

Desigualdades e privilégios no trabalho em saúde pública: percepções de profissionais de educação física

Nequalities and privileges in public health: perceptions of physical education professionals

Desigualdades y privilegios en el trabajo en salud pública: percepciones de profesionales de educación física



Ricardo Lira de Rezende Neves

Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil

e-mail: ricardo_neves@ufg.br



Luis Otávio Teles Assumpção

Universidade Católica de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil

e-mail: luiso@ucb.br

Resumo: Neste artigo, analisamos as desigualdades e privilégios no trabalho em serviços de Saúde Pública de uma região de Goiânia. Fizemos entrevistas com nove profissionais de Educação Física de quatro instituições da Secretaria Municipal de Saúde dessa cidade. O material coletado foi analisado a partir da técnica de Análise de Conteúdo, com apoio do *software* Webqda. O acúmulo de determinado capital cultural e *habitus*, o tempo de experiência de intervenção, a divisão do trabalho e as hierarquias profissionais demonstram as disputas de poder no campo profissional, muitas vezes com o próprio consentimento das profissões dominadas.

Palavras-Chave: Educação Física. Profissões. Dissidências. Sistema Único de Saúde.

Abstract: In this article we analyze the inequalities and privileges in the work in Public Health services of a region of Goiânia. We interviewed nine Physical Education professionals from four institutions of the Municipal Health Department of this city. The material collected was analyzed using the Content Analysis technique, with the support of Webqda software. The accumulation of certain cultural capital and habitus, time of intervention experience, division of labor and professional hierarchies demonstrate power disputes in the professional field, often with the consent of the dominated professions.

Keywords: Physical Education. Occupations. Dissent. Unified Health System.

Resumen: En este artículo analizamos las desigualdades y privilegios en el trabajo en servicios de Salud Pública de una región de Goiânia. Hemos hecho entrevistas con nueve profesionales de Educación Física de cuatro instituciones de la Secretaría Municipal de Salud de esta ciudad. El material recolectado fue analizado a partir de la técnica de Análisis de Contenido, con soporte del software Webqda. La acumulación de determinado capital cultural y habitus, el tiempo de experiencia de intervención, la división del trabajo y las jerarquías profesionales demuestran las disputas de poder en el campo profesional, muchas veces, con el propio consentimiento de las profesiones dominadas.

Palabras clave: Educación Física. Ocupaciones. Disentimientos. Sistema Único de Salud.

Submetido em: 13-06-2019

Aceito em: 27-08-2019

Introdução

A partir do final do século XIX, o advento da industrialização mundial marca o surgimento de inúmeras profissões. Esse processo fez brotar o campo de estudos chamado “Sociologia das Profissões”. Em geral, a análise sociológica das profissões é entendida como um ramo da sociologia que se dedica a desenvolver análises teórico-metodológicas sobre grupos profissionais. Esse campo se estruturou, inicialmente, com o objetivo de caracterizar o desenvolvimento das atividades no mundo do trabalho, de suas especificidades e de sua dinâmica; investigar a formação, os conhecimentos, as interrelações, as lutas entre as profissões em um determinado campo, a partir da divisão do trabalho e das mudanças sociais, econômicas, culturais que perpassam as sociedades.

Os estudos sobre as profissões na Saúde Pública (SP, doravante) têm contribuído para esclarecer a complexa teia de relações multiprofissionais, nas quais interferem normas, resistências, lutas, conflitos, entre os vários agentes sociais nesse campo. Pesquisadores como Verenguer (2004), Areosa e Carapinheiro (2008), Ojeda e Strey (2008), Santos e Faria (2008), Espíndola (2011), entre outros, investigaram as desigualdades e privilégios entre as profissões no campo da SP. Analisaram a estruturação das relações sociais no trabalho e as questões do poder das/entre profissões. Mostraram o quanto diferentes saberes e práticas cotidianas no campo das profissões atuam na SP envolvem discursos fragmentados, interesses corporativos, contradições, os quais, por sua vez, estruturam distintos privilégios, vantagens, desigualdades, descontentamentos e conflitos.

Nesse contexto, certamente tem havido avanços nos últimos anos e importantes mudanças estão em curso nas políticas de saúde no Brasil, as quais incluem o Profissional de Educação Física (PEF) nos serviços de SP. Merece destaque, por exemplo, a inserção, em 1998, da profissão Educação Física no Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998), na Política Nacional de Promoção de

Saúde (BRASIL, 2006) e na portaria de criação dos NASF (2008). No caso da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS), a inclusão do PEF em seu quadro ocorreu em 2002 (GOIÂNIA, 2013).

