, reforçando a centralização das tarefas nas mãos dos médicos, responsáveis pela indicação de tratamento, bem como a prescrição de medicamentos.

4.2 CONCEITOS E OPINIÕES

Visando compreender o ponto de vista dos profissionais acerca do tipo de trabalho no qual estavam inseridos, de maneira geral, a primeira parte da entrevista (Apêndice A) continha perguntas relacionadas: a) ao conceito que os profissionais possuíam de trabalho em equipe, e b) opiniões sobre as vantagens e desvantagens desse tipo de trabalho.

Em síntese, o conceito sobre o trabalho em equipe mencionado pelos profissionais, apresentou, basicamente, as mesmas ideias. Destacamos dois depoimentos para exemplificar essa proximidade de elementos nas definições:

- “[...] tem que ter um tratamento completo, tanto a parte psicológica, parte física, avaliação médica, né? E o nosso objetivo sempre é o tratamento completo do paciente. Passou pelo médico a gente vai tentar tratar [...] todos os problemas do paciente com toda nossa equipe” (FIS – PRI).

- “[...] são várias áreas, vários profissionais atuando junto a esse paciente [...] tentando levar pra ele as informações pertinentes às necessidades dele, tanto no aspecto físico, social, psicológico, da saúde, enfim, nesses aspectos” (EDF – PRI).

Segundo Peduzzi (2001) e Araújo e Rocha (2007), o trabalho em equipe no setor da saúde tem como objetivo obter impactos sobre os diferentes fatores que influenciam no processo saúde-doença dos indivíduos. Eles acrescentam que a visão integral dos indivíduos é facilitada pela soma de olhares dos diferentes profissionais que compõem um trabalho em equipe. Nesse sentido, as respostas dos profissionais foram ao encontro das colocações feitas pelos autores.

Com relação as vantagens do trabalho em equipe, os profissionais salientaram que a integração de diferentes profissões pode facilitar a resolução de problemas, beneficiando os pacientes/clientes/usuários. A troca de informações e experiências, a resolução de problemas em conjunto, o aprendizado de novos conhecimentos nas relações entre diferentes áreas e a soma de pontos de vista sobre um determinado problema, foram mencionados como vantagens do trabalho em equipe. Esses elementos são reforçados por Abramson e Mizrahi (1996).

- “[...] opiniões diferentes, planejamento é mais rico, as soluções vêm de forma mais rápida, complemento do apoio das outras áreas. As trocas de experiências entre os profissionais eu acho que também agrega bastante ao trabalho e favorece resultados, né, mais satisfatórios” (PSI – PRI).

- “Bom, a vantagem realmente é que o paciente se beneficia muito com isso, trabalho em conjunto, né? (MED – PRI)

As desvantagens do trabalho em equipe apontadas pelos profissionais foram:

- “Se a equipe se comunica muito bem, se todo mundo sabe até onde ir, se tem as coisas bem delimitadas, eu acho que dificilmente teria desvantagem” (EDF – PRI).

- “O trabalho em equipe é difícil, a comunicação é difícil, sempre tem conflitos, né? Eu acho que envolve as questões de relacionamento interpessoal mesmo que só seca o trabalho de certa forma, porque uma equipe que, às vezes, não se comunica bem, né, ou que não consegue se organizar em termos de tempo, de tarefa, de planejamento, acaba trazendo problemas pro trabalho também. A comunicação acho que é o principal” (PSI – PRI).

Os relatos dos profissionais, também, vão ao encontro dos apontamentos de Peduzzi (2001) e Abramson e Mizrahi (1996), mencionando, basicamente, que a falta de comunicação entre todos os membros da equipe, os conflitos existentes por conta da divergência de opiniões e formações profissionais e o desrespeito em relação às diferentes profissões, são os principais aspectos que afetam negativamente o trabalho do grupo.

4.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS: CORRELAÇÃO ENTRE OS TEMAS E CATEGORIAS

Nesse último bloco destacamos a correlação entre: a) os temas que nortearam a nossa pesquisa e b) as categorias que emergiram após a quantificação e codificação das informações. A fim de encontrar assuntos coincidentes e divergentes, presentes e ausentes, e até mesmo ideias neutras, as categorias foram determinadas *a posteriori*, pois não tínhamos a intenção de “engessar” o caminho a ser seguido e, conseqüentemente, correr o risco de perder e eliminar dados importantes que poderiam surgir no decorrer da coleta de dados. Isto é, como nos baseamos nas características da entrevista semiestruturada, nos momentos oportunos, acrescentamos perguntas de esclarecimento e questionamentos adicionais a partir da fala dos entrevistados. Logo, as correlações entre os temas e as categorias apresentadas originaram-se da leitura criteriosa dos dados e representam a conexão entre a nossa matriz teórica e as informações obtidas em campo.

Visando facilitar o entendimento da análise e discussão dos dados, ilustramos na figura 2, como se deu a correlação entre os temas e categorias. As flechas indicam que cada tema foi relacionado com suas respectivas categorias,

sendo: Tema 1 *‘Relações de trabalho estabelecidas entre o profissional de educação física e os diferentes grupos profissionais’* correlacionado com duas categorias: a) relevância do conhecimento da área da educação física para o trabalho em equipe no setor da saúde e b) interações interprofissionais entre a educação física e demais grupos; Tema 2 *‘Conhecimento formalizado como elemento de hierarquização entre os grupos profissionais: relação de poder e subordinação estabelecida entre a categoria profissional dominante no setor da saúde e as profissões contíguas’* correlacionado, também, com duas categorias: a) superioridade médica nas relações de trabalho entre as profissões secundárias no setor da saúde e b) intervenção profissional no trabalho em equipe: a questão da autonomia; e por fim, Tema 3: *‘Divisão do trabalho no setor da saúde: como ela é construída, mantida, negociada e desafiada pela retórica, ação e tomada de decisão entre os profissionais da saúde’* correlacionado com três categorias: a) aspectos relevantes para uma boa relação de trabalho entre diferentes grupos profissionais no setor da saúde, b) conexão entre o processo de tomada de decisão e negociação e c) formas de comunicação entre os envolvidos.

Gostaríamos de ressaltar que, nesse bloco, optamos pela análise e discussão dos dados (correlação de temas e categorias) sem diferenciar o contexto público e privado, pois entendemos que o trabalho em equipe, embora tenha políticas de funcionamento e questões administrativas distintas nessas duas situações, possui o mesmo propósito de intervenção. Ou seja, a união de vários profissionais dentro de uma equipe de trabalho, no contexto público ou privado, objetiva a resolução de problemas complexos de saúde baseada na interação entre diferentes áreas de conhecimento. Por conseguinte, consideramos que os objetivos do trabalho e as opiniões sobre os temas investigados são comuns aos dois contextos pesquisados.

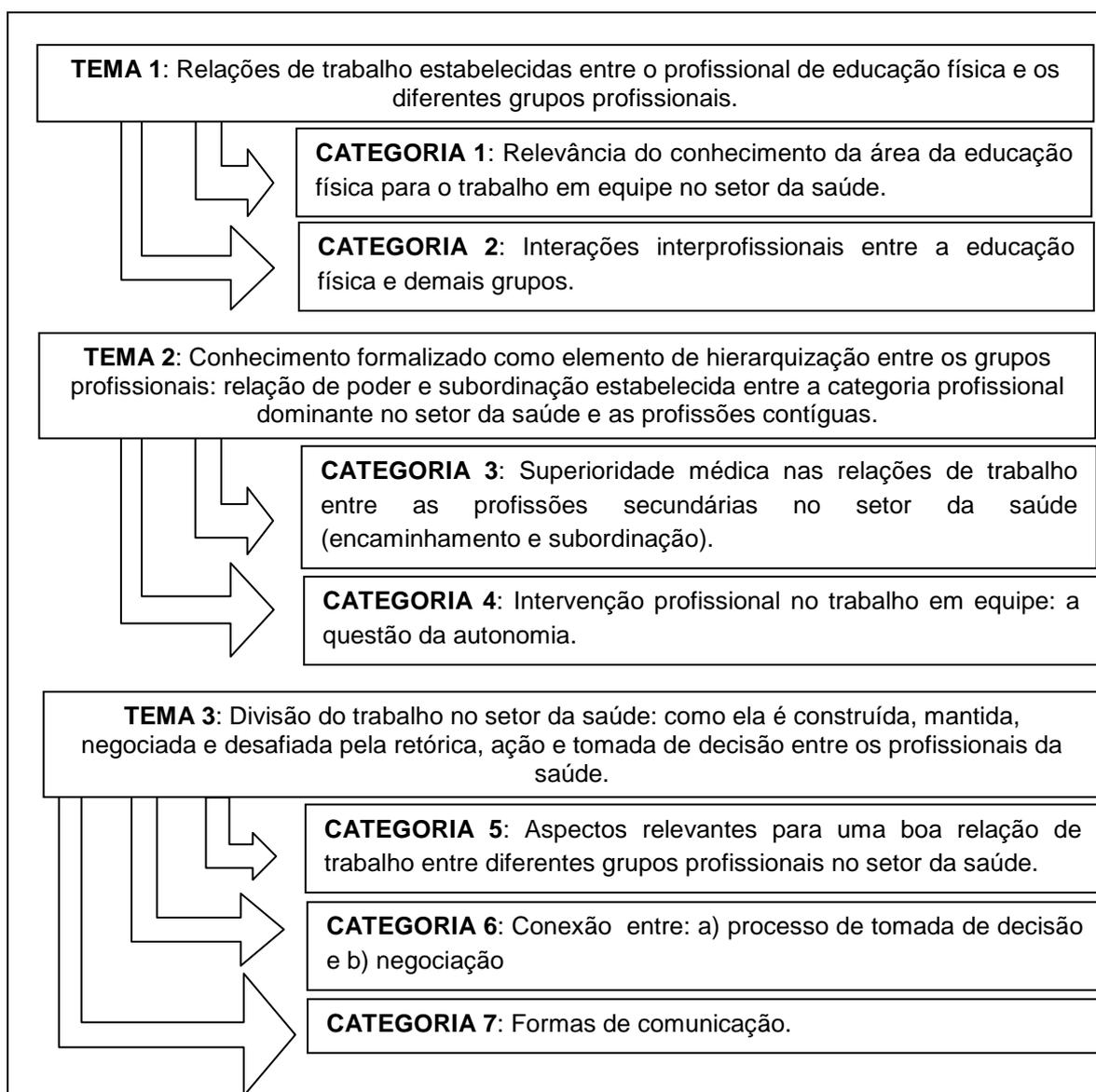


Figura 2 - Temas e Categorias correlacionados.
Fonte: Do Autor, 2010.

Entretanto, quando necessário, fizemos alguns apontamentos diferenciados em relação às equipes inseridas nos dois contextos, pois os locais de intervenção do profissional educação física eram diferentes, e isso implicou em estratégias de atuação e organização do grupo, também, distintos. Essas diferenças, por sua vez, estavam, especialmente, relacionadas: a) ao espaço onde eram realizadas as atividades e b) à população atendida. No contexto privado, percebemos que os indivíduos que procuravam as clínicas eram atendidos de forma individual, dentro de salas, academias ou locais reservados. Já no contexto público, entendemos que os profissionais de educação física desenvolviam suas atividades com grupos de pessoas em praças públicas, com as chamadas academias para

terceira idade ou academias ao ar livre (ATI)²³, intervindo com diferentes populações: hipertensos, diabéticos e gestantes.

4.3.1 Correlações do TEMA 1

Ao elaborarmos o roteiro de perguntas da entrevista semiestruturada, destinamos um dos temas para tratar assuntos, exclusivamente, concernentes à educação física. Dessa forma, as correlações do Tema 1 com as categorias 1 e 2, referiram-se às questões específicas dessa área.

4.3.1.1 Tema 1 – Categoria 1

TEMA 1: Relações de trabalho estabelecidas entre o profissional de educação física e os diferentes grupos profissionais

CATEGORIA 1: Relevância do conhecimento da área da educação física para o trabalho em equipe no setor da saúde

Na correlação “Tema 1 – Categoria 1” apontamos qual a relevância atribuída ao conhecimento advindo da área da educação física, procurando destacar quais as suas principais contribuições para o trabalho em equipe no setor da saúde. Além disso, procuramos entender qual a importância que o profissional de educação física atribuía à sua própria área de conhecimento e intervenção. Alguns autores nos deram suporte para essa discussão, sendo Morford (1972); Abbott (1988); Bosi (1996); Freidson (1998; 2001); Evetts (2010) os pesquisadores que contribuíram com estudos embasados na Sociologia das Profissões e, Lima (1994), Verenguer (1997) e Soriano (2009) com colaborações específicas da área da educação física.

A maioria das respostas obtidas pelos profissionais, acerca da importância do conhecimento advindo da área da educação física para o trabalho em equipe, apontou que a presença dos profissionais de educação física era

²³ Esse tipo de academia, implantado, em praças públicas, foi originado na China, por volta do ano 2000. Seu principal objetivo é fazer com que as pessoas realizem atividade física, usando o peso do próprio corpo para a realização do movimento. No Brasil, a cidade pioneira na implantação desse programa foi Maringá, em 2006. Entretanto, os nomes atribuídos a essas academias são diferenciados de acordo com a região. Por exemplo, em Maringá elas são chamadas de academias da terceira idade; e em Londrina, academias ao ar livre; em Joinville academia da melhor idade (<http://www.odiarario.com/odiarario/noticia/218466>).

bastante importante, pois eles possuíam conhecimentos acerca dos exercícios físicos, formas de execução dos movimentos e testes motores, auxiliando tanto no trabalho de reabilitação de pacientes como potencializando o treinamento das capacidades físicas dos indivíduos:

- “[...] a questão de indicação de atividade física, exercícios físicos, testes físicos” (FIS – PRI).

- “[...] porque todos os atletas eles chegam e eles não fazem um trabalho comigo, ele chegam direto pra área da educação física, onde eles vão fazer a preparação física deles, né, onde eles vão tentar uma melhor performance (FIS – PRI).

- “[...] eu posso até ter alguns princípios em relação a que tipo de exercício fazer, até entendo a questão da frequência [...] mas a execução, não entendo quase nada [...] eu mesmo, se eu for fazer exercício, eu não sei. Existem outras coisas de como executar o movimento, entendeu, num aparelho, como tá a postura e tal” (MED – PRI).

- “[...] a parte física, realmente, é com o profissional, né?” (NUT – PUB).

- “Todos os estudos científicos falam que a mudança de comportamento mais importante pra uma boa saúde é a prática regular da atividade física” (NUT – PRI).

De uma maneira geral, percebemos que os profissionais não souberam precisar quais eram os conhecimentos específicos da área da educação física. Alguns justificaram que a falta de conhecimento sobre a área de intervenção e papel desempenhado pelas diferentes profissões atuantes no setor da saúde, impediam-lhes de apontar mais contribuições sobre o profissional de educação física dentro do trabalho em equipe. Um deles destacou que a sua ideia inicial sobre a atuação do profissional de educação física, estava sempre voltada para academias de ginástica. Com a integração desse profissional ao trabalho em equipe no setor da saúde, essa visão mudou:

- “[...] eu me surpreendi muito quanto o profissional de educação física consegue contribuir com prevenção também, eu não esperava isso [...] eu achei muito bonito. Eu sempre via assim, porque meu irmão é formado em educação física, então eu sempre via muito o discurso de academia, de personal, né, de musculação, e tal, era mais o que eu vivia dentro de casa” (PSI – PUB).

- “[...] eu não sei exatamente o que vocês também podem estar fazendo além do que eu sei, né, as vezes vocês podem trazer pra gente muito mais do orientação com relação a exercício físico, né? Acho que é mais ou menos isso, eu não sei o que mais, o que o profissional de educação física pode tá trazendo pra gente também, as vezes é muito mais que isso, né?” (ENF – PUB).

- “[...] a nossa dificuldade é essa, de não saber o que o outro faz” (PSI - PRI).

- “[...] eu acho que talvez a gente não conheça tão bem a área da educação física [...] porque eu sei exatamente o que perguntar para a enfermeira. Para o profissional de educação física eu não sei exatamente. Talvez isso seja difícil mesmo [...] porque com a enfermeira é fácil, com a psicóloga (também) e com o profissional de educação física talvez eu não saiba perguntar, então ele não sabe me responder. Ai um viaja pra um lado, outro viaja pro outro e eu não tenho a resposta” (PSI – PRI).

Nesse sentido, os relatos acima corroboram as informações encontradas no artigo de Minelli, Soriano e Fávoro (2009). Segundo as autoras, os membros da equipe multiprofissional pesquisada, também, não souberam especificar quais as funções atribuídas ao profissional de educação física e reportaram que estes estavam atrelados à área da saúde. Essa associação com à área da saúde 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” (MINELLI; SORIANO; FÁVARO, 2009, p.44).

Reese e Sontag (2001) ressaltam que a falta de conhecimento sobre a *expertise* do colega da equipe, pertencente à outra área de intervenção, pode influenciar de forma negativa as interações profissionais. Outrossim, Saar e Trevizan (2007) realizaram um estudo com trinta e nove profissionais de saúde, entre eles, um nutricionista, dezessete médicos, dois enfermeiros, quatro farmacêuticos, dois psicólogos, três fisioterapeutas e dez dentistas, buscando investigar a visão que os profissionais de uma equipe de saúde tinham a respeito do papel desempenhado por seus companheiros de equipe. Os resultados apontaram que, com exceção dos médicos, enfermeiros e farmacêuticos, as demais funções profissionais não foram claramente identificadas, ou seja, os membros da equipe tinham pouco conhecimento a respeito da tarefa profissional desempenhada por outros grupos. No

entanto, por mais que a área da educação física não tenha feito parte desse estudo, a falta de compreensão sobre o papel das profissões secundárias no setor da saúde, como a fisioterapia, psicologia e nutrição, condiz com a área da educação física, pois encontram-se em posições hierárquicas semelhantes dentro da divisão do trabalho no setor (BOSI, 1996).

No presente estudo, portanto, os membros da equipe reconheceram a relevância da presença do profissional de educação física dentro de um trabalho em equipe no setor da saúde, associando o conhecimento dessa área com a prescrição de exercícios físicos. Porém, eles não expuseram de forma clara as contribuições específicas com relação a essa área de intervenção. Um dos profissionais, entretanto, aproximou-se de uma resposta mais precisa com relação à importância do profissional de educação física dentro do trabalho em equipe:

- “[...] a gente que lida com doentes crônicos [...] precisa de um profissional que entenda certinho assim, quais são os limites daquele cliente, o que que eu posso exigir dele, o que que eu não posso exigir, que saiba avaliar o cliente pra fazer esse diagnóstico realmente, né, se ele está apto ou inapto pra determinada atividade, né?” (MED – PRI).

Nesse relato, identificamos que pelo menos um dos entrevistados reconheceu que a atuação do profissional de educação física ia muito além da prescrição de exercícios físicos. Ou seja, as escolhas e decisões com relação ao tipo de atividade a ser indicada, requerem uma grande responsabilidade em considerar os limites e particularidades de cada indivíduo e recomendar atividades coerentes com a condição de saúde de cada pessoa, advindas de uma avaliação inicial. Certificamos, assim, que a prescrição de programas de treinamento exige conhecimentos apurados sobre:

[...] 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 (VERENGUER, 2001, apud VERENGUER, 2004, p.128).

A complexidade que envolve o processo de tomada de decisão nas situações de intervenção profissional na área da educação física “pode lançar luz sobre as características do conhecimento e os embates acerca da ênfase que deve ter como área de conhecimento” (SORIANO, 2009). Conseqüentemente, isso implica em maior ou menor grau de autonomia dos grupos profissionais (ABBOTT, 1988; BOSI, 1996; FREIDSON, 1998; 2001; SORIANO, 2009). De acordo com os autores, o peso e a importância atribuídos ao conhecimento formalizado para definição e demarcação de identidade profissional, resultam em maior ou menor poder de escolha durante a intervenção profissional. Bento (1993) complementa 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 (apud VERENGUER, 2004, p.128).

A partir disso, destacamos, nos depoimentos abaixo, quais foram as características atribuídas ao conhecimento do profissional de educação física, ressaltando como esse foi avaliado pelas diferentes profissões atuantes no trabalho em equipe no setor da saúde, onde ficam evidentes as potencialidade e fragilidades das distintas áreas de conhecimento:

- “[...] o profissional de educação física [...] estudam muito a parte mecânica da coisa [...] gostaria muito de ver mais profissionais de educação física estudando um pouco mais de metabolismo. Eu vejo que as pessoas se interessam pouco, eles acabam mais pra parte prática, né? Mais aí, fica uma parte prática com objetivos [...] meio desviados, fica muito igual pra todo mundo. Fica muito receita de bolo” (MED – PRI).

