



ABRAFISM

Associação Brasileira de
Fisioterapia em Saúde da Mulher

**RECOMENDAÇÕES DA
ABRAFISM SOBRE
FISIOTERAPIA EM
MASTOLOGIA E
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA
EM TEMPOS DE COVID-19**

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DA ABRAFISM



ABRAFISM

Associação Brasileira de
Fisioterapia em Saúde da Mulher

CNPJ: 07.907.951/0001-98

www.abrafism.org.br

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER

**RECOMENDAÇÕES DA ABRAFISM SOBRE FISIOTERAPIA EM
MASTOLOGIA E GINECOLOGIA ONCOLÓGICA EM TEMPOS DE COVID-19**

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DA ABRAFISM

2020 Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher. É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. ISBN 978-65-991500-4-3.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

Estas recomendações descrevem a visão da Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher sobre Fisioterapia em Mastologia e Ginecologia Oncológica em tempos de COVID-19. Foi realizada uma ampla revisão bibliográfica sobre o tema e constituída uma comissão coordenadora de trabalho que iniciou os trabalhos e submeteu à apreciação de um grupo consultor, constituído por especialistas clínicos e pesquisadores. Por tratar-se de tema que envolve uma situação inusitada e a possibilidade de novas práticas do Fisioterapeuta no Brasil neste campo, revisões contínuas deverão ser efetuadas, bem como atualizações das recomendações.

INFORMAÇÕES

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO

E-mail: cienciabrafism@gmail.com

Citar este documento como: Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM). Recomendações da ABRAFISM sobre Fisioterapia em Mastologia e Ginecologia Oncológica em tempos de COVID-19. Ribeirão Preto, 2020.

Comissão Coordenadora das recomendações

Dra. Cristine Homsy Jorge Ferreira, Dra. Marcela Ponzio Pinto e Silva, Dra. Lilian Rose Mascarenhas.

Elaboradoras das recomendações

Dra. Cristine Homsy Jorge Ferreira, Dra. Marcela Ponzio Pinto e Silva, Dra. Mariana Maia de Oliveira Sunemi, Dra. Maria Teresa Pace do Amaral, Dra. Tatiana de Bem Fretta, Dra. Ana Carolina Nociti Lopes Fernandes.

Comissão Consultora das recomendações

Dra. Anke Bergmann – Pesquisadora do Instituto Nacional de Câncer
Dra. Lilian de Melo Oliveira – Fisioterapeutaespecialista em Fisioterapia oncológica
Dra. Mirella Dias – Fisioterapeutaespecialista do Centro de Pesquisas Oncológicas -Florianópolis/SC.

Diretoria ABRAFISM – GESTÃO 2018-2021

Presidente: Dra. Lilian Rose de Souza Mascarenhas. *Vice-Presidente:* Dra. Elza Baracho. *Secretária Geral:* Dra. Leila Maria Alvares Barbosa. *Diretora Administrativa:* Dra. Rubneide Barreto Silva Gallo. *Diretora Cultural:* Dra. Amanda Magdalena Ferroli Fabricio. *Diretora de Defesa Profissional:* Dra. Ana Carolina Nociti Lopes Fernandes. *Diretora de Comunicação:* Dra. Anna Lygia Barbosa Lunardi. *Diretora Tesoureira:* Dra. Thaiana Bezerra Duarte. *Diretora Científica:* Dra. Cristine Homsy Jorge Ferreira. *Conselho Fiscal:* Dra. NévilleFerreira Fachini de Oliveira, Dra.Belisa Duarte e Dra. Lícia Santos Santana. *Suplentes do Conselho Fiscal:* Dra. Ana Carolina Sartorato Beleza e Dra. Leonilde Santos.

SUMÁRIO

I. Contextualização e apresentação.....	6
II. Impacto da pandemia de COVID-19 no cuidado à mulher submetida ao tratamento oncológico mamário e ginecológico, e no acompanhamento fisioterapêutico	9
III. Considerações sobre a assistência fisioterapêutica em mastologia e ginecologia oncológica a partir de algumas situações clínicas e cenários de atendimento	12
IV. Acompanhamento fisioterapêutico remoto das complicações mais prevalentes consequentes ao tratamento oncológico mamário e ginecológico.....	15
1. Linfedema	16
2. Disfunções musculoesqueléticas	19
3. Neuropatia periférica induzida por quimioterapia	20
4. Estenose vaginal	21
5. Disfunções uroginecológicas	24
V. Recomendações sobre o acompanhamento remoto de mulheres em cuidados paliativos	25
VI. Recomendações e considerações sobre a segurança no retorno ao atendimento presencial	30
VII. Considerações finais	33
VIII. Referências	35

. Contextualização e apresentação

A Fisioterapia em Saúde da Mulher é uma especialidade reconhecida pela Resolução nº 372/2009 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e que define as competências do profissional especialista na Resolução nº 401/2011 de 18 de agosto de 2011, deliberada pelo COFFITO¹. Cabe a este profissional ampla atuação na promoção à saúde, prevenção e tratamento de diversos problemas exclusivos ou mais prevalentes nas mulheres, durante todo o ciclo vital feminino.

A Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher (ABRAFISM) é uma associação civil, sem fins lucrativos, reconhecida pelo COFFITO para representar os fisioterapeutas que atuam na área de Saúde da Mulher, no Brasil.

As áreas de atuação desse profissional especialista incluem uroginecologia, coloproctologia, obstetrícia, mastologia, ginecologia e disfunções sexuais femininas. A mastologia é a especialidade que estuda, previne, diagnostica e trata as doenças, alterações congênitas e adquiridas das mamas ou a elas relacionadas. No que se refere à assistência fisioterapêutica em mastologia e ginecologia, uma das interfaces desta atuação acontece no processo de tratamento das mulheres com doença oncológica ginecológica e mamária - pré e pós-cirúrgico, durante e após tratamento neo e adjuvante e nos cuidados paliativos - com olhar voltado à integralidade, funcionalidade e aspectos socioculturais. As habilidades e competências deste profissional possibilitam a execução do diagnóstico cinético-funcional e utilização de recursos próprios para promover alívio da dor, e prevenção e/ou tratamento das complicações secundárias à terapêutica oncológica que comprometem funcionalidade e qualidade de vida.

No Brasil, são estimados para o ano de 2020, 66.280 novos casos de câncer de mama e, entre os cânceres ginecológicos, os de maior prevalência

serão os de colo de útero, corpo uterino e ovário, com 16.590, 6.540 e 6.650 novos casos, respectivamente².

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou pandemia por COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-COV-2), que desencadeou crise sanitária mundial. Neste período de pandemia, preocupações adicionais e mudanças em planos de tratamento oncológico têm sido relatadas na literatura^{3,4}.

O intervalo de tempo estimado entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico apresentou um aumento significativo durante a pandemia. A Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC, 2020) e a *European Breast Cancer Research Association of Surgical Trialists* destacam preocupações sobre os riscos de infecções por SARS-CoV-2, relacionadas a visitas hospitalares e internações para tratamentos, bem como um possível risco adicional relacionado à imunossupressão induzida por quimioterapia³. Desta forma, tem se observado uma queda na indicação de terapia sistêmica em aproximadamente 10% dos casos, com aumento da cirurgia como abordagem primária preferencial para o câncer de mama³.

Outras estratégias propostas para preservar o tratamento do câncer e que podem mitigar o impacto ou atraso no tratamento durante a pandemia são: alterar cronogramas de fracionamento da radioterapia; utilizar terapia endócrina como medida de controle para os tumores de mama e uterino; eliminar procedimentos não essenciais; trabalhar com equipes reduzidas para minimizar a exposição dos profissionais; e incorporar a telemedicina sempre que possível⁴.

