

El profesional de Educación Física y la intervención en equipos multiprofesionales

Daniela Schwabe Minelli^{*}

Jeane Barcelos Soriano^{**}

Paula Evelise Fávaro^{***}

Resumen: Tuvimos como objetivos: (a) verificar cuál es la perspectiva del equipo multiprofesional sobre el aporte específica del profesional de Educación Física; (b) identificar cómo los profesionales de Educación Física se autoevaluaban en el ámbito de la realización de un trabajo multiprofesional; y (c) averiguar la comprensión de los miembros del equipo sobre aspectos necesarios para auxiliar su intervención. El estudio estuvo compuesto por ocho profesionales. Utilizamos la entrevista semiestructurada y el análisis de contenido con categorías establecidas *a priori*. En el contexto investigado, las interacciones profesionales se presentaron conflictivas y competidoras, constatándose una subordinación al área dominante (Medicina) y la jerarquización de las profesiones secundarias en el sector de la Salud.

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

1 INTRODUCCIÓN

Las relaciones laborales, desde mediados de la década de los años 70, han sufrido las implicaciones de procesos de cambios irreversibles, en diversos sectores, derivados de las

* Alumna de Maestría del Programa de Posgrado Asociado UEL-UEM - Grupo de Estudios sobre a Intervenção do Profissional de Educação Física (Grupo de Estudos sobre la Intervención del Profesional de Educación Física) - GEIPEF. Centro de Educación Física y Deporte (CEFE). Universidad Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil. E-mail: daniminelli@onda.com.br

** Profesora Doctora del Centro de Educación Física y Deporte - UEL. Grupo de Estudios sobre la Intervención del Profesional de Educación Física - GEIPEF. Universidad Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil. E-mail: soriano@sercomtel.com.br

*** Alumna de Maestría del Programa de Posgrado Asociado UEL-UEM - Grupo de Estudios sobre la Intervención del Profesional de Educación Física - GEIPEF. CEFE. Universidad Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil. E-mail: pefavaro@yahoo.com.br

varias transformaciones económicas ocurridas desde entonces. Entre esos sectores, situamos a los grupos profesionales, que no pasarían incólumes por la acumulación flexible de capital, por los cambios en los medios de producción, por los procesos de fusión entre las organizaciones y, sobre todo, por el desarrollo de la tecnología de la información. Esos aspectos afectaron directa y/o indirectamente: (a) las relaciones laborales establecidas entre los profesionales de una determinada área y los demás profesionales; (b) las relaciones entre los profesionales y los usuarios de los servicios prestados; (c) las relaciones entre las instituciones prestadoras de esos servicios. A su vez, dichos procesos se presentan de forma compleja y variada y tienen que ver con las nuevas demandas de la sociedad, que ocasionan una remodelación en el modo y en el lugar en el que cada grupo profesional debe intervenir, transformando los papeles profesionales y, en consecuencia, las relaciones interprofesionales.

Ante ese escenario, se hace más difícil para los grupos profesionales conservar un cuadro claro y preciso de quiénes son sus usuarios y clientes en la resolución de los problemas (SCHEIN; KOMMERS, 1972). No obstante eso, las imbricaciones entre conocimientos y acciones profesionales son inevitables en el día a día profesional (SORIANO, 2003), o sea, en la tentativa de resolver una situación emergente, los profesionales se apropian de una ciencia o técnica provenientes de otras áreas para emitir un dictamen acerca de dicho problema. Además, tenemos claro que existen subdivisiones y fragmentaciones del conocimiento dentro de una misma profesión, derivadas del desarrollo, acumulación y especificidades de las disciplinas académicas (SCHEIN; KOMMERS, 1972) y que, muchas veces, esas disciplinas componen la estructura curricular de los cursos de formación inicial de varios grupos profesionales.

En ese caso, también tenemos que considerar que, al analizar la especialización de una dada profesión en su intervención profesional, debemos hacerlo con relación a otra especialización, de forma que una especialización solo se

puede confirmar si existe algún tipo de relación con otra (FREIDSON, 2001). En otras palabras, podemos decir que, a partir del momento en el que se reconocen las tareas específicas realizadas por un grupo profesional, se reconoce también el surgimiento de otra especialidad para denotar la diferencia entre las dos y distinguirlas a partir de habilidades y conocimientos distintos.

No podría ser diferente en la Educación Física, pues las crecientes especializaciones, aun dentro del universo académico, con la variedad de subdisciplinas existentes y con la formación de asociaciones, realizaciones de eventos y conferencias distintos y específicos de cada segmento de actuación, acaban implicando una dificultad del campo para lidiar con importantes cuestiones sociales (RIKLI, 2006) y de intervención. Así,

[...] el conocimiento producido en la Educación Física atendió a las necesidades de las ciencias madre (Anatomía, Fisiología, Psicología, por ejemplo) y a sus respectivas subdisciplinas (Biomecánica, Fisiología del Ejercicio, Aprendizaje Motor, por ejemplo) (VERENGUER, 2004, p. 126).

Eso hizo que la inversión y la investigación acerca de la intervención se volvieran cada vez más escasas y no contribuyó, necesariamente, a instrumentalizar a los profesionales con relación a las cuestiones aplicadas o a las dificultades pedagógicas (BRESSAN, 1979). Hay que tener en cuenta que muchos de los problemas con los cuales se enfrenta la sociedad son tan complejos que ninguna profesión, aisladamente, puede tener la pretensión de resolverlos efectivamente.

Schein y Kommers (1972) afirman que la base de las críticas dirigidas a los grupos profesionales radica en el hecho de que, en ese contexto, ellos han fallado tanto al intentar desarrollar vínculos con otros grupos profesionales, como también en el proceso de preparación en habilidades de trabajo colaborativo con otros profesionales. Sin embargo, un hecho

que se ha consolidado es que profesionales de diferentes áreas se han unido para intervenir satisfactoriamente en un determinado problema con el propósito de solucionarlo y, así, intentar rellenar las lagunas existentes en ese proceso. Esa unión de profesionales, que denominaremos «equipos multiprofesionales» o «trabajo en equipo», consiste en el intercambio entre dos o más especialidades en un intento de superar la fragmentación del conocimiento e implica un intercambio de saberes entre especialistas de diferentes grupos profesionales, en la discusión de un tema, en la resolución de un problema, con vistas a la mejor superación de la realidad (CAMACHO, 2002).

La característica del trabajo en equipo beneficia el llenado de lagunas existentes en los diversos aspectos de la vida humana: social, físico, psicológico, psíquico, entre otros (FREIDSON, 1998). Por lo tanto, cuando pensamos en trabajo en equipo tenemos en mente un modelo de actuación ideal, en el cual el intercambio entre los saberes profesionales para solucionar un determinado caso se da de forma productiva y definida. Sin embargo, en la práctica, ese cuadro no es lineal como parece serlo, pues, al principio, la intervención profesional que involucra a especialistas de diversas áreas es con frecuencia aislada y competitiva, lo que demuestra una dificultad en la interacción entre diferentes competencias técnicas (SILVA, 2002).