- “[...] eu acho que ainda existe uma dificuldade na parte teórica [...] de fundamentação e de explicar para o cliente [...] os fundamentos daquilo, né? Então assim, o que a gente sente é que eles não gostam muito de dar esse estofo mais teórico” (NUT – PRI).

- “[...] o educador físico ele sabe os benefícios, mas [...] ele é a pessoa que sabe fazer as coisas, a execução [...] falta esse link entre objetivos e execução. Eu vejo que não individualiza tanto assim, as avaliações são as mesmas pra todo mundo. Você vai na academia, uma pessoa de 70 anos faz quase a avaliação igual a uma de 20. Então, não tem muita lógica isso. Vão fazer a mesma avaliação?” (MED – PRI).

A forma de atuação e as estratégias utilizadas pelo profissional de educação física durante a sua intervenção profissional, com uso e predomínio de conhecimentos práticos, corroboram as afirmações apontadas por alguns estudiosos (LIMA, 1994; VERENGUER, 1997; 2004; MASSA, 2002; SORIANO, 2003) sobre a falta de complexidade em relação aos saberes solicitados para o exercício da profissão. Conseqüentemente, a ausência de consistência teórica no diálogo estabelecido com outros grupos profissionais e, até mesmo, com os usuários, como apontando no penúltimo depoimento, implica na falta de reconhecimento social e prestígio profissional. Porém, segundo Morford (1972), seria ingenuidade acreditarmos que a existência e o aprimoramento de um conjunto de conhecimentos teóricos seriam suficientes para elevar, automaticamente, o *status* da educação física.

Lima (1994) observa que os profissionais de educação física que atuam fora do contexto escolar têm se preocupado mais em estudar e entender os “mecanismos de instalação e tratamento das doenças sobre as quais a atividade motora pode ter alguma influência positiva, do que, como era de se esperar, em desenvolver seus conhecimentos e habilidades profissionais” (p.66) para transmitir conhecimentos teóricos e práticos a respeito do movimento humano. Não podemos esquecer que o distanciamento existente entre a produção de conhecimento na área da educação física e o exercício da profissão contribui para o agravamento desse quadro (MORFORD, 1972; TANI, 1996; VERENGUER, 2004). Dessa forma, é preciso “definir, então, a essência da intervenção profissional em Educação Física, ou simplificando, o que o profissional faz, para em seguida, produzir conhecimento sobre ela” (VERENGUER, 2004, p.127).

Ademais, de acordo com os depoimentos acima, podemos constatar que, realmente, existe pouca complexidade no conhecimento advindo dos cursos de formação profissional em educação física, principalmente, com relação à prescrição de exercícios físicos. Um dos profissionais da medicina compara a atuação do profissional de educação física com uma receita de bolo, na qual todos podem executar da mesma forma, acreditando obter o mesmo resultado. Ele cita um exemplo muito encontrado nas academias de ginástica: a mesma avaliação física é feita para diferentes populações. Acrescentamos ainda que, além da padronização da avaliação inicial, os programas de treinamento com peso (musculação), são

basicamente os mesmos para todos os indivíduos, independentemente da faixa etária e condições de saúde.

Segundo Verenguer (2004), a existência de programas estereotipados, a falta de inovação nas atividades desenvolvidas na prática profissional em educação física e a presença de avaliações e sequências de exercícios que servem para todos, acabam não servindo para ninguém. Ela ainda afirma que essas atividades, programas e sequências “são de fácil memorização e transposição, o que explica, inclusive, a idéia segundo a qual quem fez três anos de ginástica aeróbica, e com um pouco de treinamento, pode ‘ensiná-la!’” (p.128).

Para exemplificar essa afirmação, apontamos um fato ocorrido em um das equipes que corrobora o apontamento da autora:

- “Ontem mesmo a gente teve uma reunião e eu tive uma discussão sobre isso, porque eu tava de licença e teve um evento que precisou ter alongamento tal, com os idosos, tal, e uma dentista deu. Daí eu não concordei com aquilo, achei um absurdo, né, defendi a minha profissão, a minha área, porque eu falei: eu não posso dar uma palestra de higiene bucal, porque não tem nada a ver com a minha área, eu sei disso, e porque que ela vocês permitiram que ela desse um alongamento pra idosos, sendo que ela não é profissional disso, ela não é formada pra isso, poderia estar tendo alguns riscos e tal. Mas: ah, quem não sabe dar um alongamento? (tom de desleixo). Então, é visto assim: o profissional de educação física, qualquer um pode fazer o papel dele” (EDF - ...).

Quando entrevistamos o profissional responsável pela equipe, ele também reportou essa situação. No seu ponto de vista ele descreveu essa mesma situação da seguinte maneira:

- “[...] até um conflito que a gente teve a pouco tempo, foi um evento realizado e foi feito um breve alongamento por uma odontóloga, né? Ai o educador físico ele falou: mas isso não pode ser realizado pela dentista, isso é do educador físico (...)²⁴.

Com o intuito de analisar como o coordenador da equipe, pertencente a outra categoria profissional, avaliava essa situação, questionamos: “qual a sua opinião sobre a atitude desse profissional de educação física em

²⁴ A ausência da identificação do grupo profissional e do contexto de trabalho, nessa situação, foi intencional. Por se tratar de um acontecimento bastante específico, optamos pela preservação da identidade dos sujeitos.

reivindicar os conhecimentos, supostamente, pertencentes à sua área de intervenção? “. Obtivemos a seguinte resposta:

- “Eu entendo que tenha sido pertinente sim, só que diante da postura da equipe e como aconteceu, eu acho que isso não foi algo que não poderia ter sido feito, né? Foi um evento em específico e essa dentista ela é professora de dança, então ela trabalha isso, embora não seja uma das competências dela ser educadora física, ela trabalha isso até fora do trabalho. E foi algo mais especial, então não acredito que traria qualquer prejuízo pros usuários” (...).

Logo, também, podemos compreender essa situação, reconhecendo que, tanto os profissionais que escolhem fazer faculdade na área de educação física, como os indivíduos que participam de atividades sob a responsabilidade desse profissional, possuem um saber sobre a intervenção que é “fruto da experiência vivida dentro ou fora da Educação Física escolar, isto é, estes até sua adolescência vivenciaram um modelo de intervenção, praticado pelos seus professores do ensino básico, que hoje serve de referência” (VERENGUER, 2004, p.127) para suas ações, pois “como experimentaram e conhecem aqueles procedimentos, sentem-se seguros em repeti-los” (p.127). No caso da dentista, a sua vivência com aulas de dança foi suficiente para substituir o profissional de educação física para conduzir uma atividade de alongamento, que exige conhecimentos técnicos quanto: à posição correta de execução dos movimentos, os grupos musculares solicitados nos diferentes alongamentos e a escolha adequada de exercícios para uma determinada população, no caso, os idosos.

Em suma, utilizando o exemplo descrito, anteriormente, destacamos abaixo uma fala de Morford (1972), que reflete como as profissões contíguas no setor da saúde têm avaliado o conhecimento e a forma de intervenção do profissional de educação física, caracterizados pela ausência de um embasamento teórico e pelo predomínio do ‘sabe fazer’:

[...] os anos vividos como profissional da área de educação física me fizeram perceber que somos basicamente um grupo de “fazedores” com pouco ou nenhum embasamento teórico sobre nossa atividade. A questão aqui se concentra na ausência de qualquer preocupação verdadeira com uma estrutura disciplinar ou teórica que sustente a profissão (MORFORD, 1972, p.88)²⁵.

Nesse sentido, de acordo com Freidson (1996), o conhecimento especializado é comum a todas as tarefas profissionais. A grande diferença existente entre o conhecimento especializado de uma profissão para outra reside no exercício de julgamento sobre a definição, avaliação e resolução de um problema (ABBOTT, 1988; FREIDSON, 1986; 2001). Portanto, podemos inferir que o tipo de conhecimento utilizado pelo profissional em educação física durante a sua intervenção profissional é, eminentemente, prático, ou seja, existe uma predominância de conhecimentos adquiridos por meio de experiências e vivências práticas em detrimento de um corpo teórico de conhecimento.

Ainda com relação à importância atribuída aos conhecimentos advindos da área da educação física para o trabalho em equipe, no ponto de vista dos demais grupos, encontramos a valorização do profissional que possui domínio de conhecimentos atrelados à ciência básica, ou disciplinas-mãe:

- *“Até fisiologia ainda vai, entendeu, ainda dá legal, mas a parte de metabolismo é muito fraca (MED – PRI).*
- *“[...] o profissional de educação física ele tem um conhecimento grande sobre fisiologia, fisiologia do exercício (FIS – PRI).*
- *“[...] eu acho que a sobrecarga de exercício é muito frequente nas academias, que tem pouco conhecimento da fisiologia do exercício [...] Tem montão de profissional, tem de A a Z, não é? Não tem jeito de avaliar isso, né? Eu sempre dou preferência para pessoas que tem noção de fisiologia do exercício” (MED – PRI).*

De acordo com Verenguer (2004), desde o final da década de 90²⁶, temos lidado com a possível certeza de que a inserção da pesquisa na área da

²⁵ My few years in the physical education profession have brought me to the realization that we are primarily a group of doers with little or no theoretical rationale for what we do. The issue here centers around the absence of any real concern for a disciplinary or theoretical framework to support the profession (MORFORD, 1972, p.88).

²⁶ As discussões e reflexões acerca da identidade acadêmico-científica da educação física, tiveram origem nos Estados Unidos, por volta da década de 60. No Brasil, esses questionamentos foram

educação física elevaria o seu prestígio acadêmico e profissional. No entanto, isso não se concretizou de forma satisfatória, resultando em um afastamento entre teoria e prática:

Tal diagnóstico é feito em função da percepção de que o conhecimento produzido respondeu às necessidades das ciências-mães (Anatomia, Fisiologia, Psicologia, por exemplo) e suas respectivas sub-disciplinas (Biomecânica, Fisiologia do Exercício, Aprendizagem Motora, por exemplo) e, principalmente, não contribuiu para instrumentalizar a intervenção profissional (VERENGUER, 2004, p.126).

Dessa forma, acreditava-se que quanto mais “conteúdo e proximidade do modo de organizar e produzir conhecimento da ciência básica ou disciplinas-mãe a formação profissional em educação física” mantivesse, maior seria a consistência da formação profissional (BAFFA, 2008 apud SORIANO, 2009, p.153) e mais fundamentada estaria a intervenção profissional. A ideia consistia na elevação do *status* da profissão “advinda dessa aproximação com o modo de fazer acadêmico e universitário” (BAFFA, 2008 apud SORIANO, 2009, p.153).

Entretanto, uma das grandes dificuldades ainda encontradas nos cursos de formação profissional em educação física é integrar e sistematizar os conteúdos da ciência básica (como, por exemplo, a fisiologia citada pelos pesquisados) às disciplinas práticas, dando-lhe uma forma que caracterize a área da educação física e que dê embasamento à intervenção profissional (LIMA, 1994). Evetts (2010) salienta que a elaboração de uma grade curricular nem sempre reflete as necessidades práticas da intervenção e, assegura que, muitas vezes, a natureza do trabalho pode ser tão complexa que impede a conexão com a educação formalizada obtida nas Universidades.

Na área da educação física, entretanto, esse caminho acontece de forma contrária. A intervenção profissional, como discutido até aqui, apresenta baixa complexidade e as teorias que fundamentam as disciplinas acadêmicas e a produção de conhecimento na área estão, na maioria das vezes, dissociadas da prática. Logo, essa desconexão entre teoria e prática na área da educação física, representa um importante fator que contribui com o agravamento da crise de identidade da

iniciados apenas no final da década de 70, após o retorno de alguns professores que realizaram os Programas de Mestrado e Doutorado no exterior (VERENGUER; DE SANTO, 1991; BETTI, 1991; VERENGUER, 1997)

área, caracterizada pela obscuridade do seu objeto de intervenção (TANI, 1996; VERENGUER, 2004), como constatado nos depoimentos dos profissionais.

Além disso, diferentemente, das discussões concretizadas até agora, salientamos, ainda, alguns depoimentos que descrevem outras características atribuídas à intervenção profissional em educação física:

- “[...] a gente brinca que a atividade física aqui é a menina dos olhos [...], a gente trabalha com um público que já tem uma doença, que não tem cura, e a atividade física é o momento em que eles brincam. Então, eu falo assim: [...] fulano é um pouco psicólogo, enfermeiro, nutricionista [...] melhoram o emocional, controlam pressão, etc. e tal, né? [...] a gente brinca sempre assim, que se precisasse tirar áreas, a última seria a atividade física, né, por todo esse respaldo que ela dá” (PSI – PRI).

- “Eu acho que eles fazem um trabalho maravilhoso, [...] eu te digo que (esse trabalho), se não fosse o professor de educação física, ela tinha fechado, né? Porque se você vê a paixão que os clientes têm por ele, né? Mas aí é uma coisa do ser humano, da empatia dele, não sei o que, o que não significa que ele não tenha coisas para melhorar na área profissional dele, entendeu? E que as vezes até nem melhora com medo de perder esse assédio” (NUT – PRI).

Neste último depoimento percebemos que o profissional da nutrição apontou que o “jeito de ser” do profissional de educação física favorece a boa relação entre os usuários dos serviços prestados. Os locais onde acontecem as intervenções profissionais em educação física e as estratégias utilizadas pelos seus membros contribuíram para o melhor andamento do trabalho em equipe, pois os indivíduos sentiam-se atraídos pela forma como eram tratados por esse profissional. Isto é, se os indivíduos se sentiam bem durante a prática da atividade física, conseqüentemente, seria mais fácil mantê-los dentro do tratamento multiprofissional.

Segundo Soriano (2004) “durante a aula, ao lidar com usuário, que está em movimento, não se pode negar que algumas implicações de ordem psicológicas e afetiva podem surgir e afetar o profissional” (p.323). A autora acrescenta que “o domínio de alguns conhecimentos correlacionados às dimensões comportamentais pode se tornar uma ferramenta importante, no momento de se empreender uma intervenção bem-sucedida” (p.323). A preocupação com a parte de relacionamento profissional-usuário representa mais um elemento que mostra-se evidente nas situações de intervenção profissional em educação física, pois além do domínio de conhecimentos técnicos, ainda é exigido desse profissional um conjunto

de procedimentos constituídos pela intuição, que segundo o nutricionista acima, resulta na boa convivência entre profissional e usuário (SORIANO, 2004).

Além disso, em um estudo realizado por Nascimento, Soriano e Fávoro (2007), elas, também, constataram que:

[...] valores como: gostar do que faz, simpatia, caráter, carisma, ser extrovertido, ter bom humor e ser alegre também apontados, revelam uma preocupação superficial com as questões da área e contribuem para a desvalorização da profissão, pois a noção de competência profissional está intimamente ligada à imagem pessoal (p.397)

Dessa forma, as consequências de ter uma identidade profissional atrelada à questão da imagem, como descrito no depoimento acima, fortalece as discussões sobre qual o papel social da educação física. Freire, Reis e Verenguer (2002) afirmam que a sociedade não tem clareza sobre os serviços prestados pelo profissional de educação física. O exercício da profissão é, muitas vezes, relacionado àquele profissional que se preocupa com o corpo, seja por motivos estéticos ou de saúde. “Nesse sentido, muitas vezes exige-se dele aptidão física, uma imagem estereotipada e habilidade para execução de movimentos como credenciais para uma intervenção profissional competente” (p.40).

Mais uma vez, portanto, a valorização do profissional de educação física não se deu pelo reconhecimento de sua competência técnica, mas sim pela forma como eles tratavam os alunos, ou seja, por meio de estratégias, diálogos, incentivos que cativavam os usuários a continuarem frequentando o tratamento.

Após delinear as discussões a partir do ponto de vista das demais profissões atuantes no trabalho em equipe, apontamos, a seguir, um breve relato que identifica a avaliação feita pelos próprios profissionais de educação física acerca da sua área de conhecimento e forma de intervenção no setor da saúde:

- “Por que como que eu vou falar pra você fazer uma coisa se eu nem sei, né? E a maioria faz isso, né, indica alguma coisa que nem sabe se seria bom, nem ele pratica, nem faz, né?” (EDF – PRI).

Essa afirmação fortalece os debates realizando até aqui. Nesse caso, o próprio profissional de educação física mencionou que os domínios sobre a execução do movimento e a experiência prática pregressa eram fundamentais para prescrever exercícios, indicar movimentos e conduzir atividades. Além desses

aspectos encontrados no presente estudo, outras pesquisas apontam que os profissionais de educação física apresentam discursos superficiais para justificar o seu papel profissional na sociedade, atrelando a sua intervenção com o discurso de “oferecer saúde aos usuários” (FREIRE; VERENGUER; REIS, 2002; SORIANO, 2003; MINELLI, SORIANO; FÁVARO, 2009). Isto é, nem os próprios profissionais possuem clareza acerca da sua intervenção.

Com relação à importância dos conhecimentos advindos das outras profissões, os profissionais de educação física afirmaram que:

- *“Eu acho bem bacana, porque, às vezes, ele tá bem, ou relativamente bem, no aspecto físico, mas tem algum outro fator que está interferindo e o rendimento dele cai [...] pode ser o fator nutricional, o fator psicológico” (EDF – PRI).*

- *“[...] no caso médico, né, enfermagem, eu acredito que é mais relacionado de conhecer o corpo humano mesmo. Conforme você vai sempre estando ali junto com eles, você vai conseguir guardar o conhecimento, né, e vai aprendendo cada vez mais. Isso é um lado bem positivo, né, o conhecimento que você vai ganhar, como o corpo é complexo, você vai adquirir cada vez mais, né?” (EDF – PRI).*

De acordo com os depoimentos, constatamos que os saberes das outras profissões da saúde auxiliavam e complementavam a intervenção do profissional em educação física. Ou seja, eles reconheceram a importância da atuação de diferentes profissionais, com distintos conhecimentos, para solucionar problemas complexos de saúde. Schein e Kommers (1972) e Pinho (2006) reportam que a intenção de reunir profissionais de diferentes áreas é justamente intervir em um problema de forma mais eficaz, como descrito pelos pesquisados.

Além disso, embora os próprios profissionais de educação física tenham reconhecido a relevância dos conhecimentos da área para uma melhor efetividade do trabalho em equipe, eles relataram como a educação física foi e ainda é vista pelas demais profissões da saúde e até mesmo pela população. Por exemplo, no relato abaixo, perguntamos para um dos profissionais de educação física como as pessoas avaliavam o conhecimento da área. A resposta obtida foi:

- “Não vêem a pessoa com conhecimento, eles acham que qualquer um pode fazer. É só a prática mesmo em si, que não tem conhecimento. Até a própria população, a gente foi conquistando aos poucos [...] Daí eles vão assimilando [...] mas isso eu sei que vai ser uma coisa que vai ser bem lenta” (EDF – PUB).

O mesmo profissional acrescentou que:

- “[...] é o embasamento teórico mesmo. Nós não temos [...] Não sei se agora mudou, mas na época que eu fazia licenciatura plena, muitas vezes eu aprendia tanta regra de futebol e de handebol que na anatomia e na fisiologia deixava a desejar. Então é formação” (EDF – PUB)

Outros profissionais complementaram que:

- “[...] não tem essa ideia, sabe, essa noção de como é importante ela realizar atividade física e o quanto a atividade física vai ser importante pra ela daqui 30, 40 anos se ela manter uma prática regular. Então acho que isso que falta, acho que falta a gente colocar na cabeça das pessoas que nossa área é importante. Não é uma atividade por um simples fazer por fazer, que tem um objetivo” (EDF – PRI).

- “A própria falta de estudo, de capacitação dos profissionais, né? [...] Hoje você tem várias pós-graduações, você vê as pessoas buscando esse espaço dentro da saúde, a internet que a qualquer hora você pode acessar uma página e ler alguma coisa relacionada a saúde. Eu acho que no passado a educação física era meio que assim “recreio”, né?” (EDF – PUB).

Esse último relato vai ao encontro dos apontamentos de Soriano (2003). A autora afirma que o aumento de acesso aos bancos de dados, periódicos e outros meios de informação ampliam a capacidade de vários grupos profissionais acessarem diversos tipos de conhecimento podendo, dessa forma, aprimorar a qualidade das suas próprias intervenções. O profissional de educação física reconheceu a fragilidade da intervenção em educação física pelo predomínio de discursos sem embasamento teórico e, ressalta que, esse quadro atual pode ser modificado se os profissionais se “abastecerem” com argumentos consistentes para justificar as suas escolhas e decisões diante das demais profissões no setor da saúde e até mesmo no diálogo com a população.

