



*I Consenso  
Brasileiro  
de Fisioterapia  
em Cancerologia*

*Sociedade Brasileira de Fisioterapia em Cancerologia  
Apoio: Ministério da Saúde*

**APOIO INSTITUCIONAL**

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM  
CANCEROLOGIA**

César Costa  
Woldir Wolsiack Filho

**Ministério da Saúde**

Secretária de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Especializada  
Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade



## Participantes Consesualistas 2006

Adriana Mastrella  
Agnes Ivana Koetz Aloísio  
Ana Carolina de A. Florencio  
Ana Luiza Reis  
Ana Otilia Konoptzki  
Andrea Caroline Esteves Marcante  
Andréa Dourado Monteiro Ferro  
Angela Marx  
Andre Alexandre Santos Nicolau  
Bianca Preissler  
Carla Haas Rosito  
Carolina C. Monteiro da Cunha  
Caroline de Faria Silveira  
Caroline Godoy de Mello e Silva  
Claudia Dias Cordeiro  
Clorice Pohl M. de Castilho  
Cristina Machado Oberdá  
Daniela Gallon  
Daniela Santana de Oliveira  
Debora Arnaud  
Diocrécia Natuko Nakima Tamayofe  
Cesar Costa  
Elisangela de Theodoro Vale  
Elizabeth Gonçalves Santos  
Elizabeth Otani  
Evelize de Callis Brandão  
Francis Rangel Buachack  
Gabriela Catarina C. Oliveira Santos  
Gabrielle Brito da Silva  
Gerson Luiz do Amaral Guerra  
Ilse Tatiana Lima Aragão  
Janaina Rech Serenato  
José Renato Almeida de Oliveira  
Juliana Carvalho Schleder  
Juliane de Carvalho Felix  
Juliane Hortmann Claumann  
Julio Romani  
Kamila Rodrigues Ferreira  
Kátia Jacinto  
Leilane Marcos  
Leticia Souza Pereira  
Luana Dias de Oliveira  
Franciele Poletto  
Marcela Ponzio Pinto e Silva  
Marcia Gonçalves  
Marcus Vinicius Viégas Lima  
Maria de Fatima Bussinger  
Maria Emilia Cavalca Corrêa  
Maria Jaqueline Braga Bezerra  
Maria Luiza de Paula Brandão  
Maria Teresa Pace do Amaral  
Mariana Furlan  
Mario Picetskei Junior  
Mary P. Cavalcanti  
Michel Hellvig  
Mirella Dias  
Monica Hildebrand  
Myrza Maria Paiva Revored  
Nair Paim  
Neli Muraki  
Nivaldo Parizoto  
Nivaldo Parizoto  
Paula Camilla Tonini  
Polyane Barraviera Rodrigues  
Priscila Moraes  
Roberta Maria Leite Costa  
Rosana Lucena  
Rosemari Alves Pires  
Roseny Santos Ferreira  
Rozane de Souza Pina  
Sheila Abramof  
Tathiana da Silveira de Araujo Lima  
Tatiane Zafanelli Depieri Esteves  
Thalita Fernandes  
Vanessa Malagraba Silveira  
Viviam Patricia Beltrao Pires  
Waleska Alves Cerqueira  
Wanyce Dias da Paixão  
WoldirWosiacki Filho



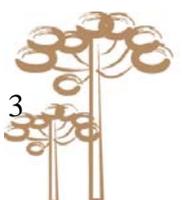
## **Colaboradores**

### **Joselito Pedrosa**

Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade  
Departamento de Atenção Especializada  
Secretaria de Atenção à Saúde/MS

### **Roberta Leite Costa**

Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade  
Departamento de Atenção Especializada  
Secretaria de Atenção à Saúde/MS



Introdução.....	5
Intervenções Fisioterapêutica em Oncologia.....	6
Indicações para atendimento .....	6
Quem deve tratar o Câncer no SUS.....	7
UNACON.....	7
CACON.....	8
Internações de câncer e relação com os procedimentos de Fisioterapia.....	9
Relação de internações para procedimentos de câncer com os procedimentos de Fisioterapia na assistência hospitalar, os dias de permanência e as diárias de UTI. ....	10
ESTIMATIVAS DE NOVOS CASOS 2006 .....	12
Eixo Temático 1: MAMA.....	14
Fluxograma sugerido para pacientes no Pré-operatório Mama .....	15
Consenso Mama 2006 - SBFC .....	16
Eixo Temático 2: CABEÇA E PESCOÇO.....	16
Fluxograma sugerido para pacientes no Pré-operatório Cabeça e Pescoço.....	17
Consenso 2006 Cabeça e Pescoço – SBFC .....	18
Fluxograma para pacientes no Pré-operatório Cabeça e Pescoço segundo Risco.....	19
Eixo temático 3: ABDÔMEM.....	21
Fluxograma sugerido para pacientes Pré-operatório de cirurgias de Abdômen. ....	22
Consenso 2006 Abdômen SBFC .....	23
Eixo temático 4: URO-GINECOLOGIA .....	23
Fluxograma sugerido para pacientes no pré-operatório de cirurgias uro-ginecológicas.....	24
Consenso 2006 Uro-ginecologicas - SBFC.....	25
Conclusão .....	26



## Introdução

O grande desenvolvimento e avanços da área de saúde nas últimas décadas, em particular nos últimos dez anos, junto com a melhoria das condições de vida da população brasileira, resultou no aumento da expectativa de vida e mudança no comportamento e necessidades primárias da população. Neste contexto, a incidência de doenças crônicas e degenerativas vem aumentando continuamente, dentre elas o câncer.

No Brasil o câncer, segundo estimativas do Ministério da Saúde, representa a segunda maior causa de mortalidade, superada apenas pelas doenças cardiovasculares. Estima-se que ocorreram em 2006 mais 355.410 novos casos de câncer, prevista pelo Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde (INCA). Com esse crescente número de casos, ocorre uma busca para tratamentos curativos e paliativos da doença.

A preocupação da equipe de saúde voltava-se principalmente para sobrevivência dos pacientes, hoje a atenção está direcionada, também, para a qualidade de vida destes durante o período de tratamento. Logo, surgiu a necessidade de se prestar um serviço com maior qualidade, na busca de garantir a integralidade da assistência e a maior independência do paciente e seu retorno precoce às atividades diárias.

Acrescente a este, o fato de o padrão do federalismo brasileiro, ao conferir aos municípios o status de entes federados, introduziu fatores que dificultam o acesso dos pacientes referenciados a uma assistência de qualidade, ligada diretamente a capacidade gestora e de organização da rede de saúde, prerrogativa fundamental ao processo de qualificação da gestão.

Neste contexto fragmentário, a adoção do conceito de Redes de Atenção como ordenador do desenho de gestão dos modelos de atenção, coloca-se como um importante indutor da reflexão da necessidade de criar mecanismos que efetivamente garantam a realização das ações priorizadas integrais e integradas de assistência à saúde.

O reconhecido padrão atual de fragmentação dos serviços de saúde dos sistemas municipais e estaduais, aliados à insipiência dos dispositivos de coordenação entre suas unidades assistenciais, tem dificultado o fluxo dos pacientes referenciados, que em geral enfrentam as mais diversas barreiras ao acesso, restando aos usuários disputar com a demanda espontânea a sua chance de receber os serviços que lhe foram prescritos ou necessários.

Assim, o processo de integração deve formalizar-se através de um organograma ou diagrama de fluxo assistencial, que deve ser claro assumindo o papel de instrumento de planejamento, para o trabalho conjunto de equipes multiprofissional de saúde, possibilitando avaliar os resultados.

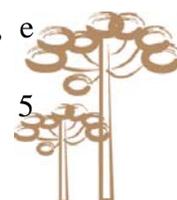
O organograma deve mostrar a oferta de serviços e a maneira como se relacionam entre os distintos profissionais. Todos estes elementos deveriam poder ser identificados facilmente em todas as atividades.

Com essa nova abordagem, a fisioterapia oncológica vem ampliando seu espaço na equipe multiprofissional. Sua atuação abrange desde o pré-operatório, com redução das complicações, durante a internação, onde a atuação é global. O profissional dessa área torna-se cada vez mais apto a lidar com as seqüelas próprias do tratamento oncológico, atuando de forma preventiva para minimizá-las.

A assistência fisioterapêutica em Cancerologia inserida no sistema de saúde funciona como um “circuito aberto” dentro dos distintos níveis assistenciais.

A oferta de serviços apropriada pode compreender um espectro que inclua as atenções curativas, preventivas, de reintegração bio psico social e promoção, cujo objetivo podem ser os indivíduos, famílias e toda a comunidade, escolares, trabalhadores, idosos, deficientes e pacientes em enfermidades crônicas.

É necessário coordenar e integrar o trabalho dos profissionais envolvidos, e induzir ao aprimoramento técnico científico, favorecendo a qualidade, da assistência.



