EBO

ESCOLA
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA



GUIA SBOC DE ESTRUTURAÇÃO DE SERVIÇOS ONCOLÓGICOS MULTIPROFISSIONAIS

SBOC

SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA
CLÍNICA

ÍNDICE

A importância da equipe multiprofissional nos centros oncológicos 05

Manual de orientação para a implantação de um serviço de psico-oncologia 10

Planejamento e estruturação do serviço de psico-oncologia 17

Organização da assistência psico-oncológica 22

Farmácia oncológica – guia para estruturação e prática segura 26

Manual de Orientação para Implantação de um Serviço de Fisioterapia Ambulatorial em Oncologia 46

Enfermagem oncológica: fundamentos estruturais para a jornada do paciente 68

Guia de orientação para implantação de um serviço de nutrição oncológica ambulatorial 82

Sobre os autores 90

AUTORES

Coordenadora: Dra. Andrea Pereira

Anali Póvoas Orico Vilaça

Andrea Pereira

Anna Carolina Riul Messias

Christiane Inocêncio Vasques

Fabiana Marthes Molli Caron

Georgia Silveira de Oliveira

Islânia Almeida Brandão Barbosa

Karina Alexandra Batista da Silva Freitas

Larissa dos Santos Talarico Machado

Laura Rezende

Maria Inês R. Gato

Marister do Nascimento Cocco

Nivaldo Barroso de Pinho

Tainã Clarissa Oliveira Silva dos Santos

Talita Oliveira de Lima

Telma Ribeiro Rodrigues

Viviane Dias Rodrigues

Revisão e coordenação executiva: Aline Roncalho

PREFÁCIO

O cuidado oncológico contemporâneo tornou-se progressivamente mais complexo. Os avanços no diagnóstico, nas terapias sistêmicas, na cirurgia, na radioterapia e no acompanhamento dos pacientes ampliaram as possibilidades de tratamento e de sobrevivência, mas também evidenciaram algo fundamental: cuidar de uma pessoa com câncer exige muito mais do que tratar o tumor.

A jornada oncológica envolve necessidades clínicas, funcionais, nutricionais, psicológicas, sociais e familiares que se modificam desde o diagnóstico até o tratamento, a reabilitação, a sobrevivência, os cuidados paliativos e, quando necessário, o cuidado no fim da vida. Nenhuma profissão, isoladamente, é capaz de responder adequadamente a todas essas dimensões.

É nesse contexto que a atuação multiprofissional deixa de ser apenas desejável e passa a constituir um dos pilares da assistência oncológica de qualidade.

Entretanto, reunir diferentes profissionais em um mesmo serviço não significa, necessariamente, oferecer cuidado multiprofissional integrado. Para que isso aconteça, é preciso estabelecer responsabilidades, competências, critérios de encaminhamento, fluxos assistenciais, mecanismos de comunicação, condições adequadas de trabalho, indicadores de qualidade e espaços para discussão e tomada de decisão compartilhada.

Foi a partir dessa perspectiva que o Comitê Multiprofissional da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) idealizou este Guia.

Nossa proposta foi construir uma publicação essencialmente prática, destinada a apoiar instituições e profissionais na estruturação e no aprimoramento de equipes e serviços multiprofissionais em Oncologia. Mais do que descrever a importância de cada profissão, buscamos responder a uma pergunta objetiva: o que é necessário para estruturar, na prática, um cuidado multiprofissional oncológico organizado, seguro, integrado e centrado no paciente?

Ao longo dos capítulos, especialistas de diferentes áreas apresentam fundamentos para a organização dos serviços, considerando aspectos como estrutura física, recursos humanos, dimensionamento das equipes, competências profissionais, segurança do paciente, critérios de elegibilidade e encaminhamento, fluxos assistenciais, registros, indicadores e integração entre as diferentes áreas do cuidado.

Psico-Oncologia, Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem e Nutrição são abordadas a partir de suas especificidades, mas compartilham um princípio comum: o paciente deve ser compreendido em sua integralidade e acompanhado ao longo de sua jornada, e não apenas em episódios isolados de assistência.

Essa concepção é particularmente importante em Oncologia. Necessidades nutricionais podem interferir na tolerância ao tratamento; alterações funcionais podem comprometer independência e qualidade de vida; sofrimento psicológico pode surgir em diferentes momentos da trajetória da doença; a complexidade das terapias exige processos rigorosos de segurança e acompanhamento farmacêutico; e a enfermagem ocupa posição central na continuidade, coordenação e segurança do cuidado. Esses diferentes olhares não competem entre si — eles se complementam.

Da mesma forma, identificar uma necessidade só produz benefício quando existe um fluxo capaz de transformá-la em cuidado. Rastrear, avaliar, encaminhar, intervir, registrar, comunicar e reavaliar devem fazer parte de processos assistenciais conectados. A integração multiprofissional, portanto, não é apenas a presença simultânea de diferentes especialidades, mas a construção de uma verdadeira rede de cuidado em torno do paciente.

Reconhecemos também a diversidade da Oncologia brasileira. Serviços públicos e privados, grandes centros especializados, hospitais gerais e estruturas ambulatoriais apresentam realidades, recursos e desafios distintos. Por essa razão, este Guia não pretende estabelecer um modelo único e rígido. Seu propósito é oferecer referências para uma estruturação mínima, segura e factível, que possa ser adaptada à complexidade, ao porte, aos recur-

sos e à população atendida por cada instituição.

Outro princípio que norteou esta publicação foi a valorização da qualidade e da melhoria contínua. Estruturar um serviço não é um processo que termina com sua implantação. Indicadores assistenciais, resultados clínicos, experiência dos pacientes, segurança, capacitação das equipes e revisão periódica dos processos devem orientar continuamente a evolução do cuidado.

Este Guia é também resultado da essência do trabalho multiprofissional que pretende defender. Sua construção reuniu profissionais com diferentes formações e experiências, além da colaboração de sociedades e especialistas comprometidos com a qualificação da assistência oncológica no Brasil. A diversidade de perspectivas presente nestas páginas representa justamente a forma de cuidado que desejamos estimular.

Esperamos que esta publicação seja utilizada não apenas como fonte de consulta, mas como uma ferramenta para ação: para avaliar serviços existentes, identificar lacunas, planejar novas estruturas, construir fluxos, qualificar equipes e promover maior integração entre os profissionais envolvidos na assistência.

Acima de tudo, esperamos que contribua para consolidar uma compreensão fundamental: o cuidado multiprofissional não é a soma de diferentes profissões, mas a integração de conhecimentos, competências e responsabilidades em torno de um objetivo comum — oferecer à pessoa com câncer um cuidado seguro, coordenado, baseado em evidências e verdadeiramente centrado em suas necessidades.

Essa é a Oncologia que acreditamos ser necessário construir e fortalecer.

Comitê Multiprofissional da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica – SBOC

Andrea Pereira

Anna Carolina Riul Messias

Fabiana Marthes Molli Caron

Georgia Silveira de Oliveira

Islânia Almeida Brandão Barbosa

1. A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NOS CENTROS ONCOLÓGICOS

Autora: Andrea Pereira

1.1 Introdução

Em um centro de tratamento oncológico, a diversidade de profissionais de saúde é essencial para o acompanhamento do paciente. A equipe multiprofissional é o grupo de pessoas de diferentes disciplinas de saúde que se reúne em um determinado momento (seja fisicamente, em um lugar, ou por vídeo ou teleconferência) para discutir um paciente específico, no qual cada um pode contribuir de forma independente para as decisões de diagnóstico e tratamento, e cujo objetivo principal é o cuidado centrado no melhor interesse e nas preferências do paciente [1,2].

O conceito de equipe interdisciplinar é relativamente novo, tendo surgido em 1995. Antes, o cuidado era centrado apenas no médico oncologista. Pacientes oncológicos atendidos em serviços especializados, por profissionais de saúde de diferentes áreas, apresentavam melhor prognóstico e menos complicações [1,3,4].

1.2 Funções da equipe multiprofissional

Cabe à equipe multiprofissional discutir dilemas terapêuticos sobre planos de manejo e esquemas de tratamento, diante do desafio da rápida expansão tecnológica de opções de tratamento cada vez mais eficazes. Essa discussão ocorre por meio da interação da equipe multidisciplinar — médicos, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas, entre outros profissionais de saúde —, todos com o objetivo comum de promover a saúde e de transmitir melhor ao paciente o conhecimento sobre sua doença e seu tratamento [2,5].

A importância do cuidado multidisciplinar não se limita à assistência. A sua participação nos protocolos de pesquisa, baseada em boas práticas, é fundamental para manter o aumento da sobrevida geral a longo prazo para 70% até 2035 [6]. Além disso, os estudos científicos mostram que a equipe de profissionais de saúde especializados em câncer impacta os pacientes da seguinte forma [4,5,7]:

- Melhor entendimento do plano terapêutico;
- Maior empatia;
- Comunicação mais efetiva através da escuta ativa;
- Maior satisfação;
- Melhor adesão ao tratamento;
- Aumento das taxas de sobrevida.

Porém, a contratação de profissionais de saúde especializados em oncologia, provenientes de áreas diversas, demanda recursos. Por isso, o desafio é ainda maior no sistema público de saúde, onde 66% dos oncologistas aprovam o trabalho da equipe multidisciplinar. No SUS, os especialistas reconhecem a importância da intervenção multidisciplinar e da comunicação como elementos essenciais no cuidado do paciente e de suas famílias, especialmente nos cuidados paliativos. Entre os pacientes, as mulheres, os idosos e os atendidos no serviço público são os que mais reconhecem a importância da equipe multidisciplinar. Portanto, tanto entre oncologistas quanto entre pacientes, há reconhecimento da importância desses profissionais no plano terapêutico [5].

1.3 Oportunidades de melhoria e de prognóstico

A equipe multiprofissional mantém um processo estruturado de melhoria contínua, com revisão periódica de sua organização, dos fluxos assistenciais, dos processos de trabalho e da qualidade das decisões clínicas, buscando identificar oportunidades de aprimoramento e incorporar boas práticas à assistência [6,8].

Entre as iniciativas estão a ampliação do acesso e do recrutamento de pacientes para um portfólio de ensaios clínicos, a atualização anual dos dados de patologia molecular, quando aplicável, e o fortalecimento da participação ativa do paciente, tanto nas decisões relacionadas ao seu cuidado individual quanto no desenvolvimento e na avaliação das políticas da própria equipe [6,8].

Como estratégia adicional de qualificação da assistência, propõe-se, inicialmente, explorar, por meio de um projeto-piloto, a utilização de PROMs (do inglês Patient-Reported Outcome Measures, medidas de desfecho relatadas pelo paciente), incorporando, de forma sistemática, a percepção do próprio paciente sobre sintomas, funcionalidade e qualidade de vida ao seu acompanhamento [6,8].

Essas ações têm como objetivos centrais promover uma assistência mais integrada, baseada em evidências e centrada no paciente, melhorar a qualidade de vida e a experiência assistencial e reduzir o tempo entre a identificação das necessidades e a implementação das intervenções necessárias [6,8].

Dentro do serviço oncológico, os estudos demonstram os seguintes aspectos associados à equipe multiprofissional [2,8]:

1. Melhor consistência, continuidade, coordenação e custo-efetividade do cuidado;
2. Melhor comunicação entre profissionais de saúde;
3. Melhores resultados clínicos;
4. Maior recrutamento para ensaios clínicos;
5. Oportunidades para melhorar a auditoria;
6. Maior satisfação e bem-estar psicológico de pacientes;
7. Oportunidades educacionais para profissionais de saúde;
8. Apoio a todos os membros da equipe;
9. Economia/paciente no atendimento em geral;
10. Maior satisfação no trabalho e bem-estar psicológico de membros da equipe;
11. Continuidade do atendimento.



1.4 Aspectos gerais de profissionais envolvidos no atendimento oncológico

1.4.1 Medicina

É fundamental que o estudante de medicina se familiarize com os princípios e a prática das equipes multidisciplinares desde o início da carreira médica, promovendo interações interdisciplinares e facilitando o trabalho em equipe [4,9].

Várias especialidades médicas estão associadas ao cuidado oncológico. De modo geral, estão envolvidos no tratamento multidisciplinar do câncer: cirurgiões, oncologistas, clínicos gerais, patologistas, radiologistas, especialistas em cuidados paliativos e psiquiatras, entre outros. As funções variam conforme a especialidade médica no acompanhamento desses pacientes [4,9].

1.4.2 Enfermagem

É uma área de contato entre os profissionais de saúde e de conexão destes com os pacientes, sendo fundamental para a continuidade do cuidado. Funções principais [10,11]:

1. Fornecimento de suporte emocional para pacientes e parentes após o impacto do diagnóstico e durante o tratamento;
2. Educação em saúde para pacientes e familiares em relação à prevenção, detecção precoce e gestão de sintomas e efeitos colaterais, também fornecendo ferramentas para melhorar sua autonomia;
3. Colaboração em outras áreas de saúde (por exemplo, hospitalização e ensaios clínicos);
4. Intervenções no pós-operatório e no manejo da toxicidade induzida pelo tratamento.

1.4.3 Psicologia

Área fundamental para todo plano terapêutico, acompanhamento e diagnóstico dos pacientes, dos familiares e da própria equipe oncológica. Funções principais [11]:

1. Aconselhamento psicoeducacional;
2. Psicoterapia individual, incluindo a terapia cognitivo-comportamental;
3. Intervenções de treinamento;
4. Apoio individual e em grupo;
5. Maior controle dos sintomas de depressão e ansiedade.

1.4.4 Fisioterapia

Essa é outra área essencial na reabilitação e no acompanhamento dos pacientes a fim de minimizar a perda de massa muscular e de capacidade funcional. Funções principais [12]:

1. Reduzir a perda de força e melhorar a resistência muscular durante a caquexia;
2. Aumentar a sensibilidade à insulina, a taxa de síntese proteica e a atividade de enzimas antioxidantes, suprimir a resposta inflamatória e melhorar a função imunológica;
3. Reduzir a fadiga.

1.4.5 Farmácia

Dentro de um centro oncológico, onde os pacientes fazem uso de múltiplos medicamentos, essa é uma área fundamental, auxiliando toda a equipe. Funções principais [13]:

1. Estabelecer o cálculo, o preparo e o plano de administração dos medicamentos;
2. Orientar a adequação da medicação por meio do monitoramento contínuo dos pacientes tratados;
3. Revisar e sugerir medicamentos;
4. Monitorar interações medicamentosas e efeitos adversos, como diarreia e náusea;
5. Avaliar a compatibilidade entre medicamentos.

1.4.6 Nutrição

Cada vez mais estudos comprovam a importância da nutrição ao longo de toda a jornada do paciente oncológico. Funções principais [9,14]:

1. Acompanhamento nutricional, fundamental para a melhora do prognóstico e redução de complicações, através de avaliação precoce, classificação de risco nutricional, implementação de terapia nutricional precoce;
2. A avaliação nutricional não deve ultrapassar 4 semanas do diagnóstico de câncer, incluindo classificação de perda de peso, anorexia, sarcopenia, aporte calórico-proteico, caquexia e inflamação sistêmica;
3. Identificar e classificar o risco nutricional para que, pos-

teriormente, a equipe multidisciplinar discuta o suporte nutricional à luz das várias modalidades de tratamento, chegando a um consenso sobre a conduta;

4. Gestão do paciente visando melhora da qualidade do cuidado no câncer, dos resultados do tratamento e da qualidade de vida.

1.5 Desafios futuros

A importância da atuação multiprofissional torna-se ainda mais evidente diante das projeções apresentadas pela Lancet Oncology Commission 2026. O relatório estima que, até 2050, o déficit global de profissionais necessários ao cuidado do câncer poderá atingir aproximadamente 100 milhões de trabalhadores, distribuído por diferentes níveis de formação e etapas da assistência [15].

A maior lacuna projetada ocorre na atenção primária e generalista, particularmente na enfermagem, mas também são previstos déficits expressivos entre profissionais de diagnóstico, de tratamento médico, de radioterapia, de cirurgia e de cuidados perioperatórios. Esses dados demonstram que a sustentabilidade da assistência oncológica não pode ser compreendida exclusivamente em termos do número de oncologistas disponíveis: ela depende da existência de uma rede multiprofissional suficientemente dimensionada, qualificada e integrada, capaz de atuar desde a prevenção e a detecção precoce até o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, os cuidados de suporte e o seguimento [15].

Essa perspectiva ganha relevância adicional diante do crescimento esperado da carga global de câncer. A Comissão projeta 35,3 milhões de novos casos e 18,5 milhões de mortes por câncer anualmente em 2050, além de estimar que aproximadamente um em cada três casos de câncer permaneça sem diagnóstico no mundo. O estudo destaca especificamente a importância dos profissionais da atenção primária e das equipes de diagnóstico, incluindo as de imagem e patologia, para reduzir diagnósticos perdidos ou tardios [15].

1.6 Considerações finais

Fortalecer equipes multiprofissionais não deve ser considerado apenas uma estratégia organizacional para melhorar a experiência assistencial, mas também um componente estrutural das políticas de controle do câncer. Estima-se que uma expansão abrangente da força de trabalho oncológica poderia evitar 170 milhões de mortes por câncer entre 2030 e 2050, com benefício econômico líquido estimado em US$ 120 trilhões e retorno global de aproximadamente US$ 4 para cada US$ 1 investido [15].

Além disso, esses profissionais são fundamentais para o diagnóstico, acompanhamento, tratamento, prognóstico e pós-tratamento, melhorando desfechos, complicações, adesão e dados de pesquisa, sendo muito mais do que um investimento financeiro para os centros oncológicos.



REFERÊNCIAS

1. Hamilton DW, Heaven B, Thomson RG, Wilson JA, Exley C. Multidisciplinary team decision-making in cancer and the absent patient: A qualitative study. BMJ Open. 2016;6(7):1–8. doi:10.1136/bmjopen-2016-012559 PubMed PMID: 27443554.

2. Fleissig A, Jenkins V, Catt S, Fallowfi L. Lancet. Are multidicipline team effect in cancer. Lancet Oncol. 2006;7:935–43.

3. Calman K, Hine D. A policy framework for commissioning cancer services. Department of Health. 1995;1–34. doi:10.1136/bmj.310.6992.1425 PubMed PMID: 7613269.

4. Jnr GOA. The effect of multidisciplinary team care on cancer management. Pan African Medical Journal. 2011;9:1–5. PubMed PMID: 22355430.

5. Tanaka H, Medeiros G, Giglio A. Multidisciplinary teams: Perceptions of professionals and oncological patients. Rev Assoc Med Bras. 2020;66(4):419–23. doi:10.1590/1806-9282.66.4.419 PubMed PMID: 32578773.

6. Selby P, Popescu R, Lawler M, Butcher H, Costa A. The Value and Future Developments of Multidisciplinary Team Cancer Care. American Society of Clinical Oncology Educational Book. 2019;(39):332–40. doi:10.1200/edbk_236857

7. Silbermann M, Pitsillides B, Al-Alfi N, Omran S, Al-Jabri K, Elshamy K, et al. Multidisciplinary care team for cancer patients and its implementation in several middle Eastern countries. Annals of Oncology. 2013;24(SUPPLEMENT7). doi:10.1093/annonc/mdt265 PubMed PMID: 24001762.

8. Patkar V, Acosta D, Davidson T, Jones A, Fox J, Keshtgar M. Cancer Multidisciplinary Team Meetings: Evidence, Challenges, and the Role of Clinical Decision Support Technology. Int J Breast Cancer. 2011;2011:1–7. doi:10.4061/2011/831605

9. Muscaritoli M, Arends J, Aapro M. From guidelines to clinical practice: a roadmap for oncologists for nutrition therapy for cancer patients. Therapeutic Advances in Medical Oncology. SAGE Publications Inc.; 2019. doi:10.1177/1758835919880084

10. Saini KS, Taylor C, Ramirez AJ, Palmieri C, Gunnarsson U, Schmoll HJ, et al. Role of the multidisciplinary team in breast cancer management: Results from a large international survey involving 39 countries. Annals of Oncology. 2012;23(4):853–9. doi:10.1093/annonc/mdr352 PubMed PMID: 21821551.

11. Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, Antonio M, Arribas L, Vilajosana E, et al. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. Front Oncol. 2020;10(March):1–16. doi:10.3389/fonc.2020.00085

12. Aoyagi T, Terracina KP, Raza A, Matsubara H, Takabe K. Cancer cachexia, mechanism and treatment. World J Gastrointest Oncol. 2015;7(4):17. doi:10.4251/wjgo.v7.i4.17 PubMed PMID: 25897346.

13. Lee JS, Kang JE, Park SH, Jin HK, Jang SM, Kim SA, et al. Nutrition and Clinical Outcomes of Nutrition Support in Multidisciplinary Team for Critically Ill Patients. Nutrition in Clinical Practice. 2018;33(5):633–9. doi:10.1002/ncp.10093 PubMed PMID: 29802742.

14. Menon KC. Optimizing nutrition support in cancer care. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2014;15(6):2933–4. doi:10.7314/APJCP.2014.15.6.2933 PubMed PMID: 24761928.

15. Hricak H, Ward ZJ, Moraes FY, Scott AM, Dako F, Ngwa W, et al. Cancer workforce—a global crisis: a Lancet Oncology Commission. Lancet Oncol. 2026 Jun 1;27(6):e279–316. doi:10.1016/S1470-2045(26)00065-3 PubMed PMID: 42218903.

2. MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE PSICO-ONCOLOGIA

Autora: Fabiana Marthes Molli Caron

2.1 Introdução

A assistência à pessoa com câncer passou por importantes transformações nas últimas décadas. Os avanços nos métodos diagnósticos, nos tratamentos cirúrgicos, radioterápicos, sistêmicos e nas terapias-alvo contribuíram para aumentar a sobrevida de muitos pacientes e transformaram diversos tipos de câncer em doenças passíveis de tratamento prolongado ou de acompanhamento por longos períodos. Entretanto, tratar o câncer não significa tratar apenas o tumor. A experiência oncológica envolve repercussões psicológicas, familiares, sociais, profissionais, econômicas, relacionais, existenciais e espirituais que podem acompanhar o indivíduo desde a investigação diagnóstica até a sobrevivência, a recidiva, a progressão da doença ou o processo de fim de vida.

A Psico-Oncologia surge justamente do reconhecimento de que a experiência do câncer não pode ser compreendida exclusivamente a partir de suas dimensões biológicas. Trata-se de um campo interdisciplinar dedicado ao estudo e à intervenção sobre os fatores psicológicos, sociais, comportamentais e relacionais associados ao câncer, considerando tanto as respostas dos pacientes e familiares quanto as repercussões do trabalho oncológico sobre as equipes de saúde.

A International Psycho-Oncology Society (IPOS) estabelece que a dimensão psicossocial deve estar integrada ao cuidado oncológico de qualidade e considera a avaliação do sofrimento emocional, ou distress, uma dimensão fundamental da assistência, historicamente difundida como o "sexto sinal vital" em Oncologia[1]. Mais recentemente, as recomendações do National Comprehensive Cancer Network (NCCN) reiteraram a necessidade de identificação sistemática dos problemas psicossociais, encaminhamento adequado e utilização de modelos assistenciais baseados em evidências, entre eles o cuidado colaborativo[2].

Nesse sentido, implantar um Serviço de Psico-Oncologia significa reconhecer institucionalmente que o sofrimento emocional relacionado ao câncer constitui uma dimensão legítima da assistência oncológica e precisa ser identificado, avaliado e cuidado de maneira sistemática, organizada e integrada ao tratamento clínico.

2.2 O câncer como experiência biopsicossocial

O diagnóstico de câncer frequentemente introduz uma ruptura importante na trajetória de vida. Ainda que as reações individuais sejam diversas e que nem todo paciente apresente sofrimento psicológico clinicamente significativo, a doença confronta o indivíduo com questões relacionadas à ameaça à vida, incerteza, perda de controle, alterações corporais, dependência, mudanças familiares, interrupção de projetos, afastamento do trabalho e possibilidade de recorrência ou progressão.

As respostas emocionais podem incluir medo, ansiedade, tristeza, raiva, culpa, desesperança, alterações na autoestima, dificuldades relacionadas à imagem corporal, sexualidade e preocupações com o futuro. Tais manifestações não devem ser automaticamente interpretadas como psicopatologia. Muitas constituem respostas compreensíveis e esperadas diante de uma situação potencialmente ameaçadora. Entretanto, para uma parcela dos pacientes, o sofrimento alcança intensidade, duração ou complexidade que exige avaliação especializada.

Uma importante meta-análise conduzida por Mitchell et al., envolvendo estudos baseados em entrevistas psiquiátricas com pacientes oncológicos, hematológicos e em cuidados pa-

liativos, demonstrou a presença relevante de depressão, ansiedade e transtornos de adaptação. Nos contextos oncológico e hematológico, a combinação de diferentes transtornos do humor atingiu proporção expressiva dos pacientes avaliados, reforçando a necessidade de vigilância clínica para além da presença isolada de depressão[3].

Diretrizes recentes da European Society for Medical Oncology (ESMO) também ressaltam que ansiedade e depressão são frequentes entre pessoas com câncer e podem permanecer sub-reconhecidas durante o tratamento, recomendando identificação, avaliação e intervenções psicológicas baseadas em evidências[4].

O impacto emocional também não termina necessariamente com o encerramento do tratamento ativo. A sobrevivência pode ser acompanhada de medo de recorrência, ansiedade diante de exames de controle, dificuldade de retomada da vida profissional, alterações da sexualidade, infertilidade, consequências financeiras e sensação de vulnerabilidade persistente. Em uma revisão sistemática com meta-análise de dados individuais de mais de 9 mil participantes, Luigjes-Huizer et al. demonstraram que o medo da recorrência é frequente entre pacientes e sobreviventes de câncer e pode permanecer presente em diferentes momentos após o diagnóstico[5].

Portanto, o adoecimento oncológico deve ser compreendido como uma trajetória, e não como um evento isolado. As necessidades psicossociais se modificam ao longo dessa trajetória, o que torna insuficiente um modelo no qual o atendimento psicológico ocorre apenas mediante uma solicitação eventual ou quando o sofrimento já se tornou evidente para a equipe.

2.3 Por que não esperar que o paciente peça ajuda?

Uma das principais justificativas para a implantação de um Serviço de Psico-Oncologia é justamente o fato de que pacientes que necessitam de cuidado psicológico nem sempre solicitam espontaneamente atendimento.

Diversos fatores podem contribuir para isso: desconhecimento sobre a existência do serviço, estigma relacionado à saúde mental, percepção de que o sofrimento é “normal” e deve ser suportado sozinho, receio de incomodar a equipe, dificuldade de reconhecer ou verbalizar necessidades emocionais, barreiras sociais ou culturais e uma compreensão equivocada de que psicologia é indicada apenas para pacientes com transtornos psiquiátricos graves.

Ao mesmo tempo, profissionais concentrados nas necessidades clínicas imediatas podem não identificar dificuldades emocionais menos explícitas. Um paciente pode apresentar boa adesão aparente ao tratamento e, ainda assim, vivenciar intensa ansiedade, medo de morrer, desesperança, conflitos familiares ou sofrimento relacionado à imagem corporal.

É justamente por isso que modelos contemporâneos de cuidado psicossocial defendem a passagem de uma lógica predominantemente reativa, baseada em encaminhamentos eventuais, para uma lógica proativa e organizada de identificação de necessidades.

O rastreamento de distress constitui uma das estratégias utilizadas para essa finalidade. Entretanto, rastrear não é simplesmente aplicar uma escala. O verdadeiro objetivo é criar uma linha assistencial capaz de transformar uma necessidade identificada em uma resposta de cuidado.

Pirl et al., em recomendações elaboradas conjuntamente por organizações de Psico-Oncologia, Serviço Social Oncológico e Enfermagem Oncológica, destacam componentes fundamentais para programas de rastreamento, incluindo definição do momento da avaliação, escolha do instrumento, avaliação subsequente, encaminhamento e documentação do processo assistencial[6].

Dessa maneira, não há sentido institucional em identificar sofrimento emocional se não existir uma estrutura capaz de responder ao que foi identificado.

2.4 Do rastreamento à construção de uma linha de cuidado

Um Serviço de Psico-Oncologia deve ir além do consultório do psicólogo. Ele precisa funcionar como parte de uma linha de cuidado psicossocial articulada ao funcionamento global da instituição.

O rastreamento inicial pode ser realizado por diferentes profissionais devidamente capacitados, utilizando instrumentos padronizados e integrados aos fluxos assistenciais. A partir desse rastreamento, pacientes com maior necessidade devem ser encaminhados para avaliação psicológica mais estruturada e aprofundada.

Essa diferenciação é fundamental:

- Rastreamento não é avaliação psicológica.
- Rastreamento não é diagnóstico psicológico.
- Rastreamento não substitui a avaliação clínica realizada pelo psicólogo.

Sua função é identificar sinais que indiquem necessidade de avaliação ou suporte adicional.

Estudo randomizado realizado por Carlson et al. em pacientes com câncer de mama e pulmão demonstrou que o rastreamento sistemático é viável em um grande centro oncológico e sugeriu melhores resultados quando a identificação do distress foi acompanhada de triagem e acesso efetivo a recursos psicossociais. A redução de ansiedade e depressão esteve particularmente associada ao recebimento de encaminhamento para serviços adequados[7].

Esse resultado evidencia um princípio fundamental para a implantação de qualquer programa: o benefício não está apenas em medir o sofrimento; está em garantir que o resultado da avaliação produza uma resposta assistencial.

