

# Nível de conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde de Patos de Minas-MG sobre as áreas de atuação da Fisioterapia

*Level of knowledge of City Health Counselors in Patos de Minas-MG about the fields of actuation of Physiotherapy*

*Luíza Caetano Vieira*

Graduanda do curso de Fisioterapia do UNIPAM. e-mail: luizac.vieira@hotmail.com

*Roane Caetano de Faria*

Professora do UNIPAM

---

**Resumo:** Os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos permanentes e deliberativos, incumbidos de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, incluindo aspectos econômicos e financeiros. A Fisioterapia, atuante em diversos níveis de atenção à saúde, utiliza recursos que capacitam o profissional a prestar assistência em todas as exigências de saúde, observando a totalidade biopsicossocial e preservando a qualidade de vida. Este estudo objetivou conhecer a percepção dos conselheiros municipais de saúde sobre as áreas de atuação do fisioterapeuta nas redes municipais, aplicando-se um questionário, em que os dados foram processados no Microsoft Office Excel 2010, em forma de gráficos, baseando-se na porcentagem simples, média e desvio padrão. Considerando as áreas fisioterapêuticas oferecidas aos usuários do SUS/Patos de Minas, a área ortopédica/traumatológica foi a mais bem reconhecida, em contrapartida às áreas dermatológica, ginecológica, obstétrica e oncológica. A inserção da Fisioterapia na rede pública de saúde padece da influência do seu surgimento, apresentando sua origem e evolução marcadas pela reabilitação.

**Palavras-chave:** Conselhos Municipais de Saúde; Fisioterapia.

**Abstract:** The City Health Counsels are permanent and deliberative organs, responsible to formulate strategies and control the execution of health policy, including economic and financial aspects. Physiotherapy, active in many levels of health programs, uses resources that enable the professional to give assistance in all demands of health, observing the bio-psycho-social totality and preserving life quality. This study aimed at knowing the perception of city health counselor about the fields of actuation of the physiotherapist in the city programs, by the use of a questionnaire, in which the data were processed in Microsoft Office Excel 2010, in form of graphics, based on simple and medium percentage and standard deviation. Considering the physiotherapeutic areas offered to the users of SUS/ Patos de Minas, the orthopedic and traumatology area was the most acknowledged one, in opposition to the dermatologic, gynecologic, obstetric and oncologic areas. The insertion of Physiotherapy in public health domain is influenced by its uprising, and its origin and evolution are marked by rehabilitation.

Keywords: City Health Counsels; Physiotherapy.

## 1. Introdução

### 1.1. Conselhos de saúde

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) estabelece, em seu artigo 3º, que

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 2010).

A saúde é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, resolve aprovar as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Na primeira diretriz, proposta na Resolução n.º 333/03, há a definição do Conselho de Saúde, corroborando com a lei 8.142/1990, que estabelece:

O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 2010).

O processo bem sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos conselhos de saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Na segunda diretriz descreve a criação e reformulação dos Conselhos de Saúde, sendo estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei n.º 8.142/90 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Na terceira diretriz, descreve a organização dos Conselhos de Saúde estabelecida de composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária. O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em lei (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Na quarta diretriz há descrições da estrutura e funcionamento dos Conselhos de Saúde, sendo que os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Na quinta diretriz, estabelecem-se as competências dos Conselhos de Saúde, como estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde (BRASIL, 2010).

Em complemento, o Ministério da Saúde (2002) afirma que os Conselhos de Saúde reúnem pessoas que representam posições e propostas ora semelhantes, ora diferentes e, às vezes antagônicas, devendo todos e todas estar a serviço do SUS e de seus princípios e diretrizes. Neste sentido, cabe aos Conselheiros conhecer os problemas, observar seus efeitos, procurar suas causas, negociar soluções, ou seja, discutir e buscar acordos uns com os outros, visando encontrar as melhores saídas para os problemas que afligem a população.