Assim para conseguir a continuidade de uma atenção de qualidade aos usuários será necessário dispor de um protocolo assistencial que distribua as contribuições dos distintos tipos de profissionais e contenha instruções de como conseguir sua complementaridade, de modo que a superposição de áreas seja mínima.

A Sociedade Brasileira de Fisioterapia em Cancerologia (SBFC), com vistas a intensificar aprimoramento profissional vem buscando esforços no sentido de ampliar e qualificar a assistência fisioterapêutica aos usuários por meio de instituição da titulação fisioterapeutas especialistas em oncologia e por pesquisas e estudos relacionados com a área. E é neste cenário, que surgiu do I Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Cancerologia, realizado em maio do ano de 2006. O evento contou o apoio da Direção do Hospital Erasto Gaertner e reuniu palestras nacionais com representantes do Ministério da Saúde por intermédio da Coordenação Geral de Média Complexidade, INCA e de Associações científicas, Autarquias e das mais importantes áreas da fisioterapia. Participaram congressistas de 16 estados.

Os temas discutidos foram: Mama, Cabeça e Pescoço, Abdômen e Uro-Ginecologia. Neste encontro fundamentaram-se diretrizes para atuação do fisioterapeuta nas áreas acima citadas, resultando na elaboração do consenso de rotinas mínimas.

Consenso este aprovado em plenária com a participação de referencias nacionais na fisioterapia em oncologia, que em exaustivas discussões e esmero, vislumbrando a qualificação e a normalização da assistência em fisioterapia em cancerologia no país, reforçando as idéias de que os protocolos ora propostos têm caráter dinâmico e de processo evolutivo, sendo apenas um ponto de partida para um projeto maior.

## **Intervenções Fisioterapêutica em Oncologia**

A fisioterapia em oncologia é uma especialidade que tem como objetivo preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas do paciente, assim como prevenir os distúrbios causados pelo tratamento oncológico.

O fisioterapeuta oncológico deve estar apto para desenvolver suas atividades com pacientes infantis, adolescentes, adultos jovens e idosos, em situações que vão desde a cura aos casos em que ela é irreversível, e desenvolver seus programas de tratamento dentro deste contexto. O profissional dessa área deve saber lidar com as seqüelas próprias do tratamento oncológico, atuando de forma preventiva para minimizá-las.

## **Indicações para atendimento**

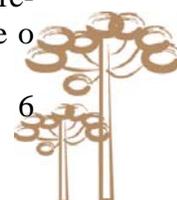
As indicações para assistência fisioterapêutica são determinadas pelas disfunções causadas pelo tumor no paciente, assim como pelos tipos de tratamento adotados.

A radioterapia, indicada tanto para o tratamento exclusivo da doença quanto para complementação dos outros tratamentos, pode acarretar fibrose, levando à restrição de movimento, edemas e disfunções ventilatórias, entre outras.

Diversos tipos de quimioterápicos podem causar neuropatias periféricas, fibrose pulmonar e miocardiopatias. O uso prolongado de corticóides pode resultar em quadros de miopatia e osteoporose.

A cirurgia visa não apenas a remoção do tumor, mas também dos tecidos sadios adjacentes, a fim de evitar a permanência de doença residual macro ou microscópica. Tal fato acarreta seqüelas sensitivas, motoras, vasculares e respiratórias, dependendo da área afetada.

A assistência fisioterapêutica ao paciente oncológico tem início no pré-operatório, visando o preparo para o procedimento e redução de complicações. Durante o



período de internação o enfoque é global, prevenindo, minimizando e tratando complicações respiratórias, motoras e circulatórias. A dor é uma das principais e mais freqüentes queixas do paciente oncológico, devendo por isto ser valorizada, controlada e tratada em todas as etapas da doença. As diversas técnicas para analgesia são um ponto forte da Fisioterapia em Oncologia.

## **Quem deve tratar o Câncer no SUS**

Na busca de respostas aos desafios da área oncológica, o Ministério da Saúde em dezembro de 2005, reestruturou a área de Oncologia revogando as portarias GM/MS nº 3535/98 e SAS/MS nº 113/99.

Em substituição a estas, editou duas portarias, onde preconiza que o tratamento dos casos de câncer no Sistema Único de Saúde deverá ser realizado na Rede de Oncologia, composta por Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Serviços Isolados de Quimioterapia e Radioterapia.

Os CACONS são instituições que oferecem assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente. Essa assistência abrange 7 modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos.

Os tipos de tratamento, na área de oncologia, que o SUS cobre, de acordo com legislação existente, são a cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia, além dos exames para diagnosticar o câncer, conforme credenciamento do estabelecimento de saúde.

ser realizado em hospitais gerais credenciados pelos gestores locais e habilitados pelo Ministério da Saúde como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). São elas:

GM/MS nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica;

SAS/MS 741, de 19 de dezembro de 2005, que estabelece normas para o credenciamento/habilitação de unidades de assistência de alta complexidade em oncologia, centros de alta complexidade em oncologia e centros de referência de alta complexidade em oncologia.

A Rede de Atenção Oncológica deve ser formada pelo Gestor Estadual, em conjunto com os gestores municipais. Assim, é prerrogativa das Secretarias de Estado da Saúde a inserção ou não de unidades hospitalares conforme a epidemiologia da região, número de casos novos de câncer, localização geográfica, plano diretor de regionalização, programação pactuada integrada, dentre outros.

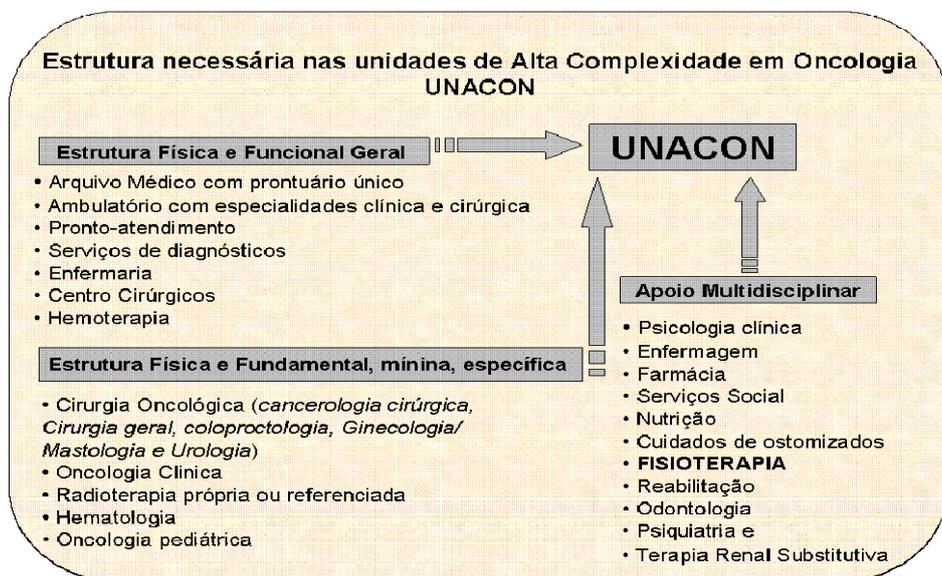
## **UNACON**

### **Unidades de Assistência de Alta Complexidade**

- É o hospital que possui todas as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil (cirurgia geral/coloproctologia, ginecologia/mastologia e urologia).
- Caso a UNACON não ofereça assistência para o tratamento radioterápico na própria Unidade, deverá ser estabelecida referência formal para o encaminhamento dos doentes que necessitarem desse procedimento.



Apesar dos esforços do Ministério da Saúde e de seu Instituto Nacional de Câncer, e do crescimento dos gastos e da quantidade de procedimentos oncológicos no SUS – o que nem sempre significa melhores resultados –, ainda há muito a ser feito em resposta aos desafios da organização e da operação da Rede Assistencial de Alta Complexidade em Oncologia, de modo a garantir à população usuária o acesso à atenção de qualidade com o melhor resultado possível.



## CACON

### Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia

É o hospital que possui todas as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Estes hospitais devem, obrigatoriamente, contar com assistência radioterápica em sua estrutura física.

O CACON exerce o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS nas políticas de atenção oncológica.



### **Serviços Isolados de Radioterapia e/ou Quimioterapia**

Devem, obrigatoriamente, ter referência formal com hospitais ou estabelecimentos ambulatoriais que garantam o atendimento aos doentes destes Serviços, no mesmo município onde estiver localizado o Serviço Isolado.

A organização do fluxo de atendimento ao paciente é de competência das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. A recomendação é que o serviço oncológico escolhido deva estar localizado o mais próximo à residência do paciente, já que o tratamento muitas vezes pode ser longo.