Diante dessa situação de crise global a Fisioterapia em Saúde da Mulher em suas diversas áreas de atuação - incluindo a oncologia mamária e ginecológica - tem o desafio de oferecer continuidade ao seu importante trabalho clínico nos sistemas público e privado, com segurança aos profissionais e pacientes, e considerando a adoção de medidas de isolamento social. Uma vez que, a continuidade e/ou início da intervenção fisioterapêutica para estas

mulheres é essencial para prevenção e tratamento das complicações pós-operatórias precoces e tardias⁵⁻¹⁰.

Assim, a ABRAFISM elaborou estas recomendações com objetivo de orientar os fisioterapeutas a respeito das possibilidades de manutenção dos atendimentos em oncologia mamária e ginecológica de modo seguro, considerando alternativas como a teleconsulta, telemonitoramento e teleconsultoria recentemente regulamentadas pelo COFFITO através da Resolução nº 516, de 20 de março de 2020¹¹.

Com base em estudos originais, nas regulamentações nacionais, em revisões sistemáticas/meta-análises e diretrizes internacionais sobre o tema, este documento oferece recomendações que foram propostas por uma Comissão Elaboradora constituída por fisioterapeutas clínicos e pesquisadores especialistas em Saúde da Mulher. Após a elaboração da proposta, este documento foi analisado por uma Comissão Consultora. Trata-se, portanto, de documento inicial que não pretende esgotar o tema, mas sim oferecer direcionamento para a prática clínica neste campo, e que necessitará de revisões e atualizações periódicas para agregar novos conhecimentos.

II . O impacto da pandemia de COVID-19 no cuidado à mulher submetida ao tratamento oncológico mamário ou ginecológico, e no acompanhamento fisioterapêutico

O distanciamento social se tornou o centro do conjunto de estratégias globais recomendadas pela OMS no combate a COVID-19. Embora essa estratégia venha sendo adotada de forma distinta em todo o mundo, o objetivo é conter a disseminação da doença e evitar um colapso no sistema de saúde. As iniciativas podem incluir o isolamento social de grande parte da população ou apenas os grupos de risco.

O acompanhamento de pacientes oncológicos foi impactado pela pandemia a ponto de promover alterações na alocação de profissionais de saúde e leitos hospitalares, no acompanhamento clínico, e no processo de consentimento da paciente para a continuidade do cuidado¹². Porém, não há diretrizes em relação ao manejo destes pacientes nesta pandemia. A consideração do risco e benefício da intervenção na população com câncer deve ser individualizada, porém o maior desafio é planejar a gestão de recursos humanos¹³.

O planejamento da abordagem fisioterapêutica de pacientes com câncer de mama ou ginecológico deve considerar algumas implicações e desafios apresentados pela literatura científica. Entre eles:

- O diagnóstico e tratamento do câncer não devem ser comprometidos¹³;
- Atendimentos podem ser cancelados e/ou realizados tardiamente e muitas vezes com alterações de protocolos¹³;
- As reconstruções mamárias exigem recursos adicionais como tempo estendido em bloco operatório e em espaços de internação; reabordagens cirúrgicas em casos de complicações; equipe ampliada; e necessidade de equipamentos de proteção individual (EPI)¹²;
- A radioterapia - ginecológica ou mamária - se realizada tardiamente, impacta de forma negativa nos resultados oncológicos e, portanto, deve

ser mantida no momento pré-estabelecido para adequado controle da doença⁴;

- Consultas ambulatoriais devem ser reduzidas em níveis seguros, a fim de contribuir para mitigar a exposição e a possível transmissão do novo coronavírus, sem comprometer o acompanhamento da paciente. O teleatendimento deve ser usado quando possível¹³;
- Eventos de causa natural que alteram a normalidade do funcionamento social, afetam psicológica e fisicamente as pessoas de maneira distinta¹⁴;
- O COFFITO, em função da pandemia do novo coronavírus, regulamentou a teleconsulta, telemonitoramento e teleconsultoria por meio da Resolução nº 516, de 20 de março de 2020¹¹;
- O documento RECOMENDAÇÃO GERAL ABRAFISM - FISIOTERAPIA POR MEIO DIGITAL/TELECONSULTA E TELEMONTORAMENTO NA FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA MULHER sugere que os fisioterapeutas busquem, sempre que possível, oferecer a continuidade dos atendimentos de modo seguro no período de pandemia. Este documento está disponível em **abrafism.org.br**.

Diante do exposto, seguem as recomendações gerais elaboradas pela ABRAFISM para o acompanhamento de mulheres submetidas ao tratamento oncológico mamário ou ginecológico:

1. A orientação sobre higiene das mãos, medidas de controle de infecção, sinais e sintomas da COVID-19, devem ser claras. Importante reforçar para a paciente a necessidade de informar um profissional de saúde diante de quadros compatíveis com a doença;
2. Os atendimentos presenciais devem ser ponderados e mantidos quando o teleatendimento não favorecer a atuação fisioterapêutica, e o adiamento deste atendimento, comprometer a funcionalidade da paciente;
3. O fisioterapeuta deve discutir com a paciente a viabilidade da realização de atendimento remoto, apresentando os benefícios e limitações dessa nova estratégia de cuidado. Nesse contexto, este profissional deve

- considerar não somente mulheres que já estavam em acompanhamento presencial antes da pandemia, como aquelas com indicação para iniciar a fisioterapia durante o distanciamento social;
4. O meio digital mais adequado a ser utilizado deve ser discutido entre profissional e paciente, considerando como possibilidade as chamadas telefônicas, plataformas para vídeo chamadas, gravação de vídeos ou outra forma de contato com auxílio tecnológico;
 5. Os aspectos culturais, as dificuldades de acesso aos recursos tecnológicos e à internet, assim como as limitações de habilidades pessoais – tanto de profissionais como de pacientes – para uso destas ferramentas, devem ser consideradas para o atendimento remoto;
 6. Caso o fisioterapeuta faça parte de um serviço – público ou privado – as regulamentações/normatizações específicas de cada local envolvido devem ser observadas pelo profissional antes de iniciar o atendimento não presencial;
 7. Mesmo nos atendimentos remotos, o profissional deve observar todas as demais orientações contidas no Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, além de observar as demais normas do COFFITO.

III. Considerações sobre a assistência fisioterapêutica em mastologia e ginecologia oncológica a partir de algumas situações clínicas e cenários de atendimento

Diagnósticos precoces e evolução nos tratamentos - cirúrgico, locorreionais e sistêmicos - para cânceres mamário e ginecológico têm conduzido ao aumento do tempo livre de doença e sobrevida global¹⁵, a qual pode estar comprometida por morbidades físico-funcionais. As complicações mais prevalentes da terapêutica oncológica são infecções e necrose de pele, seroma, aderências e deiscências cicatriciais, contratatura e fraqueza muscular, limitação da amplitude de movimento, alterações sensoriais, linfedema, alteração da autoimagem¹⁶, e neuropatia periférica. Além destas, disfunções do assoalho pélvico, incluindo distúrbios do trato urinário inferior, disfunções sexuais e coloproctológicas, também podem surgir¹⁷. Todas essas complicações podem afetar de alguma forma, um ou mais domínios da qualidade de vida.

Falha nas orientações, cuidados inadequados com a região operada, imobilização sem a devida indicação ou realização incorreta de exercícios são fatores predisponentes para disfunções motoras¹⁷. Diante disso, as práticas de fisioterapia devem ser realizadas de forma complementar e planejadas individualmente com foco na prevenção de agravos, tratamento de complicações, promoção e recuperação de saúde, compondo as estratégias para o cuidado oncológico durante o enfrentamento da COVID-19.