El sector de la Salud representa un campo de intervención con actuación de más de una decena de categorías profesionales (BOSI, 1996), entre las cuales se cuentan la Medicina, la Fisioterapia, la Nutrición, la Psicología, la Educación Física, la Fonoaudiología, etc. No obstante, dentro de un mismo sector podrá existir una profesión con una base de conocimiento más consolidada —autonomía técnica— y con mayor estatus social y que, en consecuencia, coordinará y controlará las acciones (BOSI, 1996; FREIDSON, 1998). Se establece, por lo tanto, una jerarquización de poder, con implicaciones para el control de la producción, del tipo de entrenamiento, de la selección de tareas y de los términos de la

lengua de especialidad (técnica). Es importante realzar que, cuanto menor sea la desigualdad existente y cuanto mayor sea la flexibilidad en las actuaciones conjuntas, mayor será la interacción entre el equipo (BOSI, 1996).

De esa forma, los equipos multiprofesionales en Salud expresan diferencias y desigualdades entre profesiones contiguas y, cotidianamente, profesionales que actúan en dicho sector tienden a reiterar las relaciones asimétricas de subordinación en las situaciones y procesos de toma de decisiones (PEDUZZI, 2001; FREIDSON, 1998), ante un grupo dominante. Luego, la intervención profesional en equipos multiprofesionales apunta a la necesidad de comprensión de algunos aspectos como el conocimiento especializado y competente, necesidad de administración de conflictos, debido a culturas profesionales distintas —cada profesión presenta la solución para un problema desde un prisma diferente—, comunicación como dimensión intrínseca al trabajo —lenguaje, objetivos, propuestas comunes— y flexibilización en las actuaciones (PEDUZZI, 2001; SCHEIN; KOMMERS, 1972).

Freidson (1998) traza tres denominadores esenciales y comunes a los grupos profesionales para auxiliar una intervención, sobre todo en un trabajo en equipo (jerarquización), en el que las fronteras de conocimiento y acciones profesionales se imbrican cotidianamente: (a) pericia; (b) autonomía; y (c) acreditación. Según ese autor, la pericia representa el conocimiento de carácter esotérico, o sea, «accesible a pocos». La autonomía representa el juicio que el profesional posee frente a sus propias acciones y decisiones, vale decir, cuando somete su práctica profesional a su propio juicio. Y la acreditación representa el órgano que reglamenta y legaliza una profesión protegiendo la pericia.

Por lo tanto, considerando la complejidad que orienta a los equipos multiprofesionales, cuya característica esencial es la intervención compuesta por varios tipos de conocimientos especializados en la tentativa de solucionar un determinado

caso, llegamos al siguiente problema: ¿cuál es la perspectiva que posee un equipo multiprofesional en Salud con relación al profesional de Educación Física? Como directriz para la realización del estudio, tuvimos los siguientes objetivos: a) verificar cuál es la perspectiva de un determinado equipo multiprofesional sobre el aporte específico del profesional de Educación Física; b) identificar cómo se autoevalúan los profesionales de Educación Física en el ámbito de la realización de un trabajo multiprofesional; y c) averiguar la comprensión de los miembros del equipo sobre aspectos necesarios para auxiliar su intervención, como: conocimiento especializado (pericia), autonomía profesional (independencia en las acciones) y acreditación (mecanismo de regulación).

2 ENCAUZAMIENTO METODOLÓGICO

Al buscar ampliar el entendimiento acerca del campo de conocimiento e intervención de la Educación Física, se hace imprescindible recurrir a diferentes tipos de investigación. En este caso, se optó por la realización del estudio adoptando un abordaje cualitativo de investigación por el hecho de que el mismo posibilita la comprensión de la singularidad y del carácter contextual de los hechos y eventos. Nos unimos a Denzin y Lincoln (2005) para argumentar con respecto a nuestra elección, en el sentido de que pretendemos enfatizar la calidad de las entidades, procesos y significados que se busca elucidar, pues, si los medimos o analizamos experimentalmente, podríamos incurrir en el error de apartarnos de lo que realmente estaría sucediendo en campo, incluso de la evaluación de la presencia del investigador, así como de sus matices, dejando, así, de analizar y reportar las características de la realidad socialmente construida.

Al procurar comprender el escenario de funcionamiento de un equipo multiprofesional, así como el proceso de inserción del profesional de Educación Física, buscamos orientación en las indicaciones de André (1995) y Denzin y

Lincoln (2005) para la conducción del trabajo en campo. La selección del equipo se dio intencionalmente, considerando a aquellos que fueran esenciales según el punto de vista del investigador (HAMMERSLEY; ATKISON, 1996; TRIVIÑOS, 1987).

El grupo estudiado estaba constituido por profesionales actuantes en el sector de la Salud y que trabajaban en una clínica multiprofesional ubicada en una ciudad del norte del estado de Paraná. La condición determinante para la elección de esa clínica fue la presencia del profesional de Educación Física como uno de los integrantes del equipo multiprofesional. La clínica se caracterizaba por la elaboración/implantación de programas de acondicionamiento físico para diferentes poblaciones: obsesos, hipertensos, diabéticos, portadores de discapacidades, rehabilitación de postoperatorios, entre otros. Además, la clínica contaba, en la ocasión de la investigación, con veintiún profesionales, entre los cuales se encontraban médicos, fisioterapeutas, psicopedagogos, pedagogos, profesionales de Educación Física, psicólogos, nutricionistas y fonoaudiólogos. Aceptaron participar del estudio ocho profesionales: dos médicos, dos fisioterapeutas, dos profesionales de Educación Física, un nutricionista y un psicólogo que intervenían con dichos grupos. Cabe destacar que los profesionales que participaron del estudio fueron debidamente informados sobre los objetivos de la investigación. A efectos de confirmación de sus participaciones, todos recibieron y firmaron el pliego de consentimiento informado, cuyo formato es el adoptado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estadual de Londrina.

A fin de preservar la identidad de los participantes de la investigación, los sujetos fueron mencionados en el texto por las letras iniciales de la denominación de cada grupo profesional. De esa forma, obtuvimos: «EF» para los dos profesionales de Educación Física; «M», para los dos profesionales de Medicina; «F», para los dos profesionales de

Fisioterapia; «P», para el profesional de Psicología; y «N», para el profesional de Nutrición.

La información se obtuvo por medio de la aplicación de una entrevista semiestructurada conducida por un guión elaborado previamente que seguía un orden preestablecido, pero que permitía al entrevistador agregar preguntas de aclaración cuando era necesario (LAVILLE; DIONNE, 1999). El guión de preguntas utilizado se originó a partir de la propuesta de un gran tema vinculado al referencial teórico-metodológico investigado. El tema definido *a priori* fue: «Trabajo multiprofesional en la Salud».