Considerando essa recente inserção dos PEF nos serviços de saúde de Goiânia, nesta pesquisa entrevistamos vários profissionais da educação física lotados nas unidades de saúde, com a finalidade de analisar as implicações da inserção de novos profissionais na organização do trabalho dos serviços. Tomamos como referência principal os conceitos de “campo”, capital e *habitus*, do sociólogo francês Pierre Bourdieu (1989), para estruturar os questionamentos e analisar os resultados.

Pierre Bourdieu procurou explicar como se reproduzem as desigualdades sociais em diversos campos sociais. Para ele, as relações de poder e dominação, presentes entre os agentes e grupos sociais nos diversos campos, são explicadas pela interconexão entre os conceitos estruturantes de sua teoria. Procurou formular um modo de conhecimento que denominou “praxiológico”, cuja finalidade consiste em articular, dialeticamente, estrutura social e agente social (BOURDIEU, 1983).

Para o autor, o campo com seus profissionais representaria uma “arena”, ou espaço de disputas e lutas, ou seja, funcionaria como micro campos em que os agentes, conforme seus interesses individuais e grupais, imporiam, negociariam, articulariam suas formas simbólicas, sociais, políticas e culturais de dominação.

Para Bourdieu, o *habitus* estrutura-se nas ações e práticas dos agentes, sendo construído a partir dos diferentes capitais (culturais, sociais, políticos, econômicos, físicos, entre outros) adquiridos pelos agentes no campo. Podemos falar de *habitus* corporativo, estruturado e incorporado, em um constante processo de reestruturações e mudanças.

Cada profissão ocupa diferentes lugares no espaço e nas interações sociais. Isto é, segundo Bourdieu, é próprio de qualquer campo, com seus diferentes *habitus*, disposições e diferentes lutas e apropriações de capitais.

A partir dessa base teórica, o objetivo deste artigo é analisar as características das desigualdades, privilégios e conflitos de interesses entre as profissões da SP em uma região de Goiânia, a partir do olhar dos PEF.

Metodologia

A pesquisa de campo – um estudo exploratório, conforme Teixeira (2001) - foi realizada em um “distrito sanitário misto” da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia. Esse distrito possuía, na época da pesquisa, aproximadamente, uma população de 180000 habitantes e situa-se na zona urbana da cidade.

Essa escolha se deu pelo fato de ser este o único dos sete distritos a possuir profissionais de educação física em diferentes tipos de serviço Centro de Saúde de atenção básica (CS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Sede do Distrito Sanitário e Centro de Atenção Integrada à Saúde (CAIS) de média complexidade. Essa escolha permitiu demonstrar a diversidade, especificidade, possibilidades, desigualdades e privilégios oriundos da aquisição de diferentes capitais em luta por legitimidade no campo da saúde.

Fizemos a opção pela abordagem qualitativa (CHIZZOTTI, 1995) por entender tratar-se de uma metodologia mais adequada para o conhecimento dos diversos elementos subjetivos presentes na organização do trabalho nas unidades pesquisadas. Participaram seis PEF lotados nas unidades de saúde e outros três que já haviam desenvolvido trabalhos em anos anteriores nessas mesmas unidades. Foram usados como critérios de inclusão o fato de serem concursados e com pelo menos cinco anos de trabalho na SP.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas nos locais de trabalho (TRIVIÑOS, 1987), individuais, feitas pessoalmente em ambientes restritos nas quatro unidades de saúde. Cada uma durou em média uma hora. Os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, e o projeto foi aprovado

pela Escola de SP da SMS e pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Goiás.

O material coletado foi analisado a partir da técnica de análise de conteúdo. Para tanto, foram estabelecidas categorias temáticas, conforme indica Bardin (1977). Em seguida, o conteúdo foi cadastrado em software de apoio à análise qualitativa - WEBQDA. Nessa fase, realizamos a análise de saturação empírica dos dados. Recorremos a essa técnica de saturação como evidência do rigor empregado na investigação e sistematização dos dados. Essa técnica, segundo Fontanella *et al.*, (2011, p. 389), permite ir além da amostragem e decidir o conjunto de dados que fará parte do processo de organização, sistematização e exposição das temáticas/categorias elencadas pelo pesquisador. Ao final, determinamos os índices – temas – encontrados nas entrevistas e sua relação com conceitos estruturantes da pesquisa.

