



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

PARECER Nº SEI-7/2026 - CRMRS/CT

Em 15 de junho de 2026.

Processo SEI Nº 26.21.000012455-0

Assunto: Composição da Equipe Assistencial ao Parto e Participação de Fisioterapeuta na Assistência Obstétrica

Parecerista: Cons^a. Mirela Foresti Jimenez

EMENTA: Obstetrícia. Parto hospitalar. Equipe assistencial mínima obrigatória. Fisioterapeuta. Inexistência de obrigatoriedade legal ou científica para sua presença durante o trabalho de parto e parto. Atuação complementar facultativa, condicionada à indicação assistencial e às normas institucionais. Autonomia da direção técnica hospitalar para disciplinar o ingresso de profissionais externos em áreas críticas. Distinção entre acompanhante e profissional de saúde contratado privadamente. Segurança assistencial, biossegurança e responsabilidade técnica.

CONSULTA

Solicita-se manifestação acerca da obrigatoriedade ou não da presença de fisioterapeuta durante o trabalho de parto e parto em ambiente hospitalar, bem como sobre a possibilidade de ingresso de fisioterapeuta contratado privadamente pela parturiente nas dependências da maternidade.

FUNDAMENTAÇÃO

À luz das normas do Ministério da Saúde, das diretrizes de humanização da assistência obstétrica e das recomendações de fiscalização do Conselho Federal de Medicina (CFM), a composição da equipe assistencial ao parto deve ser analisada sob três perspectivas distintas:

Equipe mínima obrigatória para segurança assistencial;

Equipe ideal multiprofissional;

Participação facultativa de profissionais complementares, como fisioterapeutas particulares.

1. Evidências para equipe mínima obrigatória para assistência ao parto

O primeiro ponto a ser destacado é que até o momento **não é possível encontrar na literatura científica evidências que justifiquem um benefício na assistência ao parto com a presença de fisioterapeuta**. Ainda, a

legislação sanitária brasileira e as portarias ministeriais não estabelecem a obrigatoriedade da presença de fisioterapeuta na sala de parto. As normas federais concentram-se na garantia de assistência obstétrica qualificada; assistência neonatal imediata; segurança materno-fetal; capacidade de resposta rápida a urgências obstétricas.

O Ministério da Saúde prevê como núcleo essencial da assistência obstétrica o médico obstetra; a enfermeira obstétrica ou obstetriz; o profissional habilitado para assistência neonatal (pediatra/neonatologista); e a equipe de enfermagem de suporte. Além disso, as diretrizes ministeriais de humanização enfatizam o acolhimento; o respeito à autonomia da mulher; a presença de acompanhante; a utilização de práticas baseadas em evidências científicas; e a redução de intervenções desnecessárias. Portanto, sob o ponto de vista regulatório e assistencial, a equipe mínima para um parto hospitalar seguro compreende:

Parto de risco habitual

médico obstetra;
enfermeira obstétrica;
técnico de enfermagem;
profissional habilitado em reanimação neonatal.

Parto de maior complexidade

obstetra presencial;
anestesiologista;
pediatra/neonatologista;
enfermagem obstétrica;
técnico de enfermagem;
suporte cirúrgico e transfusional.

2. Equipe multiprofissional

Do ponto de vista assistencial, admite-se modelo multiprofissional ampliado, especialmente em maternidades de maior complexidade. A equipe ideal pode incluir, além do obstetra, da enfermeira obstétrica, do neonatologista/pediatra, do anestesiologista, a presença de profissional da psicologia, serviço social, fisioterapeuta, fonoaudiologia e nutrição. Contudo, à luz da literatura científica, das diretrizes ministeriais e das normativas aplicáveis, tais profissionais exercem **atuação de caráter de apoio complementar e não como integrantes obrigatórios da equipe obstétrica.**

No que se refere especificamente à fisioterapia, sua participação possui natureza facultativa, devendo ocorrer exclusivamente quando houver indicação clínica reconhecida pela equipe médica responsável pela assistência à paciente. Assim, a presença do fisioterapeuta não constitui requisito obrigatório para a condução do parto ou para a composição da equipe assistencial mínima, sendo sua atuação condicionada à avaliação individualizada das necessidades da parturiente e à disponibilidade institucional.

