



Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher
CNPJ: 07.907.951/0001-98
www.abrafism.org.br

OFÍCIO ABRAFISM 019/2019

Ribeirão Preto, 11 de Novembro de 2019.

À SUA SENHORIA A SENHORA,
DRA. SHERLY MILITELLO
Coordenadora do Departamento de Fiscalização do Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 3ª Região

ASSUNTO: Parecer em atendimento OFÍCIO/DEFIS/CREFITO-3 Nº 186A/2019

O presente parecer busca elucidar as seguintes questões explicitadas no OFÍCIO/DEFIS/CREFITO-3 Nº 186A/2019:

Qual a responsabilidade técnica do fisioterapeuta integrante de uma equipe multidisciplinar de atenção ao parto domiciliar mediante intercorrência com a parturiente ou recém-nascido? Qual a autonomia do fisioterapeuta nessa equipe? O fisioterapeuta pode recepcionar o neonato e/ou realizar avaliação antropométrica do mesmo?

Em relação a responsabilidade do fisioterapeuta ao integrar equipes multidisciplinares de assistência ao parto domiciliar, em casos de intercorrência com a mãe e com o recém-nascido, faz-se importante tecer algumas considerações de modo a contextualizar o problema. Existe um reconhecimento mundial da importância do movimento de humanização da assistência ao parto. A assistência ao parto pode ocorrer em diferentes ambientes (hospitalar, casas de parto, domiciliar).

A literatura mundial tem demonstrado que o parto em ambiente hospitalar permite acesso mais rápido a procedimentos que fazem diferença ao atendimento nos casos de intercorrências perinatais, oferecendo melhores chances de prevenção e tratamento adequado de morbimortalidade materna e neonatal decorrentes de complicações (especialmente em gestações de alto risco), mesmo em países que possuem sistemas muito bem estruturados de identificação de risco de complicações no parto (o que nem sempre é possível de ser aferido durante a gravidez), equipes de sobreaviso e sistema de referência a maternidades em casos de complicações ocorridas em partos domiciliares e casas de parto (Evers et al, 2010; Snowden et al., 2015; Grünebaum et al, 2014; Kooy et al, 2017; de Jonge et al, 2015).

O fisioterapeuta tem autonomia para oferecer serviços domiciliares à mulher em trabalho de parto, assim como às mulheres tem autonomia pela opção de ter um parto domiciliar. Entretanto, as mulheres devem ser orientadas quanto a relação risco-benefício de realizar um parto domiciliar (ACOG, 2016). No Brasil não há um sistema estruturado e

J.R.M. com 1/4
ACOG



Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher
CNPJ: 07.907.951/0001-98
www.abrafism.org.br

ABRAFISM

oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de organização e referência para realização de parto em diferentes ambientes, de comunicação entre equipes treinadas para atuar e oferecer suporte geral e de transporte em caso de complicações relacionadas ao parto domiciliar. Do mesmo modo que as mulheres devem ser esclarecidas sobre os possíveis riscos de um parto domiciliar, os fisioterapeutas devem ser alertados quanto aos riscos de prestarem assistência em partos domiciliares e das possíveis implicações éticas e legais decorrentes do seu exercício profissional, caso ocorram complicações comprovadamente relacionadas a falta de estrutura física, tecnológica e de acesso à equipe de profissionais de saúde capacitados para tratar com agilidade intercorrências relacionadas ao parto. Como prevê a Resolução COFFITO nº 424/2013 no CAPÍTULO V – DAS RESPONSABILIDADES NO EXERCÍCIO DA FISIOTERAPIA Artigo 30, inciso VIII:

“Artigo 30 – É proibido ao fisioterapeuta:

VIII – trabalhar ou ser colaborador de entidade na qual sejam desrespeitados princípios éticos, bioéticos e a autonomia profissional, bem como condições de adequada assistência ao cliente/paciente/usuário;”

Ainda em relação à autonomia do fisioterapeuta na composição da equipe multiprofissional de assistência ao parto e seu papel dentro da mesma, segundo a resolução COFFITO nº 424/2013 no CAPÍTULO II – DAS RESPONSABILIDADES FUNDAMENTAIS, o Artigo 5º menciona que:

“Artigo 5º – O fisioterapeuta avalia sua capacidade técnica e somente aceita atribuição ou assume encargo quando capaz de desempenho seguro para o cliente/paciente/usuário, em respeito aos direitos humanos.”

Os fisioterapeutas são profissionais altamente capacitados para compor as equipes de assistência ao parto e contribuir com sua *expertise* na avaliação, prescrição e aplicação de recursos fisioterapêuticos para o alívio de dor (Baracho, 2018; Bio et al., 2006; Cluett et al., 2009; Dowswell et al., 2009; Gallo et al., 2014; Smith et al., 2011a; Smith et al., 2011b; Smith et al., 2018a; Smith et al., 2018b), auxílio na progressão no trabalho de parto (Bio et al., 2006) e na reabilitação das mulheres na fase puerperal (Johnson et al., 2015; Senol, Aslan, 2017; East et al., 2012; Steen et al., 2000; Beleza et al. 2017; Pitanguí et al., 2012; Boyle et al., 2014; Dumoulin et al., 2015; Woodley et al., 2017; Liddle, Pennick, 2015; Yamato et al., 2015).