Para la recogida de datos (entrevistas) se utilizó un minigrabador de la marca Panasonic y cintas microcasete. Después de realizadas y grabadas, las entrevistas se transcribieron integralmente sin modificación de contenido. El manejo de los datos siguió las características del análisis de contenido. Este «aparece como un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones que utiliza procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes» (BARDIN, 2004, p. 33). Se utilizó ese tipo de análisis por permitir extraer de un texto o transcripción los significados y las representaciones que se hacen presentes o ausentes en el discurso del entrevistado.

Esa técnica de análisis de los datos se caracteriza por la creación de temas y categorías, constituyendo ambos estrategias de mapear los datos para facilitar su correlación y comprensión. En el caso de este estudio, las categorías, para correlación posterior con el gran tema «Trabajo multiprofesional en la Salud», fueron designadas *a priori*. Optamos por elegir las categorías antes de la recogida de los datos para delimitar el camino objeto de estudio sin perder de vista los objetivos propuestos. El surgimiento de las categorías se dio a partir de la comprensión de tres denominadores que consideramos esenciales en un trabajo de equipo y a los cuales Freidson (1998) hizo referencia como siendo elementos caracterizadores de los grupos profesionales. Las categorías

designadas *a priori* fueron: 1) Pericia; 2) Acreditación; y 3) Autonomía.

3 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

3.1 PERSPECTIVA DEL EQUIPO MULTIPROFESIONAL ACERCA DEL APOORTE DEL PROFESIONAL DE EDUCACIÓN FÍSICA

A partir de la información extraída de los relatos de la mayoría de los entrevistados, pudimos detectar que la intervención del profesional de Educación Física es clasificada como perteneciente al sector de la Salud. Sin embargo, ellos no lograron precisar cuáles eran las habilidades profesionales desempeñadas exclusivamente por ese grupo. Esa falta de claridad con relación al aporte específico del profesional de Educación Física puede atribuirse a la percepción que las demás categorías profesionales poseen del área. En otras palabras, aunque los profesionales de Educación Física sean considerados profesionales de la Salud «por presentar formación técnica específica para el desarrollo de actividades vinculadas directamente a las acciones del sector» (MÉDICI *et al.*, 1985, p. 97 *apud* BOSI, 1996), las demás profesiones no lograron resaltar sus peculiaridades: «[...] el] profesional de Educación Física, en primer lugar, tiene que preparar al individuo para la salud, buscar la salud» (N) y «[...] cuando pienso en el profesional de Educación Física me viene a la mente “salud”» (P).

En consonancia con ese aspecto, se detectó que algunos entrevistados lograron atribuir un significado a la práctica profesional de la Educación Física, concediendo a ese grupo profesional la responsabilidad de la rehabilitación de lesiones (continuación de tratamiento), seguimiento de alumnos en programas de actividad física y también al referirse a los fines estéticos (adelgazamiento, mantener la forma física):

Yo, por ejemplo, hago academia con *personal* y eso es muy diferente a ir a la

academia sola y hacer lo que crees que se debe hacer (M).

Él trabaja tanto la parte estética, como el adelgazamiento, fortalecimiento, continuación de la rehabilitación (F).

Él es importante en la recuperación de las personas que tienen algún tipo de lesión articular o adultos mayores, personas que están en fase de deterioro, de una enfermedad, por ejemplo, que sea constructiva o degenerativa, o, aun, para mantener la forma física, para enseñar a hacer ejercicios, estiramiento, de una manera correcta. Yo creo que es importante, y ellos tienen su espacio, solo hay que saber ocuparlo, ¿no? (M).

En este último relato, observamos que el médico presenta distintos argumentos cuando se remite a las especificidades del profesional de Educación Física. En el primer momento, otorga a dicho profesional la responsabilidad de cuidar de personas que están en fase de «deterioro de una enfermedad» y, en un segundo momento, le adjudica al profesional de Educación Física las tareas referentes a la manutención de la «forma física, para enseñar a hacer ejercicios, estiramiento». Ese aspecto denota cierta confusión con relación al papel que el profesional de Educación Física debe desempeñar, concediendo al área dos funciones: a) recuperación de personas con alguna patología, siendo esa tarea inherente a su propia área de intervención; b) manutención de la forma física por medio de la ejecución de ejercicios correctos.

Observamos también que, al final de la frase, cuando afirma que «ellos tienen su espacio, solo hay que saber ocuparlo», el profesional de la Medicina asume la prerrogativa de delimitar y evaluar el campo de intervención de la Educación Física. En otras palabras, tenemos, en ese caso, la ejemplificación de cómo un área dominante ejerce el

monopolio en el sector de la Salud, designando y evaluando las tareas que las demás profesiones deben desempeñar (BOSI, 1996) y reivindicando para sí las tareas específicas del sector de la Salud (BOSI, 1996; FREIDSON, 1998, 2001; SORIANO, 2003).

Además, notamos en el discurso de los entrevistados que los profesionales de Educación Física estaban adheridos a la subordinación con respecto a otras profesiones. En efecto, existía siempre un profesional de otra área —en este caso, el médico— que dirigía su ejercicio profesional: «El médico da el diagnóstico, el paciente trata y el profesional de Educación Física sigue ese trabajo por un largo período» (F).

A fin de aclarar esa subordinación a la cual los profesionales de Educación Física están sujetos y con el propósito de explicar el monopolio de la Medicina, consideramos necesario explicar, aunque sea de forma resumida en este momento, la configuración del trabajo en equipo en el sector de la Salud. De esa forma, necesitamos tener claro que el trabajo multiprofesional en la Salud abarca un conjunto de especialidades técnicas jerárquicamente determinadas y que las diversas especialidades se clasifican de acuerdo al grado de importancia en la división del trabajo en cuestión (FREIDSON, 2001). La Medicina, por tratarse de una profesión más consolidada y por contar con un conocimiento técnico más respaldado (BOSI, 1996; FREIDSON, 1998) y aceptado socialmente (salud – enfermedad), acaba ejerciendo el monopolio en la salud (FREIDSON, 1998) y liderando las acciones en el sector, como pudimos visualizar en los relatos anteriormente citados.

Así, coincidimos con Freidson (1998) cuando reporta que las profesiones en el sector de la Salud se configuran a partir de dos grupos: a) el primero dice respecto a la Medicina por sí sola y b) el segundo dice respecto a los demás grupos profesionales que dan soporte a la Medicina. En el caso de este estudio, los grupos profesionales pertenecientes a ese último grupo son: Educación Física, Fisioterapia, Nutrición y

Psicología; aquí, los denominamos profesiones contiguas o secundarias en el sector de la Salud.