O acompanhamento fisioterapêutico deve ser proposto o mais precocemente possível. Entretanto, a diversidade dos cenários de assistência – centros especializados, clínicas e ambulatorios (públicos e privados), clínicas/hospitais-escola, consultórios particulares ou em domicílio – nem sempre possibilita este início precoce. Dependendo do funcionamento e logística de cada local, a fisioterapia inicia-se no pós-operatório tardio, durante ou após o término do tratamento adjuvante.

Para as mulheres submetidas à cirurgia oncológica, a fisioterapia deve iniciar preferencialmente antes da cirurgia e, quando não for possível, no primeiro dia de pós-operatório, com a finalidade de verificar as condições físicas, funcionais e clínicas; e fornecer orientações sobre os cuidados com a região operada e com o(s) membro(s) adjacente(s) em casos de abordagens linfonodais. Também tem o objetivo de prevenir complicações tromboembólicas, intestinais e respiratórias, além de favorecer o retorno às atividades da vida diária¹⁸. Para tal, são propostos exercícios ativos para membros inferiores e/ou superiores e para musculatura do assoalho pélvico; deambulação; padrões ventilatórios para expansão pulmonar; e orientações de autocuidado fornecidas verbalmente, com auxílio de figuras em manuais ou vídeos educativos elaborados especificamente para este público. A abordagem fisioterapêutica contribui para alta hospitalar e favorece a prevenção de complicações linfáticas, musculoesqueléticas e uroginecológicas¹⁹.

Para auxiliar a decisão quanto à melhor forma de acompanhamento fisioterapêutico após a alta hospitalar e no seguimento oncológico durante o período de pandemia, a condição de saúde da paciente deve ser constantemente avaliada, principalmente daquelas submetidas à terapia adjuvante, que têm maior possibilidade de imunossupressão. É aconselhável, sempre que possível, suspender os atendimentos fisioterapêuticos presenciais de pacientes estáveis e sem risco iminente de piora clínica^{20,21}.

Para os casos em que há risco de descompensação ou piora clínica ocorridas pela suspensão do atendimento, o acompanhamento presencial deve ser mantido com o emprego de todas as normas de biossegurança preconizadas para proteção do profissional e do paciente²⁰.

Se a consulta fisioterapêutica foi realizada previamente de forma presencial, o acompanhamento remoto torna-se mais fácil, uma vez que o fisioterapeuta já tem informações suficientes para estabelecer a conduta. Por outro lado, iniciar o teleatendimento sem a realização prévia do exame físico requer do profissional, cuidado e habilidade adicionais. Durante o

acompanhamento remoto deve ser considerada a possibilidade de realização incorreta dos exercícios e das orientações propostas, portanto, o monitoramento é essencial.

A tomada de decisão clínica deve sempre ser baseada na melhor evidência científica, associada à experiência do fisioterapeuta, ao cenário de atendimento em que se encontra e aos valores e preferências da paciente. A humanização compreende o vínculo entre o profissional de saúde e o paciente baseado em alicerces que devem guiar atitudes éticas e humanas com valorização e compreensão dos indivíduos²².

IV. Acompanhamento fisioterapêutico remoto das complicações mais prevalentes consequentes ao tratamento oncológico mamário e ginecológico

O avanço da tecnologia de informação e comunicação vem possibilitando a aplicação de soluções na área da saúde e implementando a atenção não só ao paciente hospitalizado, mas também após a alta. Esse tipo de tecnologia tem se tornado opção válida também para a reabilitação – denominada de telereabilitação – envolvendo diferentes áreas como a fisioterapia e terapia ocupacional²³. Em relação à fisioterapia, o acompanhamento remoto vem sendo realizado na reabilitação pós-operatória²⁴; nas desordens musculoesqueléticas²⁵; na reabilitação cardíaca²⁶; em quadros de dor; e na orientação da prática de atividade física para melhora da qualidade de vida²⁷.

Neste momento em que o isolamento social está fortemente presente em nosso cotidiano como componente de um conjunto de estratégias para a prevenção da COVID-19, faz-se necessária a busca por alternativas que permitam a continuidade do cuidado fisioterapêutico com segurança tanto para o profissional como para o paciente. Adaptações no atendimento devem ser realizadas por todos os profissionais da área, independentemente do cenário de atuação e com vistas à redução de danos físicos, funcionais e emocionais decorrentes da suspensão das consultas presenciais.

De acordo com a Resolução nº 516, de 20 de março de 2020¹¹, o COFFITO regulamentou a teleconsulta, o telemonitoramento e a teleconsultoria, apresentando a seguinte definição para os termos:

- **Teleconsulta:** consiste na consulta clínica registrada e realizada pelo Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional a distância.
- **Telemonitoramento:** consiste no acompanhamento a distância, de paciente atendido previamente de forma presencial, por meio de aparelhos tecnológicos.

- **Teleconsultoria:** consiste na comunicação registrada e realizada entre profissionais, gestores e outros interessados da área de saúde, fundamentada em evidências clínico-científicas e em protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho.

Nesse sentido, abordaremos a seguir as complicações mais prevalentes decorrentes do tratamento oncológico mamário e ginecológico, e que são passíveis de teleconsulta ou telemonitoramento. Vale lembrar que cabe a cada fisioterapeuta, juntamente com a paciente, a decisão pela melhor maneira de oferecer o cuidado. Condições clínicas, grau de comprometimento causado pelas complicações, necessidades individuais das mulheres, condição física e de transporte, entre outras, devem ser consideradas para a escolha entre atendimento presencial ou remoto.

Complicações mais prevalentes e com possibilidade de atendimento remoto:

1. Linfedema

É uma condição de origem multifatorial com conseqüente prejuízo na qualidade de vida em decorrência de sua cronicidade, alteração na autoimagem corporal e déficit funcional. O linfedema pode estar presente em membros inferiores ou superiores, região pélvica ou tronco, a depender da região abordada cirurgicamente, bem como da evolução local da doença. Diante da complexidade do linfedema, para as mulheres que não apresentam essa complicação, vale reforçar no atendimento remoto as práticas preventivas e os sinais e sintomas que permitem o diagnóstico precoce^{28,9}:

- a) Cuidados com a pele do membro envolvido no tratamento oncológico evitando traumas e lesões, e mantendo a hidratação e higiene adequadas;

- b) As atividades diárias, laborais e de lazer devem ser realizadas sem sobrecarga ou desconforto;
- c) A prática de exercícios com o membro homolateral à cirurgia deve ser priorizada a fim de estimular as circulações, linfática e sanguínea;
- d) O incentivo à prática de atividade física, ao controle de peso e à adequação alimentar podem contribuir para a prevenção de linfedema, já que o aumento de peso é considerado fator de risco significativo para o aparecimento desta complicação;
- e) A sensação de peso é um sintoma relevante e faz parte do diagnóstico precoce, devendo, portanto, ser questionada à paciente para que medidas específicas possam ser orientadas pelo fisioterapeuta;
- f) Orientação quanto a presença de sinais flogísticos deve ser oferecida, já que a infecção também é fator de risco ou agravamento do linfedema.

A partir da situação encontrada, o fisioterapeuta deve propor estratégias que priorizem a melhora e/ou manutenção do quadro, utilizando para isso, os recursos da terapia complexa descongestiva (TCD) – cuidados com a pele, autodrenagem linfática manual, autoenfaixamento, exercícios, uso de braçadeira compressiva ou de auto vestimentas²⁹. É fundamental que a paciente e/ou familiar/cuidador seja monitorado até que adquira as habilidades necessárias para a execução dos recursos da TCD.