#### **RT - Serviço Isolado de Radioterapia**

- São clínicas isoladas que oferecem tratamento quimioterápicos complementar as UNACON ou CACON.
- Os pacientes encaminhados para estes Serviços devem estar vinculados, de acordo com a rede planejada pelo Gestor, a uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou CACON, para cooperação técnica e planejamento terapêutico global conjunto dos casos.

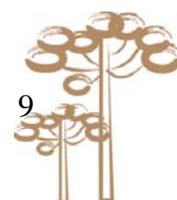
#### **QT - Serviço Isolado de Quimioterapia**

- São clínicas isoladas que oferecem tratamento quimioterápicos complementar as UNACON ou CACON.
- Os pacientes encaminhados para estes Serviços devem estar vinculados, de acordo com a rede planejada pelo Gestor, a uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou CACON, para cooperação técnica e planejamento terapêutico global conjunto dos casos.

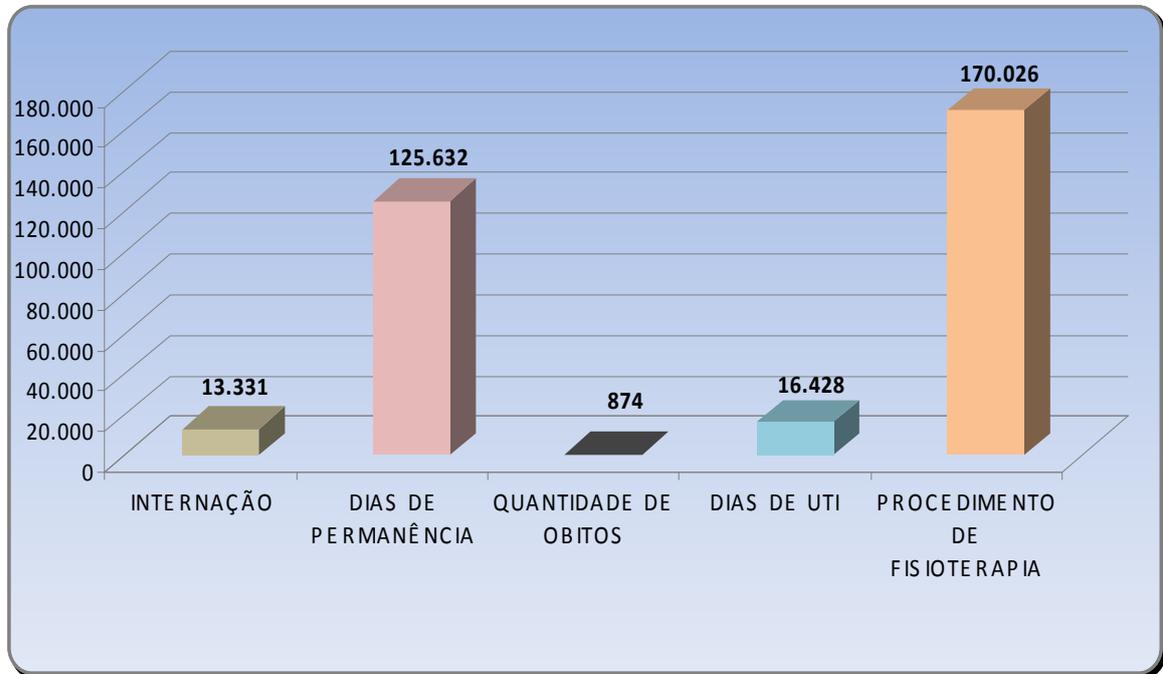
### **Internações de câncer e relação com os procedimentos de Fisioterapia**

Para a avaliação dos serviços prestados, foram definidos indicadores pela Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Instituto Nacional de Câncer, considerando-se inclusive aqueles indicadores já definidos e adotados pelo Ministério da Saúde. Estes indicadores refletem a assistência oncológica no SUS, assim sendo faz necessário realizar uma inter-relação com a assistência fisioterapêutica para subsidiar os profissionais na elaboração de protocolos e na avaliação e acompanhamento por parte dos gestores das ações de fisioterapia na Rede de oncologia.

Nos gráficos abaixo apresentamos uma síntese destes dados da assistência hospitalar na Rede de Assistência oncológica no SUS no ano de 2005.



**Relação de internações para procedimentos de câncer com os procedimentos de Fisioterapia na assistência hospitalar, os dias de permanência e as diárias de UTI.**



*FONTE: DATASUS.2005*

Produção Hospitalar de Oncologia”, de internações para realização para procedimentos cirúrgicos divididos por grupos, quimioterapia e radioterapia utilizando correspondência com atos profissionais, referentes aos procedimentos de fisioterapia no âmbito hospitalar. Considerando o número de atos profissionais e os dias de permanência da produção de AIH (internações), observa-se que os procedimentos que demandaram maior assistência fisioterapêutica foram internações para realização de cirurgias torácicas, radioterapia e internações para procedimentos cirúrgicos de cabeça e pescoço (conforme demonstrado na tabela 1).

Tabela 1: Correlação de cirurgias oncológicas e os procedimentos de Fisioterapia

GRUPO_ONCO	INTERNAÇÃO	DIAS DE PERMANÊNCIA	QUANTIDADE DE OBITOS	DIAS DE UTI	PROCEDIMENTO DE FISIOTERAPIA
OFTALMOLOGIA	3	66	1	0	38
IODOTERAPIA	2	6	0	0	4
QUIMIOTERAPIA	2.250	24.545	259	1.539	25.487
MASTOLOGIA	1.632	6.540	4	185	6.819
NEUROCIRURGIA	514	6.834	36	1.552	8.351
GINECOLOGIA	930	5.601	16	493	6.996
UROLOGIA	1.160	9.150	42	1.325	11.693
CIRURGIA ESÔFAGO-GASTRO-DUODENAL E OUTROS ÓRGÃOS INTRA-ABDOMINAIS	2.043	27.835	255	4.910	38.809
CIRURGIA DE OSSOS E PARTES MOLES	335	2.909	14	318	4.104
COLO-PROCTOLOGIA	1.368	16.012	120	2.583	23.443
CIRURGIA DE PELE E PLÁSTICA	416	2.462	10	418	3.891
CIRURGIA DO SISTEMA LINFÁTICO	1.032	6.043	37	731	9.683
CIRURGIA DA CABEÇA E PESCOÇO	854	7.970	22	1.080	13.550
RADIOTERAPIA	248	4.150	24	48	7.084
CIRURGIA TORÁCICA	544	5.509	34	1.246	10.074
<b>TOTAL</b>	<b>25.313</b>	<b>228.394</b>	<b>1.573</b>	<b>29.145</b>	<b>281.564</b>

FONTE: DATASUS. 2005

## ESTIMATIVAS DE NOVOS CASOS 2006

<b>MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>		
<b>Instituto Nacional de Câncer</b>		
<b>Estimativa de Novos Casos - 2006</b>		
Estado	População (1)	Casos Novos de Câncer/ano (2)
Norte	15.020.975	12.650
Acre	651.812	500
Amapá	587.885	530
Amazonas	3.307.380	3.190
Pará	7.132.014	4.870
Rondônia	1.620.051	1.490
Roraima	406.209	510
Tocantins	1.315.624	1.560
Nordeste	51.615.745	50.970
Alagoas	3.050.535	2.330
Bahia	13.958.397	13.640
Ceará	8.216.682	9.610
Maranhão	6.184.264	3.280
Paraíba	3.623.123	2.580
Pernambuco	8.502.303	12.120
Piauí	3.036.191	2.050
Rio Grande do Norte	3.043.623	3.030
Sergipe	2.000.627	2.330
Centro-Oeste	13.268.680	19.830
Distrito Federal	2.383.614	4.590
Goiás	5.730.380	7.370
Mato Grosso	2.856.818	3.390
Mato Grosso do Sul	2.297.868	4.480
Sudeste	79557428	194700
Espírito Santo	3.464.096	7.100
Minas Gerais	19.478.542	35.580
Rio de Janeiro	15.561.119	46.180
São Paulo	41.053.671	105.840
Sul	27307735	77260
Paraná	10.386.955	25.680
Rio Grande do Sul	10.962.822	40.050
Santa Catarina	5.957.958	11.530
<b>Total Brasil</b>	<b>186770563</b>	<b>355410</b>
<i>(1) População estimada para o ano de 2006 IBGE</i>		
<i>(2) Nº de casos novos de câncer/ano - exceto pele não melanoma - Estimativas do INCA - 2006</i>		



