

Fisioterapia no Cuidado à Mulher com Câncer de Mama: Proposta de Fluxo Assistencial na Rede de Atenção à Saúde no Estado do Rio de Janeiro

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n4.5559>

Physiotherapy in the Care of Women with Breast Cancer: Proposal for a Care Pathway within the Health Care Network in the State of Rio de Janeiro

Fisioterapia en la Atención a Mujeres con Cáncer de Mama: Propuesta de Flujo Asistencial en la Red de Atención de Salud en el Estado de Río de Janeiro

Maria Giseli da Costa Leite Ferreira¹; Mario Jorge Sobreira da Silva²; Anke Bergmann³

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é a neoplasia mais prevalente entre as mulheres, excluindo-se o câncer de pele não melanoma. **Objetivo:** Identificar procedimentos, insumos e recursos necessários para a assistência fisioterapêutica no câncer de mama nos diferentes níveis de atenção à saúde, mapear os serviços de fisioterapia de média complexidade e propor um modelo de fluxo assistencial. **Método:** Estudo realizado em quatro etapas: (1) inquérito com fisioterapeutas para identificação de procedimentos e insumos utilizados; (2) grupo focal com especialistas para análise da organização das Redes de Atenção à Saúde; (3) mapeamento da produção ambulatorial de fisioterapia em oncologia a partir de dados do Sistema de Informação Ambulatorial; e (4) elaboração de proposta de fluxo assistencial após o tratamento do câncer de mama. **Resultados:** O inquérito foi respondido por 48 fisioterapeutas, com predominância de profissionais vinculados à gestão federal (50,0%). Entre os insumos utilizados no diagnóstico, destacou-se o material impresso (14,6%). Nas ações de prevenção e tratamento, destacaram-se espaço físico adequado (18,8%) e exercícios fisioterapêuticos (14,6%). O grupo focal identificou dois eixos analíticos (operacional e estrutural). O mapeamento da produção ambulatorial evidenciou fluxos intermunicipais de atendimento e concentração dos serviços em determinados municípios. Com base nesses achados, foi proposto um fluxo assistencial com retorno das pacientes ao município de residência após alta dos serviços de alta complexidade. **Conclusão:** Foram observadas lacunas na organização da rede. O modelo de fluxo assistencial proposto pode contribuir para o fortalecimento do cuidado compartilhado entre a Atenção Primária à Saúde e os serviços de fisioterapia de média complexidade.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama; Modalidades de Fisioterapia; Reabilitação; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is the most prevalent malignancy among women, excluding non-melanoma skin cancer. **Objective:** To identify procedures, supplies, and resources required for physiotherapy care in breast cancer across different levels of health care, map medium-complexity physiotherapy services, and propose a care flow model. **Method:** This study was conducted in four stages: (1) a survey with physiotherapists to identify procedures and supplies utilized; (2) a focus group with specialists to analyze the organization of the Health Care Networks; (3) mapping of outpatient physiotherapy production in oncology using data from the Outpatient Information System; and (4) development of a proposal of care flow after breast cancer treatment. **Results:** The survey was completed by 48 physiotherapists, with a predominance of professionals linked to federal management (50.0%). Among the supplies used in the diagnosis, printed materials stood out (14.6%). In prevention and treatment actions, adequate physical space (18.8%) and physiotherapeutic exercises (14.6%) were the most frequently reported. The focus group identified two analytical axes (operational and structural). Mapping of outpatient production revealed intermunicipal care flows and a concentration of services in specific municipalities. Based on these findings, a care pathway was proposed involving the return of patients to their municipality of residence after discharge from high-complexity services. **Conclusion:** Gaps were observed in the organization of the health care network. The proposed care flow model may contribute to strengthening shared care between Primary Health Care and medium-complexity physiotherapy services.

Key words: Breast Neoplasms; Physical Therapy Modalities; Rehabilitation; Primary Health Care.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia más prevalente entre las mujeres, excluyendo al cáncer de piel no melanoma. **Objetivo:** Identificar procedimientos, insumos y recursos necesarios para la atención fisioterapêutica en cáncer de mama en los diferentes niveles de atención sanitaria, mapear los servicios de fisioterapia de complejidad media y proponer un modelo de flujo asistencial. **Método:** Estudio realizado en cuatro etapas: (1) encuesta a fisioterapeutas para identificar procedimientos e insumos utilizados en la atención; (2) grupo focal con expertos para analizar la organización de las Redes de Atención Sanitaria; (3) mapeo de la producción ambulatoria de fisioterapia en oncología a partir de los datos del Sistema de Información Ambulatoria; y (4) elaboración de una propuesta de flujo asistencial tras el tratamiento del cáncer de mama. **Resultados:** La encuesta fue respondida por 48 fisioterapeutas, predominando profesionales vinculados a servicios de gestión federal (50,0%). Entre los insumos utilizados en el diagnóstico se destacó el material impreso (14,6%). En las acciones de prevención y tratamiento sobresalieron el espacio físico adecuado (18,8%) y los ejercicios fisioterapêuticos (14,6%). El grupo focal identificó dos ejes analíticos (operativo y estructural). El mapeo de la producción ambulatoria evidenció flujos intermunicipales de atención y concentración de servicios en determinados municipios. Con base en estos hallazgos, se propuso un flujo asistencial que prevé el retorno de las pacientes a su municipio de residencia tras el alta de los servicios de alta complejidad. **Conclusión:** Se observaron brechas en la organización de la red. El modelo de flujo asistencial propuesto puede contribuir al fortalecimiento del cuidado compartido entre la Atención Primaria de Salud y los servicios de fisioterapia de complejidad media.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama; Modalidades de Fisioterapia; Rehabilitación; Atención Primaria de Salud.

