

# DETERMINANTES DA REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS: MÉDICOS E FISIOTERAPEUTAS

**Paula Amorim de Oliveira Fernandes** • Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Potiguar - Campus Mossoró/RN E-mail: paulaamorimfernandes@hotmail.com

**Natália Maria de Aquino** • Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Potiguar - Campus Mossoró/RN E-mail: natalia\_aquino1990@hotmail.com

**Matheus de Sousa Mata** • Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: mthmata@gmail.com

**Íris do Céu Clara Costa** • Pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRN, Pós Doutora em Psicologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: iris\_odontoufrn@yahoo.com.br

**Janiny Lima e Silva** • Mestre em Fisioterapia. Professora da Universidade Potiguar - Campus Mossoró/RN. E-mail: janinylima@gmail.com

**Envio em:** Março de 2014

**Aceite em:** Setembro de 2014

**RESUMO: Introdução:** A organização do processo de trabalho em equipe, em diferentes níveis de complexidade, é viabilizada pelo sistema de referência e contra-referência dos serviços de saúde. **Objetivos:** O objetivo desse estudo foi analisar os determinantes da referência e contra-referência de pacientes entre profissionais de saúde: médicos (GM) e fisioterapeutas (GF) no município de Mossoró-RN. **Métodos:** A pesquisa tem caráter quantitativo. Foi aplicado questionário semiestruturado em amostra de 40 voluntários, sendo estes subdivididos em 2 grupos: GM (n=20) e GF (n=20). **Resultados:** O item apontado com maior frequência em ambos os grupos para a referência e contra-referência ao tratamento clínico foi o tipo de Diagnóstico médico: GM (95%) e GF (90%), e com menor frequência a variável Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo GM (50%) e GF (45%). Para a análise dos determinantes da referência e contra-referência a um profissional específico, houve diferença significativa entre os grupos ( $p=0,047$ ) apenas para o fator Relacionamento pessoal (GM=95%; GF=70%). **Conclusão:** Constatou-se que todos os fatores avaliados influenciam a referência e contra-referência entre os profissionais e que o Relacionamento pessoal entre os profissionais é mais determinante para a prática da referência médica do que para a contra-referência fisioterapêutica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Serviços de Saúde. Sistemas de Saúde. Profissionais da Saúde.

## DETERMINANTS OF REFERENCE AND COUNTER-REFERENCE BETWEEN PROFESSIONALS: MEDICAL DOCTORS AND PHYSIOTHERAPISTS

**ABSTRACT: Introduction:** The organization of teamwork's process at different levels of complexity is made practical by counter-reference and reference system in health services. **Objectives:** The aim of this study was to analyze the determinants of reference and counter-reference between health personnel medical doctors (GM) and physiotherapists (GF) in Mossoró-RN. **Methods:** This is a quantitative research. They were applied semi-structured questionnaires in a sample of 40 volunteers, they are subdivided into two groups: GM (n=20) and GF (n=20). **Results:** The item most frequently noted in both groups to the reference and counter-reference to medical therapy was associated with the Medical diagnosis: GM(95%) and GF(90%) and less of the variable Principles and guidelines of Unified Health System (UHS): GM(50%) and GF(55%). To the determinants of reference and counter-reference analysis to a specific career there were significant differences between groups( $p =0.047$ ) only for the Personal relationship as a determinant factor of the reference and counter reference to specific career(GM = 95%; GF= 70%). **Conclusion:** It was found that all

studied factor shave influence over the reference and counter-reference among professionals, and that the Personal relationship between professionals is more important in the practice of medical doctors reference that for the counter-reference from a physiotherapist.

**Keywords:** Health Services. Health Systems. Health Personnel.

## ■ INTRODUÇÃO

A atuação interdisciplinar sugere uma permuta de informações e diálogo visando a análises de procedimentos entre duas ou mais disciplinas, suscitando interações e um enriquecimento de conduta mútuo que envolve vários especialistas<sup>1</sup>

Um episódio de trabalho interdisciplinar se caracteriza pelo encaminhamento entre profissionais, que consiste no direcionamento do sujeito, junto com seu registro da doença e a requisição e guia de prestação de serviço a outra especialidade de atendimento à saúde, buscando apropriado aperfeiçoamento no tratamento de sua disfunção<sup>2</sup>. A organização do processo de trabalho em equipe, em diferentes níveis de complexidade, é viabilizada pelo Sistema de Referência e Contra Referência dos serviços de saúde<sup>3</sup>.