Sendo assim, as recomendações para prevenção e tratamento do linfedema através de teleconsulta ou telemonitoramento são:

- Na **avaliação a distância** devem ser verificados: condições da pele; presença de sinais flogísticos e de fibrose; sensação de peso; presença de linfedema e se possível, sua graduação; como são realizadas as atividades cotidianas; alterações posturais e informações sobre a prática ou não de exercícios e/ou atividade física com ou sem o uso de alguma terapia compressiva;

- Na **ausência de linfedema** devem ser enfatizados: cuidados com a pele; realização das atividades cotidianas sem esforço ou desconforto; exercícios; e controle de peso.
- Diante da queixa de **sensação de peso** recomendam-se: cuidados com a pele; início ou intensificação dos exercícios com o(s) membro(s) acometido(s); autodrenagem linfática; e a avaliação quanto ao uso de braçadeira/meia compressiva, a depender de cada caso.
- Na presença de **linfedema com acompanhamento presencial prévio à pandemia**: reforçar os cuidados com a pele; orientar a autodrenagem linfática e o autoenfaixamento; planejar o uso de contenção elástica (braçadeira ou meia) ou o uso de autovestimentas; e incentivar o exercício durante uso da terapia compressiva (enfaixamento, braçadeira ou meia).
- Na presença de **linfedema sem acompanhamento presencial prévio à pandemia**: informar sobre a importância das orientações para o controle/tratamento do linfedema; planejar estratégias de adesão às orientações; orientar os cuidados com a pele; e incentivar os exercícios. A opção por orientar a autodrenagem linfática e o autoenfaixamento a distância²⁸ deve ser minuciosamente avaliada pelo fisioterapeuta, baseada na severidade do linfedema e na habilidade ou desejo da paciente. Por isso, ainda que se utilizem vídeos demonstrando estas técnicas, o fisioterapeuta deve ser cuidadoso com esta prática. Outra alternativa é a indicação de malhas compressivas (braçadeira ou meia) ou autovestimentas para os casos de ausência de lesão cutânea no membro ou quando a paciente ou cuidador não apresentarem segurança ou habilidade para executar o enfaixamento. A prescrição de braçadeiras ou meias compressivas deve ser feita com rígido controle de medidas do membro.
- Recomenda-se também, independentemente das situações abordadas acima, a orientação em relação aos sinais de piora do linfedema – dor, aumento do volume do membro, alteração da sensibilidade e alterações na pele – e presença de sinais flogísticos. Nestes casos, o fisioterapeuta

deverá suspender a fisioterapia e orientar que a paciente busque orientação médica.

2. Disfunções musculoesqueléticas

As alterações musculoesqueléticas causadas pelo tratamento do câncer de mama podem ser apresentadas em qualquer momento da vida dessas mulheres afetando diretamente suas atividades de vida diárias³⁰. Nos casos em que houve reconstrução mamária, as alterações no alinhamento postural são provocadas pela remoção da mama, ocasionando um ajustamento postural de rotação do tronco para o lado da reconstrução^{31,32}. Uma postura assimétrica é adotada por essas mulheres em consequência a uma readaptação muscular principalmente na região de cabeça e cintura escapular^{31,32}.

A formação de tecido cicatricial e uma postura protetora podem levar ao encurtamento dos músculos peitorais, maior e menor, causando alterações no alinhamento de repouso da cintura escapular³³. Assim, alterações físico-funcionais como fraqueza muscular, diminuição da amplitude de movimento e da funcionalidade do membro superior homolateral à cirurgia, comprometem a qualidade de vida dessas mulheres^{34,35}. Diante do exposto, o fisioterapeuta deve orientar exercícios posturais, alongamentos e exercícios com resistência para membros superiores, e mobilidade de cintura escapular. atendimentos remotos para a melhora e/ou manutenção dessas alterações físico-funcionais são importantes durante a pandemia do COVID-19.

As mulheres com câncer ginecológico que realizaram a radioterapia pélvica podem apresentar dor no quadril, na região sacral e ao caminhar, afetando diretamente as atividades do cotidiano, e conseqüentemente, evoluindo para piora na qualidade de vida^{36,37}. Conforme elucidado, o fisioterapeuta deve orientar exercícios de mobilidade pélvica, exercícios de ante e retroversão pélvica, bem como alongamentos dos membros inferiores.

Em relação às disfunções musculoesqueléticas, recomenda-se que, nas sessões de teleatendimento, o fisioterapeuta:

- Verifique alterações posturais, como assimetria de ombros (elevação, depressão e protusão) e quadril (inclinação, rotação, ante ou retroversão);
- Verifique limitações de amplitude de movimento dos membros superiores ou inferiores;
- Questione sobre capacidade para executar as atividades de vida diária e de autocuidado, como pentear o cabelo e colocar roupas por cima da cabeça;
- Verifique a presença de dor utilizando uma escala (numérica ou visual). Os locais de dor dependerão da cirurgia pela qual a paciente foi submetida, variando entre região de cintura escapular ou coxofemoral, membros e coluna;
- Oriente exercícios de mobilidade de ombro e cintura escapular; exercícios resistidos de membros superiores; exercícios de mobilidade pélvica - ante/retroversão pélvica – e alongamentos para membros inferiores.

3. Neuropatia periférica induzida por quimioterapia

Com incidência entre 30 e 70%, essa condição pode acarretar uma variedade de sintomas relacionados ao comprometimento de nervos sensoriais, motores e autonômicos. Dentre eles estão: parestesia, disestesia, alodinia, hipotensão ortostática, fraqueza muscular de membros superiores e/ou inferiores, perda na destreza dos movimentos, dor, diminuição na propriocepção, alteração no equilíbrio, e dificuldade de deambulação. Tais condições favorecem o risco de quedas, dificultam a realização do autocuidado e das atividades de vida diária, além de acarretar distúrbios do sono e humor, com prejuízo significativo na qualidade de vida³⁸.

A severidade desta complicação é influenciada pelo tipo de quimioterápico, dose, e número de sessões de quimioterapia recebida; e pela

presença de comorbidades como o diabetes³⁸. A literatura aponta que programas embasados em treino de equilíbrio, exercícios ativos, resistidos e de interação sensorial apresentam efeito positivo para a melhora da neuropatia periférica induzida pela quimioterapia.

Sendo assim, recomenda-se que:

- Na avaliação por teleconsulta ou telemonitoramento, o fisioterapeuta questione a presença de fraqueza muscular em membros superiores e/ou inferiores; alteração de equilíbrio e histórico de quedas; alterações sensoriais; presença de dor e dificuldade na realização das atividades diárias, laborais, e de autocuidado;
- Diante da queixa relatada, o fisioterapeuta deve direcionar as orientações para um programa fisioterapêutico composto por treino de equilíbrio e marcha, exercícios ativos e, se possível, resistidos para os membros envolvidos, além de exercícios sensoriais interativos e cuidados com a pele;
- Para que a paciente se sinta segura, principalmente em situações de alteração no equilíbrio, o fisioterapeuta deve fazer todas as orientações de exercícios, equilíbrio e marcha na presença de um familiar/cuidador;
- O fisioterapeuta deve orientar a paciente que, diante da piora acentuada dos sintomas ao longo da quimioterapia, o médico deverá ser consultado.

4. Estenose vaginal

A radioterapia pélvica e a braquiterapia são tratamentos comuns para o câncer ginecológico, acarretando alterações vaginais a longo prazo, como diminuição da lubrificação, dispareunia e estenose vaginal. Esta última, caracteriza-se pela obstrução do canal vaginal devido ao aumento da produção de colágeno. A estenose vaginal pode ser identificada através de queixas como dificuldade na relação sexual e a percepção do estreitamento do canal vaginal.

A abordagem fisioterapêutica em relação à prevenção ou tratamento da estenose é um aspecto importante que deve ser considerado para mulheres em acompanhamento oncoginecológico^{40,41}.