## **Eixo Temático 1: MAMA**

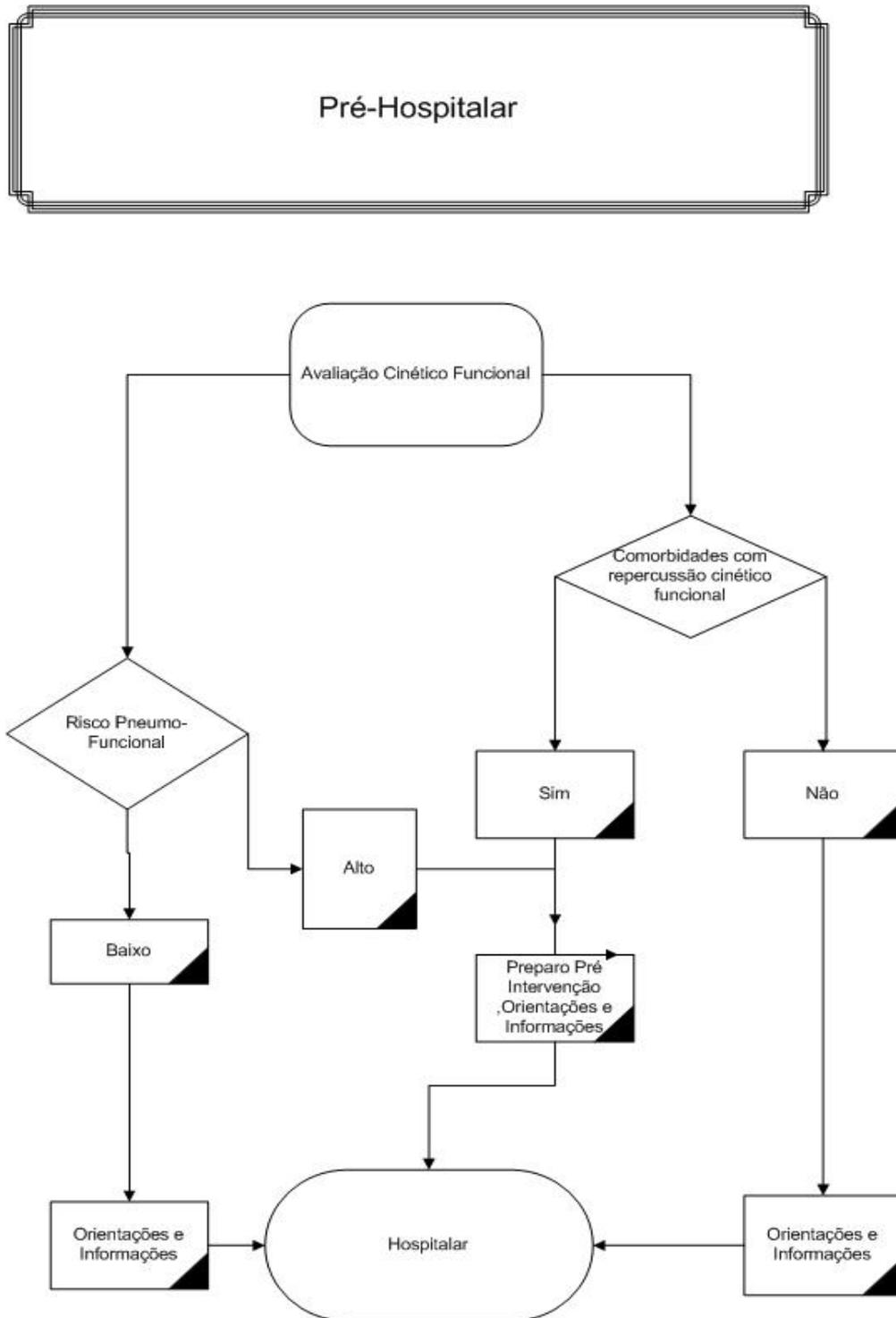
O sucesso do tratamento do câncer de mama pode ser obtido por várias formas terapêuticas como a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e a hormonioterapia, dessa a cirurgia continua sendo a mais utilizada. As complicações cirúrgicas ocorrem tanto em técnicas conservadoras como em radicais. Sendo que a fisioterapia desempenha um papel importante na busca da prevenção das alterações advindas do tratamento, quando iniciada precocemente.

O primeiro contato com a paciente deve ser iniciado no pré-operatório, sendo selecionadas todas as pacientes que irão se submeter à linfadenectomia axilar, mastectomias, quadrantectomias e reconstrução mamária. Deverá ser feito um esclarecimento ao paciente das repercussões no âmbito da fisioterapia da conduta cirúrgica; Avaliação da função pulmonar através de Prova de Função Ventilatória e/ou Avaliação Subjetiva Respiratória; Avaliação Motora objetivando conhecer as alterações cinético funcionais pré-existentes e objetivando identificar possíveis fatores de risco para complicações pós-operatórios. Sendo que em pacientes de baixo risco pneumofuncional receberão orientações quanto aos cuidados antes da cirurgia, no pós-cirúrgico e a necessidade de mobilização precoce para evitar Trombose Venosa Profunda (TVP) e a importância dos exercícios respiratórios, pois há uma diminuição da Capacidade residual funcional (CRF), Volume corrente (VC ) e fluxos respiratórios por alterações induzidas pela anestesia. E os pacientes que apresentarem comorbidades na avaliação, sejam elas motoras ou respiratórias deverão ser encaminhados para a assistência fisioterapêutica em regime ambulatorial, além também, de receber as orientações acima citadas.

Em ambiente hospitalar a intervenção fisioterapêutica, no pós-operatório imediato (POI), deverá ser de acordo com o grau de complexidade que o paciente apresentar, atentando-se para posicionamento do membro superior, sintomatologia dolorosa e alterações na função respiratória. A partir do primeiro pós-operatório (1ºPO), deverão continuar as intervenções dando ênfase na recuperação funcional do membro e da cintura escapular envolvida, minimizando as possíveis complicações, até a alta hospitalar. Quando o paciente deverá ser encaminhado para a avaliação fisioterapêutica ambulatorial.

Em regime ambulatorial, após avaliação, irá priorizar a detecção precoce das alterações advindas da terapia adjuvante, prevenindo e minimizando as complicações linfáticas, funcionais, posturais e/ou respiratórias por no mínimo 30 dias, até a recuperação funcional do membro. Concomitantemente deverão ser realizadas orientações quanto aos exercícios domiciliares, cuidados com o membro tanto ao paciente quanto ao cuidador.

## Fluxograma sugerido para pacientes no Pré-operatório Mama



## Consenso Mama 2006 - SBFC

### PRE-HOSPITALAR

Avaliação e Diagnóstico Cinético Funcional, Informações e Orientações pré-intervenção.

- Paciente de baixo risco pneumofuncional orientações e informações.
- Paciente com COMORBIDADES encaminhamento para preparo pré-intervenção, orientações e informações.

### HOSPITALAR

- Intervenção Fisioterapêutica no (pode ser no 1º pós-operatório) **PO I** de acordo com o grau de complexidade.
- Início ou continuidade das intervenções fisioterapêutica a partir do **1ºPO** com ênfase na **RECUPERAÇÃO DO MS, CINTURA ESCAPULAR E LINFEDEMA** até a alta hospitalar.
- Encaminhamento para a avaliação fisioterapêutica ambulatorial **QUANDO DA ALTA HOSPITALAR**

### PÓS-HOSPITALAR

- Avaliação e acompanhamento ambulatorial até a recuperação funcional (mínimo 30 dias).
- Orientações domiciliares de alta hospitalar/ **AMBULATORIAL** ao paciente e ao cuidador.

- *A realização do protocolo constante nos quadros apresentados representa a fidedigna transcrição da homologação consensuada na plenária do I Congresso Nacional de Fisioterapia em Cancerologia, promovido pela SBFC.*
- *As demais considerações são fruto da comissão organizadora deste material.*