Assim, um Serviço de Psico-Oncologia precisa estabelecer claramente:

- Quem realizará o rastreamento;
- Em quais momentos da trajetória oncológica ele será aplicado;
- Quais instrumentos serão utilizados;
- Quais resultados indicarão necessidade de avaliação psicológica;
- Quem receberá os encaminhamentos;
- Quais pacientes necessitarão de cuidado prioritário;
- Quais situações poderão receber intervenções breves;
- Quais demandarão acompanhamento psicológico;
- Quais exigirão avaliação psiquiátrica;
- Quais condições representarão urgência psicológica ou risco de suicídio;
- Como os atendimentos serão registrados;
- Como será realizada a reavaliação;
- E como a Psicologia e a equipe multiprofissional compartilharão informações clinicamente relevantes, preservando os princípios éticos e o sigilo profissional.

É essa organização que diferencia a simples presença do profissional de Psicologia de um Serviço institucional de Psico-Oncologia.

2.5 Psico-Oncologia como parte do cuidado oncológico, e não como assistência paralela

Outro princípio fundamental é que o Serviço de Psico-Oncologia não deve funcionar de maneira isolada ou periférica em relação ao tratamento oncológico.

Pirl et al. propõem que os serviços psicossociais sejam planejados considerando três dimensões interdependentes: recursos disponíveis, objetivos assistenciais e população a ser atendida. Os autores defendem uma abordagem populacional que permita identificar pacientes necessitados de suporte, oferecer o cuidado adequado no momento apropriado e acompanhar resultados ao longo do tempo[8].

Isso significa que o psicólogo precisa participar dos espaços nos quais o cuidado é construído.

Dependendo da estrutura institucional, isso pode envolver:

- Ambulatórios;
- Unidades de internação;
- Quimioterapia;
- Radioterapia;
- Pronto atendimento;
- Cuidados paliativos;
- Assistência ao luto;
- Cirurgia;
- Transplante;
- Reuniões multiprofissionais;
- Discussões de casos;
- Reuniões familiares;
- Programas de sobrevivência;
- Atendimento a familiares e cuidadores;
- Programas específicos para adolescentes e adultos jovens;
- Teleatendimento;
- Articulação com Psiquiatria, Serviço Social e outras especialidades.

A inserção integrada possibilita que a Psicologia participe não apenas do tratamento de sintomas psicológicos já estabelecidos, mas também da prevenção, identificação precoce de vulnerabilidades, comunicação de más notícias, tomada de decisão, adesão ao tratamento, preparação para procedimentos, acompanhamento de mudanças corporais, reorganização familiar, progressão da doença e cuidados de fim de vida.

A experiência de implantação de serviços psicológicos em contextos hospitalares oncológicos mostra que programas estruturados podem ser desenvolvidos inclusive em hospitais comunitários, desde que existam articulação institucional, definição do modelo assistencial, integração com os demais serviços e avaliação contínua de utilização e resultados[9].

2.6 O cuidado deve ser proporcional à necessidade

Implantar um Serviço de Psico-Oncologia também não significa oferecer psicoterapia individual de longa duração para todos os pacientes com câncer.

Essa concepção seria assistencialmente inviável e conceitualmente inadequada.

Muitos pacientes atravessam o diagnóstico e o tratamento utilizando seus próprios recursos de enfrentamento, apoio familiar e suporte oferecido pela equipe. Outros necessitam apenas de orientação, psicoeducação ou intervenções breves. Uma parcela apresenta sofrimento moderado e pode se beneficiar de acompanhamento psicológico estruturado, enquanto pacientes com condições mais complexas precisam de intervenções especializadas e, eventualmente, da atuação conjunta da Psiquiatria.

É nesse contexto que ganha importância o modelo de cuidado escalonado (stepped care).

A atualização da diretriz da American Society of Clinical Oncology (ASCO) para ansiedade e depressão recomenda justamente que o cuidado seja ajustado à intensidade dos sintomas e às necessidades da pessoa, oferecendo intervenções eficazes com níveis progressivos de complexidade. Intervenções psicológicas, psicoeducacionais e psicossociais apresentam benefício para ansiedade e depressão, e pacientes com sintomas mais graves necessitam de níveis mais especializados de tratamento[10].

Uma instituição pode, portanto, estruturar diferentes níveis de atenção psicossocial:

Nível 1 – **cuidado psicossocial básico:** acolhimento, escuta, orientação e comunicação adequada realizados pela equipe assistencial.

Nível 2 – **intervenção psicossocial direcionada:** educação em saúde, grupos, suporte breve, ações multiprofissionais e acompanhamento remoto quando apropriado.

Nível 3 – **atendimento psicológico especializado:** avaliação psicológica e intervenções realizadas pelo Serviço de Psicologia.

Nível 4 – **cuidado em saúde mental de maior complexidade:** atendimento conjunto Psicologia/Psiquiatria e manejo de situações como transtornos mentais graves, risco de suicídio, alterações comportamentais importantes ou crises complexas.

Essa estrutura permite utilizar recursos de forma racional, ampliar o acesso e, principalmente, oferecer o cuidado adequado para a necessidade apresentada pelo paciente.

2.7 A Psico-Oncologia também melhora a comunicação e a integração da equipe

Os benefícios de um Serviço de Psico-Oncologia ultrapassam os atendimentos individuais.

O psicólogo especializado em Oncologia pode contribuir para a formação da equipe em comunicação, identificação de distress, manejo de reações emocionais, comunicação de más notícias, relação com familiares e abordagem de temas como progressão da doença, cuidados paliativos, morte e luto.

Também pode atuar como mediador em situações de conflito entre pacientes, familiares e profissionais, colaborar em reuniões familiares e auxiliar a equipe na compreensão de comportamentos que, em um primeiro momento, podem ser interpretados como "difíceis", "resistentes" ou "não aderentes".

Pacientes muito ansiosos podem repetir perguntas, procurar diferentes profissionais, apresentar dificuldade de compreender informações ou demonstrar intensa necessidade de controle. Pacientes deprimidos podem apresentar apatia, desesperança ou dificuldade de engajamento. Familiares assustados podem pressionar a equipe por informações ou solicitar que determinados conteúdos não sejam comunicados ao paciente.

Uma equipe capacitada para compreender essas manifestações tende a responder de maneira menos fragmentada e mais terapêutica.

Nesse sentido, Psico-Oncologia também significa qualificar relações: relação paciente-profissional, paciente-família, família-equipe e comunicação entre os próprios profissionais.

2.8 O Serviço de Psico-Oncologia como instrumento de segurança assistencial

Algumas situações psicológicas em Oncologia ultrapassam o sofrimento esperado e representam risco clínico.

Ideação suicida, tentativa de suicídio, desorganização psíquica importante, delirium, crises graves de ansiedade, sintomas psicóticos, abuso de substâncias, violência familiar ou intensa desesperança exigem reconhecimento e manejo adequado.

Uma instituição sem fluxo definido pode responder de maneira improvisada a esses eventos.

Um serviço estruturado deve estabelecer protocolos para situações de maior risco, incluindo critérios de acionamento da Psicologia, avaliação de risco, comunicação com equipe médica, possibilidade de avaliação psiquiátrica, medidas de segurança, participação da família quando indicada e documentação adequada no prontuário.

A organização prévia desses fluxos reduz a dependência de decisões improvisadas e fortalece a segurança do paciente.

Por essa razão, a implantação da Psico-Oncologia não deve ser considerada somente uma ação de humanização. Ela constitui também uma estratégia de qualidade e segurança assistencial.

2.9 Paciente e família constituem uma unidade ampliada de cuidado

O câncer raramente é vivido exclusivamente por quem recebeu o diagnóstico.

Familiares e cuidadores também enfrentam incerteza, medo, alterações de rotina, sobrecarga financeira, mudanças de papéis, responsabilidades de cuidado, luto antecipatório e, eventualmente, morte e luto.

Consequentemente, um Serviço de Psico-Oncologia precisa estabelecer critérios para avaliação e intervenção junto aos familiares, especialmente diante de sobrecarga significativa, conflitos, dificuldades de comunicação, presença de crianças ou adolescentes na família, ausência de rede de apoio e situações de terminalidade.

A inclusão da família não significa desconsiderar a autonomia do paciente. Pelo contrário, pressupõe reconhecer seus desejos, limites e escolhas e estabelecer uma relação assistencial capaz de equilibrar comunicação, confidencialidade, participação familiar e tomada de decisão compartilhada.

No contexto brasileiro, publicações do Instituto Nacional de Câncer destacam a necessidade de pensar o sofrimento do paciente oncológico para além da dimensão biológica e relacionam o cuidado interdisciplinar aos princípios de integralidade e autonomia na assistência[11].

2.10 Implantar um serviço significa transformar uma prática individual em política institucional de cuidado

É possível existir atendimento psicológico em um hospital sem que exista, de fato, um Serviço de Psico-Oncologia estruturado.

O atendimento isolado geralmente depende de solicitações pontuais, da percepção individual dos profissionais e da disponibilidade do psicólogo. Um serviço institucional pressupõe algo maior: governança, protocolos estruturados, indicadores, critérios assistenciais e integração aos processos do hospital.

A implantação deve progressivamente possibilitar:

- Definição da missão e dos objetivos do Serviço de Psico-Oncologia;
- Conhecimento do perfil epidemiológico e assistencial da instituição;
- Identificação das principais demandas psicossociais;
- Definição da população atendida;
- Estabelecimento de critérios de prioridade;
- Criação de fluxos de encaminhamento;
- Rastreamento sistemático de distress;
- Avaliação psicológica estruturada e especializada;
- Estratificação do risco psicológico;
- Articulação com Psiquiatria e Serviço Social;
- Protocolos para risco de suicídio e outras crises;
- Integração com cuidados paliativos;
- Suporte ao luto;
- Atendimento a familiares e cuidadores;
- Documentação adequada no prontuário;
- Participação em reuniões interdisciplinares;
- Educação permanente das equipes;
- Avaliação de indicadores assistenciais;
- Acompanhamento dos resultados;
- Produção de ensino e pesquisa em Psico-Oncologia.

Assim, o serviço deixa de depender exclusivamente da atuação individual de determinado profissional e passa a fazer parte da própria organização institucional da assistência.

2.11 Por que implantar um Serviço de Psico-Oncologia?

A resposta pode ser sintetizada em uma mudança de paradigma: porque tratar adequadamente o câncer exige cuidar da pessoa que vive a experiência do câncer.

Implantar um Serviço de Psico-Oncologia significa reconhecer que a qualidade da assistência não pode ser medida exclusivamente pela precisão diagnóstica, pelo acesso à tecnologia ou pela eficácia do tratamento antineoplásico. É necessário considerar também como o paciente compreende o que está acontecendo, como enfrenta a doença, como participa das decisões, como mantém seus vínculos, quais recursos possui para lidar com as mudanças impostas pelo tratamento e quais formas de sofrimento precisam de intervenção especializada.

Significa igualmente compreender que nem todo paciente necessita de psicoterapia, mas todo paciente deve ter suas necessidades psicossociais reconhecidas e a possibilidade de acesso ao nível de cuidado correspondente à sua necessidade.

O desafio contemporâneo da Psico-Oncologia, portanto, não consiste apenas em ampliar o número de atendimentos psicológicos. Consiste em desenvolver sistemas de cuidado psicossocial capazes de identificar necessidades, estratificar riscos, organizar respostas assistenciais, integrar profissionais e acompanhar resultados.

As recomendações internacionais mais recentes caminham nessa direção ao enfatizar rastreamento, cuidado baseado em evidências, modelos escalonados e colaborativos e integração da saúde mental à assistência oncológica habitual[2,4,10].

Portanto, um Serviço de Psico-Oncologia deve ser compreendido como componente estruturante do cuidado integral. Sua implantação contribui para transformar o sofrimento psicológico de uma questão percebida de maneira ocasional em uma dimensão sistematicamente considerada no planejamento assistencial.

Em última análise, implantar Psico-Oncologia significa afirmar institucionalmente que, diante do câncer, não se cuida apenas de uma doença: cuida-se de uma pessoa, inserida em uma família, em uma história, em relações, valores, projetos e contextos de vida próprios.

E é justamente dessa compreensão que deve partir a construção de qualquer Serviço de Psico-Oncologia.

REFERÊNCIAS

1. International Psycho-Oncology Society. IPOS Standard of Quality Cancer Care [Internet]. Toronto: IPOS; [cited 2026 Aug 18]. Available from: IPOS.

2. Fann JR, Vanderlan J, Brewer BW, Corbett C, Keller J, Lahijani S, et al. NCCN Guidelines® Insights: Distress Management, Version 1.2026. J Natl Compr Canc Netw. 2026;24. doi:10.6004/jnccn.2026.0018.

3. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol. 2011;12(2):160-74. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X.

4. Grassi L, Caruso R, Riba MB, Lloyd-Williams M, Kissane D, Rodin G, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open. 2023;8(2):101155. doi:10.1016/j.esmoop.2023.101155.

5. Luigjes-Huizer YL, Tauber NM, Humphris G, Kasparian NA, Lam WWT, Lebel S, et al. What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. Psychooncology. 2022;31(6):879-92. doi:10.1002/pon.5921.

6. Pirl WF, Fann JR, Greer JA, Braun I, Deshields T, Fulcher C, et al. Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: report from the American Psychosocial Oncology Society, Association of Oncology Social Work, and Oncology Nursing Society joint task force. Cancer. 2014;120(19):2946-54. doi:10.1002/cncr.28750.

7. Carlson LE, Groff SL, Maciejewski O, Bultz BD. Screening for distress in lung and breast cancer outpatients: a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2010;28(33):4884-91. doi:10.1200/JCO.2009.27.3698.

8. Pirl WF, Greer JA, Wells-Di Gregorio S, Deshields T, Irwin S, Fasciano K, et al. Framework for planning the delivery of psychosocial oncology services: an American Psychosocial Oncology Society task force report. Psychooncology. 2020;29(12):1982-7. doi:10.1002/pon.5409.

9. Yusufov M, Grebstein L, Rossi JS, Redding CA. Development and implementation of a psychological service for patients with cancer. Cogn Behav Pract. 2020;27(3):290-305. doi:10.1016/j.cbpra.2020.05.001.

10. Andersen BL, Lacchetti C, Ashing K, Berek JS, Berman BS, Bolte S, et al. Management of anxiety and depression in adult survivors of cancer: ASCO guideline update. J Clin Oncol. 2023;41(18):3426-53. doi:10.1200/JCO.23.00293.

11. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Hospital do Câncer I. Seção de Psicologia. Autonomia do paciente: uma questão para oncologia? Bernat ABR, Lima FLT, Alcântara LS, Swinerd MM, organizadores. Rio de Janeiro: INCA; 2019. (Cadernos de Psicologia; 5).

3. PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICO-ONCOLOGIA

Autoras: Fabiana Marthes Molli Caron e Anali Póvoas Orico Vilaça

3.1 Como planejar e estruturar um serviço?

A implantação de um Serviço de Psico-Oncologia requer mais do que a disponibilização de atendimentos psicológicos individuais para pacientes com câncer. Trata-se da construção de um modelo assistencial organizado, integrado às diferentes etapas do cuidado oncológico, com objetivos definidos, critérios de acesso, fluxos de encaminhamento, recursos humanos e materiais, protocolos assistenciais e mecanismos de avaliação de qualidade.

A International Psycho-Oncology Society (IPOS) reconhece que o cuidado psicossocial deve integrar rotineiramente a assistência oncológica e estabelece o distress como uma dimensão relevante a ser identificada durante a trajetória da doença[1]. No Brasil, esse princípio encontra respaldo também na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, que estabelece, na atenção especializada, o cuidado multidisciplinar e inclui expressamente a Psicologia entre as áreas profissionais que devem compor essa assistência[2].

Planejar o Serviço de Psico-Oncologia significa, portanto, responder a algumas perguntas fundamentais: quem são os pacientes atendidos pela instituição? Quais são suas principais necessidades psicossociais? Em quais momentos essas necessidades devem ser identificadas? Quem realizará o rastreamento? Quais pacientes serão avaliados pela Psicologia? Que intervenções serão ofertadas? Quantos profissionais são necessários? Como o serviço se integrará aos demais setores do hospital?

Um modelo útil para esse planejamento foi proposto pela American Psychosocial Oncology Society (APOS), segundo o qual os serviços psicossociais devem ser organizados considerando três elementos interdependentes: os recursos disponíveis, os objetivos assistenciais e o escopo ou população a ser atendida[3]. Esses elementos constituem a base para o planejamento apresentado a seguir.

3.2 Diagnóstico institucional e análise de necessidades

O primeiro passo para a implantação de um Serviço de Psico-Oncologia deve ser a realização de um diagnóstico institucional. Antes de definir a quantidade de psicólogos, instrumentos, horários ou modalidades de atendimento, é necessário conhecer a realidade do hospital.

Esse diagnóstico deve contemplar tanto dados quantitativos quanto qualitativos. Recomenda-se levantar o número de pacientes novos por mês e por ano, número de internações, atendimentos ambulatoriais, sessões de quimioterapia e radioterapia, perfil das neoplasias atendidas, faixa etária predominante, tempo médio de internação e presença de serviços como cirurgia oncológica, cuidados paliativos, pronto atendimento, oncologia pediátrica, programas de sobrevivência e assistência ao luto.

Entretanto, conhecer apenas o volume de pacientes não é suficiente. Deve-se também identificar onde estão as principais demandas psicossociais da instituição.

É importante investigar, por exemplo:

- Em quais setores ocorre maior número de solicitações de atendimento psicológico;
- Quais motivos levam as equipes a solicitar a psicologia;
- Quais populações apresentam maior vulnerabilidade;
- Como são atualmente identificados ansiedade, depressão, distress e risco de suicídio;
- Como são manejadas situações de crise;
- Se há atendimento sistemático aos familiares e cuidadores;
- Como ocorre a interface entre Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social e Cuidados Paliativos;
- Quais situações geram maior dificuldade para a equipe;
- Quais recursos psicossociais já existem na instituição e na rede externa.

O diagnóstico também deve ouvir os profissionais. Entrevistas ou questionários direcionados às lideranças da Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Cuidados Paliativos e demais áreas podem revelar demandas que não aparecem nos indicadores administrativos.

A APOS recomenda uma abordagem populacional na organização dos serviços psicossociais, buscando identificar precocemente as necessidades durante a trajetória oncológica, conectar o paciente ao nível adequado de cuidado e acompanhar utilização dos serviços e resultados assistenciais[3].

Assim, o produto do diagnóstico institucional deve ser um mapa de necessidades psicossociais, indicando população atendida, pontos de maior vulnerabilidade, recursos existentes, lacunas assistenciais e prioridades para implantação.

3.3 Definição da missão, visão e objetivos do Serviço

Após o diagnóstico institucional, é necessário definir a identidade do serviço.

A missão responde à pergunta: por que esse Serviço de Psico-Oncologia existe?

Uma formulação possível seria:

"Oferecer cuidado psicológico especializado, integrado e baseado em evidências às pessoas com câncer e seus familiares, contribuindo para o cuidado integral ao longo da trajetória oncológica."

A visão descreve aquilo que o serviço pretende alcançar institucionalmente. Por exemplo:

"Consolidar-se como referência institucional em cuidado psicossocial em Oncologia, integrado à assistência multiprofissional, ao ensino, à pesquisa e à educação permanente."

Os objetivos devem traduzir missão e visão em ações concretas. Entre eles podem estar:

- Identificar precocemente necessidades psicológicas;
- Implantar rastreamento de distress;
- Realizar avaliação psicológica estruturada e especializada;
- Estratificar pacientes segundo níveis de necessidade ou risco;
- Estabelecer protocolos para situações de crise e risco de suicídio;
- Oferecer intervenções psicológicas baseadas em evidências;
- Oferecer suporte a familiares, cuidadores e equipe;
- Participar das discussões interdisciplinares;
- Integrar Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social e Cuidados Paliativos;
- Capacitar profissionais para identificação e acolhimento do sofrimento emocional;
- Desenvolver indicadores de qualidade assistencial.

Essa definição evita que o serviço se transforme simplesmente em um setor que "recebe encaminhamentos". O Serviço de Psico-Oncologia passa a possuir população-alvo, critérios assistenciais, responsabilidades e resultados esperados.

3.4 Estrutura física e recursos necessários

A estrutura física deve ser proporcional às atividades previstas. Um serviço que realizará apenas atendimentos hospitalares à beira-leito possui necessidades diferentes de outro que oferecerá atendimentos ambulatoriais, avaliações psicológicas, grupos, reuniões familiares, supervisões e teleatendimento.

A estrutura mínima deve permitir atendimento em condições de privacidade, confidencialidade, acessibilidade, conforto e segurança. O Código de Ética Profissional do Psicólogo, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), estabelece como dever fundamental prestar serviços psicológicos de qualidade em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza das atividades desenvolvidas[4].

Quando houver atendimento ambulatorial, é desejável prever consultório ou sala que possibilite conversa reservada, sem interrupções e com proteção da confidencialidade. Caso sejam realizados grupos ou reuniões familiares, deve existir acesso a espaço compatível com essas atividades. O planejamento físico dos estabelecimentos assistenciais de saúde deve ainda observar as normas sanitárias aplicáveis, entre elas a RDC Anvisa nº 50/2002 e suas atualizações pertinentes[5].

Além da estrutura física, o serviço necessita de recursos operacionais:

- Computadores com acesso seguro ao prontuário;
- Telefone institucional;
- Sistema de agendamento;
- Acesso às escalas e censos hospitalares;
- Materiais psicoeducativos;
- Instrumentos de rastreamento;
- Instrumentos psicológicos quando indicados;
- Recursos para reuniões multiprofissionais;
- Sistema para consolidação de indicadores assistenciais.

Se houver serviços de telepsicologia, devem ser utilizados equipamentos, plataformas e ambientes que preservem segurança, privacidade e confidencialidade. A Resolução CFP nº 9/2024 regulamenta atualmente o exercício profissional da Psicologia mediado por Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação e atribui ao psicólogo a responsabilidade por avaliar a adequação técnica e ética da modalidade utilizada[6].

3.5 Dimensionamento da equipe

O dimensionamento da equipe constitui uma das etapas mais importantes e, frequentemente, mais complexas da implantação.

Não é tecnicamente adequado definir o número de psicólogos exclusivamente pelo número total de leitos do hospital. O cálculo precisa considerar o perfil assistencial, volume de novos pacientes, demanda acumulada, complexidade dos casos e atividades atribuídas ao serviço.

Um hospital que recebe predominantemente pacientes ambulatoriais pode gerar demanda diferente de uma instituição que possui internação prolongada, transplante, oncologia pediátrica, cuidados paliativos e pronto atendimento.

O planejamento deve considerar:

Volume assistencial: número de pacientes novos, internações, consultas e procedimentos oncológicos.

Abrangência: setores que serão cobertos pela psicologia.

Modelo de acesso: encaminhamento espontâneo, encaminhamento por solicitação de avaliação ou interconsulta, rastreamento sistemático de distress ou combinação dessas estratégias.

Complexidade: proporção estimada de pacientes que necessitará de avaliação especializada ou acompanhamento longitudinal.

Modalidades oferecidas: triagem e avaliação psicológica, psicoterapia breve, grupos terapêuticos, atendimento familiar, intervenção em crises, telepsicologia, cuidados paliativos e suporte ao luto.

Atividades indiretas: discussão de casos, reuniões familiares, reuniões interdisciplinares, projetos de humanização, registros em prontuário, elaboração de documentos, supervisão, ensino, capacitação e produção de indicadores.

A literatura recente reforça que não existe uma razão universal e única de psicólogos por número de pacientes aplicável a todos os serviços. Um modelo de referência publicado em 2026 pela Canadian Association of Psychosocial Oncology propõe que o dimensionamento seja construído considerando

volume de novos casos, pacientes em acompanhamento, características das atividades profissionais e tempo dedicado às diferentes funções[7].

Dessa forma, recomenda-se iniciar com um dimensionamento baseado na demanda estimada, acompanhar indicadores nos primeiros meses e reavaliar periodicamente a necessidade de ampliação da equipe.

É particularmente importante contabilizar o chamado tempo assistencial indireto. O psicólogo não trabalha apenas quando está sentado diante do paciente. Discussão com equipe, registros em prontuários, contato com familiares, articulação com Psiquiatria, Oncologia, Serviço Social e demais profissionais da saúde, reuniões, supervisão e manejo de crises também constituem trabalho clínico e institucional.

O serviço deve, preferencialmente, contar com um psicólogo responsável ou coordenador técnico, encarregado de organizar protocolos, fluxos, indicadores, educação permanente e integração institucional, além da equipe assistencial compatível com a demanda.

3.6 Aspectos éticos, legais e normativos

A implantação deve incorporar os requisitos éticos e legais desde seu planejamento inicial e não apenas após o início dos atendimentos.

A atuação profissional deve observar o Código de Ética Profissional do Psicólogo – Resolução CFP nº 10/2005, especialmente os princípios de respeito à dignidade, autonomia, confidencialidade, qualidade técnica e responsabilidade profissional[4].

Todo atendimento psicológico precisa possuir registro adequado. A Resolução CFP nº 1/2009 estabelece a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos e determina que ele contemple, de maneira sucinta, a assistência prestada, evolução e procedimentos técnico-científicos utilizados[8].

Em ambiente multiprofissional, um aspecto particularmente relevante é diferenciar informação necessária ao cuidado compartilhado de conteúdos íntimos cuja divulgação não produz benefício assistencial. O prontuário deve comunicar aquilo que a equipe necessita conhecer para continuidade e segurança do cuidado, preservando o sigilo profissional.

Documentos psicológicos eventualmente produzidos pelo serviço — relatórios, laudos, declarações ou atestados — devem seguir as determinações da Resolução CFP nº 6/2019, que regulamenta a elaboração de documentos escritos decorrentes do exercício profissional[9].

Quando houver avaliação psicológica com utilização de testes, devem ser observados a Resolução CFP nº 31/2022 e o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI. Testes psicológicos são instrumentos de uso profissional da Psicologia e sua utilização deve respeitar as condições de validade e finalidade estabelecidas para cada instrumento[10].

Também devem ser contempladas a proteção de dados pessoais e as regras institucionais de acesso aos prontuários eletrônicos. Sistemas digitais precisam preservar integridade, autenticidade e confidencialidade das informações clínicas, conforme legislação aplicável ao prontuário eletrônico[11].

3.7 Considerações finais

Planejar um Serviço de Psico-Oncologia significa transformar uma necessidade assistencial em uma estrutura institucional organizada de cuidado.

O ponto de partida não deve ser simplesmente perguntar “quantos psicólogos precisamos contratar?”, mas compreender quem necessita de cuidado, quando essa necessidade aparece, como será identificada e qual resposta assistencial será oferecida.

Um serviço consistente deve nascer de cinco pilares:

1. Diagnóstico da realidade institucional
2. Definição da identidade e objetivos
3. Estrutura e recursos
4. Dimensionamento adequado da equipe
5. Organização ética, legal e normativa.

A partir dessa base será possível avançar para a etapa seguinte: construção da linha mestra de cuidado, dos fluxos assistenciais, critérios de encaminhamento, rastreamento de distress, avaliação psicológica, estratificação de risco e definição dos diferentes níveis de cuidado psicossocial.

O objetivo final não é ampliar indiscriminadamente o número de atendimentos psicológicos, mas construir um sistema capaz de oferecer a intervenção adequada, ao paciente que necessita, no momento apropriado e no nível de complexidade correspondente à sua necessidade.

Essa é a lógica que transforma a presença de psicólogos em um hospital em um verdadeiro Serviço de Psico-Oncologia integrado à assistência oncológica.

REFERÊNCIAS

1. International Psycho-Oncology Society. IPOS International Standard of Quality Cancer Care. Toronto: IPOS; 2014.

2. Brasil. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer. Diário Oficial da União. 20 dez 2023.

3. Pirl WF, Greer JA, Wells-Di Gregorio S, Deshields T, Irwin S, Fasciano K, et al. Framework for planning the delivery of psychosocial oncology services: an American Psychosocial Oncology Society task force report. Psychooncology. 2020;29(12):1982-7. doi:10.1002/pon.5409.

4. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 10, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: CFP; 2005.

5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Anvisa; 2002.

6. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 9, de 18 de julho de 2024. Regulamenta o exercício profissional da Psicologia mediado por Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação. Brasília: CFP; 2024.

7. Mayer C, Arab M, Thibodeau K, Martopullo C. Forward planning: a staffing framework and ratios for psychosocial oncology and supportive care hiring practices as cancer care models evolve. Curr Oncol. 2026;33(5):290. doi:10.3390/curroncol33050290.

8. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 1, de 30 de março de 2009. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Brasília: CFP; 2009.

9. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 6, de 29 de março de 2019. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela psicóloga e pelo psicólogo no exercício profissional. Brasília: CFP; 2019.

10. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 31, de 15 de dezembro de 2022. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional e regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI. Brasília: CFP; 2022.

11. Brasil. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para guarda, armazenamento e manuseio de prontuário de paciente. Diário Oficial da União. 28 dez 2018.

4. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSICO-ONCOLÓGICA

Autora: Anali Póvoas Orico Vilaça

A assistência em Psico-Oncologia visa ao cuidado psicossocial do paciente nas diversas etapas do adoecimento oncológico, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento ativo, remissão/sobrevivência ou no agravamento e na fase terminal da doença, assim como no suporte ao luto dos envolvidos no processo. Além do paciente, o suporte Psico-Oncológico também deve estar disponível para os familiares e pessoas próximas ao paciente e aos profissionais de saúde.[1,2,3]

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima, para o triênio 2026-2028, a incidência de 781 mil novos casos de câncer a cada ano no Brasil, sendo esta uma das principais causas de adoecimento e morte[4], impactando, desta forma, a vida de muitos pacientes e de suas famílias. Apesar de muitos dos tipos de cânceres serem preveníveis e outros, dependendo do estadiamento, terem bons prognósticos, o impacto do adoecimento por esta enfermidade ainda causa muito medo, estigma e percepções negativas quanto ao seu desfecho. O diagnóstico de câncer ainda é, para muitos, impactante e atrelado à dor, sofrimento e morte. Dessa forma, a jornada de cuidado desde o diagnóstico ao tratamento deve ter uma atenção especial quanto às questões psicológicas e sociais do impacto que o câncer tem na vida e na rotina do paciente.[5,6]

A Psico-Oncologia, enquanto área de interface entre a Psicologia e a Oncologia, atua, entre outras funções, na avaliação de processos de ajustamento do câncer e de como cada paciente enfrenta o adoecimento, bem como na assistência quanto às variáveis emocionais e psicológicas. É fundamental que os pacientes tenham acesso ao profissional de saúde mental especializado, independentemente de terem desenvolvido um transtorno psicológico ou apresentem níveis altos de distress.[5,7,8] O acesso universal à assistência em Psico-Oncologia deve ser entendido como o padrão-ouro no cuidado ao paciente oncológico; os pacientes devem ser escutados nas diversas esferas do adoecimento e nas diferentes etapas do seu processo de adoecimento. Um ponto fundamental nesse processo de cuidado é compreender que a variável distress manifesta-se em um *continuum* e que deve ser rastreada como sexto sinal vital na jornada do câncer.[7,9]

Compreendendo que o câncer é uma grave doença e que impacta a vida do sujeito em diferentes esferas - físicas, psicológicas, sociais, espirituais e práticas -, a National Comprehensive Cancer Network (NCCN) disponibiliza anualmente aos profissionais de saúde a diretriz de manejo do distress[7], segundo a qual o sofrimento psicológico não está restrito a um determinado momento do câncer, e sim a um continuum que pode ocorrer em razão do diagnóstico, dos efeitos da doença e do tratamento e das diversas transições ao longo da trajetória da doença, incluindo a sobrevivência ou o agravamento da doença. O ponto central do estudo do distress em oncologia é que os profissionais de saúde, assim como o paciente, reconheçam que a variável está presente, em diferentes níveis desde o diagnóstico até o seu desfecho, podendo ser considerado esperado - com níveis baixos de sofrimento - a níveis moderado e grave, necessitando, desta forma, de assistência especializada, por meio do devido encaminhamento para os profissionais de saúde mental.[7,9]

A atenção às variáveis emocionais e comportamentais durante a jornada oncológica é fundamental para uma assistência integrada, e essas variáveis necessitam ser triadas, mensuradas e levadas em consideração. Estudos em Psico-Oncologia apontam a incidência frequente e negativa de sintomas de ansiedade, depressão e distress, tendo um impacto na adesão ao tratamento, na evolução da doença, no tempo de internação, na capacidade de tomada de decisões, assim como na qualidade de vida do paciente.[7,8,10,11]

Para uma avaliação da saúde mental em oncologia, faz-se necessário, como foi mencionado, o reconhecimento do impacto negativo das variáveis emocionais, o conhecimento da história de vida do paciente e dos seus fatores de risco e proteção.[7,10] É mister identificar os pacientes com maior risco de sofrimento psicológico, que apresentam[7]:

- Histórico de transtorno psiquiátrico ou transtorno por uso de substância;
- Histórico de trauma e/ou abuso;
- Histórico de depressão/tentativa de suicídio;
- Tipo de câncer associado a maior risco de depressão (por exemplo, câncer de pâncreas, câncer de cabeça e pescoço);
- Comprometimento cognitivo;
- Barreiras de comunicação;
- Doenças concomitantes graves;
- Questões sociais: conflitos com familiares/cuidador; suporte social inadequado; isolamento social; morar sozinho(a); preocupações financeiras; acesso limitado aos cuidados de saúde; ter filhos pequenos ou dependentes; ser adolescente ou adulto jovem; questões relacionadas à saúde sexual; questões relacionadas à fertilidade; situação migratória; discriminação ou preconceito; perda de ambiente de vida estável/moradia; uso atual de substâncias e outros fatores estressores;
- Questões espirituais/religiosas;
- Sintomas não controlados.

Levando em consideração os riscos de má adaptação às diferentes etapas do adoecimento de câncer, Souza[12,13] aponta a necessidade de avaliar, além desses, outros indicadores de risco psicológico em oncologia: sensação de desesperança, elevada autocrítica, uso mais frequente de estratégias focadas na emoção, uso frequente de estratégias focadas no problema em contextos sobre os quais se tem pouco ou nenhum controle, uso de enfrentamento religioso negativo, conviver com provedores de cuidado que reduzem a autonomia do paciente, sensação de desamparo e percepções/crenças disfuncionais: atribuir a doença ao destino ou se culpar, representação emocional negativa, preocupação com o estigma do câncer, perceber a doença como uma ameaça, expectativas não realistas e percepção de ausência de controle.

A atenção, por toda a equipe de cuidado do paciente oncológico, quanto às vulnerabilidades psíquicas é fundamental para o devido encaminhamento aos profissionais que poderão fazer uma triagem psicológica e psiquiátrica especializada. Importante ressaltar que essa avaliação deve ser realizada durante toda a jornada do câncer, pois as diferentes etapas do adoecimento podem trazer vulnerabilidades significativas do ponto de vista psicossocial. Destaca-se, de acordo com o manual da NCCN para manejo do distress[7], os momentos de maior vulnerabilidade e que devem demandar da equipe de saúde uma atenção diferenciada:

- Fase de diagnóstico: identificação e investigação de um sintoma suspeito, passar pela investigação diagnóstica, descobrir o diagnóstico de câncer, receber o diagnóstico e conviver com um câncer avançado, conhecimento sobre o risco de câncer genético/familiar.
- Fase do tratamento: Espera pelo início do tratamento, experienciar o aumento na carga de sintomas, vivenciar complicações significativas relacionadas ao tratamento, vivenciar uma internação ou alta hospitalar, passar por mudanças na modalidade de tratamento, vivenciar a progressão da doença durante o tratamento.
- Término do tratamento ativo: realizar acompanhamento médico/seguimento, transição para sobrevivência, vivenciar a recorrência/progressão da doença, transição para cuidados de fim de vida, vivenciar luto e perdas significativas (por exemplo: família, amigo, animal de estimação).

O fluxo de cuidado em saúde mental dos pacientes oncológicos deve seguir as seguintes etapas: 1. identificação e rastreio das variáveis psicológicas por uma equipe de saúde integrada; 2. encaminhamentos para avaliação em Psico-Oncologia por profissionais da Psicologia e/ou Psiquiatria dependendo da necessidade de cada caso; 3. planejamento da assistência em Psico-Oncologia com o devido manejo das variáveis comportamentais, psicológicas e emocionais e; 4. acompanhamento. Dessa forma, permite-se oferecer ao paciente um cuidado escalonado de acordo com a

gravidade dos sintomas e a situação psíquica do paciente.[7]

A diretriz de prática clínica para ansiedade e depressão em pacientes adultos com câncer da European Society for Medical Oncology (ESMO)[11] aponta as intervenções em saúde mental para o manejo das variáveis de acordo com sua intensidade e especificidade do cuidado. As intervenções psicológicas são indicadas para pacientes com sintomas leves a moderados, incluindo: psicoeducação, terapia de apoio ou aconselhamento, treino de relaxamento ou terapia baseada em mindfulness aplicada ao paciente oncológico (redução de estresse baseada em mindfulness (MBSR) e terapia cognitiva baseada em mindfulness (MBCT), terapia cognitivo-comportamental, terapia de resolução de problemas e terapia interpessoal. Para os pacientes com sintomas graves, a indicação inclui também intervenções psicofarmacológicas orientadas pelo psiquiatra. No caso de câncer avançado, quando identificados sintomas de ansiedade e/ou depressão, tem-se o diferencial da psicoterapia de grupo de apoio-expressão, a terapia centrada no sentido, a terapia da dignidade e a terapia CALM (*Managing Cancer and Living Meaningfully*).[11]

Estas intervenções estão alinhadas com as orientações do guideline da NCCN[7] para o manejo do distress que estabelece como estratégias fundamentais na linha de cuidado em saúde mental: validação e orientação quanto ao sofrimento emocional, psicoeducação quanto à possibilidade do aumento do distress em situações específicas e em momentos de transição dos tratamentos, considerar a prescrição médica para controle de sintomas ansiosos, de depressão, dor e de outras intercorrências que afetam a qualidade de vida (tarefa exclusiva do médico), grupos de apoio, técnicas de relaxamento, mindfulness, meditação, yoga, arteterapia, terapia individual baseada em evidências como a terapia cognitivo-comportamental. E, por fim, estendendo também a assistência em Psico-Oncologia para os familiares, recomenda-se, dependendo do caso, terapia de família ou de casal, suporte emocional para família e/ou cuidador, psicoeducação e orientação[7].

Diferentes contextos na linha de cuidado em Psico-Oncologia podem e devem ser considerados para triagem, intervenções pontuais e assistência planejada: [1] durante o tratamento ativo: no atendimento ambulatorial, na internação, sala de espera de procedimentos e intervenções cirúrgicas; [2] em cuidados paliativos, desde o agravamento da doença até a terminalidade; e [3] no suporte ao luto. A assistência Psico-Oncológica deve estar integrada aos diferentes níveis e contextos de cuidado, acompanhando as necessidades do paciente e de sua família ao longo da trajetória do câncer - do diagnóstico ao tratamento, sobrevivência, recidiva, doença avançada, cuidados paliativos e luto.

4.1 Considerações Finais

A organização da assistência em Psico-Oncologia integrada ao cuidado do paciente oncológico é mister para uma abordagem multidisciplinar e centrada nas diversas necessidades do indivíduo. A atuação e pesquisas em Psico-Oncologia apontam, cada vez mais, que o cuidado integral do paciente, reconhecendo que o sofrimento pode atingir de formas diferentes e em diversos níveis as esferas físicas, emocionais, espirituais e sociais do paciente com câncer fortalece a necessidade de uma equipe de cuidados atenta a essas demandas. A intervenção terapêutica das variáveis psicológicas só será possível se a demanda do paciente chegar até o profissional capacitado. É necessário, dessa forma, construir o caminho que começa na identificação da necessidade e termina no cuidado e acompanhamento do profissional de Psico-Oncologia.

REFERÊNCIAS

1. Gimenes, MGG. A história da psico-oncologia: panorama mundial e o desenvolvimento da psico-oncologia brasileira. In: Caron FMM, Vilaça APO, Oliveira GZ, editors. Psico-oncologia: teoria e prática. São Paulo: Editora Manole; 2025. p. 1–11.

2. Gimenes, MGG. Definição, foco de estudo e intervenção. In: Carvalho MMJ, editor. Introdução à psico-oncologia. Campinas: Psy; 1994. p. 35-56.

3. Holland, JC. Historical Overview. In: Holland, JC, Rowland, JH, (Orgs.). Handbook of psychooncology: Psychological Care of the patient with cancer. New York: Oxford University Press; 1989. p. 4-12

4. Martins LFL, Chaves GV, Oliveira JFP, Souza LBL de, Chagas Neto P, Carvalho FN de, Vasconcelos GM de, Dias MBK, Mello MS de C. Perfil Epidemiológico da Incidência de Câncer no Brasil e Regiões: Estimativas para o Triênio 2026-2028. Rev. Bras. Cancerol. [Internet]. 3° de fevereiro de 2026 [citado 5 de agosto de 2026] ;72(2):e-025587. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/5587

5. Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia. Recomendações mínimas de competências em Psico-Oncologia 2025. São Paulo: SBPO; 2025.

6. Caron FMM, Vilaça APO, Oliveira GZ. Psico-oncologia e o trabalho do psico-oncologista na assistência ao paciente oncológico. Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia, São Paulo. V. 22 n. 61,p.12-16, jan/fev. 2022.

7. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Distress Management. Plymouth Meeting (PA): National Comprehensive Cancer Network; 2026 [citado 5 de agosto de 2026]. Disponível: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress.pdf

8. Andersen BL, Lacchetti C, Ashing K, et al. Management of anxiety and depression in adult survivors of cancer: ASCO Guideline Update. Journal of Clinical Oncology. 2023;41(18):3426-3453. doi:10.1200/JCO.23.00293.

9. Bultz, BDB, Loscalzo, MJ, Holland JC. Distress as the sixth vital sign: an emerging international symbol for improving psychosocial care. In Holland JC et al. Psycho-Oncology. 3ed. New York: Oxford University Press, 2015.

10. Ribeiro HG, Gonçalves LS. Psico-oncologia e psiquiatria: como lidar com sintomas e transtornos psiquiátricos no adoecimento de câncer. In: Caron FMM, Vilaça APO, Oliveira GZ, editors. Psico-oncologia: teoria e prática. São Paulo: Manole; 2024. p.46-56.

11. Grassi L, Caruso R, Riba MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open. 2023;8(2):101155. doi:10.1016/j.esmoop.2023.101155.

12. SOUZA JR. Processo de ajustamento e preditores de distress em pacientes adultos: contribuição para a organização de serviços de psico-oncologia. In: Caron FMM, Vilaça APO, Oliveira GZ, editors. Psico-oncologia: teoria e prática. São Paulo: Manole; 2024. p.74-82.

13. SOUZA JR. Indicador de risco psicológico em oncologia (IRPO): construção e validação de um instrumento de triagem para pacientes com câncer [tese]. Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia; 2014. 179 p.

5. FARMÁCIA ONCOLÓGICA – GUIA PARA ESTRUTURAÇÃO E PRÁTICA SEGURA

Autoras: Islânia Almeida Brandão Barbosa e Maria Inês R. Gato

5.1 Equipe e estrutura

5.1.1 Por que essa área é importante na oncologia?

A segurança do tratamento depende de pessoas habilitadas, responsabilidades claras e condições de trabalho que preservem a qualidade do produto. Erros de dose, contaminação e exposição ocupacional surgem em etapas diferentes e requerem barreiras próprias. A RDC 220/2004 abrange o percurso completo da terapia e constitui a EMTA como eixo de organização; a RDC 63/2011 complementa a governança e as boas práticas do serviço.[4,26]

A contratação do preparo modifica a operação, mas mantém a necessidade de validar a terapia, conservar e conferir a entrega e recuperar seus registros. A decisão de implantar ou ampliar atividades deve considerar demanda, complexidade, equipe disponível e capacidade de resposta a falhas.

5.1.2 O que é o mínimo necessário para existir?

5.1.2.1 Governança e modelo de serviço

Verificação	Mínimo e aplicação prática	Fundamento
Escopo assistencial	Definir população atendida, vias de administração, terapias previstas, volume e horários. Delimitar o atendimento pediátrico e as terapias especiais antes de incorporá-los.	Norma: RDC 63/2011, art. 9°. [26]
Responsabilidade técnica	Formalizar o farmacêutico responsável pelas atividades de farmácia, seu registro no CRF e a articulação com a equipe multiprofissional de terapia antineoplásica.	Norma: RDC 220/2004, An. I, 5.2.7. [4]
Regularização	Organizar licenciamento sanitário, aprovação do projeto físico quando aplicável, registros profissionais e contratos compatíveis com as atividades efetivamente realizadas.	Norma: RDC 220/2004, An. I, 5.2. [4]
Autoridade sobre a segurança	Definir quem interrompe um processo inseguro, como uma divergência será resolvida e quem autoriza a retomada. A decisão e sua justificativa devem ser registradas.	Aplicação institucional da gestão de riscos. [26,27]
Modelo de fornecimento	Escolher preparo próprio ou contratado e formalizar as responsabilidades de validação, preparo, transporte, recebimento, devolução, vigilância e contingência.	Norma: RDC 220/2004, An. I, 5.4–5.5. [4]

Responsabilidades distintas. O responsável técnico do STA é médico com a habilitação prevista no item 5.2.3; o farmacêutico responde pelas atividades de farmácia, nos termos do item 5.2.7. Formalizar a responsabilidade farmacêutica não substitui a direção clínica do serviço. A EMTA reúne as decisões comuns. [4]

Preparo contratado. Exigir regularização e contrato formal, com responsabilidades por validação, preparo, conservação, transporte, desvios e contingência. A RDC 63/2011, art. 11, também disciplina atividades terceirizadas. Registrar critérios de aceitação das doses recebidas.[4,26]

5.1.2.2 Equipe e habilitação para o preparo

Verificação	Mínimo e aplicação prática	Fundamento
Habilitação para o preparo	Verificar os critérios profissionais aplicáveis e sua validação pelo CRF. No Brasil, o preparo de antineoplásicos e de outros medicamentos com risco ocupacional ao manipulador é atribuição privativa do farmacêutico.	Norma: CFF 565/2012, art. 1º, alterado pela CFF 640/2017. 9,10
Cobertura	Planejar farmacêuticos, pessoal de apoio e substituições para os períodos de validação, preparo e dispensação, incluindo férias, ausências e contingências.	Aplicação institucional; RDC 63/2011 e ASCO–ONS. [12,26]
Treinamento por função	Incluir riscos dos medicamentos, procedimentos de trabalho, técnica asséptica quando pertinente, EPIs, limpeza, transporte, resíduos e resposta a acidentes.	Norma: NR 32,32.3.10; RDC 220, An. II, 1.5. [4,8]
Avaliação de competência	Observar tarefas críticas, conferir cálculos e registros e avaliar técnica asséptica por procedimento simulado conforme o processo e os requisitos aplicáveis.	Recomendação: USP <797>; ISOPP. [11,13]
Educação continuada	Reavaliar competências periodicamente e após falhas relevantes, mudanças de tecnologia ou introdução de novos medicamentos e processos.	Norma: NR 32, 32.3.10. [8]

Como comprovar habilitação. A CFF 640/2017 prevê, com validação pelo CRF, ao menos um critério: título SOBRAFO; residência em Oncologia; pós-graduação lato sensu relacionada à farmácia oncológica; ou experiência de três anos ou mais, documentada nos termos da resolução. Conferir a situação individual e os documentos aceitos pelo CRF antes da liberação para o preparo. [10]

Qualificação profissional e competência prática. A habilitação atende ao requisito profissional. A competência demonstra que a pessoa executa o processo específico com segurança. Avaliar técnica asséptica, cálculos, conferência, contenção e resposta a falhas; registrar resultado, avaliador, data e atividades autorizadas. A observação deve abranger tarefas de apoio e terceirizados. [11,12]

Dimensionamento. Não utilizar apenas quantidade de doses ou faturamento. Considerar validação clínica, complexidade dos preparos, verificações independentes, picos simultâneos, tarefas administrativas, orientação ao paciente e substituições. Trata-se de método institucional de planejamento, não de proporção legal fixa.

5.1.2.3 Evidências para liberar a equipe

- Registro profissional e habilitação para a atividade conferidos.
- Treinamento, avaliação e liberação por função documentados.
- Escala e substituições preservam as barreiras críticas.

5.1.2.4 Ambiente e demonstração de desempenho

Verificação	Mínimo e aplicação prática	Fundamento
Projeto e áreas de apoio	Prever acesso restrito, fluxos de pessoas, materiais e resíduos e as áreas exigidas. A NR 32 inclui vestiário de barreira com dupla câmara, instalações de higiene e recursos de emergência.	Norma: RDC 50/2002; NR 32, 32.3.9.4.1–2. [5,8]
Sala de preparo própria	A regulamentação brasileira prevê sala exclusiva com área mínima de 5 m² por cabine, área de paramentação com lavatório e armazenamento exclusivo para medicamentos da terapia antineoplásica. A metragem mínima não comprova adequação do layout.	Norma: RDC 220/2004, An. I, 7.2. [4]
Cabine e exaustão	Para o preparo abrangido pela regulamentação brasileira de terapia antineoplásica, prever CSB Classe II B2, com instalação e exaustão compatíveis com o projeto. Alternativas internacionais não constituem autorização automática para substituição.	Norma: RDC 220, An. I, 7.2.2.1; NR 32, 32.3.9.4.5. [4,8]
Controle ambiental	Para estéreis, avaliar ISO 5 na zona crítica e ISO 7 na área de apoio conforme o processo e o Anexo IV. Para citostáticos, o item 11.3 especifica pressão negativa em relação ao ambiente adjacente. Integrar assepsia e contenção no projeto.	Norma: RDC 67/2007, An. IV, 4.15.1 e 11.3, no escopo aplicável. [6]
Qualificação e manutenção	Demonstrar desempenho de ambientes e equipamentos antes do uso. A CSB deve ser validada semestralmente e após movimentação ou reparos, com registros e responsáveis definidos.	Norma: RDC 220/2004, An. I, 7.3–7.4. [4]

5.1.2.5 Conceitos que não se substituem

Conceito	Pergunta que responde
Classificação de partículas	A qualidade do ar atende à classe definida? Não demonstra ausência de microrganismos ou resíduos químicos.
Qualificação e validação	Sala, HVAC, cabine e processo cumprem critérios de desempenho previamente definidos?
Monitoramento	As condições permanecem controladas na operação? Definir limites, frequência, tendência e resposta a desvios.

Plano integrado. Associar testes de desempenho a amostragens microbiológicas e, quando previstas por avaliação técnica, químicas de superfície. Definir pontos, método, limites, responsáveis e critérios de suspensão. O resultado de uma dimensão não comprova as demais. [11,13,14]

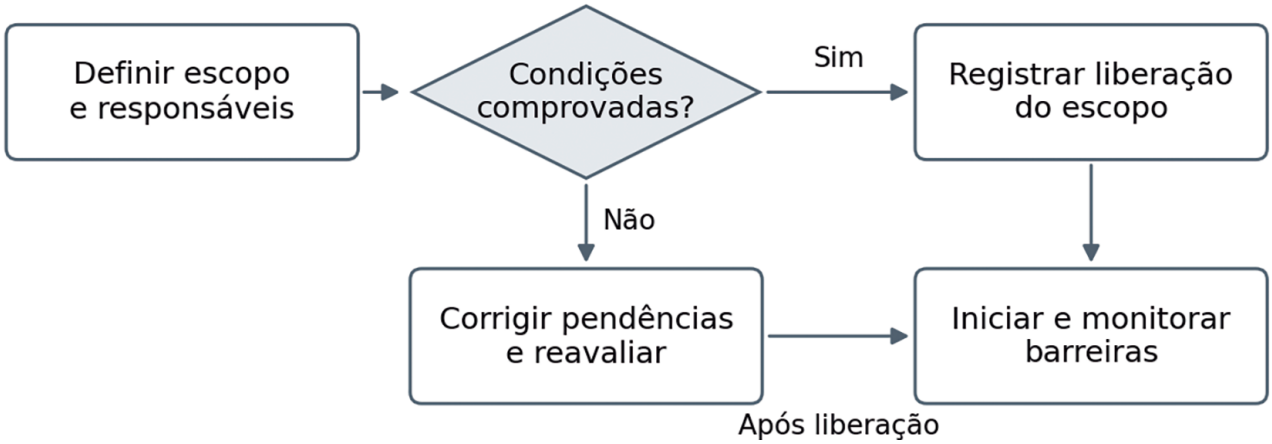
Interrupção e retomada. Falha da CSB exige paralisação imediata do preparo de citostáticos, conforme NR 32, 32.3.9.4.8, e RDC 67/2007, An. IV, 11.6. Proteger o produto, avaliar o impacto, corrigir e documentar a liberação antes de retomar. [6,8]

5.1.3 Como essa área se integra ao restante da equipe?

A RDC 220/2004, Anexo II, atribui à EMTA a supervisão do percurso e a educação permanente. A RDC 63/2011 exige responsabilidades organizacionais definidas. A matriz abaixo traduz essas exigências em interfaces operacionais. [4,26]

Interface	Decisão ou informação compartilhada
Direção e EMTA	Aprovar escopo, recursos, responsáveis e critérios de suspensão; pactuar protocolos e indicadores.
Farmácia e equipe assistencial	Delimitar validação, preparo, conferência, entrega e administração; comunicar alterações e pendências.
Engenharia e controle de infecção	Integrar contenção, qualidade do ar, fluxos e monitoramento; avaliar desvios e manutenção.
Saúde ocupacional e qualidade	Articular PGR e PCMSO, treinamento, documentação, incidentes e prontidão.

5.1.4 Fluxograma ou organograma



Liberação proposta para gestão interna. Pendência crítica mantém a atividade afetada suspensa; registro de abertura não substitui licenciamento.

5.1.5 Leituras complementares

Seleção de leitura por finalidade. A descrição bibliográfica completa e os links estão na lista única ao final.

RDC 220/2004 e RDC 63/2011 [4,26]. Organização do serviço, responsabilidades e terceiros.

CFF 565/2012 e 640/2017 [9,10]. Competência profissional e habilitação para preparo.

RDC 50/2002, RDC 67/2007 e NR 32 [5,6,8]. Projeto físico, estéreis, citostáticos e proteção ocupacional.

ISOPP e USP <797>/<800> [11,13,14]. Qualificação, técnica asséptica e contenção.

5.2 Gestão de medicamentos

5.2.1 Por que essa área é importante na oncologia?

A qualidade do medicamento começa na aquisição e pode ser perdida por falhas invisíveis de conservação. Fabricante, concentração, materiais e forma de apresentação influenciam o preparo e a administração. Por isso, a farmácia fornece especificações técnicas e participa da avaliação de fornecedores e de mudanças.

A RDC 220/2004, Anexo I, itens 6.1 a 6.6, vincula regularização, qualificação, recebimento e conservação. Uma cadeia fria segura precisa demonstrar as condições do produto em todo o percurso; a ausência de alteração visual não autoriza a liberação após desvio. [4]

5.2.2 O que é o mínimo necessário para existir?

5.2.2.1 Seleção e controle de mudanças

Verificação	Mínimo e aplicação prática	Fundamento
Padronização	Manter medicamentos e insumos aprovados para o escopo assistencial, com apresentações, requisitos de preparo e critérios de substituição definidos.	Norma: RDC 220/2004, An. I, 6.2. [4]
Fornecedores qualificados	Verificar regularização pertinente, capacidade de fornecimento, conservação, rastreabilidade e resposta a desvios. Documentar critérios de avaliação e reavaliação.	Norma: RDC 220/2004, An. I, 6.3. [4]
Regularização de produtos	Adquirir medicamentos e dispositivos regularizados, quando exigido, e compatíveis com a finalidade de uso e com o processo institucional.	Norma: RDC 220/2004, An. I, 6.1. [4]
Compatibilidade técnica	Conferir diluentes, materiais de bolsas, seringas, conectores, equipos e filtros necessários para cada produto, incluindo proteção da luz e particularidades de administração.	Aplicação da especificação técnica; RDC 220, 6.2. [4]
Gestão de mudanças	Avaliar troca de marca, concentração, apresentação ou dispositivo antes do uso, atualizando fichas técnicas, cadastros, rótulos e treinamento.	Aplicação institucional; ISOPP. 11

Ficha técnica controlada. Registrar apresentação e fabricante, reconstituição, diluente, concentração, recipiente, filtro/equipo, conservação e prazo de uso. Identificar fonte, data e responsável pela revisão. Não transferir dados de estabilidade de outra formulação sem verificar sua pertinência.

Mudança antes do uso. Uma nova concentração pode preservar a dose em miligramas e modificar o volume a aspirar. Revisar cadastros, cálculos, instruções e rótulos, informar a equipe e acompanhar os primeiros usos. A substituição não deve depender apenas da disponibilidade comercial.

5.2.2.2 Recebimento, conservação e resposta a desvios

Verificação	Mínimo e aplicação prática	Fundamento
Recebimento documentado	Conferir produto, apresentação, quantidade, fabricante, lote, validade, integridade e documentação da entrega; avaliar condições de transporte e temperatura quando aplicável.	Norma: RDC 220/2004, An. I, 6.4. [4]
Armazenamento adequado	Separar medicamentos da terapia antineoplásica dos demais, organizar por risco e condições de conservação e impedir acesso indevido. Produtos perigosos precisam de proteção contra quebra e vazamento.	Norma: RDC 220/2004, An. I, 6.5. [4]
Monitoramento térmico	Registrar temperaturas com instrumentos adequados e calibrados. Para termolábeis, estruturar monitoramento contínuo com alertas e responsável pela resposta é uma medida recomendada.	Norma: RDC 220/2004, 6.5.1; monitoramento contínuo recomendado. [4]
Quarentena e controle de validade	Separar física e/ou logicamente produtos avariados, vencidos, recolhidos ou sob avaliação. Priorizar uso conforme vencimento e impedir liberação de itens bloqueados.	Aplicação institucional da segregação e controle.
Contingência	Definir resposta a falta de energia, falha de refrigerador, excursão de temperatura, avaria de entrega e falta de medicamento crítico.	Aplicação institucional; RDC 430, arts. 78–84, na cadeia aplicável. [28]

Quarentena. É um bloqueio efetivo de uso enquanto ocorre avaliação. Pode envolver segregação física e controle no sistema, mas precisa impedir retirada e dispensação indevidas. Registrar lote, quantidade, motivo, início, responsável e decisão final.

5.2.2.3 Excursão de temperatura em quatro decisões

Passo	O que documentar
1 Bloquear	Identificação dos produtos, lotes e quantidades; preservar a condição mais adequada enquanto se avalia.
2 Caracterizar	Temperaturas atingidas, duração, histórico anterior, transporte e confiabilidade dos dados.
3 Avaliar	Informação específica do fabricante e da apresentação; impacto sobre qualidade e pacientes/programação.
4 Decidir	Liberação ou descarte, fundamento, responsável e medidas para prevenir repetição.

Ponto de interrupção. Retornar à faixa térmica não recupera automaticamente a qualidade. Dados insuficientes mantêm o produto bloqueado até decisão técnica.