A proposta do trabalho em equipe tem sido lançada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde<sup>4</sup>. Proposta esta consolidada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que este propõe diretrizes que ressaltam a necessidade de refletir o trabalho em equipe visando à interdisciplinaridade, colaborando, desta forma, para a consolidação da integralidade e de uma assistência fundamentada no conceito amplo de saúde<sup>5</sup>. Portanto, entende-se que não se deve verticalizar o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, mas considerar respectivamente a articulação dos saberes e das ações<sup>6</sup>

A fisioterapia é uma profissão relativamente jovem, regulamentada no Brasil apenas em 1969 enquanto a medicina é uma ocupação tradicional cujo prestígio advém de milênios de construção social<sup>7,8</sup>. O que torna o médico, geralmente, responsável por coordenar o tratamento dos usuários e encaminhá-los para outros profissionais da saúde, quando acredita que isso seja necessário, sendo assim é indispensável que o mesmo conheça as evidências científicas e clínicas do atendimento fisioterápico em questão<sup>2</sup>.

O atendimento fisioterápico, dentro do contexto atual de saúde, corresponde ao próprio conceito deontológico no qual:

A fisioterapia trata de uma ciência da saúde que estuda, trata e previne distúrbios cinéticos funcionais, causado por alterações genéticas, traumas ou outras doenças adquiridas que venham causar alguma incapacidade<sup>9</sup>.

Diante da coordenação médica do atendimento em saúde frente à ampla abordagem do atendimento fisioterápico, entende-se que é preciso compreender os elementos que possam interferir no relacionamento profissional dentro da área da saúde e apontar seus fatores determinantes. O estudo beneficiará a autorreflexão sobre o conhecimento médico quanto à atuação da fisioterapia e vice-versa, estimulando a interação no âmbito do trabalho em equipe. O estudo também se tornará um artifício para os gestores da área da saúde, ajudando-os no reconhecimento da problemática implicada nesta relação, bem como

contribuirá para o norteamento de conduta inter-profissional. Essas situações/conduitas podem ser favorecidas ainda durante o período de formação profissional, sendo base de ações e estímulos que possibilitem aos docentes e discentes a prática da interdisciplinaridade desde o espaço acadêmico.

Diante do exposto, despertou-se o interesse em analisar os determinantes da referência e contra-referência entre profissionais de saúde: médicos e fisioterapeutas no município de Mossoró-RN.

## ■ MÉTODOS

O estudo foi realizado no município de Mossoró (RN), no período de julho de 2011 a junho de 2012. Para embasamento teórico sobre o tema, realizou-se pesquisa em livros, sites oficiais e periódicos indexados nas bases de dados LILACS, MEDLINE E PUBMED, por meio das palavras-chave: Serviços de Saúde, sistemas de saúde e profissionais da saúde. Considerou-se literatura atualizada relacionada ao tema, sendo selecionadas 14 publicações dos últimos 10 anos, além de bibliografia clássica publicada em anos anteriores. A pesquisa apresenta uma abordagem quantitativa, uma vez que busca mensurar os dados coletados em campo por meio de questionário semi-estruturado, analisando-os estatisticamente e discutindo-os com dados da literatura.

A coleta de dados foi realizada em serviços de saúde pública e privada da cidade de Mossoró (RN), selecionados por conveniência. A amostra (n=40) foi composta por profissionais médicos e fisioterapeutas, sendo os mesmos subdivididos posteriormente em dois grupos: grupo de médicos, GM (n=20), e grupo de fisioterapeutas, GF (n=20).

Participaram da pesquisa médicos registrados no Conselho Regional de Medicina (CRM-RN) e fisioterapeutas cadastrados no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO-1) que atuavam na cidade de Mossoró-RN com situação profissional ativa.