Além disso, um depoimento também nos chamou muito a atenção:

- “[...] a educação física tá sendo resgatada pra essa qualidade de vida, só que lá trás nós não vimos dessa forma, era visto de uma forma de culto ao corpo [...] só que a população foi envelhecendo [...] você não precisa levantar 100 quilos no supino pra chegar em forma aos 90 anos de idade. Você pode fazer isso com 10 quilos e você vai ter uma qualidade de vida. Se você quer algo diferente, você utiliza também as teorias da educação física pra melhorar a qualidade de vida” (EDF – PUB).

A partir disso, podemos afirmar que a área da educação física ainda sofre influência da característica de ensino instaurada a partir da década de 30 no Brasil, com a implantação dos primeiros cursos de educação física, sobretudo com a criação da Escola de Educação Física da Universidade de São Paulo - EEF – USP (LIMA, 1994; MASSA, 2002). Segundo os autores, o objetivo da criação desses cursos era a formação de técnicos de esporte e não de professores de educação física. Conseqüentemente, o propósito era fortalecer o Estado e aprimorar a raça brasileira.

Nesse sentido, o domínio de conhecimentos práticos sobre as diferentes modalidades esportivas era suficiente para se tornar um profissional da área naquela época. Nos relatos dos entrevistados, percebemos até então, que eles se referem à área da educação física por meio do domínio de conhecimentos sobre a execução de movimentos. Morford (1972) ressalta que a necessidade de desenvolver um corpo de conhecimentos básicos para a educação física, não representa um ganho de prestígio profissional, mas significa um engrandecimento com relação à efetividade dos serviços prestados.

De acordo com Larson (1977), Abbott (1988), Bosi (1996) e Freidson (1970; 1998; 2001) a condição para a existência e sobrevivência de uma profissão, sobretudo em uma divisão do trabalho, está diretamente ligada a existência de uma base teórica para justificar as escolhas e decisões práticas tomadas durante a intervenção profissional. No entanto:

No caso da educação física tem-se a impressão que o caminho foi trilhado no sentido inverso, ou seja, criou-se um curso profissionalizante sem que houvesse um corpo consistente de conhecimentos sistematizado para lhe dar sustentação. Em decorrência da falta de fundamentação teórica, pela falta de um corpo de um corpo de conhecimento específico da educação física, os primeiros cursos tinham caráter eminentemente técnico, com ênfase no domínio de métodos utilizados na época. Atualmente, observa-se que esta fase de ênfase no domínio de métodos e técnicas não foi totalmente superada. Apesar de alguns setores ou grupos avançarem suas concepções, ainda convivem em seu ambiente de trabalho com colegas que defendem sistematicamente concepções antigas, pois parece que o profissional de educação física é uma espécie muito resistente à mudança (LIMA, 1994, p.59-60).

Nessa citação, o autor, também, reforça alguns aspectos já abordados no presente estudo: a) a educação física possui uma base teórica, entretanto, esse corpo de conhecimento, muitas vezes, está dissociado dos problemas da intervenção; e b) a existência de um distanciamento entre os saberes demandados durante o exercício da profissão e a produção de conhecimento na área. Outrossim, Broekhoff (1982) afirma que a educação física, enquanto disciplina acadêmica, está dissociada dos problemas identificados durante a intervenção profissional, pois o que se tem percebido são profissionais que encontram dificuldades de integrar e aplicar os conhecimentos adquiridos durante o curso de formação profissional, em situações oriundas do mercado de trabalho. Ou seja, o autor ressalta que não existe um desmerecimento com relação aos conhecimentos ensinados nos cursos de graduação, mas os saberes produzidos na área não atendem as necessidades da prática profissional e vice-versa.

Ainda com relação à avaliação feita pelos profissionais de educação física sobre a sua área de intervenção, um deles teve a sensação de que os profissionais eram vistos como recreadores, que atuavam em práticas de lazer. E ele não está errado, pois um dos entrevistados, fora da área da educação física, realmente, confirmou essa denominação atribuída ao profissional dessa área. Nos dois relatos abaixo, demonstramos essas duas situações, respectivamente:

- “[...] as pessoas olham a área da educação física como um lazer, uma coisa que ela tá fazendo pra preencher um espaço, né, ali, pra ela se divertir, alguma coisa assim, sabe? Ela não compreende ainda que a nossa área é uma área que mexe com a saúde, a prevenção, e as vezes, assim, na reabilitação também” (EDF – PRI).

- “[...] ainda existe muito, desculpa falar, mas acho que é o fruto da sua pesquisa, existe muito uma coisa, né, o profissional de educação física ou ele é ‘tio’, ou ele é um ser assim que usa termos médicos, fisiológicos [...] já passei por vários profissionais da educação física, então eu não estou falando de um profissional, eu to falando da impressão que me passa, né, que ou ele é extremamente acadêmico, ou ele é um cara que pega uma pessoa que tá quase enfartando e fala: “vamo lá e tal”, sabe?” (NUT – PRI)

Por fim, destacamos abaixo um trecho do depoimento de um profissional da enfermagem que reportou como um dos médicos reagiu a inserção do profissional de educação física no trabalho em equipe no contexto da saúde pública:

- “[...] a academia de terceira idade foi muito bem vinda aqui pra gente, porque a maioria dos pacientes eles vem pra conversar, porque eles são carentes e acabam usando uma consulta que poderia ser bem aproveitada em outros pacientes [...] um meio de tirar os pacientes carentes das unidades, né?” (ENF – PUB).

A partir das informações encontradas em campo e as discussões realizadas até aqui, podemos concluir que a intervenção profissional em educação física, ainda tem sido avaliada pelas profissões contíguas como uma prática sem muita complexidade, caracterizada pela ausência de consistência teórica para justificar as escolhas e decisões. Apreendemos, portanto, porque algumas discussões dentro da Sociologia das Profissões associam algumas ocupações às características da prática de um artesão. Se compararmos a área da educação física com os ofícios baseado no trabalho manual, identificamos algumas semelhanças entre eles: a) modelos estereotipados para realização das tarefas; c) pouco conhecimento teórico para intervenção; e, principalmente, c) conhecimento adquirido por meio da observação e execução de habilidades.

4.3.1.2 Tema 1 – Categoria 2

- TEMA 1:** Relações de trabalho estabelecidas entre o profissional de educação física e os diferentes grupos profissionais
- CATEGORIA 2:** Interações interprofissionais entre a educação física e demais grupos.

Na correlação “Tema 1 – Categoria 2” identificamos dois elementos: a) de que forma estabeleciam-se as interações entre os profissionais de educação física e os demais membros da equipe, buscando decifrar como se davam as trocas de informações para debater os casos de pacientes entre esses profissionais e os outros membros do grupo; e b) se durante essas interações os profissionais de educação física possuíam espaço para opinar, questionar e apontar soluções. Ressaltamos que, nesse subtópico, sentimos a necessidade de diferenciar as situações de interações profissionais entre as equipes inseridas no contexto privado e no contexto público. No decorrer dos depoimentos, destacamos os fatores que explicaram essas diferenças entre os dois contextos.

De uma forma geral, os profissionais atuantes no trabalho em equipe, no contexto privado de saúde, apontaram que as relações de trabalho entre os profissionais de educação física e os demais membros eram realizadas, basicamente, por meio de diálogos, discussões de caso, conversas informais e até troca de informações via internet e telefone:

- *“Diálogos quase que diários. Eles trazem o laudo deles, nós opinamos aqui na clínica e criamos um consenso, né?” (MED – PRI).*

- *“[...] quando tá marcado na agenda, reuniões semanais de discussão de casos, né? Ocasionalmente por e-mails [...] a nossa sala é todo mundo junto, então, ocasionalmente, a gente discute cara a cara, né?” (NUT – PRI).*

- *“[...] a gente tenta organizar com todo mundo em reunião, mas muitas vezes a gente tem que fazer no meio da semana, pessoalmente, por telefone, e-mail, a gente se vira” (PSI – PRI)*

- *“Não sentamos para discutir; discutimos toda vez que necessita [...] Se toda vez eu marcar pra sentar com ele e discutir uma coisa eu não consigo resolver porque fica: ah amanhã ou à noite” (FIS – PRI).*

- *“[...] não reúne todo mundo, né, mas a gente busca informação, querendo ou não é uma forma de interagir pra buscar informação (EDF – PRI).*

A proposta do trabalho em equipe no setor da saúde requer a compreensão de alguns aspectos, entre eles: a comunicação e diálogo como dimensão intrínseca (linguagem, objetivos, propostas comuns) e a flexibilidade nas atuações (PEDUZZI, 2001). Com relação à comunicação e ao diálogo entre os

profissionais do contexto privado, identificamos que as trocas de informações entre os profissionais de educação física e demais membros aconteciam, na maioria das vezes, de forma indireta, por meio de conversas informais. Essa maneira de trabalho encontrada no presente estudo, de acordo com Peduzzi (2001), é denominada de equipe agrupamento, caracterizada, apenas, pela justaposição de grupos profissionais. A ausência de trocas de informações entre os membros não representa o modelo de atuação ideal para o trabalho em equipe no setor da saúde, como apontado pela autora.

No contexto da saúde pública, de uma forma geral, as interações entre os profissionais atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), onde estão inseridos os profissionais de educação física, se mostraram, ainda, mais restritas. Conseqüentemente, as trocas de informações e conhecimentos entre os profissionais de educação física e demais membros da equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) também eram, praticamente, inexistentes. As relações interprofissionais aconteciam somente entre os componentes do NASF, por meio de reuniões semanais.

- *“Então nós restabelecemos as reuniões de equipe semanalmente pra gente discutir [...] a gente traz as coisas, as atividade que a gente tá fazendo” (PSI – PUB).*

- *“Nós também temos as reuniões de equipe, onde a gente consegue passar coisas na reunião de equipe, com todos os profissionais” (EDF – PUB).*

- *“Reunião de equipe. Uma por semana, específica, mas a gente está sempre em contato. Às vezes a gente tem um quadro como este que tá aqui (apontou um organograma que estava desenhado no quadro, indicando as ações dos profissionais naquela semana) organizando, o que cada um tá fazendo, pra onde tá indo” (EDF – PUB).*

Detectamos, portanto, que as interações interprofissionais no contexto público, também, possuíam as mesmas características da equipe agrupamento, proposta por Peduzzi (2001). Ou seja, embora acontecessem as reuniões semanais entre todos os integrantes do NASF, os profissionais pertencentes à outra unidade de trabalho (ESF), não compareciam, assiduamente, às reuniões realizadas, com exceção da gerente da equipe, que se mostrou presente em todas.

Com relação às interações, específicas, entre os profissionais de educação física e demais membros da equipe, identificamos, novamente, a dificuldade de comunicação e diálogo entre: a) os profissionais da ESF, representado por um médico; b) os profissionais da UBS, representado por uma enfermeira e; c) os profissionais do NASF, onde estão inseridos os profissionais de educação física. Apresentamos, respectivamente, esses relatos:

- “[...] educação física, a gente não tem muito essa relação, fica muito mais numa área um pouco mais próxima à fisioterapia, tá? [...] a gente, as vezes, tem dias de palestras, dias de atividades, né, fora da unidade, então são esses dias que a gente une mais a equipe” (MED - PUB).

- “Eu como não faço parte do Programa Saúde da Família, eu não tenho esse contato assim, né? [...] a não ser assim quando tem ginástica laboral na unidade, né, que é toda sexta-feira” (ENF – PUB).

- “[...] é constante com o NASF. Agora com os Postos de Saúde [...] são um pouco mais diferentes [...] é feita uma comunicação através de papel” (EDF – PUB).

Desse modo, podemos afirmar que no contexto de saúde pública encontramos, aparentemente, duas situações distintas com relação às trocas de informações entre os profissionais de educação física e os membros da equipe: a) diálogo e comunicação intrínseca ao trabalho entre os profissionais inseridos no NASF, como apontado pelo profissional de educação física, e b) comunicação externa ao trabalho, representado pelo profissional da UBS e pelo o profissional da ESF com relação às interações com o NASF.

Não obstante, durante a entrevista, quando acrescentamos perguntas de esclarecimento sobre como aconteciam essas trocas de informações entre os profissionais de educação física e os demais grupos durante as reuniões, tanto no contexto público como no contexto privado, encontramos algumas contradições, pois ao mesmo tempo em que eles mencionaram a presença nas discussões de casos, constatamos que, a maioria das vezes, eles não estavam presentes nesses encontros.

- “E essa reunião semanal de discussão de caso seria da equipe inteira. Já começa aí a separação. Muitas vezes o profissional de educação física não está, né? (NUT – PRI).

- “O horário deles é diferenciado de algumas pessoas. Então, acaba tendo assim algumas discussões de caso que não tem a participação do pessoal da atividade física. Eu vejo mais, assim, a dificuldade, às vezes, de participar, né?” (PSI – PRI).

- “Às vezes eles vão fazer matriciamento numa pessoa que está lá doente, acamada, e daí, no caso, a educação física não vai. Daí vai a psicóloga, a fisioterapeuta e o nutricionista. Então, depois eles passam na reunião de equipe o que aconteceu, naquele caso, qual vai ser a decisão tomada porque tem coisas, por exemplo, que o educador físico não se encaixa” (EDF – PUB).

Dentro do contexto de saúde pública, como uma das características do trabalho do NASF e ESF, muitas vezes, está relacionado às visitas de casa em casa para tentar solucionar casos de enfermidades mais complexos, podemos justificar a ausência do profissional de educação física. Porém, no contexto de saúde privada, percebemos que o profissional tinha a abertura para a participação, no entanto, não comparecia.

Quando existia a participação dos profissionais de educação física nas reuniões de equipe, mesmo em poucas situações, perguntamos aos pesquisados, inclusive para os profissionais de educação física, se eles possuíam espaço, isto é, procuramos identificar se eles participavam dos encontros dando opiniões, sugestões e críticas ou, se eles mantinham-se neutro nos debates. Os depoimentos nos mostraram que:

- “No começo, quando o projeto começou, não é que era relegado a segundo plano [...] Mas assim, tava começando, então era tudo novo. Com o passar do tempo, conforme foi crescendo essa parte do exercício físico ela, digamos assim, não é o carro chefe, entendeu? Mas as nossas falas, as nossas intervenções, as nossas opiniões elas são sempre levadas em consideração, né? (EDF – PRI).

- “Dá sim, eles são bem pró-ativos, né? A gente, às vezes, discute até de criar alguma, algumas campanhas, algum novo formato de atividade física [...] e eu entreguei o projeto na mão da equipe da educação física pra estudar o que que poderia ser feito, se seria viável ou não, né? [...] (eles) têm voz ativa, têm participação sim” (MED – PRI).

Dessa forma, os depoimentos nos mostraram que a interação entre os profissionais de educação física e os demais membros da equipe para discutir casos de pacientes, ainda eram incipientes. Segundo Peduzzi (2001), os principais

elementos que caracterizam a integração de uma equipe são a articulação das ações em saúde e, também, a existência da interação direta entre os profissionais envolvidos. No caso do presente estudo, de acordo com o modelo de trabalho em equipe proposto pela autora, encontramos pouca comunicação entre os profissionais, e quando essas trocas de informações existiam, na maioria das vezes, possuíam um caráter informal.

Com relação à presença e participação dos membros da equipe nas discussões de casos, em situações formais, para sugerir e apontar possíveis soluções para o problema em questão, constatamos que todos os profissionais possuíam abertura para expor seu ponto de vista. Entretanto, no caso da educação física, muitas vezes, o profissional não se fazia presente nas reuniões por falta de compatibilidade de horários com os membros da equipe e pela existência de casos de atendimentos domiciliares. Ademais, a contribuição do profissional de educação física, com relação à sua área de intervenção e conhecimento, nesses encontros, não se mostrou relevante, pois a sua ausência, embora fosse notada pelos companheiros da equipe, não os impedia de realizarem as reuniões e de solucionarem os casos.

4.3.2 Correlações do TEMA 2

4.3.2.1 Tema 2 – Categoria 3

TEMA 2: Conhecimento formalizado como elemento de hierarquização entre os grupos profissionais: relações de poder e subordinação entre as profissões contíguas no setor da saúde.

CATEGORIA 3: Superioridade médica nas relações de trabalho entre as profissões secundárias no setor da saúde (encaminhamento e subordinação).

Na correlação “Tema 2 – Categoria 3”, ressaltamos o principal conjunto de dados do presente estudo, que está diretamente relacionado à nossa hipótese de pesquisa, contextualizada, inicialmente, na introdução desse trabalho e fundamentada na revisão de literatura: a superioridade médica nas relações de trabalho estabelecidas entre as profissões secundárias no setor da saúde, sobretudo em uma divisão do trabalho. Autores como Freidson (1970; 2001), Larson (1977),

Abbott (1988), Svensson (1996) e Diniz (2001), novamente, nos deram suporte para essas discussões.

Como apontado na revisão de literatura, para entendermos a hegemonia da profissão médica no setor da saúde, precisamos apreender, primeiramente, como as profissões secundárias se organizam dentro da divisão do trabalho no setor, no que se refere ao principal elemento diferenciador entre profissionais médicos e não médicos: o tipo de conhecimento utilizado para a intervenção profissional (FREIDSON, 1970; 2001; LARSON, 1977; ABBOTT, 1988; BOSI, 1996).

Nas correlações do tema 1 com as categorias 1 e 2, pudemos identificar que a intervenção profissional em educação física parece ser feita mediante a utilização de conhecimentos sem muita complexidade, caracterizados por um corpo de conhecimento baseado em experiências e saberes práticos (MORFORD, 1972; LIMA, 1994). Outrossim, identificamos, também, que não há exclusividade nas atividades profissionais exercidas pelos profissionais da educação física, pois em algumas situações em que deveria ser exigida a presença deste profissional, e ele não pôde estar presente, ele foi facilmente substituído por um profissional de outra área (no caso da dentista), sem qualquer restrição. Sem contar que a sua presença em reuniões de discussões de casos com o restante da equipe não se mostrou de grande importância.

Consequentemente, a partir da análise e discussão dos dados apontados até aqui, concordamos com Abbott (1988) e Freidson (2001) que a ausência de um corpo de conhecimento teórico com caráter esotérico para caracterizar a intervenção profissional dos diferentes grupos profissionais, sobretudo em uma divisão do trabalho, implica em uma relação de poder e subordinação à área mais consolidada no setor. Essas interações assimétricas podem ser encontradas nos diferentes segmentos da sociedade, como apontadas por Diniz (1998) “engenheiros em empresas de consultoria técnica, advogados em grandes escritórios ou firmas de advocacia, médicos em hospitais” (p.174).

Para uma melhor exposição e compreensão da análise e discussão dos dados na correlação “Tema 2 – Categoria 3”, dividimos esse subtópico em dois momentos. No primeiro, salientamos a importância atribuída aos conhecimentos advindos da área médica para dar suporte à intervenção das profissões secundárias no setor. Além disso, ressaltamos que o domínio de um corpo teórico de

conhecimentos acerca do diagnóstico e tratamento de doenças assegura à medicina uma posição privilegiada dentro da divisão do trabalho no setor da saúde, permitindo que seus profissionais reivindiquem exclusividade nessa área de atuação (ABBOTT, 1988; FREIDSON, 1970; 1998). No segundo, destacamos de que forma as relações de poder e subordinação se fizeram presentes durante as interações entre os profissionais médicos e não médicos, ou seja, evidenciamos, por meio dos relatos como se dava essa submissão à área dominante no setor, caracterizada, principalmente, pelos encaminhamentos advindos, exclusivamente, da área médica.

Com relação ao primeiro item, destacamos no depoimento, a seguir, o apontamento de um profissional da medicina que comprovou que os conhecimentos relacionados ao diagnóstico e tratamento de doenças dizem respeito, particularmente, à área médica, como bem descrito pelos estudiosos da Sociologia das Profissões, sobretudo, Freidson (1970; 2001):

- “[...] receita cabe ao médico, sempre, né? Receita de médico, tá? O nutricionista tem que receitar comida, certo? O educador físico é o exercício físico em si, certo? E a nós cabe a conduta médica, que seria o tratamento propriamente dito, né? O diagnóstico e o tratamento (MED – PRI).