¹⁻³Instituto Nacional de Câncer (INCA), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer (PPGCan). Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹E-mail: mgiseli.120@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0006-5140-3258>

²E-mail: mario.silva@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-0477-8595>

³E-mail: abergmanna@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-1972-8777>

Endereço para correspondência: Maria Giseli da Costa Leite Ferreira. Rua Marquês de Pombal, 125 – Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20230-240. E-mail: mgiseli.120@gmail.com



INTRODUÇÃO

O câncer de mama apresenta elevada incidência no Brasil, com estimativas de 78.610 novos casos anualmente durante o triênio de 2026 a 2028. Para o Estado do Rio de Janeiro, estimam-se aproximadamente 10.360 novos casos anuais no mesmo período¹.

As taxas de mortalidade do câncer de mama estão fortemente relacionadas ao acesso dos serviços de saúde e à qualidade da assistência que é ofertada aos pacientes². Para reduzir essas taxas, é preciso concentrar as ações na promoção e proteção à saúde, na prevenção de agravos, no diagnóstico oportuno e tratamento abrangente, na reabilitação e na manutenção da saúde³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como objetivo reduzir a mortalidade global do câncer de mama na população mundial em 2,5% ao ano, evitando assim 2,5 milhões de mortes globalmente, entre 2020 e 2040, nas mulheres com menos de 70 anos de idade⁴.

A Portaria GM/MS n.º 6.591, de 4 de fevereiro de 2025, institui a Rede de Prevenção e Controle do Câncer (RPCC) no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)^{5,6}. Essa Rede é abrangente e atua de forma integral, desde a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento idealmente em tempo oportuno, reabilitação e no cuidado paliativo. Enquanto a Portaria GM/MS n.º 4.279 de 30 de dezembro de 2010⁷ estabelece diretrizes para a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e da regulação assistencial. Além disso, busca fortalecer a humanização no atendimento, a integração entre serviços e a adoção de um modelo centrado no paciente.

A inserção do fisioterapeuta na APS está prevista por meio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica (NASF-AB)⁸, criado pelo Ministério da Saúde em 2008, com o intuito de promover a consolidação da APS no território brasileiro. Esses núcleos são constituídos por equipes multiprofissionais que operam de maneira integrada com as Equipes de Saúde da Família. Uma vez estabelecido, o processo de trabalho do NASF-AB⁸ se desenvolverá no território sob a responsabilidade das equipes onde está vinculado, mediante atendimento compartilhado e interdisciplinar, elaborado nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica⁹.

Apesar de todos os avanços identificados na atuação do fisioterapeuta na APS, ainda há uma tendência de o cerne da atuação profissional estar relacionado à função reabilitadora, o que acaba por refletir as características da formação que foi centrada, durante muitas décadas, nesse tipo de assistência¹⁰.

Somado a esses aspectos, observa-se que a organização do cuidado ao paciente oncológico ainda permanece

fortemente centrada nos serviços de alta complexidade, frequentemente marcada por uma abordagem predominantemente tecnicista. Esse modelo tende a fragilizar a continuidade do cuidado após o término do tratamento oncológico, contribuindo para a desassistência de sobreviventes de câncer, especialmente diante das dificuldades de articulação e transição entre os diferentes níveis de atenção à saúde¹¹.

A fisioterapia em oncologia desempenha papel fundamental na minimização das complicações decorrentes do tratamento oncológico. A especialidade de fisioterapia em oncologia é reconhecida no Brasil pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito), que estabelece competências específicas para a atuação do fisioterapeuta na prevenção, tratamento e reabilitação de pacientes com câncer. O fisioterapeuta habilitado participa ativamente do cuidado à mulher com câncer de mama, atuando desde a fase de pré-habilitação – período compreendido entre o diagnóstico e o início do tratamento – por meio de avaliação funcional, orientações educativas e preparo físico para os procedimentos terapêuticos. Durante a fase de habilitação, que ocorre ao longo do tratamento clínico e/ou cirúrgico, sua atuação envolve intervenções voltadas à manutenção da funcionalidade, prevenção de complicações e manejo de sintomas, como dor, fadiga, limitações de mobilidade e alterações linfáticas. Na fase de reabilitação, o acompanhamento fisioterapêutico busca recuperar a amplitude de movimento, a força muscular e a funcionalidade do membro superior, além de atuar na prevenção e no tratamento do linfedema e de outras sequelas decorrentes do tratamento. Nos cuidados paliativos, a fisioterapia contribui para o controle de sintomas, preservação da autonomia funcional e melhoria da qualidade de vida das pacientes¹².