Pensamos que la inserción del profesional de Educación Física en el contexto del trabajo multiprofesional en Salud (clínica investigada) puede haber llevado a los entrevistados a realizar ese tipo de asociación. Según Casali et al. (1997), los individuos se reconocen a partir de las interacciones que establecen con sus semejantes. Si esas relaciones son instauradas en un contexto multiprofesional en el sector de la Salud, las observaciones que realizamos a partir de las intervenciones citadas denotan una posible explicación de la asociación «Educación Física y Salud». Sin embargo, consideramos que dichas observaciones fueron vagas y superficiales y presentan un carácter dudoso acerca de la claridad de la participación e importancia del profesional de Educación Física en el trabajo en equipo en el sector de la Salud. La referida asociación, a su vez, puede entenderse como una justificativa para caracterizar el ejercicio profesional de la Educación Física en la sociedad (BECHER, 1996), ya que los entrevistados no lograron precisar el papel de los profesionales de Educación Física de forma clara y objetiva, remitiendo a la falta de identidad profesional del área en cuestión.

3.2 CÓMO LOS PROFESIONALES DE EDUCACIÓN FÍSICA SE AUTOEVALÚAN EN EL ÁMBITO DE LA REALIZACIÓN DE UN TRABAJO MULTIPROFESIONAL

Muchos estudiosos han intentado caracterizar la identidad académico-científica y profesional de la Educación Física (BRESSAN, 1979; RENSON, 1989; GIBBONS; BRESSAN, 1991; LIMA, 1994; VERENGUER, 1997; LAWSON, 1999; MASSA, 2002; REIS, 2002; LOLAND, 2006; RIKLI, 2006). A pesar de no ser objeto de este estudio adentrar en esa discusión, resulta imprescindible dejar claro que la dificultad para poner de manifiesto la identidad del área, derivada de un proceso sociocultural e histórico, contribuye a la no aclaración de la responsabilidad social de la Educación

Física, como lo pudimos notar en los relatos de los demás grupos profesionales, que no lograron discernir la especificidad del área.

A ello se suma que los profesionales de Educación Física también se reconocieron como actuantes en el sector de la Salud, pero no lograron describir y delimitar de forma clara sus funciones específicas en el trabajo en equipo, ni describir su importancia profesional en la sociedad. Por el contrario, solo reiteraron lo que ya creíamos que encontraríamos: asociación con el sector de la Salud como forma de justificar su existencia (BECHER, 1996; BOSI, 1996; SORIANO, 2003): «Yo soy de la Salud [...] y salud es calidad de vida» (EF).

Verenguer (2004, p. 128) manifiesta su preocupación por la falta de identidad del área y reporta que los profesionales de Educación Física tienen como singularidad:

[...] diagnosticar e identificar las necesidades, potencialidades, posibilidades y deseos de las personas de cualquier franja etaria en lo que atañe al comportamiento motor; seleccionar contenidos, planificar y orientar estratégicamente las actividades que atiendan a los objetivos establecidos, evaluar el encauzamiento de los programas y reprogramarlos cuando sea necesario. Fundamentalmente, y teniendo como base el conocimiento académico, saber justificar las elecciones, las decisiones, las conductas, las acciones del día a día profesional.

No obstante, los profesionales de Educación Física, además de no especificar sus funciones, abarcaron distintas funciones, extendiendo el alcance de su propio trabajo, o sea, asumieron también la responsabilidad con respecto al bienestar social durante su intervención profesional:

Y somos muy importantes porque, cuando prescribimos una actividad física al alumno o prescribimos un ejercicio de fortalecimiento, no estamos haciendo solo eso. Estamos jugando con él y, así, estamos mejorando el

sistema... Estamos mejorando lo social... Entonces, acabamos actuando en esos tres aspectos mucho más que cualquier otro profesional del área de la Salud (EF).

Además, en algunos momentos no logramos identificar «a quién» se destina esa prestación de servicios y «cuál» sería la importancia de la práctica profesional en cuestión, pues el profesional de Educación Física también dirige sus actividades apuntando a la solución de algunas patologías, nuevamente perdiendo de vista el foco de su intervención:

[...] podemos ayudar en el caso de la postura también; con la academia, podemos trabajar bien la postura, porque creo que el 90% de las personas tienen problema postural (EF).

Pero, ¿por qué los demás grupos profesionales asociaron la Educación Física a la Salud? ¿Y por qué los propios profesionales de Educación Física se reconocieron como profesionales con intervención en ese sector? Cuando nos referimos a los profesionales que actúan con «salud», la Medicina es el liderazgo en el sector y, al gozar de una posición más favorable, posee una credibilidad y aceptación mayor por parte de la sociedad como resultado del interés y preocupación con relación a su objeto de estudio e intervención, esto es, «salud y enfermedad» (FREIDSON, 1998). Así, la referida aproximación con el sector de la Salud se puede explicar de la siguiente forma:

Cuanto más cercanas se mantengan las ocupaciones contiguas a las ocupaciones predominantes en un sector razonablemente organizado, mayor será su predominio en la ordenación y organización de las tareas. Por ejemplo, es lo que sucede si nos (Educación Física) identificamos con el área de la Salud, cuyo grupo mejor posicionado jerárquicamente —en el caso, la Medicina— es el que comandará, inevitablemente, a los que actúan en el sector (SORIANO, 2003, p. 217).

La vinculación del profesional de Educación Física al sector de la Salud, relatada por los propios profesionales del área y por los demás grupos, puede ser interpretada como una justificativa de existencia de dicho profesional en la sociedad y hasta en el trabajo en equipo. Bosi (1996), en resumen, aclara que las profesiones contiguas en el sector de la Salud no logran convencer a la sociedad acerca de la complejidad de sus respuestas profesionales, dejando la duda sobre cuál es el real aporte de esas profesiones. Al mismo tiempo, nuevamente tenemos que esa puede ser una estrategia de supervivencia en la sociedad (BECHER, 1996; SORIANO, 2003) y de supervivencia del área.

3.3 DENOMINADORES: PERICIA, AUTONOMÍA PROFESIONAL Y ACREDITACIÓN

El análisis de los datos de cada categoría se dio a partir del reconocimiento de la importancia de tres denominadores esenciales y comunes a los grupos profesionales, sobre todo en el universo de los equipos multiprofesionales: pericia, acreditación y autonomía (FREIDSON, 1998).

3.3.1 PERICIA - CONOCIMIENTO ESPECIALIZADO

«¿La pericia es necesaria?» (FREIDSON, 1998, p. 200); esto es lo que este autor cuestiona acerca del conocimiento especializado: la importancia de que los profesionales realicen «[...] un trabajo profesional en contraposición a un trabajo amateur». En otras palabras, cuando Freidson (1998) remite a la divergencia entre el conocimiento lego y el conocimiento esotérico, él alude a la «exclusividad» en la ejecución de ciertas tareas y acciones. Además, la pericia, según él, solo se puede adquirir tras un entrenamiento intensivo (cursos de grado, por ejemplo).