A partir desses delineamentos metodológicos, passamos aos resultados e análises do material coletado [doravante utilizamos a sigla PEF seguida de um numeral para representar os sujeitos pesquisados].

Resultados e discussão

Após a análise do conteúdo do material coletado, evidenciamos três categorias temáticas: (a) disputas por espaços, materiais, valores salariais e vagas para concurso e cursos de especialização; (b) “tempo de casa” e legitimidade do conhecimento/saber das profissões; e (c) entraves nas formas de organização do serviço.

Em relação à primeira temática - disputas por espaços, materiais, valores salariais e vagas para concurso e cursos de especialização - as falas evidenciaram significativas desigualdades e privilégios em função dos distintos capitais incorporados pelos diferentes profissionais.

O PEF 1, por exemplo, disse que a situação das prioridades profissionais é “um jogo de interesse político efetivo”, fala confirmada

pelo trecho da entrevista do PEF 2: “Para as outras profissões não faltam os materiais básicos, para o médico, para a enfermagem, tem quase tudo, já para a Educação Física não tem prioridade”.

Em relação aos salários, os conflitos se agudizam. Os PEF 1 e 6 reclamaram que, a despeito de trabalharem na mesma equipe e possuírem atribuições semelhantes no cuidado em saúde, os salários são bem diferentes; os dos PEF sempre são mais baixos, o que tem sido fonte de descontentamentos. Essas disparidades se revelam no Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos dos Servidores do Quadro Permanente da função saúde da administração pública municipal de Goiânia – Lei Nº 8.916/2010. Nesse, os médicos são melhor remunerados que os outros profissionais (GOIÂNIA, 2010). A questão central dessa problemática está nas dificuldades e conflitos em justificar o trabalho multiprofissional desenvolvido em equipes na maioria das unidades pesquisadas. Se os PEF desenvolvem trabalhos em conjunto com outros profissionais do serviço – ou seja, no mesmo campo –, não deveriam ganhar menos e terem piores carreiras. O que levaria a essas distinções?, cabe perguntar.

Em relação ao número de profissionais, a hierarquização no campo de disputas e na apropriação desigual de capitais se reproduz. O número de PEF na SMS é muito menor que o das outras profissões. Essa menor participação se agrava com a redução da participação relativa dos PEF nas vagas ofertadas nos concursos públicos para a área da saúde. Com efeito, o Edital nº 01/2006, da Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos, foi o primeiro a destinar vagas específicas para os PEF. Assim, das 1794 vagas, somente 19 foram para a EF (GOIÂNIA, 2006). No Edital nº 002/2012, da SMS, das 676 vagas, apenas cinco foram para a Educação Física (GOIÂNIA, 2012). Sabemos que quanto menor a quantidade de profissionais em um determinado campo de atuação menor a capacidade de legitimarem-se pelo uso de instrumentos, capitais, ações e discursos. Ampliar a quantidade de PEF na SP seria um desafio na estruturação do campo das políticas públicas de saúde do município. Essa situação de apropriação desigual de capitais em disputa permite um questionamento: em que medida

a profissão EF já possui *status* profissional para se justificar como fundamental na SP, ou seja, quais capitais e *habitus* profissionais legitimados ela detém para ocupar e se posicionar no campo da saúde?

A título de exemplo, quanto à estruturação do campo para o trabalho, afirmou o PEF 6 que as atividades da educação física têm sido dispensadas mais ou menos sistematicamente, revelando, claramente, uma desvalorização de seus capitais. A menor prioridade do uso do auditório da unidade de saúde tem interferido na prioridade do cuidado com a saúde do usuário do serviço considerando as intervenções da EF, o que lhe causa descontentamento e mostra a inferiorização desta profissão frente a outras prioridades da instituição:

[...] eu cheguei e o pessoal disse que eu não poderia utilizar o espaço. O mesmo seria dado para uma reunião e que eu poderia dispensar meus pacientes, ou seja, o usuário tinha menos prioridade do que a reunião e o pior, a reunião nem era da unidade. Na época eu fiquei meio revoltado, mas me dispensaram das minhas atividades, complicado [...] (PEF 6).

Segundo o que relatou o PEF 7, esses privilégios profissionais revelam o que Bourdieu (2001) denominava de “violência simbólica” ou “consentimento do dominado”, isto é, a aceitação mais ou menos legitimada de uma hierarquização de profissões histórica e culturalmente enraizada na sociedade e, em particular, no campo da saúde:

[...] a gente começa até a enraizar isso sabe, como pessoa, a gente tem o médico como Deus, ele lida com a vida e com a morte então ele tem que saber mais do que eu. Isso é o que culturalmente a gente traz, você, sem perceber sabe [...] eu não vou falar com ele não! Ele é médico [...]. Não vejo que os outros profissionais têm uma certa relação (PEF 7).