Os próprios profissionais fora da área da medicina, também, concordaram que a tomada de decisão em relação aos casos de pacientes com problemas de saúde, cabia aos médicos, como exemplificado pelos profissionais da psicologia e da fisioterapia:

- “[...] a gente precisa sim de uma orientação técnica clínica e isso a gente tem, e é uma médica, daí sim, né? Como a gente lida com pacientes crônicos e que vem de tratamentos médicos, a gente precisa de protocolo clínico, e essa parte é importante” (PSI – PRI).

- “Se for questão de doenças daí é passado pela avaliação médica com o Dr. Fulano de tal” (FIS – PRI).

Um dos profissionais reconheceu que a intervenção inicial do médico seria um segurança para a sua intervenção, corroborando os apontamentos de Becher (1996) de que ao construir e manter uma relação com a área dominante, elas funcionam como fonte de consulta e troca de informações:

- “[...] seria uma segurança a mais pro meu trabalho. Desde que o médico, né, diagnosticasse [...] o mais importante seria esse diagnóstico ou não diagnóstico” (EDF – PRI).

- “[...] passa pelo médico, né, faz toda parte da clínica, exames, e ele que vai identificar o que que a pessoa tem” (EDF – PRI).

- “O médico solicita exames quando necessário e prescreve o tratamento. Quando precisa de avaliação de um especialista [...] ele passa pela avaliação do especialista e dá continuidade ao tratamento” (ENF – PUB).

Identificamos nos relatos acima, que a importância concedida aos conhecimentos médicos, resulta em uma divisão do trabalho no setor da saúde que é e, possivelmente, será sempre organizada pela profissão dominante e politicamente sustentada, no caso, a medicina (FREIDSON, 1970). Além disso, o autor acrescenta que o *status* profissional e o reconhecimento social dos médicos no setor da saúde, também, são originados pela crença da população de que somente os médicos possuem conhecimentos precisos sobre a resolução dos problemas de saúde. No relato abaixo, o profissional mencionou a existência dessa convicção por parte da população:

- “[...] acho que a medicina [...] é uma coisa que: ah, eu vou no médico [...] Já bate aquela coisa do conhecimento: o médico que falou, sabe?” (EDF – PRI).

Svensson (1996) afirma que esse modelo hierárquico no setor da saúde, com a figura do médico ocupando o topo da pirâmide e assumindo as principais tarefas com relação à saúde, descreve uma estrutura de autoridade, permitindo poucas oportunidades para os outros atores, no caso as profissões secundárias, mudarem e recriarem as suas relações sociais. Conseqüentemente, as profissões secundárias, que ocupam a posição inferior à medicina, encontram dificuldades em elevarem o seu prestígio profissional e o seu reconhecimento social, já que, grande parte desse reconhecimento social vem da confiança depositada pela população na profissão médica, fortalece esse afastamento entre a hierarquia no setor e as demais profissões. Na figura 3 ilustramos esse cenário:

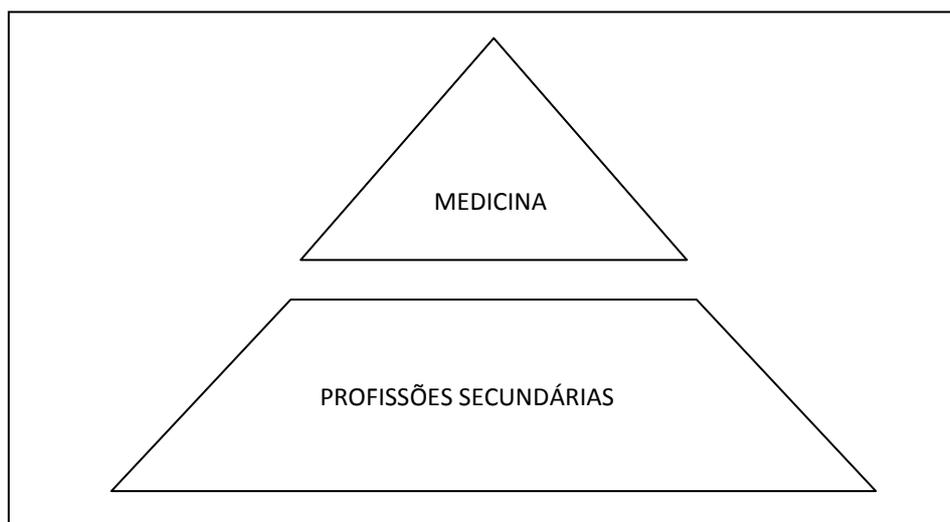


Figura 3: Modelo hierárquico existente entre as profissões no setor da saúde.
Fonte: Baseado em Freidson, 1970; Svensson, 1996.

Dessa forma, a divisão do trabalho no setor da saúde e as lutas existentes entre as profissões que compõem esse cenário estão atreladas à demarcação de territórios profissionais com relação aos conhecimentos sobre o processo de saúde e doença dos indivíduos. No entanto, como os conhecimentos relacionados ao diagnóstico e tratamento de patologias estão assegurados à área médica, as profissões secundárias disputam entre si as tarefas auxiliares à tarefa do médico.

Ainda com relação à superioridade dos conhecimentos da área da medicina, perguntamos aos profissionais médicos e não médicos se nas reuniões para debater os casos dos pacientes, mesmo que de forma eventual, a opinião de algum profissional prevalecia. Para nossa surpresa, a maioria dos profissionais respondeu que a área mais próxima do problema do paciente é que conduziria a tomada de decisão. Nós acreditávamos, entretanto, que a opinião do médico prevaleceria nessa ocasião:

- “[...] a dificuldade que aponta, vai o profissional responsável, e a partir dessa avaliação a gente vê quem seriam os atores que estariam trabalhando nisso. Então essa área que aponta é a pessoa que toma frente” (PSI – PUB).

- “Em alguns casos, há maior demanda de um conjunto de profissionais, e em outros casos, há maior demanda de outro conjunto de profissionais” (EDF – PRI).

- “[...] depende o caso, porque daí vai a área que tá mais em evidência mesmo” (EDF – PUB).

- “Algumas coisas que são orientações gerais, a gente entende que alguns profissionais que estão mais perto, acompanham aquele cliente mais perto, é que tem suporte, tem capacidade para orientar” (PSI – PRI).

No entanto, não podemos esquecer que muitos dos conhecimentos técnicos aprendidos pelos profissionais não médicos, foram ampliados e aprovados, primeiramente, pelos próprios médicos, sendo as profissões secundárias apenas auxiliares, e não substitutas, às tarefas de diagnóstico de doenças e prescrição de tratamentos (FREIDSON, 1970). Ou seja, embora a intervenção sobre um caso se dava por meio da área mais próxima do problema em questão, os direcionamentos iniciais partiam do médico.

Dessa forma, coadunamos com Mizrachi, Shuval e Gross (2005) quando afirmam que a definição das posições profissionais em uma divisão do trabalho no setor da saúde e, as formas de organização entre as diferentes profissões, representam a maneira como as relações de trabalho são estabelecidas no cotidiano profissional tendo como intermédio nessa relação o conhecimento formalizado.

Assim, analisando as informações, conseguimos elencar à discussão dos dados, referentes ao segundo item, evidências de como se dava essa submissão das profissões secundárias à área dominante no setor, caracterizada, principalmente, pelos encaminhamentos advindos, exclusivamente, da área médica.

Para constatar, inicialmente, que a medicina define e coordena as ações no setor da saúde, apresentamos alguns depoimentos ilustrando que tanto a) os profissionais não médicos como b) a população em geral necessitam da aprovação inicial de um médico para dar continuidade ao tratamento, como, brevemente, apontado acima. Com relação aos profissionais:

- “A atividade física é pra todos, não tem critério de exclusão, só quando o médico, né, não autoriza ou tem alguma contra-indicação” (PSI – PRI).

- “[...] eles são nossos chefes [...] Então assim [...] nessa história ele tem sido um grande delegador” (NUT – PRI).

- “O paciente sempre chega avaliado pelo médico” (FIS – PRI).

- “[...] é claro que a gente tem sempre que se reportar a eles, né, eles tem que ter conhecimento, tem que tá sabendo de tudo o que acontece aqui, pra eles nos auxiliarem [...] na área de atuação deles, de conhecimento deles, as intervenções que a gente tem que fazer, né, a gente tem o respaldo deles, o respaldo técnico” (EDF – PRI).

Com relação à população:

- “[...] eles começaram assim a ver que o que a gente fala um médico também falou, daí eles falam: ai, bem que você falou, o médico falou igual. Se o médico não fala que é importante, ele não vai” (EDF – PUB).

- “[...] porque ela (paciente) acha que quem vai curar não é o fisioterapeuta, não é a psicóloga, ela acha que tudo isso é importante, porém se o médico falou que não precisa nada disso, ela não contesta” (EDF – PUB).

- “Mas por outro lado dificulta também, né, pelo status dele ser diferente, pelo modo como ele é visto também pela população, muitas vezes, né? Então vindo dessa cultura assim muito médica, de que o médico resolve e é só o médico. Então isso a gente vê como dificultador...a gente já pegou várias vezes o paciente, que é uma coisa que a enfermeira pode resolver, que um outro profissional pode dar conta, mas ele vai no dia que vai o médico, que ele quer o médico, né?” (PSI – PUB).

Illich (1975) afirma que essa credibilidade que a população deposita na figura do médico é resultante de um processo cultural, que foi instaurado na sociedade, ao longo do tempo, e que consiste na minimização do potencial dos indivíduos em lidar com os seus problemas de saúde de forma autônoma, ou seja, as pessoas passaram a acreditar que o processo de tomada de decisão sobre a sua condição de saúde deveria ser feito pela medicina. O autor denomina esse episódio de iatrogênese cultural²⁷. Entretanto, esse cenário de hegemonia com relação aos conhecimentos da medicina não se fortalece baseado apenas nessas considerações.

Em virtude dessa realidade, segundo Abbott (1988) e Freidson (1986; 1998), o conhecimento formalizado e especializado da medicina representa

²⁷ [...] segundo Starr (1982), o profissional deve empreender todo um conjunto de estratégias de persuasão voltadas aos clientes, para que estes se submetam à sua *autoridade cultural*. Para tanto, o consumidor de serviços deve ser alguém nem muito organizado socialmente nem muito informado, assim ele receberá as determinações do profissional sem contestação. Desta forma, a orientação do profissional passa a ser entendida pelo cliente como algo superior a um conselho e inferior a uma ordem. Com o intuito de atingir essa situação, o profissional utiliza-se de meios simbólicos (apud PEREIRA-NETO, 2000, p.400).

um tipo de conhecimento com características de definição, avaliação e resolução de problemas sociais. Pudemos constatar que tanto os profissionais atuantes no setor da saúde como os leigos (população em geral) depositaram na figura do médico a grande responsabilidade da avaliação inicial sobre as condições de saúde dos indivíduos e, posteriormente, o direcionamento do tratamento. Como resultado, as profissões secundárias acabam, de fato, subordinando-se à liderança no setor, que detém o monopólio sobre esses três elementos acerca do conhecimento, além do fator da crença, oriundos de uma imposição social.

Abbott (1988) aponta três importantes ações com relação à prática profissional, que podem justificar essas diferenças nas relações de poder e subordinação estabelecidas entre as profissões de saúde: diagnosticar, inferir e tratar. Durante o exercício da profissão essas ações se entremeiam, mas analisando-as separadamente, o autor afirma que elas representam peças chave para reivindicar jurisdição. Segundo ele, o diagnóstico e tratamento são ações de mediações, baseadas, principalmente, nos conhecimentos formalizados adquiridos nos cursos de formação profissional. A inferência, pelo contrário, é o que define o alto *status* de algumas profissões, como o direito e a medicina, pois representa um elemento de decisão, muitas vezes, caracterizada por aspectos subjetivos e que resultam no processo de tomada de decisão final.

Portanto, Diniz (2001) afirma que as tarefas exercidas pela profissão dominante no setor da saúde, dificilmente, sofrerão racionalização e padronização, pois se trata de um tipo de intervenção baseada em processos de tomada de decisão com características, muitas vezes, subjetivas, ou seja, requer a todo o momento, novas formas de resolução de problemas e inovações nas ações de diagnóstico e tratamento, inclusive com utilização de aparatos tecnológicos. Freidson (1998) acrescenta que o conhecimento da área médica possui uma aura²⁸ de mistério, baseado, muitas vezes, em conhecimentos tácitos, oriundos dos distintos e complexos problemas apresentados pela sociedade moderna, justificando, dessa forma, o caráter esotérico do conhecimento da medicina, acessível para poucos.

Assim, as profissões secundárias no setor da saúde, por não apresentarem esse aspecto de inferência sobre a sua prática profissional, baseando-

²⁸ Esse termo é utilizado por Freidson (1998) para indicar o caráter esotérico do conhecimento.

se, quase sempre em procedimentos médicos e reproduzindo modelos estereotipados, acabam assumindo a posição de subordinação na divisão do trabalho no setor da saúde.

Nos depoimentos abaixo destacamos algumas falas que corroboram os autores citados, exemplificando que as relações de trabalho, estabelecidas entre profissionais médicos e não médicos, eram caracterizadas pela dependência dos conhecimentos e tomadas de decisão advindos do primeiro grupo. Em outras palavras, a partir da avaliação inicial, os médicos realizavam a ação de encaminhar os pacientes, após detectar para qual área ele devia dar continuidade ao tratamento. Dessa maneira, a decisão de encaminhamento do paciente/usuário para os profissionais atuantes no trabalho em equipe no contexto privado, foi encabeçada pelo médico:

- *“Porque, geralmente, o paciente, se ele tem alguma restrição, o médico já manda no atestado, no encaminhamento. Então a gente já sabe por onde mais ou menos a gente segue, certo?” (EDF – PRI).*

- *“[...] pra fazer exercício físico tinha que ter o aval do cardiologista. Então sem isso ele não ia pro exercício físico. Primeiro o cardiologista, depois o exercício físico. Com base nas informações, no diagnóstico do médico, eu prescrevia o exercício, né?” (EDF – PRI).*

- *“Em geral, os pacientes da clínica a procuravam por conta dos serviços médicos, portanto, o médico era o primeiro a atender” (EDF – PRI).*

- *“Se o paciente vir diretamente buscando a clínica de uma forma geral, ele vai diretamente ao doutor. Inicialmente passa pelo médico, mas sequencialmente, depois ele vai pra isso ou pra aquilo. O doutor que manda os clientes dele pra mim” (FIS – PRI).*

- *“Passou pelo médico a gente vai tentar tratar todos [...] os problemas do paciente com toda nossa equipe” (FIS – PRI).*

- *“Médico, depois vai pro educador físico, nutrição. Sempre médico primeiro, tá? (MED – PRI).*

- *“Geralmente, esse fluxo é encabeçado mesmo pelo médico, tá? Geralmente, até o momento é o médico que encaminha pros outros” (MED – PRI).*

- *“Claro que aqui a gente sempre conta também com a avaliação do médico, então todo cliente que participar aqui da atividade (física) primeiro, teve um cardiologista liberando, dizendo que ele não tem nenhum risco cardíaco” (MED – PRI).*

Com relação aos encaminhamentos realizados no trabalho em equipe, que comprovam a relação de subordinação à liderança no setor, optamos, novamente, em fazer uma análise distinta para o contexto público e privado. Embora no contexto privado tenhamos constatado, nos depoimentos acima, que a ordem de encaminhamento era, majoritariamente, liderada pelo médico, percebemos durante a entrevista que as relações de trabalho entre os diferentes grupos eram mais abertas para a troca de informações e para a realização de encaminhamentos extras. Isto é, no caso de algum profissional perceber a necessidade de encaminhamento para outra área ele poderia fazê-lo sem qualquer restrição.

No contexto de saúde pública, dentro das normas atuais de funcionamento da NASF e da ESF, os pacientes sempre serão encaminhados pelos médicos, pois o NASF foi criado com o objetivo de: “apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela” (BRASIL, 2010, p.10). Se a tomada de decisão em relações aos pacientes na ESF é chefiada pelos médicos, conseqüentemente, os encaminhamentos para outros profissionais também serão oriundos dessa categoria. Ainda que os encaminhamentos realizados pelos médicos aconteçam no trabalho em equipe na saúde pública, a intervenção profissional dos diferentes grupos pertencentes ao NASF se dá quando:

- *“[...] o paciente ele passou pela unidade, já foram tentadas todas as formas viáveis de atendimento [...] e a gente não conseguiu ter resultado, aí vem pro NASF. E aí a gente tem aquela questão: pode haver o atendimento individual? Atendimento individual ele vem nesse caso, quando os outros profissionais já não conseguiram atender e alcançar o resultado esperado para esse paciente, então o NASF assume” (ENF – PUB).*

O Caderno de Atenção Básica, n.27 de 2010, publicado pelo Ministério da Saúde (MS), foi desenvolvido para elucidar as diretrizes do trabalho em equipe tanto do NASF como da ESF. De acordo com o depoimento acima, encontramos nesse documento o respaldo legal que justifica que os profissionais do NASF só devem prestar atendimento individual nos seguintes casos:

Intervenções específicas do profissional do Nasf com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo Nasf se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo Nasf diretamente ao usuário, ou à família ou à comunidade (BRASIL, 2010, p.20).

Esse atendimento individual que, ocasionalmente, é realizado pelos profissionais integrantes do NASF, vem encaminhado pelo médico, comprovando, mais uma vez, que as ações em saúde são coordenadas e direcionadas pela medicina. Não cabe aqui discutir se as diretrizes de trabalho implantadas pelo MS são válidas e efetivas para o NASF, mas nossa intenção foi evidenciar que no contexto de saúde pública os profissionais secundários também são subordinados às decisões dos médicos, como exemplificam os depoimentos abaixo:

- *“O paciente quando ele chega na unidade, ele veio já com a consulta agendada, ele é atendido pelo médico. O médico se ele consegue ser resolutivo na unidade, então ele fica por ali. Quando precisa de avaliação de um especialista, é encaminhado para nosso centro de especialidade, sempre havendo a contra-referência do especialista para a unidade” (ENF – PUB).*

- *“Sim, eles passam pelo acolhimento lá na frente, né, com o setor da triagem, depois [...] o médico atende e esse paciente” (MED – PUB)*

- *“[...] todo paciente que chega [...] eles direcionam o atendimento. Se for algum caso de urgência, esse paciente vai ser encaminhado pro plantonista que vai estar atendendo na unidade. Se não for caso de urgência, esse paciente vai ter uma consulta agendada com o clínico do PSF (Programa Saúde da Família), né?” (ENF – PUB).*

- *“Olha, pro NASF não vem ninguém encaminhado pela população, ele tem que vir encaminhado pelo médico. Ele não vem direto” (EDF – PUB).*

Por fim, gostaríamos de ressaltar que os encaminhamentos entre os profissionais de educação física e as demais profissões no contexto de saúde pública, praticamente, não aconteciam, pois de acordo com os profissionais do NASF, a área da educação física atuava diretamente com as academias de ginástica para a terceira idade e, raramente, esse profissional fazia encaminhamentos para a

medicina, nutrição e psicologia. Embora os profissionais trocassem informações sobre as atividades que estavam sendo desenvolvidas com os pacientes indicados para o NASF, apontando sugestões e sugerindo novas ações, os encaminhamentos não aconteciam rotineiramente:

- *“Olha, pro NASF não vem ninguém encaminhado pela população, ele tem que vir encaminhado pelo médico. Ele não vem direto” (EDF – PUB).*

- *“Acho que ainda fica bem fora, porque, geralmente, quando é encaminhado um paciente pro NASF, é um paciente que não é encaminhado pro profissional de educação física” (EDF – PUB).*

O que pudemos extrair da análise e discussão dos dados dessa categoria foi que, de fato, as relações de poder e subordinação estabelecidas entre a área dominante e as profissões secundárias, acontecem, cotidianamente, no trabalho em equipe, pois, constatamos que as tarefas das demais profissões eram organizadas a partir das decisões advindas da medicina. Ao pensarmos nas questões referentes ao Tema 2, no roteiro de entrevista, procuramos elaborar perguntas que nos dessem subsídios para comprovar a hipótese inicial desse estudo, de que o funcionamento do setor da saúde, realmente, se dava em torno da figura do médico. Essa situação, por sua vez, foi constatada pelos encaminhamentos vindos, inicialmente, da medicina.

4.3.2.2 Tema 2 – Categoria 4

TEMA 2: Conhecimento formalizado como elemento de hierarquização entre os grupos profissionais: relação de poder e subordinação entre as profissões contíguas no setor da saúde.