É importante conhecer as doenças que o indivíduo adquire em função do meio ambiente e das condições precárias de vida ou de trabalho e aquelas que levam à incapacidade ou à morte e são provocadas por causas externas como homicídios, atropelamentos, acidentes de trabalho e suicídios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Precisam saber se há registro confiável desses dados nos órgãos de saúde da Prefeitura ou do Estado. Precisam conhecer, também, as unidades de saúde responsáveis pelos diversos tipos de atendimento, desde aquelas que atendem os casos mais simples (centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família), até aquelas que fazem atendimentos de casos mais complexos (hospitais, prontos-socorros, maternidades, policlínicas, ambulatórios de especialidades, bancos de sangue, centros de controle de zoonoses, centros de vigilância sanitária e epidemiológica, unidades de atendimento especializado em saúde mental, centros de captação de órgãos para transplantes, centrais de hemodiálise, laboratórios, centrais de exames radiológicos, dentre outras). Sobretudo, necessitam conhecer as medidas que devem ser implementadas para evitar que as pessoas do seu município ou Estado venham a adoecer ou morrer quando expostas a condições desfavoráveis e geradoras de riscos à sua saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A importância de conhecer os problemas do município, do campo e da cidade, e compreender por que eles acontecem e quem ou que circunstâncias são responsáveis por eles, é que assim, o conselheiro poderá estabelecer uma escala de prioridades pelas quais ele e a comunidade que representa irão lutar no Conselho e em outras instâncias,

para que se transformem em políticas efetivas. Logo, o conselheiro vai compreender quais são as políticas públicas responsáveis pela resolução dessas questões mais importantes. A partir daí, sua função será apresentar propostas, fiscalizar ações, despesas, cobrar providências, enfim, exercer o Controle Social do SUS no município ou Estado, participando ativamente da negociação desses assuntos com os poderes constituídos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde recomenda que o plenário do conselho reúna-se, no mínimo, uma vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário. As reuniões plenárias são abertas ao público e sugerem a duração de dois anos para o mandato, podendo os conselheiros ser reconduzidos (reeleitos), a critério de suas representações. Em relação à prestação de contas por parte dos gestores, esta deve ocorrer a cada três meses. Essa prestação de contas acontece por meio de relatório detalhado. O relatório de prestação de contas dos conselhos de saúde deve conter, pelo menos, as seguintes informações:

- como estão sendo executadas as ações de saúde;
- o relatório de gestão;
- recursos financeiros: quanto foi aplicado e como foi aplicado;
- as auditorias iniciadas e concluídas no período;
- a produção e a oferta de serviços do SUS.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde são definidas, no governo federal, pelo Ministério da Saúde com a participação do Conselho Nacional e das Conferências Nacionais de Saúde. No âmbito estadual, elas são definidas considerando a realidade de cada Estado pela Secretaria Estadual de Saúde, com a participação do Conselho Estadual e das Conferências Estaduais de Saúde. Aos municípios cabe conhecer as diretrizes estaduais e defini-las conforme as realidades locais. Essa escolha é feita pelos secretários municipais com a participação dos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e vão se transformar nas políticas municipais de saúde. E aí é só tratar de colocá-las em prática, transformando-as em ações concretas que tragam reais benefícios à população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Os Planos de Saúde de um município, Estado ou da União devem conter uma descrição detalhada da situação de saúde da população, incluindo as situações vivenciais que podem contribuir para promover a saúde da população, bem como aquelas que podem contribuir para o adoecimento das pessoas, como más condições de vida, falta de saneamento básico, ausência de coleta de lixo, falta de água tratada e de moradia para as famílias, desemprego, transporte de má qualidade, falta de infra-estrutura e de lazer, condições de trabalho inadequadas, alimentação insuficiente, inadequada ou inexistente e desestruturação dos serviços de saúde e educação. É a partir dessas informações que se faz o levantamento do que se precisará ter para assegurar a atenção adequada à saúde da comunidade, definindo as ações e os recursos necessários para implementar a política de saúde para o município, Estado ou para a União (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

É o diagnóstico situacional que ajuda a definir as metas a serem alcançadas em determinado período, em função de operações planejadas para enfrentar as prioridades

da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Por isso, o Conselho Nacional de Saúde discutiu esta questão e deliberou pela formulação de diretrizes gerais para o Processo de Capacitação de Conselheiros de Saúde, as quais foram elaboradas com a participação de representantes do Programa de Educação em Saúde, da Secretaria de Políticas de Saúde/MS, de Universidades, das ONGs, de Trabalhadores, das Secretarias de Saúde e dos Conselhos Estaduais e Municipais, que têm experiências em atividades de capacitação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Para efeito destas diretrizes, considera-se capacitação os processos formais de transmissão e construção de conhecimentos por meio de encontros (cursos, oficinas de trabalho, etc.) e/ou o uso de metodologias de educação a distância, bem como outros processos participativos, como os fóruns de debates (Conferências de Saúde, Plenária dos Conselhos de Saúde e Encontros de Conselheiros) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