Os PEF 1 e 2 lembraram que médicos e diretores têm tido prioridades nas vagas para cursos de especialização e nos processos seletivos de pós-graduação, além de maior flexibilidade no cumprimento de horário e nas ocupações de cargos de direção e coordenação. Novamente, surge um aspecto multiprofissional do trabalho que favorece as disputas profissionais já anunciadas anteriormente. Vejamos trechos das entrevistas:

[...] saiu uma especialização aqui na saúde, geralmente, o privilégio é mais para médico, não gostam de fazer apesar de terem prioridade. Até mesmo no processo de seleção a gente sai com uma pontuação bem mais baixa, por ser profissional de Educação Física (PEF 1).

No que se refere à questão salarial e gestão, a maioria dos profissionais que assume os cargos de diretoria são médicos e enfermeiras, como havia lhe falado (PEF 2).

Concluíram os PEF 1, 2 e 5 que a educação física seria considerada “menos importante”, “coadjuvante”, ou vista como “apêndice do trabalho no SUS”, o que, historicamente, tem comprometido a disseminação de sua atuação, suas responsabilidades no SUS e a construção de relações mais profícuas quanto ao trabalho multiprofissional. Trata-se daquilo que Pierre Bourdieu chamou de “violência simbólica”.

Em relação à segunda temática – “tempo de casa” e legitimidade do conhecimento/saber das profissões –, os discursos dos PEF também evidenciaram aspectos assimétricos no campo, *habitus* e capitais das diferentes profissões da saúde. Ou seja, seus *habitus*, disposições e capitais profissionais são menos considerados, o que acarreta posições de menor poder no campo da saúde.

O PEF 5 disse que o lugar ocupado pela profissão é uma “questão complexa”, muitas vezes dependente do tempo do profissional na instituição: os mais antigos detinham certos capitais e privilégios. O PEF 8 lembrou haver o grupo dos “intelectuais”, ou seja, pro-

fissionais que participam assiduamente das palestras em Brasília e São Paulo, enquanto os menos privilegiados ficariam “carregando o piano”. Do mesmo modo, o PEF 4 alertou que o conhecimento e capitais dos profissionais da Educação Física ainda persistem em posição “coadjuvante no tratamento terapêutico”.

Outra fonte de análise seria a legitimidade do saber das diferentes profissões. O PEF 1 afirmou que os profissionais com maior tempo no campo têm tido maior autonomia nas decisões e são “levados mais a sério”, o que tem dificultado a inserção dos PEF, com acesso bem mais recente nesse campo. Os discursos ressaltam diferentes pesos de autoridade, autonomia, *habitus* e atuação dos PEF em relação às outras profissões, o que confirma os diferentes “poderes simbólicos” referidos por Bourdieu (1989). Vejamos o trecho abaixo:

[...] a autonomia das decisões não é levada tanto em consideração, um professor de Educação Física falar, tem peso diferente, e as outras profissões acham que podem interferir na Educação Física, já a Educação Física não interfere nas outras profissões (PEF1).

No entanto, a maioria dos PEF afirmou que esses privilégios dos outros profissionais estruturam-se a partir do processo de planejamento, estruturação de projetos, estudos e qualificação. Marteleto (2007), por exemplo, demonstra que o campo do conhecimento estruturado em capitais, na saúde, é marcado por um processo longo de diferenciação por diferentes grupos, com disposições, vertentes, interesses, procedimentos, regras para os quais são relativamente livres e autônomos. Confirma que, nesse campo, os atores desenvolvem:

[...] estratégias para sua reprodução e/ou renovação, a partir das suas posições relativas em relação aos outros atores, associadas que estão à posse de credenciais de títulos, diplomas, redes e contato e origem social, dentre outros elementos valorizados

pele campo. Cada campo é, pois, um terreno de *lutas simbólicas* (MARTELETO, 2007, p.578).

No campo da Saúde Mental apresenta-se outra assimetria. Na percepção dos PEF 2, 3, 5 e 8, o discurso e os capitais dos psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm tido maior poder e, na maioria dos casos, são eles os coordenadores dos grupos terapêuticos e psicoterapêuticos.