Verenguer (2004) señala que la Educación Física tal vez sea una de las pocas áreas que aún permite que personas que no hayan participado de ese entrenamiento intensivo (cursos de grado, por ejemplo) presten servicios a la sociedad. No es

muy difícil ejemplificar esa observación. ¿Cuántos ex-atletas, sin formación superior, son responsables por el entrenamiento de niños?

De esa forma, podemos notar en el discurso de los entrevistados una incoherencia ante esas consideraciones teóricas. Cuando se cuestionó a los profesionales sobre los conocimientos y habilidades específicos de su campo de intervención, observamos cierta inseguridad e imprecisión al reportar sus particularidades dentro del grupo como un todo:

[...] yo cuido más del área de la ortopedia, entonces contribuyo, a veces, más con pacientes posturales, que sienten dolor en el pie y, entonces, trabajamos ese dolor. Entonces, yo estaría completando ese tratamiento, ¿entiendes? (F).

[...] porque, en realidad, es lo que sucede. Estamos a disposición y, si tu paciente necesita una atención, necesita una conversación con el psicólogo y marca un horario conmigo, voy a atenderlo yo. Entonces, decir cuál es mi función... claro que mi función es el bienestar emocional, pero es complicado listar las funciones, ¿no? (P)

[...] un trabajo con fortalecimiento muscular, ¿no? Y toda la parte de estiramiento para preparar esa musculatura del individuo. También la prescripción aerobia que hacemos, una estera, una bicicleta [...] (EF).

En el relato del profesional de Educación Física, pudimos constatar una leve orientación de su práctica profesional: selección y planificación de las actividades (VERENGUER, 2004), o sea, fortalecimiento muscular, prescripción aerobia y estiramiento, respectivamente. Pero, en consecuencia de la inseguridad expresada por la mayoría de los profesionales, notamos que una misma tarea en la clínica era realizada por grupos profesionales diferentes:

Academia: *personal*, evaluación física, pliegues, circunferencias, antropometría y seguimiento en la academia (EF).

Yo hago evaluación física, evaluación nutricional del individuo, la dieta y el seguimiento de esa dieta. Los exámenes que me trae, veo si están normales, si no lo están. Cuando noto alguna modificación, lo derivó al médico. Pero, básicamente, es eso (N).

De esa forma, el profesional de Educación Física y el profesional de Nutrición realizan la misma actividad dentro de la clínica (evaluación física). Además, en el relato que sigue a continuación, encontramos nuevamente una ocurrencia simultánea de la tarea con el profesional de Nutrición y de Medicina (lectura del resultado de exámenes): «Con mis pacientes, atención al paciente, pues el objetivo del consultorio es ese, ¿no? Atender a los pacientes, ver los resultados de los exámenes, de las prescripciones, orientar, derivar cuando sea necesario, a otra disciplina» (M).

¿Quién es el responsable por esa «susodicha» tarea común a varios grupos profesionales? Uno de los entrevistados llegó a mencionar que «el conocimiento no tiene dueño» (M). En esa dirección, Bosi (1996) plantea que el factor determinante del monopolio sobre acciones específicas en un determinado sector es el control sobre determinada esfera de conocimiento. En consecuencia, si una profesión no posee dominio y demarcación sobre esa esfera de conocimiento, acaba quedando a merced de las demás profesiones (SORIANO, 2003). No obstante, es necesario tener en cuenta una inquietud planteada por Bento (*apud* VERENGUER, 2004, p. 128) cuando afirma que: «[...] profesión y particularidad de funciones y tareas se sobrentienden mutuamente. Una profesión no se funda en el alcance, en la generalidad y en la no delimitación de sus tareas; se funda, sí, en la importancia y relevancia de la especificidad y particularidad de las tareas que la constituyen».

Sin embargo, no es difícil detectar que los profesionales de la «salud» se apropian de la pericia de las profesiones contiguas en el sector para realizar sus intervenciones. Becher (1996) reporta que esa apropiación sirve para garantizar la supervivencia del sector, en el cual coexisten varias profesiones contiguas que luchan por su espacio dentro de la Salud.

Soriano (2003, p. 209) advierte que las imbricaciones entre conocimientos y acciones profesionales diferentes son inevitables en el día a día profesional. Sin embargo, la autora agrega que es muy difícil impedir la apropiación de conocimientos, equipos y procedimientos de otras áreas. Cuando se da esa apropiación, el área que desee utilizar los conocimientos implicados o procedimientos producidos por la profesión contigua deberá hacerlo de manera adecuada, o sea, tener la «habilidad necesaria para identificar, entender y aprehender los códigos, definiciones, conceptos y, entonces, literalmente, consumir lo que se produjo».

Luego, podemos concluir que la pericia de esos grupos profesionales incluidos en el sector de la Salud no es tan específica (especializada) como creemos que lo es. Eso se puede explicar por el avance de la tecnología, que permitió una difusión y apropiación mayor de mucha información que, antiguamente, era de dominio exclusivo de la profesión mejor colocada jerárquicamente. Sin embargo, lo que tenemos hoy es un cierto aumento de acceso a los bancos de datos, periódicos y otros medios de información que amplían la capacidad de varios grupos profesionales de acceder a diversos tipos de conocimiento, así como a tecnología e instrumentales de varias áreas, pudiendo, de esa forma, incorporar dichos aspectos en sus propias intervenciones (SORIANO, 2003).

Esa combinación y uso de técnicas e instrumentos que se dan, distantes o libres de impedimentos legales y/o jurisdiccionales de las profesiones, dicen respecto a un tipo de conocimiento configurado en una esfera diferente al formalizado, llamado por Freidson (2001, p. 31)

«conocimiento práctico». Este autor lo define como «[...] conocimiento, en gran parte exento de conceptos y teorías formales, aprendido a partir de la experiencia, que se hace instrumental para la realización de tareas concretas en escenarios concretos». Podemos inferir, por consiguiente, que las profesiones contiguas en el sector de la Salud, poseen un conocimiento de carácter instrumental (práctico), o sea, representado por un cuerpo de conocimiento formalizado de baja complejidad, marcado por el aprendizaje y desarrollo de las propias situaciones de trabajo (SCRIBNER, 1996 *apud* FREIDSON, 2001), en las cuales la simple repetición resulta en la ejecución de la tarea sin, necesariamente, demandar conocimiento adquirido tras un entrenamiento, como se desprende de las citas anteriores.