Para as mulheres que não têm condições de adquirir os dilatadores, a automassagem perineal pode ser indicada com intuito de melhorar a elasticidade do canal vaginal e diminuir a fibrose⁴¹. Em relação às atividades sexuais, aconselham-se exercícios respiratórios para o relaxamento, o uso de gel ou óleo lubrificante, bem como orientação de posicionamentos que minimizem a ocorrência de dor e possibilitem que a mulher sinta maior confiança⁴¹. O treinamento dos músculos do assoalho pélvico é indicado nas disfunções sexuais uma vez que aumenta sua força, melhora o fluxo sanguíneo pélvico e proporciona aumento do recrutamento das fibras tipo I e II⁴².

As recomendações para a teleconsulta ou telemonitoramento da estenose vaginal, compreendem:

- a) Por se tratar de uma complicação vaginal, a exposição dessa paciente para que o fisioterapeuta avalie visualmente a região, torna-se inadequada. Entretanto, o profissional deve questionar verbalmente se há ou não o estreitamento do canal vaginal. Algumas perguntas podem ser feitas em relação à gravidade da estenose, como: *Há quanto tempo você terminou a braquiterapia? Você sente dor/dificuldade na hora da penetração? Essa dor/dificuldade acontece em que momento da penetração, no início ou no final? Você sente que seu canal vaginal está menor? Como é para você, a realização do exame médico ginecológico?*
- b) A orientação de exercícios respiratórios para relaxamento, uso de gel ou óleo lubrificante, bem como diferentes posições durante a relação sexual para que a mulher tenha o controle de seus movimentos, contribuem para aquisição de maior confiança, além de minimizar a dor. A massagem perineal antes da relação sexual facilita a penetração e, favorece o alívio da dor.

- c) O uso de dilatadores vaginais é recomendado para a prevenção e tratamento da estenose vaginal⁴⁰. Quando for possível a aquisição destes dispositivos pela paciente, a utilização deve ser orientada da seguinte forma:
- O uso do dilatador deve acontecer de maneira gradual e a escolha do tamanho do dispositivo deve ser baseada na resistência que a paciente pode encontrar durante sua introdução. Feita essa escolha, a paciente deve ser orientada quanto a permanência do dilatador no canal vaginal, sendo por 5 a 10 minutos, numa frequência de 2 a 3 vezes por semana. À medida em que a introdução do dilatador se tornar mais fácil e menos resistente, deve-se fazer o mesmo processo com um dilatador maior, e assim sucessivamente.
 - Importante: essa técnica deve ser realizada independentemente de a paciente ter relações sexuais.
- d) A automassagem perineal pode ser orientada através do uso de imagens, com o devido posicionamento e realizada em ambiente tranquilo e privado. A duração deve ser por 3 a 5 minutos, com atenção ao desconforto e sangramento. Diante de qualquer sinal de infecção, corrimento vaginal, prurido ou sangramento o procedimento deverá ser suspenso e comunicado ao fisioterapeuta no próximo telemonitoramento.
- e) Para realizar a automassagem a paciente deve estar sentada, em frente a um espelho, com os joelhos dobrados. Nesta posição, deve ser orientada a introduzir o polegar no introito vaginal, de forma confortável, manter pressão por pelo menos 40 segundos em parede posterior e paredes laterais e, em seguida, fazer movimento de “vai e vem” ou meia-lua no sentido látero lateral em “U”, mobilizando o tecido. É necessário manter uma pressão em ambos os lados respeitando o nível de conforto⁴¹.

- f) Para as mulheres que não têm acesso ao dilatador, recomenda-se apenas a automassagem e os exercícios de assoalho pélvico. Estes exercícios são abordados no documento da ABRAFISM em relação às RECOMENDAÇÕES SOBRE FISIOTERAPIA EM UROGINECOLOGIA E COLOPROCTOLOGIA EM TEMPOS DE COVID-19. Este documento está disponível em **abrafism.org.br**.
- g) A higienização do dilatador deve ser feita logo após sua utilização, com sabonete antibactericida para, em seguida, ser guardado em local apropriado e totalmente seco.

De forma geral, recomenda-se que o fisioterapeuta elabore estratégias individuais que favoreçam a adesão da paciente aos cuidados propostos durante a teleconsulta ou telemonitoramento, disponibilizando material educativo como, folders, manuais, vídeos e aplicativos.

5. Disfunções uroginecológicas

Para as disfunções urinária, fecal e sexual decorrentes do tratamento oncológico, as recomendações de atendimento remoto estão disponíveis no documento da ABRAFISM, que pode ser acessado no site **abrafism.org.br**.

V . Recomendações sobre o acompanhamento remoto de mulheres em cuidados paliativos

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)⁴³:

Cuidado paliativo é uma abordagem voltada para o controle de sintomas, conforto e qualidade de vida. Deve ser oferecido em conjunto com o tratamento padrão de qualquer doença que ameace a continuidade da vida, não devendo jamais ser associado com a omissão ou exclusão (abandono terapêutico), mesmo durante uma pandemia.

A opção pelo telemonitoramento nesse contexto também é recomendação da ANCP⁴⁴ e o envolvimento de um familiar/cuidador deve ser considerado. Vários são os sintomas e condições que podem ser beneficiados com a atenção e cuidado do fisioterapeuta, sendo descritos a seguir:

1. Alteração da funcionalidade

A funcionalidade é um dos pilares da reabilitação e se refere a capacidade de um indivíduo em completar tarefas de sobrevivência diária. O declínio funcional é vivenciado por muitos pacientes com doença oncológica avançada e pode repercutir negativamente em vários aspectos da vida, inclusive trazendo perturbações de ordem psicológica, social e familiar^{45,46}. Sendo assim, a fisioterapia nos cuidados paliativos contribui para que um indivíduo possa alcançar seu potencial físico, psicológico e social o mais completo possível, de acordo com sua condição fisiológica, limitações ambientais, planos e desejos de vida.

Recomenda-se, portanto:

- Identificar a condição físico funcional em que a paciente se encontra – totalmente dependente, dependente ou independente –

para que a assistência seja planejada a partir do potencial funcional e da motivação da paciente.

- Estabelecer um programa de exercícios físicos composto por alongamentos, exercícios ativos, ativo-livres, ativo-assistidos e passivos. Estes exercícios contribuirão também para a diminuição e/ou melhora de outras condições características da doença oncológica avançada, como dispneia, fadiga, dor e linfedema⁴⁵.
- Suspender os exercícios diante de possível quadro de trombose venosa profunda em sua forma aguda, e orientar a paciente para que busque avaliação médica.

2. Dispneia

Com acometimento de até 90% dos pacientes com câncer, com ou sem comprometimento pulmonar, a dispneia é caracterizada pela percepção desconfortável da respiração, ou receio de não conseguir respirar. Apresenta diversas possibilidades de etiologia, além do componente emocional que deve ser considerado⁴⁴.

Nesse contexto, para a diminuição/controle da dispneia é recomendado que^{44,47}:

- A paciente tenha um correto posicionamento corporal; utilize compressas para resfriamento do rosto; e use roupas confortáveis;
- O ambiente seja tranquilo e ventilado; e que, quando possível, a cabeceira da cama esteja elevada;
- A realização da cinesioterapia respiratória e geral sejam feitas ativamente ou com auxílio de um familiar/cuidador;
- As técnicas de relaxamento e de conservação de energia sejam orientadas e aplicadas, pelo fisioterapeuta ou familiar/cuidador.

3. Fadiga

É considerada um sintoma subjetivo, de conceito multidimensional e com diferentes formas de expressão como, fadiga física, cognitiva e afetiva. Pode ser causada pelo tumor, tratamento, ou por anemia, afetando 70 a 100% dos pacientes em quimioterapia, radioterapia e com metástases. Os fatores associados à fadiga são: caquexia, descondicionalamento, altos níveis de citocina, ansiedade, depressão, má qualidade de sono e dor⁴⁵.