Também percebo a questão do conhecimento ligado à psicologia, isso nos CAPS em que a tradição é o trabalho pautado na psicoterapia e nos grupos terapêuticos em que os psicólogos coordenam [...]. Fazemos o trabalho em conjunto, mas quem coordena as atividades é o psicólogo (PEF 2).

Chamou-nos a atenção a hierarquia dos conhecimentos logo no “acolhimento” – o primeiro contato do usuário com o CAPS –, que era atribuição dos PEF. Considerando a escala dessa atividade, no entanto, essa participação era considerada de “menor importância”, ficando em “segundo plano” ou, por vezes, era até mesmo “excluída”. Com efeito, relatam os PEF 6 e 7 que, no acolhimento do usuário do serviço, era solicitado o médico psiquiatra, o psicólogo ou o assistente social. Seguiu-se, claramente, uma lógica de capitais mais ou menos valorizados, uma lógica hierárquica – o capital cultural dos médicos em primeiro lugar e depois o capital dos outros profissionais. O PEF 6 ressaltou o caso de um usuário ter sido encaminhado a ele pela primeira vez apenas um ano e meio após sua presença na unidade.

Claramente, os usuários conferem maior legitimidade a outras profissões que à EF na SP. Esse aspecto pode ser compreendido se atentarmos para os capitais dos profissionais de EF – até pouco tempo o campo da EF não era visto no campo da saúde como produtor legitimado de conhecimento e intervenções sobre e no sistema público de saúde brasileiro –, pois são significativos. A maior conquista dos capitais e o *habitus* começaram a aparecer com maior frequência com a instituição de grupos de pesquisa que se

aproximam dos debates teóricos do campo da Saúde Coletiva, tais como Epidemiologia e Atividade Física/Unicamp, criado em 1988; Laboratório de Estudo em Educação Física, fundado em 1996, pertence ao Centro de Educação Física e Desportos (CEFD), da UFES, e, somente recentemente, foram criadas linhas de pesquisa na área de Educação física, corpo e movimento humano e Educação física, sociedade e saúde; Educação Física & Saúde Coletiva & Filosofia/USP, criado em 1999, na Faculdade de Educação Física e Esporte, da Universidade de São Paulo (USP); Vivendo Educação Física e Saúde Coletiva/UFSC, criado em 2005; e Políticas de Formação em Educação Física e Saúde/UFRGS, criado em 2009 (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2013).

Esses grupos são vinculados a cursos de graduação e pós-graduação e produzem conhecimentos e práticas que se relacionam aos campos da Educação Física e da Saúde Coletiva, bem como dão visibilidade à profissão no campo da Saúde Pública e fortalecem as possibilidades de criação de políticas públicas em saúde que incluem o PEF, entre outros aspectos apontados por Martinez *et al.* (2013); Martinez (2014) e Neves *et al.* (2015). Como a aproximação da Educação Física com o campo da Saúde Pública e Coletiva está em processo, a EF (profissão relativamente nova nas questões referentes às políticas de saúde) ainda se ressentida da necessidade de seus capitais científicos serem afirmados, consolidados e reconhecidos (BOURDIEU, 1983) no campo de luta do conhecimento na SP.

Os PEF 3, 5 e 6 também argumentaram que essa questão de poder envolvia aspectos tradicionais e/ou de “experiência” com os conhecimentos e capitais no campo da SP. O PEF 6 relatou que um cardiologista sempre falava em “passar o paciente para ele”, denotando uma suposta “propriedade simbólica” do usuário, ao que Pierre Bourdieu denominaria como “violência simbólica”. Haveria, no sentido bourdiesiano, o “consentimento do dominado” (1989), na medida em que essa “propriedade simbólica” é reconhecida socialmente. Vejamos trechos das entrevistas.

Quem assumia estas miniequipes era o profissional mais experiente [...] os pacientes atendidos no acolhimento passam a ser de responsabilidade daquele profissional acolhedor [...], como eu não tinha nenhuma familiaridade com o campo da saúde mental e com a SP ficava em segundo plano até aprender e dominar conhecimentos importantes para o trabalho em equipe (PEF 3).

[...] a questão de poder está implícito, tem a questão da tradição, tem a questão dos cursos da área da saúde como a medicina e tudo mais, destronar isso aí [...] o saber do professor de Educação Física não é mais importante do que do médico, do que do assistente social e vice versa, mas para derrubar e desconstruir isso aí é muito difícil [...] (PEF5).