3.3.2 AUTONOMÍA PROFESIONAL (INDEPENDENCIA EN LAS ACCIONES)

La autonomía profesional consiste en la ejecución de acciones y tareas realizadas por el propio profesional y él mismo determina qué hace y cómo lo hace. Vale decir, él enfatiza el arbitrio en su trabajo sometiendo su práctica a su propio juicio y responsabilidad (FREIDSON, 1998). Coincidimos con Freidson (1998) y Verenguer (2003) cuando afirman que esa autonomía profesional representa una autoridad suficiente sobre un trabajo, otorgando, de cierta forma, al profesional la libertad para emprender una acción casual como si fuera algo natural, independientemente de la institución en la cual esa actividad se realiza y de las intenciones. Ese autor también afirma que, a lo largo del tiempo, los profesionales lograron imponer a los consumidores o clientes su propia concepción de lo que es necesario en un determinado segmento.

Como ya se ha descrito, la Medicina posee la posición más favorable en el sector de la Salud y no necesitamos ir muy lejos identificar ese hecho: la autoridad legal de la Medicina para diagnosticar y recetar, fundándose en el principio de la

autonomía, garantiza a esa profesión el control de la «división del trabajo, de la definición de sus contenidos y de la evaluación técnica» (MISOCZKI, 2005, p. 9).

Al analizar las entrevistas, pudimos inferir que, en el trabajo en equipo, las profesiones secundarias en el sector de la Salud aceptan la condición de sumisión al área dominante como si esa jerarquía establecida en el sector de la Salud fuera algo natural e inmóvil. Así, dichas profesiones someten su práctica siempre a la aprobación de otros profesionales, en la mayoría de los casos al médico, que es el responsable por el diagnóstico de patologías: «A veces, los colegas [se refiere a los demás profesionales de la clínica] verifican el tratamiento para ver si está realmente de acuerdo con la patología» (F).

La autonomía técnica ejercida por la Medicina es notoria a lo largo de los años y, en la clínica investigada, los profesionales también sienten esa supremacía en el trabajo en equipo en el sector de la Salud. Podemos inferir que las profesiones contiguas en la clínica investigada, cuando establecen interacciones profesionales con el liderazgo en el sector para debatir acerca de los pacientes en un contexto multiprofesional, sienten su autonomía amenazada y cuestionada. En otras palabras, la pericia de esas profesiones es dejada de lado en detrimento de la superioridad médica, que establece lo que se debe hacer y cómo se debe hacer, despojando a las demás profesiones de autoridad en el proceso de toma de decisión en el trabajo en equipo: «Pero todavía tenemos problemas con los médicos y los médicos todavía tienen una posición de distancia, de que son los mejores del equipo, ¿no? El jefe» (EF); y [...] los médicos, cuando entran a la facultad, piensan que son Dios; cuando se reciben, están seguros de serlo» (N).

Esa hegemonía médica descrita por los profesionales también se puede encontrar en la disertación de Granada (2004). Este autor reporta que los profesionales de la Nutrición y de la Psicología sienten una fuerte resistencia por parte de los médicos en el proceso de toma de decisión, subestimando y

menospreciando sus iniciativas profesionales. Bosi (1996) y Freidson (1998) apuntan que esa situación se da porque, en el sector de la Salud, el acto de «diagnosticar y prescribir» es lo que garantiza mayor estatus y autonomía a la profesión que realiza esa acción, en el caso que nos ocupa, la Medicina. De esa forma, la autonomía casi inexistente de las profesiones contiguas se hace aún más evidente frente a esa acción realizada por un grupo restringido.

La autonomía ejercida por la Medicina y descrita por los profesionales entrevistados puede equipararse a lo que Freidson (2001) llama autoridad moral: normas que son establecidas para determinar e imponer cierto tipo de comportamiento o ideología del conocimiento profesional (FREIDSON, 1998). Para este autor, la ideología del conocimiento dice respecto a las reivindicaciones de ciertos grupos profesionales que, al buscar sus propios intereses, intentan controlar la manera por la cual un problema puede ser mejor resuelto y conducido. O sea, esas reivindicaciones dicen respecto a la competencia instaurada entre las profesiones para arrogarse determinados conocimientos y competencias.

De ese modo, en el sector de la Salud es «muy difícil identificar casos en los que el trabajo médico se desarrolle bajo el comando técnico de otro profesional» (BOSI, 1996, p. 98). Por el contrario, los médicos indican lo que se debe hacer y cómo se debe hacer. Esta afirmación está de acuerdo con el siguiente relato: «El médico da el diagnóstico, el paciente trata y el profesional de Educación Física continua ese trabajo» (F).

Así, podemos plantear algunas preguntas para reflexionar: ¿cuál es el grado de libertad que las profesiones contiguas tienen para realizar su trabajo? ¿Qué influencia tiene esa falta de autonomía en un trabajo en equipo? Al analizar las declaraciones de los entrevistados, podemos notar la existencia de una rivalidad y competencia implícita y diaria entre las propias profesiones contiguas, pues, como se sitúan en el grupo de las profesiones secundarias en el sector de la Salud, los profesionales se esfuerzan todo el tiempo para poner de

manifiesto su autonomía técnica. Además, es necesario considerar que los profesionales establecen interacciones diarias, junto a otros tres grupos, en la tentativa de legitimar y requerir su autonomía técnica (GOMES; OLIVEIRA, 2005). La primera de esas interacciones se realiza con el propio equipo de Salud y apunta a la respetabilidad mutua y la confiabilidad del equipo con respecto a sus especificidades. La segunda es con sus usuarios y busca resolver los problemas de estos y, así, demostrar su importancia y utilidad dentro del equipo. La tercera se lleva a cabo con la institución y en ella se busca alcanzar una actuación profesional en equipo racional y eficaz que traiga soluciones eficaces y retorno financiero.

Con relación a la Educación Física, podemos observar también su bajo grado de autonomía ante las demás profesiones, lo que sugiere una realidad en la cual estamos siempre dependiendo de alguien o algo que nos diga qué debemos hacer (VERENGUER, 2003) o implica que siempre nos estemos vinculando a las demás áreas para justificar y complementar acciones en el sector.

[...] nosotros [los profesionales] de la Educación Física tenemos un papel muy importante en la rehabilitación, como lo tiene el fisioterapeuta y como también lo tiene el médico. Trabajamos todos los días con ellos, entonces acabamos formando parte de ese equipo y somos las personas más cercanas a ellos y las que más beneficios les traemos (EF).

[...] él [se refiere al alumno] va a trotar, caminar o a correr, o va a jugar una carrera y va a necesitar tener las articulaciones, sobre todo las del pie, tener un pie muy bien articulado. Entonces, el fisioterapeuta, para mí, es importantísimo. También el médico es reimportante porque hace toda la evaluación cardiovascular, entonces, tú vienes con su VO₂, con el MET que vas a trabajar, vienes con toda la prescripción ya casi pronta para trabajarla, y el psicólogo es muy importante hasta en el cambio de comportamiento (EF).