Ainda cabe ressaltar que os serviços de saúde dispõem de profissionais de fisioterapia em sua equipe assistencial. Desta forma, em caso de

necessidade de cuidado a ser realizado pelo fisioterapeuta, o mesmo pode ser solicitado pelos profissionais envolvidos no cuidado a paciente. Ainda, a saúde é um bem social e universal, segundo princípios constitucionais, sendo assim caso haja necessidade de cuidado pelo fisioterapeuta este deve ser de acesso a todos que necessitem e indicado conforme solicitação do cuidado institucional e bem estar a paciente, sem distinção relacionada a contratação de profissional externo.

Ressalte-se, ainda, que a própria justificativa do projeto de lei reconhece que a atuação do fisioterapeuta possui caráter “complementar à equipe de plantão”, afastando qualquer interpretação no sentido de obrigatoriedade de sua presença contínua ou permanente na assistência ao parto.

3. Ausência de obrigatoriedade científica ou normativa da fisioterapia no parto

Até o momento, não há norma federal do Ministério da Saúde, resolução do CFM ou diretriz nacional **baseada em evidências** que imponha ou que justifique a presença de fisioterapeuta durante o trabalho de parto ou parto.

Existem estudos demonstrando possíveis benefícios de medidas fisioterapêuticas, como mobilização, exercícios respiratórios, analgesia não farmacológica, estímulo à deambulação e orientações posturais. Entretanto, esses benefícios não demonstram indispensabilidade do fisioterapeuta, podem ser executados por enfermeiras obstétricas treinadas, não configuram padrão obrigatório de segurança assistencial e não integram critérios de habilitação de maternidades.

Também não existe demonstração científica que a ausência de fisioterapeuta aumente mortalidade materna, aumente morbidade neonatal, eleve taxas de cesárea ou configure assistência inadequada. Assim, do ponto de vista técnico-científico e regulatório, não há fundamento para impor legalmente aos hospitais a obrigação irrestrita de aceitar fisioterapeutas particulares em centro obstétrico.

4. Autonomia técnica e poder diretivo das instituições

As maternidades possuem autonomia administrativa, sanitária e assistencial para disciplinar o fluxo de pessoas em áreas críticas, as questões relacionadas à biossegurança, ao controle de infecção, à limitação de circulação em centro cirúrgico, ao credenciamento de profissionais externos, uma vez que assumem responsabilidade civil e técnica. Cabe ressaltar as possíveis implicações éticas e legais que a assistência à paciente dentro de um a instituição onde teríamos profissionais de saúde externos a equipe assistencial dentro de um cuidado compartilhado e sem papeis esclarecidos dentro de protocolos e responsabilidades institucionais. Ademais, o centro obstétrico e a sala de parto constituem áreas críticas assistenciais, submetidas a rígidos protocolos de biossegurança, controle de infecção e circulação de pessoas. O aumento indiscriminado do número de indivíduos presentes no ambiente assistencial pode elevar riscos relacionados à contaminação cruzada, infecção hospitalar, comprometimento da assepsia, dificuldades operacionais da equipe e prejuízo à pronta resposta em situações de emergência obstétrica e neonatal. Compete ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH/CCIH), em conjunto com a Direção Técnica e a Comissão de Revisão de Prontuários e Óbitos, estabelecer critérios de acesso, permanência e circulação em áreas críticas, observando as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), os protocolos institucionais e a segurança da paciente e do recém-

nascido. Assim, eventual ingresso de profissionais externos deve submeter-se à avaliação institucional, não podendo ser tratado como direito absoluto da parturiente, sobretudo quando houver potencial impacto sobre a segurança assistencial, o controle sanitário e a responsabilidade técnica da equipe de plantão.

O CFM sustenta que a direção técnica do serviço médico possui competência para definir protocolos internos e controlar o acesso às áreas assistenciais críticas, especialmente centro obstétrico e centro cirúrgico. Conforme a Resolução CFM nº 2.056/2013, que disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos. Trata também dos roteiros de anamnese a serem adotados em todo o Brasil, inclusive nos estabelecimentos de ensino médico, bem como os roteiros para perícias médicas e a organização do prontuário de pacientes assistidos em ambientes de trabalho dos médicos, em seu Art. 27. A depender da natureza e da finalidade do estabelecimento que realiza assistência em regime de internação, parcial ou integral, além dos requisitos descritos no artigo anterior são também condições mínimas para o exercício da Medicina.