Esses dados nos permitem indicar que, conforme argumenta Almeida (2010), as profissões entram em disputas porque, nos diferentes espaços onde acontece a divisão do trabalho, existem processos, disputas de diferentes ordens e formas de estruturação e disposições sociais em que diferentes grupos profissionais tentam “conquistar e ou manter determinado estatuto social” (p. 116) – explicitando o que Bourdieu entende como “disputas de capitais no campo e formação de *habitus*”. Nesse caso, a medicina exerce maior *status*, detém maior capital simbólico e poder profissional no campo dos serviços de saúde, o que já foi amplamente analisado por pesquisadores, como Ojeda e Strey (2008), Pereira (2004; 2011) e Santos (2008). Contudo, nesta pesquisa, vimos que outras profissões têm, em certos momentos e configurações, maior poder relativo que a medicina, a exemplo dos psicólogos e assistentes sociais nos CAPS.

A questão do assistencialismo, historicamente tão presente nesses serviços de saúde, também foi destacada pelos entrevistados. O PEF 8 relatou que “o assistente social tem muito poder aqui dentro. Os usuários vêm em busca do assistencialismo e aí gera poder para o assistente social [...]” (PEF 8).

Há, claramente, uma hierarquia dos capitais culturais e simbólicos entre médicos, assistentes sociais e psicólogos, nitidamente superior aos da Educação Física, os quais, muitas vezes, são vistos como “residuais” e desprivilegiados nos *habitus* e grupos terapêuticos.

Contudo, precisamos esclarecer que, não raro, tratando-se de uma população em situação de vulnerabilidade social atendida nos CAPS de Goiânia, são inúmeras as demandas de cuidado dos usuários do serviço, considerando uma perspectiva ampliada de saúde. Precisamos aceitar como normal a busca do usuário do serviço por uma série de medidas mais imediatas para alterar sua condição de adoecimento.

As dificuldades, privilégios e desigualdades, na percepção dos PEF, são também explicadas pela história da formação dos *habitus* da instituição/organização e pela atenção aos usuários. Disso, eis a terceira categoria de análise - formas de organização do serviço.

De fato, historicamente, o campo da saúde tem sido dominado por conhecimentos e capitais biomédicos, fundamentalmente centrado no indivíduo doente, naquele que necessita do diagnóstico, acompanhamento, cuidados (medicamentos, curativos, consultas, internações). Certamente, há uma forte tendência à “medicalização do tratamento”, assinalou o PEF 9, com o serviço de saúde centrado no paradigma e nos *habitus* intervencionistas e assistencialistas – antes a doença do que a saúde.

O PEF 4 relatou que, no Hospital psiquiátrico (onde trabalhou antes de deslocar-se para a arena de Saúde Mental), como em outros espaços, o atendimento centrava-se na lógica médico/biológica, o que gerava certa tensão no campo, com disputas de uso de capitais “permanentes entre a categoria médica e os demais profissionais de nível superior” (PEF 4). Segundo relatos coletados, os médicos, efetivamente, possuem maior prestígio e capital, pois são privilegiados e exercem maior poder sobre as outras profissões de saúde. Seriam consideradas, portanto, “autoridades profissionais” da saúde por excelência.

Essas falas são reforçadas pelo PEF 3, que relatou haver desigualdades e privilégios no CAPS em virtude dos *habitus* interiorizados em assumirem e defenderem diferentes modelos teóricos de atenção à saúde dos usuários dos serviços, seja o psicológico, o social, o psicanalítico, o comportamental. Contudo, indicam que o serviço é muito associado à lógica médica.

O PEF 1 também constatou a ausência e a menor importância relativa do trabalho da EF, cujo *habitus* foca mais na promoção e prevenção à saúde do que “o curativo e o assistencialismo”.

Relativizar, ampliar e afastar do modelo biomédico de atenção à saúde é, historicamente, um desafio para os diferentes campos profissionais com diferentes *habitus* e capitais. Feuerwerker (2005), por exemplo, discutiu a configuração do campo da SP analisando as transformações das práticas de saúde e do modelo técnico-assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS). Apontou que, na maioria das vezes, ele se parece com um “sistema de consumo”. Segundo o autor, para mudar essa realidade de atenção à saúde, deveria se enfrentar as condicionantes sociais do processo saúde-doença, visando a atender às múltiplas necessidades dos usuários, com ousadia no campo da política.

Do ponto de vista político, as proposições hegemônicas centradas na abordagem da doença, a partir do modelo biomédico, com olhar baseado estritamente no biofisiológico e nas ciências naturais, perpetuam-se e mesmo prosperam, assim como seus defensores, visto que são dotados no “interior e no exterior do próprio campo de uma autoridade social” (BOURDIEU, 2002, p. 147).