## Eixo Temático 2: CABEÇA E PESCOÇO

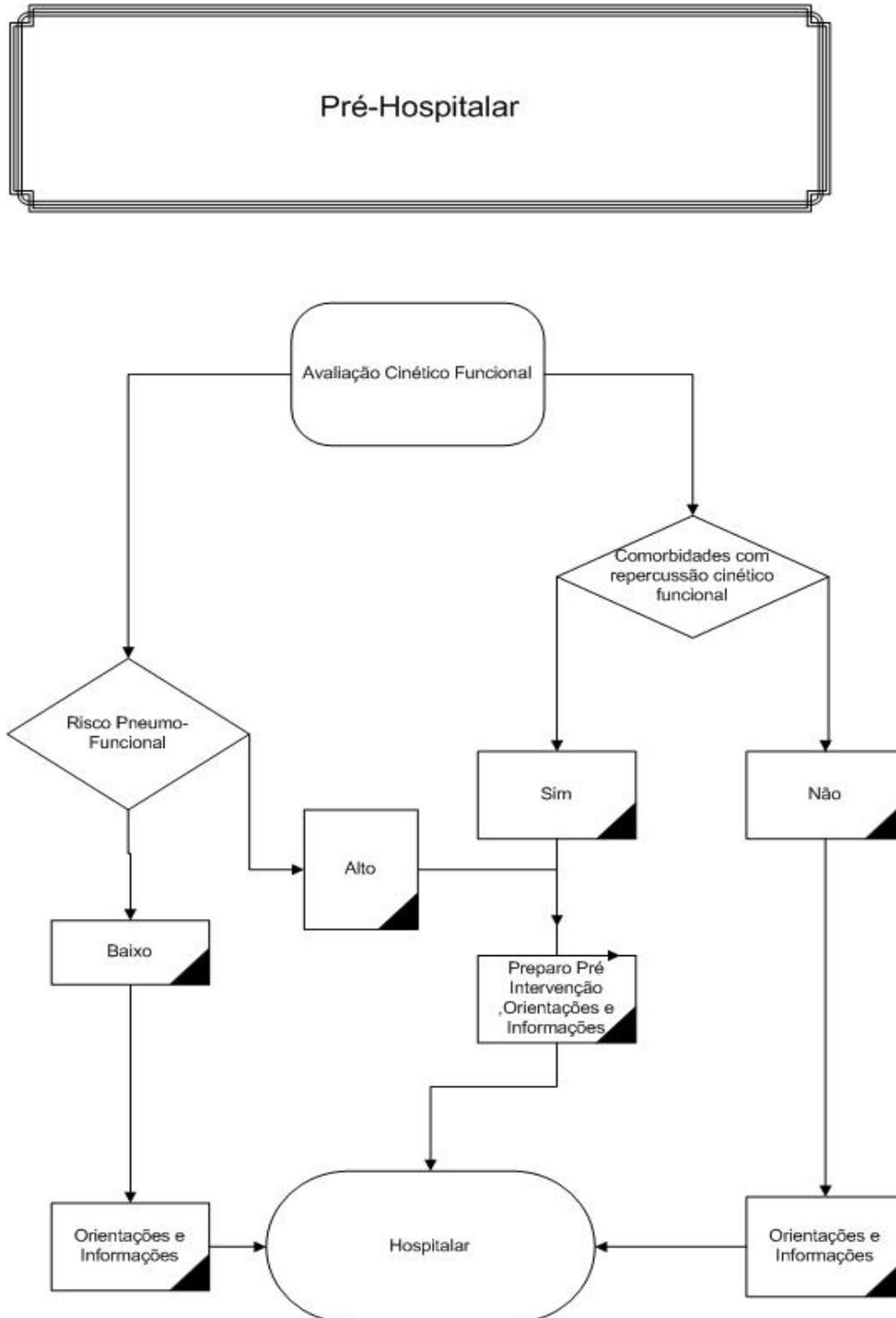
O câncer de cabeça e pescoço abrange um número variado de neoplasias, agrupados devido a sua posição anatômica. Os tratamentos podem levar a importantes alterações funcionais e estéticas.

O primeiro contato com a paciente deve ser iniciado no pré-operatório, sendo selecionadas todas as pacientes que irão submeter-se à cirurgia na topografia da face e/ou pescoço por algum tipo de tumor.

Deverá ser feito um esclarecimento ao paciente das repercussões no âmbito da fisioterapia da conduta cirúrgica; Avaliação da função pulmonar através de Prova de Função Ventilatória e/ou Avaliação Subjetiva Respiratória, de maneira detalhada, pois o câncer nessa região tem forte correlação com consumo de Tabaco, sendo assim, observa-se que as complicações mais frequentes nos pacientes cirúrgicos de cabeça e pescoço são infecções pulmonares e atelectasias; Avaliação Motora objetivando conhecer alterações cinético funcionais pré-existentes e objetivando identificar possíveis fatores de risco para complicações pós-operatorias. Após avaliação os pacientes de baixo risco pneumofuncional receberão orientações e informações quanto os cuidados antes da cirurgia, no pós-cirúrgico e a necessidade de mobilização precoce para evitar TVP e a importância exercícios respiratórios, pois há uma diminuição da CRF, VC e fluxos respiratórios por alterações induzidas pela anestesia. Os pacientes que apresentarem comorbidades na avaliação, sejam elas motoras ou respiratórias deverão ser encaminhados para a assistência fisioterapêutica em regime ambulatorial, além também, de receber as orientações acima citadas.



## Fluxograma sugerido para pacientes no Pré-operatório Cabeça e Pescoço



Em ambiente hospitalar, pacientes com tempo cirúrgico prolongado ou com fatores pré dispostos a TVP a utilização de intervenções preventivas durante a cirurgia,



como compressão pneumática faz-se necessário. No pós-operatório imediato (POI) faz-se necessário o início ou continuidade da intervenção fisioterapêutica de acordo com grau de complexidade que o paciente apresentar prevenindo as complicações imediatas como lesões neurológicas ocorridas durante o ato cirúrgico, posicionamento adequado no leito, sintomatologia dolorosa, alterações na função respiratória e manutenção das vias aéreas pérvias. A partir do primeiro pós-operatório (PO1) deverão continuar as intervenções objetivando-se a recuperação funcional do membro envolvido e/ou cintura escapular e/ou face, minimizando as complicações pós-cirúrgica e enfatizando a reeducação funcional ventilatória e reexpansão pulmonar, até a alta hospitalar, quando o paciente deverá ser encaminhado para avaliação fisioterapêutica ambulatorial.

Em regime ambulatorial, após avaliação, irá priorizar a detecção precoce das alterações advindas da terapia adjuvante, prevenindo e/ou minimizando as complicações funcionais, posturais e/ou respiratórias, até a recuperação funcional do membro.

## Consenso 2006 Cabeça e Pescoço – SBFC

Avaliação pneumo/cineticofuncional pré-intervenção.

Avaliação da função e mecânica respiratória.

Se possível com transdutores

- Paciente de baixo risco pneumofuncional orientações e informações.
- Paciente de alto risco encaminhamento para preparo pré-intervenção, orientações e informações.

### HOSPITALAR

- Recomendável a intervenção preventiva fisioterapêutica no per operatório de cirurgias de grande porte em pacientes de alto risco TVP.
- Início ou continuidade das intervenções fisioterapêuticas diárias a partir do **POI** com ênfase na manutenção das vias aéreas pérvias, reexpansão pulmonar a todas as intervenções de cabeça e pescoço até a alta hospitalar.
- Orientações domiciliares de alta hospitalar/AMBULATORIAL ao paciente e ao cuidador e/ou encaminhamento para a avaliação fisioterapêutica ambulatorial, QUANDO DA ALTA HOSPITALAR.