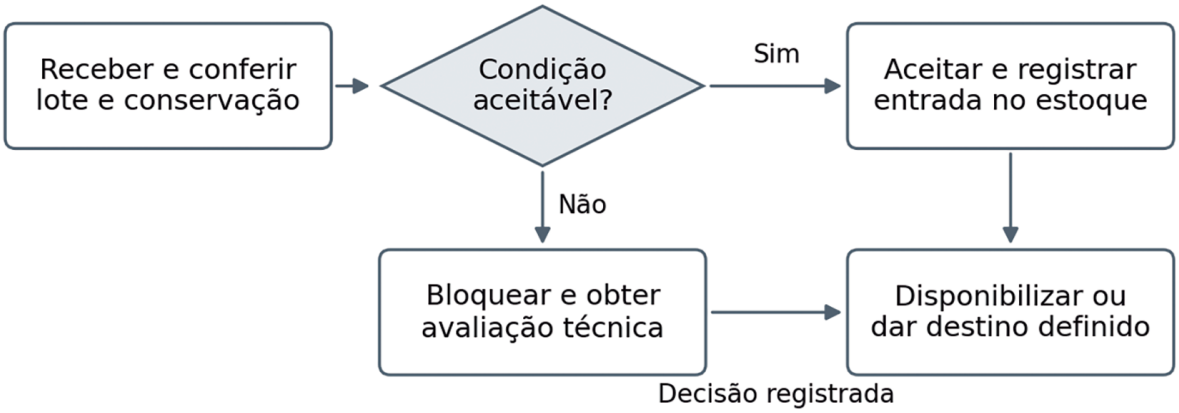
Escopo da RDC 430/2020. Aplica-se às empresas de distribuição, armazenagem e transporte previstas no art. 2º. Usar o texto atualizado pela RDC 653/2022 para avaliar parceiros e transporte comercial; distinguir esse escopo do fluxo interno e do transporte de preparações regulado pela RDC 220/2004.[28,29]

5.2.3 Como essa área se integra ao restante da equipe?

A aquisição deve atender às especificações da EMTA. A liberação de produto é decisão técnica documentada; uma alternativa terapêutica precisa ser pactuada com o prescritor.[4]

Interface	Decisão ou informação compartilhada
Farmácia e suprimentos	Especificar produto/insumo; confirmar marca, entrega e mudanças antes da compra e uso.
Recebimento e logística	Comunicar avaria e condição térmica antes de liberar estoque; preservar evidências e custódia.
Engenharia e gestão	Definir equipamento alternativo, energia, transferência e responsáveis pela contingência.
Equipe assistencial	Informar pacientes afetados e pactuar reprogramação ou alternativa terapêutica com o prescritor.

5.2.4 Fluxograma ou organograma



5.2.5 Leituras complementares

Seleção de leitura por finalidade. A descrição bibliográfica completa e os links estão na lista única ao final.

RDC 220/2004 4. Anexo I, itens 6.1–6.6; Anexo III, conservação e transporte.

RDC 430/2020 e RDC 653/2022 28,29. Boas práticas da cadeia logística e controle de condições de transporte.

ISOPP 11. Especificação, recebimento e transporte de citotóxicos.

Documentação do fabricante. Bula e dados específicos da apresentação efetivamente utilizada, registrados na ficha institucional.

5.3 Validação, preparo e dispensação

5.3.1 Por que essa área é importante na oncologia?

A validação farmacêutica verifica se a terapia prescrita pode ser executada com segurança para aquele paciente e naquele momento. Vai além do cálculo: exige analisar protocolo, etapa do tratamento, exames, toxicidades, interações e suporte. A decisão deve anteceder preparo ou dispensação e ser revista após alterações relevantes.

A RDC 220/2004, Anexo III, item 5.2, exige avaliação da prescrição. A CFF 585/2013, art. 7º, respalda a análise técnica e a intervenção clínica. BOPA 2025 e ASCO–ONS 2024 complementam as barreiras de verificação, sem substituir competências profissionais brasileiras. [4,12,25,30]

5.3.2 O que é o mínimo necessário para existir?

5.3.2.1 Validação antes de preparar ou dispensar

Verificação	Mínimo e aplicação prática	Fundamento
Paciente e regime	Confirmar pelo menos dois identificadores, indicação, protocolo, intenção e etapa do tratamento, ciclo, dia e histórico de modificações relevantes.	Norma e aplicação clínica: RDC 220, An. III, 5.2; BOPA. [4,30]
Dose e cálculo	Conferir medicamento, dose prescrita e unidade; recalcular quando aplicável com peso, altura, superfície corporal ou função renal pertinentes; verificar limites, arredondamento e reduções justificadas.	Aplicação clínica: CFF 585, art. 7°; BOPA. [25,30]
Condições clínicas	Avaliar exames e parâmetros necessários ao protocolo, alergias, toxicidades anteriores e ajustes por função orgânica. Divergências devem ser discutidas com o prescritor.	Aplicação clínica: CFF 585, art. 7°. [25]
Tratamento concomitante	Revisar medicamentos em uso, interações, duplicidades, terapias de suporte e intervalos de administração. Considerar produtos sem prescrição, fitoterápicos e suplementos.	Aplicação clínica: CFF 585, art. 7°. [25]
Viabilidade técnica	Conferir via, diluente, concentração, volume, estabilidade, sequência e tempo de administração, dispositivos e condições de conservação, registrando a validação.	Norma: RDC 220, An. III, 5.2.3. [4]

Primeiro ciclo e ciclos seguintes. Na primeira avaliação, confirmar diagnóstico, regime e linha de tratamento, critérios do protocolo e dados basais relevantes. Nos ciclos seguintes, revisar evolução, toxicidades, exames e alterações de dose ou calendário. A BOPA 2025 diferencia essas situações; o processo local deve explicitar o que revisar em cada uma. [30]

Divergência. Bloquear a etapa, discutir com o prescritor, registrar o problema e a decisão e revalidar. Uma dose diferente do protocolo pode ter justificativa clínica; a confirmação precisa ser documentada. Alteração posterior à validação devolve a prescrição à farmácia.

5.3.2.2 Preparo e verificação independente

Verificação	Mínimo e aplicação prática	Fundamento
Liberação para iniciar	Confirmar prescrição vigente e validada, programação do paciente, profissional apto, condições ambientais e equipamento liberados.	Norma: RDC 220, An. III, 5.1–5.3; NR 32. [4,8]
Separação e identificação	Conferir medicamento, apresentação, lote, validade, diluente e materiais, vinculando-os à ordem de preparo e ao paciente antes da manipulação.	Norma: RDC 220, An. III, 5.3. [4]
Técnica de preparo	Executar procedimento padronizado e técnica asséptica, com paramentação, contenção, higiene e organização que preservem áreas críticas e previnam exposição.	Norma e técnica: RDC 220, An. III; USP <797>. [4,13]
Verificações independentes	Definir pontos de conferência para cálculos, produto, volumes, dose, via e rotulagem. A segunda avaliação deve verificar os dados de origem, e não apenas confirmar uma conclusão pronta.	Recomendação: ASCO–ONS 2024, 3.12.2. [12]
Registro e liberação	Registrar materiais e lotes utilizados, quantidades, horários, preparador, conferente e responsável pela liberação, mantendo vínculo com a versão correta da prescrição.	Norma: RDC 220, An. I, 5.1.6; An. III, 5.3–5.4. [4]

5.3.2.3 Momentos de verificação da ASCO–ONS 2024

Momento	Foco da barreira
Antes do preparo	Identificação, medicamento, dose, via, velocidade, cálculo e ciclo/dia.
Durante o preparo	Frascos, concentração, volume ou peso, diluente e dispositivo aplicável.
Após preparo e antes de administrar	Comparação independente da preparação com a ordem: dose, volume, via, velocidade, prazo, aspecto e integridade.
Na presença do paciente	Confirmação por profissionais habilitados da identificação e dos elementos da administração, incluindo dispositivo e orientação do plano.

Síntese dos momentos da recomendação internacional, item 3.12.2. Consultar a lista completa na fonte; a instituição define profissionais e registros de acordo com as competências brasileiras. [12]

Independência. O conferente verifica a fonte e refaz os pontos críticos antes de comparar resultados. Confirmar uma conclusão verbal ou assinar sem examinar os dados cria duas assinaturas, mas não uma barreira independente. Fotografias ou tecnologia só ajudam quando preservam evidência e há processo aprovado.

O que a inspeção final não demonstra. Aspecto, volume e integridade são necessários, mas não provam a dose correta nem a esterilidade. Verificar etapas irreversíveis durante o preparo; segregar produtos não conformes e registrar a decisão.

5.3.2.4 Prazo de uso, entrega e rastreabilidade

Verificação	Mínimo e aplicação prática	Fundamento
Prazo de uso	Estabelecer limite a partir da estabilidade físico-química, condições microbiológicas do preparo, recipiente, concentração, armazenamento e duração da administração. Adotar o limite mais restritivo aplicável.	Norma: RDC 220, An. III, 5.4.4; USP <797>. [4,13]
Rotulagem	Incluir paciente e registro/leito quando aplicável, composição qualitativa e quantitativa, volume, data/hora do preparo, cuidados, prazo, conservação/transporte e farmacêutico com registro profissional. Acrescentar via e alertas pertinentes.	Norma: RDC 220, An. III, 5.4.2. [4]
Acondicionamento	Proteger rótulo, integridade, contenção e luz quando necessário. Usar embalagem conforme o produto e recipientes isotérmicos exclusivos no transporte das preparações, segundo a RDC 220.	Norma: RDC 220, An. III, 5.4.3 e 6.2. [4]
Transporte e recebimento	Definir rota, tempo, condições ambientais, responsáveis e conferência na entrega. Transporte externo requer avaliação das regras aplicáveis ao produto e ao trajeto.	Norma: RDC 220, An. III, 6; cadeia externa: RDC 430. [4,28]
Devoluções e cancelamentos	Definir avaliação farmacêutica de integridade, tempo, conservação, rastreabilidade e possibilidade de uso ou descarte; evitar retorno automático ao estoque disponível.	Aplicação institucional da avaliação de qualidade.

Validade comercial, prazo de uso e tempo de infusão. A validade comercial corresponde ao produto industrializado nas condições do fabricante. O prazo da preparação considera o processo e as condições efetivas. Na USP <797>, BUD e tempo de administração são conceitos distintos: a infusão começa antes do BUD; o tempo após conexão precisa de avaliação própria de estabilidade e administração. Essa distinção não elimina as exigências brasileiras. [31]

Preparações acima de 48 horas. A RDC 220/2004, An. I, 5.4.3, retificada em 2005, exige requisitos adicionais quando o intervalo entre início do preparo e término da administração ultrapassa 48 horas. A remissão à antiga norma deve ser lida com sua sucessora, RDC 67/2007, no escopo aplicável. Não é autorização automática nem prazo universal de estabilidade. [4,6]

Fundamentar extensão. Conferir fabricante/formulação, diluente, concentração, recipiente, temperatura e luz; demonstrar controle microbiológico e ensaios aplicáveis ao modelo. Media fill avalia o processo asséptico; não comprova estabilidade química nem equivale ao teste da preparação. [6,13,31]

Rastreabilidade. Vincular todos os fabricantes e lotes à dose, paciente, prescrição válida, preparo, conferência, entrega e administração. Testar os caminhos lote→pacientes e paciente→lotes; registro manual controlado é possível. [4]

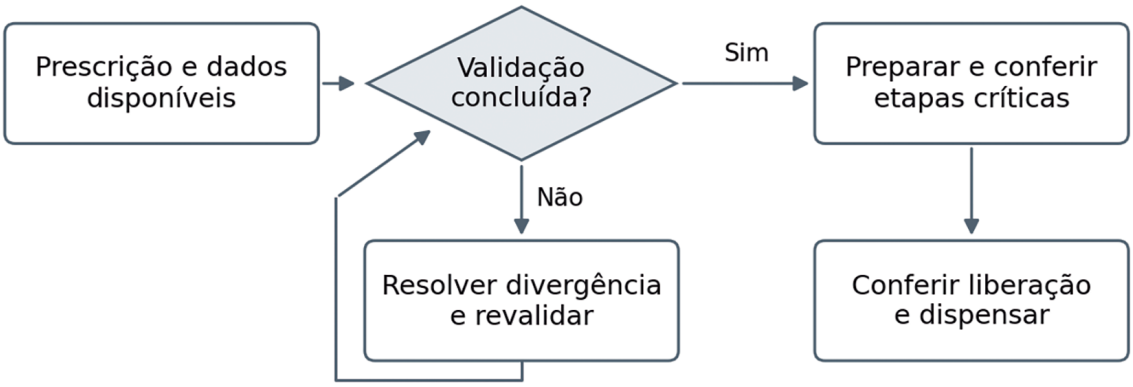
5.3.3 Como essa área se integra ao restante da equipe?

A segurança depende de verificações em etapas diferentes. A validação farmacêutica não substitui a avaliação clínica ou a conferência da administração. A entrega deve tornar claras as condições para usar a preparação. [4,12]

Interface	Decisão ou informação compartilhada
Prescritor e farmácia	Disponibilizar protocolo, dados clínicos e justificativa de ajustes; resolver divergências antes de executar.
Farmácia e enfermagem	Compartilhar versão válida, rótulo, prazo, conservação, sequência, dispositivos e pendências.
Logística e central contratada	Preservar custódia, conservação e prazo; documentar aceitação e resposta a atrasos/desvios.
Qualidade e TI	Garantir integridade dos registros, cadastros testados, rastreabilidade e contingência para indisponibilidade do sistema.

5.3.4 Fluxograma ou organograma

Mudança de prescrição ou falha de conferência interrompe a etapa e exige nova avaliação. Administração mantém suas próprias verificações.



5.3.5 Leituras complementares

Seleção de leitura por finalidade. A descrição bibliográfica completa e os links estão na lista única ao final.

RDC 220/2004 4. Anexos I e III, avaliação, preparo, identificação, prazo e transporte.

ASCO–ONS 2024 e BOPA 2025 12,30. Momentos de verificação e avaliação clínica por ciclo.

CFF 585/2013 25. Art. 7°, análise da terapia, intervenções e documentação clínica.

RDC 67/2007 e USP <797> com FAQs [6,13,31]. Preparo estéril, validação e conceitos de prazo de uso.

5.4 Biossegurança

5.4.1 Por que essa área é importante na oncologia?

A exposição pode ocorrer sem acidente aparente, por contato com frascos, superfícies, conexões, resíduos e materiais contaminados. Por isso, o risco deve ser avaliado em todo o percurso, incluindo trabalhadores de recebimento, limpeza e transporte.

A NR 32, item 32.[3.9.2], exige que o PGR descreva os perigos dessas atividades. A proteção deve combinar contenção, organização, técnica de trabalho e EPI. A avaliação por tarefa recomendada pelo NIOSH ajuda a escolher controles; a lista internacional informa a análise e precisa ser confrontada com as informações dos produtos usados no Brasil. [8,15,16]

5.4.2 O que é o mínimo necessário para existir?

5.4.2.1 Barreiras ocupacionais essenciais

Verificação	Mínimo e aplicação prática	Fundamento
Inventário de risco	Manter lista institucional de medicamentos perigosos, considerando referências atualizadas, informações do fabricante e atividades executadas. A ausência na lista não demonstra ausência de risco.	Norma: NR 32, 32.3.9.2; apoio NIOSH. [8,15]
Controles de exposição	Priorizar medidas de engenharia e de organização do trabalho; acrescentar EPIs e práticas seguras conforme tarefa, forma farmacêutica e potencial de exposição.	Norma: NR 32, 32.3.9.4.5–6; recomendação NIOSH. [8,16]
EPIs adequados	Definir luvas apropriadas para quimioterapia, vestimenta e proteção ocular, facial e respiratória conforme risco e requisitos aplicáveis, com disponibilidade e treinamento para uso e retirada.	Norma: NR 32, 32.3.9.4.6–8; RDC 220, An. III, 4. [4,8]
Programa ocupacional	Articular PGR e PCMSO; afastar gestantes e nutrizes das atividades com quimioterápicos antineoplásicos, conforme NR 32. Definir comunicação confidencial, avaliação e realocação segura.	Norma: NR 32, 32.3.9.4.6; PGR/PCMSO. [8]
Resposta e registros	Disponibilizar procedimentos para acidente, acesso imediato a atendimento e registro de exposição, encaminhando obrigações legais e investigação do processo.	Norma: NR 32, 32.3.9.4.9. [8]

5.4.2.2 Conceitos para escolher as barreiras

Conceito	Consequência prática
Medicamento perigoso	Propriedades capazes de causar dano ao trabalhador exposto; avaliar tarefa, forma farmacêutica e via de contato.
Medicamento de alta vigilância	Erro de uso pode produzir dano importante ao paciente; exige barreiras assistenciais próprias.
Perigo e risco	O perigo é a propriedade do agente; o risco depende também da exposição e dos controles. As categorias podem se sobrepor.

A lista NIOSH 2024 substitui a versão de 2016 e deve ser consultada com as atualizações publicadas pelo instituto. Ausência de um medicamento na lista não dispensa avaliação local. [15]

Interromper. A NR 32, 32.3.9.4.8, veda iniciar atividade sem EPI e continuar manipulação quando a CSB interrompe o funcionamento. [8]

5.4.2.3 Contaminação, acidentes e resíduos

Quatro operações com objetivos diferentes

Operação	O que pretende controlar
Desativação	Transformar o agente em substância menos perigosa, quando há método adequado para o produto.
Descontaminação	Remover resíduos de medicamento perigoso da superfície, conforme método e compatibilidade.
Limpeza	Remover sujidade e material residual; preparar a superfície para etapas seguintes.
Desinfecção	Reduzir contaminação microbiológica; não demonstra remoção ou inativação do antineoplásico.

A NR 32, 32.3.9.4.3, exige procedimentos de limpeza, descontaminação e desinfecção. A USP <800> detalha objetivos distintos. Definir agente, sequência, frequência, contato e compatibilidade; álcool não é solução universal para resíduos químicos. [8,14]

5.4.2.4 Resposta e recursos de emergência

Verificação	Mínimo e aplicação prática	Fundamento
Procedimento de derramamento	Definir isolamento da área, avaliação de pessoas expostas, acionamento, contenção, limpeza, descarte e liberação do local, distinguindo acidente ambiental de exposição pessoal.	Norma: NR 32, 32.3.9.4.9; RDC 220, An. V. [4,8]
Kit acessível	Disponibilizar materiais, EPIs e instruções compatíveis com os produtos e cenários previstos, identificados e com reposição definida nas áreas de risco.	Norma: NR 32,32.3.9.4.9.3. [8]
Atendimento à exposição	Estabelecer medidas iniciais por via de contato e atendimento ocupacional imediato. As orientações devem ser específicas e acessíveis, incluindo localização de recursos de emergência.	Norma: NR 32, 32.3.9.4.2 e 9. [8]
PGRSS operacional	Segregar resíduos na origem, identificar risco químico e outros riscos coexistentes, usar recipientes compatíveis e contratar destinação regularizada conforme o plano.	Norma: RDC 222/2018, arts. 5º–6º e 56–61. [7]
Orientação e treinamento	Treinar farmácia, enfermagem, limpeza, logística e terceirizados. Orientar pacientes e cuidadores sobre descarte e cuidados domiciliares pertinentes ao tratamento.	Norma: NR 32, 32.3.10; aplicação assistencial. [8]

Atendimento e limpeza em paralelo. Isolar, acionar equipe treinada e prestar assistência à pessoa exposta sem aguardar a descontaminação ambiental. O kit precisa estar disponível no preparo, armazenamento, administração e transporte, com itens e instruções previstos na NR 32. [8]

Resíduos com riscos coexistentes. Antineoplásicos demandam manejo do risco químico. Perfurocortantes mantêm também risco de lesão; materiais contaminados seguem classificação e destino do PGRSS. A RDC 222/2018, arts. 56–63, disciplina resíduos químicos, embalagens e excretas; não tratar todos como resíduo comum nem adotar prazo domiciliar único sem orientação específica. [7]

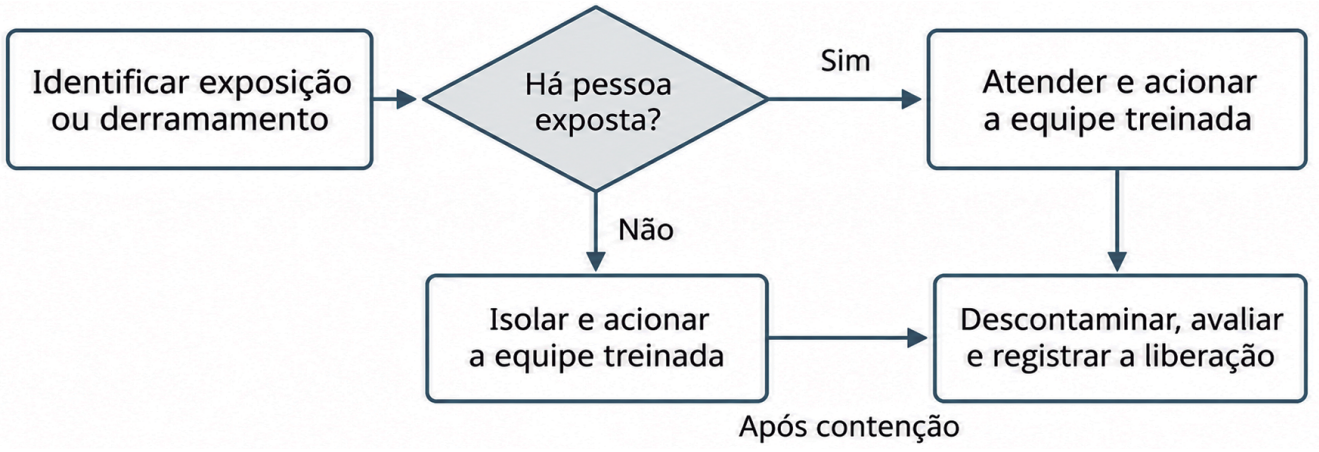
5.4.3 Como essa área se integra ao restante da equipe?

Derramamento ambiental e extravasamento no paciente são eventos distintos. O extravasamento requer resposta assistencial específica por medicamento, recursos disponíveis e seguimento; a diretriz ONS/ASCO publicada online em 2025, com edição em 2026, apoia o protocolo local. [17]

Interface	Decisão ou informação compartilhada
Farmácia e saúde ocupacional	Atualizar inventário, PGR/PCMSO, EPIs e atendimento à exposição; orientar produto e via de contato.
Higienização e gestão ambiental	Executar procedimentos treinados, segregação, reposição do kit e destinação prevista no PGRSS.
Enfermagem e equipe médica	Pactuar resposta a derramamento e extravasamento, recursos e seguimento do paciente.
Engenharia e manutenção	Preservar contenção; planejar intervenções e verificar condições para retomar.

5.4.4 Fluxograma ou organograma

Se houver pessoa exposta, assistência e controle ambiental ocorrem em paralelo. O local só é liberado após critérios do procedimento.



5.4.5 Leituras complementares

Seleção de leitura por finalidade. A descrição bibliográfica completa e os links estão na lista única ao final.

NR 32 [8]. Itens 32.3.9 e 32.3.10, recursos, restrições e capacitação.

RDC 222/2018 [7]. PGRSS e manejo de resíduos químicos e riscos coexistentes.

NIOSH e USP <800> [14–16]. Avaliação por tarefa e controles da exposição.

ONS/ASCO sobre extravasamento [17]. Atualização do protocolo clínico e recursos por medicamento.

5.5 Cuidado clínico e qualidade

5.5.1 Por que essa área é importante na oncologia?

O cuidado farmacêutico acompanha a experiência do paciente com a terapia: compreensão do esquema, toxicidades, interações, acesso e continuidade. Na terapia oral, parte da execução ocorre no domicílio e precisa ser apoiada por orientação e acompanhamento. A dispensação correta não demonstra, por si só, que o paciente consegue realizar o tratamento.

A CFF 585/2013, art. 7º, fundamenta a análise clínica, consulta, intervenção e registro. A RDC 36/2013 articula gestão de riscos e segurança do paciente nos serviços abrangidos. Indicadores e vigilância devem transformar ocorrências em decisões de melhoria, preservando a continuidade segura. [25,27]

5.5.2 O que é o mínimo necessário para existir?

5.5.2.1 Cuidado farmacêutico e terapia oral

Verificação	Mínimo e aplicação prática	Fundamento
Avaliação inicial	Reconciliar medicamentos, avaliar esquema, dose, exames pertinentes, interações, capacidade de administração e acesso ao produto.	Norma profissional: CFF 585/2013, art. 7º. [25]
Dispensação segura	Conferir apresentação, dose, quantidade e calendário; preservar identificação e rastreabilidade. A abertura, fracionamento ou transformação de medicamentos perigosos requer processo específico.	Norma e aplicação: RDC 220; ASCO–ONS. [4,12]
Orientação compreensível	Explicar horários, relação com alimentos, ciclos e pausas, armazenamento, manuseio, dose esquecida ou vômito e toxicidades relevantes conforme o medicamento.	Aplicação clínica: CFF 585; ONS. [21,25]
Acompanhamento	Definir contato inicial e reavaliações de acordo com risco, ciclo e protocolo para verificar adesão, eventos adversos, dificuldades e continuidade.	Recomendação: ASCO–ONS; aplicação institucional. [12]
Comunicação e encaminhamento	Fornecer canal do serviço e plano de ação para sinais de alerta, registrar informações e discutir ajustes com o prescritor.	Norma profissional: CFF 585, art. 7º. [25]

Conciliação e revisão. Conciliação reconstrói e compara a lista de medicamentos nas transições do cuidado. A revisão avalia necessidade, efetividade, segurança e viabilidade da farmacoterapia. Incluir medicamentos sem prescrição, suplementos e fitoterápicos e comunicar discrepâncias ao responsável. [25]

Compreensão e adesão. Pedir que paciente/cuidador explique como tomará a terapia e quando buscará ajuda. Fornecer calendário e instruções por medicamento. Diferenciar esquecimento, toxicidade, complexidade, dificuldade de deglutição e falta de acesso; cada barreira exige resposta própria. [21]

Orientação específica. Dose esquecida, vômito, relação com alimento e manipulação de comprimidos/cápsulas não admitem regra única. Dificuldade de deglutição ou sonda exige avaliação técnica antes de triturar, abrir ou dissolver.

5.5.2.2 Qualidade, vigilância e prontidão

Registro e encaminhamento das ocorrências

Ocorrência	Resposta e base
Suspeita de evento adverso de medicamento	Assistir, registrar medicamento/lote, cronologia e evolução; encaminhar ao VigiMed conforme orientação Anvisa. Inclui suspeitas de reação, inefetividade e erro de medicação. [18,19,32]
Queixa técnica e dispositivo	Bloquear produto quando indicado, preservar evidências e verificar o canal apropriado para desvio de qualidade ou tecnovigilância. [19,20,32]
Incidente assistencial	Comunicar ao núcleo de segurança/qualidade, investigar e acompanhar; articular a notificação da RDC 36/2013 com os fluxos de vigilância do produto, sem presumir que uma substitui a outra. [27]

Segurança e melhoria. A RDC 36/2013, arts. 4º e 7º–10, orienta núcleo, plano e monitoramento nos serviços abrangidos. Confirmar enquadramento no art. 2º. Registrar quase erros e falhas com dano; tratar causas de processo e verificar efetividade, além de treinamento. [27]

5.5.2.3 Cinco indicadores iniciais propostos

Indicador	Definição de consulta
Validação antes da execução	Prescrições validadas antes do preparo/dispensação ÷ prescrições elegíveis × 100.
Rastreabilidade completa	Doses auditadas com todos os campos críticos ÷ doses auditadas × 100.
Incidentes com dano	Número no período; apresentar também taxa por doses administradas e gravidade, quando dados disponíveis.
Desvios de conservação	Ocorrências no período, lotes/doses afetados e destino; analisar repetição e impacto.
Acompanhamento pactuado	Pacientes acompanhados no intervalo previsto ÷ pacientes com acompanhamento previsto × 100.

Indicadores são propostas institucionais. Definir unidade, exclusões, período, fonte e responsável. Mais notificações podem indicar melhor registro; intervenções são barreiras e não devem ser contadas automaticamente como falhas da farmácia.

5.5.2.4 Antes da abertura ou ampliação do escopo

- Pessoas e responsabilidades comprovadas.
- Estrutura, conservação e processos liberados.
- Validação, proteção e recursos de emergência operantes.
- Rastreabilidade e contingência demonstradas por simulação.

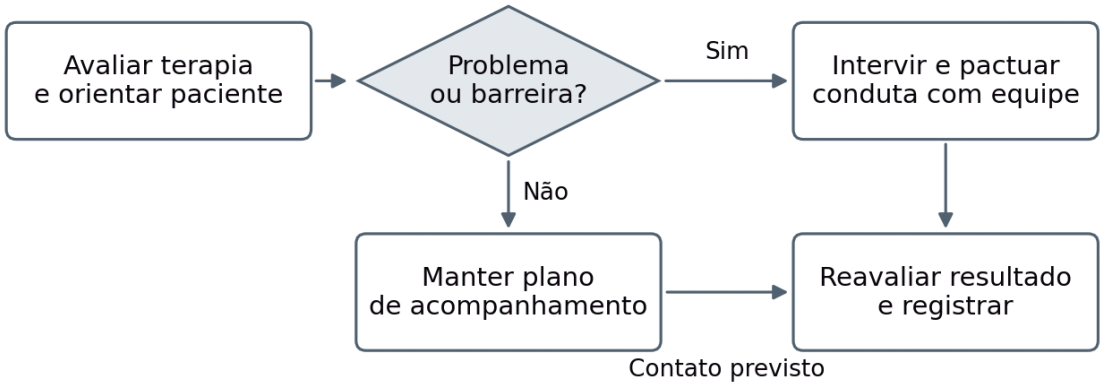
5.5.3 Como essa área se integra ao restante da equipe?