No trabalho em saúde, revelou-se que os PEF advogam e reforçam a necessidade de maiores discussões e debates a favor do processo de desconstrução da lógica e disposições medicalizantes do cuidado em saúde. Citam a tentativa de organizar o trabalho de forma coletiva em que certos profissionais tendem a resistir à crescente criação dos grupos terapêuticos e outros favoráveis à ampliação. Vejamos:

[...] tem uma discussão contrária de que tenhamos menos grupos psicoterapêuticos, já temos dois grupos. E deu pau numa reunião por causa de pessoas que chegam no acolhimento precisarem de psicoterapia, chegam muitos usuários novos com depressão e ansiedade de médio para grave e fobia (PEF 8).

Você pega um profissional e se ele não tiver uma concepção de saúde coletiva é muito difícil de você ver o médico trabalhando com ele. Os médicos não participam dos espaços coletivos, ele atende nos consultórios, mesmo nos CAPS em que o trabalho coletivo é forte. Mesmo assim, a psicoterapia, que ainda é forte até no imaginário dos indivíduos e até no nosso dos profissionais, se pensa que os grupos psicoterápicos é que resolvem os problemas de saúde, é a mesma lógica medicalizante (PEF 9).

Nesse sentido, muitos profissionais enfatizam a necessidade do trabalho coletivo e multiprofissional. Segundo o PEF 9, a visão ampliada da saúde e do trabalho coletivo, a interdependência e as relações mais próximas na organização dos serviços, um “olhar abrangente”, certamente “potencializaria as necessárias boas relações entre os profissionais”. Trata-se justamente de um campo de disputas dominado e atravessado por diferentes *habitus* e capitais, como buscamos mostrar e analisar neste artigo.

Com efeito, essas percepções dos PEF revelam disputas, desigualdades e privilégios entre as profissões no campo da saúde. Nas palavras de Bourdieu (1989), corresponderia a uma “arena” ou espaço de disputas e lutas, por que agem como microcampos, em que os agentes, conforme seus interesses individuais e grupais, exercitam diferentes formas de dominação.

Apontamentos finais

O campo do SUS institui-se como um espaço repleto de agentes em constantes relações, agentes com diferentes capitais e com uma tendência a se reproduzirem através do *habitus*. A medicina

exerce uma dominação que se perpetua desde a formação profissional até as práticas sociais de seus membros, inclusive reforçado por ações estruturadas a partir do modelo biomédico. Contudo, nesta pesquisa, percebemos que a dominação no campo do trabalho em saúde pública também é exercida por assistentes sociais e psicólogos. Esse aspecto depende, necessariamente, da lógica do serviço de determinados contextos e, especialmente, quando relacionados aos modelos de atenção ou cuidado em saúde assumidos pelas unidades.

Ao analisar a percepção dos PEF sobre a estruturação do trabalho, percebemos as desigualdades e interesses entre as profissões da SP da região de Goiânia pesquisada. O acúmulo de determinado capital cultural e *habitus*, o tempo de experiência de intervenção, a divisão do trabalho e as hierarquias profissionais demonstram as disputas de poder no campo profissional, muitas vezes com o próprio consentimento das profissões discriminadas. Assim, nossas análises mostraram também que a organização do trabalho quase sempre envolve antes relações de poder do que relações de cuidado com a saúde.

Diante da escassez de estudos sobre as relações no trabalho, privilégios e desigualdades em instituições da SP envolvendo as diversas profissões, inclusive a Educação Física, recomendamos a realização de investigações em outros contextos e regiões geográficas, para ampliar e aprofundar as discussões sobre as relações profissionais e a organização do trabalho e identificar dificuldades, lutas, disputas e perspectivas profissionais no SUS.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, António José. Contributos da Sociologia para a compreensão dos processos de profissionalização. **Mediações**, Londrina, v. 1, n. 2, p. 115-127. 2010.

AREOSA, João; CARAPINHEIRO, Graça. Quando a Imagem é Profissão. Profissões da Imagiologia em contexto hospitalar. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Brasil, n.º 57, p.83-108, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Editora Edições 70, 1977.

BOURDIEU, Pierre. A Causa das Ciências como a história social das ciências sociais pode servir ao progresso das ciências. **Política & Sociedade**, Florianópolis, n. 01, p. 143-161, set./2002.