## ***1.2. Atuação da Fisioterapia***

A Fisioterapia tem como objeto de estudo o movimento humano e os recursos fisioterapêuticos. Analisa as diferentes patologias que determinam disfunções passíveis de abordagens fisioterapêuticas, observando, qualquer que seja a situação do paciente, sua totalidade biopsicossocial e preservando-lhe a qualidade de vida. Possibilita ao profissional atuar nos diversos níveis de atenção à saúde – promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Porém, frequentemente, tem suas atividades profissionais reconhecidas na reabilitação e na recuperação de pessoas fisicamente lesadas com atuação, portanto, em níveis de atenção secundária e terciária à saúde (DELIBERATO, 2002; RIBEIRO, 2002).

A inserção da Fisioterapia na rede pública de saúde vem sofrendo a influência do seu surgimento, pois apresenta sua origem e evolução marcadas pela reabilitação. A própria origem da Fisioterapia enfatizou e dirigiu as definições do campo profissional para atividades recuperativas, reabilitadoras e atenuadoras de um organismo que se encontra em más condições de saúde. O surgimento desse profissional, como uma decorrência das grandes guerras, fez-se fundamentalmente para tratar de pessoas fisicamente lesadas. As perdas totais ou parciais de membros, atrofias e paralisias são exemplos do “objeto de trabalho” da Fisioterapia na sua gênese (RIBEIRO, 2002; REBELATTO; BOTOMÉ, 1987).

No entanto, a formação universitária como especificado pelo Ministério da Educação (MEC), destaca o fisioterapeuta como um profissional generalista, sendo capaz, portanto, de atuar em todos os níveis de atenção à saúde, não devendo ficar restrito às ações curativas e reabilitadoras (DELIBERATO, 2002).

As propostas de atuação da fisioterapia, na atenção primária, apresentam-se com os objetivos de desenvolver ações voltadas à manutenção da saúde ou, então, em última instância, à prevenção de sequelas e não apenas à reabilitação (RIBEIRO, 2002).

É dentro desta nova perspectiva de atuação profissional que se insere o fisioterapeuta preventivo, agindo em programas de promoção de saúde e proteção específica (DELIBERATO, 2002).

O papel do fisioterapeuta no exame e tratamento das alterações musculoesque-

léticas tem evoluído para uma posição de grande responsabilidade no meio médico. Com acesso direto aos serviços fisioterápicos, é incumbência do terapeuta programar a data adequada para o planejamento e conduta de tratamento destas alterações (GOLD, 1993).

As decisões clínicas acertadas e a avaliação contínua durante o curso do tratamento para determinar a evolução do paciente são a chave para o tratamento eficiente dos pacientes. Os fisioterapeutas adquirem tanto habilidades técnicas para realizar o exame e os procedimentos de intervenção quanto as habilidades analíticas para formular diagnóstico e prognóstico adequados (PRENTICE e VOIGHT, 2003).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é entendida como uma reorganização e reorientação do modelo assistencial, mediante a disposição de equipes multiprofissionais em unidades de saúde distribuídas em territórios delimitados espacialmente. Nessa lógica de organização territorial, o espaço físico da Estratégia Saúde da Família deixa de ser meramente o espaço político-operativo do sistema de saúde, passando a ser um campo no qual se verifica a interação população-serviços no âmbito local e que se caracteriza por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (BRASIL, 2003).

O NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) é composto por uma equipe de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, que atuam em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade delas, agindo diretamente no apoio às equipes e na assistência à população das unidades em que está cadastrado (BRASIL, 2003).

O fisioterapeuta vem adquirindo crescente importância nos serviços de Atenção Básica à Saúde. A inserção desse profissional no serviço torna-se viável com a criação do NASF, porém, também um desafio, uma vez que a Portaria do NASF deixa a critério do gestor a inclusão ou não desse especialista. Por isso, tornou-se necessária a organização das práticas profissionais em todas as ações de sua responsabilidade para assistência às ESF (BRASIL, 2003).

É dever do fisioterapeuta, segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2003):

- realizar diagnóstico situacional, com levantamento dos problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita às ESF;
- realizar atendimentos individuais e/ou coletivos de prevenção primária, secundária e terciária nas diversas áreas da Fisioterapia, dando suporte de Atenção Básica com respeito aos critérios de referência e contra referência estabelecidos pelo Município;
- realizar pesquisas e ações específicas de saúde mental, em conjunto com a equipe;
- desenvolver ações de reabilitação e tratamento, priorizando atendimentos coletivos;
- montar e participar de grupos operativos, com objetivos bem detalhados para resolução das ações;
- desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF, incluindo

- do aspectos funcionais de todos os sistemas e órgãos;
- acolher os usuários que requeiram cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários e a capacidade instalada das ESF.