O art. 7° da CFF 585/2013 prevê colaboração e registro clínico. Definir quem recebe uma mensagem, qual prazo de resposta se aplica e como urgências são encaminhadas evita que o canal de orientação se torne uma pendência assistencial.[25]

Interface	Decisão ou informação compartilhada
Paciente, cuidador e farmácia	Pactuar objetivos, calendário, sinais de alerta e canal de contato; confirmar compreensão e condições de acesso.
Equipe assistencial	Comunicar toxicidades, ajustes, interações e barreiras; registrar intervenção e retorno da decisão.
Qualidade e vigilância	Analisar incidentes, notificações e indicadores; acompanhar ações corretivas e alertas de recolhimento.
Gestão, TI e demais áreas	Garantir continuidade, registros, acesso e encaminhamento de necessidades sociais, nutricionais e psicológicas.

5.5.4 Fluxograma ou organograma

O seguimento verifica se a intervenção resolveu a necessidade. Toxicidade relevante ou dúvida que comprometa o uso exige avaliação da equipe antes da continuidade.



5.5.5 Leituras complementares

Seleção de leitura por finalidade. A descrição bibliográfica completa e os links estão na lista única ao final.

CFF 585/2013 [25]. Consulta, avaliação da farmacoterapia, intervenções e comunicação.

RDC 36/2013 e RDC 63/2011 [26,27]. Qualidade, segurança do paciente e organização dos serviços.

ONS e ASCO–ONS [12,21]. Educação e acompanhamento de terapias orais e parenterais.

Anvisa e VigiMed [18–20,32]. Canais de notificação, queixa técnica e tecnovigilância.

Referências e leituras complementares

1. SOBRAFO. Requisitos técnicos e operacionais para manipulação de antineoplásicos. Capítulo 2 da revisão do consenso. Minuta fornecida pela autora, sem data editorial confirmada.

2. SOBRAFO. Gerenciamento de processo. Capítulo 3 da revisão do consenso. Minuta fornecida pela autora, sem data editorial confirmada.

3. SOBRAFO. Segurança e biossegurança. Capítulo 4 da revisão do consenso. Minuta fornecida pela autora, sem data editorial confirmada.

4. Brasil. Anvisa. Resolução RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004. Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. Anexos I a IV e retificação de 2005.

5. Brasil. Anvisa. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Consultar alterações.

6. Brasil. Anvisa. Resolução RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007. Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficinais para Uso Humano em farmácias. Particularmente Anexo IV, quando aplicável ao modelo de preparo.

7. Brasil. Anvisa. Resolução RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Boas Práticas de Gerenci

8. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Texto atualizado disponibilizado pelo Ministério.

9. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 565, de 6 de dezembro de 2012. Competência legal para atuação do farmacêutico nos serviços de oncologia. Ler com suas alterações.

10. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 640, de 27 de abril de 2017. Titulação mínima para atuação do farmacêutico em oncologia e nova redação do artigo 1º da Resolução nº 565/2012.

11. ISOPP Standards Committee. ISOPP Standards for the Safe Handling of Cytotoxics. Journal of Oncology Pharmacy Practice. 2022;28(3 Suppl):S1–S126. doi:10.1177/10781552211070933.

12. Siegel RD, et al. Antineoplastic Therapy Administration Safety Standards for Adult and Pediatric Oncology ASCO–ONS Standards. JCO Oncology Practice. 2024;20(10):1314–1330. doi:10.1200/OP.24.00216. Consultar a versão corrigida disponibilizada pelo periódico.

13. United States Pharmacopeia. General Chapter <797> Pharmaceutical Compounding Sterile Preparations. Revisão oficial a partir de 1º de novembro de 2023; consultar o texto compendial e suas atualizações.

14. United States Pharmacopeia. General Chapter <800> Hazardous Drugs Handling in Healthcare Settings. Consultar o texto compendial e suas atualizações.

15. NIOSH. NIOSH List of Hazardous Drugs in Healthcare Settings 2024. DHHS Publication nº 2025-103. Publicada em dezembro de 2024. doi:10.26616/NIOSHPUB2025103. Consultar também atualizações indicadas pelo instituto.

16. NIOSH. Managing Hazardous Drug Exposures Information for Healthcare Settings. DHHS Publication nº 2023-130. 2023

17. Thomas T, et al. ONS/ASCO Guideline on the Management of Antineoplastic Extravasation. JCO Oncology Practice. 2026;22(6):924–938. Publicação online em 18 set. 2025. doi:10.1200/OP-25-00579.

18. Anvisa. VigiMed. Informações e orientações para notificação de suspeitas de eventos adversos de medicamentos e vacinas

19. Anvisa. Medicamentos e vacinas. Canais e orientações de notificação de eventos adversos e queixas técnicas.

20. Anvisa. Produtos para saúde. Canais e orientações para tecnovigilância e queixas técnicas.

21. Oncology Nursing Society. Patient and Caregiver Education with Oral Anticancer Medications. OAM Care Compass. 2025.

22. SBOC. Guia de Nutrição para o Oncologista. 2ª edição. 2025. Modelo editorial: apresentação sintética, ficha do guia e dicas essenciais.

23. SBOC. Manejo de toxicidades relacionadas aos inibidores de CDK 4/6. 2023. Modelo editorial: quadros, fluxogramas e referências finais.

24. European Association of Urology. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. Introduction. 2026. Modelo externo: pocket guidelines como versão abreviada de consulta rápida, vinculada ao guia completo.

25. CFF. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico. Particularmente art. 7º.

26. Anvisa. RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

27. Anvisa. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Consultar escopo e alterações.

28. Anvisa. RDC nº 430, de 8 de outubro de 2020. Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e Transporte de Medicamentos. Ler com RDC 653/2022.

29. Anvisa. RDC nº 653, de 24 de março de 2022. Altera a RDC 430/2020.

30. BOPA. Standards for the Pharmacy Verification of Prescriptions for Cancer Medicines. Version 5.0. 3 June 2025.

31. USP. General Chapter <797> FAQs. Atualizado em 11 dez. 2023. Material explicativo; não substitui o texto compendial. Particularmente perguntas 166–168.

32. Anvisa. Notificações de eventos adversos no VigiMed. Webinar de 23 jun. 2025. Canais para eventos adversos e desvios de qualidade.

6. MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE FISIOTERAPIA AMBULATORIAL EM ONCOLOGIA

Autoras: Telma Ribeiro Rodrigues, Marister do Nascimento Cocco e Laura Rezende

A Fisioterapia em Oncologia é parte essencial do cuidado integral à pessoa com câncer, com atuação desde a avaliação funcional e a pré-habilitação até a reabilitação durante e após o tratamento, os cuidados paliativos e o acompanhamento de sobreviventes. A organização de um serviço em um centro oncológico exige planejamento assistencial, dimensionamento adequado da equipe, definição de estrutura física e equipamentos, protocolos de segurança, integração multiprofissional, educação permanente e monitoramento de indicadores de qualidade. No Brasil, a Resolução COFFITO nº 662/2026 consolida a Fisioterapia em Oncologia como especialidade e amplia sua inserção em diferentes momentos da linha de cuidado, desde ações preventivas e avaliação funcional até reabilitação, cuidados paliativos e acompanhamento ao longo da trajetória da doença. Este capítulo apresenta um modelo prático para implantação e organização de um serviço, articulando normas profissionais brasileiras, recomendações técnico-científicas e propostas operacionais aplicáveis à rotina assistencial.

6.1 Planejamento, Estruturação e Implantação do Serviço de Fisioterapia em Oncologia

6.1.1 Objetivos de um serviço de Fisioterapia em Oncologia

De forma prática, um serviço de Fisioterapia em Oncologia deve organizar sua atuação em torno de objetivos assistenciais, funcionais e de segurança, tais como:

Quadro 1 – Objetivos de um serviço de Fisioterapia em Oncologia

Dimensão	Objetivos
Identificação e prevenção	Identificar precocemente alterações funcionais; prevenir ou minimizar complicações relacionadas ao câncer e ao tratamento; prevenir quedas e perda de independência
Preparação e preservação	Preparar o paciente para procedimentos cirúrgicos e tratamentos potencialmente incapacitantes; preservar força, mobilidade, capacidade cardiorrespiratória e independência funcional
Intervenção sobre déficits e sintomas	Intervir sobre déficits funcionais já estabelecidos; reduzir as repercussões de sintomas como fadiga, dor e neuropatia sobre a funcionalidade, a autonomia, a qualidade de vida e a participação social; manejar linfedema e outras alterações relacionadas ao sistema linfático
Promoção e participação	Promover atividade física e exercício de forma segura e individualizada; favorecer o retorno às atividades de vida diária, sociais e laborais; contribuir para a qualidade de vida, autonomia e participação social
Cuidado contínuo	Integrar o cuidado paliativo e a manutenção da funcionalidade até fases avançadas da doença; acompanhar o paciente no período de sobrevivência, com foco em funcionalidade, atividade física e participação

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF) podem orientar a avaliação, o raciocínio clínico, o registro dos achados e a definição de metas funcionais, em consonância com as diretrizes profissionais estabelecidas pelo COFFITO.

6.1.2 Diversidade dos diagnósticos oncológicos

Um serviço de Fisioterapia em Oncologia deve estar preparado para atender pacientes com diferentes diagnósticos, incluindo tumores:

Quadro 2 – Diversidade dos diagnósticos oncológicos atendidos pelo serviço

Mama; próstata; pulmão; trato gastrointestinal	Ginecológicos; urológicos	Cabeça e pescoço	Hematológicos; sistema nervoso central	Musculoesqueléticos; sarcomas; melanoma e outros tumores cutâneos; doença metastática

A competência do serviço não deve ser definida apenas pelo diagnóstico, mas pela complexidade funcional e clínica do paciente.

O fisioterapeuta deve reconhecer situações que exijam discussão com a equipe médica e multiprofissional, como instabilidade clínica, doença óssea metastática com risco de fratura, alterações cardiovasculares relevantes, sintomas neurológicos agudos, infecção importante, sangramento, alterações hematológicas significativas ou deterioração clínica.

6.1.3 Segurança do paciente e preparo para emergências

A assistência fisioterapêutica em oncologia ocorre em uma população potencialmente vulnerável a eventos clínicos agudos. O serviço deve estar integrado ao sistema institucional de resposta a emergências.

O planejamento deve contemplar acesso rápido a:

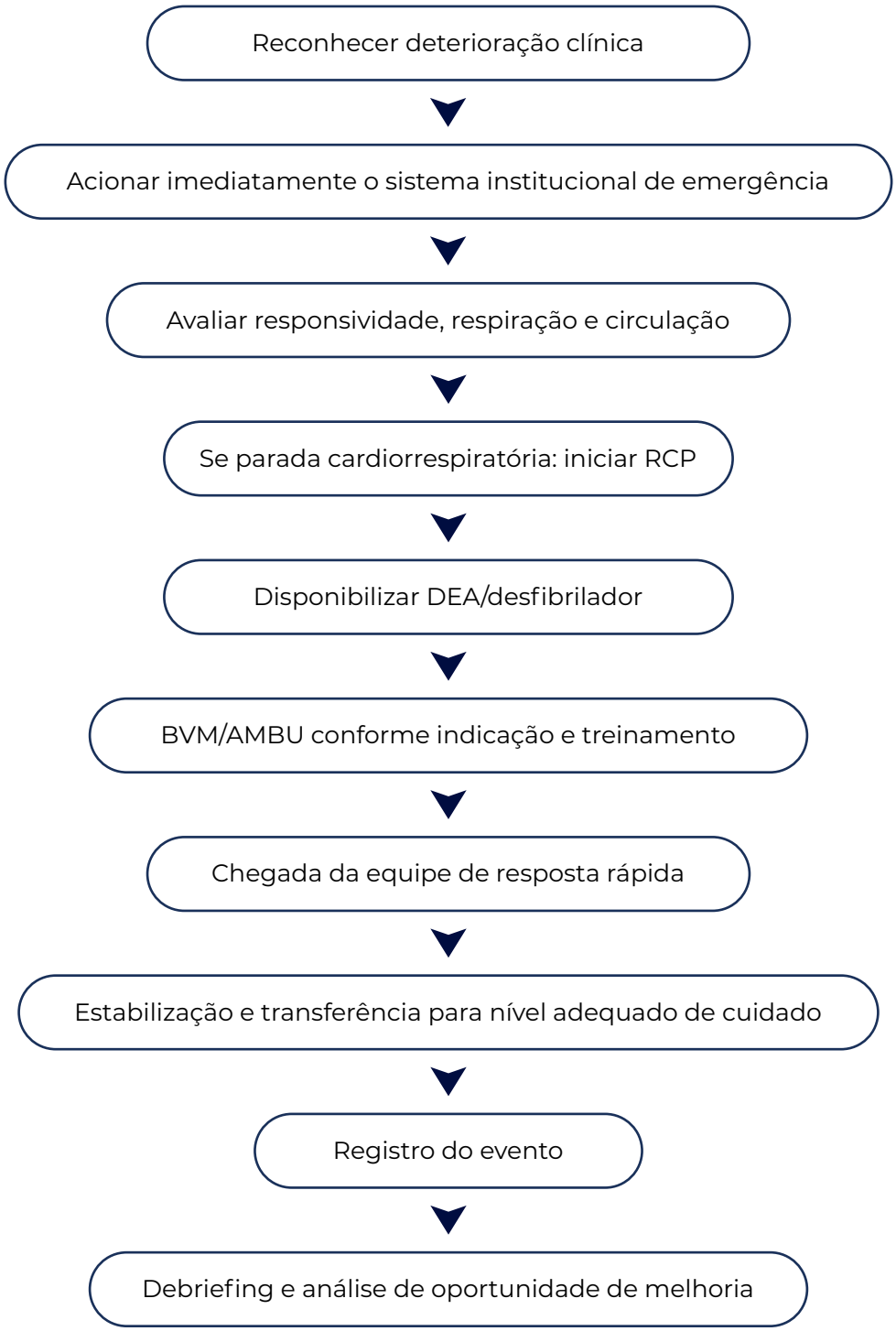
Quadro 3 – Recursos de acesso rápido para resposta a emergências

Categoria	Recursos
Reanimação e manejo de via aérea	Desfibrilador externo automático (DEA) e/ou desfibrilador institucional; bolsa-válvula-máscara (BVM/AMBU) e máscaras; materiais básicos para manejo de via aérea; aspirador, quando disponível
Oxigenoterapia	Fonte de oxigênio e dispositivos de administração
Monitoramento e avaliação	Aparelho de pressão arterial; oxímetro; estetoscópio; equipamento para glicemia capilar
Proteção e controle de sangramento	Materiais de proteção individual; materiais para controle inicial de sangramento
Suporte, transporte e comunicação	Cadeira de rodas e/ou maca; sistema de comunicação rápida com a equipe de emergência; medicamentos de emergência conforme protocolo institucional e responsabilidade médica

A disponibilidade e a localização desses recursos devem obedecer às características do estabelecimento, às normas sanitárias aplicáveis e aos protocolos institucionais.

A American Heart Association recomenda reconhecimento rápido da deterioração, ativação do sistema de resposta, ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade e utilização precoce do desfibrilador quando indicado (DEL RIOS et al., 2025).

Figura 1 – Fluxo de resposta a emergência



6.1.4 Treinamento da equipe

Não basta possuir equipamentos. Todos os profissionais devem conhecer sua localização, funcionamento e fluxo de acionamento.

Quadro 4 – Cenários recomendados para treinamento periódico e simulações da equipe

Categoria do evento	Cenários de simulação
Eventos cardiovasculares	Parada cardiorrespiratória; dor torácica; síncope
Eventos respiratórios	Insuficiência respiratória
Eventos neurológicos	Alteração neurológica súbita
Eventos durante a intervenção	Queda; reação aguda; deterioração clínica durante exercício

Uma equipe pequena deve definir previamente funções durante uma emergência:

1. Liderança;
2. Compressões torácicas;
3. Manejo de via aérea;
4. DEA/equipamentos;
5. Comunicação e acionamento da equipe institucional.

6.1.5 Integração multiprofissional

A Fisioterapia deve estar integrada à equipe assistencial desde o planejamento terapêutico.

A comunicação deve ocorrer com:

Quadro 5 – Áreas e profissionais com os quais o serviço deve manter comunicação estruturada

Profissionais e áreas
Oncologia clínica; cirurgia; radioterapia
Enfermagem; nutrição; serviço social
Terapia ocupacional; fonoaudiologia; educador físico
Psicologia; cuidados paliativos
Outros profissionais conforme a necessidade do caso

O fisioterapeuta deve participar de reuniões clínicas, discussão de casos complexos, definição de critérios de encaminhamento e construção de protocolos institucionais.

A Resolução COFFITO nº 662/2026 reconhece, inclusive, a atuação do fisioterapeuta em programas interprofissionais de assistência continuada, transição de cuidados e reinserção social, funcional e laboral do sobrevivente de câncer.

6.1.6 Perfil e formação do fisioterapeuta

A Fisioterapia em Oncologia exige formação compatível com a complexidade do cuidado. A Resolução COFFITO nº 662/2026 estabelece expressamente que o exercício da especialidade exige qualificação compatível com essa complexidade, além de princípios éticos, científicos e técnicos.

Além do conhecimento técnico, o profissional deve apresentar:

Quadro 6 – Competências exigidas do fisioterapeuta em oncologia

Categoria	Competências
Competências clínicas	Capacidade de avaliação clínica e funcional; raciocínio clínico; capacidade de reconhecer sinais de alerta
Conhecimento oncológico	Conhecimento das principais modalidades de tratamento oncológico; conhecimento das toxicidades e complicações do tratamento; conhecimento de cuidados paliativos
Competência terapêutica	Domínio da prescrição de exercício terapêutico
Competências relacionais	Capacidade de trabalhar em equipe; comunicação clara; empatia; compaixão; respeito à autonomia e às preferências do paciente

6.1.7 Dimensionamento da equipe

A legislação brasileira estabelece jornada máxima de 30 horas semanais para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

A Resolução COFFITO nº 387/2011 utiliza o turno de seis horas como referência para os parâmetros assistenciais e estabelece quantitativos máximos de pacientes por profissional, de acordo com o tipo e a complexidade da assistência. Para assistência ambulatorial especializada/intermediária, o parâmetro é de 6 a 8 pacientes por fisioterapeuta em seis horas, dependendo da complexidade.

É fundamental destacar que esse número representa limite assistencial e não meta de produtividade.

Quadro 7 – Proposta prática de dimensionamento assistencial

Perfil assistencial	Pacientes/6h por fisioterapeuta	Consideração
Baixa complexidade	até 8	Paciente clinicamente estável, intervenção estruturada
Complexidade intermediária	6–7	Maior necessidade de supervisão e ajustes
Alta complexidade	4–6	Maior monitorização e individualização
Avaliação inicial complexa	atendimento prolongado	Reduzir número de pacientes do turno
Cuidados paliativos	individualizado	Tempo definido pelas necessidades e objetivos
Grupo terapêutico	dimensionamento específico	Depende do tipo de atividade e complexidade

O responsável técnico deve considerar também tempo destinado a avaliação, registros, reuniões multiprofissionais, discussão de casos, educação do paciente, intercorrências e atividades de gestão.

A estimativa baseia-se no teto de 8 pacientes/6 horas e deve ser ajustada à complexidade, às avaliações, aos grupos, às funções administrativas, às férias, às ausências e à cobertura necessária.

6.1.8 Estrutura física e equipamentos

O serviço deve possuir estrutura compatível com sua carteira de pacientes e com os procedimentos realizados.

Quadro 8 – Espaços recomendados para a estrutura física do serviço

Espaços
Área de recepção e espera; sala para avaliação fisioterapêutica; boxes ou espaço para atendimento individual
Área para exercícios terapêuticos; espaço para treinamento funcional; área destinada a atividades em grupo
Local adequado para armazenamento de equipamentos; banheiro acessível; acesso facilitado para cadeira de rodas e maca

6.1.8.1 Equipamentos essenciais

A composição de equipamentos deve ser baseada no perfil assistencial, com aquisição de caráter progressivo e baseada na demanda real do serviço, evitando equipamentos de alto custo sem utilização clínica suficiente. Os recursos necessários estão listados no Quadro 9:

Quadro 9 – Equipamentos e recursos necessários para a estruturação do serviço de fisioterapia oncológica

Avaliação/monitoramento	Exercício terapêutico	Recursos específicos
Esfigmomanômetro	Colchonetes	Materiais para manejo de linfedema
Estetoscópio	Faixas elásticas	Dispositivos de compressão, conforme indicação
Oxímetro de pulso	Halteres	Recursos de tecnologia assistiva
Termômetro	Caneleiras	Materiais para treino de marcha e equilíbrio
Balança	Bolas terapêuticas	Agentes eletrofísicos
Fita antropométrica	Barras	
Equipamentos para avaliação funcional	Steps	
Dinamômetro	Cones	
	Plataformas de equilíbrio	
	Bicicleta ergométrica	
	Esteira	

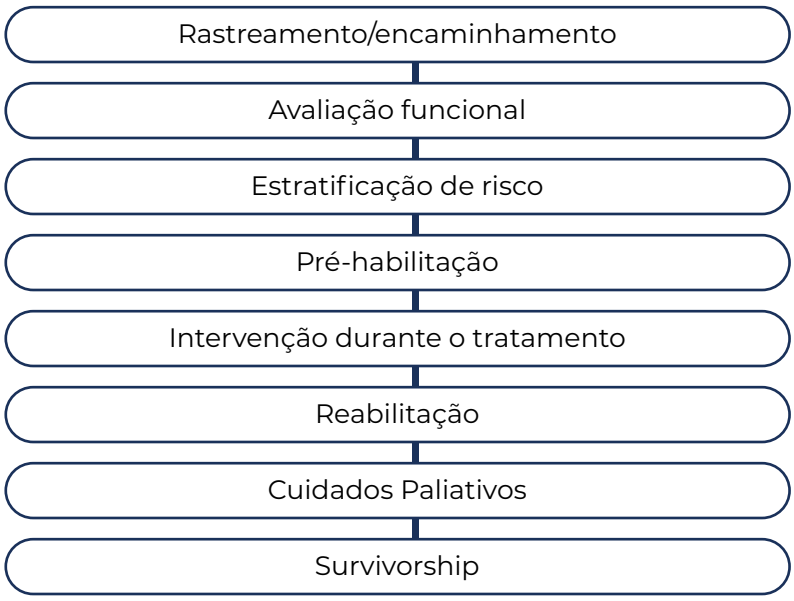
A implantação do serviço deve ser gradual, respeitando a capacidade da instituição e a demanda real. Na fase de planejamento (0–3 meses), deve ser realizado o diagnóstico da demanda (volume de pacientes por sítio tumoral, cirurgias e internações por ano), o alinhamento com a direção e o comitê de oncologia, a designação do responsável técnico e a definição da carteira inicial de pacientes. Na fase de implantação mínima (3–6 meses), ocorrem a adequação da estrutura física, a aquisição dos equipamentos essenciais (Quadro 9), a elaboração dos protocolos de segurança, a capacitação da equipe e o início do atendimento ambulatorial com critérios de encaminhamento e estratificação de risco. Na fase de consolidação (6–12 meses), a oferta é ampliada conforme a demanda, com implantação de grupos terapêuticos, avaliação da viabilidade da telerreabilitação e primeira revisão dos KPIs (seção 6.5). Na fase de expansão (a partir de 12 meses), o serviço incorpora o programa estruturado de sobrevivência, a participação em pesquisa e a integração plena à linha de cuidado oncológica.

As necessidades de área física devem ser dimensionadas a partir da carteira de pacientes projetada e do número de atendimentos simultâneos, observando as normas sanitárias e de acessibilidade aplicáveis, com definição final da metragem junto à equipe de infraestrutura da instituição. Quanto aos investimentos, recomenda-se organizar o orçamento por categorias de custo (recursos humanos, equipamentos, insumos, tecnologia, capacitação e adequação de estrutura), em vez de valores fixos, dada a variação regional e o porte dos serviços. As fontes de financiamento podem incluir o orçamento institucional, linhas de apoio à assistência oncológica e projetos de extensão e pesquisa. A apresentação do projeto à diretoria deve enfatizar o valor do serviço por meio dos indicadores propostos na seção 6.5.

6.2 Organização e Sistematização da Assistência Fisioterapêutica

A fisioterapia desempenha seu papel em todos os momentos, desde o diagnóstico e ao longo de toda a jornada, de acordo com o modelo atual. A linha de cuidado fisioterapêutica deve acompanhar a trajetória do paciente de modo contínuo e flexível, permitindo diferentes pontos de entrada conforme o diagnóstico, o tratamento, os riscos funcionais e as necessidades individuais:

Figura 2 – Linha de cuidado da Fisioterapia em Oncologia



Essa linha de cuidado deve ser flexível: nem todos os pacientes percorrerão todas as etapas, e algumas delas poderão ocorrer de forma simultânea, conforme a necessidade clínica e funcional.

6.2.1 Modelos assistenciais

O modelo assistencial define a forma organizada pela qual o serviço entrega o cuidado: onde o paciente é atendido, por qual profissional e como ele entra e transita entre as modalidades disponíveis. A organização do serviço deve contemplar diferentes modalidades de entrega, incluindo atendimento ambulatorial individual, grupos terapêuticos, atendimento hospitalar durante a internação, atendimento domiciliar quando aplicável e telerreabilitação como modalidade complementar, conforme detalhado na seção 6.4. A escolha e a combinação dessas modalidades devem considerar o porte do serviço, os recursos disponíveis e o perfil da carteira de pacientes.

A busca ativa por pacientes com risco funcional deve ser estruturada como componente do modelo assistencial, e não dependente de encaminhamentos espontâneos. O modelo de navegação em reabilitação oncológica utiliza um profissional de reabilitação na função de navegador, responsável pela triagem funcional precoce, pela identificação ativa de disfunções e pela coordenação do fluxo até o atendimento especializado. Os critérios para início do acompanhamento e encaminhamento devem ser estabelecidos a partir das demandas gerais e específicas, baseados na linha de cuidado e no risco funcional esperado para o tratamento de cada sítio tumoral, e são detalhados a seguir.

6.2.2 Critérios para encaminhamento

Os critérios são estabelecidos a partir das demandas gerais e específicas, com base na linha de cuidado e no risco funcional esperado para o tratamento de cada sítio tumoral. O encaminhamento não deve estar associado apenas a disfunções instaladas, mas também ao risco de alteração funcional, para permitir avaliação e intervenção precoces.

Quadro 10 – Critérios para encaminhamento à Fisioterapia em Oncologia

Categoria	Critérios
Critérios gerais	Cirurgias de grande porte e tratamentos multimodais; fadiga relacionada ao tratamento de câncer; risco de neuropatia periférica secundária à quimioterapia; radioterapia com risco de fibrose, retrações e diminuição da mobilidade; pós-operatório com tempo de internação prolongada
Critérios específicos por sítio tumoral	Câncer de mama: amplitude de movimento de ombro, prevenção e tratamento de linfedema; Tumores urológicos e ginecológicos: incontinência urinária, disfunções sexuais, estenose vaginal, linfedema; Tumores colorretais: disfunções anorretais e incontinência fecal; Câncer de cabeça e pescoço: trismo, paralisia facial, edema de face e pescoço, disfunção do ombro, cicatrizes e fibrose
Critérios por sintomas e perdas funcionais	Dor; dispneia; descondicionamento cardiopulmonar; redução da capacidade aeróbica e tolerância ao exercício; fraqueza muscular e sarcopenia; déficit de equilíbrio; outros

6.2.3 Estratificação de risco

A estratificação de risco é o processo pelo qual o serviço classifica cada paciente quanto ao risco de eventos adversos relacionados ao exercício e à intervenção fisioterapêutica. Enquanto os critérios de encaminhamento definem quem chega à fisioterapia, a estratificação define como cada paciente será atendido: o nível de supervisão necessário, a eventual necessidade de liberação médica prévia e os parâmetros de monitoramento durante a intervenção. A estratificação deve ser realizada na avaliação inicial e revisada sempre que o quadro clínico se modificar, em consonância com as recomendações internacionais de exercício para pessoas em tratamento oncológico.

A classificação deve considerar, no mínimo, o estado clínico geral, o desempenho funcional, o tipo e a fase do tratamento oncológico, a presença de metástase óssea, os parâmetros laboratoriais disponíveis e os sinais de alerta identificados na triagem. Propõe-se, para fins operacionais, a seguinte classificação em três níveis:

Quadro 11 – Níveis de estratificação de risco para intervenção fisioterapêutica

Nível	Perfil típico	Conduta
Baixo	Clinicamente estável; sem metástase óssea sintomática; sem toxicidade laboratorial relevante; ECOG 0–2; sem sinais de alerta	Exercício com monitoramento padrão (escala de Borg, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio); progressão usual
Intermediário	Fatores que exigem ajuste da intervenção: neuropatia periférica com déficit de equilíbrio; fadiga importante; linfedema ativo; comorbidades cardiovasculares controladas; descondicionamento acentuado; estomia; derrame pleural ou ascite	Supervisão direta; progressão lenta e gradual; monitoramento adicional (pressão arterial, glicemia capilar quando indicado); reavaliação frequente
Alto	Metástase óssea sintomática (coluna, pelve, fêmur); anemia ou trombocitopenia sintomáticas; neutropenia grave; evento tromboembólico ou evento cardíaco recente; instabilidade clínica	Discussão com a equipe médica antes de iniciar ou prosseguir a intervenção; exercício adaptado, suspenso ou substituído conforme decisão compartilhada

A avaliação do risco deve ser organizada em três domínios, conforme o modelo proposto pelo consenso internacional sobre exercício e metástase óssea, aplicável a qualquer paciente em cuidado oncológico:

- Relacionados à doença: sítio e carga metastática, presença de lesões ósseas, instabilidade espinhal e risco de fratura patológica;
- Relacionados ao câncer e ao tratamento: cirurgias recentes, quimioterapia em curso e contagens hematológicas, campos e efeitos da radioterapia (fibrose, retrações), toxicidades imunomediadas e dispositivos em uso;
- Relacionados à pessoa: comorbidades, condição física basal, medicações, preferências, objetivos e contexto de vida.