Em termos de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), o grupo de procedimentos para a assistência fisioterapêutica nas alterações oncológicas está contemplado no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (órteses, próteses e meios de locomoção) – SIGTAP do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS)¹³. Tais procedimentos estão subdivididos em três categorias: pré e pós-operatório, clínico e cuidados paliativos. Não obstante, a Portaria SAES/MS n.º 2.085¹⁴ de 9 de setembro de 2024 estabelece novas normas para a categoria de cuidados paliativos.

Em que pese os diversos avanços da atuação do fisioterapeuta em oncologia no contexto do SUS e todos os mecanismos disponíveis para sua estruturação, ainda têm sido insuficientes ao processo de implementação de ações de fisioterapia integrada em prol da consolidação da RPCC^{5,15}.

Nessa perspectiva, este estudo tem o objetivo de identificar procedimentos, insumos e recursos necessários para os atendimentos de fisioterapia no câncer de mama nos diversos níveis de atenção à saúde. Além disso, busca-se mapear os serviços de média complexidade existentes no Estado do Rio de Janeiro e propor um modelo de fluxos assistenciais para as pacientes sobreviventes do câncer de mama, seguindo a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS), modelo organizacional que articula serviços de diferentes níveis de complexidade para garantir a integralidade e a continuidade do cuidado.

MÉTODO

Estudo com triangulação de métodos em quatro etapas. Na primeira etapa, foi realizado um inquérito com fisioterapeutas especialistas em oncologia, para a identificação dos procedimentos, insumos, instrumentos e recursos para o diagnóstico, prevenção e tratamento fisioterapêuticos. Um formulário eletrônico do *Google Forms* foi encaminhado por e-mail para todos os fisioterapeutas cadastrados na Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia (ABFO). Foram excluídos aqueles profissionais que atuavam exclusivamente no setor privado, sem qualquer vínculo com o SUS.

O questionário foi construído com base em um documento elaborado pela Câmara Técnica de Fisioterapia em Oncologia do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região (Crefito-2), denominado “Categorização dos Principais Atendimentos em Fisioterapia em Oncologia na Atenção Básica e de Média Complexidade¹⁶”.

As perguntas se referiam aos procedimentos necessários para o diagnóstico, a prevenção e o tratamento fisioterapêuticos, considerando os instrumentos, insumos e recursos para cada um deles. Foram elaboradas questões do tipo misto, com a possibilidade de marcar mais de uma resposta. Ao final do questionário, foram inseridas duas perguntas relacionadas ao nível de atenção em que os profissionais atuavam e à qual instância federativa pertenciam.

Foram observadas as seguintes situações clínicas: fadiga oncológica, perda de massa óssea e sarcopenia, neuropatia periférica, radiodermite, edema e linfedema, dor, alterações cicatriciais, lesão de nervos periféricos, restrição de amplitude articular e alteração da funcionalidade. Realizou-se a estatística descritiva para análise e interpretação dos dados. Os resultados obtidos na primeira etapa do estudo, referentes à identificação dos procedimentos fisioterapêuticos, insumos, instrumentos e recursos, considerados necessários para o diagnóstico, a prevenção e o tratamento das principais alterações

clínicas associadas ao câncer de mama, foram compilados e apresentados aos participantes da segunda etapa. Essa apresentação teve como finalidade subsidiar a discussão no grupo focal, possibilitando a análise crítica e a validação dessas informações pelos especialistas, bem como o aprimoramento do conjunto de procedimentos e recursos considerados essenciais para a assistência fisioterapêutica no contexto das RAS.

Na segunda etapa, foi realizado um grupo focal com o propósito de compreender a configuração do fluxo assistencial da fisioterapia para o câncer de mama nas Regiões Metropolitana I e Norte Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, bem como discutir e validar os procedimentos e insumos identificados na etapa anterior. Os participantes foram selecionados por amostragem intencional, considerando fisioterapeutas com experiência em oncologia no âmbito do SUS e atuação em serviços ambulatoriais ou hospitalares no Estado do Rio de Janeiro. O grupo foi composto por sete fisioterapeutas especialistas associados à ABFO. Foram excluídos os profissionais que participaram da primeira etapa do estudo, para evitar a influência direta das respostas previamente fornecidas no inquérito e ampliar a diversidade de perspectivas na análise dos resultados.

O encontro presencial foi conduzido a partir de um roteiro semiestruturado organizado em blocos temáticos de perguntas, abordando a organização das RAS, o fluxo assistencial da fisioterapia para o câncer de mama e a validação dos procedimentos e insumos identificados na etapa anterior. Inicialmente, foram apresentados os resultados do inquérito realizado na primeira etapa, que serviram de base para a discussão coletiva entre os participantes. Em seguida, os profissionais foram convidados a refletir sobre a organização ideal dos serviços de fisioterapia de média complexidade, considerando os instrumentos, insumos e recursos necessários para uma assistência qualificada.

A dinâmica do grupo focal foi gravada em áudio e posteriormente transcrita na íntegra para análise. O consenso foi estabelecido por concordância entre os participantes após discussão coletiva de cada bloco temático, sendo considerados válidos os itens que obtiveram concordância do grupo quanto à sua relevância para a assistência fisioterapêutica no câncer de mama. Os itens que não alcançaram consenso foram excluídos do conjunto final apresentado nos resultados.