Para que haja uma assistência à saúde adequada à parturiente e ao recém-nascido há a necessidade de um ambiente seguro e de equipe multiprofissional qualificada para recepcionar o recém-nascido, contando com médico pediatra/ neonatologistas e enfermagem. Destaca-se

... para a assistência ao recém-nascido, contando com médico pediatra/ neonatologistas e enfermagem. Destaca-se



Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher
CNPJ: 07.907.951/0001-98
www.abrafism.org.br

recepcionar o RN e que se enquadre ainda no CAPÍTULO II – DAS RESPONSABILIDADES FUNDAMENTAIS, Artigo 10, inciso I, da Resolução COFFITO nº 424/2013, a saber:

Artigo 10 – É proibido ao fisioterapeuta:

I – negar a assistência ao ser humano ou à coletividade em caso de indubitável urgência;

Sugere-se que, para mais informações sobre o papel da Fisioterapia cardiorrespiratória na neonatologia a Associação Brasileira de Fisioterapia cardiorrespiratória e em Terapia intensiva (ASSOBRAFIR) seja consultada.

Cordialmente,

Ana Carolina N. d. Fernandes

Ana Carolina Nociti Lopes Fernandes
Fisioterapeuta CREFITO-3/234027-F
Diretora de Defesa da Profissão ABRAFISM 2018-2021



Cristine H. Jorge Ferreira

Cristine Homsí Jorge Ferreira
Fisioterapeuta CREFITO-3/21943-F
Diretora Científica ABRAFISM 2018-2021



Lilian Rose Mascarenhas

Lilian Rose Mascarenhas
Fisioterapeuta CREFITO 12 nº 12615 F
Presidente ABRAFISM 2018-2021





Referências:

ACOG Committee Opinion Planned Home Birth number 669. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY*. VOL. 128, NO. 2, AUGUST 2016.

Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352.pub2

Snowden, Jonathan M et al. Planned Out-of-Hospital Birth and Birth Outcomes. *N Engl J Med* 2015;373:2642-53. DOI: 10.1056/NEJMsa1501738.

Annemieke C C Evers et al. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. *BMJ* 2010;341:c5639, doi:10.1136/bmj.c5639.

Kooy et al. Planned home compared with planned hospital births: mode of delivery and Perinatal mortality rates, an observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:177 DOI 10.1186/s12884-017-1348-y.

de Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY, Mol BW, Buitendijk SE, Nijhuis JG. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. *BJOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* - 2015;122:720-728.

Senol, D. K., & Aslan, E. (2017). The Effects of Cold Application to the Perineum on Pain Relief After Vaginal Birth. *Asian nursing research*, 11(4), 276-282.

East, C. E., Begg, L., Henshall, N. E., Marchant, P. R., & Wallace, K. (2012). Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).

Steen, M., Cooper, K., Marchant, P., Griffiths-Jones, M., & Walker, J. (2000). A randomised controlled trial to compare the effectiveness of icepacks and Epifoam with cooling maternity gel pads at alleviating postnatal perineal trauma. *Midwifery*, 16(1), 48-55.

Johnson, M. I., Paley, C. A., Howe, T. A., & Sluka, K. A. (2015). Transcutaneous electrical nerve stimulation for acute pain: A review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

Woodley, S.J., Boyle, R., Cody, J.D., Mørkved, S., Hay-Smith, E.C. (2017) Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12.

Dumoulin, C., Hay-Smith, J., Habée-Séguin, G. M., & Mercier, J. (2015). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: A short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurourology and urodynamics*, 34(4), 300-308.

Liddle, S. D., & Pennick, V. (2015). Treatments for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*

Yamato, T.P., Maher, C., Saragiotto, B.T., Hancock, M.J., Ostelo, R.W.J.G., Cabral, C.M.N., Menezes Costa, L.C., Costa, L.O.P. (2015). Pilates for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*

Boyle, R., Hay-Smith, E. J. C., Cody, J. D., & Mørkved, S. (2014). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and fecal incontinence in antenatal and postnatal women: a short version Cochrane review. *Neurourology and urodynamics*, 33(3), 269-276.

JBY.
4/4
ACB



ABRAFISM

Beleza, A. C. S., Ferreira, C. H. J., Driusso, P., dos Santos, C. B., & Nakano, A. M. S. (2017). Effect of cryotherapy on relief of perineal pain after vaginal childbirth with episiotomy: a randomized and controlled clinical trial. *Physiotherapy*, 103(4), 453-458.

Pitangui, A. C. R., de Sousa, L., Gomes, F. A., Ferreira, C. H. J., & Nakano, A. M. S. (2012). High-frequency TENS in post-episiotomy pain relief in primiparous puerpere: A randomized, controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 38(7), 980-987.

Baracho E, Baracho SM, de Oliveira C. Preparação para o parto e atuação do fisioterapeuta durante o parto. IN: Baracho E. *Fisioterapia aplicada à saúde da mulher*. 6ª ed. 2018.

Bio, E, Bittar, RE, & Zugaib, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 28, n.11, 2006.

Cluett, ER, & Burns, E. Immersion in water in labour and birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2009.

Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. TENS (transcutaneous nerve stimulation) for pain relief in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009.


Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Quintana SM. A bola suíça no alívio da dor de primigestas na fase ativa do trabalho de parto. *Rev. Dor*, v. 15, n. 4, 2014.

Smith CA, Collins CT, Crowther CA. Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011a.

Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett K M. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011b

Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Suganuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018a.

Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Suganuma M. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018b.

JRL

5/4