A estratificação não é um evento único. Deve ser reavaliada em momentos definidos, incluindo:

- Início de nova linha de tratamento;
- Progressão da doença;
- Ocorrência de intercorrência clínica;
- Mudança de fase do cuidado, como a transição para cuidados paliativos;
- Retorno após afastamento por intercorrência ou internação.

Pacientes classificados nos níveis intermediário e alto devem ter a estratificação registrada no prontuário, com a justificativa da classificação e a comunicação realizada à equipe. Situações que exijam interrupção imediata da intervenção seguem as condutas descritas na seção de Segurança assistencial deste capítulo. O nível de risco identificado orienta também o perfil assistencial utilizado no dimensionamento da equipe (seção 6.1).

6.2.4 Segurança assistencial

Antes e durante cada atendimento, devem ser observados o estado clínico, a tolerância ao esforço, o risco de quedas, a dor, a dispneia, os dispositivos em uso e as restrições estabelecidas pela equipe. A intervenção deve ser adaptada, interrompida ou adiada diante de piora súbita, intolerância relevante, alteração neurológica aguda, instabilidade cardiorrespiratória, risco de lesão ou qualquer condição incompatível com a continuidade segura. O evento e a conduta adotada devem ser registrados e comunicados à equipe responsável.

6.2.4.1 Parâmetros de segurança assistencial

A segurança da intervenção fisioterapêutica em oncologia deve ser operacionalizada por meio de critérios objetivos, e não apenas de princípios gerais. Os parâmetros laboratoriais tradicionalmente utilizados como referência para a decisão de iniciar, adaptar ou suspender o exercício incluem as contagens de plaquetas, hemoglobina e neutrófilos, embora a literatura indique que esses valores devem ser tratados como pontos de cautela e não como limites absolutos, considerando que a decisão final é multifatorial e deve envolver avaliação clínica individualizada e comunicação com a equipe médica. Essa abordagem é sustentada por evidência de que pacientes com contagens hematológicas reduzidas, situadas entre os critérios de suspensão da reabilitação e os de transfusão, podem manter a intervenção fisioterapêutica com liberação médica e medidas de manejo de eventos adversos, sem prejuízo funcional. Adicionalmente, o exercício tem sido associado à melhor tolerância hematológica durante a quimioterapia, o que reforça a preferência pela adaptação da intervenção em vez da suspensão automática diante de neutropenia leve a moderada. Para pacientes com metástase óssea, a conduta deve seguir as recomendações do consenso internacional, com ênfase em triagem pré-exercício, postura alinhada, movimento controlado e técnica adequada, ponderando o risco de complicações esqueléticas frente aos benefícios potenciais do exercício.

6.2.5 Acompanhamento fisioterapêutico

O monitoramento longitudinal deve ser definido conforme o risco, os sintomas, o tratamento realizado, a evolução funcional e os efeitos tardios. A reavaliação deve ser realizada em intervalos definidos pelo plano terapêutico e antecipada diante de mudanças clínicas ou funcionais, surgimento de novos sintomas, intervenção relevante ou necessidade de transição do cuidado.

6.2.6 Registros assistenciais e comunicação

Cada atendimento deve conter data, modalidade e local do atendimento, avaliação ou reavaliação realizada, diagnóstico cinético-funcional, objetivos, intervenção, resposta clínica, orientações, intercorrências, comunicação com a equipe e plano de continuidade. Os registros devem ser objetivos, rastreáveis e integrados ao prontuário institucional, respeitando confidencialidade, consentimento e normas profissionais aplicáveis.

6.3 Avaliação, Intervenção e Desfechos em Fisioterapia em Oncologia

6.3.1 Avaliação

A avaliação fisioterapêutica em oncologia deve combinar medidas de desempenho físico, desfechos relatados pelo paciente e avaliação específica de complicações relacionadas ao tratamento, permitindo caracterizar o estado funcional do paciente, orientar a intervenção e documentar resultados ao longo do cuidado. Os desfechos relatados pelo paciente complementam as medidas de desempenho, uma vez que sintomas como fadiga, dor e comprometimento da qualidade de vida frequentemente não são captados por testes físicos isolados. Para a fadiga relacionada ao câncer, a escala FACIT-Fatigue é instrumento amplamente utilizado e validado em populações oncológicas, com diferença clinicamente relevante estabelecida em pacientes em tratamento sistêmico (FABI et al., 2025). Para a qualidade de vida, o EORTC QLQ-C30 é o instrumento de referência em oncologia, contemplando escalas de função física, fadiga, dor e qualidade de vida global em um único questionário, o que favorece sua aplicação na rotina assistencial (AARONSON et al., 1993). A dor deve ser avaliada por meio de escala numérica ou visual, complementada, quando indicado, pelo Brief Pain Inventory, que caracteriza intensidade e interferência da dor nas atividades de vida diária (DAUT et al., 1983). Quanto ao linfedema, a avaliação deve incluir medidas de circunferência com fita métrica, método de maior viabilidade para a rotina dos serviços, com perimetria e bioimpedância espectroscópica como recursos complementares para detecção precoce e monitoramento quando disponíveis.

Quadro 12 – Instrumentos de avaliação fisioterapêutica em oncologia

Domínio	Instrumentos
Capacidade funcional	Teste de caminhada de 6 minutos
Força muscular	Dinamometria; teste de sentar e levantar 5 vezes
Equilíbrio e mobilidade	Romberg; Timed Up and Go (TUG)
Desfechos relatados pelo paciente	Fadiga: FACIT-Fatigue; qualidade de vida: EORTC QLQ-C30; dor: escala numérica ou visual $^{0–10}$, com Brief Pain Inventory quando indicado
Linfedema	Medidas de circunferência e volume

A escolha dos instrumentos deve considerar o momento do cuidado e a viabilidade operacional do serviço, com reavaliação em intervalos definidos pelo plano terapêutico.

6.3.2 Intervenção

Quadro 13 – Reabilitação pós-tratamento (sistêmico e local)

Sítio tumoral	Principais alterações físico-funcionais	Objetivos fisioterapêuticos	Principais intervenções
Mama	Redução da ADM do ombro; dor; síndrome da rede axilar; linfedema; fraqueza; alterações cicatriciais	Recuperar função do membro superior; prevenir e tratar linfedema; reduzir dor e limitações funcionais	Exercícios de mobilidade e fortalecimento; terapia manual; manejo cicatricial; exercícios específicos para síndrome da rede axilar; terapia descongestiva quando indicada
Cabeça e Pescoço	Dor, redução da mobilidade cervical e de ombro por paresia do trapézio; trismo; edema; fibrose; aderências cicatriciais; alterações posturais, paralisia facial	Recuperar mobilidade, força e função; reduzir dor e edema; prevenir/reduzir fibrose e limitações funcionais	Cinesioterapia; mobilização articular; fortalecimento; terapia manual; manejo de cicatriz; drenagem linfática; exercícios para trismo; reeducação postural, estímulo sensorial e de mímica facial
Pulmão e Tórax	Redução da capacidade funcional; alterações ventilatórias; dor; redução da mobilidade torácica; fraqueza; descondicionamento	Recuperar capacidade funcional e respiratória; melhorar tolerância ao esforço; prevenir complicações	Fisioterapia respiratória; treinamento aeróbico e resistido; educação
Tumores Hematológicos	Descondicionamento; fraqueza; fadiga; redução da capacidade aeróbica; alterações de equilíbrio e mobilidade	Preservar/reduzir perda funcional; recuperar força e capacidade cardiorrespiratória; promover independência	Exercício aeróbico e resistido individualizado; mobilidade; treinamento funcional; equilíbrio; exercícios respiratórios quando indicados
Pelve	Dor; redução da mobilidade; fraqueza; alterações funcionais urinárias, intestinais ou sexuais, conforme o tumor e tratamento; comprometimento da funcionalidade	Recuperar funcionalidade; reduzir dor; melhorar força e mobilidade; promover independência	Exercícios terapêuticos; fortalecimento; treinamento funcional; mobilidade; educação; abordagem fisioterapêutica específica conforme a disfunção
Tumores ósseos e sarcomas	Fraqueza; alterações da marcha; redução da mobilidade; dor; alterações após ressecção; necessidade de órteses/próteses; risco de comprometimento funcional	Recuperar mobilidade e independência; otimizar força e marcha; favorecer adaptação funcional	Treinamento de marcha; fortalecimento individualizado; exercícios funcionais; treino de equilíbrio; condicionamento; orientação para uso de órteses/próteses

6.3.3 Linfedema e alterações linfáticas

O serviço deve estar preparado para prevenção, rastreamento, avaliação e tratamento das alterações linfáticas relacionadas ao câncer.

Avaliação pré-operatória – registrar parâmetros iniciais do paciente, reconhecimento de alterações musculoesqueléticas prévias e volumetria do membro

Orientação de alta no pós-operatório inicial – durante a internação, apesar de se tratar da implantação de um serviço ambulatorial, é importante manter a linha de cuidado para início da reabilitação em tempo oportuno

Avaliação ambulatorial pós-operatória – triagem de risco de linfedema

Baixo risco → prevenção + acompanhamento

Risco intermediário → prevenção + vigilância periódica

Alto risco → vigilância intensificada + intervenção precoce

6.3.3.1 Intervenção

Quando indicado, podem ser utilizados recursos como exercícios terapêuticos, educação, cuidados com a pele, compressão e terapia descongestiva complexa, conforme avaliação individual.

A literatura sustenta a segurança e a utilidade do exercício resistido progressivo em pessoas com risco ou presença de linfedema, desde que adequadamente indicado, monitorado e individualizado.

6.3.4 Educação da pessoa atendida, da família e do cuidador

As orientações devem ser individualizadas e incluir posicionamento, mobilidade segura, conservação de energia, prevenção de quedas, uso de dispositivos, exercícios domiciliares quando indicados, cuidados com edema e pele, manejo não farmacológico de sintomas e sinais que exigem contato com a equipe. A compreensão e a capacidade de execução devem ser verificadas antes da alta ou transferência.

6.3.5 Plano terapêutico e alta

O plano deve registrar problemas prioritários, objetivos mensuráveis e compatíveis com as metas de cuidado, intervenções propostas, frequência, duração prevista, orientações e critérios de reavaliação. A alta fisioterapêutica pode ocorrer por alcance dos objetivos, estabilização com plano de autocuidado, ausência de benefício esperado, mudança das metas assistenciais, transferência, decisão compartilhada ou impossibilidade clínica de continuidade. Na alta, devem ser fornecidas orientações e definido o encaminhamento necessário.

6.4 Fisioterapia em Cuidados Paliativos e na Sobrevivência ao Câncer

Esta seção propõe-se a orientar a estruturação do serviço de fisioterapia destinado a pessoas em cuidados paliativos e a sobreviventes de câncer. Aplica-se aos atendimentos ambulatoriais, ambientes hospitalares e domiciliares realizados pela equipe de fisioterapia juntamente com a equipe multiprofissional. Destina-se a gestores, fisioterapeutas e demais profissionais envolvidos no planejamento, encaminhamento, atendimento e monitoramento desses pacientes.

6.4.1 Fisioterapia em cuidados paliativos

O objetivo da fisioterapia não é necessariamente recuperar ou maximizar a função, mas adequar a intervenção às metas de cuidado e priorizar conforto, funcionalidade possível, autonomia e qualidade de vida.

Pode contemplar:

- Controle e manejo de sintomas;
- Dor;
- Dispneia e desconforto respiratório;
- Fadiga;
- Fraqueza e perda funcional;
- Mobilidade e posicionamento;
- Prevenção de complicações relacionadas à imobilidade;
- Manejo de edema;
- Conforto no leito e nas transferências;
- Conservação de energia;
- Orientação e treinamento de familiares/cuidadores;
- Adequação de dispositivos auxiliares;
- Cuidados na fase de fim de vida;
- Definição de critérios para manutenção, redução ou suspensão da intervenção.

6.4.2 Sobrevivência (survivorship): um componente estruturado do serviço

O acompanhamento do sobrevivente de câncer deve ser incorporado à organização do serviço, e não tratado como uma etapa opcional.

A ASCO disponibiliza recomendações específicas para problemas de longo prazo, incluindo fadiga, neuropatia, saúde musculoesquelética, função cardíaca e outras consequências do tratamento.

O NCCN também incorpora ao conceito de sobrevivência (survivorship) a identificação e o manejo de problemas físicos e psicossociais relacionados ao câncer e ao tratamento, além de promoção de atividade física e hábitos de vida saudáveis.

6.4.2.1 Proposta de programa de sobrevivência

O serviço pode organizar um programa estruturado composto por:

Quadro 14 – Processo fisioterapêutico: avaliação inicial, intervenção e reavaliação

Fase	Conteúdo
Avaliação inicial	Força; capacidade funcional; equilíbrio; marcha; mobilidade; fadiga; dor; neuropatia; linfedema; nível de atividade física; qualidade de vida
Intervenção	Exercício aeróbico; treinamento resistido; equilíbrio; flexibilidade; treinamento funcional; educação para atividade física; prevenção de quedas; autocuidado; orientações para continuidade do exercício após a alta
Reavaliação	Comparação dos resultados funcionais; identificação de novas necessidades; definição de alta ou continuidade; encaminhamento para outras especialidades quando necessário

6.4.2.2 Grupo de sobrevivência

Como modelo operacional, pode-se organizar grupos de 6–10 participantes, desde que apresentem perfil funcional compatível.

Um ciclo de 8–12 semanas pode incluir sessões supervisionadas de exercício, educação e acompanhamento de indicadores funcionais.

Esse formato é uma proposta organizacional do serviço, e não um número estabelecido pelo COFFITO, NCCN ou ASCO. O tamanho do grupo deve sempre considerar segurança, complexidade e capacidade de supervisão.

A proposta está alinhada ao conceito contemporâneo de cuidado coordenado, abrangente, baseado em evidências e centrado na pessoa defendido pelas recomendações ASCO/MASCC para o cuidado ao sobrevivente.

6.4.3 Transição e continuidade do cuidado

O fisioterapeuta deve participar da discussão junto à equipe multiprofissional sobre a transição e a continuidade do cuidado nas diversas fases do tratamento, contemplando:

- Transição do tratamento ativo para acompanhamento de sobrevivência;
- Transição para cuidados paliativos;
- Integração entre assistência ambulatorial, hospitalar e domiciliar;
- Comunicação entre serviços;
- Compartilhamento de informações no prontuário;
- Plano de continuidade;
- Encaminhamento para outros níveis de atenção;
- Retorno à fisioterapia diante de novas necessidades.

6.4.4 Telerreabilitação

A telerreabilitação constitui modalidade complementar ao atendimento presencial, especialmente relevante no acompanhamento de sobreviventes de câncer, no retorno às atividades laborais e no atendimento de pacientes com limitação de deslocamento ou residentes em áreas distantes dos centros de referência. A evidência atual demonstra que programas de exercício oncológico conduzidos por tecnologias digitais produzem ganhos significativos de capacidade cardiorrespiratória e de nível de atividade física, com redução da fadiga, em comparação ao cuidado habitual. A implantação da telerreabilitação no serviço deve considerar a avaliação inicial presencial, a triagem de segurança do ambiente domiciliar, o letramento digital e o acesso à internet do paciente, além de critérios claros de elegibilidade: pacientes classificados no nível de risco alto da estratificação (seção 6.2) devem permanecer em acompanhamento presencial, e a modalidade remota deve ser reservada aos níveis baixo e intermediário, com reavaliação presencial periódica.

6.5 Gestão de Resultados, Educação, Pesquisa e Inovação

A fisioterapia ocupa posição estratégica nos sistemas de saúde, contribuindo não apenas para a recuperação funcional e redução de incapacidades, mas também para a qualidade, segurança e sustentabilidade da assistência.

Esta seção apresenta conceitos fundamentais, ferramentas práticas e reflexões aplicadas à realidade dos serviços de fisioterapia, com ênfase na construção de organizações capazes de aprender continuamente e gerar melhores resultados para pacientes, profissionais e instituições.

6.5.1 Gestão Orientada para Resultados

6.5.1.1 Conceito

A gestão em saúde vem passando por uma transição importante: do foco exclusivo na produtividade para a valorização dos resultados alcançados.

Embora informações como número de atendimentos realizados, ocupação profissional e utilização de recursos sejam relevantes, elas não são capazes, isoladamente, de demonstrar o impacto do cuidado fisioterapêutico. Uma gestão orientada para resultados procura responder questões relacionadas à efetividade, segurança, eficiência e valor assistencial.

Nesse modelo, o gestor não se limita a acompanhar o que foi realizado, mas busca compreender os efeitos produzidos pelas intervenções na funcionalidade, nos sintomas, na experiência do paciente e na utilização dos recursos disponíveis.

Quadro 15 – Objetivos da gestão orientada para resultados

Dimensão	Objetivos
Desfechos e valor	Melhorar desfechos clínicos e funcionais; demonstrar o valor da fisioterapia
Decisão e recursos	Apoiar a tomada de decisão; otimizar recursos assistenciais
Segurança e melhoria contínua	Promover a segurança do paciente; direcionar estratégias de melhoria contínua

A pergunta mais importante não é “quanto fizemos?”, mas “quais resultados produzimos com aquilo que fizemos?”.

6.5.2 Indicadores de Desempenho em Fisioterapia

6.5.2.1 O papel dos indicadores

Indicadores constituem instrumentos essenciais para transformar atividades assistenciais em informações úteis para a gestão.

Segundo o modelo clássico de Donabedian 1988, a qualidade dos serviços de saúde pode ser analisada por meio de três componentes principais: estrutura, processo e resultado. Esse modelo continua sendo amplamente utilizado para a construção de sistemas de avaliação em saúde.

Na fisioterapia, os indicadores permitem monitorar a qualidade da assistência, identificar oportunidades de melhoria e demonstrar resultados para pacientes, gestores e organizações.

Quadro 16 – Indicadores

Categoria de indicador	O que avalia	Exemplos de indicadores
Estrutura	Capacidade operacional e recursos disponíveis para o funcionamento do serviço	Quantidade de fisioterapeutas; qualificação profissional; disponibilidade de equipamentos; cobertura assistencial
Processo	Como o cuidado fisioterapêutico é realizado	Tempo para avaliação inicial; adesão a protocolos; frequência de reavaliações; qualidade dos registros assistenciais
Resultados	Impacto da assistência sobre a condição funcional e clínica do paciente	Mobilidade; marcha; transferências; independência funcional; força muscular; complicações clínicas
Segurança	Ocorrência de eventos que possam comprometer a segurança do paciente durante a assistência	Quedas; eventos adversos; intercorrências relacionadas ao tratamento
Experiência do paciente	Percepção e participação do paciente no cuidado recebido	Satisfação; comunicação efetiva; participação nas decisões terapêuticas
Eficiência	Relação entre recursos utilizados, tempo e produção assistencial	Tempo de resposta; utilização de recursos; produtividade assistencial
Desenvolvimento profissional	Qualificação contínua e desenvolvimento técnico-científico da equipe	Capacitações realizadas; produção científica; participação em eventos; certificações obtidas

Um conjunto central de medidas para avaliação da função física em adultos que recebem fisioterapia hospitalar reforça a importância da mensuração sistemática dos resultados funcionais.

6.5.2.2 Proposta de indicadores-chave de desempenho (KPIs) do serviço

A definição de indicadores-chave de desempenho (KPIs, do inglês *key performance indicators*) transforma as categorias de avaliação em medidas concretas, com fórmula de cálculo, meta e frequência de medição definidas. A literatura demonstra que a reabilitação é recomendada pela maioria das diretrizes oncológicas, mas a utilização real dos serviços permanece baixa, com lacunas importantes entre a necessidade identificada, o encaminhamento e a conclusão do cuidado. O monitoramento sistemático por KPIs permite ao serviço quantificar essas lacunas em sua própria realidade, direcionar ações de melhoria e demonstrar o valor da fisioterapia para a instituição. A mensuração dos desfechos funcionais deve seguir instrumentos padronizados, conforme o conjunto central de medidas proposto para avaliação da função física em adultos atendidos por fisioterapia. Propõe-se o seguinte conjunto inicial de KPIs, a ser ajustado conforme o porte e a carteira de pacientes do serviço:

Quadro 17 – Proposta de indicadores-chave de desempenho do serviço de Fisioterapia em Oncologia

KPI	Categoria	Fórmula de cálculo	Meta sugerida	Frequência
Tempo até a primeira avaliação	Processo	Dias úteis entre encaminhamento e avaliação inicial	≤ 7 dias úteis	Mensal
Taxa de captação da pré-habilitação	Processo	Pacientes avaliados no pré-operatório ÷ pacientes elegíveis × 100	≥ 80%	Trimestral
Taxa de conclusão do plano terapêutico	Processo	Atendimentos realizados ÷ atendimentos agendados × 100	≥ 80%	Mensal
Adesão ao programa de sobrevivência	Processo	Concluintes do ciclo ÷ participantes iniciantes × 100	≥ 70%	Trimestral
Evolução funcional	Resultado	Pacientes com melhora clinicamente relevante (TC6, dinamometria, FACIT-F) ÷ pacientes reavaliados × 100	≥ 60%	Semestral
Incidência de linfedema em vigilância	Resultado	Novos casos ÷ pacientes em vigilância × 100	Redução ano a ano	Semestral
Quedas em atendimento	Segurança	Número de quedas ÷ 1.000 atendimentos	Zero	Mensal
Eventos adversos relacionados à intervenção	Segurança	Eventos adversos ÷ 1.000 atendimentos	Tendência decrescente	Mensal
Absenteísmo	Eficiência	Faltas ÷ atendimentos agendados × 100	≤ 15%	Mensal
Satisfação do paciente	Experiência	Pacientes satisfeitos ou muito satisfeitos ÷ respondentes × 100	≥ 85%	Semestral

Os KPIs devem ser revisados periodicamente pela equipe, com discussão dos resultados em reuniões de serviço e registro de planos de ação quando as metas não forem atingidas. As metas apresentadas são propostas de partida e devem ser calibradas após os primeiros ciclos de medição, evitando-se tanto padrões permissivos quanto metas inatingíveis que desestimulem a equipe. Os dados para o cálculo dos indicadores devem ser extraídos dos registros assistenciais descritos na seção 6.2 e dos instrumentos de avaliação descritos na seção 6.3, o que reforça a importância da qualidade e da completude da documentação.

6.5.3 Liderança e Desenvolvimento de Pessoas

6.5.3.1 Liderança na fisioterapia

A liderança representa uma competência progressivamente mais importante para fisioterapeutas que assumem responsabilidades relacionadas à coordenação de equipes ou serviços. Mais do que supervisionar atividades, liderar envolve criar condições para que as pessoas desenvolvam seu potencial, participem das decisões e contribuam para a melhoria contínua dos processos assistenciais.

6.5.3.2 Competências fundamentais

Quadro 18 – Lista as competências necessárias para atuação em gestão.

Competências técnicas	Competências relacionais	Competências estratégicas
Conhecimento clínico	Comunicação	Planejamento
Conhecimento regulatório	Escuta ativa	Gestão de mudanças
Gestão da qualidade	Negociação	Gestão de projetos
	Gestão de conflitos	Tomada de decisão

6.5.4 Educação Permanente em Saúde

A educação permanente é um processo contínuo de aprendizagem que ocorre a partir das necessidades reais do trabalho. Nesse modelo, situações observadas na assistência tornam-se oportunidades para reflexão, desenvolvimento profissional e aperfeiçoamento dos serviços.

6.5.4.1 Educação permanente na fisioterapia oncológica

Na fisioterapia oncológica, a necessidade de atualização constante é particularmente relevante devido à evolução das terapias antineoplásicas e ao crescimento da produção científica na área.

Uma revisão de escopo apresentada no World Physiotherapy Congress 2025 identificou heterogeneidade nos processos de formação e lacunas relacionadas às competências específicas da fisioterapia oncológica, destacando a importância da capacitação estruturada dos profissionais.

6.5.5 Pesquisa e Produção de Conhecimento

A pesquisa aplicada surge frequentemente de problemas observados na prática clínica.

Questões relacionadas à efetividade das intervenções, à organização dos processos ou aos resultados alcançados podem ser transformadas em perguntas de pesquisa capazes de produzir conhecimento relevante para a tomada de decisão.

A World Physiotherapy reconhece que a geração, disseminação e implementação de evidências constituem elementos fundamentais para o avanço da profissão.

6.5.5.1 Prática Baseada em Evidências

A prática baseada em evidências integra quatro elementos fundamentais:

- Melhor evidência científica disponível;
- Experiência clínica do profissional;
- Preferências e valores do paciente;
- Contexto assistencial.

Segundo a World Physiotherapy, os fisioterapeutas têm responsabilidade ética e profissional de fundamentar suas decisões na melhor evidência disponível e evitar intervenções sem benefício comprovado ou potencialmente prejudiciais. Na oncologia, essa abordagem apresenta relevância crescente devido à ampliação da atuação fisioterapêutica em diferentes momentos da jornada do paciente, incluindo pré-habilitação, tratamento ativo, reabilitação e cuidados paliativos.

6.5.6 Implementação do Conhecimento e Inovação

A existência de evidência científica não garante sua incorporação na prática clínica. A implementação requer planejamento estruturado, capacitação profissional, definição de fluxos, disponibilidade de recursos e monitoramento dos resultados obtidos. Nesse contexto, a inovação pode ser compreendida como a introdução de mudanças capazes de gerar valor para pacientes, profissionais e organizações.

A inovação não está necessariamente associada a tecnologias complexas. Frequentemente, ela ocorre por meio da reorganização de processos, criação de indicadores, implementação de protocolos ou desenvolvimento de novas estratégias educacionais.

6.5.7 Modelo Integrado de Melhoria Contínua

A articulação entre gestão, pesquisa, educação e inovação pode ser representada por um ciclo contínuo de aprendizagem organizacional:

Gestão → Resultados → Perguntas → Pesquisa → Conhecimento → Educação → Implementação → Inovação → Novos Resultados → Gestão.

Nesse modelo, os resultados assistenciais deixam de representar apenas o produto do trabalho e passam a constituir fonte permanente de aprendizagem e aprimoramento institucional.

6.6 Considerações Finais

A gestão em fisioterapia não substitui a assistência. Ao contrário, amplia a capacidade dos profissionais de transformar conhecimento em resultados concretos para pacientes, equipes e organizações.

Serviços que desenvolvem competências relacionadas à gestão, educação permanente, pesquisa e inovação tornam-se mais preparados para enfrentar desafios assistenciais, promover melhores desfechos clínicos e responder às necessidades crescentes dos sistemas de saúde.

Assim, a pergunta que deve orientar a evolução dos serviços continua sendo:

O que nossos resultados estão nos ensinando?

REFERÊNCIAS

1. AARONSON, N. K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ--C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. Journal of the National Cancer Institute, v. 85, n. 5, p. 365-376, 1993. DOI: 10.1093/jnci/85.5.365.

2. ADRIAENSSENS, N. et al. The role of physiotherapy in cancer care in the Europe Region: a position paper of the Cancer Working Group of Europe Region World Physiotherapy. Journal of Cancer Rehabilitation, v. 6, n. 2, p. 70-79, 2023.

3. AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY. Cancer Rehabilitation & Supportive Care. Alexandria: ASCO, [s.d.]. Disponível em: https://www.asco.org/news-initiatives/current-initiatives/cancer-care-initiatives/prevention-survivorship/survivorship-compendium/cancer-rehab-supportive-care. Acesso em: 23 set. 2026.

4. AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY. Guidelines on Survivorship Care. Alexandria: ASCO, [s.d.]. Disponível em: https://www.asco.org/news-initiatives/current--initiatives/cancer-care-initiatives/prevention-survivorship/survivorship-compendium/guidelines. Acesso em: 23 set. 2026.

5. BAŤALÍK, L. et al. Effect of exercise-based cancer rehabilitation via telehealth: a systematic review and meta-analysis. BMC Cancer, v. 24, art. 606, 2024. DOI: 10.1186/s12885-024-12348-w.

6. BRASIL. Lei nº 8.856, de 1º de março de 1994. Fixa a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 mar. 1994. Disponível em: https://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8856.htm. Acesso em: 23 set. 2026.

7. CAMPBELL, K. L. et al. Exercise guidelines for cancer survivors: consensus statement from International Multidisciplinary Roundtable. Medicine & Science in Sports & Exercise, v. 51, n. 11, p. 2375-2390, 2019. DOI: 10.1249/MSS.0000000000002116.

8. CAMPBELL, K. L. et al. Exercise recommendation for people with bone metastases: expert consensus for health care providers and exercise professionals. JCO Oncology Practice, v. 18, n. 4, p. e596-e607, 2022.

9. CHEVILLE, A. L. et al. Cancer related lymphedema. BMJ, v. 390, e081351, 2025. DOI: 10.1136/bmj-2024-081351.

10. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº 387, de 8 de junho de 2011. Fixa e estabelece os parâmetros assistenciais fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta e dá outras providências. Brasília, DF: COFFITO, 2011. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=1533. Acesso em: 23 set. 2026.

11. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº 662, de 19 de agosto de 2026. Disciplina a especialidade profissional de Fisioterapia em Oncologia e dá outras providências. Brasília, DF: COFFITO, 2026. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=40593. Acesso em: 23 set. 2026.