A análise dos dados ocorreu em duas etapas. Primeiro foi realizada leitura exaustiva das transcrições para identificação de elementos recorrentes, similaridades e divergências nas falas dos participantes. Em seguida, foram identificados núcleos de sentido, organizados em dois eixos analíticos: estrutural, relacionado às questões

de financiamento e cobertura das equipes de saúde; e operacional, referente ao processo de referenciamento, acesso, regulação dos serviços e continuidade do cuidado. A análise foi orientada pela Teoria da Estruturação de Giddens, adotada como referencial teórico-metodológico por seu potencial explicativo na articulação entre estrutura e prática social.

Para garantir o anonimato dos participantes, foram utilizadas siglas seguidas de números aleatorizados (por exemplo: Físio1, Físio2). Os municípios de origem foram substituídos por letras do alfabeto.

Na terceira etapa, foi realizado um mapeamento da produção ambulatorial aprovada dos procedimentos de assistência fisioterapêutica em alterações oncológicas relacionadas câncer de mama nos anos de 2017 a 2021, nas Região Norte Fluminense e Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. Foram utilizados dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS)¹⁷, referentes aos procedimentos de fisioterapia em média complexidade: atendimento fisioterapêutico em paciente pré e pós-cirurgia oncológica; atendimento fisioterapêutico em paciente oncológico clínico; e atendimento fisioterapêutico em paciente em cuidados paliativos (SIGTAP)¹³. Para este estudo, os registros foram restritos aos códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)¹⁸, referentes à neoplasia de mama (C50.0 a C50.9).

Também foram identificados os profissionais responsáveis pelos atendimentos, de acordo com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)¹⁹ (2236-05, 2236-25, 2236-30, 2236-35, 2236-40, 2236-45, 2235-50, 2236-55 e 2236-60).

Os dados foram agregados segundo o município de residência (origem) e o município onde os procedimentos foram realizados (destino). O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)²⁰ do DATASUS foi consultado para a identificação das unidades de média complexidade e sua localização nas respectivas Regiões de Saúde.

A relação entre município de residência e município de atendimento foi considerada como um par origem-destino, representando o deslocamento das pacientes na rede assistencial para realização do atendimento fisioterapêutico. Essa relação foi interpretada como um fluxo assistencial intermunicipal, permitindo identificar padrões de acesso e concentração de serviços nas Regiões estudadas.

A análise desses pares origem-destino permitiu examinar a interação espacial entre os locais de residência das pacientes e os serviços utilizados, caracterizando um delineamento ecológico, uma vez que os dados foram

analisados de forma agregada por município e não em nível individual. Essa abordagem possibilitou compreender a organização territorial da oferta de serviços e os fluxos de deslocamento das pacientes na RAS.

Na etapa final, foi elaborada uma proposta de fluxo compartilhado entre a APS e os serviços de fisioterapia de média complexidade. Para sua construção, foram considerados os resultados obtidos nas etapas anteriores, incluindo os elementos discutidos no grupo focal, a experiência dos especialistas participantes, a validação dos procedimentos e insumos identificados no inquérito, bem como a análise dos fatores facilitadores e dificultadores para a implementação da fisioterapia na RAS do Estado do Rio de Janeiro.

Todos os profissionais que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Câncer (INCA), sob o número de parecer 5079264 (CAAE: 50788021.0.0000.5274), em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pelas Resoluções n.º 466/2012²¹ e n.º 510/2016²² do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Na primeira etapa, o inquérito foi encaminhado por correio eletrônico aos fisioterapeutas cadastrados na ABFO que atuam no âmbito do SUS, dos quais 48 fisioterapeutas especialistas responderam ao questionário. Entre os participantes, 24 (50,0%) atuavam em serviços de gestão federal, 20 (41,7%) em serviços de gestão estadual e quatro (8,3%) em serviços de gestão municipal. A maior concentração de participantes atuava em serviços de alta complexidade, sob gestão federal.

O Material Suplementar 1 apresenta os resultados obtidos no inquérito, considerando cada situação clínica analisada. Foram identificados os insumos utilizados no diagnóstico fisioterapêutico e os procedimentos e recursos mais empregados nas ações de prevenção e tratamento. Para o diagnóstico, destacaram-se como insumos mais frequentes o material impresso (14,6%), o exame físico (12,5%) e os questionários específicos (6,3%). Nas ações de prevenção e tratamento fisioterapêutico, observaram-se, como recursos mais mencionados, o espaço físico adequado (18,8%), os exercícios fisioterapêuticos (14,6%), o uso de bambolê e bolas (12,5%), colchonetes (10,4%), orientações e recomendações terapêuticas (10,4%) e a terapia manual (8,3%).

Na segunda etapa, o grupo focal contou com a participação de sete fisioterapeutas especialistas, sendo

quatro do sexo feminino (57,1%) e três do sexo masculino (42,9%). A maioria dos participantes atuava na Região Metropolitana I (85,7%; n=6), enquanto um profissional (14,3%) era da Região Norte Fluminense. Quanto ao nível de atuação, dois fisioterapeutas (28,6%) atuavam em serviços de média complexidade, um (14,3%) integrava a equipe do NASF-AB⁸ e quatro (57,1%) atuavam em Unidades de Alta Complexidade (Unacon) e Centros de Alta Complexidade (Cacon).