BOURDIEU, Pierre. Violência simbólica e lutas políticas. *In*: **Meditações Pascalianas**. Bertrand Brasil, p. 199-233, 2001.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro/Lisboa, Bertrand Brasil/Difel, 1989.

BOURDIEU, Pierre. BOURDIEU, Pierre: sociologia/organizador. *In*: ORTIZ, Renato (org.). **Pierre Bourdieu**: Sociologia. Trad. de Paula Montero e Alícia Auzmendi. São Paulo, Ática, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria número 154 de 24 de janeiro 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/>. Acesso em: 19 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde . Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998**. Reconhece como profissional de saúde de nível superior. Brasília, 1997. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso218.doc>. Acesso em: 27 nov. 2011.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo, Cortez, 1995.

ESPÍNDOLA, Daniela Simoni. **A inserção da fisioterapia em Florianópolis (1979-1992)**. 2011. 110f. Dissertação. (Mestrado

em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2011.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno de SP**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 389-394, 2011.

FRAGA, Alex Branco, CARVALHO, Yara Maria de; GOMES, Ivan Marcelo. In. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 367-386, 2012.

GOIÂNIA. SMS. **Relação de Profissionais Educadores Físicos**. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Divisão de Educação do Trabalho em Saúde. Setor de Informação de Dados, 2013.

GOIÂNIA. SMS. SMARH – **Edital de concurso N° 002/2012**. Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos, 2012.

GOIÂNIA. SMS. SEPLAM, 2010. Secretaria Municipal de Planejamento e Urbanismo. **Anuário Estatístico 2010**. Disponível em: http://www.goiania.go.gov.br/shtml/seplam/anuario_seplam/_html/social.html 2011. Acesso em: 05 jun. 2011.

GOIÂNIA. SMS. Edital n°. 001/2006, publicado no **Diário Oficial do Município** n°. 4.012 de 29 de novembro de 2006, relativo ao Concurso Público para preenchimento de vagas no Quadro de Pessoal da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Goiânia, 2006.

MARTELETO, Regina Maria. Informação, saúde, transdisciplinaridade e a construção de uma epistemologia social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, maio-junho, v. 12. n. 03. SBPSC. 576-579, 2007.

MARTINEZ, Jessica Félix Nicácio et. al., Práticas Corporais e SUS: Tensões Teóricas e Práticas. In. **As práticas corporais no campo da saúde**. Org. Fraga, B. A.; Carvalho, Y. M.; Ivan, M. G., São Paulo, Hucitec, p. 229, 2013.

MARTINEZ, Jéssica Felix Nicácio. **Educação Física e Saúde Pública**: a inserção do profissional de Educação Física em um núcleo de apoio à saúde da família (Goiânia/GO) – 2014. 289 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2014.

NEVES, R L R; ANTUNES, P C; BAPTISTA, T J R; ASSUMPÇÃO, L O T. Educação Física na saúde pública: Revisão Sistemática. **R. bras. Ci. e Mov**, Taguatinga, v. 23 n. 32. 163-177, 2015.

OJEDA, Beatriz Sebben; STREY, Marlene Neves. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 2008.

PEREIRA, Wilsa Rocha. Entre a dominação simbólica e a emancipação política no Ensino Superior em Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.** São Paulo, 2011.

PEREIRA, Wilsa Rocha. Poder, Violência e dominação simbólica nos serviços públicos de saúde. **Textos Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, jul-set 2004.

SANTOS, Antonio de Castro Santos; FARIA, Lina. As Ocupações Supostamente Subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2. p. 35-44, 2008.

VERENGUER, R. C. G. Intervenção Profissional em Educação Física: expertise, credencialismo e autonomia. **Motriz (Rio Claro)**, Rio Claro, v. 10, n.2, p. 123-134, 2004.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias**: acadêmica da ciência e da pesquisa. 3 ed. Belém: Grapel, 2001.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: A Pesquisa Qualitativa em Educação. Ed. Atlas, São Paulo, 1987.

Financiamento

Este trabalho contou com o auxílio financeiro recebido da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), fundação do Ministério da Educação (MEC).

Aprovação de comitê de ética em pesquisa

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás. Título: Políticas Públicas de Educação Física e Saúde: Contradições entre o processo de formação e a atuação de professores de educação física no Distrito Sanitário Leste em Goiânia - GO.

Publisher

Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Educação Física e Dança. Publicação no Portal de Periódicos UFG. As ideias expressadas neste artigo são de responsabilidade de seus autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores ou da universidade.