12. COOPER, G. et al. Lymphoedema measurement methods in cancer survivors: accuracy, health economics and practice implications. British Journal of Nursing, 2026. DOI: 10.12968/bjon.2025.0442.

13. DAUT, R. L.; CLEELAND, C. S.; FLANERY, R. C. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. Pain, v. 17, n. 2, p. 197-210, 1983. DOI: 10.1016/0304-3959(83)90143-4.

14. DEL RIOS, M. et al. Part 1: executive summary: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, v. 152, supl. 2, p. S284-S312, 2025. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001372.

15. DENT, E. et al. International clinical practice guidelines for sarcopenia (ICFSR): screening, diagnosis and management. The Journal of Nutrition, Health & Aging, v. 22, n. 10, p. 1148-1161, 2018. DOI: 10.1007/s12603-018-1139-9.

16. DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

17. FABI, A. et al. Validation of the FACIT-Fatigue scale in patients with locally advanced or metastatic breast cancer. The Oncologist, 2025. DOI: 10.1093/oncolo/oyaf292.

18. HARRINGTON, S. et al. Utilization outcomes of a cancer rehabilitation (CRNav) program: getting to the quadruple aim in cancer care. Supportive Care in Cancer, 2025. DOI: 10.1007/s00520-025-09388-8.

19. HART, N. H. et al. Survivorship care for people affected by advanced or metastatic cancer: MASCC--ASCO standards and practice recommendations. JCO Oncology Practice, 2024. DOI: 10.1200/OP.23.00716.

20. HOUSTON, J. G. et al. What are safe hemoglobin, neutrophil and platelet counts for people with hematological malignancies to participate in exercise and activities of daily living: a scoping review. Supportive Care in Cancer, 2025. DOI: 10.1007/s00520-025-09612-5.

21. KHMETHONG, U.; HAWSAWI, S.; SCHNEIDER, J. K. The effects of exercise on symptoms of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Oncology Nursing Forum, v. 51, n. 5, p. 426-444, 2024.

22. LIGIBEL, J. A. et al. Exercise, diet, and weight management during cancer treatment: ASCO guideline. Journal of Clinical Oncology, v. 40, n. 22, p. 2491-2507, 2022. DOI: 10.1200/JCO.22.00687.

23. MAYER, K. P. et al. A core set of outcome measures to assess physical function for adults participating in physical therapist treatment in the hospital: a clinical practice guideline. Physical Therapy, v. 105, n. 6, 2025.

24. MORIYAMA, T. et al. Safety of rehabilitation interventions for patients with hematologic diseases associated with low blood counts — verification focusing on blood cancer. Journal of Physical Therapy Science, v. 33, n. 1, p. 761-766, 2021. DOI: 10.1589/jpts.33.761.

25. NAKAGAWA, N. et al. Exercise intervention for the management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a systematic review and network meta-analysis. Frontiers in Neurology, v. 15, art. 1346099, 2024. DOI: 10.3389/fneur.2024.1346099.

26. SANFT, T. et al. NCCN Guidelines Insights: Survivorship, Version 2.2025. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, v. 23, n. 6, p. 208-217, 2025. DOI: 10.6004/jnccn.2025.0028.

27. SCHAUER, S. G. et al. Exercise training as prophylactic strategy in the management of neutropenia during chemotherapy. British Journal of Pharmacology, 2022. DOI: 10.1111/bph.15141.

28. SHAFFER, R. et al. Exploring the landscape: a scoping review of educational standards in oncology physiotherapy. In: World Physiotherapy Congress 2025, Tokyo, 2025. Abstracts.

29. STOUT, N. L. et al. A systematic review of rehabilitation and exercise recommendations in oncology guidelines. CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 71, n. 3, p. 237-259, 2021. DOI: 10.3322/caac.21639.

30. VARGO, M. M. et al. Current diagnostic and quantitative techniques in the field of lymphedema management: a critical review. Medical Oncology, 2024. DOI: 10.1007/s12032-024-02472-9.

31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality health services: a planning guide. Geneva: WHO, 2020.

32. WORLD PHYSIOTHERAPY. Policy statement: Evidence-based practice. London: World Physiotherapy, 2023.

33. WORLD PHYSIOTHERAPY. Policy statement: Quality services. London: World Physiotherapy, 2023.

34. WORLD PHYSIOTHERAPY. Policy statement: Research. London: World Physiotherapy, 2023.

35. WORLD PHYSIOTHERAPY. Policy statement: Standards of physiotherapist practice. London: World Physiotherapy, 2023.

7. ENFERMAGEM ONCOLÓGICA: FUNDAMENTOS ESTRUTURAIS PARA A JORNADA DO PACIENTE

Autoras: Anna Carolina Riul Messias, Christiane Inocêncio Vasques, Larissa dos Santos Talarico Machado, Karina Alexandra Batista da Silva Freitas, Tainã Clarissa Oliveira Silva dos Santos e Talita Oliveira de Lima

7.1 Objetivo do Capítulo

Orientar a estruturação mínima necessária da enfermagem oncológica para garantir a segurança do paciente, a organização assistencial e a continuidade do cuidado, em serviços de qualquer porte no Brasil.

7.2 Estrutura Organizacional e Governança

7.2.1 Por que essa área é importante na oncologia?

A governança define papéis, responsabilidades e mecanismos de decisão, sendo pré-requisito para a segurança do paciente e para o funcionamento sustentável do serviço de terapia antineoplásica.

7.2.2 O que são os requisitos mínimos para funcionamento do serviço?

A instituição deve dispor, no mínimo, de:

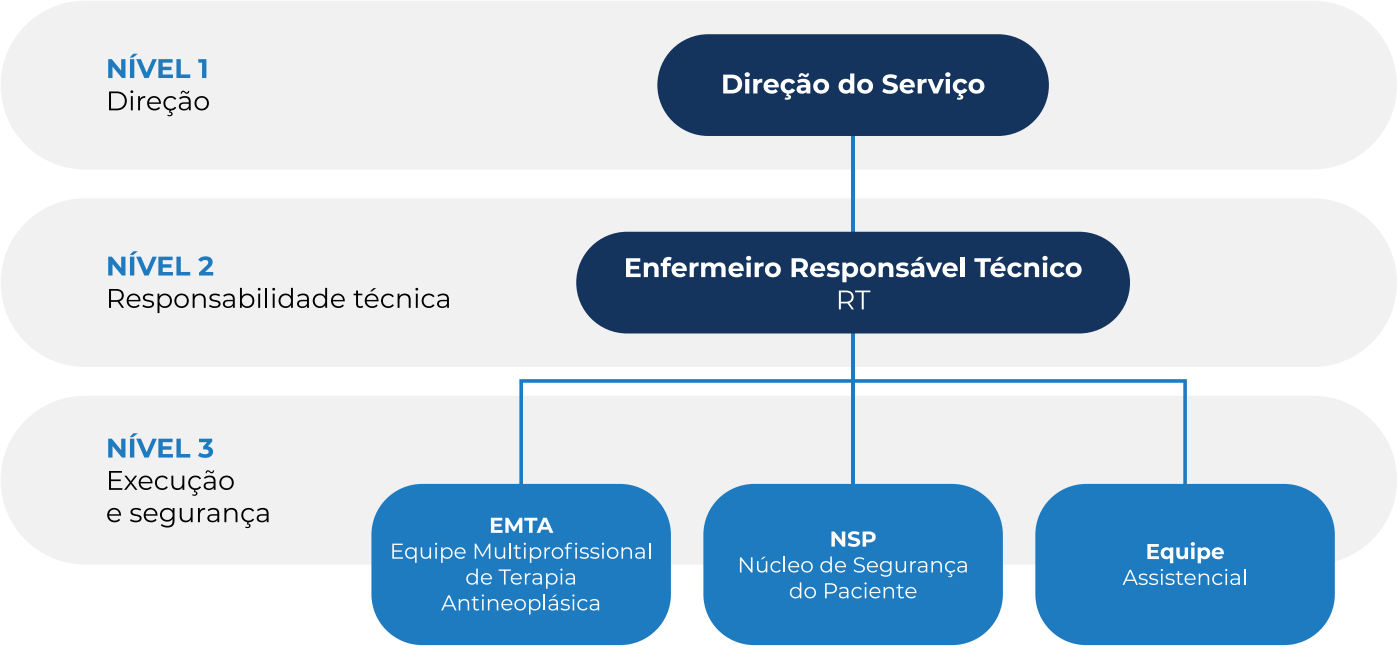
- Enfermeiro Responsável Técnico (RT), com registro no Coren e Anotação de Responsabilidade Técnica (ART), conforme RDC ANVISA nº 220/2004 (item 5.2.5) e Resolução COFEN nº 782/2025, alterada pela nº 784/2025;
- Protocolos institucionais formalizados: fluxos assistenciais, POPs e políticas de segurança para manipulação de antineoplásicos;
- Equipe mínima qualificada: RT e enfermeiro presente durante todo o período de funcionamento (Resolução COFEN nº 146/1992), e técnicos de enfermagem dimensionados pela complexidade assistencial;
- Equipe Multiprofissional de Terapia Antineoplásica (EMTA) — farmacêutico, enfermeiro e médico especialista —, conforme RDC ANVISA nº 220/2004 (itens 4.6 e 5.2.2);
- Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) formalmente constituído, com Plano de Segurança do Paciente e fluxo de notificação à vigilância sanitária (RDC ANVISA nº 36/2013);
- Regularidade sanitária: alvará atualizado e, para serviços vinculados ao SUS, habilitação como CACON/UNACON ou subcategoria correspondente;
- Processo de Enfermagem documentado em prontuário (Resolução COFEN nº 736/2024);
- Agenda de governança: reuniões periódicas de gestão de riscos, auditoria e indicadores, com periodicidade definida pela instituição.

O título de especialista em oncologia e a atuação do enfermeiro navegador são recomendados, mas não constituem exigência sanitária para o funcionamento do serviço.

7.2.3 Como essa área se integra ao restante da equipe?

A governança de enfermagem articula-se com a EMTA na definição de protocolos de prescrição e acompanhamento, com o NSP na gestão de riscos e eventos adversos, e com a direção institucional na alocação de recursos e no dimensionamento de equipe.

7.2.4 Organograma mínimo de governança



7.3 Dimensionamento de Equipe de Enfermagem

7.3.1 Por que essa área é importante na oncologia?

O dimensionamento inadequado fragiliza as barreiras de segurança do paciente oncológico, aumentando o risco de erros de medicação, eventos adversos e sobrecarga da equipe.

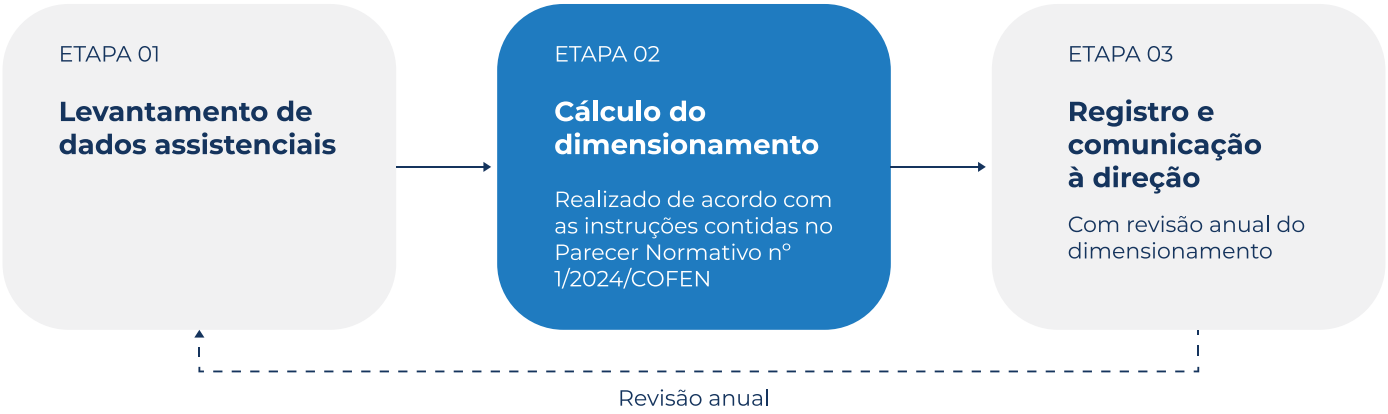
7.3.2 O que é o mínimo necessário para existir?

- O dimensionamento é atribuição técnica do Enfermeiro Responsável Técnico (Lei nº 7.498/1986; Decreto nº 94.406/1987), considerando a complexidade assistencial, o volume e o perfil da população — nunca apenas o número de leitos ou procedimentos;
- Referencial normativo vigente: Resolução COFEN nº 743/2024 (revoga a nº 543/2017) e Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN, que consolidam os parâmetros de planejamento da força de trabalho;
- Restrição legal que antecede o cálculo: pela NR-32, gestantes e nutrizes devem ser afastadas de atividades com antineoplásicos (item 32.3.9.4.6, alínea “b”);
- O dimensionamento deve ser documentado (método, parâmetros e data) e revisado, no mínimo, anualmente e sempre que houver mudança relevante de volume, complexidade ou portfólio terapêutico;
- Quadro insuficiente deve ser comunicado formalmente pelo RT à direção, com registro (Resolução COFEN nº 782/2025).

7.3.3 Como essa área se integra ao restante da equipe?

O dimensionamento depende de dados compartilhados com a direção institucional e impacta diretamente a capacidade operacional da sala de infusão e a segurança da EMTA.

7.3.4 Fluxo mínimo de revisão do dimensionamento



7.4 Segurança do Paciente Oncológico

7.4.1 Por que essa área é importante na oncologia?

A complexidade dos tratamentos antineoplásicos — cálculos individualizados de dose, múltiplas etapas de verificação e risco de eventos graves — exige barreiras de segurança estruturadas e uma cultura institucional não punitiva.

7.4.2 O que é o mínimo necessário para existir?

a) Identificação do paciente: no mínimo dois identificadores (nome completo e um segundo, como data de nascimento ou nome da mãe); nunca leito, quarto ou diagnóstico. Conferência obrigatória antes da administração de medicamentos e hemocomponentes, coletas, procedimentos, dietas, manejo de dispositivos e transporte do paciente.

b) Sistema de quatro verificações independentes — prescrição, preparo, beira-leito e presença do paciente —, cada uma cega em relação à anterior; qualquer não conformidade suspende o processo (Figura 1).

c) Planos de resposta a emergências: protocolo institucional escrito, com capacitação periódica e simulações, para reação infusional, extravasamento e neutropenia febril. Cada protocolo deve definir, no mínimo: critérios de reconhecimento e classificação de gravidade; condutas imediatas por etapa; atribuições de enfermagem, equipe médica e farmácia; e registro obrigatório em prontuário, com notificação ao NSP. Parâmetros clínicos específicos — escalas de gravidade, antídotos e esquemas terapêuticos — devem seguir a literatura vigente e ser detalhados no protocolo institucional, e não neste guia estrutural.

d) Sistema de notificação e análise de eventos: instrumento padronizado, cultura não punitiva, classificação em quase erro (near miss), incidente sem dano e evento adverso, ciclo notificar → analisar → agir → comunicar, e indicadores de acompanhamento (taxa de notificação, tempo de análise, recorrência).

7.4.3 Como essa área se integra ao restante da equipe?

A segurança do paciente perpassa toda a jornada assistencial e depende da atuação coordenada entre enfermagem, farmácia, equipe médica e o Núcleo de Segurança do Paciente, que consolida indicadores e conduz a análise de eventos.

7.4.4 Fluxograma — Sistema de verificações independentes

Figura 1 – Fluxo de checagem dos antineoplásicos



Fonte: Elaborada pelas autoras com auxílio de inteligência artificial generativa (ChatGPT, versão Plus). Conteúdo fundamentado em SIEGEL et al. 2024. Figura elaborada com auxílio de IA (ONE by Adapta, 2026), revisada e validada pelas autoras, que assumem total responsabilidade pelo conteúdo.

7.5 Terapia Antineoplásica: Estrutura Física e Operacional

7.5.1 Por que essa área é importante na oncologia?

A administração de antineoplásicos exige ambiente dedicado, equipamentos calibrados e rastreabilidade completa, dado o risco intrínseco de erro e de exposição ocupacional.

7.5.2 O que é o mínimo necessário para existir?

Estrutura física: sala ou área exclusiva e dimensionada, com posto de enfermagem com visão preferencial, área de emergência (carrinho, desfibrilador e oxigênio), expurgo, superfícies laváveis, energia de reserva, descarte seguro de perfurocortantes, acesso restrito e chamada de emergência por leito/poltrona.

Equipamentos e insumos mínimos: bomba de infusão volumétrica calibrada por leito/poltrona; carrinho de emergência completo e monitor de sinais vitais compartilhados; geladeira exclusiva para termolábeis, com registro de temperatura; insumos para punção, sistemas fechados de administração, EPI e soluções de diluição em quantidade suficiente, com manutenção periódica documentada.

Rastreabilidade completa: prescrição → validação farmacêutica → preparo (lote, validade e responsável) → conferência (quatro verificações) → administração (registro de sinais vitais e intercorrências) → notificação de eventos ao NSP.

Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (RSS, Grupos B e E): segregação na fonte, acondicionamento identificado, coleta por equipe treinada com EPI, abrigo exclusivo, tratamento e disposição final licenciados, Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) documentado e capacitação periódica da equipe.

7.5.3 Como essa área se integra ao restante da equipe?

A farmácia responde pela validação e pelo preparo; a enfermagem, pela administração e pela monitorização; a gestão ambiental e de infraestrutura (facilities), pelo PGRSS; todas as etapas alimentam os indicadores do NSP.

7.5.4 Checklist de habilitação da sala de infusão

- Estrutura física e equipamentos disponíveis em condições de funcionamento, com calibração/manutenção vigente quando aplicável e registro de checagem periódica;
- Protocolos, insumos e EPI disponíveis;
- PGRSS vigente e equipe capacitada para descarte seguro.

7.6 Gestão de Acessos Vasculares

7.6.1 Por que essa área é importante na oncologia?

A escolha inadequada do dispositivo de acesso vascular aumenta o risco de extravasamento, obstrução e infecção de corrente sanguínea — a principal infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) em pacientes oncológicos.

7.6.2 O que é o mínimo necessário para existir? Quais os requisitos mínimos a serem avaliados?

Critérios de seleção individualizados, definidos antes do início do tratamento: potencial vesicante do protocolo; número de ciclos previstos (acima de seis, considerar cateter venoso central de longa permanência – CVC-LP, em conjunto com as condições de rede venosa); tempo de infusão (acima de 30 minutos, considerar CVC-LP); e condições da rede venosa, com uso de instrumento padronizado (escala A-DIVA).

Protocolo institucional para manuseio de cateter totalmente implantado, PICC e cateter tunelizado, contemplando: avaliação pré-punção; técnica asséptica; confirmação de perviedade antes do uso; cuidados durante a permanência puncionada; e manutenção quando não puncionado (solução e periodicidade conforme evidência e recomendação do fabricante).

Prevenção de infecção de corrente sanguínea (bundles de inserção e manutenção): higienização das mãos, máxima barreira estéril na inserção, antissepsia com clorexidina alcoólica 2%, reavaliação diária da necessidade do dispositivo, troca de curativo e equipos conforme protocolo, e minimização de desconexões do sistema.

Manejo restrito a enfermeiro capacitado para cateter totalmente implantado, PICC e cateter tunelizado (dispositivos periféricos podem ser manuseados por técnico de enfermagem capacitado). Inserção de PICC exige capacitação específica. A instituição deve manter registro de capacitação e de avaliação de competência.

Registro padronizado do dispositivo: identificação e inserção; avaliação do acesso (óstio de inserção/reservatório); manejo (perviedade, flushing/locking, curativo); intercorrências e complicações; e remoção.

7.6.3 Como essa área se integra ao restante da equipe?

A indicação do dispositivo é compartilhada entre a equipe médica (protocolo terapêutico) e a enfermagem (avaliação da rede venosa). A vigilância de infecção articula-se com o NSP e o serviço de controle de infecção, quando existente.

7.6.4 Checklist de indicação do dispositivo

- Potencial vesicante e duração do protocolo considerados na escolha do dispositivo;
- Considerar rede venosa, avaliada pela escala A-DIVA, e condições clínicas do paciente;
- Disponibilidade de equipe capacitada e de estrutura adequada para inserção e manutenção do dispositivo indicado.

7.7 Navegação de Pacientes

7.7.1 Por que essa área é importante na oncologia?

A navegação identifica e ajuda a superar barreiras de acesso, diagnóstico e continuidade do tratamento, com previsão legal no âmbito do SUS (Lei nº 14.758/2023; Portaria GM/MS nº 6.592/2025).

7.7.2 O que é o mínimo necessário para existir?

- A navegação não é requisito obrigatório para toda unidade ambulatorial oncológica fora do escopo do Programa Nacional de Navegação do SUS; é estratégia organizacional a ser adotada conforme o perfil e o risco da população atendida;
- Quando implantada por enfermeiro, segue a Resolução COFEN nº 735/2024 (atuação privativa do enfermeiro), com avaliação de necessidades, identificação de barreiras, plano individualizado, coordenação do cuidado e registro das intervenções;
- Quando adotado, o programa deve ser formalizado por protocolo, com população-alvo, critérios de elegibilidade, fluxo de escalonamento e indicadores (tempo diagnóstico-tratamento, absenteísmo, perda de seguimento).

7.7.3 Como essa área se integra ao restante da equipe?

A navegação complementa, sem substituir, a avaliação clínica e a decisão terapêutica; articula-se com a equipe assistencial para intervir sobre as barreiras identificadas.

7.7.4 Fluxo mínimo de navegação



Fonte: Freeman HP, Rodriguez RL. The origin, evolution, and principles of patient navigation. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2012;21(10):1614-7. • Oncology Nursing Society. Oncology Nurse Navigator Competencies. 2024 • Res. COFEN nº 735/2024 • Portaria GM/MS nº 6.592/2025 • Chen M et al. Curr Oncol Rep. 2024;26:504-37.

7.8 Monitoramento de Desfechos e Indicadores Assistenciais

7.8.1 Por que essa área é importante na oncologia?

Indicadores traduzem a qualidade assistencial em dados objetivos, orientando a gestão de riscos, a auditoria e a melhoria contínua.

7.8.2 O que é o mínimo necessário para existir?

Cada indicador deve possuir ficha técnica padronizada (conceito, fórmula, numerador, denominador, meta, fonte de dados e periodicidade). Indicadores essenciais recomendados:

Indicador	Fórmula	Meta
Produção (volume e eficiência)		
Pacientes em tratamento ativo	Contagem de pacientes com plano terapêutico ativo no mês	Acompanhar tendência
Sessões de quimioterapia realizadas	Contagem de administrações realizadas no período	Acompanhar tendência
Taxa de ocupação de poltronas/leitos	(poltronas-dia ocupadas ÷ disponíveis) × 100	Definida pela instituição
Taxa de cancelamento de sessões	(sessões canceladas ÷ programadas) × 100	Definida pela instituição
Tempo médio de permanência na sala de infusão	Somatório do tempo (min) ÷ nº de pacientes	Definida pela instituição
Qualidade e segurança		
Tempo entre diagnóstico e início do tratamento	Somatório de dias ÷ nº de pacientes; % em ≤ 60 dias	Média ≤ 60 dias
Taxa de infecção de corrente sanguínea associada a dispositivo vascular	(nº ICS ÷ dias de cateter) × 1.000	Monitoramento contínuo vs. benchmark
Incidência de quedas em pacientes de risco	(nº de quedas ÷ nº de pacientes de risco) × 100	Redução progressiva
Adesão às verificações independentes	(administrações com checklist completo ÷ total) × 100	100%
Incidência de reação infusional	(nº de reações ÷ nº de administrações) × 100	Monitoramento contínuo vs. benchmark
Incidência de extravasamento	(nº de extravasamentos ÷ nº de antineoplásicos vesicantes) × 100	Monitoramento contínuo vs. benchmark
Incidência de infiltração	(nº de infiltrações ÷ nº de antineoplásicos irritantes/não vesicantes) × 100	Monitoramento contínuo vs. benchmark

Experiência e desfecho		
Cobertura de navegação	(pacientes navegados ÷ elegíveis) × 100	Definida pela instituição
Taxa de absenteísmo	(sessões não realizadas ÷ programadas) × 100	Definida pela instituição
Satisfação do paciente (NPS)	% promotores − % detratores	Definida pela instituição

7.8.3 Como essa área se integra ao restante da equipe?

Os indicadores alimentam o NSP, a EMTA e a governança institucional, subsidiando planos de ação e a comparação com benchmarks (ex.: NHSN/ANVISA).

7.9 Comissões Obrigatórias

7.9.1 Por que essa área é importante na oncologia?

A implantação de um serviço de terapia antineoplásica exige estruturas formais de governança, segurança e qualidade, compatíveis com os riscos do cuidado oncológico.

7.9.2 O que é o mínimo necessário para existir?

São consideradas obrigatórias as comissões cuja constituição é expressamente determinada por legislação ou norma aplicável ao estabelecimento. Comissões vinculadas a atividades específicas (hemoterapia, radiologia, terapia nutricional) não integram esta relação quando a atividade não fizer parte do serviço.

Estrutura	Obrigatoriedade	Base normativa	Atribuição central
Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	Obrigatória	RDC ANVISA nº 36/2013	Plano de Segurança do Paciente; gestão de riscos e notificação de eventos
Comissão de Revisão de Prontuários	Obrigatória onde há assistência médica	Resolução CFM nº 1.638/2002	Qualidade, completude e rastreabilidade dos registros
Comissão de Ética de Enfermagem (CEE)	Obrigatória se ≥ 50 profissionais de enfermagem	Resolução COFEN nº 792/2025	Orientação, educação e apuração ética da enfermagem

Essas estruturas não substituem os demais requisitos técnicos e assistenciais aplicáveis ao Serviço de Terapia Antineoplásica, definidos pela RDC ANVISA nº 220/2004.

7.9.3 Como essa área se integra ao restante da equipe?

As comissões (NSP, Revisão de Prontuários e CEE) compartilham dados de qualidade, segurança e ética, retroalimentando os indicadores e as ações corretivas da governança de seções anteriores.

7.10 Normativas regulatórias para a atuação do enfermeiro em um centro de oncologia ambulatorial

Norma/RDC	Órgão	Ano	Tema	Por que é necessária?	Aplicabilidade
Lei nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987 Vigentes.	Federal	1986/1987	Exercício profissional	Regulamentam o exercício da Enfermagem e definem competências privativas do enfermeiro, base de toda a estrutura de responsabilidade técnica do guia.	Essencial
Resolução COFEN nº 743/2024 + Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN Vigentes; revogaram a Res. 543/2017.	COFEN	2024	Dimensionamento de equipe	Consolidam os parâmetros técnicos de planejamento da força de trabalho de enfermagem, obrigação que decorre da Lei 7.498/86 independentemente da forma normativa.	Essencial
Resolução COFEN nº 569/2018 Vigente.	COFEN	2018	Quimioterapia antineoplásica	Regulamento técnico específico da atuação de enfermagem na terapia antineoplásica — norma central do escopo assistencial do ambulatório.	Essencial
Resolução COFEN nº 736/2024 Vigente.	COFEN	2024	Processo de Enfermagem	Torna obrigatória a documentação sistematizada do processo de enfermagem em prontuário, base da rastreabilidade exigida no guia.	Essencial
Resolução COFEN nº 146/1992 Vigente.	COFEN	1992	Cobertura assistencial	Exige enfermeiro presente durante todo o período de funcionamento do serviço.	Essencial
Resolução COFEN nº 564/2017 Vigente (Código de Ética).	COFEN	2017	Ética profissional	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; fundamenta a atuação da Comissão de Ética de Enfermagem (seção 7.9 deste guia).	Essencial

Resolução COFEN nº 782/2025 (alterada pela nº 784/2025). Publicada em 2025 — recomenda-se confirmar vigência junto ao COFEN antes de aplicação.	COFEN	2025	Anotação de Responsabilidade Técnica	Regulamenta a ART do enfermeiro Responsável Técnico, formalizando a liderança exigida pela RDC 220/2004.	Essencial
RDC ANVISA nº 220/2004 Vigente. Norma central da atuação de enfermagem em terapia antineoplásica.	ANVISA	2004	Administração de antineoplásicos pela enfermagem	Define as etapas do processo assistencial sob responsabilidade da enfermagem: verificação da prescrição, participação na EMTA, administração e monitorização.	Essencial
RDC ANVISA nº 36/2013 Vigente.	ANVISA	2013	Segurança do paciente	Institui ações de segurança do paciente que a enfermagem executa na linha de frente: identificação, dupla checagem e notificação de eventos.	Essencial
RDC ANVISA nº 63/2011 Vigente. Citada aqui apenas pelos artigos executados pela enfermagem — não pelos requisitos de licenciamento predial.	ANVISA	2011	Identificação do paciente e higiene das mãos	Torna obrigatória a existência de mecanismos de identificação do paciente e de higienização das mãos, ações diretamente executadas pela equipe de enfermagem em cada contato assistencial.	Essencial
RDC ANVISA nº 36/2013 (já listada acima). Reaplica-se aqui pelo dever de vigilância e prevenção de eventos infecciosos relacionados à assistência.	ANVISA	2013	Prevenção de IRAS	Fundamenta a obrigação de a enfermagem aplicar e registrar bundles de prevenção de infecção de corrente sanguínea associada a dispositivo vascular.	Essencial
RDC ANVISA nº 222/2018 Vigente. Revogou a RDC nº 306/2004 — não usar mais a norma antiga.	ANVISA	2018	Segregação e descarte pela enfermagem	Atribui à equipe assistencial — na prática, a enfermagem — a segregação na fonte e o acondicionamento correto dos resíduos químicos de antineoplásicos (Grupo B).	Essencial

Resolução CONAMA nº 358/2005 Vigente.	CONAMA	2005	Tratamento e destinação	Complementa a RDC 222/2018; relevante à enfermagem principalmente quanto à capacitação sobre segregação correta.	Complementar
NR-32 (Portaria MTE nº 485/2005) Vigente; última alteração de vigência em 2023.	Min. do Trabalho e Emprego	2005	Proteção da equipe de enfermagem	Norma central de proteção da enfermagem exposta a antineoplásicos e material biológico; impõe restrições diretas à escala da equipe.	Essencial
NR-6 e NR-7 Vigentes.	Min. do Trabalho e Emprego	-	EPI e saúde ocupacional da enfermagem	Definem o fornecimento de EPI e o acompanhamento médico ocupacional da equipe de enfermagem exposta a risco químico e biológico.	Complementar
Resolução CFM nº 1.638/2002 Vigente.	CFM	2002	Comissão de Revisão de Prontuários	Torna obrigatória a Comissão de Revisão de Prontuários em estabelecimentos com assistência médica — item de governança deste guia (seção 7.9).	Essencial
Lei nº 13.709/2018 (LGPD) Vigente.	Federal (Lei)	2018	Proteção de dados	Classifica dado de saúde como dado sensível; impõe controles de acesso, finalidade e retenção sobre o prontuário e os registros do NSP.	Essencial
Lei nº 14.238/2021 (Estatuto da Pessoa com Câncer). Vigente.	Federal (Lei)	2021	Direitos do paciente oncológico	Assegura atendimento prioritário, acompanhante e informação clara — deveres de conduta que a enfermagem cumpre em cada contato assistencial.	Essencial
Portaria GM/MS nº 1.820/2009 Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Vigente; atualizada por deliberação do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS nº 553) — recomenda-se conferir a versão vigente da Carta antes de reproduzi-la.	Min. da Saúde / CNS	2009	Direitos do paciente	Estabelece direitos e deveres gerais dos usuários, relevantes à postura da enfermagem: informação, consentimento e respeito à autonomia.	Complementar

Lei nº 14.450/2022 Vigente.	Federal (Lei)	2022	Navegação — câncer de mama	Cria o Programa Nacional de Navegação de Pacientes para pessoas com neoplasia maligna de mama, recorte específico dentro do SUS.	Conforme o serviço
Portaria GM/MS nº 6.592/2025 Vigente.	Min. da Saúde	2025	Navegação - SUS	Institui o Programa de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer no SUS, regulamentando a Lei nº 14.758/2023 nesse eixo.	Conforme o serviço
Resolução COFEN nº 735/2024 Vigente.	COFEN	2024	Navegação - enfermagem	Quando a navegação é exercida por enfermeiro, define competências e exige registro da atividade nos Conselhos Regionais.	Conforme o serviço



REFERÊNCIAS

1. ANVISA. Caderno 6 — Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Brasília, DF: ANVISA, [s.d.].

2. ARANGOA MILLER, M.; FRAZIER-WARMACK, V.; CASTELO, K. Standardized venous access assessment and safe chemotherapy administration to reduce adverse venous events. Clinical Journal of Oncology Nursing, v. 27, n. 3, p. 305-309, 2023.