Os critérios de inclusão considerados neste estudo foram: Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), situação regular com o conselho profissional, e atuação profissional no município de Mossoró-RN.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário semi-estruturado contendo questões objetivas que abordavam as variáveis independentes e dependentes. O questionário apresentava campos para preenchimento dos dados pessoais e profissionais dos participantes da pesquisa como: Titulação, área de atuação, idade, sexo, instituição de trabalho (pública, privada ou ambas), tempo de formação profissional, instituição formadora (pública ou privada). Para a análise das variáveis dependentes, o questionário abordava os fatores que influenciam: a) o encaminhamento médico, a fisioterapia/fisioterapeuta e b) os fatores que determinavam a contra-referência do fisioterapeuta para o tratamento clínico/médico. Cada profissional marcava como opção de resposta, sim ou não, para cada fator.

A primeira variável dependente questionava alguns fatores relacionados à prática da referência/contra-referência de pacientes ao tratamento clínico sendo um total de 8 itens: Orientação institucional; O desejo do paciente de realizar o tratamento; Ambiente com pre-

sença do outro profissional; A gravidade da doença; Diagnóstico médico; Fracasso no seu tratamento; Prevenção de doenças associadas; Princípios e diretrizes do SUS.

Para analisar a segunda variável dependente, foram questionados 6 fatores que apontavam alguns determinantes da referência/contra-referência de pacientes a um profissional específico da outra categoria profissional: Idade do profissional; Parceria financeira; Tempo de atuação do profissional; Especialização do profissional na mesma área; Conduta profissional; Relacionamento pessoal com o outro profissional.

O recrutamento dos sujeitos foi por conveniência, considerando-se os termos de anuência e de consentimento, dos serviços e dos participantes, respectivamente.

Os sujeitos da pesquisa estavam com situação profissional ativa e realizavam atendimento clínico na cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte, em lugares como: clínicas particulares, hospitais estaduais e centros de reabilitações municipais.

O procedimento para interpretação dos dados foi através de estatística descritiva, com frequência absoluta e relativa, demonstrados em tabelas. A relação entre as variáveis foi analisada por meio do teste exato de Fisher unilateral, usando-se o software SPSS, versão 17.0, e considerando-se nível de significância de  $p < 0,05$ .

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Potiguar, sob protocolo 163/2011.

## RESULTADOS

O estudo obteve uma amostra de 40 voluntários, no qual GM (n=20) e GF (n=20). Nenhum dos sujeitos foi excluído da pesquisa.

Na tabela 1, apresentam-se as características dos sujeitos da amostra quanto às variáveis independentes: sexo, idade, instituição formadora, titulação, tempo de formação e instituição de trabalho.

**Tabela 1.** Caracterização dos sujeitos da amostra, por meio de frequência absoluta e relativa.

Variáveis	GF (n=20)		GM (n=20)	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	13	65	3	15
Masculino	7	35	17	85
Idade (anos)				
20 - 29		50	1	5
30 - 39	9	45	8	40
40 - 49	1	5	6	30
50 - 59	-	-	2	10
60 ou mais	-	-	3	15

Instituição formadora				
Pública	3	15	19	95
Privada	17	85	1	5
Titulação				
Graduação	5	25	-	-
Pós-graduação	15	75	20	100
Tempo de formação				
Até 5 anos	10	50	-	-
6 a 10 anos	7	35	2	10
11 a 20 anos	3	15	11	55
Acima de 20	-	-	7	35
Instituição de trabalho				
Pública	-	-	-	-
Privada	10	50	1	5
Ambas	10	50	19	95

Verificou-se que no GF (65%), a maioria das participantes eram mulheres, enquanto no GM (85%), a maioria eram homens. Em relação à idade, 50% dos fisioterapeutas tinham idade entre 20 a 30 anos e 40% dos médicos, de 30 a 40 anos. Quanto à natureza da instituição formadora, a maioria dos fisioterapeutas (85%) foi graduada em instituição privada, diferentemente do GM, no qual a maioria dos profissionais (95%) se formou em instituição pública.

Dos fisioterapeutas voluntários, 75% eram pós-graduados, enquanto 100% médicos apresentavam essa titulação. Houve prevalência de 50% dos fisioterapeutas com até 5 anos de tempo de conclusão de graduação, diferente dos médicos com índice de 55% entre 10 a 20 anos de formação profissional. Nenhum dos sujeitos do estudo trabalhava apenas em serviços públicos, ou seja, tanto no GM quanto no GF todos os participantes tinham vínculo com a rede privada ou desenvolviam trabalho paralelo na rede pública e privada de saúde.