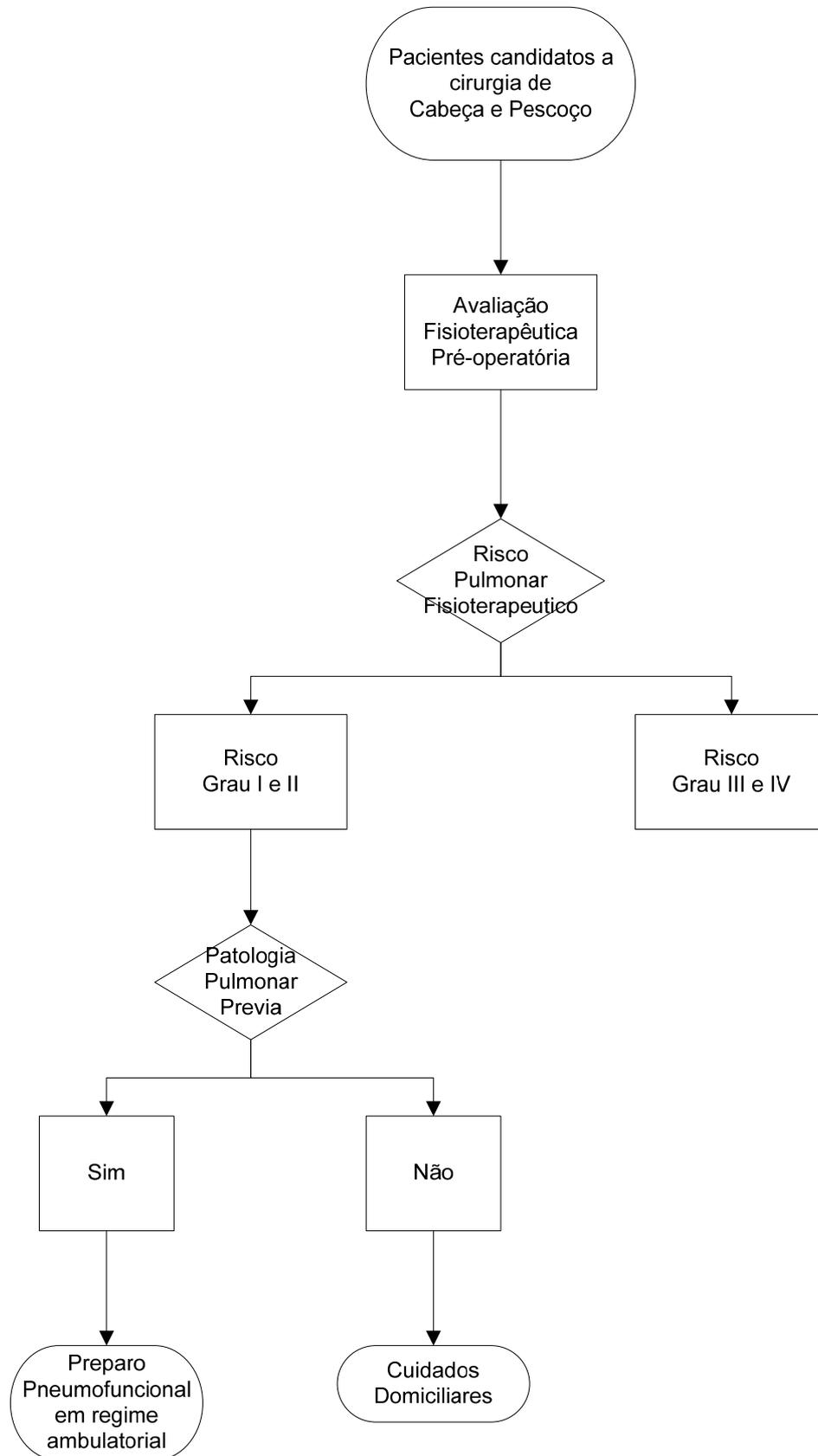
### PÓS-HOSPITALAR

- Avaliação e atendimento e/ou acompanhamento fisioterapêutico ambulatorial até a  
• recuperação funcional.

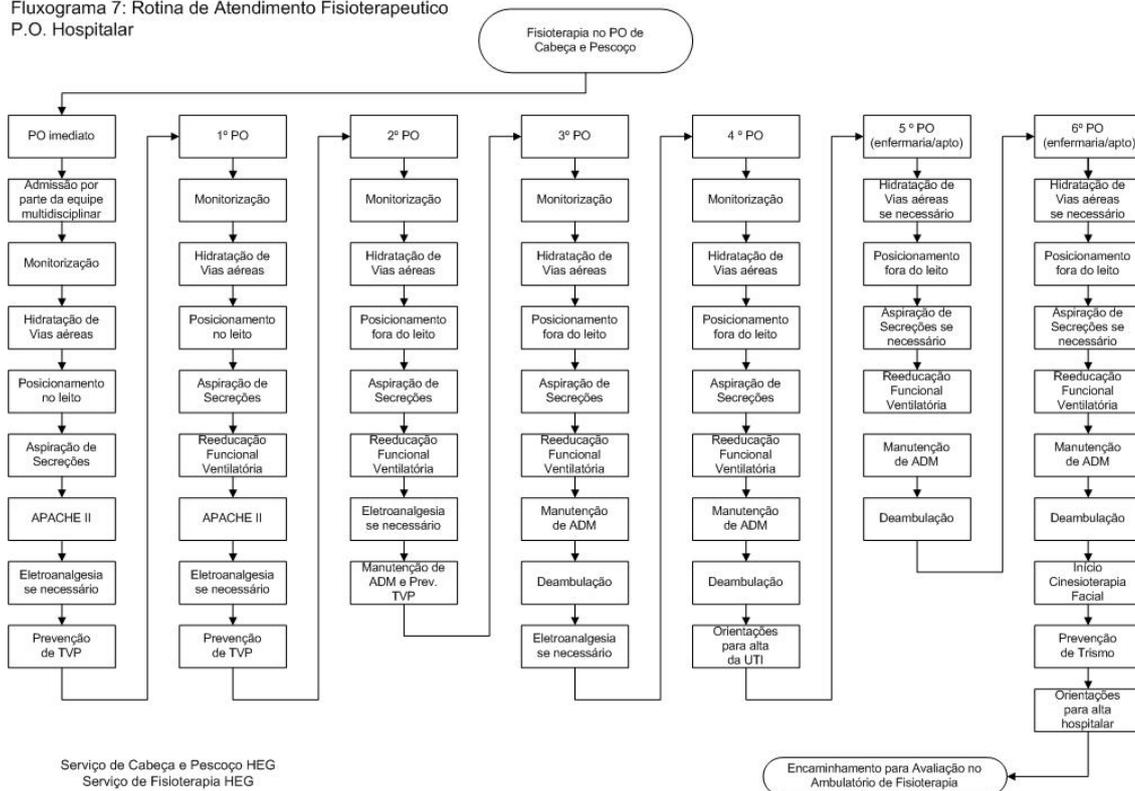
Realização do protocolo constante nos quadros apresentados representa a fidedigna transcrição da homologação consensuada na plenária do I Congresso Nacional de Fisioterapia em Cancerologia, promovido pela SBFC.

- As demais considerações são fruto da comissão organizadora deste material.

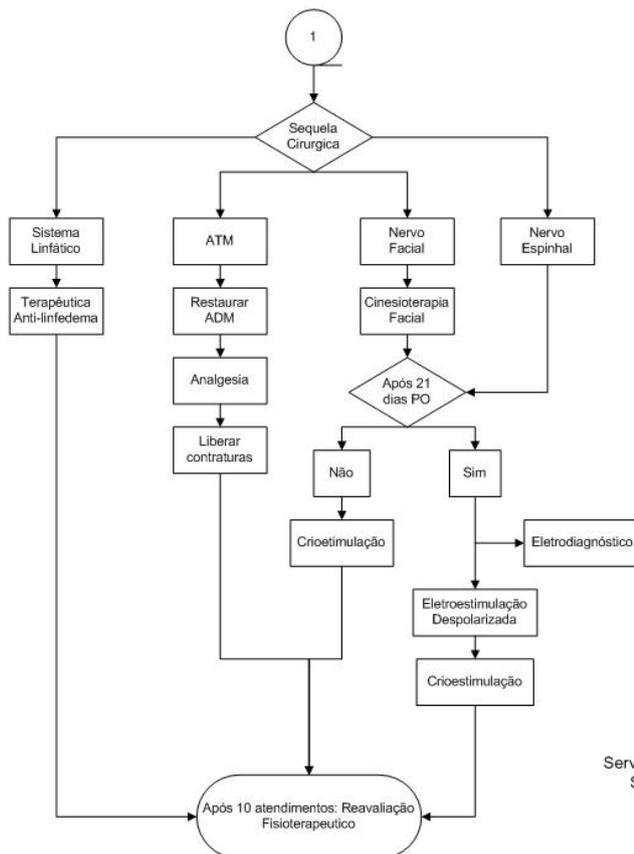
## Fluxograma para pacientes no Pré-operatório Cabeça e Pescoço segundo Risco



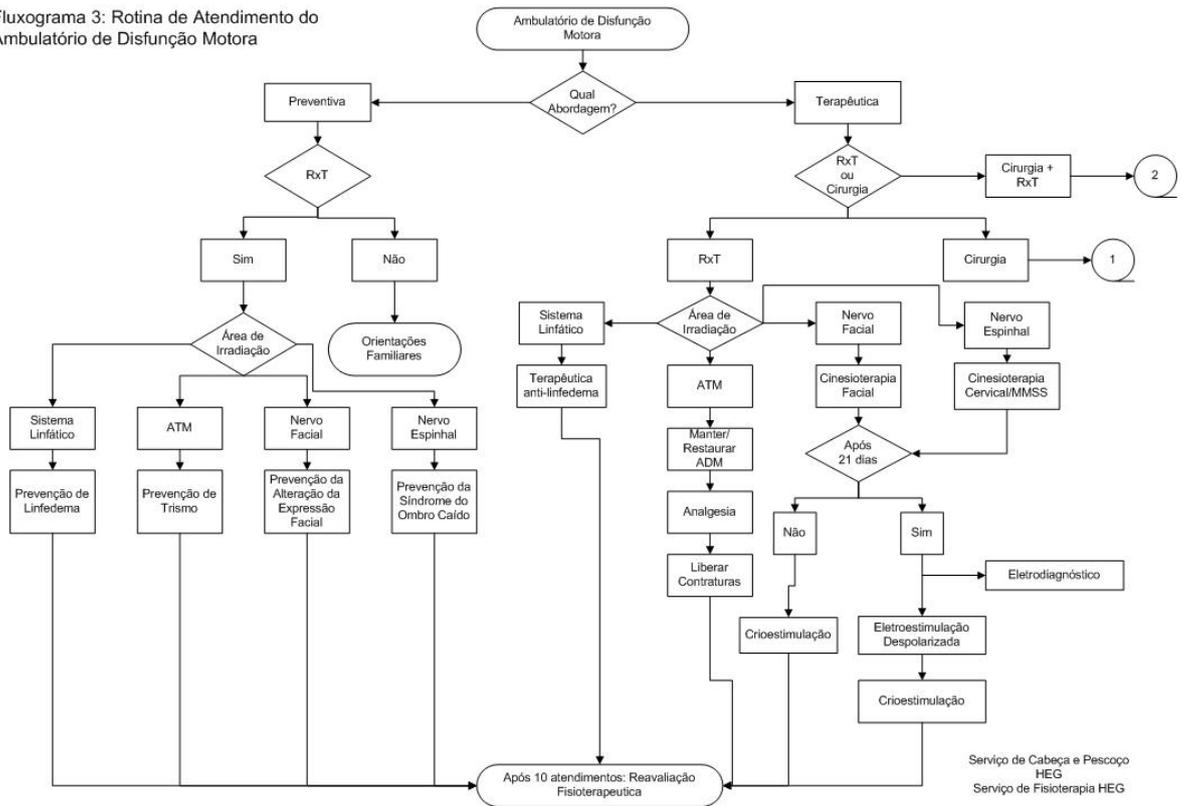
Fluxograma 7: Rotina de Atendimento Fisioterapeutico P.O. Hospitalar



Fluxograma 3: Rotina de Tratamento Fisioterapeutico Ambulatorial P.O.