I – Centro cirúrgico com infraestrutura adequada aos procedimentos a serem aplicados.

II – Sala de parto normal e cirúrgico, em caso de maternidade.

É obrigatória a presença de médico obstetra, anestesista e pediatra ou neonatologista nas maternidades onde se façam partos normais, de risco e cirúrgicos;

Os Centros de Parto devem estar circunscritos à área da maternidade, com infraestrutura para abordar as emergências obstétricas imediatamente.

III – Sala de recuperação pós-anestésica.

IV – Unidade de cuidados intermediário.

V – UTI geral, cardiológica, neurológica, pediátrica e neonatal, compatível com o porte e a finalidade do estabelecimento.

Além disso, eventual lei estadual não pode interferir no ato médico, não pode obrigar compartilhamento técnico do cuidado, não pode comprometer os protocolos hospitalares de segurança; não pode impor presença profissional sem previsão sanitária nacional e não pode limitar a autonomia médico assistente e do diretor técnico prevista na legislação federal.

5. Distinção entre acompanhante e profissional externo

A Lei Federal nº 11.108/2005 garante acompanhante escolhido pela parturiente.

Entretanto, fisioterapeuta contratado privadamente, não se equipara juridicamente a acompanhante, pois atua como profissional de saúde, gerando responsabilidade solidária e deve submete-se às regras institucionais, com possíveis implicações cíveis, penais e trabalhistas.

Essa distinção é relevante porque o direito ao acompanhante possui proteção legal federal específica, enquanto o ingresso de profissional externo depende da compatibilização com as normas sanitárias; com os protocolos hospitalares; com a responsabilidade técnica; e a gestão de risco institucional.

CONCLUSÃO

À luz das normas ministeriais e das diretrizes técnico-assistenciais:

Não há até o momento bases científicas que justifiquem um benefício do profissional fisioterapeuta;

A equipe mínima obrigatória ao parto não inclui fisioterapeuta;

A presença de fisioterapeuta pode ser admitida como suporte complementar, mas não constitui exigência com base científica ou sanitária;

Inexiste evidência científica robusta que justifique obrigatoriedade legal de aceitação do profissional nas maternidades;

Compete à direção técnica hospitalar regulamentar o acesso de profissionais externos às áreas obstétricas, conforme a necessidade;

Eventual autorização institucional pode ocorrer mediante protocolos internos, credenciamento e observância das normas de biossegurança;

A autonomia da parturiente não afasta a autonomia técnica da instituição nem a responsabilidade do diretor técnico e da equipe médica.

A saúde é um bem social e universal, não devendo haver distinção de cuidado relacionado a contratação de profissionais externos aos serviços já organizados.

As diretrizes do Ministério da Saúde priorizam assistência humanizada e multiprofissional, porém sempre subordinada à segurança assistencial, à hierarquia técnica e às competências legalmente estabelecidas.

É o parecer, s. m. j.

Consª. Mirela Foresti Jimenez

Aprovado e Homologado na sessão Plenária de 25/06/2026

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Portaria GM/ms Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html

Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (MS, 2022) - <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/a/assistencia-ao-parto-normal-diretriz-nacional/@@download/file>

Resolução CFM 2056/2013
<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2013/2056>



Documento assinado eletronicamente por **Mirela Foresti Jimenez, Tesoureira**, em 08/07/2026, às 12:18, com fundamento no art. 5º da [RESOLUÇÃO CFM nº2.308/2022, de 28 de março de 2022](#).



A autenticidade do documento pode ser conferida no site https://sei.cfm.org.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador **4388109** e o código CRC **5D64DE2F**.



Av. Princesa Isabel, 921 - Bairro Bairro Santana |
CEP 90620-001 | Porto Alegre/RS -
<https://cremers.org.br/>



Referência: Processo SEI nº 26.21.000012455-0 | data de inclusão: 15/06/2026