Dentro desta perspectiva é preciso capacitar também os conselheiros perante a atuação do fisioterapeuta que tanto contribui desde a promoção de saúde até a reabilitação do paciente. A literatura mostra um vasto conhecimento da relação entre a eficácia da fisioterapia nestes aspectos. Cabe, portanto, promover a integração do mesmo com estratégias integradas à saúde pública para capacitar a intervenção eficiente.

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos conselheiros municipais de saúde sobre as áreas de atuação do fisioterapeuta nas redes municipais de saúde, no município de Patos de Minas, Minas Gerais.

### *Metodologia*

Estudo exploratório, comparativo, descritivo e analítico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas/Unipam, com o protocolo nº 139/10.

No município de Patos de Minas há 20 Conselheiros Municipais de Saúde, porém participaram do estudo 15 Conselheiros, adotando como critérios de inclusão: ser membro ativo do Conselho Municipal e estar presente na reunião em que foi proposta a aplicação dos questionários. Os mesmos, cientes dos objetivos do estudo, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

A estes Conselheiros Municipais foram aplicados questionários contendo perguntas sobre identificação pessoal, áreas atuantes da Fisioterapia no contexto geral e nos serviços oferecidos pelo SUS, e locais de conhecimento de atuação do fisioterapeuta, tanto na rede privada quanto na rede pública.

O questionário foi enviado via e-mail, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido, para o presidente do Conselho Municipal de Saúde, que por sua vez os imprimiu e aplicou na reunião em que julgasse oportuna para tal ação. A aplicação dos mesmos foi definida assim, devido ao fato de o presidente alegar que a reunião do Conselho Municipal de Saúde de Patos de Minas apresentava-se com uma longa programação.

No entanto, os Conselheiros foram orientados a responder os questionários da maneira mais fidedigna possível, não recorrendo a nenhum tipo de fonte de pesquisa, pois a finalidade do trabalho era realmente avaliar o nível de conhecimento dos mesmos a respeito das áreas de atuação da fisioterapia. A devolução foi feita com os questionários impressos.

Foi feita a análise estatística dos dados coletados por meio do questionário, processando os mesmos no programa Microsoft Office Excel 2010 em forma de gráficos, baseando-se na porcentagem, para analisar a frequência das assertivas selecionadas pelos voluntários e a média e o desvio padrão para conhecer a média de idade.

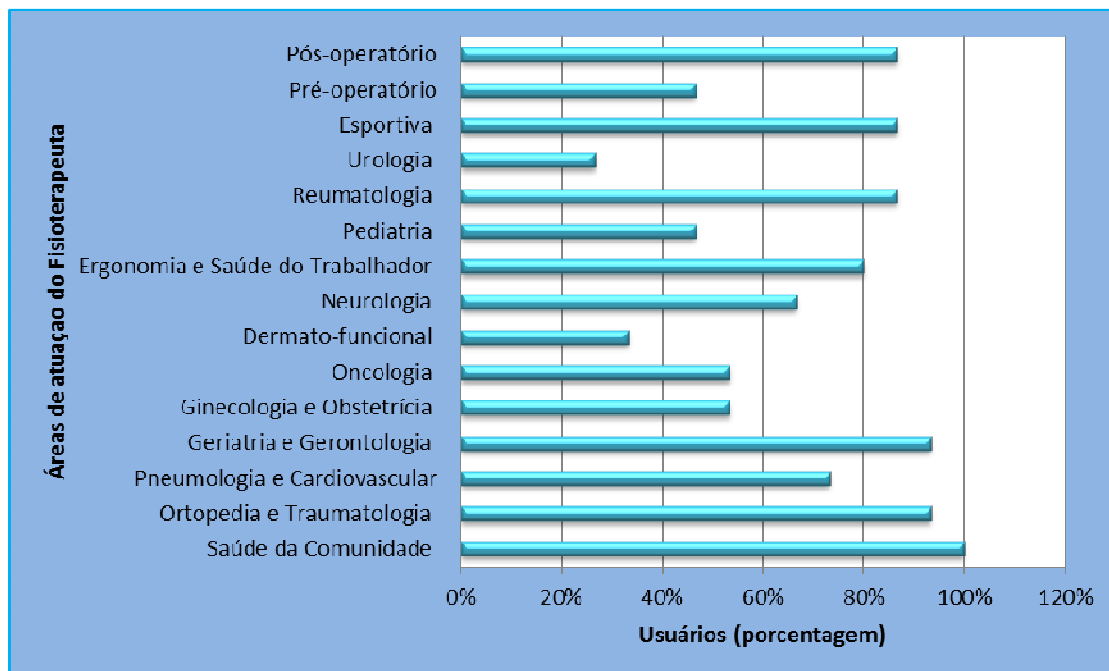
Após a coleta e análise, foi elaborado uma minipalestra em Datashow, com o in-