Así, observando el escenario investigado, podemos inferir que el grupo más estructurado en el sector de la Salud (Medicina) ejerce poder sobre los grupos menos estructurados (profesiones secundarias: Fisioterapia, Nutrición, Psicología y Educación Física). Ese poder, a su vez, es representado por un cuerpo de conocimiento técnico más respaldado y por un mayor prestigio social, empleando un mayor dominio sobre el proceso de toma de decisión de dichas profesiones (autonomía); Becher (1996) afirma que adoptar el discurso del grupo dominante, poseedor de mayor estatus social, implica la posibilidad estratégica de supervivencia en el sector. La relación de subordinación descrita entre las profesiones en el sector de la Salud, detectadas en la literatura y comprobadas en el estudio realizado se puede visualizar en la Figura 1. La categoría médica (grupo dominante) establece un ejercicio de poder sobre los demás grupos profesionales en el trabajo en equipo (grupos dominados) y también sobre la sociedad.

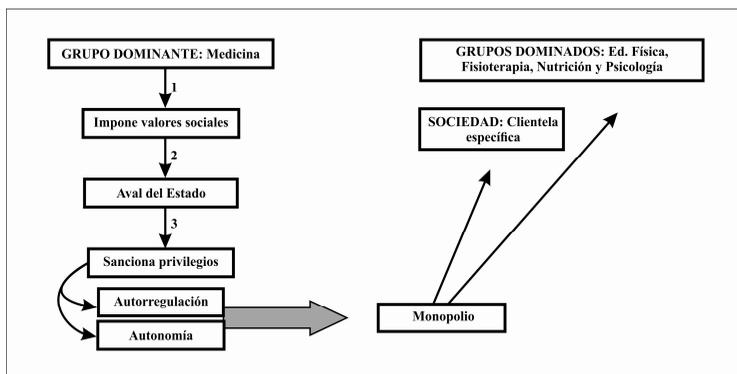


Figura 1. Proceso de instalación del Monopolio Profesional en el área de la Salud, basado en Freidson (1998)

De esa forma, con el reconocimiento por parte de la sociedad de la importancia de los médicos, junto con el aval del Estado (2), ese grupo profesional adquiere fuerza. Así, el

Estado legitima la profesión y le sanciona privilegios (3), dando libertad a los profesionales para reglamentar su profesión (acreditación) (4). Al ser «dueños de su propio negocio», los profesionales médicos adquieren cierto grado de independencia en sus acciones y ejercen sus actividades sometiendo la evaluación de su práctica profesional a sus propios pares. Desde esa perspectiva, la Medicina se impone como portavoz de las profesiones de la Salud, ejerciendo un monopolio (5) sobre un área de conocimiento capaz de jerarquizar otras profesiones en el sector (6) y también arrogándose una clientela específica de la sociedad.

3.3.3 ACREDITACIÓN (MECANISMO DE REGULACIÓN)

El conocimiento especializado —pericia— debe ser protegido e institucionalizado y los órganos de acreditación, *grosso modo*, son los responsables por esa institucionalización. La certificación profesional atribuida por esos órganos facilita la elección de los profesionales por parte de la sociedad, diferenciándolos de los individuos legos. De esa forma, esas entidades poseen un carácter discriminatorio (FREIDSON, 1998; VERENGUER, 2004).

No es objetivo de este estudio y ni cabe a nosotros en este contexto averiguar si esos órganos están actuando adecuadamente o no. Sin embargo, paralelamente a ese tema, buscamos identificar en la clínica multiprofesional investigada cómo los grupos profesionales en el sector de la Salud lidiaban con los diferentes tipos de conocimiento —pericia— en el ámbito de su ejercicio profesional. O sea, cómo administraban la situación de imbricación y uso de conocimientos, técnicas e instrumentos entre los diversos grupos de profesiones presentes en la clínica. Es importante resaltar que la pericia representa un cierto poder sobre determinado territorio, aumentando la fuerza de una categoría en la delimitación, no solo de sus áreas de competencia, sino de las de sus competidores también (BOSI, 1996; FREIDSON, 1998, 2001). Así, para analizar la especialización de una dada intervención,

debemos hacerlo con relación a otra especialización y, de esa forma, una especialización solo se puede confirmar si tiene algún tipo de relación con otra (FREIDSON, 2001).

La información relevante retirada de las entrevistas acerca de esa relación de conocimiento (pericia) y práctica profesional establecida entre ellos nos dice que: «Podemos discutir algo sobre metabolismo, sobre cómo trabaja, cómo funciona, pero es una ayuda, una no interfiere en el trabajo de la otra» (N) y «El conocimiento no tiene dueño, ¿no? Existen especialidades, a veces, en determinados momentos, que se imbrican, ¿no?» (M).

En los dos relatos anteriores podemos observar que los profesionales tienen claridad con respecto a las imbricaciones de conocimientos en el día a día profesional. Sin embargo, podemos trazar dos líneas distintas de pensamiento con relación a dicha imbricación: el profesional de Nutrición logra explicitar que el uso de conocimientos de otras áreas ayuda en la práctica profesional, pero no se propone apoderarse del conocimiento de áreas contiguas para auxiliar su intervención; en cambio, el profesional de Medicina deja claro que, aunque existan especialidades, el conocimiento no tiene dueño, lo que nos permite inferir que él se apropiaría tranquilamente del conocimiento de otras áreas para auxiliar su intervención.

Cabe realzar una observación: «Depende mucho, depende del paciente que estás evaluando, ¿entiendes? A veces, el profesional no logra resolver el problema del paciente, invade el área que no es suya y hace una burrada» (M).

En este relato, el médico reportó que, en algunos casos, la apropiación de conocimientos de otras áreas puede acarrear consecuencias negativas para el usuario. En otras palabras, al mencionar que «invade el área que no es suya y hace una burrada», él trae a colación la cuestión del error profesional que se puede cometer si el profesional utiliza de forma errónea técnicas e instrumentos de áreas contiguas. Vale resaltar que son casi inexistentes los estudios en el área de la Educación

Física que investigan la evaluación de las consecuencias del error profesional; de hecho, la mayoría de esos estudios (MARTIN, 1994; GOMES; FRANÇA, 1999) se encuentran en el área de la Medicina. Esa apropiación de conocimiento fue relatada por un profesional como siendo un problema para él, a diferencia de los demás profesionales, que no asumieron esa condición: «Yo tengo incluso muchos problemas porque entro mucho en el área de ellos [se refiere a las demás profesiones presentes en la clínica] y ellos entran mucho menos en la mía» (EF).