Fluxograma 3: Rotina de Atendimento do Ambulatório de Disfunção Motora

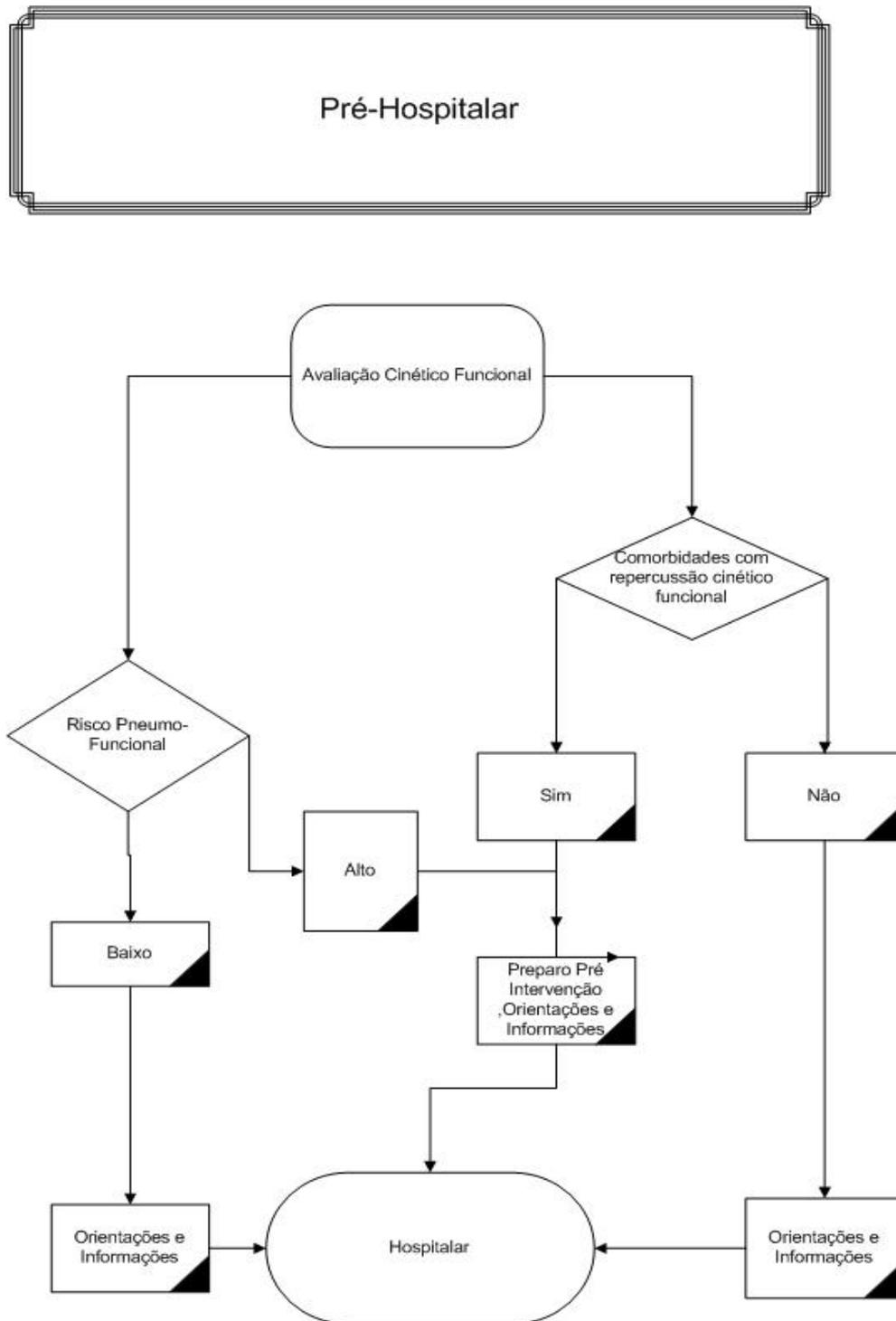


### Eixo temático 3: ABDÔMEM

A abordagem do paciente de cirurgia de Abdômen, principalmente de abdômen alto, envolve uma equipe multidisciplinar, sendo que as complicações pulmonares pós-operatórias que podem ocorrer são de grande preocupação. Essas complicações podem ser alterações da mecânica pulmonar; alteração do padrão respiratório; alteração na troca gasosa; alteração do mecanismo de defesa pulmonar. Além do tipo de cirurgia, fatores como idade, doenças respiratórias, tabagismo e índices espirométricos baixos, estão relacionados com morbidade e mortalidade. Por isso faz-se necessário um acompanhamento a partir do pré-operatório.

O primeiro contato com a paciente deve ser iniciado no pré-operatório, sendo selecionadas todas as pacientes que irão ser submetidos à cirurgia de abdômen. Deverá ser feito um esclarecimento ao paciente das repercussões no âmbito da fisioterapia da conduta cirúrgica; Avaliação da função pulmonar através de Prova de Função Ventilatória e/ou Avaliação Subjetiva Respiratória objetivando conhecer alterações pré-existentes e identificar possíveis fatores de risco para complicações pós-operatórias. Após avaliação os pacientes de baixo risco pneumofuncional receberão orientações e informações quanto aos cuidados antes da cirurgia, no pós-cirúrgico e a necessidade de mobilização precoce para evitar TVP e a importância dos exercícios respiratórios, pois há uma diminuição da CRF, VC e fluxos respiratórios por alterações induzidas pela anestesia. E os pacientes que apresentarem comorbidades na avaliação, sejam elas motoras e/ou respiratórias deverão ser encaminhados para preparo fisioterapêutico em regime ambulatorial, além também, de receber as orientações acima citadas.

## Fluxograma sugerido para pacientes Pré-operatório de cirurgias de Abdômen



Em ambiente hospitalar, no pós-operatório imediato (POI) faz-se necessário o início ou continuidade da intervenção fisioterapêutica de acordo com o grau de complexidade que o paciente apresentar prevenindo as complicações imediatas, posicionamento adequado no leito, sintomatologia dolorosa, alterações na função respiratória, manutenção das vias aéreas pérvias e prevenção de TVP. A partir do primeiro pós-operatório (1º PO), deverão continuar as intervenções objetivando-se minimizar as



complicações pós-cirúrgica e enfatizando a reeducação funcional ventilatória e a reexpansão pulmonar, até a alta hospitalar, quando o paciente deverá ser encaminhado para avaliação fisioterapêutica ambulatorial.

Em regime ambulatorial, após avaliação, deverá se priorizar a detecção precoce das alterações advindas da terapia adjuvante, prevenindo e minimizando as complicações funcionais, posturais e/ou respiratórias, até a recuperação funcional.

## Consenso 2006 Abdômen SBFC

Pré-operatório esta indicado em cirurgias abdominopélvicas, até o resgate funcional ou a intervenção.

- Paciente de baixo risco pneumofuncional orientações e informações.
- Paciente de alto risco encaminhamento para preparo pré-intervenção, orientações e informações.

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS /URINÁRIA / ANORETAIS / PÉLVICA.