O eixo operacional abordou questões relacionadas ao acesso dos serviços, barreiras geográficas, continuidade do cuidado e fluxos de encaminhamento. Os profissionais relataram a ausência de mecanismos formais para garantir a continuidade do cuidado e destacaram a necessidade de encaminhamento dos pacientes ao município de origem para o acompanhamento após alta clínica do tratamento cirúrgico e/ou sistêmico, possibilitando a identificação e o manejo precoce de possíveis alterações físico-clínicas (Quadro 1).

O eixo estrutural contemplou aspectos relacionados ao financiamento da fisioterapia oncológica e à cobertura das equipes de saúde da APS e da média complexidade na RAS após a alta hospitalar. Entre os principais temas discutidos, destacaram-se a desarticulação da RAS, a alta institucional, as barreiras para o tratamento no período pós-alta e as fragilidades no financiamento dos serviços (Quadro 2).

No que se refere aos insumos mínimos e aos procedimentos de assistência fisioterapêutica, o consenso do grupo focal resultou na inclusão de alguns itens que não constavam no questionário inicial, mas que foram considerados relevantes pelos especialistas para a validação dos dados dessa etapa (Material Suplementar 2). Apenas um item apresentou discordância unânime entre os participantes: a Técnica de Conservação de Energia (TCE) como procedimento para a prevenção e o tratamento da fadiga oncológica, perda de massa óssea e sarcopenia. Os especialistas indicaram que, nessas situações, o principal recurso terapêutico é o exercício fisioterapêutico. Por outro lado, a TCE foi considerada adequada para o manejo de dispneia.

Entre os fatores facilitadores para a implementação da fisioterapia na RAS, destacaram-se recursos terapêuticos de baixo custo baseados no conhecimento técnico do profissional, como exercícios de fortalecimento, aeróbicos e de relaxamento. Também foi apontada a importância da presença de fisioterapeutas capacitados na APS para orientação em grupo no período pré-operatório, bem como a disponibilidade de acompanhamento fisioterapêutico no mesmo local onde ocorre o tratamento radioterápico. Ademais, foi destacada a necessidade de maior interlocução entre os níveis de atenção e de fortalecimento da comunicação entre os serviços de fisioterapia.

Entre os fatores que dificultam a atuação profissional, os especialistas destacaram as dificuldades na aquisição de materiais específicos para os atendimentos, em razão da morosidade e da burocracia dos processos licitatórios nos serviços públicos, além das restrições orçamentárias destinadas à fisioterapia nos diferentes níveis de atenção. Também foram apontadas a escassez de fisioterapeutas nos serviços públicos, especialmente nas equipes multiprofissionais da APS, e a limitada disponibilidade de profissionais com formação específica em oncologia. Segundo os especialistas, esse cenário contribui para dificuldades na identificação precoce de alterações físico-clínicas, seja no diagnóstico, durante o tratamento oncológico, ou no momento da alta hospitalar.

Na etapa 3, na Região Norte Fluminense (Material Suplementar 3), foram identificados sete pares origem-destino: três no município de Campos dos Goytacazes; dois em Macaé; e dois em São Francisco de Itabapoana. A produção identificada foi semelhante à da Região Metropolitana I quanto à finalidade do procedimento realizado.

Na Região Metropolitana I (Material Suplementar 4), foram identificados 23 pares de origem-destino, evidenciando o fluxo assistencial entre os municípios e os prestadores de serviços de fisioterapia para o atendimento às pacientes com câncer de mama: 11 no município do Rio de Janeiro, quatro em Itaguaí, dois em Belford Roxo, dois em Magé, dois em Nova Iguaçu, um em Japeri e um em Mesquita. Observou-se que a maior parte dos procedimentos foi realizada em pacientes no período pré e pós-operatório, seguida pelos atendimentos em pacientes oncológicos clínicos.

Com base nos resultados das etapas anteriores e, considerando as políticas públicas vigentes, o cuidado compartilhado e a implementação do fluxo assistencial de fisioterapia no câncer de mama na RAS deverão ocorrer a partir do encaminhamento das pacientes com câncer de mama após alta do tratamento em Unacon/Cacon, que é o retorno ao seu município de residência, para dar continuidade ao seu acompanhamento. Como instrumento de apoio a esse processo, propõe-se a elaboração de um Relatório Técnico Qualificado (RTQ), destinado a orientar o retorno das pacientes aos serviços de origem (Figura 1).

DISCUSSÃO

De modo geral, os resultados evidenciaram desafios importantes relacionados à continuidade do cuidado e à organização da rede assistencial, especialmente no que se refere à articulação entre os diferentes níveis de atenção.