tuito de apresentar e explicar o conceito e a aplicabilidade de cada área fisioterapêutica.

### Resultados e discussão

Participaram do estudo 75% dos Conselheiros Municipais de Saúde, sendo 60% do sexo feminino e 40% masculino, com idade média de  $44,67 \pm 15,06$  anos. O Conselho Municipal de Saúde de Patos de Minas constitui-se de 6,67% de usuários, 33,33% de trabalhadores de saúde, 6,67% de prestadores de serviços privados conveniados, 46,67% de instituições sem fins lucrativos, 6,67% de usuários e representantes de instituições sem fins lucrativos. Os gestores, de acordo com o Ministério da Saúde, fazem parte também desse órgão coletivo e deliberativo, porém não estavam presentes na data de aplicação dos questionários.

Na aplicação dos questionários, no que se referente às áreas de atuação da Fisioterapia, representado no Gráfico 1, 100% dos conselheiros têm conhecimento da área saúde da comunidade; 93,33% ortopédica/traumatológica e geriátrica/gerontológica; 86,67% esportiva, reumatológica e pós-operatório; 80% ergonomia e saúde do trabalhador; 73,33% pneumologia e cardiovascular; 66,67% neurologia, 53,33% ginecologia/obstetrícia e oncológica, 46,67% pediatria e pré-operatório, 33,33% dermatofuncional, 26,67% urologia.

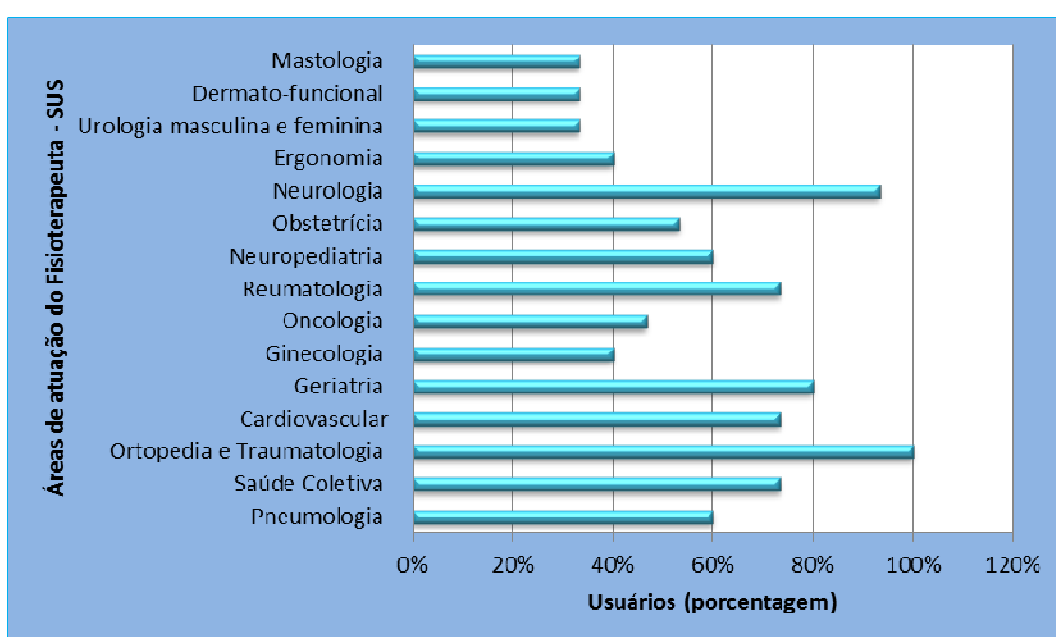


**Gráfico 1:** Áreas de atuação do fisioterapeuta de conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde de Patos de Minas



Considerando a totalidade dos conselheiros, 80% não têm conhecimento de mais áreas de atuação a não ser as citadas anteriormente; 13,33% alegaram conhecer (sendo que 6,67% responderam estética facial e corporal, que se refere à área dermatológica, e 6,67% não especificaram qual a área); e o restante, 6,67% deixou a questão em branco.