CATEGORIA 4: : Intervenção profissional no trabalho em equipe: a questão da autonomia.

Na correlação “Tema 2 – Categoria 4” apontamos as discussões acerca da autonomia profissional dentro do trabalho em equipe. Baseamos nossas análises nas considerações de que o conhecimento formalizado representa um elemento de grande valor social na demarcação de territórios e mercados profissionais entre os diferentes grupos no setor da saúde (LARSON, 1977; ABBOTT, 1988; BOSI, 1996; FREIDSON, 1970, 1998, 2001), pois se trata de um

tipo de conhecimento com caráter esotérico capaz de garantir autonomia (FREIDSON, 1998; 2001) ou poder discricionário (ABBOTT, 1988; EVETTS, 2002; 2010) aos detentores desse saber.

No primeiro tópico da revisão de literatura, apontamos a diferença existente entre a autonomia profissional em Freidson (1998; 2001) e o poder discricionário nos apontamentos de Abbott (1988) e Evetts (2002). Essa diferenciação se fez necessária, pois embora tenhamos encontrado nos relatos das profissões secundárias um grau de independência para a realização das tarefas dentro do trabalho em equipe, essa liberdade para escolher os caminhos a serem tomados dentro do trabalho não se deu de forma plena.

A medicina, por exemplo, representa uma área de intervenção profissional que reivindicou com bastante intensidade o monopólio sobre os conhecimentos formalizados e científicos acerca do diagnóstico e tratamento de doenças (busca da cura), por todos os motivos que já foram apontados até aqui, conseguindo ao longo do tempo, diminuir, e até mesmo excluir, o poder de intervenção “dos que se achavam médicos” (FREIDSON, 1970; 1998; STORCH, 1994).

Contudo, nos depoimentos abaixo, percebemos que a independência em relação às escolhas a serem tomadas entre os profissionais secundários, foi assegurada a partir do domínio de conhecimento sobre a sua área de conhecimento e intervenção e, não com relação à organização das tarefas no setor da saúde. Perguntamos, por exemplo, para o gerente do NASF se os profissionais possuíam autonomia para tomar decisões dentro da área específica. Ela respondeu que:

- “[...] eles têm autonomia, só que assim, o número de atendimento [...] individual é muito pequeno, né? Então quando esses atendimentos acontecem, eles têm autonomia, né, pra prescrever o tratamento adequado (ENF – PUB).

Outros depoimentos corroboram a afirmação acima:

- “[...] eu penso que autonomia eu tenho, né, e às vezes assim, não dá tempo da gente discutir com a equipe e que precisa ser feita, eu nunca fui questionada em relação a isso” (PSI – PUB).

- “[...] a gente acaba tendo uma liberdade pra construir essa prescrição, desde que não venha uma pessoa com questões patológicas” (EDF – PUB).

- “[...] o que eu decidisse em relação ao exercício físico, eu tinha total autonomia [...] sempre eu fiz do meu jeito, do jeito que eu aprendi” (EDF – PRI).

- “[...] a forma como eu faço dificilmente alguém interfere, né [...] a atividade em si, o planejamento, a minha atuação com aquele cliente” (PSI – PRI).

Nesses relatos, temos a sensação da existência de autonomia profissional total entre os diferentes grupos durante o exercício da sua profissão. Entretanto, em alguns momentos essa impressão desaparece, pois identificamos a presença de elementos que evidenciaram a realidade de subordinação, nos depoimentos dos entrevistados, como por exemplo: “desde que não venha com questões patológicas”. Ou seja, a autonomia que as profissões secundárias assumiram no trabalho em equipe, mediante encaminhamentos advindos da liderança no setor, enfatiza, mais uma vez, os apontamentos de Abbott (1988) e Evetts (2002) de que a autonomia pode até existir entre os profissionais de saúde, mas quem define as tarefas e as áreas de conhecimentos para dar continuidade ao tratamento após um diagnóstico, é o profissional da medicina:

- “Suponhamos que o paciente tem um problema cardíaco e ele vai fazer algum trabalho na área de fisioterapia com reabilitação cardíaca, né, o doutor vai trazer as orientações que ele colheu pra mim, mas quem vai decidir o tratamento realizado sou eu, né? No caso, o paciente vai fazer somente um tratamento na área médica, medicamentoso, e se ele passar por uma avaliação comigo, eu vou passar as informações que eu tenho pra ele” (FIS – PRI).

Em contrapartida, destacamos abaixo a fala de um profissional de medicina sobre o seu ponto de vista acerca da autonomia que era concedida aos profissionais de educação física:

- “[...] hoje, aqui na atividade física eles têm muita autonomia [...] pra direcionar o tipo de atividade que vai ser feita. O objetivo é que ela tenha uma atividade física com foco em saúde, né? [...] dentro disso, assim, eles tem muita autonomia pra montar a atividade da maneira que eles acham melhor, né?” (MED – PRI).

Embora a autonomia profissional na área da medicina tenha se enfraquecido, por conta do rápido avanço, disseminação e acesso aos conhecimentos científicos (PEREIRA-NETO, 1995), possibilitando aos profissionais e até mesmo aos leigos o fácil acesso a uma gama de informações sobre o processo de saúde e doença dos indivíduos, os médicos, por serem detentores de uma base teórica de conhecimento acerca do diagnóstico, inferência e tratamento das doenças (ABBOTT, 1988), e por possuírem controle sobre o monopólio econômico, político e administrativo acerca da regulação de sua própria profissão (FREIDSON, 1998; VERENGUER, 2004), eles sempre coordenarão as tarefas no setor da saúde, bem como a definição das tarefas profissionais das profissões contíguas.

A autonomia adquirida por meio do monopólio econômico representa “o recrutamento, o treinamento e o credenciamento para poder regular diretamente o número de praticantes disponível para satisfazer a demanda” (FREIDSON, 1998, p.207), garantindo, dessa forma, a reserva de mercado e, assegurando que, somente os profissionais médicos podem exercer a profissão no que diz respeito às tarefas de diagnóstico. Com relação ao monopólio político, a autonomia é garantida à medicina, pois a profissão é vista como a porta-voz da sua própria *expertise* “e por isso seus representantes atuam como orientadores especializados da legislação e das normas administrativas relacionadas com seu trabalho” (p.207). E por fim, no monopólio administrativo os “seus membros ocupam as classes organizacionais relacionadas com o estabelecimento de padrões de trabalho, com o direcionamento e avaliação do trabalho” (p.207). No entanto, esses elementos não podem ser analisados de forma isolada, pois a base teórica da medicina acaba dirigindo e institucionalizando esses três monopólios.

Evetts (2002) afirma que desconhece uma profissão que tenha se sustentado apenas pelo domínio de um corpo de conhecimento e habilidades especializados, visando majoritariamente, ao atendimento das demandas sociais, com exceção das profissões tradicionais, como, por exemplo, a medicina e o direito. Ela aponta que a grande diferença da autonomia exercida por grupos profissionais consolidados é que processo de tomada de decisão não está baseado somente na reivindicação de uma *expertise*, mas também em elementos mais amplos, como: controle das condições e ‘coações’ econômicas, políticas, sociais, organizacionais e

burocráticas que podem afetar o sistema de funcionamento de uma categoria profissional.

Analisando o caso das profissões secundárias e, por conseguinte, a área da educação física, o que encontramos é uma ausência de controle sobre a organização da própria profissão no que diz respeito aos elementos políticos, administrativos, sociais e econômicos. No caso da medicina, elementos como valores sociais, aval do Estado e auto-regulação favorecessem o domínio sobre as coações políticas, econômicas e sociais apontadas por Evetts (2002). Minelli, Soriano e Fávoro (2009) ilustram esse cenário (Figura 4) e apontam que:

[...] 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 (p.54).

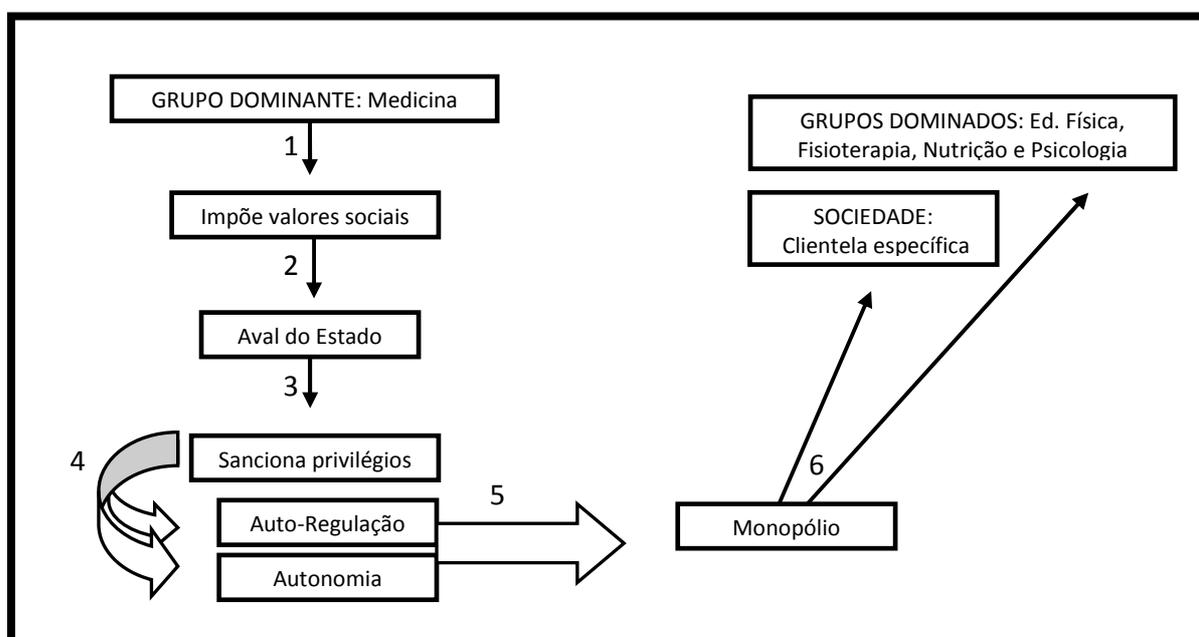


Figura 4 - Processo de instalação do Monopólio Profissional na área da Saúde
Fonte: Minelli; Soriano; Fávoro, 2009.

Assim, a afirmação de Freidson (1970) acerca da existência de dois grandes grupos de profissões no setor da saúde - médicos e não médico - é fortalecida em nossa pesquisa, mediante o cenário encontrado em campo. Entretanto, embora alguns autores apontem que a medicina está perdendo de maneira lenta e progressiva o seu mercado de trabalho (PEREIRA-NETO, 1995; ALTHOFF, 2002 apud OJEDA, 2004; OJEDA, 2004) para as novas profissões da saúde, o poder exercido pelos médicos será superior. Além do controle sobre a própria profissão, “práticas mais especializadas, com maior poder tecnológico são concebidas, tanto no universo da Saúde como na sociedade, como práticas que elitizam profissionais (OJEDA, 2004, p.164). A autora ainda acrescenta que a “hegemonia médica é legitimada pela sociedade na medida em que a Saúde está centrada no saber eminentemente médico (p.120).

Portanto, a partir das discussões instauradas nessa categoria, apreendemos que, embora os todos os profissionais atuantes no trabalho em equipe, tanto no contexto público como privado, apresentaram uma certa independência para desenvolver as tarefas profissionais dentro da sua área de conhecimento e local de intervenção, mas essa autonomia não se caracterizou de forma plena. Por exemplo, o profissional de educação física tem liberdade de escolha para prescrever o treinamento de exercícios físicos em uma academia, o fisioterapeuta decide a melhor forma de reabilitação de uma lesão dentro de sua clínica, o nutricionista indica a melhor forma de se alimentar para um paciente e a psicóloga seleciona as melhores estratégias para contribuir com problemas de ordem psicológica. No entanto, essa autonomia não é plena ou total, pois as ações em saúde são organizadas e coordenadas pela liderança no setor, ou seja, pela profissão política, econômica e socialmente sustentada.

Assim, o ponto chave para justificar autonomia da medicina no setor da saúde é, definitivamente, o controle sobre o seu corpo de conhecimento e o controle sobre o seu próprio trabalho, assegurando que o processo de tomada de decisão não é baseado apenas na *expertise* do grupo, como acontece com as profissões secundárias, mas sim sobre o controle das condições econômicas, políticas, sociais, organizacionais e burocráticas que podem afetar o sistema de funcionamento de uma categoria profissional. O domínio e controle de tais elementos podem ser responsáveis pela capacitação de um grupo profissional para defender e manter-se indefensável em relações às novas situações emergentes no

mercado de trabalho, bem como se protegerem de acusações sem fundamentação teórica, baseada em discursos do senso comum.

4.3.3 Correlações do TEMA 3

4.3.3.1 Tema 3 – Categoria 5

TEMA 3: Divisão do trabalho no setor da saúde: como ela é construída, mantida, negociada e desafiada pela retórica, ação e tomada de decisão entre os profissionais da saúde.

CATEGORIA 5: Aspectos relevantes para uma boa relação de trabalho entre diferentes grupos profissionais no setor da saúde

Na correlação “Tema 3 – Categoria 5” identificamos os principais elementos que favoreciam uma boa relação de trabalho entre diferentes grupos profissionais no trabalho em equipe no setor da saúde, que conta com a atuação de vários profissionais com formações distintas e pontos de vista e crenças também divergentes.

A maioria dos entrevistados ressaltou que os principais aspectos para que as interações interprofissionais dessem certo eram o respeito e a comunicação/diálogo entre os profissionais:

- *“Eu acho que inicialmente respeito, né, respeito até de pessoa pra pessoa [...] A princípio, né, como política de boa convivência, o respeito pelo trabalho de cada um” (MED – PUB).*
- *“Olha, acho que a primeira coisa mais fundamental é a comunicação, sabe?” (MED – PRI).*
- *“Respeito com relação às diferentes competências e abertura para discussão” (EDF – PRI).*
- *“Eu acho que é cada um respeitar o seu lugar, cada um saber respeitar o tratamento do outro” (FIS – PRI)*
- *“[...] primeiro você ter a noção da limitação da sua área. Segundo, né, acho que até é a mesma coisa: respeito, né, a relação de respeito” (EDF – PRI).*

- *“Diálogo e respeito, né? São as duas coisas principais. Porque assim, nós conversamos, né, um respeita a opinião do outro, e daí nós conseguimos construir de acordo com a necessidade” (NUT – PUB).*

- *“É respeitar, eu acho que é respeitar a opinião e o conhecimento do outro, né?” (EDF – PUB).*

- *“Eu acho que é o respeito [...] independente de que área for. Se você é um mestrado, se você é pós-doutorado, se você é um formando, tem que ter respeito (EDF – PUB).*

Identificamos, portanto, que a relação de respeito entre os profissionais, apontada pelos membros da equipe, estava pautada, principalmente, no reconhecimento e valorização das competências técnicas de cada área. Isto é, podemos afirmar, mais uma vez, que o conhecimento especializado atuou como um elemento que pode desequilibrar as interações interprofissionais, pois coloca em evidência a *expertise* de cada grupo profissional, dando abertura para: a) identificar fragilidades no exercício da profissão; ou b) identificar as potencialidades de cada área. No último depoimento, por exemplo, reportado por um profissional de educação física, atuante no contexto de saúde pública, ele ressaltou que independente da titulação dos membros da equipe deve existir o respeito às diferenças de formação e especialidade.

Wong (2008) salienta que as distintas formações, opiniões e crenças de cada profissional dentro de uma equipe de trabalho favorecem o crescimento do grupo, pois os membros obtêm acesso a diversos saberes e, possivelmente, desenvolvem pensamentos diferenciados sobre a relevância da presença de várias bases de conhecimento para a realização de tarefas individuais e em grupo. Entretanto, os relatos dos profissionais também direcionaram a nossa análise para os possíveis conflitos interprofissionais que podem existir entre as profissões contíguas atuantes no setor da saúde com formações distintas, com exceção dos médicos, pois eles detêm uma base teórica de conhecimento capaz de assegurar a legitimidade de sua intervenção, sem risco de perda de autonomia com relação às suas tarefas no setor, como já discutido na categoria anterior.

Dessa forma, constatamos que a menção feita ao respeito que deve existir entre as opiniões divergentes advindas das diferentes profissões comprovou que esses conflitos entre as áreas, de fato, aconteciam. Os profissionais não mencionaram esses conflitos em grandes proporções, mas dependendo da maneira

como aconteciam, poderiam desestabilizar a boa relação de trabalho entre os envolvidos:

- *“Esse negócio de invadir os papéis, de ter que ter os limites e ao mesmo tempo trabalho junto é muito difícil. Antes de ser psicóloga, eu sou uma profissional da saúde, né, e assim todos podem ser promotores de saúde, né? Tem algumas situações, a gente tem que saber também dar uma orientação, ou pelo menos avaliar, alguma coisa que é da área do outro, até pra poder encaminhar e dizer: olha, isso daqui não é meu papel e eu não competência pra isso; olha, nutricionista, educador, você pode me ajudar nisso? Então a gente tenta ter esse respeito” (PSI – PRI).*

- *“Nós somos profissionais da saúde, então sim, se eu percebo que a mulher tá tomando um medicamento na hora errada, eu não preciso falar, olha eu vou falar pra enfermeira falar pra senhora. Eu vou falar: olha, a senhora tá tomando remédio na hora errada; a senhora tem que fazer isso, conversa com a enfermeira. Então eu já dou o toque e depois eu falo: ó, a informação mais profunda você pode ter com a enfermeira; aí depois eu vou lá pra enfermeira e falo: olha, eu encontrei a dona Maria, ela tá tomando remédio na hora errada e eu falei pra ela tomar na hora certa, aí agora se eu fiz besteira, você vai lá e conserta, entendeu?” (NUT – PRI).*

Os profissionais relataram nesses dois depoimentos que, por pertencerem ao mesmo setor de intervenção profissional, os membros da equipe poderiam passar informações aos pacientes com relação às orientações básicas, que no nosso ponto de vista, são oriundas do conhecimento de senso comum, como por exemplo: tomar remédio no horário correto, usar roupas adequadas para a prática de atividade física, não comer muito antes de praticar uma atividade física. Essas orientações, por sua vez, não trariam nenhum comprometimento ou risco à saúde dos pacientes:

- *“[...] é importante você dar um toque: ó enfermeira, você falou aquele negocio lá, mas aquilo ali era sua avó que falava, isso aqui não é uma coisa fundamentada, né? Olha, você fica falando, sei lá o profissional de educação física, você fica falando que pra emagrecer tem que fazer exercício aeróbio, mas não é bem assim, né? Então eu acho que a gente tem que ter a delicadeza do negócio [...] as vezes, a gente tem que se meter, eu nutricionista tenho que falar: ó você precisa fazer um exercício, ó por que você não faz exercício nesse horário porque eu acho que esse horário vai ser mais eficaz pra você e tal? Eu tenho que me meter, mas eu sempre vou falar: olha, mas só que a informação completa sobre isso quem vai ter é o profissional de educação física, né? Então eu..eu vejo mais ou menos assim, quer dizer, pro resultado ser bom, você tem que ter*

bons fundamentos. Você só vai ter bons fundamentos com o profissional da área, senão vai ficar um negócio generalista, entendeu?” (NUT – PRI).

Soriano (2003) corrobora esse apontamento, afirmando que “no dia-a-dia das articulações dos recursos para intervenção profissional, as fronteiras e jurisdições de conhecimento e intervenção são bem menos nítidas e mais flexíveis” (p.196). Portanto, nos locais investigados, percebemos que, ao mesmo tempo em que os profissionais afirmaram que deveria existir respeito para com a prática do outro, esse respeito se torna inexistente no cotidiano profissional, pois as fronteiras entre as áreas na prática mostram-se mais fluidas, e conseqüentemente, passíveis de invasão. Conseqüentemente, constatamos que os profissionais possuíam uma ideia utópica com relação as invasões jurisdicionais, acreditando que não aconteceriam no dia-a-dia das interações interprofissionais.

Nesse sentido, as relações de conflitos entre os profissionais fizeram-se presentes nas seguintes situações:

- “[...] quem tá de fora, e aí já interferir na outra área, acho que é meio complicado. Dá pra conversar, é lógico, ela tem que explicar primeiro. Muitas vezes ela já quer impor alguma coisa, né, não quer saber o seu ponto de vista” (EDF – PRI).