Quadro 1. Temas e conteúdos discutidos no eixo operacional

Eixo	Tema	Conteúdo
Operacional	Ausência de fluxos de referência e contrarreferência	“Quando essas pacientes retornam pra mim, que estou lá na a APS, elas retornam por redes que eu acabei criando com as meninas do Cacon. Deixo meu número de celular pessoal. Se deixar pela Secretaria ela se perde” (Fisio2) “Paciente oncológico tem uma lesão suspeita, fez o diagnóstico, chegou até a alta complexidade, o ideal é que consiga retornar e se mantenha na sua atenção básica... infelizmente não é isso que acontece. A partir do momento que detecta o câncer parece que ela ganha um passaporte para ser atendida na alta complexidade, então essa contrarreferência é o que falta: uma mão-dupla” (Fisio4) “Quando tinha paciente que vinha referenciado eu fazia contrarreferência e encaminhava para academia da cidade. Mas, como agora a maioria dos pacientes são internos, eu vou no “boca a boca” e eles procuram a gente porque não tem esse documento de contrarreferência” (Fisio6)
	Sistema Estadual de Regulação (SER) vs. Sistema Municipal de Regulação (SISREG)	“Para entrar na AC é só pelo SER, mas alguns municípios só trabalham com SISREG. O paciente fica perdido até chegar no AC, mas pensando no tratamento quimioterápico e cirúrgico ela foi regulada para mim e pode ser tratada aqui, mas quando ela vai para radioterapia ela vai precisar ser regulada novamente” (Fisio4) “A Policlínica está sob intervenção da minha secretaria, eu disse: —se vem paciente aqui e diz que está 1 ano na fila esperando, como não regulam se tem vaga?” (Fisio1) “O município B é o que tem o maior problema para mandar porque eles são SISREG não são SER, aí estava tendo um conflito lá em B para chegar até o Cacon. A gente recebe de todas as Regiões e em todas a gente tem o mesmo problema” (Fisio4)
	Continuidade do cuidado	“A gente pergunta se tem fisioterapia no município, aí geralmente ela fala não, então a gente manda procurar a secretaria de saúde do município. Muitas vezes não tem e aí a gente precisa absorver” (Fisio5) “Pacientes com CM chegam em estágio mais avançado. A gente percebe isso. Eu posso dizer que 20% vêm via SISREG e todas as demais vem por agenda própria: o médico conhece a gente e encaminha: “ah, vai lá na Policlínica”, elas chegam com quase seis meses de pós-operatório...” (Fisio1) “Eu tô no interior, que é uma realidade bem diferente. Dentro do SUS, fora do meu hospital não tem nenhum atendimento voltado para o paciente com câncer de mama, então o serviço hoje é bem centralizado, são apenas esses pacientes que fazem tratamento com a gente” (Fisio7)

A discussão desenvolvida no grupo focal foi estruturada em dois eixos analíticos — operacional e estrutural —, o que permitiu compreender, a partir da experiência dos especialistas, os principais desafios relacionados ao acesso aos serviços, aos fluxos de encaminhamento e à continuidade do cuidado. No que se refere ao mapeamento dos serviços de fisioterapia em oncologia de média complexidade apresentados neste estudo, destaca-se a importância da otimização dos fluxos assistenciais como estratégia para fortalecer a organização da rede e garantir a continuidade do acompanhamento após a alta hospitalar. Com base nesses achados, foi proposto um modelo de fluxo assistencial que poderá subsidiar gestores na organização do cuidado.

A fisioterapia em oncologia atua em todas as fases do tratamento e em todos os níveis de atenção. Apesar de sua importância, a área ainda é incipiente, com um número limitado de especialistas, que, de acordo com a ABFO, existem apenas 549 profissionais em todo o Brasil.

Entre os aspectos discutidos no grupo focal, destacou-se a fragilidade da comunicação entre os níveis de atenção, bem como o desconhecimento de parte dos profissionais sobre a dinâmica de funcionamento dos serviços da rede. Esses fatores podem comprometer a articulação entre os serviços e dificultar a continuidade do cuidado, aspecto já descrito na literatura como um dos principais desafios para a organização das RAS²³.

Outro ponto relevante refere-se à fragilidade do vínculo das pacientes com a APS, tornando muitas vezes a demanda “invisível” para a gestão local. Nesse contexto, a atuação qualificada do profissional responsável pelo encaminhamento e a sua interlocução com os familiares tornam-se elementos fundamentais para viabilizar a transição do cuidado²⁴. Esse aspecto foi amplamente mencionado pelos participantes do grupo focal, evidenciando os desafios relacionados à continuidade do cuidado centrado no paciente e em seus diferentes atores, incluindo profissionais de saúde, familiares e as próprias pacientes.

Embora os especialistas reconheçam as necessidades de saúde após a alta hospitalar, observa-se a inexistência de fluxo estruturado e estabelecido para o acompanhamento contínuo desses pacientes em seus municípios de origem. Para que os fluxos operem de maneira eficaz e resolutive, é imprescindível que sejam cuidadosamente delineados nos pontos de atenção em diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológica³.

Mais recentemente, esse modelo de atenção foi fortalecido pela Portaria GM/MS n.º 6.591⁵/2025, que institui o programa de navegação na RPCC. A navegação ocorre em dois níveis: por meio dos gestores de saúde estaduais e municipais, que asseguram o percurso assistencial, nos estabelecimentos especializados para o tratamento, e na integração dos serviços, por intermédio dos Núcleos de Gestão do Cuidado e de Regulação. Esse “percurso pela rede” pode ser interpretado como a continuidade do cuidado ou um cuidado compartilhado²⁵.