Referente às áreas de atuação da Fisioterapia que são oferecidas aos usuários do SUS em Patos de Minas, representadas pelo Gráfico 2, 100% dos conselheiros têm conhecimento da área de ortopedia e traumatologia, 73,33% reumatologia, cardiovascular e saúde coletiva, 60% pneumologia e neuropediatria, 33,33% dermatofuncional, urologia masculina e feminina e mastologia, 40% ginecologia e ergonomia, 53,33% obstetrícia, 93,33% neurologia, 80% geriatria, 46,67% oncologia.



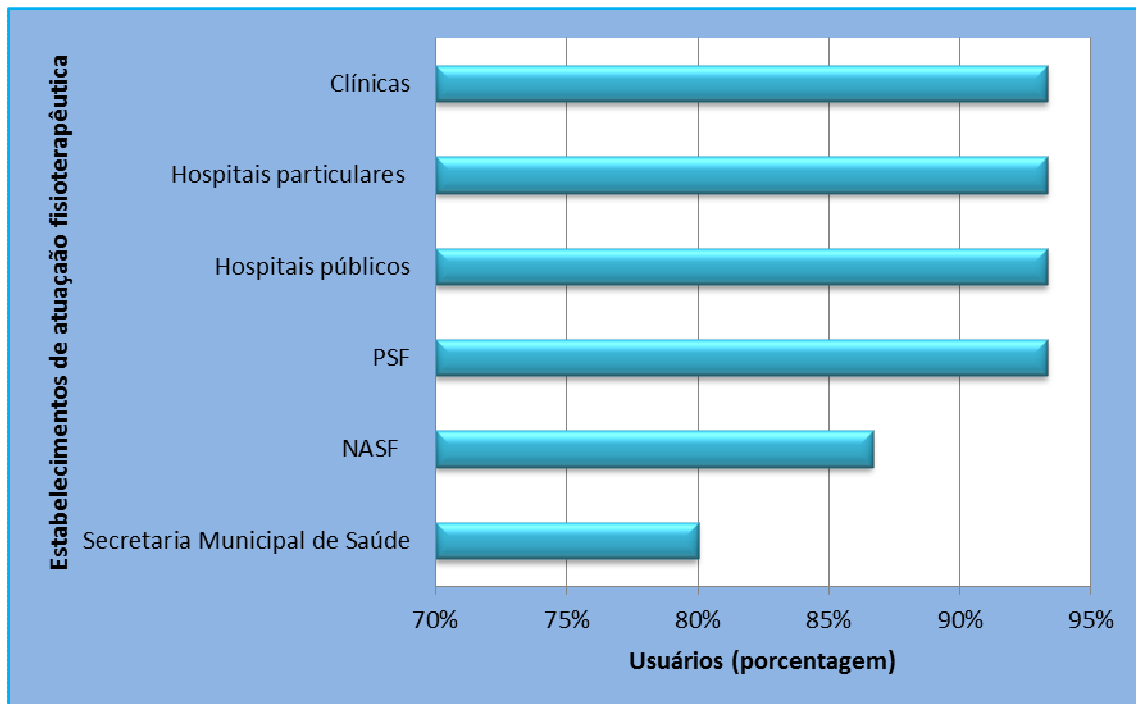
**Gráfico 2:** Áreas de atuação da Fisioterapia que são oferecidos aos usuários do SUS em Patos de Minas, pelo conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde.

Em relação aos atendimentos fisioterapêuticos da Clínica de Fisioterapia UNIPAM, 100% têm conhecimento de que a mesma oferece serviços aos usuários do SUS.