De esa forma, esa afirmación coincide con lo que Bosi (1996) y Soriano (2003) afirman: el conocimiento de baja complejidad y poca especialización requiere la apropiación de otros conocimientos para justificar su ejercicio profesional y garantizar su supervivencia (BECHER, 1996). Para Abbott (1988), las profesiones se sitúan en un sistema interdependiente y, en ese sistema, las actividades de cada profesión están cercenadas por varios tipos de jurisdicciones. Así, en el trabajo multiprofesional en el sector de la Salud, cada categoría profesional posee un órgano que legaliza y «protege» su pericia, pero, en la práctica profesional, eso no es bien delimitado como creemos que lo es, debido a las imbricaciones constantes entre los diferentes tipos de conocimiento: «[...] Fulana, que es fisioterapeuta, trabaja con las gestantes de hidrogimnasia, entonces me dice: “voy a tener que salir, etc. etc. ¿Puedes dar una clase por mí?”» (EF).

Como podemos notar, a partir de la transposición de tareas, se denota una incuestionable superposición de conocimientos y acciones profesionales en la rutina profesional, especialmente en un trabajo en equipo (SORIANO, 2003): «Cuando llegué para trabajar en el hospital, todas las enfermeras eran psicólogas, todas las auxiliares de enfermería hacían fonoaudiología, ¿sabes? Entonces, creo que el profesional de su área necesita ir conquistando su lugar, ¿sabes?» (F).

Una de las estrategias que un grupo profesional puede adoptar para justificar su importancia es la de acercarse a la profesión que está en el liderazgo y asociarse a su práctica profesional aunque sea de forma indirecta:

Fueron incontables las veces en que, en el hospital, yo no estaba atendiendo a determinado paciente y el médico se sentaba conmigo y me decía: «tengo un paciente así, ¿qué te parece a ti?» No era mi paciente, pero solo con contarme lo que tenía el paciente y eso, yo lo escuchaba y le daba un consejo (N).

Ese escenario nos remite a la dificultad de definir qué es exclusivo en la intervención profesional (VERENGUER, 2004) de cada profesión y a la dificultad de los órganos de acreditación para facilitar la elección de un profesional cualificado por parte de la sociedad (FREIDSON, 1998).

4 CONSIDERACIONES FINALES

Al definir como objetivos de este estudio: a) verificar cuál es la perspectiva de un determinado equipo multiprofesional sobre el aporte específico del profesional de Educación Física; b) identificar cómo se evalúan los profesionales de Educación Física en el ámbito de la realización de un trabajo multiprofesional; c) averiguar la comprensión de los miembros del equipo sobre aspectos necesarios para auxiliar su intervención, detectamos cuán complejas se presentaban las interacciones profesionales: subordinación al área dominante (Medicina) y jerarquización de las profesiones secundarias en el sector de la Salud.

El tipo de investigación elegido (cualitativa) nos permitió realizar una aproximación a los grupos investigados y la metodología para la recogida (entrevista semiestructurada) y análisis de los datos (análisis de contenido) posibilitaron la aclaración de algunas lagunas existentes en la literatura. Sin embargo, creemos que se deben realizar otras investigaciones

en el contexto multiprofesional para constatar algunos elementos que quedaron «oscuros» en el estudio en cuestión.

Estudiar cómo se establecen las relaciones laborales entre el profesional de Educación Física y los diferentes grupos profesionales en el sector de la Salud nos pareció desafiador e inequívoco ante los papeles desempeñados y debido a la importancia del desarrollo de políticas públicas en esa dirección. Teóricamente, el trabajo en equipo busca rellenar las lagunas de conocimientos existentes entre diferentes áreas a fin de solucionar un determinado problema. Sin embargo, en el contexto investigado, esas interacciones profesionales se presentaron conflictivas y competidoras, como lo relataron los profesionales, sobre todo entre las profesiones secundarias en el sector de la Salud frente al liderazgo representado por la Medicina.

Los tres denominadores propuestos por Freidson (1998) y comunes a todos los grupos profesionales que nos propusimos investigar —pericia, acreditación y autonomía— son indicadores importantes en la búsqueda de la consolidación de una profesión y que se deben tener en cuenta en un trabajo en equipo: la pericia, por representar la delimitación del conocimiento de un grupo profesional, caracterizándolo como poseedor de una cierta especialidad; la acreditación, por institucionalizar y «fiscalizar» ese conocimiento; y la autonomía, por representar el libre arbitrio en la toma de decisión frente a las demandas de la sociedad y también frente a las demás profesiones.

Con el presente estudio, logramos poner de manifiesto algunos aspectos acerca del funcionamiento y perspectiva de los miembros de un equipo multiprofesional con relación a la participación del profesional de Educación Física. Sin embargo, sugerimos la realización de otras investigaciones, que prevean un tiempo mayor de permanencia del investigador en campo, como, por ejemplo, la realización de investigaciones etnográficas, para constatar realmente cómo se

establecen esas interacciones profesionales en el trabajo en equipo.

The Physical Education professional and the intervention in multiprofessional teams

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

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

O profissional de Educação Física e a intervenção em equipes multiprofissionais

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

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

REFERENCIAS

- ABBOTT, A. **The system of professions**: an essay on the division of expert labor. Chicago: University of Chicago, 1988.
- ANDRÉ, M. E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. 5. ed. Campinas: Papirus, 1995.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BECHER, T. The learning professions. **Studies in higher education**, London, v. 21, n. 1, p.43-55, 1996.
- BOSI, M. L. M. **Profissionalização e conhecimento**: a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec, 1996.
- BRESSAN, E. 2001: The Profession is dead: Was it Murder or Suicide? **Quest**, Champaign, v. 21, n. 1, p.77-82, 1979.
- CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p.229-233, 2002.
- CASALI, A.; RIOS I.; TEIXEIRA, J. E.; CORTELLA, M. S. **Empregabilidade e educação**: novos caminhos no mundo do trabalho. São Paulo: EDUC, 1997.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. The discipline and practice of qualitative research. *In*: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. **The sage handbook of qualitative research**. California: Sage, 2005. p.1-32.
- FREIDSON, E. **Professionalism**: the third logic. Chicago: University of Chicago, 2001.
- _____. **Renascimento do profissionalismo**. São Paulo: EDUSP, 1998.
- GIBBONS, S. L.; BRESSAN, E. S. The Affective Domain in Physical Education: a Conceptual Clarification and Curricular Commitment. **Quest**, Champaign, v. 43, n. 1, p.78-97, 1991.
- GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.145-153, 2005.
- GOMES, J. C. M.; FRANÇA, G. V. **Erro médico**: reflexões sobre sua origem e suas consequências. Montes Claros: Editora Unimontes, 1999.
- GRANADA, C. G. **Grupos Educativos Multiprofissionais e Promoção à Saúde**: a experiência em um centro de saúde-escola. Campinas, 2004. 256f.
- Movimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 04, p. 35-62, oct./dec. 2009.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2004.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SORIANO, J. B. **A constituição da intervenção profissional em Educação Física**: interações entre o conhecimento formalizado e a noção de

competência. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003.

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

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

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

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

Recibido el: 07.08.2008

Aprobado el: 16.02.2009