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES VASCULARES

### HOSPITALAR

- Início ou continuidade das intervenções fisioterapêuticas diárias a partir do **POI** com ênfase na manutenção das vias aéreas pérvias, reexpansão pulmonar a todas as intervenções até a alta hospitalar, **PREVENÇÃO DE TVP.**
- Orientações domiciliares de alta hospitalar / **AMBULATORIAL** ao paciente e ao cuidador e/ou encaminhamento para a avaliação fisioterapêutica ambulatorial, **QUANDO DA ALTA HOSPITALAR.**

### PÓS-HOSPITALAR

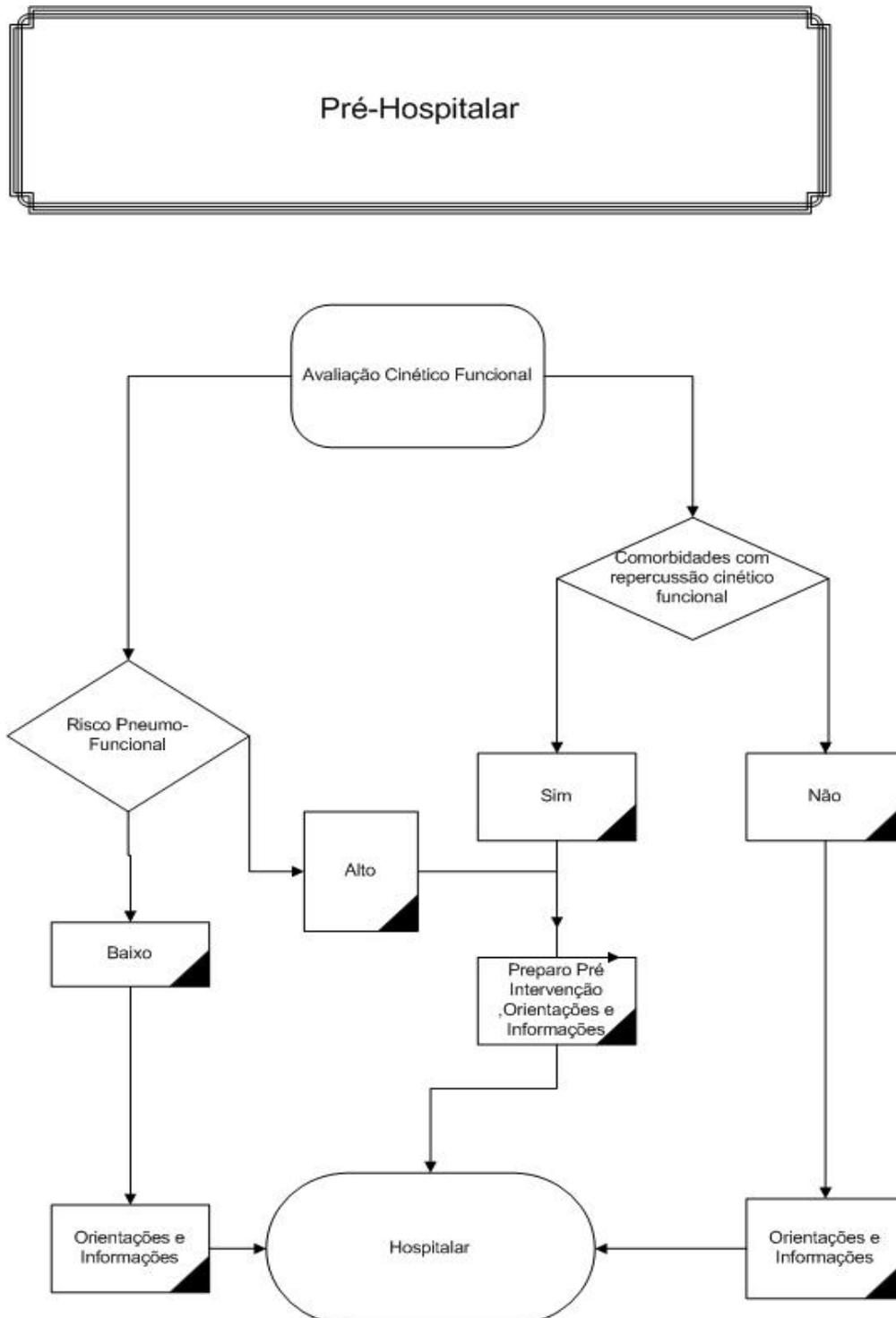
- Avaliação e atendimento e/ou acompanhamento fisioterapêutico ambulatorial até a recuperação funcional.

- A realização do protocolo constante nos quadros apresentados representa a fidedigna transcrição da homologação consensuada na plenária do I Congresso Nacional de Fisioterapia em Cancerologia, promovido pela SBFC.
- As demais considerações são fruto da comissão organizadora deste material.

## Eixo temático 4: URO-GINECOLOGIA

O primeiro contato com a paciente deve ser iniciado no pré-operatório, sendo selecionadas todas as pacientes que irão ser submetidos à cirurgia de abrangência uroginecológica. Deverá ser feito um esclarecimento ao paciente das repercussões no âmbito da fisioterapia da conduta cirúrgica; Avaliação da função pulmonar através de Prova de Função Ventilatória e/ou Avaliação Subjetiva Respiratória objetivando conhecer alterações pré-existentes e identificar possíveis fatores de risco para complicações pós-operatórios. Após avaliação os pacientes de baixo risco pneumofuncional receberão orientações e informações quanto os cuidados antes da cirurgia, no pós cirúrgico, a necessidade de mobilização precoce para evitar TVP e a importância exercícios respiratórios, pois há uma diminuição da CRF, VC e fluxos respiratórios por alterações induzidas pela anestesia. E os pacientes que apresentarem comorbidades na avaliação, sejam elas motoras ou respiratórias deverão ser encaminhados para preparo fisioterapêutico em regime ambulatorial, além também, de receber as orientações acima citadas.

## Fluxograma sugerido para pacientes no pré-operatório de cirurgias urológicas



Em ambiente hospitalar, no pós-operatório imediato (POI) faz-se necessário o início ou continuidade da intervenção fisioterapêutica de acordo com grau de complexidade que o paciente apresentar prevenindo as complicações imediatas, posicionamento adequado no leito, sintomatologia dolorosa, alterações na função respiratória, manutenção das vias aéreas pérvias e prevenção de TVP.

A partir do primeiro pós-operatório (1º PO) deverão continuar as intervenções objetivando-se minimizar as complicações pós-cirúrgica e enfatizando a reeducação funcional ventilatória e reexpansão pulmonar, até a alta hospitalar, quando o paciente deverá ser encaminhado para avaliação fisioterapêutica ambulatorial.

Em regime ambulatorial, após avaliação, irá priorizar a detecção precoce das alterações advindas da terapia adjuvante, prevenindo e minimizando as complicações funcionais, posturais e/ou respiratórias, até a recuperação funcional.

## Consenso 2006 Uro-ginecológicas - SBFC

Avaliação pneumo/cineticofuncional pré-intervenção.

- Paciente de baixo risco pneumofuncional orientações e informações.
- Paciente de alto risco encaminhamento para preparo pré-intervenção, orientações e informações.

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS/ URINÁRIA/ ANORETAIS/ PÉLVICA.

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES VASCULARES

HOSPITALAR

- Início ou continuidade das intervenções fisioterapêuticas diárias a partir do **POI** com ênfase na manutenção das vias aéreas pérvias, reexpansão pulmonar a todas as intervenções até a alta hospitalar, **PREVENÇÃO DE TVP**.
- Orientações domiciliares de alta hospitalar /AMBULATORIAL ao paciente e ao cuidador e/ou encaminhamento para a avaliação fisioterapêutica ambulatorial, **QUANDO DA ALTA HOSPITALAR**.

PÓS-HOSPITALAR

- Avaliação e atendimento e/ou acompanhamento fisioterapêutico ambulatorial até a recuperação funcional.

- 
- A realização do protocolo constante nos quadros apresentados representa a fidedigna transcrição da homologação consensuada na plenária do I Congresso Nacional de Fisioterapia em Cancerologia, promovido pela SBFC.
  - As demais considerações são fruto da comissão organizadora deste material.

## Conclusão

A assistência fisioterapêutica deverá ser realizada em todas as fases do processo de cuidar, e as distintas abordagens buscam a integralidade da atenção. Neste sentido a visão do esmerado profissional que assiste, em meio a todos os vieses do enfoque que partem da promoção, prevenção e reintegração biopsicossocial. A oncologia é uma especialidade onde a fisioterapia ganha particularidades inerentes as todas as etapas, que similarmente são descritas como preventivas, de intervenção precoce, tratamento da doença instalada, cura ou com natureza paliativa. Assim sendo, o fisioterapeuta oncologista busca constantemente a fundamentação científica e a parametrização de suas condutas no processo eterno de acumulação de conhecimentos em bases e dados bem como no intangível conhecimento de profissionais com notório saber. Ressalvando-se que estes encontram-se imersos em um processo e como a natureza da própria palavra traduz, o fisioterapeuta atuante em oncologia deve constantemente estar revendo seus conceitos e condutas sendo este o caráter dos consensos construídos pelo Colegiado da Sociedade Brasileira de Fisioterapia em Cancerologia.

**\*\*\* Todo o conteúdo está sujeito a alterações e podem ser revisadas a qualquer momento pelos membros consensualistas.**