- “[...] cada um no seu domínio, acho que, quando alguém de fora da área, por exemplo, algum profissional fora da sua área tenta invadir seu espaço, e fazer com que você prescreva um treinamento de acordo com o que ele acha e com os conhecimentos da área dele, daí não dá certo [...] ter esse respeito, mas conseguir se impor e ganhar o respeito das outras pessoas. Então tipo: impor, mas respeitando, sabe?” (EDF – PRI).

- “[...] eu acho que parte de novo da base do respeito, como profissional e como pessoa, porque as vezes a gente vê as diferenças de personalidade, um que tenta se impor mais” (PSI – PUB).

Essas situações de ‘imposição’ estabelecidas nas relações de trabalho em determinados casos, segundo Ojeda (2004), representa uma forma de exercício de poder resultante dos esforços das profissões para tentar demarcar seus territórios de intervenção, por meio do conhecimento especializado. Larson (1977), Abbott (1988) e Freidson (1998) reforçam essa afirmação apontando que as diferenças existentes entre as especialidades das profissões contíguas no setor da saúde, a falta de reconhecimento social e prestígio profissional em a maior ou menor

autonomia sobre determinadas áreas de intervenção, criam oportunidades para as profissões lançarem mão de estratégias de poder para demonstrar a importância e relevância do seu conhecimento. Uma dessas estratégias, por sua vez, é justamente impor o seu ponto de vista, fazendo os profissionais acreditarem que aquela decisão é correta. Em resposta a essa situação, os profissionais da equipe tentam minimizar essas situações conflituosas, como relata o próprio profissional:

- “[...] um que tenta se impor mais, né, mas aí o grupo faz essa função também de mediador” (PSI – PUB).

Como as fronteiras entre as áreas mostram-se fluidas no cotidiano da prática, em casos de apropriações de conhecimentos ou imbricações entre as áreas de intervenção, Soriano (2003) alerta que os profissionais que irão ‘consumir’ e utilizar os saberes e procedimentos de outras áreas devem fazê-lo de forma adequada. Ou seja, isso implica em domínio das habilidades necessárias para “identificar, entender e apreender os códigos, definições e conceitos” (p.209). Os profissionais entrevistados não salientaram nenhuma situação em que essas imbricações ocorreram, mas destacamos um relato que corrobora esse apontamento trazido pela autora:

- “É lógico que um profissional de educação física entende um pouco de nutrição, entende um pouco de medicina, um profissional da nutrição [...] mas você tem que ter um estofo bom de conceitos da sua área pra você poder convencer seu cliente” (NUT – PRI).

Em suma, pudemos apreender que a relação de respeito mencionado pelos profissionais, remete à compreensão de dois elementos que podem ser entendidos a partir desse: a) a situação de imposição e b) as invasões entre as áreas de conhecimento. A primeira representa uma relação de respeito baseada em questões individuais, como pessoa e como profissional, não minimizando as contribuições e apontamentos advindos de cada profissão e, evitando imposições de opiniões oriundas de áreas não diretamente ligadas ao problema. E a segunda representa uma relação de respeito em não invadir a área de conhecimento das outras profissões.

4.3.3.2 Tema 3 – Categoria 6

TEMA 3: Divisão do trabalho no setor da saúde: como ela é construída, mantida, negociada e desafiada pela retórica, ação e tomada de decisão entre os profissionais da saúde.

CATEGORIA 6: Conexões entre o processo de tomada de decisão e as negociações entre os membros da equipe.

Na correlação “Tema 3 – Categoria 6”, salientamos um conjunto de depoimentos que elucidaram de que forma aconteciam o processo de tomada de decisão e negociação entre os profissionais. Sabemos que cada profissão possui uma formação diferenciada e, conseqüentemente, um ponto de vista distinto acerca da resolução de determinados problemas. Dessa forma, procuramos exemplificar nesse subtópico, como esses dois processos aconteciam no dia-a-dia do trabalho em equipe.

Acreditávamos, inicialmente, que o processo de tomada de decisão coletivo, para discutir casos de pacientes, estaria dissociado das negociações estabelecidas entre os profissionais no cotidiano do trabalho em equipe. Ao ler e reler as entrevistas transcritas percebemos que ambos caminhavam juntos. Isto é, a partir de pontos de vistas individuais, a obtenção do consenso sobre determinados casos implicava em um processo de tomada de decisão coletiva. Para tanto, ao trocarem informações para obter essa uniformidade de opiniões, os profissionais estabeleciam acordos entre os membros do grupo para concluir qual seria a melhor forma de intervenção nos casos dos pacientes em questão.

No entanto, identificamos que as negociações no trabalho em equipe, também, apareceram de forma isolada, ou seja, desvinculada do processo de tomada de decisão coletiva, no seguinte caso: quando os profissionais conversavam entre si para negociar estratégias para melhorar a sua própria área de intervenção, como, por exemplo, negociando troca de materiais e estabelecendo acordos entre os membros do trabalho para dar visibilidade a sua própria área de atuação.

Inicialmente, apresentamos a primeira parte dos dados analisando como esses dois processos se entremearam no cotidiano do trabalho em equipe e, por fim, destacamos em que momentos as negociações entre os membros da equipe aconteceram de forma separada e com objetivos próprios.

Não obstante os processos de tomada de decisão e negociação entre os profissionais parecessem difíceis de serem exemplificados, pela característica de subjetividade que esses dados representam, nos depoimentos abaixo essas questões ficaram mais claras. Gostaríamos de ressaltar que o processo de tomada de decisão e as negociações dentro do trabalho em equipe no setor da saúde foram analisados tendo como base os seguintes aspectos: processo em que duas ou mais partes compartilham informações, ideias, sugestões e opções para alcançar um acordo mutuamente aceitável entre os envolvidos.

- “[...] as vezes eu levanto uma hipótese minha que ela precisa da nutricionista naquela hora, mas eu vou discutir com a equipe o que que a equipe acha, né? Dai um vai falar assim: ah não, na verdade, essa cliente já foi na nutricionista milhares de vezes e não adianta mandar de novo; outro fala: ai, será que não era melhor ela só ficar na atividade física, né? Então a equipe dá palpite e a própria nutricionista vai avaliar também se tem necessidade de atender ou não. Então eu levanto a demanda, mas os profissionais, né, vão dar o seu palpite no que é feito, no que a gente vai fazer com aquele cliente” (PSI – PRI).

- “Então assim, às vezes, a gente chega a uma solução ou a uma conclusão assim de negociação, de pensar junto, de um ter que ceder um pouquinho mais, outro um pouquinho menos, né, então eu acho que por se tratar de pessoas diferentes que pensam diferente” (PSI – PUB).

- “Às vezes, por exemplo, eu trago uma dificuldade porque eu não to vendo muita evolução naquele paciente. Então a unidade acionou a gente, pra gente trabalhar com ela a questão emocional, né, e nutricional ao mesmo tempo pra ela mudar os hábitos alimentares. Aí vem a assistente social e fala assim: tá, ela tem condições de fazer isso? Porque às vezes não tem. Daí diante dessas possibilidades de dificuldades que a gente levanta, a gente vai chegando num consenso né?” (PSI – PUB).

- “[...] as vezes, pessoal traz pra gente, ele vai falar: olha, tá acontecendo isso, tá acontecendo isso, no que vocês podem interferir, no que que a gente pode auxiliar essa pessoa, não pode dar um jeitinho pra isso, ou arrumar aqui, arrumar ali, vamos fazer alguma ação fora, porque eu acho que é bacana a gente fazer alguma coisa fora. Então o que a gente pensa, o que a gente leva pras reuniões, o que a gente dá de dica e sugestão é sempre levado em consideração” (EDF – PUB).

- “A gente senta, conversa, o profissional da área ou das áreas em específico expõem as necessidades, expõem as ideias, pede sugestões, são feitas sugestões, a gente recebe, no meu caso, recebe sugestões e ali

a gente traça as ações, né, o que a gente acha, o que naquele momento seja mais positivo ser feito” (EDF – PUB).

- “É, eu digo assim, a ação individual ela passa a ser uma tomada de decisão coletiva quando há esse grupo realmente unido, pensando no benefício do paciente. Então, aí vem a informação: olha ele tem isso, olha eu vi isso, olha eu vi aquilo. Então, claro que uma discussão e uma interação das áreas, todo mundo vai poder acrescentar as informações pra poder dizer as suas opiniões. Então, a decisão em conjunta vem quando a gente consegue um ouvir o que o outro viu pra gente poder agregar naquele que vai realmente atuar. Eu vou ouvir, por exemplo, passou pelo teste, passou pela avaliação, se tá ou não tá com alguns problemas e eu vou ouvir o que todo mundo tem a dizer. Da mesma forma que todo mundo vai ouvir o que todo mundo tem a dizer. Então é dessa forma que a gente vê que a gente consegue decidir em conjunto, expondo cada vez mais as informações” (FIS – PRI).

Segundo Svensson (1996), as negociações entre os profissionais inseridos em uma equipe no setor da saúde, acontecem, pontualmente, nas seguintes situações: na definição das formas de organização do trabalho, na delegação de tarefas, indicando de que forma cada área contribuirá na solução de problemas e, na fixação de prazos para a realização do trabalho. No caso do presente estudo, encontramos informações próximas aos apontamentos do autor, salvo no seguinte aspecto: eles mencionaram uma tarefa de levantamento sobre o que já havia sido feito com aquele paciente como um fator importante para o processo de tomada de decisão.

Assim, detectamos que a condição fundamental para que as ações individuais se transformassem em tomadas de decisões coletivas era a exposição de diferentes pontos de vista sobre um mesmo caso, oriundos dos distintos profissionais que compunham a equipe. Nos relatos percebemos que a integração dessas informações acontecia a partir de duas ações principais: o ‘ouvir’ e o ‘falar’. Em outras palavras, tornou-se imprescindível que cada profissional expusesse o seu ponto de vista acerca do caso em questão, sugerindo uma possível solução para o problema, baseando-se, sobretudo, na sua área de conhecimento.

Gostaríamos de fazer uma ressalva. Como mencionado nas discussões das categorias anteriores, a presença, quase inexistente, dos médicos nas reuniões de discussão de caso, não permite avaliar se o processo de tomada de decisão não conta com a participação desse profissional pela sua ausência nesses encontros, ou se realmente o grupo que possui uma aproximação maior com a

demanda (resolução de problemas) é quem decide e repassa as informações para as demais profissões, necessitando, portanto, maiores inserções no campo de pesquisa para acompanhar como se dá esse processo, sobretudo com a presença do médico.

Após escutar as colocações de cada grupo, a próxima etapa desse processo consistiu-se em agrupar essas considerações, oriundas das análises individuais, para resultar em uma tomada de decisão coletiva. Esse procedimento, por sua vez, foi feito mediante os acordos e/ou negociações entre os profissionais, representados pelas falas dos membros durante a reunião da equipe. Em suma:

- “[...] a gente para, a gente pensa, escuta todas as opiniões, olha, de repente, pelo caminho que a educação física observou é melhor que o nosso. Então nós vamos por aquele caminho. Então nós vamos assim pelo bom senso. O que prevalece é a melhor forma de conduzir o trabalho” (NUT – PUB).

Segundo Sales e colaboradores (2007),

Quando o indivíduo se senta a uma mesa para negociar, é importante saber que os seus interesses são tão importantes quanto os da outra parte. É preciso valorizar cada posição e buscar as melhores oportunidades para atender as suas exigências, sem que a outra parte se sinta prejudicada, pois se houver desconfiança de que os interesses não estão sendo levados em conta, os outros perdem a motivação e os acordos podem não acontecer. Em uma negociação é importante que ambos os interesses sejam levados em consideração para um acordo aceitável (p.112 e 113).

Dessa forma, entendemos que as negociações entre os profissionais devem ser feitas com a presença de um líder para coordenar esse processo, que se mostra complexo e passível de conflitos, pois as soluções para os casos são indicadas por profissionais que possuem formações e crenças distintas, vivências e experiências diferentes e, sobretudo, uma forma divergente de encarar o problema tendo como referência o enfoque da sua área de conhecimento.

Os mesmo autores afirmam que a presença de um gerente dentro do trabalho em equipe no setor da saúde é essencial para solucionar os problemas “sem gerar ansiedades e desconfortos, saber motivar as pessoas sem criar expectativas inatingíveis. É preciso ter habilidades de relacionamento e possuir uma das artes mais difíceis, que é saber ouvir” (p.114). Nos depoimentos abaixo, exemplificamos as considerações apontadas por Sales e colaboradores (2007):

- *“Como é uma equipe multiprofissional, então não é só o professor de educação física. Então tem o fisioterapeuta, tem os enfermeiros, tem os médicos, então é...então você tem que levar em consideração a opinião deles na hora de efetuar algum serviço. Então interfere bastante porque tem que sempre tá interagindo com essas pessoas” (EDF – PRI).*

- *“Então vai ter uma relação muito grande de conversas, de estudar o caso e cada um tem seu ponto de vista. E sendo respeitados esses pontos de vista para um objetivo final, acho quem que vai ganhar mais é o paciente, né, porque, as vezes, não entendo algumas coisas, né, então tem que saber conversar em todas as áreas, né, pra ver o que faz, o que que tá relacionado, pra poder estar retirando os ganhos disso pro objetivo final, né? Agora se cada um ficar na sua, não quer saber das outras, né, porque acontece, tá aqui e acha que vai tomar espaço. Ninguém toma o espaço de ninguém, se cada um fizer na sua área, ninguém vai...não dá pra você ficar atuando nas outras áreas, né?” (EDF - PRI).*

- *“E ela (chefe) sempre chama no final: então, o que que nós resolvemos em relação a tal pessoa? Nós resolvemos isso, isso, isso e isso” (NUT – PRI).*

Svensson (1996) afirma que as relações de trabalho que acontecem entre os profissionais não se baseiam, exclusivamente, em negociações, mas também em elementos compulsórios, persuasivos e de manipulação, que são estratégias utilizadas para as pessoas se comportarem de determinadas formas. Porém, não encontramos nos dados elementos que pudessem corroborar essa informação, pois acreditamos que as equipes investigadas, embora se orientassem e se organizassem a partir dos direcionamentos médicos (encaminhamentos), elas não sofriam influências negativas com relação a essa forma de negociação apontada pelo autor. No entanto, ressaltamos que não fica claro se a tomada de decisão e negociação entre os membros do trabalho em equipe não conta de fato com a participação do médico,

Com relação aos acordos estabelecidos entre os profissionais de forma isolada, constatamos que essa estratégia era utilizada dentro do trabalho em equipe para conquistar espaços profissionais, buscar reconhecimento e, conseqüentemente, demonstrar a importância da sua área de intervenção para o grupo. Apontamos abaixo duas situações específicas, que envolveram o profissional de educação física. Escolhemos esses relatos para salientar as dificuldades que a área encontra diante das demais profissões, sobretudo com os médicos, lançando mão de artifícios para pactuar acordos. Ademais, essas negociações mostrarem-se

visíveis apenas no contexto de saúde pública, no qual a inserção da educação física se deu apenas em 2008.

- “[...] a disputa é na questão de lugar mesmo, por exemplo, a ginástica laboral. A ginástica laboral a fisioterapia tomou conta e é uma coisa que é da educação física. E aqui eu to com a ginástica laboral, nós estamos fazendo com os próprios funcionários, nós temos a ginástica para o trabalhador. Então, no começo a fisioterapia não gostou. Tive problemas com equipamentos, emprestar colchonete, bolinha, porque a educação física, igual eu te falei, foi jogada, ela não tem nem material pra dar aula. Então eu utilizo o que? O material emprestado da fisioterapia, né? E elas não gostaram no começo, mas daí elas foram aceitando quando elas viram o que? Que eu poderia ser útil quando eu dei a ideia delas me encaminharem. Daí quando ela (fisioterapeuta) notou que ela também precisava da minha ajuda, que isso ia melhorar o serviço dela (diminuir a espera no ambulatório), ela começou a facilitar coisas pro meu serviço, né?” (EDF – PUB).

Nesse relato percebemos a vantagem detectada pelo profissional de educação física em estabelecer uma negociação com uma profissão contígua. Por se tratarem de áreas concorrentes no setor da saúde, principalmente, com relação aos conhecimentos de reabilitação, uma das formas de minimizar essa disputa entre as duas áreas de conhecimento foi negociar um encaminhamento de pacientes. Ou seja, o profissional de educação física estabeleceu um acordo que beneficiou o exercício da sua profissão em dois sentidos.

No primeiro, a estratégia utilizada foi negociar os materiais pertencentes à área da fisioterapia. No nosso ponto de vista, a falta de materiais, apontada pelo pesquisado, impossibilitaria que as aulas de ginástica laboral fossem planejadas com variação na proposta das atividades. Dessa forma, o profissional de educação física utilizou um argumento fundamental para consolidar o acordo, no caso, o empréstimo de materiais, que foi a sugestão de encaminhamentos advindos dos fisioterapeutas. Isso implicaria na diminuição da fila de espera no ambulatório de fisioterapia, pois os pacientes poderiam dar continuidade ao tratamento junto aos profissionais de educação física nas academias implantadas nas praças das cidades (ATI), não recorrendo a todo o momento, somente aos profissionais da fisioterapia. Essa situação mostrou-se próxima do relato de um profissional da medicina, como apontado na categoria 1, de que a inserção da educação física no trabalho em equipe no setor da saúde pública, minimizou a demanda nos postos de saúde.

Portanto, esse acordo entre a área da educação física e da fisioterapia pode ser explicada, também, a partir desse ponto de vista.

No segundo, essa negociação entre a área da fisioterapia e da educação física possibilitaria uma maior visibilidade à segunda, pois os indivíduos passariam a frequentar as atividades oferecidas pelos profissionais de educação física nas academias, ao mesmo tempo em que reconheceriam a relevância da atuação desse grupo junto à população. Essa aceitação por parte dos indivíduos representa uma forma significativa de elevação do prestígio profissional da educação física, pois um dos elementos que assegura um maior *status* a uma área é a o reconhecimento e valorização social na realização de tarefas. Esse processo não se dá de forma tão simples, como apontado, mas a credibilidade da medicina no setor da saúde advém do reconhecimento social que ela conseguiu impor.

No depoimento a seguir, identificamos um processo de negociação estabelecido entre a área da educação física e a medicina:

- “[...] a educação física hoje com a parte do encaminhamento está mais na parte de prevenção. Então, eu to tentando conscientizar eles (médicos) de que é o caminho, porque ainda tem um pouco de dificuldade. Tem médico que não aceita ainda. Então, agora, até essa semana nós estamos começando com as visitas, através de ofício, e eu ligo em cada médico, em cada clínico geral, conversar pra pedir o encaminhamento nos Postos de Saúde” (EDF – PUB).

Para uma melhor análise dessa situação, apontamos abaixo a descrição desse acordo estabelecido entre as áreas, a partir do ponto de vista da gerente da equipe:

- “[...] com o educador físico, uma coisa interessante que eu achei, foi a parceria que eles fizeram com o cardiologista, com o ortopedista. Outra tentativa que tá sendo feita, a fulana (profissional de educação física) está se organizando pra levar isso pros clínicos gerais das unidades básicas de saúde. Então apresentar a ATI, fazer o que eu fiz aqui com os clínicos das unidades pra que eles encaminhem, porque já foi falado, já foi apresentado em reunião de equipe e isso não surtiu muito efeito” (ENF – PUB)

Ainda que existisse a aprovação da coordenadora do trabalho em equipe (NASF), bem como dos demais membros, a falta de reconhecimento por parte dos médicos inseridos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) influenciou diretamente a atitude desse profissional em realizar contatos formalmente (ofícios)

com esse grupo. Em outras palavras, a apresentação verbal sobre a existência das academias, feita a todos os funcionários durante algumas reuniões, não foi suficiente para consolidar encaminhamentos para a área da educação física. Inclusive um dos médicos reportou que:

- “[...] eu não acredito que gastou dinheiro com essa porcaria dessa ATI, sendo que está faltando remédio” (EDF – PUB).

A intenção de oficializar esse procedimento por meio de documentos foi uma estratégia utilizada pelos profissionais para tentar demonstrar aos médicos a efetividade da ATI na prevenção de doenças. Além disso, a intenção de ambos também objetivou, mesmo que de forma indireta, reduzir a grande demanda de atendimentos nos postos de saúde:

- “[...] que em determinados postos a gente já viu que conseguiu tirar aquele bando de gente que ficava lá, as vezes, pra fazer outra coisa. Então teve postos que já reconheceram, mas tem alguns que ainda não” (EDF – PUB).