Encontram-se, na tabela 2, as variáveis independentes relacionadas às áreas de especialização dos profissionais médicos e fisioterapeutas, por meio de frequências absolutas e relativas.

**Tabela 2.** Distribuição dos fisioterapeutas (GF) e médicos (GM) quanto às especialidades.

Área de especialização	GF (n=15)		GM (n=20)	
	n	%	n	%
Ortopedia	3	20	3	15
Cardiovascular	1	6,6	4	20
Terapia Intensiva	3	20	-	-
Respiratória	3	20	1	5
Fisiologia do Exercício	2	13,3	-	-
Terapia Manual	1	6,6	-	-

Saúde Coletiva	1	6,6	-	-
Avaliação Fisioterapêutica	1	6,6	-	-
Infectologia	-	-	1	5
Urologia	-	-	1	5
Uroginecologia e Obstetrícia	-	-	3	15
Pediatria	-	-	2	10
Neonatologia	-	-	1	5
Oncologia	-	-	1	5
Neurologia	-	-	1	5
Reumatologia	-	-	1	5
Clínica Médica	-	-	1	5

Constatou-se que as três especializações mais prevalentes no GF eram ortopedia (20%), terapia intensiva (20%) e respiratória (20%), já no GM eram cardiologia (20%), ortopedia (15%) e uroginecologia e obstetrícia (15%).

Na tabela 3, apontam-se os fatores determinantes que influenciam na referência de pacientes, médico-tratamento fisioterápico e na contra referência fisioterapeuta tratamento clínico.

**Tabela 3.** Análise dos determinantes da referência e contra referência de pacientes entre os médicos (GM) e fisioterapeutas (GF) ao tratamento clínico na área inversa:

VARIÁVEIS DEPENDENTES	GM (N=20)		GF (N=20)		p-valor
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
Orientação institucional	11(55)	9 (45)	15 (75)	5 (25)	0,16
Desejo do paciente	17(85)	3 (15)	17 (85)	3 (15)	0,66
Ambiente com presença do outro profissional	15(75)	5 (25)	13 (65)	7 (35)	0,36
Gravidade da doença	18(90)	2 (10)	18 (90)	2 (10)	0,69
Diagnóstico médico	19(95)	1 (5)	18 (90)	2 (10)	0,50
Fracasso do tratamento	14(70)	6 (30)	17 (85)	3 (15)	0,22
Prevenção de doenças	14(70)	6 (30)	16 (80)	4 (20)	0,35
Princípios e diretrizes do SUS	10(50)	10(50)	11 (55)	9 (45)	0,50

Observou-se que entre todos os fatores descritos, o que mais influenciou a referência médico-fisioterapia foi o **Diagnóstico médico**, quando o médico julgava que o paciente apresentava indicação para o tratamento fisioterapêutico (95%). Com relação à contra referência fisioterapeuta tratamento clínico, os fatores que mais influenciaram foram o tipo de **Diagnóstico médico** e a **Gravidade da doença**, ambos com frequência relativa de 90%.

Quanto aos **Princípios e diretrizes do SUS**, pôde-se observar que este foi o fator que menos determinou as condutas profissionais, com pouca influência para a referência médico fisioterapia (50%), da mesma forma na contra referência, fisioterapia tratamento clínico (45%).

A tabela 4 refere-se aos fatores que influenciam na referência de pacientes, do médico para um fisioterapeuta específico e fisioterapeuta médico específico.

**Tabela 4.** Análise dos determinantes da referência e contra referência entre médicos e fisioterapeutas a um profissional específico da categoria inversa:

VARIÁVEIS DEPENDENTES	GM (N=20)		GF (N=20)		p-valor
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
Idade do profissional	11 (55)	9 (45)	7 (35)	13 (65)	0,17
Parceria financeira	7 (35)	13(65)	10 (50)	10 (50)	0,26
Tempo de atuação do profissional	13 (65)	7 (35)	11 (55)	9 (45)	0,37
Especialização do profissional	18 (90)	2 (10)	16 (80)	4 (20)	0,33
Conduta profissional	18 (90)	2 (10)	18 (90)	2 (10)	0,69
Relacionamento pessoal*	19 (95)	1 (5)	14 (70)	6 (30)	0,04

\*Teste exato de Fisher unilateral <0,05

Verificou-se que dentre os fatores pessoais e profissionais, o que mais influenciou para o encaminhamento médico-fisioterapia foi o **Relacionamento pessoal** com o fisioterapeuta, com frequência de 95%. E para os fisioterapeutas, o fator que mais influenciou na contra-referência foi a **Conduta profissional** do médico, com 90%.