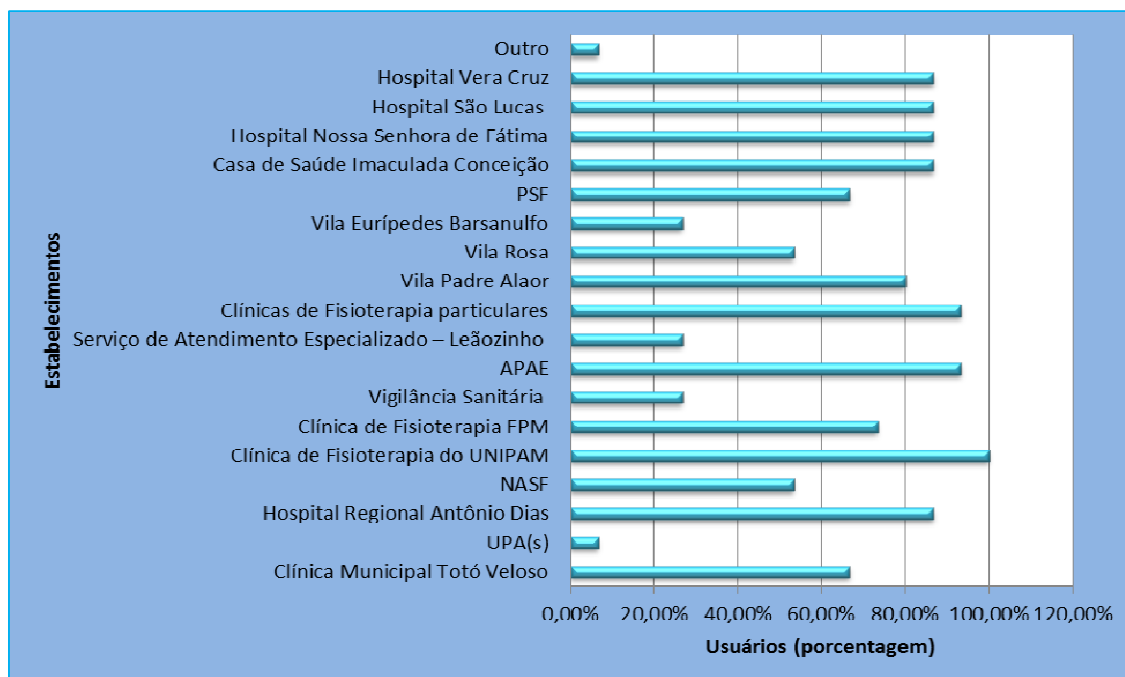
Tendo em vista os estabelecimentos do Município em que o fisioterapeuta está apto a atuar, representados no Gráfico 3, 80% marcaram a Secretaria Municipal de Saúde, 86,67% NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), 93,33% PSF (Programa Saúde da Família), hospitais públicos, hospitais particulares e clínicas.

Tendo como relação o conhecimento dos conselheiros referentes aos locais que prestam atenção fisioterapêutica, representados no Gráfico 4, 66,67% marcaram a Clínica Municipal Totó Veloso, 6,67% UPA(s) (Unidades de Pronto Atendimento), 86,67% Hospital Regional Antônio Dias, 93,33% clínicas de fisioterapia particulares, 53,33% NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), 100% Clínica de Fisioterapia UNIPAM,

73,33% Clínica de Fisioterapia FPM, 26,67% Vigilância Sanitária, 93,33% APAE, 26,67% Serviço de Atendimento Especializado – Leãozinho, 80% Vila Padre Alaor, 53,33% Vila Rosa, 26,67% Vila Eurípedes Barsanulfo, 66,67% PSF, 86,67% Casa de Saúde Imaculada Conceição, Hospital Nossa Senhora de Fátima, Hospital São Lucas e Hospital Vera Cruz, 6,67% marcaram outro local: em domicílio.



**Gráfico 3:** Estabelecimentos em que o fisioterapeuta está apto a atuar, segundo o conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde.



**Gráfico 4:** Locais que prestam atenção fisioterapêutica, em Patos de Minas, de conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde.

A Fisioterapia, sendo uma ciência relativamente nova, é enormemente vinculada com o “objeto de trabalho: lesão” ou suas sequelas, como afirmam Rebelatto e Batomé (1987). Assim se observa que na visão populacional esse profissional atua no quadro reabilitador, exercendo sua profissão em clínicas de fisioterapia particulares e conveniadas com o SUS, tendo como objetivo desenvolver a capacidade funcional do paciente, devido a um quadro de trauma/doença. Esse fato está evidenciado nos resultados dessa pesquisa, na qual se nota que a área ortopédica e traumatológica é de total conhecimento dos Conselheiros Municipais de Saúde, por ser a área anciã dessa especialidade e estar ligada intimamente ao “objeto de trabalho” do fisioterapeuta.