De acordo com os profissionais participantes do estudo, os sistemas de regulação estaduais e municipais ainda enfrentam dificuldades na comunicação entre os diferentes níveis de atenção, o que pode comprometer o fluxo assistencial das pacientes. Além disso, foi levantada a hipótese de que parte das dificuldades no acesso à fisioterapia esteja relacionada à escassez de serviços de média complexidade em determinados municípios.

Outro aspecto relevante refere-se à disponibilidade de materiais utilizados no tratamento do linfedema associado ao câncer de mama. Insumos como ataduras elásticas, espumas e braçadeiras compressivas não estão plenamente contemplados na tabela de procedimentos do SUS. Os materiais atualmente disponíveis incluem principalmente faixas compressivas, ataduras autoaderentes e malhas tubulares destinadas a pacientes amputados, o que limita sua aplicabilidade no tratamento do linfedema²⁶.

As braçadeiras compressivas constituem um recurso fundamental para o tratamento e a estabilização do linfedema, que representa uma das complicações mais frequentes após o tratamento do câncer de mama, superada apenas pela dor²⁶. A efetividade do tratamento depende diretamente da disponibilidade desses insumos, o que reforça a necessidade de sua incorporação e fornecimento regular no SUS. Nesse sentido, a ampliação do acesso a esses materiais representa não apenas uma questão assistencial, mas também um aspecto relacionado à equidade no cuidado em saúde.

A programação físico-financeira, ou seja, a quantificação dos materiais estimados e o valor monetário destinado ao investimento, constitui um aspecto relevante para a estruturação dos serviços. Uma vez identificada a demanda, torna-se viável o planejamento da aquisição dos insumos e, conseqüentemente, a organização dos

serviços, bem como a regularização da distribuição desses materiais²⁷.

Outro fator que pode influenciar o acesso à fisioterapia refere-se às barreiras geográficas enfrentadas pelos usuários. A distância entre os serviços especializados e o local de residência dos pacientes pode representar um obstáculo significativo ao acesso ao tratamento, especialmente em Regiões com menor disponibilidade de serviços²⁸.

Sob a perspectiva da Teoria da Estruturação de Giddens²⁸, os serviços de média complexidade podem ser entendidos como recursos estruturantes, em que profissionais apropriados de sua consciência prática podem indicar uma gestão mais assertiva para mobilização desses recursos e sua rotinização nos serviços¹⁵.

No âmbito do planejamento estadual, o Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro constitui um instrumento estratégico que estabelece diretrizes e metas para a organização da assistência no Estado. Esse planejamento é elaborado a partir do Planejamento Regional Integrado (PRI), que define linhas de cuidado para prioridades sanitárias nas diferentes Regiões de Saúde, com participação do Conselho Estadual de Saúde, garantindo o controle social²⁷.

A alta institucional e as barreiras para o tratamento pós-hospitalar devem ser incluídas no planejamento da linha de cuidado do câncer de mama, desde o diagnóstico até a alta clínica do tratamento cirúrgico e/ou sistêmico e seu acompanhamento, fato que pode explicar o desconhecimento desse tipo de atenção, considerando que não há inclusão da fisioterapia, até o momento, na linha de cuidado do câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro.

Cabe destacar que este estudo não permitiu identificar se todos os atendimentos foram realizados por meio dos sistemas formais de regulação. Em alguns casos, a captação das pacientes pode ter ocorrido por demanda espontânea ou por encaminhamentos informais a partir de serviços que ofertam fisioterapia em oncologia. Em outros casos, os pacientes podem ter sido encaminhados por sistemas municipais de regulação, como ocorre no município do Rio de Janeiro²⁹.

Nesse sentido, Santos e Merhy³⁰ destacam que a regulação em saúde difere da regulação de mercado, uma vez que o setor apresenta assimetrias de informação e riscos que demandam forte atuação do Estado. Assim, a regulação constitui um importante instrumento de gestão pública para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde.

Entre as limitações deste estudo, destacam-se o número reduzido de participantes no inquérito e no grupo focal e a concentração da análise em duas Regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro. A inclusão de participantes de todas as Regiões de Saúde poderia ampliar a compreensão

das especificidades regionais na organização dos fluxos assistenciais.

Apesar dessas limitações, o estudo permitiu identificar desafios comuns na organização da assistência fisioterapêutica em oncologia, contribuindo para a reflexão sobre a organização dos fluxos assistenciais no SUS. Além disso, a análise das experiências dos profissionais possibilitou identificar convergências entre diferentes cenários assistenciais, o que pode subsidiar a implementação de estratégias de fortalecimento da RAS no Estado do Rio de Janeiro e em outras Regiões do país.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram analisar o percurso das mulheres sobreviventes de câncer de mama na RAS e subsidiaram a proposição de um fluxo assistencial de fisioterapia para o momento do retorno das pacientes ao município de residência após a alta dos serviços de alta complexidade em oncologia.

De modo geral, observou-se a inexistência de protocolos estruturados para o acolhimento e acompanhamento dessas pacientes na APS após o término do tratamento cirúrgico e/ou clínico. Também foram identificadas lacunas relacionadas ao conhecimento técnico sobre os fluxos de encaminhamento para os serviços de média complexidade, bem como fragilidades no acompanhamento das necessidades de saúde dessas pacientes no período pós-tratamento.