Ressalta-se que dos fatores investigados, o que menos influenciou para a referência médico-fisioterapeuta foi a **Parceria financeira**, chegando a 35%. Para os fisioterapeutas, o item que apontou ser menos determinante foi a **Idade do profissional**, com 35%, para a realização da contra-referência ao médico.

Houve diferença significativa entre os grupos ( $p=0,047$ ) apenas para o fator **Relacionamento pessoal** enquanto determinante da referência e contra-referência a um profissional específico, tendo maior prevalência no GM do que no GF (GM=95%; GF=70%).

## DISCUSSÃO

A importância de avaliar os fatores que determinam o encaminhamento médico de um paciente à fisioterapia e o retorno deste ao médico, após o tratamento fisioterapêutico, se dá, principalmente, devido ao conceito amplo de saúde-doença que envolve, consequentemente, a integralidade das ações e a qualidade da assistência em saúde. De acordo com Minayo, a interdisciplinaridade perpassa pela cooperação, ética e bom senso entre os profissionais<sup>10</sup>.

Observa-se na tabela 3 que a **Orientação institucional** para a prática de referência e contra-referência entre profissionais e/ou serviços interfere nesse tipo de conduta (GM= 55%, GF=75%). De acordo com esses dados, pode-se apontar a importância da influência da gerência em saúde e como a coordenação dos serviços implica na organização do trabalho em equipe e, conseqüentemente, no acesso ao atendimento. Dessa forma, quanto maior a estruturação da referência e contra-referência nestes serviços, mais significativa será a eficiência e eficácia do tratamento<sup>11</sup>.

O contato físico mais próximo com outro profissional, ou seja, no mesmo **Ambiente de trabalho**, foi considerado importante para a interação com o profissional de outra área, visto neste estudo que 75% dos médicos e 65% dos fisioterapeutas consideram essa questão como um dos fatores que influenciam na prática da referência e contra-referência.

Outro fator que se mostrou bastante influente foi o **Desejo do paciente** em realizar um tipo de tratamento, sendo que este teve uma significância de 85% para ambas os grupos. Tendo em vista que os profissionais levam em consideração as opiniões, desejos e escolhas do paciente, aponta-se como estratégia relevante para estimular tal prática, a educação popular em saúde, orientando-se, assim, a sociedade não só sobre a importância do cuidado integral com a saúde, mas a vivência do controle social no SUS, no entanto não foram encontrados trabalhos que discutem essa temática específica e relevante.

Tanto a **Gravidade da doença** como o tipo de **Diagnóstico médico** foram avaliados de forma contundente por ambos os grupos como fator determinante para o encaminhamento. Observou-se que 90% dos médicos e também dos fisioterapeutas consideraram a gravidade da doença um fator relevante para a conduta de encaminhamento, e que 95% dos médicos e 90% dos fisioterapeutas consideram, respectivamente, o diagnóstico médico fator decisivo para tal prática. Algumas patologias estão tradicionalmente relacionadas aos tratamentos médicos e fisioterapêuticos concomitantemente, em detrimento de outras. Um estudo prévio aponta que há uma relação direta entre a prática de encaminhamento pelos médicos à fisioterapia e, a quantidade de pacientes com diagnóstico favorável após a fisioterapia<sup>12</sup>.

O fracasso da própria **Conduta profissional**, seja o tratamento clínico ou fisioterapêutico, obteve resultado como artifício para a referência e contra-referência. Percebeu-se que 70% dos médicos e 85% dos fisioterapeutas buscam essa alternativa, com o objetivo de apontar novas formas de tratamento ou técnicas que venham trazer um melhor prognóstico para o paciente. Porém na literatura, não se encontrou referência sobre esse assunto, não sendo possível comparar esse resultado.