Embora existam alguns instrumentos disponíveis na literatura que permitam o diagnóstico da fadiga, é possível o fisioterapeuta perceber esse sintoma durante a teleconsulta ou telemonitoramento. É muito comum a paciente referir cansaço, desânimo ou fraqueza que, no contexto de doença avançada, pode-se considerar como sinônimos para a fadiga.

Diante dessa condição, recomenda-se que o fisioterapeuta:

- Oriente técnicas de conservação de energia, adaptando o ambiente para facilitar tarefas⁴⁷;
- Oriente a substituição das tarefas da posição ortostática para sentada; e programe as atividades do menor para o maior grau de gasto energético, conforme a tolerância da paciente⁴⁷;
- Oriente a realização de exercícios de forma gradativa, com o objetivo de favorecer a funcionalidade e promover menor grau de dependência⁴⁵.

4. Linfedema maligno

O linfedema por obstrução tumoral pode ser o primeiro sinal de recorrência da doença ou representar o crescimento de um tumor desconhecido. Tecnicamente, as condutas a serem utilizadas nesta condição são as mesmas já abordadas anteriormente.

Entretanto, algumas recomendações adicionais são feitas:

- O fisioterapeuta deve estar atento à presença de trombos – condição comum em pacientes oncológicos, principalmente naqueles em quimioterapia – e às características da pele para que os devidos ajustes sejam realizados para a utilização da TCD.
- O uso de braçadeira/meia compressiva ou a manutenção do enfaixamento devem ser avaliados a partir das características da paciente, da evolução do tratamento paliativo ou da doença²⁸.
- Casos de suspeita de trombose venosa profunda e/ou infecção caracterizam emergências médicas e, portanto, recomenda-se que o fisioterapeuta encaminhe a paciente para atendimento médico imediato⁴⁸.

5. Dor

Segundo a Associação Internacional para Estudos da Dor, este sintoma é definido como uma *experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão*. É sempre uma experiência pessoal influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais⁴⁹.

Vale lembrar aqui, que na década de 1960 CicelySaunders introduziu o conceito de Dor Total, amplamente utilizado em cuidados paliativos e que engloba também, aspectos psicossociais e espirituais. Portanto, esse conceito deve ser considerado para identificar os mecanismos determinantes e intensificadores da dor no momento de planejar e executar estratégias para o atendimento remoto⁴⁵.

As recomendações ao fisioterapeuta para promover o controle da dor, são:

- Uso de recursos como a termoterapia, cinesioterapia, terapia manual e orientação de posicionamento. Especial atenção deve ser dada para a utilização de calor local em pacientes com

linfedema, sendo contraindicada por oferecer maior prejuízo à complicação já instalada;

- A terapia manual deve ser orientada utilizando-se manobras superficiais e profundas e levando-se em consideração as características da pele –presença de lesões, de sinais logísticos, e alteração de sensibilidade. A frequência e tempo da terapia manual devem ser ajustados de acordo com os benefícios e desejo da paciente;
- Exercícios respiratórios e técnicas de relaxamento também devem ser orientados por contribuir para o controle da dor;
- As orientações quanto à utilização e cuidados na aplicação de cada recurso devem ser feitas também, ao familiar/cuidador.

Todos os sintomas aqui abordados têm grande impacto na qualidade de vida da paciente e por isso, devem ser verificados e cuidados a cada teleconsulta ou telemonitoramento. A frequência desses atendimentos deve ser decidida caso a caso, a partir da necessidade e condições da paciente. Uma característica bastante comum aos pacientes em cuidados paliativos, é que vários desses sintomas se sobrepõem, dificultando muitas vezes, a escolha terapêutica. Nessas situações, é sempre importante lembrar que a opção por determinadas técnicas deve ser feita a partir da queixa principal da paciente, naquele momento, ainda que para nós, fisioterapeutas, possam aparecer outras prioridades.

Vale enfatizar que alguns dos sintomas aqui abordados, são comuns na COVID-19. A fadiga, e principalmente a dificuldade respiratória, podem ser sinais da infecção pelo novo coronavírus e, portanto, o fisioterapeuta deve estar atento à origem destes sinais para realizar os encaminhamentos necessários.

VI. Recomendações e considerações sobre a segurança no retorno ao atendimento presencial

A flexibilização do isolamento social está ocorrendo. No entanto, os números de novos casos, internações e mortes por COVID-19 continuam elevados. Dessa forma, o retorno ao atendimento presencial deve ser ponderado tomando as devidas precauções em relação ao contágio do vírus e, quando possível, continuar com a estratégia de atendimento remoto.

Embora haja algumas barreiras para o telemonitoramento, incluindo ausência de materiais, ainda assim os exercícios de moderada a alta intensidade usando peso corporal, exercícios com faixas elásticas ou materiais adaptados para resistência, são possíveis. Para além da pandemia de COVID-19, a continuidade do acompanhamento a distância é uma alternativa a ser analisada a partir das preferências e necessidades da paciente. Isso porque, muitas delas, por residirem em locais distantes dos centros de tratamento, têm acesso limitado ao acompanhamento fisioterapêutico ou ainda, preferem se exercitar em domicílio. No entanto, há que se refletir também sobre as desvantagens, como a impossibilidade de avaliar as pacientes pessoalmente e as limitações potenciais em monitorar segurança, dados vitais e ajuda prática com exercícios ou técnica de movimento²¹.

O retorno aos atendimentos presenciais em fisioterapia necessita de cuidados adicionais para a proteção do fisioterapeuta e do paciente. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁵⁰ publicou em fevereiro de 2020 as Orientações para Serviços de Saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). As recomendações deste documento baseiam-se na Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020⁵⁰.

Recomenda-se aos fisioterapeutas:

1. Utilizar equipamento de proteção individual (máscara cirúrgica e luvas, sendo possível acrescentar o uso de *face shield* ou óculos) durante a realização de quaisquer atendimentos ou procedimentos presenciais, respeitando todas as recomendações de higienização e distanciamento social vigentes.
2. Usar a máscara cirúrgica durante a assistência ou contato direto, a menos de um metro de pacientes, ou máscara N95/PFF2 ou equivalente durante a realização de procedimentos potencialmente geradores de aerossóis.
3. Orientar a paciente para que compareça à sessão somente no horário agendado e que siga rigorosamente as orientações de distanciamento social na recepção.
4. Realizar triagem pré-atendimento a fim de identificar possíveis sintomas de infecção respiratória ou verificar se houve contato da paciente com indivíduos com o novo coronavírus
5. Em casos de suspeita de COVID-19 (pacientes sintomáticos e assintomáticos), confirmar o resultado do exame negativo antes do agendamento da consulta fisioterapêutica.
6. Realizar limpeza e desinfecção de superfícies mais tocadas como maçanetas, interruptores de luz, corrimões, botões dos elevadores, local de atendimento e equipamentos e produtos para saúde utilizados entre os diferentes atendimentos, reservando tempo específico para isso.
7. Manter o ambiente de atendimento ventilado.
8. Aferir temperatura da paciente antes de iniciar a sessão.
9. Não compartilhar com as pacientes o uso de canetas, pranchetas ou telefones.
10. Fornecer materiais e orientações de higiene para serem realizados no ambiente de atendimento, como álcool 70%, lenços descartáveis de higienização e local adequado para lavagem das mãos.

11. Realizar a desparamentação e descarte correto dos materiais utilizados durante atendimento, conforme recomendado pela ANVISA.
12. Ao atender pacientes curados da COVID-19, a prescrição de exercícios deve valorizar o efeito da doença no sistema musculoesquelético e respiratório. Sintomas como a mialgia, diminuição da capacidade respiratória, tosse e fadiga irão influenciar a performance da paciente durante a realização da cinesioterapia.