Novamente verificamos que a falta de reconhecimento por parte da liderança no setor, acerca da intervenção do profissional de educação física, especificamente, dentro da saúde pública, resultou na elaboração de estratégias de negociação para salientar a importância da inserção desse profissional nas equipes de trabalho no contexto público.

Os depoimentos dos profissionais de educação física corroboram as temáticas discutidas até aqui, pois desde o começo da análise de dados no presente estudo, temos apresentado os obstáculos e resistências encontrados por esses profissionais no exercício da profissão, sobretudo, com relação à interação com os médicos. Logo, concordamos que essas estratégias de negociação representam uma forma de transpor essas dificuldades e, de certa forma, assegurar formalmente que os médicos estão cientes da existência e importância da atuação da educação física. No entanto, gostaríamos de fazer uma ressalva. A manifestação dessa entrevistada pode denotar uma certa melhoria no processo de negociação e tomada de decisão. Porém, resta investigarmos se, realmente, esse processo a) vem se dando de forma crescente e significativa nas demais equipes; b) se há o impacto da coordenação nesse processo; e c) se é um caso isolado, onde os traços de personalidade do profissional envolvido impactam as relações de trabalho e,

portanto, se impõem no ambiente. Para isso a imersão em campo seria uma forma de avaliar esses elementos.

4.3.3.3 Tema 3 – Categoria 7

TEMA 3: Divisão do trabalho no setor da saúde: como ela é construída, mantida, negociada e desafiada pela retórica, ação e tomada de decisão entre os profissionais da saúde.

CATEGORIA 7: Forma de comunicação entre os envolvidos no trabalho em equipe.

Na correlação “Tema 3 – Categoria 7”, ressaltamos o tipo de linguagem que era utilizada como forma de comunicação entre todos os envolvidos no trabalho em equipe: formal ou informal. Para isso, diferenciamos e explicamos para os entrevistados o significado de cada uma delas, sendo a primeira representada pelo uso de termos técnico-científicos e, a segunda, pela ausência de formalidades, isto é, sem o emprego de um vocabulário rebuscado. Destacamos, também, nesse subtópico qual era o tipo de linguagem que eles achavam mais importante dentro do trabalho em equipe e em que momento elas eram empregadas.

Quando estruturamos o roteiro de perguntas para a realização da entrevista, acreditávamos que os profissionais mencionariam, dentro dessa temática, as formas de comunicação estabelecidas, exclusivamente, entre os membros da equipe. No entanto, eles, também, salientaram a importância com relação à maneira que eles interagem com os pacientes e/ou usuários. Portanto, quando afirmamos que a análise de dados nessa categoria deu-se entre “todos os envolvidos”, referimo-nos aos profissionais e aos pacientes. As discussões se basearam nesses dois momentos. Para dar suporte às nossas análises nessa categoria, contamos com os apontamentos de Soriano e Winterstein (2003) e Soriano (2004), pois estes analisaram as estratégias de intervenção utilizadas pelo profissional de educação física no momento da intervenção, sobretudo com relação à forma de comunicação entre as demais categorias e, também, usuários. Outrossim, Evetts (2010) também nos dá suporte com relação à essa temática, salientando que a legitimidade de uma profissão sofre influência do tipo de vocabulário utilizado no ambiente de trabalho.

Na interação entre os profissionais, encontramos um equilíbrio no uso dos dois tipos de linguagem, pois segundo eles, a utilização de termos técnicos

fez-se necessária para explicar, com mais precisão, determinadas patologias que requerem uma compreensão exata do problema. Porém, eles mencionaram que a linguagem informal não pode ser deixada de lado, porque representa uma forma de facilitar o diálogo e entendimento do grupo:

- “[...] a informação técnica são mais quando a gente precisa muito de uma precisão do que se tá dizendo; o paciente tem exatamente isso, pra que outro profissional tenha exata noção daquilo que está acontecendo, né? Já a informal é mais quando a gente tá querendo saber: olha como que indo lá? O paciente tá indo bem? Tranquilo? Precisa de alguma coisa? Aí entra mais na área informal” (FIS – PRI)

- “Olha, eu acho que a linguagem formal na hora de trocar informação entre os profissionais, a gente usa por uma questão de costume, porque na faculdade, a gente usa termos mais científicos e tal” (EDF – PRI).

- “Não realidade eu acho que é uma mistura, né? Você utiliza termos técnicos sim, uma linguagem formal durante as reuniões pra discutir determinados casos e a informal ela vem junto” (ENF – PUB).

- “[...] reuniões que a gente tem aqui, as discussões acabam sendo um misto, sabe? A gente tem a linguagem técnica para aquilo que é (necessário), mas não é aquela coisa exagerada, assim, que tudo é discutido em termos técnicos, né?” (MED – PRI).

- “Então, a questão formal [...] às vezes, é quando a gente tá falando sobre um determinado assunto dentro da equipe, a gente fala: olha, isso é o que a gente chama de tal coisa, né, que tem esse funcionamento. Mas assim, pra gente entender melhor, aí vai pro informal, né?” (PSI – PUB).

Na relação entre profissionais e usuários, percebemos a predominância da linguagem informal. A justificativa para essa escolha residiu na diferença existente entre os conhecimentos adquiridos por um indivíduo após a passagem por um curso de formação profissional e as noções de conhecimento apresentadas por leigos acerca de determinada área de intervenção:

- “Então, aquele momento que a gente tá ali prescrevendo o treinamento, conversado de uma maneira informal, então tem essa troca informal” (EDF – PRI).

- “A informal [...] na relação do profissional com o paciente, né, porque a gente sabe, pelo paciente desconhecer, né, muito da linguagem técnica que a gente utiliza, então a gente acaba utilizando especialmente na relação com o paciente” (ENF – PUB).

- “[...] eu acho que o ruim é você tratar com o paciente com uma linguagem muito formal de tal maneira que ele nem entenda. Então, às vezes, você tem que fazer algumas analogias com situações mais práticas, assim, pra melhorar o entendimento do cliente” (EDF – PRI).

- “Por exemplo, eu tenho o hábito de falar: flexiona, estende, contrai, relaxa [...] se eu uso essa linguagem é como se eu tivesse passando também uma informação em prol dessa pessoa. Então, eu acho assim, interessante eu estar falando para os meus alunos diretamente porque é como se eu estivesse disseminando uma informação nova, um conhecimento novo e, eu sei que eles vão usar isso também” (EDF – PRI).

No último relato, o profissional de educação física, também, ressaltou a importância da utilização de termos técnicos na relação com os pacientes, objetivando ensiná-los a forma mais adequada de descrever um exercício. Sobre esse apontamento, realizamos uma análise mais detalhada, pois possui elementos importantes que, possivelmente, podem estar atrelados à explicação acerca do baixo prestígio profissional da área, sobretudo nas relações de trabalho estabelecidas entre médicos e o restante da equipe.

- “[...] se você ficar usando muitos termos usuais, muito comuns [...] não que não seja importante, mas parece que fica uma coisa meio que, sei lá, meio estranho, meio largado assim. Parece que você não tá nem aí pra paçoca, sabe?” (EDF – PRI)

Segundo o depoimento, se os profissionais da área utilizassem mais termos técnicos durante a intervenção, possivelmente, o *status* da área seria diferente do quadro atual, pois ele asseverou que a maioria dos alunos egressos do ensino médio que presta vestibular na área da educação física, justificava essa escolha por se tratar de uma área de pouca exigência teórica e grande predomínio de habilidades práticas. Verenguer (2004) confirma a hipótese apresentada pelo profissional pesquisado, como já discutido nas categorias iniciais:

- “[...] tem muita gente ainda que vai lá fazer vestibular, fala: ah, o curso de educação física é fácil [...] a gente tem que mudar esse perfil. Acho que a educação física não pode continuar sendo: ah, vou fazer educação física porque é mais fácil do que eu fazer... (não finalizou a resposta) (EDF – PRI).

Essa atribuição do “mais fácil” à área da educação física, de acordo o mesmo profissional, advém da forma como os membros da profissão vêm conduzindo sua intervenção. Embora existisse uma preocupação do profissional com relação aos termos utilizados na relação com os usuários, Soriano (2003) afirma que, grande parte dos profissionais de educação física emprega uma linguagem bastante simplificada durante sua intervenção, ainda que isso não signifique ausência de domínio de conhecimentos técnicos. Encontramos, no presente estudo, elementos semelhantes aos estudos da autora.

Pudemos perceber que os termos típicos de senso-comum, tais como: estica, puxa, dobra, eram utilizados como estratégias de comunicação e não sendo, portanto, uma ausência de domínio dos termos técnicos considerados adequados. Pois, o que eles buscavam era imprimir um certo significado para o usuário, para que uma efetiva aprendizagem ou fixação de informações acontecesse de fato (SORIANO, 2004, p.323).

Apreendemos, portanto, que o uso da linguagem informal no cotidiano do trabalho, por mais que não comprove a ausência de domínio de conhecimentos teóricos por parte dos profissionais, implica, conseqüentemente, em um processo de julgamento advindo tanto dos pares, como dos usuários. Ou seja, o prestígio de uma área parece ser influenciado pela forma como os profissionais se expressam no exercício da profissão, como demonstraram os depoimentos:

- *“Tem professor que vai dar aula e fala: ó, estica a perna. Aí, tem professor que não, que fala ó: estende a perna, flexiona a perna. Acho importante porque agrega valor ao trabalho [...] agrega valor a área, sabe?” (EDF – PRI).*

- *“[...] eu vejo que assim, muita dificuldade pro profissional de educação física entrar numa unidade médica [...] Então, eu acho que é um pouco mais fácil o médico entrar no mundo da educação física, do que o pessoal da educação física entrar na área da medicina [...] é muito difícil um médico conversar com o educador físico e entender o que está falando e vice-versa” (MED – PRI).*

No último relato, constatamos que o médico reconheceu a dificuldade de comunicação existente entre os profissionais de educação física e a sua área de intervenção. Mais uma vez, identificamos uma evidência de que a área dominante no setor da saúde sobressai-se em relação às profissões contíguas, também, por meio do diálogo estabelecido entre os pares. Para exemplificar as

dificuldades de comunicação entre médicos e demais profissões secundárias, apontamos abaixo outro depoimento que comprova esse fato:

- “[...] se eu vou ligar pro médico [...] eu morro de medo quando (gerente) fala assim: liga pro médico do fulano pra discutir. Eu fico pra morrer [...] eu fico tentando lembrar de todas as palavras difíceis. [...] eles vão utilizar porque é uma coisa que eles sabem, porque dá status [...] eu tenho que estar com os termos bem frescos na minha cabeça [...] tenho que mostrar pra ele também que eu entendi, porque ficar por baixo eu não gosto não” (NUT – PRI).

De acordo com esse depoimento, percebemos que a forma de comunicação utilizada pela profissão dominante para com o nutricionista, ou seja, especificamente, nessa situação, foi, majoritariamente, formal, com a presença de termos técnico-científicos. O depoimento nos mostra que a comunicação estabelecida entre o nutricionista e a liderança no setor, chegou a causar uma sensação de desconforto para o primeiro.

Embora as relações de trabalho entre profissionais médicos e não médicos tenham apresentado algumas barreiras com relação à linguagem empregada, a maioria dos profissionais, ressaltou que na comunicação com os médicos eles procuravam utilizar a linguagem formal. Entretanto, quando não havia a compreensão do que estava sendo falado pelo profissional da medicina, eles não hesitavam em questionar e solucionar suas dúvidas.

A partir das discussões instauradas desde o início dessa categoria, constatamos que a utilização da linguagem formal durante o processo de comunicação entre os membros da equipe, mostrou-se mais frequente durante as reuniões para discutir casos de pacientes ou para trocar informações específicas sobre uma determinada patologia. Entretanto, nas relações com os usuários, a predominância foi da linguagem informal. Além disso, detectamos que o diálogo estabelecido, entre os envolvidos no trabalho em equipe, com a ausência de formalidades, implica em um processo de julgamento por parte dos pares e usuários. No depoimento abaixo, um dos pesquisados reconheceu que o nível de instrução dos indivíduos exige que os profissionais utilizem uma linguagem técnica para dar a impressão de domínio de conhecimento:

- “[...] o tipo de cliente que a gente trabalha [...] principalmente, na área da saúde, com atividade física, é com personal, sabe? Ela é uma área que você trabalha com pessoas que tem um perfil social mais elevado, sabe, pessoas que tem condição financeira, tem um padrão assim, uma qualidade de vida, sabe, que tem dinheiro, pra investir nela, na sua saúde. Então, são pessoas que compreendem [...] se você chega aqui e coloca um termo técnico, ela vai olhar e falar: ó, mas, como que é?” (EDF – PRI).

Por conseguinte, embora tenhamos identificado uma possível relação entre a) a forma de linguagem empregada na intervenção, dentro do trabalho em equipe, e b) o prestígio profissional de uma área, temos claro que levamos em consideração nessas análises apenas os depoimentos e opiniões dos profissionais inseridos nesse contexto. Faz-se necessário compreender, também, o ponto de vista dos usuários/pacientes para constatar se, de fato, eles avaliam a intervenção profissional de um grupo por meio da linguagem estabelecida entre ambos. Assim, acreditamos que as opiniões emitidas pela população representam importantes considerações para tentar mapear como as profissões têm sido vistas pelos usuários que “consomem” os seus serviços, sobretudo no trabalho em equipe no setor da saúde, onde as comparações entre as formas de atuar de cada profissão tornam-se mais evidentes, e os julgamentos mais claros, já que esse contexto conta com a presença de diversos profissionais de saúde

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a intervenção profissional em educação física, a partir dos elementos encontrados em seus próprios locais de trabalho, não é uma tarefa fácil. Sabemos da complexidade e subjetividade dos aspectos que envolvem o processo de tomada de decisão, assim como a existência de conflitos interprofissionais nas relações instauradas no cotidiano de um trabalho em equipe. No setor da saúde, que conta a integração e participação de mais de uma dezena de profissionais, constatamos que esse contexto representa um cenário de grande efervescência, sobretudo no que diz respeito às disputas por saberes e monopólios profissionais. Nas interações interprofissionais, as potencialidades e fragilidades de cada área tornam-se mais evidentes e passíveis de comparações. Além disso, as formas de organização e funcionamento do trabalho nesse setor contam, na maioria das vezes, com a coordenação de médicos, que controlam e definem as tarefas e procedimentos a serem adotados entre os membros do grupo.

Nesse sentido, quando assumimos como objetivo desse trabalho investigar como se estabeleciam as relações de trabalho entre os profissionais de educação física e demais grupos, buscamos encontrar respostas para apreender e evidenciar como as interações interprofissionais no cenário do trabalho em equipe no setor da saúde vêm sendo constituída e construída, sobretudo com a integração e atuação do profissional de educação física.

Para tanto, alguns questionamentos mostraram-se obscuros com relação ao exercício da profissão nesse contexto de trabalho e serviram de base para a elaboração desse trabalho: a) como a intervenção em educação física é avaliada pelos profissionais inseridos em uma equipe de trabalho?; b) como eles administram os conflitos por meio do conhecimento formalizado nas interações interprofissionais?; c) como se dá a subordinação à área dominante?; d) como se evidenciam as relações de poder entre as profissões secundárias e a liderança no setor?; e) qual o grau de autonomia dos profissionais dentro do trabalho em equipe?

A fim de buscar respostas para esses questionamentos e visando atender os objetivos, inicialmente, propostos, nossa opção recaiu sobre a abordagem qualitativa de pesquisa. As entrevistas realizadas com os profissionais inseridos na equipe asseguraram uma aproximação entre os envolvidos no processo

de coletas de dados, permitindo que a compreensão sobre as relações de trabalho interprofissionais acontecessem a partir do próprio local da intervenção.

Dessa forma, as análises e discussões apresentadas nesse estudo nos permitiram concluir que:

a) As características da intervenção, sobre determinados problemas no setor da saúde, têm sido dentro do modelo de medicina curativa.

Essa predominância pode estar atrelada, de uma forma geral, ao comportamento das pessoas com relação aos cuidados com a sua própria saúde. Conseqüentemente, se a demanda nos postos de saúde e nas clínicas médicas é representada por indivíduos com doenças já instaladas, cabe aos médicos à tarefa de diagnóstico das patologias, justificando a sua hegemonia nas ações em saúde;

b) O papel do profissional de educação física dentro de equipes de trabalho no setor da saúde, ainda, representa um elemento obscuro para os integrantes do grupo.

A intervenção profissional em educação física, no contexto investigado, tem sido associada à “saúde e ao exercício físico”, ou seja, os profissionais inseridos no trabalho em equipe não souberam precisar as tarefas profissionais realizadas pela área. Nesse sentido, entendemos que a falta de conhecimento sobre a *expertise* dos colegas, pode prejudicar o andamento do trabalho, pois se o propósito da integração de diferentes profissões é solucionar problemas complexos de saúde, torna-se necessário que todos os profissionais tenham clareza sobre: a) a importância e relevância da área de conhecimento das profissões contíguas; b) a abrangência de suas intervenções; e c) as formas de trabalho que podem contribuir com o grupo.

c) A intervenção profissional em educação física no trabalho em equipe tem sido avaliada como sendo de baixa complexidade.

Precisamos compreender que, embora saibamos da importância da existência de uma base teórica para caracterizar uma profissão, não podemos esquecer que a educação física lida com os conteúdos concernentes ao movimento humano e, conseqüentemente, as respostas profissionais aos problemas emergentes na área, são emitidas a partir das experiências e das práticas vivenciadas pelos profissionais. Porém, temos claro que as escolhas e decisões durante o exercício da profissão devem estar respaldadas em conhecimentos

técnico-científicos e, não, eminentemente, nas estratégias baseadas em tentativas e erros.

d) A contribuição do profissional de educação física nas discussões de casos com a equipe mostrou-se incipiente.

Constatamos que as equipes investigadas realizavam reuniões, para debater problemas de pacientes, mas, na maioria das vezes, esses encontros aconteciam sem a presença do profissional de educação física, sendo: a) a incompatibilidade de horários e b) a complexidade dos casos, os dois principais motivos encontrados para justificar a sua ausência. Entretanto, quando eles compareciam às discussões de caso, todos os profissionais tinham espaço para expor suas dúvidas, opiniões e sugestões. Ainda que essas colocações fossem levadas em considerações, o tratamento do paciente era determinado, inicialmente, pelo médico e a área mais próxima do problema diagnosticado era a que conduziria a intervenção.

e) As interações interprofissionais entre a medicina, a educação física e as demais profissões secundárias eram estabelecidas por meio de relações de poder e subordinação.

A hegemonia da medicina no setor da saúde foi constatada pela forma de organização do trabalho e direcionamento dos pacientes dentro da equipe. Ou seja, constatamos que os encaminhamentos realizados para outras áreas de atuação davam-se após a avaliação inicial de um médico.

Esse cenário de hegemonia médica no setor da saúde corrobora as hipóteses iniciais desse estudo, não sendo a medicina subordinada a nenhuma outra profissão e as demais categorias sendo tecnicamente subordinadas à profissão dominante no trabalho em equipe.

f) A autonomia dos profissionais inseridos no trabalho em equipe era parcial, com exceção dos médicos.

As estratégias para um grupo profissional defender-se e manter-se indefensável nas relações de trabalho entre profissões concorrentes são: a) o domínio sobre uma base teórica de conhecimento que fundamente as decisões tomadas durante o exercício da profissão, b) a independência no processo de tomada de decisão e c) o controle sobre o próprio trabalho. Constatamos, portanto, que as profissões contíguas no setor da saúde dependem, a todo o momento, da aprovação dos médicos para dar continuidade ao tratamento dos pacientes, ou seja,

eles indicam, por meio de receitas ou prontuários, quais os problemas e limitações diagnosticados e as demais profissões atendem aos pedidos solicitados. Embora, os profissionais de educação física, psicologia, nutrição, fisioterapia e enfermagem tenham liberdade para escolherem as atividades e tarefas pertencentes à sua área de conhecimento, essa autonomia não se dá de forma total ou ideal, pois não possuem o controle sobre o próprio trabalho.

g) Os processos de tomada de decisão e negociação entre os profissionais do trabalho em equipe exigiram respeito entre os pares.

Apreendemos que a dinâmica do trabalho em equipe, que conta com a presença de profissionais com formações e crenças distintas, implica em uma relação de respeito entre os envolvidos, sobretudo a) em situações de imposição, que se mostraram presentes entre as áreas concorrentes e b) em situações de invasões entre as áreas de conhecimento. Ou seja, no processo de tomada de decisão e negociação entre os grupos, no qual todos expõem suas opiniões e, também, são ouvidos, é necessário que haja respeito e valorização para com as diferentes profissões e seus saberes.

h) O tipo de linguagem empregado na comunicação entre os profissionais e usuários pode denotar a qualidade da intervenção.