O estudo mostra que a **Prevenção de doenças** vem se mostrando um forte fator determinante para a referência e contra-referência entre esses profissionais, onde 70% dos médicos consideram esse fator, apesar da prevalência no item gravidade da doença ter mostrado um índice de 90% entre esses profissionais. Por isso vale ressaltar a importância da atuação da fisioterapia dentro do SUS e na Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de trabalhar em equipe, envolvendo também atividades de forma preventiva<sup>13</sup>, apesar da atividade reabilitadora ainda ser socialmente mais relacionada com a prática fisioterapêutica. Os fisioterapeutas com 80% consideram esse componente relevante para a contra-referência ao tratamento clínico.

No que se refere aos **Princípios e diretrizes do SUS**, metade dos médicos, ou seja, 50% responderam que podem influenciar no encaminhamento, já mais da metade dos fisiotera-

peutas, 65% não consideram esse fator relevante à volta do paciente para o seu local de origem. O entendimento profissional da garantia e relevância dos princípios e diretrizes do SUS ainda é um desafio permanente a ser alcançado na abordagem do atendimento em saúde<sup>14</sup>.

A **Idade do profissional** influenciou para o GM (55%), diferentemente do GF que foi de 35%, provavelmente devido ao entendimento do primeiro grupo de que a experiência profissional é mais provável em indivíduos com mais idade e com maior tempo de formação. O estudo de Gomes, Cruz e Cabanelas sobre o estresse ocupacional em profissionais de saúde verificou que na instabilidade profissional e na carreira, os profissionais mais novos (até 30 anos) apresentaram mais problemas do que seus colegas mais velhos (31 a 50 anos; mais de 50 anos)<sup>15</sup>. Da mesma forma os voluntários do estudo apontaram que, o tempo de formação, foi um fator que influenciou para os médicos 65% e para os fisioterapeutas 55%. Albuquerque *et al* dizem que os profissionais que atuam a mais tempo, apesar da maior experiência clínica, se envolvem com as atividades rotineiras do trabalho e deixam de lado a educação permanente e, por consequência, passam a ser profissionais pouco atualizados<sup>16</sup>.

A **Conduta profissional** foi o item de segunda maior influência, para os médicos e de maior influência para os fisioterapeutas, atingindo 90%, mostrando a importância de uma conduta profissional ética. Segundo Bub, pensar sobre nosso caráter de agir e ser profissional de saúde demanda um conhecimento do que precisa ser realizado como técnica e como arte, como também, conhecer as perspectivas éticas que podem fundamentar a conduta profissional<sup>17</sup>.

O fator **Relacionamento pessoal** mostrou ser de maior influência para os médicos, com 95%, no qual Neckel *et al* relatam que os aspectos centrais na configuração do trabalho em conjunto, é manter relações com propósito de conhecer a atuação do outro<sup>18</sup>. Desta forma, os profissionais podem criar ações cujo conteúdo e as finalidades sejam, não só para o envolvimento profissional entre a equipe, mas também para o conhecimento interpessoal dos mesmos.

No estudo realizado por Marques na cidade de Tubarão – SC, com nove médicos especializados em ginecologia, aponta que dentre nove médicos, dois profissionais não tiveram o retorno de suas pacientes após encaminhamento para fisioterapia e um profissional não realizava nenhum encaminhamento<sup>12</sup>. Entretanto, seis médicos que tiveram a oportunidade de receber seus pacientes após o tratamento fisioterápico, e quatro médicos, ao realizar uma nova avaliação, constataram um aproveitamento de 100%. Isso mostra que ambos os estudos se apresentaram satisfatórios no que diz respeito à eficácia da referência e contra-referência entre médicos e fisioterapeutas para o tratamento em saúde.

Um estudo realizado por Borges *et al.*, onde foram avaliados os recursos e o reconhecimento da fisioterapia oncológica nos hospitais públicos do Distrito Federal, com 30 fisioterapeutas, 44 pacientes e 45 médicos, mostrou não existir ainda um modelo para tratamento de pacientes oncológicos e que os médicos não encaminham pacientes com câncer para o tratamento fisioterapêutico, pela ausência desse serviço nos hospitais e pelo desconhecimento dos benefícios ocasionados por essa terapia<sup>19</sup>. Nesse estudo, o **Ambiente profissional** com presença do serviço de fisioterapia foi citado como fator determinante por 75% dos médicos.