VII . Considerações finais

A literatura indica que pacientes oncológicos fazem parte do grupo de risco para a COVID-19 e que apresentam pior prognóstico quando infectados pelo novo coronavírus, com maior chance de suporte de ventilação invasiva e óbito. Sendo assim, priorizar o isolamento social e as medidas preventivas para essa infecção, são atitudes que todo profissional da saúde deve ter para com seus pacientes.

Entretanto, como o tratamento oncológico pode acarretar diversos efeitos colaterais e condições de ordem física, emocional e social que interferem negativamente na qualidade de vida da mulher, o acompanhamento remoto deve ser pensado como possibilidade para a prevenção e/ou tratamento dessas condições. Priorizar um plano de atividade física e exercícios específicos, certamente contribuirá para maior e melhor qualidade de vida deste grupo populacional.

Em se tratando da prática de atividade física, é importante considerar que sua ausência é um fator de risco modificável para o câncer de mama e por isso, as intervenções remotas podem contribuir também para adesão de mulheres sem história oncológica, mas com risco elevado, para a prática de atividade física⁵¹. Nesse sentido, o telemonitoramento realizado pelo fisioterapeuta, além de atender às necessidades da paciente oncológica, poderia servir como ferramenta para a prevenção do câncer de mama⁵¹ e ginecológico em familiares destas pacientes.

A interferência da atividade física nas diferentes funções fisiológicas, como metabolismo da glicose/insulina, função imune, inflamação, hormônios sexuais, stress oxidativo, instabilidade genômica e produção de miocinas, pode reduzir o risco de determinados tipos de câncer. Além disso, contribui também para a prevenção da obesidade, condição já estabelecida para o aparecimento

de vários tipos de câncer⁵². Sendo assim, a prática de atividade física vem sendo recomendada por diversas associações e organizações voltadas à saúde, como estratégia fundamental para a melhora da qualidade de vida, em todos os seus domínios.

O conteúdo aqui apresentado tem o propósito de identificar algumas situações em que o acompanhamento fisioterapêutico pode ser benéfico através do uso de tecnologias de informação e comunicação, e recomendar estratégias de cuidado. Entretanto, cada paciente, assim como cada profissional em seu respectivo local de atendimento, tem características específicas que devem ser avaliadas. Portanto, nossas sugestões e recomendações não esgotam o cuidado fisioterapêutico com essas mulheres neste período de pandemia, e o profissional deve seguir todos os preceitos éticos e normativas vigentes.

Para a construção do planejamento terapêutico, devem-se estabelecer as prioridades para o tratamento, as múltiplas realidades sociais em saúde no Brasil, e a situação epidemiológica da COVID-19 em cada região. As características individuais, concordância/preferências de cada mulher e as legislações nacionais vigentes, especialmente o código de ética do fisioterapeuta, devem ser considerados.

Por fim, considerando a retomada das atividades deve-se pensar num possível retorno da assistência presencial com segurança para todos os envolvidos. E nessa condição, o acompanhamento remoto ainda pode fazer parte da rotina do fisioterapeuta em longo prazo.

VIII

. Referências

1. COFFITO. Resolução Nº. 372/2009 – Reconhece a Saúde da Mulher como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. DOU nº. 228, Seção 1, em 30/11/2009, página 101. Acesso em: 18/06/2020. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3135>
2. INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>, acessado em 01 de agosto de 2020.
3. Gasparri ML, Gentilini OD, Lueftner D, Kuehn T, Kaidar-Person O, Poortmans P. Changes in breast cancer management during the Corona Virus Disease 19 pandemic: An international survey of the European Breast Cancer Research Association of Surgical Trialists (EUBREAST). *The Breast*. 2020;52:110-115.
4. Williams VM, Kahn JM, Harkenrider MM, Chino J, Chen J, Fang EFD, et al. COVID-19 impact on timing of brachytherapy treatment and strategies for risk mitigation. *Brachytherapy*. 2020;19:401-411.
5. De Groef A, Van Kampen M, Dieltjens E, Christiaens MR, Neven P, Geraerts I, et al. Effectiveness of postoperative physical therapy for upper limb impairments after breast cancer treatment: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2015;96(6):1140-1153.

6. Ezzo J, Manheimer E, McNeely ML, Howell DM, Weis R, Johansson KI, et al. Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(5):CD003475.
7. Furmaniak AC, Menig M, Markes MH. Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9(9):CD005001.
8. Loh SY, Musa AN. Methods to improve rehabilitation of patients following breast cancer surgery: a review of systematic reviews. *Breast Cancer (Dove Med Press).* 2015;7:81-98.
9. Panchik D, Masco S, Zinnikas P, Hillriegel B, Lauder T, Suttman E, et al. The Effect of Exercise on Breast Cancer–Related Lymphedema: What the Lymphatic Surgeon Needs to Know. *J Reconstr Microsurg.* 2019;35(1):37-45.
10. Silva FP, Moreira GM, Zomkowski K, Noronha MA, Sperandio FF. Manual therapy as treatment for chronic musculoskeletal pain in female breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Manipulative PhysioTher.* 2019;42(7):503-513.
11. COFFITO. Resolução nº 516, de 20 de março de 2020 – Teleconsulta, Telemonitoramento e Teleconsultoria. Acesso em: 22/06/2020. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>
12. Specht M, Sobti N, Rosado N, Tomczy E, Abbate O, Ellis D, et al. Liao. High-Efficiency Same-Day Approach to Breast Reconstruction During the COVID-19. *Breast Cancer Res Treat.* 2020;182(3):679-688.
13. Al-Shamsi HO, Alhazzani W, Alhuraiji A, Coomes EA, Chemaly RF, Almuhanna M, et al. A Practical Approach to the Management of Cancer Patients During the Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: An International Collaborative Group. *Oncologist.* 2020;25(6):936-945.

14. Sohrabizadeh S, Sogand T, Khankeh HR. Women and health natural disasters: Challenge or opportunity? *Women Health*. 2016;56(8):977–93.
15. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin*. 2015;65(1):5–29
16. Nascimento SL, Oliveira RR, Oliveira MMF, Amaral MTP. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer de mama: estudo retrospectivo. *Fisioter Pesqui*. 2012;19(3):248-55.
17. Sun XL, Wang HB, Wang ZQ, Cao TT, Yang X, Han JS, et al. Effect of transcutaneous electrical stimulation on lower urinary tract symptoms after class III radical hysterectomy in cervical cancer patients: study protocol for a multicenter, randomized controlled trial. *BMC Cancer*. 2017; 17(1): 416-422.
18. Wu X, Liu Y, Zhu D, Wang F, Ji J, Yan H. Early prevention of complex decongestive therapy and rehabilitation exercise for prevention of lower extremity lymphedema after operation of gynecologic cancer. *Asian J Surg*. 2017;147(2):450-455.
19. Silva MP, Marques AA, Amaral MTP. Tratado de fisioterapia em saúde da mulher 2ª ed. Rio de Janeiro: Roca, 2019. Pp 127-139.
20. Rizzi SKLA, Cerqueira MTAS, Gomes NA, Baiocchi JMT, Aguiar SS, Bergmann A. Nota Técnica da Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia sobre os Atendimentos de Fisioterapia em Oncologia frente à Pandemia de COVID-19. *Ver Brasile Cancerologia* 2020; 66(Tema Atual):e-1973
21. Bland KA, Bigaran A, Campbell KL, Trevaski M, Zopf EM. Exercising in Isolation? The Role of Telehealth in Exercise Oncology During the COVID-19 Pandemic and Beyond. *Phys Ther* 2020; Online ahead of print.