Constatamos que a linguagem formal foi mais utilizada em reuniões, com a presença de todos os integrantes da equipe e a informal, na relação com os usuários, pois de acordo com os profissionais, muitas vezes, os indivíduos não compreendem os termos técnicos utilizados. Entendemos, portanto, que a segunda representa uma estratégia de persuasão, sobretudo na interação com os usuários, pois o emprego de termos “difíceis”, de acordo com os relatos dos profissionais, atribuiu valor à área, especialmente, na área da educação física. Entretanto, na interação com os profissionais da equipe, percebemos que a comunicação realizada por meio de termos técnico-científico prevaleceu na interação com os médicos.

Por fim, gostaríamos de salientar que a inserção do profissional de educação física, no trabalho em equipe no setor da saúde, ainda, requer pesquisas que contemplem: a) uma análise mais detalhada sobre as diferenças existentes na forma de intervenção no contexto público e privado, já que no presente estudo, apontamos possíveis elementos que podem influenciar no exercício da profissão, como, por exemplo, as normas de funcionamento do trabalho; e b) um tempo maior de permanência em campo, com a realização, por exemplo, de uma pesquisa

etnográfica, para elucidar e apreender os aspectos subjetivos que surgem nas interações interprofissionais do cotidiano do trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, A. *The system of professions: um essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

ABRAMSON; J. S.; MIZRAHI, T. When social workers and physicians collaborate: positive and negative Interdisciplinary Experiences. *Social Work*, v.41, n.3, p.270-281, 1996.

ALLEN, D. The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health & Illness*, v.19, n.4, p.498-520, 1997.

ANDRÉ, M. E. D. A. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. *Cadernos de Pesquisa* (Fundação Carlos Chagas), n.45, p.66-71, 1983.

ANDRÉ, M. E. D. A. *Etnografia da prática escolar*. 14. ed. Campinas: Papirus, 1995.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.455-464, 2007.

ATWAL, A.; CALDWELL, K. Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, v.19, p.268-273, 2005.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.2, p.329-339, 2001.

BARDIN, 2004. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BAUER, M. W.; GASKEL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Manual Prático*. Petrópolis: Vozes, 2002.

BECHER, T. *The learning professions*. Studies in higher education. v.21, n.1, p.43-55, 1996.

BETTI, M. Educação física como prática científica e prática pedagógica: reflexões à luz da filosofia da ciência. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. v.19, n.3, p.183-197, 2005.

BOSI, M. L. M. *Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão*. São Paulo: Hucitec, 1996.

BORRIL, C.; et al. A. Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Health Care Management*. v.6, n.8, p.364-371, 2000.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica. Diretrizes de Apoio: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, n.27. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Resolução nº 287, de 18 de outubro de 1998. Resolve sobre a inclusão de categorias profissionais de saúde de nível superior para atuação no Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, n.86, p.164, maio.1999. Seção I.

BRASIL. Portaria nº 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, de 24 de janeiro de 2008. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf>. Acesso: 15 março 2010.

BRESSAN, E. S. 2001: The profession is dead – was it murder or suicide? *Quest*, v.31, n.1, p.77-82, 1979.

BROEKHOFF, J. A discipline – who needs it? *Proceedings National Association for Physical Education in Higher Education*, v.3, p.28-35, 1982.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.1, p.163-177, 2000.

CAMACHO, A. C. L. F. A. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.10, p.229-233, 2002.

CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1982.

COUTINHO, S. S. *Atividade física no programa saúde da família, em municípios da 5ª regional de saúde do Estado do Paraná - Brasil*. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03122005-102018>> Acesso em 21 mai. 2009.

CUNHA, M. B. Metodologias para estudo dos usuários de informação científica e tecnológica. *Revista de Biblioteconomia*, v.10, n.2, p.5-19, 1982.

CWYNAR, K. M. The idea of the university in European culture. *Polityka i Społeczeństwo*, v.2, p.60-78, 2005. Disponível em: <http://www.univ.rzeszow.pl/wsh/politologia/pismo/KMC_PiS_nr2.pdf> Acesso em 30 set. 2010.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. 2. ed. Sage: Thousand Oaks, 2000.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 3. ed. Sage: Thousand Oaks, 2005.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

- DIELEMAN, S. L.; et al. Primary health care teams: team's members perceptions of the collaborative process. *Journal of Interprofessional Care*, v.18, n.1, p.75-78, 2004.
- DINIZ, M. Repensando a teoria da proletarização dos profissionais. *Tempo Social: Revista de Sociologia da USP*, v.10, n.1, p.165-184, 1998.
- DINIZ, M. *Os donos do saber: profissões e monopólios profissionais*. Rio de Janeiro: Revan, 2001
- DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, n.115, p.139-154, 2002.
- DUBAR, C. A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. Portugal: PORTO EDITORA, 1997.
- EVETTS, J. New directions in state and international professional occupations: discretionary decision-making and acquired regulation. *Work, employment and society*, v.16, n.2, p.341-353, 2002.
- EVETTS, J. The sociological analysis of professionalism: occupational change in the modern world. *International Sociology*, v.18, n.2, p.395-415, 2003.
- EVETTS, J. The management of professionalism: a contemporary paradox. Changing teacher roles, identities and professionalism. *Kings College*, London, 19th October, 2005.
- EVETTS, J. Revisiting the role of formal and practical knowledge from a sociology of the professions perspective. *Current Sociology*, v. 58, n.1, p.94-118, 2010.
- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.1, p.17-27, 2008.
- FORTUNA, C. M.; et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.13, n.2, p.262-268, 2005.
- FREIDSON, E. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. 2. ed. Chicago: The University of Chicago Press, 1970.
- FREIDSON, E. *Professional Powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 1986.
- FREIDSON, E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n. 31, 1996.
- FREIDSON, E. *Renascimento do profissionalismo*. São Paulo: EDUSP, 1998.
- FREIDSON, E. *Professionalism, the third logic: on the practice of knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 2001.

- FREIRE, E.; VERENGUER, R. C. G.; REIS, M. C. C. Educação física: pensando a profissão e a preparação profissional. *Revista Mackenzie de Educação física e Esporte*, v.1, n.1, p.39-46, 2002.
- FREITAS, H. M. R.; JÚNIOR, M. V. M. C.; MOSCAROLA, J. Aplicação de sistema de software para auxílio na análise de conteúdo. *Revista de Administração*, v.32, n.3, p.97-109, 1997.
- GOODE, W. J. The theoretical limits of professionalization. In: *The Semi-Professions and their Organization*, p.266-313, New York: Free Press, 1969.
- GUIMARÃES, R. G. M.; REGO, S. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, (sup.), p.7-17, 2005.
- GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.22, n.2, p.201-210, 2006.
- HAK, T. The interactional form of professional dominance. *Sociology of Health & Illness*, v.16, n.4, p.469-488, 1994.
- HALPERN, S. A. Dynamics of professional control: internal coalitions and crossprofessional boundaries. *American Journal of Sociology*, v.97, n.4, p.994-1021, 1992.
- HAMMERSLEY, M. N. ATKINSON, P. *Ethnography: principles and practices*. 2. ed. London: Routledge, 1996.
- HANAFIN, S.; COWLEY, S. Multidisciplinary communication in the Irish public health nursing service: a study. *British Journal of Community Nursing*, v.8, n.12, p.544-549, 2003.
- HAWKINS, A. Pragmatism, purpose, and play: struggle for the soul of Physical Education. *Quest*, v.60, p.345-356, 2008.
- HENRY, F. M. Physical education: an academic discipline. *Journal of Physical Education, Recreation, and Dance*, n. 35, p.32-38, 1964.
- HENRY, F. M. The academic discipline of physical education. *Quest*, n.29, p.13-29, 1978.
- HÖFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos CEDES*, v.21, n.55, p.30-41, 2001
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde*. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KREJSLER, J. Professions and their identities: how to explore professional development among (semi-) professions. *Scandinavian Journal of Educational Research*, v.49, n.4, p.335-357, 2005.
- LARSON, M. *The rise of professionalism*. Califórnia: The University of Chicago Press, 1977.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

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

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v.28, n.2, p.374-389, 2008.

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

LODI, D. L. P.; TAGLIARI, M. H.; MORETTO, E. F. S. Limites e possibilidades no trabalho em equipe no Programa Saúde da Família – PSF. *Boletim Saúde*. v.17, n.2, p. 67-79, 2003.

MALTA, D. C.; et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.2, p.433-444, 2004.

MASSA, M. Caracterização acadêmica e profissional da educação física. *Revista Mackenzie de Educação física e Esporte*, v.1, n.1, p.29-38, 2002.

MÉDICI, A. C. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. In: PIOLA, S. F; VIANNA, S. M. *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. IPEA. Brasília, cap.2, p.23-68, 1995. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/economia_saude/CAP2.pdf>. Acesso em 10 mai. 2009.

MENICUCCI, T. M. G. *Público e privado na política de assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Belo Horizonte, 2003. 320p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde de Pública*, v.9, n.3, p.239-262, 1993.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MINELLI, D. S.; SORIANO, J. B.; FAVARO, P. E. O profissional de Educação física e a intervenção em equipes multiprofissionais. *Revista Movimento*, v.15, n.4, p.35-62, 2009.

MIRANDA, F. M.; MELO, R. V.; RAYDAN, F. P. S. A inserção do profissional de educação física no programa saúde da família segundo opinião dos profissionais integrantes do programa em uma unidade básica de saúde da cidade de Coronel Fabriciano – MG. *Movimentum - Revista Digital de Educação física*, v.2, n.2, p.1-11, 2007.

MIZRACHI, N.; SHUVAL, J. T.; GROSS, S. Boundary at work: alternative medicine in biomedical settings. *Sociology of Health & Illness*, v.27, n.1, p.20-43, 2005.

MOORE, W. *The Professions: Roles and Rules*. New York: Russel Sage Foundation., 1970.

MORETTI, A. C.; et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, v.18, n.2, p. 346-354, 2009.

MORFORD, W. R. Toward a profession, not a craft. *Quest*, v.14, n.2, p.88-93, 1972.

MOSCOVICI, F. *Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano*. 6.ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 2001.

NEWELL, K. M. Kinesiology: challenges of multiple agendas. *Quest*, v.59, p.5-24, 2007

NUNES, I. M.; MOURA, M. A. V. A atenção ao parto como espaço de poder. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.17, n.3, p.340-346, 2004.

OJEDA, B. S. *A tecedura das relações saber-poder em saúde: matizes de saberes e verdades*. Porto Alegre, 2004. P. Tese (Doutorado) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

OJEDA, B. S.; STREY, M. N. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. *Revista Ciência & Saúde*, v.1, n.1, p.2-8, 2008.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência da equipe multiprofissional. *Revista de Saúde Pública*, v.40, n.4, p.727-733, 2006.

PÁDUA, E. M. M. *Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática*. São Paulo: Papirus, 1996.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v.35, n.3, p.303-311, 2001.

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

PEREIRA FILHO, L. T. Iniciativa privada e saúde. *Estudos Avançados*, v.13, n.35, p.109-116, 1999.

PEREIRA-NETO, A. F. A profissão médica em questão (1922): dimensão histórica e sociológica. *Cadernos de Saúde Pública*, v.11, n.4, p.600-615, 1995.

PEREIRA-NETO, A. F. Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922). *Cadernos de Saúde Pública*, vol.16, n.2, p.399-409, 2000.

PERRENOUD, P. Formando professores profissionais: quais estratégias? Quais competências? 2ª Ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas. p. 161–184 2001.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências e Cognição*, v.8, p.68-87, 2006.

POULTON, B.; WEST, M. Effective multidisciplinary team-work in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, v.18, n.6, p.918-925, 1993.

POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008.

QUINT, F. O.; et al. Reflexões sobre a inserção da educação física no programa saúde da família. *Motrivivência* Ano XVII, n.24, p.81-95, 2005.

QUINTANEIRO, T.; BARBOSA, M. L. O; OLIVEIRA, M. G. M. *Um toque de clássicos: Marx, Durkheim, Weber*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

REESE, D. J.; SONTAG, M. A. Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health & Social Work*, v.26, n.3, p.167-175, 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.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIKLI, R. Kinesiology – A “homeless” field: addressing organization and leadership needs. *Quest*, v.58, p.288-309, 2006.

RUGIU, A. S. *Nostalgia do mestra artesão*. Campinas: Autores Associados, 1998.

SAAR, S. R. C.; TREVIZAN, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, v.15, n.1, 2007. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a16.pdf>. Acesso em 20 jun. 2010.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*, v.10, n.1, p.33-53, 2001.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.18, p.521-536, 2005.

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

SENNA, M. C. M. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, v.18 (sup.), p.203-211, 2002.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

SILVA, N. E. K.; et al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos

centros de referência para DST/Aids. *Revista de Saúde Pública*, v.36, p.108-116, 2002.

SILVA, D. J.; DA ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.6, p.1673-1681, 2007.

SPINK, M. J. P. Regulamentação das profissões de saúde: o espaço de cada um. *Caderno Fundasp*, ano 5, n.10, p.24-43, 1985.

SORIANO, J. B. *A constituição da intervenção profissional em Educação física: interações entre o conhecimento formalizado e a noção de competência*. Campinas, 2003. 230p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação física, Universidade Estadual de Campinas.

SORIANO, J. B.; WINTERSTEIN, P. J. A constituição da intervenção profissional em educação física: interações entre o conhecimento “formalizado” e as estratégias de ação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v.18, n.4, p.315-332, 2004.

SORIANO, J. B. Escolas de Ofício e a relação com a Universidade: algumas implicações para a compreensão da constituição do conhecimento profissional em Educação Física. *Motriz*, v.15, p.151-161, 2009.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. *Sociologias*, ano 8, n.16, p.20-45, 2006.

STEIN, L. I. The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, v.16, p.699-703, 1967.

STEIN, L. I.; WATTS, D. T.; HOWELL, T. The doctor-nurse game revisited. *The New England Journal of Medicine*, v.322, n.8, p.546-549, 1990.

STORCH, J. L. Division of labour in health care: pragmatics and ethics. *Humane Medicine Health Care*, v. 10, n.4, 1994.

SVENSSON, R. The interplay between doctors and nurses – a negotiated order perspective. *Sociology of Health & Illness*, v.18, n.3, p.379-398, 1996.

TARDIF, M. *Elementos para uma teoria da prática educativa: ações e saberes em educação*. Saberes docentes e formação profissional. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.10, n.19, p.61-76, 2006.

TORSTENDAHL, R. La transformación de la educación profesional en el siglo XIX. In: ROTHBLAT, S.; WITTROCK, B. *La Universidad europea y americana desde 1800: las tres transformaciones de la Universidad moderna*. Barcelona: Ediciones Pomares-Corredor. Capítulo 3, p.121-155, 1996

TRINDADE, H. Universidade em perspectiva: sociedade, conhecimento e poder. Conferência de abertura da XXI Reunião Anual da ANPEd, Caxambu, set/1998.

Revista Brasileira de Educação, n.10, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. 1.ed. São Paulo: Atlas, 1987.

VERENGUER, R. C.; DE SANTO, D. L. Educação Física e Pós-graduação: considerações acerca do mestrado e doutorado. *Revista Kinesis*, v.8, p.49-64, 1991.

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

VERENGUER, R. C. *Mercado de trabalho em Educação física: significado da intervenção profissional à luz das relações de trabalho e da construção da carreira*. Campinas, 2003. 170p. Tese (doutorado), Faculdade de Educação física, Universidade Estadual de Campinas.

VERENGUER, R. C. Intervenção profissional em educação física: expertise, credencialismo e autonomia. *Revista Motriz*, v.10, n.2, p.123-134, 2004.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, v.15 (suplemento), p.225-264, 2005.

WARSCHAUER, M.; et al. *As escolhas das práticas corporais e dos profissionais que as conduzem nas unidades básicas de saúde do Distrito Butantã – SP*. Disponível em: <<http://www.cbce.org.br/cd/resumos/003.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2009.

WILENSKY, H. L., 1970. The professionalization of everyone? In: *The Sociology of Organizations: Basic Studies*, p.483-501, New York: The Free Press.

WONG, S. S. Judgments about knowledge importance: the roles of social referents and network structure. *Human Relations*, v.61, n.11, p.1565-1591, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO INICIAL DE PERGUNTAS COM OS TEMAS NORTEADORES PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Trabalho em equipe – Questões gerais

1. Entendimento sobre o trabalho em equipe: a) conceitos e objetivos; b) vantagens e desvantagens.
2. Tempo de atuação em equipes de saúde.
3. Informações adicionais sobre a temática da pesquisa.

Tema 1: Relações de trabalho estabelecidas entre o profissional de Educação Física e os diferentes grupos profissionais (nutrição, psicologia, medicina, fisioterapia, entre outros)

1. Importância e relevância do conhecimento da área da educação física para a equipe.
2. Interações interprofissionais: profissional de educação física e demais membros.
3. Trocas de informações com o profissional da educação física.
4. Participação da educação física nas discussões de casos de pacientes.

Tema 2: Conhecimento formalizado: elemento de hierarquização entre os grupos profissionais – relação de poder e subordinação entre as profissões contíguas no setor da saúde

1. Atendimento ao usuário quando chega pela primeira vez na clínica.
2. Discussões de casos com a presença de todos os profissionais da equipe.
3. Independência e/ou autonomia para a realização das tarefas profissionais.
4. Avaliações das escolhas e decisões pelos pares.

Tema 3: *Divisão do trabalho no setor da saúde: como ela é construída, mantida e desafiada pela retórica, ação e tomada de decisão entre os profissionais da saúde.*

1. Elementos importantes para a construção e manutenção de uma boa relação entre os profissionais da equipe;
2. Processo de tomada de decisão coletiva a partir de pontos de vistas distintos.
3. Negociação entre os profissionais no trabalho em equipe
4. Comunicação.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ASSINADO PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Esta pesquisa tem como objetivo investigar como se dá a interação entre os diferentes tipos de conhecimento em um trabalho em equipe no setor da saúde. Trata-se de uma pesquisa estabelecida na abordagem qualitativa a qual exige enquanto coleta de dados a entrevista junto aos participantes do estudo. Será conduzido dessa forma, pois pretende-se realizar uma análise do trabalho em equipe no setor da saúde, sobretudo no que se refere à intervenção do profissional de Educação Física, a partir do próprio ponto de vista dos participantes.

Trata-se de uma dissertação de mestrado, desenvolvida por Daniela Schwabe Minelli e orientada pela Prof.^a Dr.^a Jeane Barcelos Soriano, do Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física UEL-UEM.

A qualquer momento da realização desse estudo quaisquer dos participantes/pesquisados e/ou estabelecimentos envolvidos poderão receber esclarecimentos adicionais que julgarem necessários. Qualquer participante selecionado(a) poderá se recusar a participar ou se retirar da pesquisa em qualquer fase da mesma, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo aos mesmos. O sigilo das informações será preservado através de adequada codificação dos instrumentos de coleta de dados. Nenhum nome, identificação de pessoas ou locais especificamente interessa a esse estudo. Todos os registros efetuados no decorrer desta investigação científica serão usados para fins acadêmico-científicos e inutilizados após a fase de análise dos dados e apresentação dos resultados finais na forma de artigo científico.

Em caso de concordância com as considerações expostas, solicitamos que seja assinado o “Termo de Consentimento de Realização da Pesquisa Científica” abaixo. Desde já agradeço sua colaboração.

Prof^a Dr^a Jeane Barcelos Soriano
GEIPEF - CEFD - UEL

Eu, _____
assino o termo de consentimento, após esclarecimento e concordância com os objetivos e condições da realização da pesquisa “Análise da interação entre os diferentes tipos de conhecimento em um trabalho em equipe no setor da saúde” permitindo, também, que os resultados gerais deste estudo sejam divulgados (dissertação e artigos) sem a menção dos nomes e instituição de trabalho dos pesquisados.

Londrina, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do Participante

APÊNDICE C - DADOS SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS PESQUISADOS**FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

* Profissão:
* Graduação:
Instituição:
Ano de conclusão:
* Especialização:
Área:
Instituição:
Ano de conclusão:
* Pós-graduação: mestrado/doutorado/pós-doutorado:
Área:
Instituição:
Ano de conclusão:
* Tempo de profissão:
* Algo mais que gostaria de acrescentar sobre sua formação profissional?