Este estudo reforça a importância da estruturação da fisioterapia em oncologia nos diferentes níveis de atenção e de sua inserção na linha de cuidado das pessoas com câncer no Estado do Rio de Janeiro. Além disso, pode subsidiar gestores e profissionais de saúde na organização de fluxos assistenciais que favoreçam a continuidade do cuidado e ampliem o acesso das pacientes aos serviços de reabilitação.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na coleta, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores Anke Bergmann e Mario Jorge Sobreira da Silva declaram potencial conflito de interesses por serem a editora-científica e o editor associado, respectivamente, da Revista Brasileira de Cancerologia do INCA. A outra autora não possui conflito de interesses.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todos os conteúdos subjacentes ao texto do artigo estão contidos no manuscrito.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [2026]. Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil. [acesso 2026 abr 30]. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17914>
2. Silver JK, Raj VS, Fu JB, et al. Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services. *Support Care Cancer*. 2015;23(12):3633-43. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2916-1>
3. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS; 2012. 512p.
4. Instituto Oncoguia [Internet]. Novas diretrizes para reduzir câncer de mama até 2040. São Paulo. Oncoguia, 2023. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br/conteudo/oms-apresenta-novas-diretrizes-para-reduzir-cancer-de-mama-ate-2040/16024/7/#>. Acesso: 2023 fev 15.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 6.591 de 04 de fevereiro de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e institui, no âmbito da política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - PNPCC, a Rede de Prevenção e Controle do Câncer - RPCC. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2025 fev 05. Edição 27; Sessão 1:87
6. Presidência da República (BR). 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 (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). *Diário Oficial da União*: 2023 dez 20 [acesso 2023 fev 15]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm
7. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2010 dez 31 [acesso 2023 fev 15]; Seção I:88. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2026/03/Portaria_N_4279_2010.pdf



8. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2008 mar 4 [acesso 2026 ago 21]; Seção 1:38-42. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008_rep_comp.html
9. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. Cien Saude Colet. 2016;21(5):1499-510. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
10. Stout NL, Santa Mina D, Lyons KD, et al. A systematic review of rehabilitation and exercise recommendations in oncology guidelines. CA Cancer J Clin. 2021;71(2):149-75. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21639>
11. Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. Rev Bras Cancerol. 2005;51(1):67-7. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2005v51n1.1999>
12. Bergmann A. Fisioterapia em oncologia e seu impacto na redução da mortalidade: o exemplo do câncer de mama. Fisioter Pesqui. 2023;30(2):e00000223pt. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/e00000223pt>
13. SIGTAP: Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [2007] - [acesso 2026 abr 10]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria SAES nº 2.085 de 9 de setembro de 2024. Estabelece normas para registro das Equipes de Cuidados Paliativos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e inclui procedimentos na Tabela de Procedimentos Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 set 23. Edição 184; Sessão 1:200
15. Bergmann A, Fabro EAN, Pacheco RL, et al. Fisioterapia em oncologia e nas ações de controle do câncer: a importância do conhecimento e atuação do fisioterapeuta nos diferentes níveis de atenção. Rev Bras Cancerol. 2025;71(3):e-145198. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n3.5198>
16. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região (CREFITO-2). Documento norteador da fisioterapia na atenção primária do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. CREFITO-2, 2025 [acesso 2026 abr 10]. Disponível em: <https://go2web.com.br/clientes/crefito2/fotos//Cartilha%20fisioterapia%20na%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria.pdf>
17. SIASUS: sistema de informações ambulatoriais do SUS [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [2013] - [acesso 2026 abr 10]. Disponível em: <https://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>
18. Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 2008
19. Ministério do Trabalho [Internet]. Brasília (DF) CBO; [2002]. Classificação Brasileira de Ocupações; 2002 out 9. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>
20. CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [2025]. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br>
21. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:59.
22. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso 2023 fev 15]; Seção 1:44. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>
23. Brondani J, Leal FZ, Potter C, et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. Cogitare Enferm. 2016;21(1):01-08. doi: <https://doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>
24. Melo RC, Carlotto FD, Figueiredo NM, et al., Transição e continuidade do cuidado do pós-alta hospitalar à atenção primária: uma revisão de escopo. Physis. 2025;35(2):e350216. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312025350216pt>
25. Mendes FRP, Gemito MLGP, Caldeira EC, et al. Continuity of care from the perspective of users. Cien Saude Colet. 2017;22(3): 841-53. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>
26. Bergmann A, Baiocchi JMT, Andrade MFC. Conservative treatment of lymphedema: the state of the art. J Vasc Bras. 2021;20:e20200091. doi: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.200091>
27. Secretaria de Estado do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: SES; [2020-2023]. Plano Estadual de Saúde;

2020 fev 11 [acesso 2023 fev 20]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PES-2020-2023-PRELIMINAR.pdf>

28. Giddens A. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
29. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Primary health care and coordination of care: device to increase access and improve quality. Cien Saude Colet. 2020;25(5):1799-808. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
30. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no estado brasileiro: uma revisão. Interface. 2006;10(19):25-41. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>

Recebido em 1/12/2025
Aprovado em 2/6/2026