A amostra contida no estudo foi de características heterogêneas, considerando-se o serviço público e privado de saúde, desta forma, ressalta-se que ao realizar um estudo semelhante, selecione a amostra de forma homogênea, para melhor observação dos fatores apresentados nesta pesquisa no campo da saúde pública.

Constatou-se que todos os fatores avaliados influenciam a referência e contra referência entre os profissionais, seja para o tratamento clínico ou a um profissional da outra área, e que o relacionamento pessoal entre os profissionais é mais determinante para a prática da referência médica do que para a contra referência fisioterapêutica.

Vale destacar que os principais determinantes da referência médico-fisioterapeuta foram o tipo de diagnóstico médico e o relacionamento pessoal. E para a contra referência fisioterapeuta-médico foram o tipo de diagnóstico médico, a conduta profissional e a especialidade do profissional. Esses fatores determinantes foram preponderantes aos princípios e diretrizes do SUS que consideram entre seus princípios a integralidade do atendimento em saúde.

Dessa forma, pôde-se constatar que a prática da referência e contra referência de pacientes entre profissionais de saúde médicos e fisioterapeutas no município de Mossoró-RN apresenta-se mais consolidada em específicas áreas de atuação profissional, perpetuando a visão de trabalho em equipe já, tradicionalmente, relacionada ao tipo de diagnóstico médico.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Japiassú, H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 220p.
2. Campos AB, Gonçalves RC, Carvalho CRF. Avaliação dos critérios médicos para o encaminhamento de pacientes com disfunções neurológicas para atendimento fisioterapêutico. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2006;13(3):36-42.
3. Ortiga, AMB. Estrutura e Dinâmica das Unidades de Saúde. Mimeo, 2006.
4. Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. 2001;35(1):103-109.
5. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Conass. Sistema Único de Saúde: Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília: Conass, 2011. 291 p.
6. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde - norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Rev C S Col*. 2010;15(3):757-762.
7. Silva ACC, Barros LC, Barros CEC, Ferreira GE, Silva RF. Médicos e enfermeiras: O relacionamento numa unidade de emergência (UE). XXVI ENEGEP; 2006 Out 9-11; Fortaleza, CE, Brasil.
8. Virtuoso JF, Hauptenthal A, Pereira ND, Martins CP, Knabben RJ, Andrade A. A produção de conhecimento em fisioterapia: análise de periódicos nacionais (1996 a 2009). *Fisioter Mov*. 2011;24(1):173-80.

9. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Definição de Fisioterapia. In: COFFITO. Brasília. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/conteudo/con\\_view.asp?secao=27](http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27)> Acesso em 24 mai. 2011.
10. Minayo MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. Medicina. Ribeirão Preto, v.24, n.2, 1991.
11. Silva AC, Saraiva JNS, Kist L, Santos MJW, Saraiva RVS. Promoção da contra-referência no ambulatório com uso do prontuário eletrônico pela neurologia clínica pediátrica do Hospital da Criança Conceição (Monografia). Porto Alegre: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.
12. Marques TS. Análise da ocorrência de encaminhamentos de pacientes por médicos ginecologistas e obstetras da cidade Tubarão – SC, para tratamento fisioterapêutico (Monografia). Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2006.
13. Silva DJ, Daros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Rev C S Col.* 2007;12(6):1673-1681.
14. Marques AJS, Mendes EV, Silva JA, Silva MVCP, organizadores. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de estado de Minas Gerais, 2009.
15. Gomes AR, Cruz JF, Cabanelas S. Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses. *Psic Teor. e Pesq.* 2009; 25(3):307-318.
16. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *RBEM.* 2008;32 (3):356-362.
17. Bub MBC. Ética e prática profissional em saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(1):65-74.
18. Neckel GL, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Rev C S Col* 2009;14(Supl.1):1463-1472.
19. Borges CAM, Silveira CF, Lacerda PCMT, Nascimento MTA. A análise dos métodos de avaliação, dos recursos e do reconhecimento da fisioterapia oncológica nos hospitais públicos do Distrito Federal. *Rev Bras Cancerol.* 2008; 54(4):333-344.