3. BACKLER, C.; KIRMSE, J. M. Access devices guideline: recommendations for nursing practice and education. 4. ed. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society, 2023.

4. BÖLL, B. et al. Central venous catheter-related infections in hematology and oncology: 2020 updated guidelines. Annals of Hematology, v. 100, n. 1, p. 239-259, 2021.

5. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de identificação do paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

6. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

7. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios diagnósticos de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília, DF: ANVISA, 2017.

8. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004. Aprova o Regulamento Técnico de Funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 set. 2004.

9. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 mar. 2018.

10. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

11. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento técnico para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mar. 2002.

12. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer Normativo nº 1/2024/COFEN. Estabelece parâmetros para o planejamento da força de trabalho de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2024.

13. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 210, de 1998.

14. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 258, de 12 de julho de 2001. Dispõe sobre a inserção de cateter periférico central pelo enfermeiro. Brasília, DF: COFEN, 2001.

15. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 569, de 19 de fevereiro de 2018. Aprova o Regulamento Técnico da Atuação dos Profissionais de Enfermagem em Quimioterapia Antineoplásica. Brasília, DF: COFEN, 2018.

16. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 735, de 17 de janeiro de 2024. Normatiza a atuação do Enfermeiro Navegador e do Enfermeiro Clínico Especialista. Brasília, DF: COFEN, 2024.

17. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 736, de 2024. Dispõe sobre o Processo de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2024.

18. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 743, de 2024. Revoga a Resolução COFEN nº 543/2017. Brasília, DF: COFEN, 2024.

19. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 782/2025, alterada pela Resolução COFEN nº 784/2025. Brasília, DF: COFEN, 2025

20. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 792, de 8 de outubro de 2025. Regulamenta a Comissão de Ética de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2025.

21. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários. Brasília, DF: CFM, 2002.

22. BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 maio 2005.

23. BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986.

24. BRASIL. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer.

25. BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem.

26. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.592, de 4 de fevereiro de 2025. Institui e regulamenta o Programa de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer no âmbito do SUS.

27. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32): segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília, DF: MTE, 2005.

28. BUETTI, N. et al. Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 update.

Infection Control & Hospital Epidemiology, v. 43, n. 5, p. 553-569, 2022.

29. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Bloodstream Infection Event. In: NHSN Patient Safety Component Manual. Atlanta, GA: CDC, 2024.

30. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Intravascular catheter-related infection (BSI) prevention guidelines. Atlanta, GA: CDC, 2024.

31. CHEN, M.; WU, V. S.; FALK, D. et al. Patient navigation in cancer treatment: a systematic review. Current Oncology Reports, v. 26, p. 504-537, 2024.

32. DAMS, C.; WALPOLA, R.; SCHEMBRI, A. M.; HARRISON, R. The ultimate question? Evaluating the use of Net Promoter Score in healthcare: a systematic review. Health Expectations, v. 25, n. 5, p. 2328-2339, 2022.

33. DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

34. DUGGAN, C. et al. Vascular access device type for systemic anti-cancer therapies: a scoping review protocol. British Journal of Nursing, v. 32, n. 7, p. S18-S22, 2023.

35. FREIFELD, A. G. et al. Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update. Clinical Infectious Diseases, v. 52, n. 4, p. e56-e93, 2011.

36. INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. ISMP Targeted Medication Safety Best Practices for Hospitals: 2026-2027. Horsham, PA: ISMP, 2026.

37. INTERNATIONAL SOCIETY OF ONCOLOGY PHARMACY PRACTITIONERS. ISOPP standards of practice for the safe handling of cytotoxic drugs. Journal of Oncology Pharmacy Practice, v. 28, supl. 3, p. S1-S126, 2022.

38. KLASTERSKY, J. et al. Management of febrile neutropenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology, v. 27, supl. 5, p. v111-v118, 2016.

39. MARTIN, L. G. R. Dimensionamento de profissionais de enfermagem em ambulatório de oncologia e hematologia. 2013. 106 f. Tese – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

40. MERMEL, L. A. Short-term peripheral venous catheter-related bloodstream infections: a systematic review. Clinical Infectious Diseases, v. 65, n. 10, p. 1757-1762, 2017.

41. MOSS, J. G. et al. Central venous access devices for the delivery of systemic anticancer therapy (CAVA): a randomised controlled trial. The Lancet, v. 398, n. 10298, p. 403-415, 2021.

42. NICKEL, B. et al. Infusion therapy standards of practice. 9. ed. Journal of Infusion Nursing, v. 47, n. 1S, p. S1-S285, 2024.

43. O'GRADY, N. P. et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Clinical Infectious Diseases, v. 52, n. 9, p. e162-e193, 2011.

44. OLSEN, M. et al. Chemotherapy and immunotherapy: guidelines and recommendations for practice. 2. ed. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society, 2023.

45. ONCOLOGY NURSING SOCIETY. Chemotherapy and biotherapy guidelines and recommendations for practice. 4. ed. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society, 2019.

46. ONCOLOGY NURSING SOCIETY. Oncology Nursing Society oncology nurse practitioner competencies. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society, 2019.

47. PAGNUTTI, L. et al. Difficult intravenous access tool in patients receiving peripheral chemotherapy: a pilot-validation study. European Journal of Oncology Nursing, v. 20, p. 58-63, 2016.

48. SANTOS, D. V.; GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de profissionais de enfermagem em quimioterapia ambulatorial: aplicação do método Workload Indicators of Staffing Need. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 53, e03456, 2019.

49. SIEGEL, R. D. et al. Antineoplastic therapy administration safety standards for adult and pediatric oncology: ASCO-ONS standards. JCO Oncology Practice, v. 20, n. 10, p. 1314-1330, 2024.

50. VAN LOON, F. H. J. et al. The modified A-DIVA scale as a predictive tool for prospective identification of adult patients at risk of a difficult intravenous access. Journal of Clinical Medicine, v. 8, n. 2, p. 144, 2019.

51. VIEIRA, N. N. P.; VASQUES, C. I. Manuseio de cateter totalmente implantado: manual de condutas. 2. ed. Brasília, DF, 2021.

52. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conceptual framework for the international classification for patient safety (ICPS): version 1.1. Geneva: WHO, 2009.

53. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global patient safety action plan 2021-2030. Geneva: WHO, 2021.

54. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for the prevention of bloodstream infections and other infections associated with the use of intravascular catheters: part 1: peripheral catheters. Geneva: WHO, 2024.

55. YEOW, M. et al. A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials on choice of central venous access device for delivery of chemotherapy. Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders, v. 10, n. 5, p. 1184-1191, 2022.

8. GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA AMBULATORIAL

Autores: Georgia Silveira de Oliveira, Viviane Dias Rodrigues e Nivaldo Barroso de Pinho

8.1 Por que implantar um Serviço de Nutrição Oncológica?

A implantação de um Serviço de Nutrição Oncológica Ambulatorial tem como objetivo organizar, qualificar e integrar o cuidado nutricional ao longo da jornada do paciente com câncer. A desnutrição, a perda de massa muscular, a sarcopenia, a obesidade sarcopênica, os sintomas gastrointestinais e as alterações metabólicas são frequentes durante o tratamento oncológico e podem impactar diretamente a tolerância ao tratamento, a toxicidade, a funcionalidade, a qualidade de vida e os desfechos clínicos.

8.2 Planejamento e Estruturação do Serviço de Nutrição Oncológica

Como planejar e estruturar um serviço?

A implantação de um Serviço de Nutrição Oncológica exige planejamento institucional, definição de objetivos, análise da demanda assistencial e organização dos recursos disponíveis. Essa etapa é fundamental para garantir que o serviço seja viável, sustentável, integrado à rotina da instituição e alinhado às necessidades dos pacientes e da equipe multiprofissional.

8.2.1 Diagnóstico institucional e análise de necessidades

Antes da implantação, é necessário realizar um diagnóstico da realidade institucional, considerando o perfil dos pacientes atendidos, os tipos de câncer mais prevalentes, os tratamentos disponíveis, os fluxos já existentes e as principais demandas nutricionais.

Devem ser avaliados:

- Volume de pacientes oncológicos atendidos;
- Perfil clínico e nutricional da população;
- Presença de ambulatório de quimioterapia, radioterapia, cirurgia oncológica, hematologia ou cuidados paliativos;
- Frequência de sintomas que impactam a alimentação;
- Existência ou ausência de protocolos nutricionais;
- Disponibilidade de equipe especializada;

8.2.2 Definição da missão, visão e objetivos do serviço

A **missão** do serviço deve refletir seu compromisso com o cuidado nutricional individualizado, seguro, baseado em evidências científicas e integrado à assistência oncológica.

A **visão** deve direcionar para a consolidação do serviço como referência em cuidado nutricional oncológico, com foco em qualidade assistencial, inovação, precisão e pesquisa.

Os **objetivos** podem incluir:

- Identificar precocemente o risco nutricional, a desnutrição e a sarcopenia;
- Prevenir e tratar desnutrição e perda de massa muscular;
- Melhorar a tolerância ao tratamento oncológico;
- Manejar as toxicidades do tratamento;
- Promover educação nutricional para pacientes e familiares;

- Integrar a nutrição às linhas de cuidado oncológicas;
- Monitorar indicadores clínicos e assistenciais.

8.2.3 Estrutura física e recursos necessários

A estrutura física deve garantir acolhimento, privacidade, segurança e condições adequadas para avaliação nutricional. O serviço pode estar vinculado ao ambulatório de oncologia, quimioterapia, radioterapia, hospital-dia ou centro de cuidados integrados.

Recursos recomendados:

- Consultório para atendimento individual;
- Balança antropométrica;
- Estadiômetro;
- Fita métrica inelástica;
- Dinamômetro manual;
- Equipamento de bioimpedância, quando disponível;
- Materiais educativos;
- Protocolos impressos ou digitais;
- Prontuário eletrônico com campos específicos para avaliação nutricional;
- Espaço para reuniões multiprofissionais e discussão de casos.

8.2.4 Dimensionamento da equipe

O dimensionamento da equipe deve considerar o volume de atendimentos, a complexidade dos pacientes, a carga horária disponível, os tipos de tratamento oferecidos e o modelo assistencial proposto.

A equipe mínima deve incluir nutricionista com formação em oncologia. Serviços mais complexos podem demandar nutricionistas dedicados por linha de cuidado, além de integração formal com médicos oncologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais e equipe de cuidados paliativos.

8.2.5 Aspectos éticos, legais e normativos

A implantação do serviço deve respeitar os princípios éticos da assistência em saúde, garantindo sigilo, autonomia, consentimento, segurança do paciente e atuação dentro das competências profissionais.

Devem ser observados:

- Legislação profissional vigente e código de ética atualizado;
- Normas institucionais;
- Registros adequados em prontuário;
- Segurança na prescrição dietética e suplementar;
- Critérios para indicação de terapia nutricional oral, enteral ou parenteral;
- Protocolos de encaminhamento;
- Comunicação clara com paciente, família e equipe;
- Respeito às condições clínicas, culturais, sociais e econômicas do paciente.

8.3 Organização da Assistência em Nutrição Oncológica

Como organizar os fluxos assistenciais?

O serviço deve estabelecer fluxos claros de triagem, avaliação, encaminhamento, acompanhamento e plano de reavaliação nutricional, contemplando os diferentes momentos do tratamento oncológico.

8.3.1 Linhas de cuidado ao longo da jornada oncológica

A nutrição deve estar inserida em todas as fases do cuidado oncológico:

- Diagnóstico;
- Pré-tratamento;
- Quimioterapia;
- Radioterapia;
- Imunoterapia;
- Hormonioterapia;
- Cirurgia oncológica;
- Transplante de medula óssea, quando aplicável;
- Reabilitação;
- Seguimento pós-tratamento (sobrevivência);
- Cuidados paliativos.

Cada etapa apresenta demandas específicas, exigindo protocolos adaptados ao tipo de tumor, tratamento, sintomas, estado nutricional, funcionalidade e prognóstico.

8.3.2 Triagem nutricional

A triagem nutricional deve ser realizada precocemente, preferencialmente no início da jornada oncológica, com o objetivo de identificar pacientes em risco nutricional e priorizar o atendimento.

A triagem deve considerar:

- Perda de peso involuntária;
- Redução da ingestão alimentar;
- Sintomas gastrointestinais;
- Redução do índice de massa corporal (IMC);
- Alteração da composição corporal;
- Redução da força muscular;
- Tipo e localização do tumor;
- Tratamento estabelecido;
- Doença avançada;
- Idade avançada e fragilidade.

8.3.3 Critérios de encaminhamento e elegibilidade

Devem ser definidos critérios objetivos para encaminhamento ao serviço de nutrição oncológica. São exemplos de pacientes prioritários:

- Perda de peso recente;
- Baixa ingestão alimentar;
- Sintomas persistentes, como náuseas, vômitos, diarreia, constipação, mucosite, disfagia, dor ou anorexia;
- Tumores de maior risco nutricional, como os de trato gastrointestinal alto, pâncreas, cabeça e pescoço e pulmão, além dos onco-hematológicos;
- Pacientes em quimioterapia, radioterapia ou tratamento combinado;
- Pacientes idosos ou frágeis;
- Qualquer criança com câncer;
- Pacientes com sarcopenia ou suspeita de perda muscular;
- Pacientes em cuidados paliativos;
- Necessidade de terapia nutricional oral, enteral ou parenteral.

8.3.4 Atendimento ambulatorial, hospitalar e em cuidados paliativos

Embora o foco do serviço seja ambulatorial, é importante que exista integração com os demais pontos de cuidado.

No ambulatório, o atendimento deve priorizar prevenção, orientação, manejo de sintomas, prescrição nutricional individualizada e acompanhamento longitudinal.

No hospital, a atuação deve contemplar pacientes internados, perioperatório, intercorrências clínicas, complicações nutricionais e suporte nutricional especializado.

Nos cuidados paliativos, a nutrição deve ser conduzida com foco em conforto, funcionalidade, manejo de sintomas, tomada de decisão compartilhada, respeito à autonomia e alinhamento com os objetivos de cuidado.

As orientações para o cuidado nutricional do paciente oncológico ao longo do tratamento devem ser buscadas em diretrizes e consensos atualizados.

8.3.5 Fluxos assistenciais e integração multiprofissional

A integração multiprofissional é um dos pilares do serviço. O nutricionista deve participar de reuniões clínicas, visitas multiprofissionais (rounds), discussão de casos e construção de planos terapêuticos integrados.

Os fluxos devem definir:

- Quem realiza a triagem;
- Quando o paciente é encaminhado;
- Quais critérios indicam prioridade;
- Com que periodicidade são feitas as reavaliações;
- Como registrar as condutas;
- Como comunicar alterações relevantes à equipe;
- Quando acionar outros profissionais;
- Como monitorar adesão e evolução clínica.

8.4 Capacitação das Equipes e Desenvolvimento de Competências

Como capacitar equipes e implementar o cuidado?

A qualidade do Serviço de Nutrição Oncológica depende diretamente da formação técnica da equipe, da padronização das práticas e da capacidade de atuação integrada. A capacitação contínua favorece maior segurança assistencial, atualização científica e alinhamento institucional.

Os gestores devem incentivar todos os profissionais a buscar titulação e formação especializada em nutrição oncológica, com atualização permanente.

8.4.1 Formação em nutrição oncológica

A equipe deve ser capacitada em temas essenciais da nutrição oncológica, incluindo:

- Fisiopatologia do câncer e do tratamento oncológico;
- Desnutrição relacionada ao câncer;
- Sarcopenia e obesidade sarcopênica;
- Triagem e diagnóstico nutricional;
- Avaliação de composição corporal;
- Manejo de sintomas;
- Terapia nutricional oral, enteral e parenteral;
- Nutrição no perioperatório oncológico;
- Nutrição em quimioterapia, radioterapia, imunoterapia e cuidados paliativos;
- Comunicação com paciente e família;
- Tomada de decisão compartilhada;
- Registro em prontuário;
- Indicadores de qualidade.

A capacitação pode ocorrer por meio de treinamentos internos, protocolos institucionais, discussão de casos, aulas, cursos, supervisão clínica, participação em congressos e incentivo à produção científica.

8.5 Gestão, Indicadores e Sustentabilidade do Serviço

Como avaliar, sustentar e expandir o serviço?

A gestão do Serviço de Nutrição Oncológica deve ser orientada por indicadores, avaliação de resultados e melhoria contínua. A sustentabilidade do serviço depende da capacidade de demonstrar valor clínico, assistencial, institucional e acadêmico.

8.5.1 Indicadores de qualidade e desempenho

Indicadores permitem monitorar a efetividade do serviço e identificar oportunidades de melhoria.

Exemplos de indicadores:

- Número de pacientes triados;
- Percentual de pacientes em risco nutricional;
- Tempo entre triagem e primeiro atendimento nutricional;
- Número de atendimentos realizados;
- Taxa de comparecimento;
- Taxa de perda de seguimento;
- Prevalência de desnutrição;
- Prevalência de sarcopenia ou baixa força muscular, que pode persistir após 6 meses de seguimento;
- Adesão à suplementação nutricional;
- Necessidade de terapia nutricional enteral ou parenteral;
- Encaminhamentos multiprofissionais;
- Satisfação do paciente.

8.5.2 Avaliação de resultados clínicos

Além dos indicadores operacionais, o serviço deve acompanhar desfechos clínicos e psicossociais relevantes.

Podem ser avaliados:

- Evolução do estado nutricional;
- Ingestão alimentar;
- Avaliação da massa muscular;
- Força de preensão manual;
- Sintomas gastrointestinais;
- Funcionalidade;
- Qualidade de vida;
- Fragilidade e fadiga;
- Tolerância ao tratamento;
- Interrupções ou atrasos terapêuticos;
- Reinternações;
- Complicações relacionadas ao estado nutricional.

8.5.3 Monitoramento contínuo e melhoria da qualidade

A melhoria contínua deve fazer parte da cultura do serviço. Os indicadores devem ser analisados periodicamente, com identificação de problemas, definição de metas, revisão de fluxos e implantação de ações corretivas.

Ferramentas úteis incluem:

- Auditoria de prontuários;
- Percepção de melhora;
- Reuniões de avaliação de indicadores;
- Protocolos assistenciais;
- Listas de verificação (checklists);
- Fluxogramas;
- Treinamentos periódicos;
- Avaliação de satisfação;
- Discussão de casos.

8.5.4 Pesquisa, ensino e inovação

Um Serviço de Nutrição Oncológica estruturado também pode atuar como campo de ensino, pesquisa e inovação. A organização dos dados assistenciais permite gerar conhecimento, avaliar práticas e contribuir para o avanço da nutrição oncológica.

Possíveis ações:

- Desenvolvimento de protocolos institucionais;
- Produção científica;
- Participação em congressos;
- Formação de alunos e residentes, quando possível;
- Capacitação de equipes multiprofissionais;
- Criação de materiais educativos;
- Implementação de tecnologias de monitoramento nutricional;
- Integração com linhas de pesquisa em nutrição oncológica;
- Estabelecimento de parcerias com instituições de ensino e sociedades científicas.



Anexos Operacionais

Anexo 1

Checklist para Implantação do Serviço

Item	Sim	Não	Em andamento
Diagnóstico institucional realizado			
Perfil dos pacientes identificado			
Demanda assistencial estimada			
Missão e objetivos definidos			
Equipe dimensionada			
Consultório disponível			
Equipamentos antropométricos disponíveis			
Dinamômetro disponível			
Bioimpedância disponível, se aplicável			
Protocolo de triagem definido (ASG-PPP)			
Critérios de encaminhamento definidos			
Fluxo multiprofissional aprovado			
Modelo de evolução em prontuário criado			
Indicadores definidos			
Equipe treinada			
Piloto implantado			
Indicadores monitorados			
Relatório apresentado à gestão Instruções de serviço e protocolos de atendimento ao paciente nas fases pré, per e pós-tratamento clínico e cirúrgico criados			

Anexo 2

Modelo de Registro Nutricional em Prontuário

Identificação

Nome:

Idade:

Diagnóstico oncológico:

Tratamento atual:

Data da avaliação:

Avaliação nutricional

Peso atual:

Peso habitual:

Perda de peso:

IMC:

Circunferência da panturrilha:

Circunferência do braço:

Força de preensão manual:

Composição corporal, se disponível:

Ingestão alimentar

Ingestão habitual:

Redução da ingestão:

Uso de suplementos:

Hidratação:

Sintomas

Náuseas:

Vômitos:

Diarreia:

Constipação:

Mucosite:

Xerostomia:

Disfagia:

Dor:

Alteração de paladar:

Fadiga:

Diagnóstico nutricional

Risco nutricional:

Desnutrição:

Sarcopenia:

Caquexia:

Outros diagnósticos:

Conduta

Plano alimentar:

Proposta proteica:

Proposta calórica:

Suplementação oral:

Orientações para sintomas:

Encaminhamentos multiprofissionais:

Periodicidade de retorno:

Plano de monitoramento

Peso:

Ingestão alimentar:

Sintomas:

Força muscular:

Aferição de circunferências:

Adesão:

Necessidade de ajuste terapêutico:

Anexo 3

Critérios Sugeridos de Encaminhamento para Nutrição Oncológica

Encaminhar para avaliação nutricional quando houver:

- Perda de peso involuntária;
- Redução da ingestão alimentar;
- IMC baixo;
- Baixa massa muscular;
- Baixa força muscular;
- Sintomas gastrointestinais persistentes;
- Diagnóstico de tumor de alto risco nutricional;
- Tratamento com alto risco de toxicidade nutricional;
- Idade avançada;
- Fragilidade;
- Cuidados paliativos;
- Necessidade de terapia nutricional.

Anexo 4

Resultados observados

- Estabilização ou ganho de peso:
- Melhora da massa muscular:
- Melhora da ingestão alimentar:
- Melhora de sintomas:
- Adesão à suplementação:
- Redução de perda de seguimento:

REFERÊNCIAS

1. Arends J, Strasser F, Gonella S, Solheim TS, Madeddu C, Ravasco P, et al. Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. ESMO Open. 2021;6(3):100092. doi:10.1016/j.esmoop.2021.100092.
2. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – a consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;38(1):1-9. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.002.
3. Roeland EJ, Bohlke K, Baracos VE, Bruera E, Del Fabbro E, Dixon S, et al. Management of cancer cachexia: ASCO guideline. J Clin Oncol. 2020;38(21):2438-53. doi:10.1200/JCO.20.00611.
4. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. Clin Nutr. 2021;40(5):2898-913. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.005.

SOBRE OS AUTORES

Os autores estão apresentados em ordem alfabética.

Anali Póvoas Orico Vilaça

Psicóloga e psico-oncologista pela Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia. Mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Presidente da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia, gestão 2025–2027.

Andrea Pereira

Médica nutróloga. Doutora pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e pós-doutora pelo Instituto Albert Einstein. Coordenadora do Comitê Multiprofissional da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC).

Anna Carolina Riul Messias

Enfermeira, especialista em Gestão em Saúde e em Oncologia Clínica pelo Instituto Albert Einstein. Coordenadora de Desfechos Clínicos do A.C.Camargo Cancer Center. Membro do Comitê Multiprofissional da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) e do Comitê de Navegação da ABRALE.

Christiane Inocêncio Vasques

Enfermeira oncologista pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA). Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), com pós-doutorado pela University of Washington, Seattle, Estados Unidos. Professora associada da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS-UnB). Membro da Diretoria Executiva da Sociedade Latinoamericana de Enfermería Oncológica (SLEO) e presidente da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO), gestão 2022–2026.

Fabiana Marthes Molli Caron

Psicóloga e psico-oncologista pela Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia. Psico-oncologista e responsável técnica do NAVES-UFMG. Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia, gestão 2025–2027. Membro do Comitê Multiprofissional da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC).

Georgia Silveira de Oliveira

Nutricionista oncológica. Especialista em Nutrição Oncológica pela Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica (SBNO) e mestre em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Membro do Comitê Multiprofissional da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), biênio 2026–2027.

Islânia Almeida Brandão Barbosa

Farmacêutica, especialista em Oncologia pela Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia (SOBRAFO) e mestre em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Membro da Diretoria, da Comissão de Educação, da Comissão de Prova de Especialista e da Comissão de Avaliação de Trabalhos da SOBRAFO. Membro do Comitê Multiprofissional da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC).

Karina Alexandra Batista da Silva Freitas

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP). Supervisora de Enfermagem do Ambulatório de Oncologia do Hospital Estadual de Botucatu – HCFMB. Primeira tesoureira da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO).

Larissa dos Santos Talarico Machado

Enfermeira especialista em Oncologia pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO), com residência em Clínica Médica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestre em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Integra a Diretoria Financeira da ABRENFOH, gestão 2024–2026.

Laura Rezende

Fisioterapeuta. Mestre e doutora pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com pós-doutorado pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Presidente da Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia, gestão 2025–2029.

Maria Inês R. Gato

Farmacêutica oncologista. Coordenadora Técnico-Executiva da Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia (SOBRAFO).

Marister do Nascimento Cocco

Fisioterapeuta referência do Centro de Oncologia do Einstein Hospital Israelita. Docente do curso de Pós-Graduação em Oncologia do Einstein Hospital Israelita.

Nivaldo Barroso de Pinho

Nutricionista. Mestre em Nutrição e doutor em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Presidente da Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica (SBNO).

Tainã Clarissa Oliveira Silva dos Santos

Enfermeira especialista em Oncologia, com residência pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e fellowship em Cuidados Paliativos pelo INCA. Presidente da ABRENFOH, gestão 2024–2026.

Talita Oliveira de Lima

Enfermeira, especialista em Oncologia e Hematologia e doutora em Medicina Biofotônica pela Universidade Nove de Julho. Enfermeira assistencial em Oncologia no Hospital Estadual de Botucatu. Segunda secretária da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica (SBEO).

Telma Ribeiro Rodrigues

Fisioterapeuta, especialista em Fisioterapia em Oncologia. Coordenadora do Ambulatório de Fisioterapia do A.C.Camargo Cancer Center.

Viviane Dias Rodrigues

Nutricionista graduada pela Universidade Federal Fluminense (UFF), especialista em Nutrição Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) e mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PGCM/UERJ). Chefe da Divisão Técnico-Assistencial do Hospital do Câncer I – INCA.

SBOC SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA

EBO ESCOLA BRASILEIRA DE ONCOLOGIA

A SBOC reserva todos os direitos autorais deste documento, que é disponibilizado gratuitamente ao público da entidade e demais interessados. Sua reprodução com fins comerciais é expressamente proibida, sujeitando-se o infrator às penalidades cíveis e criminais cabíveis.

Outras reproduções devem ser solicitadas diretamente à SBOC.