Os representantes do Conselho Municipal de Saúde dessa região estão cientes das áreas de atuação preventivas, porém uma parcela dos mesmos não tem conhecimento da nova possibilidade de atuação do fisioterapeuta preventivo no SUS, assim dificultando o acesso desse profissional nos níveis de atenção primários. Deliberato (2002) afirma que o fisioterapeuta é capacitado para agir em níveis de atenção primária à saúde, tendo como princípio fundamental o conjunto de conhecimentos científicos relativos aos fatores que possam causar infortúnios ao ser humano, bem como conhecendo também os mecanismos de interferência junto a esses fatores, visando eliminá-los ou minimizá-los.

Um exemplo de campo de atuação seria o NASF, em que de acordo com a Portaria do referido núcleo, fica a critério dos gestores a inclusão desse especialista neste programa. Portanto, se os Conselheiros não têm conhecimentos, não há a possibilidade de inclusão.

De acordo com a Cartilha de orientações aos Conselheiros de Saúde, é interessante que os mesmos conheçam os serviços de saúde da sua cidade, desde os que fazem o atendimento mais simples, como os centros e unidades de saúde, até os que fazem atendimentos mais complexos, como hospitais, maternidades, laboratórios e unidades de atendimento especializado em saúde mental. E que estejam sempre muito bem informados a respeito das seguintes questões: a quem se destina o atendimento em determinada unidade de saúde, ou em determinado programa, ou seja, qual é a população-alvo dos serviços prestados por determinada unidade de saúde? Quais as especialidades oferecidas nas unidades de saúde e o número de consultas realizadas por especialidade nessas unidades de saúde (por exemplo, na pediatria, na cardiologia, na clínica-geral)? Quais são os serviços disponíveis para a população? Há carência de determinados serviços? A população está procurando ajuda em outras cidades? (BRASIL, 2010).

Porém, a consciência desses conselheiros vai ao encontro do que afirmam os autores Rebelatto e Batomé (1987), para quem a inclusão da Fisioterapia na rede pública de saúde está marcada pelo “profissional da reabilitação”. Esse fato se deve, provavelmente, na aquisição de uma significativa importância nos serviços de Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2003).

### *Conclusão*

Este estudo demonstrou que a inclusão da Fisioterapia na rede pública de saúde vem experimentando a influência de sua origem, pois apresenta sua origem e evolução marcadas pela reabilitação, interferindo assim na inclusão de áreas fisioterapêuticas recentes nos serviços públicos de saúde.

Notou-se que áreas mais recentes da fisioterapia são pouco conhecidas pelos Conselheiros Municipais de Saúde, como a urologia, a dermatofuncional e a mastologia, que são áreas primordiais para promover a qualidade de vida dos pacientes e que são oferecidas pelo sistema público de saúde.

Desta forma, a fisioterapia ainda não consegue atuar de forma integral, beneficiando a saúde da população de um modo geral. Estudos anteriores já demonstraram que muitos cidadãos não são encaminhados aos serviços de fisioterapia por desconhecimento por parte dos profissionais de saúde.

Espera-se que com a capacitação dos Conselheiros Municipais de Saúde, estes possam deliberar ações em benefício de pessoas que necessitam dos serviços públicos de saúde.

Espera-se também que a fisioterapia seja mais divulgada e realmente encontre meios, cada vez mais eficazes, de atuar desde a promoção até a reabilitação, na busca incansável da promoção da saúde de indivíduos e coletividade.

## **Referências**

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde* / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 208 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. *Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Orientações para conselheiros de saúde*. Brasília: TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010.

DELIBERATO, P. C. P. *Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações*. São Paulo: Manole, 2002.

GOLD, James A. *Fisioterapia na Ortopedia e na Medicina do Esporte*. 2 ed. São Paulo: Manole, 1993.

MAXEY, Lisa; MAGNUSSON, Jim. *Reabilitação Pós-cirúrgica para o paciente ortopédico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PRENTICE, Willian E; VOIGHT, Michael L. *Técnicas em reabilitação musculoesquelética*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. *Fisioterapia no Brasil: perspectivas de evolução como campo profissional e como área de conhecimento*. São Paulo: Manole, 1987.

RIBEIRO, K. S. Q. S. A atuação da fisioterapia na atenção primária à saúde: reflexões a partir de uma experiência universitária. *Fisioterapia no Brasil*, v. 3, n. 5, p. 311-318, set./out. 2002.

TEIXEIRA, Lucia Helena G. Conselhos Municipais de Educação: Autonomia e democratização do Ensino. *Cadernos de Pesquisa*, v. 34, n. 123, set./dez. 2004.