22. Moreira MADM, Lustosa AM, Dutra F, Barros E de O, Batista JBV, Duarte MCS, et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Saúde Coletiva*. 2015;20(10):3231–42

23. Agostini M, Moja L, Banzi R, Pistotti V, Tonin P, Venneri A, et al. Telerehabilitation and recovery of motor function: a systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare* 2015;21(4):202-13

24. van Egmond MA, van der Schaaf M, Vredevelde T, Vollenbroek-Hutten MMR, van Berge Henegouwen MI, et al. Effectiveness of physiotherapy with telerehabilitation in surgical patients: a systematic review and meta-analysis. *Physiotherapy*. 2018;104(3):277-298

25. Mani S, Sharma S, Omar B, Paungmali A, Joseph L. Validity and reliability of Internet-based physiotherapy assessment for musculoskeletal disorders: a systematic review. *J Telemed Telecare*. 2017;23(3):379-391

26. Rawstorn JC, Gant N, Direito A, Beckmann C, Maddison R. Telehealth exercise-based cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Heart*. 2016;102(15):1183-92.

27. Adamse C, Weering MGDV, Etten-Jamaludin FSV, Stuiver MM. The effectiveness of exercise-based telemedicine on pain, physical activity and quality of life in the treatment of chronic pain: A systematic review. *J Telemed Telecare*. 2018;24(8):511-526.

28. Macedo FO, Costa RM, Ferreira FO, Torres DM, Bergmann A, Fabro EAN. Linfedema Secundário ao Tratamento do Câncer de Mama: Abordagem Fisioterapêutica em Tempos de Pandemia. *Rev Brasil e Cancerologia* 2020;66(TemaAtual):e-1043.

29. Ligabue MB, Campanini I, Veroni P, Cepelli A, Lusuardi M, Merlo A. Efficacy of self-administered complex decongestive therapy on breast cancer-related lymphedema: a single-blind randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat*. 2019;175(1):191-201.

30.Mirandola D, Miccinese G, Muraca MG, Sgambati E, Monaci M, Marini M. Evidence for Adapted Physical Activity as an Effective Intervention for Upper Limb Mobility and Quality of life in Breast Cancer Survivors. *J Phys Act Health*. 2014;11:814-822.

31.Kabala A, Wilczynski J.Evaluation of Equivalent Reactions in women after Mastectomy using Biodex Balance System. *Health Sport*.2017;7(12):565-78.

32.Glowacka I, Nowikiewicz T, Siedlecki Z, Hagner W, Nowacka K, Zegarski W. The Assessment of the Magnitude of Frontal Plane Postural Changes in Breast Cancer Patients After Breast-Conserving Therapy or Mastectomy – Follow-up Results 1 Year After the Surgical Procedure. *Pathol Oncol Res*. 2015;22:203-206.

33.Peres ACAM, Latorre MRDO, Maesaka JY, Filassi JR, Baracat EC, Ferreira EAG. Body Posture After Mastectomy: Comparison Between Immediate Breast Reconstruction Versus Mastectomy Alone. *Physiot Res Intern*. 2015;22(1).

34.Kim M, Lee M, Kim M, Oh S, Jung S, Yoon B. Effectiveness of therapeutic inflatable ball self-exercises for improving shoulder function and quality of life in breast cancer survivors after sentinel lymph node dissection. *Support Care Cancer*. 2019;27(7):2349-2360.

35.Ibrahim M, Muanza T, Smirnow N, Sateren W, Fournier B, Kavan P, et al. A Pilot Randomized Controlled Trial on the Effects of a Progressive Exercise Program on the Range of Motion and Upper Extremity Grip Strength in Young Adults With Breast Cancer. *Clin Breast Cancer*. 2017;18(1):55-64.

36.Barnes KL, Dunivan G, Jaramillo-Huff A, Krantz T, Thompson J, Jeppson P. Evaluation of Smartphone Pelvic Floor Exercise Applications Using Standardized Scoring System. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019;25(4):328–35.

37. Waldenstrom AC, Olsson C, Wilderang U, Dunberger G, Lind H, Al-Abany M, et al. Pain and mean absorbed dose to the pubic bone after radiotherapy among gynecological cancer survivors. *Int J Oncology Biol Phys.* 2011;80(4):1171-8
38. Brayall P, Donlon E, Doyle L, Leiby R, Violette K. Physical Therapy–Based Interventions Improve Balance, Function, Symptoms, and Quality of Life in Patients With Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: A Systematic Review. *Rehab Oncology.* 2018;36(3):161-166
39. Coughlin SS, Caplan LS, Williams V. Home-based physical activity interventions for breast cancer patients receiving primary therapy: a systematic review. *Breast Cancer Res Treat.* 2019;178(3):513-522.
40. Matos SRL, Cunha MLR, Podgaec S, Weltman E, Centrone AFY, Mafra ACCN. Consensus for vaginal stenosis prevention in patients submitted to pelvic radiotherapy. *Plosone.* 2019;14(8):1-15
41. Oliveira NFF, Amaral MTP, Pinto e Silva M, Miquelutti MA, Oliveira MMF, Marques A, et al. Rehabilitation strategies for vaginal stenosis following pelvic radiotherapy. *Fisiot Brasil.* 2015;16(2):123-127
42. Odorico FM, Morin G, Braz CMM. Oficina de exercícios para os músculos do assoalho pélvico: Uma estratégia de educação em saúde da mulher. 2018;44(2):1-4
43. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados paliativos sobre COVID-19 [Internet]. São Paulo: ANCP; [2020] [acesso: agosto/2020] Disponível em: https://www.dropbox.com/s/g77qi6xk2jc8rky/FINAL_ANCP_Ebook_cuidados_COVID-19.pdf?dl=0
44. Carvalho RT. Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. In: Carvalho RT, Parsons HÁ. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. pp. 151-67.

45. Pinto e Silva MP et al. Fisioterapia em cuidados paliativos. In: Pinto e Silva MP, Marques AA, Amaral MTP. Tratado de Fisioterapia em Saúde da Mulher. 2ª ed. Rio de Janeiro: Roca, 2019. pp 145-59.

46. Minosso JSM, Souza LJ, Oliveira MAC. Reabilitação em cuidados Paliativos. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(3):e1470015

47. Mendes EC, Silva LP, Chelles PA, Silva FP da, Resende JMD. Atendimento Fisioterapêutico ao Paciente em Cuidados Paliativos Oncológicos em Tempos de Pandemia por COVID-19: Recomendações de uma Unidade de Referência. *Rev. Brasile de Cancerologia.* 2020; 66(TemaAtual):e-1113.

48. Parsi K, van Rij AM, Meissner MH, Davies AH, De Maeseneer M, Cloviczki P, et al. Triage of patients with venous and lymphatic diseases during the Covid-19 pandemic – The Venous and Lymphatic Triage and Acuity Scale (veltas). *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020;8(5):706-710.

49. DeSantana JM, Perissinotti DNM, Oliveira Junior JO, Correia LMF, Oliveira CM, Fonseca PRB. Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, 2020.

50. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N. 04/2020. Orientações para serviço de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARs-CoV-2). Acesso em: 20/05/2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>

51.Hartman SJ,Dunsiger SI,Marinac CR,Marcus BH,Rosen RK,Gans KM. Internet-based physical activity intervention for women with a family history of breast cancer. *Health Psychol* . 2015;34S(0):1296-304

52.American Cancer Society American Cancer Society Guideline for Diet and Physical Activity for Cancer Prevention. *CA Cancer J Clin*2020;0:1-27.



ABRAFISM

Associação Brasileira de
Fisioterapia em Saúde da Mulher

**RECOMENDAÇÕES DA
ABRAFISM SOBRE
FISIOTERAPIA EM
MASTOLOGIA E
GINECOLOGIA ONCOLÓGICA
EM TEMPOS DE COVID-19**

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DA ABRAFISM