

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

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

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

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

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

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 fisioterapéutica 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 fisioterapéuticos (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.

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.

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>

Dirección para correspondencia: 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



INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama presenta una elevada incidencia en el Brasil, con estimaciones de 78 610 nuevos casos anualmente durante el trienio de 2026 a 2028. Para el estado de Río de Janeiro, se estiman unos 10 360 nuevos casos anuales en el mismo período¹.

Las tasas de mortalidad del cáncer de mama están fuertemente relacionadas con el acceso de los servicios de salud y con la calidad de la asistencia que es ofrecida a los pacientes². Para reducir estas tasas, es necesario concentrar las acciones en la promoción y protección a la salud, en la prevención de agravamientos, en el diagnóstico oportuno y tratamiento de amplia cobertura, en la rehabilitación y en el mantenimiento de la salud³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene como objetivo reducir la mortalidad global del cáncer de mama en la población mundial en 2,5% al año, evitando así 2,5 millones de muertes globalmente, entre 2020 y 2040, en las mujeres con menos de 70 años de edad⁴.

La Resolución GM/MS n.º 6.591, del 4 de febrero de 2025, instituye la Red de Prevención y Control del Cáncer (RPCC) en el ámbito de la Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer (PNPCC)^{5,6}. Esta red es amplia y actúa de forma integral, desde la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento idealmente en tiempo oportuno, rehabilitación y en el cuidado paliativo. Por otro lado, la Resolución GM/MS n.º 4.279 del 30 de diciembre de 2010⁷ establece directrices para la acción de la Atención Primaria a la Salud (APS) como coordinadora del cuidado y de la regulación asistencial. Además, busca fortalecer la humanización en la atención, la integración entre servicios y la adopción de un modelo centrado en el paciente.

La inserción del fisioterapeuta en la APS está prevista por medio del Núcleo Ampliado de Salud de la Familia de la Atención Básica (NASF-AB)⁸, creado por el Ministerio de Salud en 2008, con el objetivo de promover la consolidación de la APS en el territorio brasileño. Estos núcleos están formados por equipos multiprofesionales que operan de manera integrada con los Equipos de Salud de la Familia. Una vez establecido, el proceso de trabajo del NASF-AB⁸ se desarrollará en el territorio bajo la responsabilidad de los equipos donde está vinculado, mediante atención compartida e interdisciplinaria, elaborada en las dimensiones clínico-asistencial y técnico-pedagógica⁹.

A pesar de todos los avances identificados en la actuación del fisioterapeuta en la APS, aún existe una tendencia de que lo más importante de la labor profesional es estar relacionada con la función rehabilitadora, lo que acaba por reflejar las características de la formación que fue centrada, durante muchas décadas, en este tipo de asistencia¹⁰.

Sumado a estos aspectos, se observa que la organización del cuidado al paciente oncológico permanece fuertemente centrada todavía en los servicios de alta complejidad, frecuentemente marcada por un enfoque predominantemente tecnocrático. Este modelo tiende a fragilizar la continuidad del cuidado después del término del tratamiento oncológico, contribuyendo a la desasistencia de supervivientes de cáncer, especialmente frente a las dificultades de articulación y transición entre los diferentes niveles de atención a la salud¹¹.

La fisioterapia en oncología desempeña un papel fundamental en la minimización de las complicaciones derivadas del tratamiento oncológico. La especialidad de fisioterapia en oncología es reconocida en el Brasil por el Consejo Federal de Fisioterapia y Terapia Ocupacional (Coffito), que establece competencias específicas para la labor del fisioterapeuta en la prevención, tratamiento y rehabilitación de pacientes con cáncer. El fisioterapeuta habilitado participa activamente del cuidado a la mujer con cáncer de mama, actuando desde la fase de prehabilitación –período comprendido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento– mediante evaluación funcional, orientaciones educativas y preparación física para los procedimientos terapéuticos. Durante la fase de habilitación, que ocurre a lo largo del tratamiento clínico y/o quirúrgico, su actuación involucra intervenciones orientadas hacia el mantenimiento de la funcionalidad, prevención de complicaciones y manejo de síntomas, como dolor, fatiga, limitaciones de movilidad y alteraciones linfáticas. En la fase de rehabilitación, el acompañamiento fisioterapéutico busca recuperar la amplitud de movimiento, la fuerza muscular y la funcionalidad del miembro superior, además de actuar en la prevención y en el tratamiento del linfedema y de otras secuelas resultantes del tratamiento. En los cuidados paliativos, la fisioterapia contribuye al control de síntomas, preservación de la autonomía funcional y mejoría de la calidad de vida de las pacientes¹².

En términos de financiamiento del Sistema Único de Salud (SUS), el grupo de procedimientos para la asistencia fisioterapéutica en las alteraciones oncológicas está contemplado en el Sistema de Gerenciamiento de la Tabla de Procedimientos, Medicamentos y OPM (órtesis, prótesis y medios de locomoción) –SIGTAP del Departamento de Información e Informática del SUS (DATASUS)¹³. Tales procedimientos están subdivididos en tres categorías: pre y posoperatorio, clínico y cuidados paliativos. No obstante, la Resolución SAES/MS n.º 2.085¹⁴ del 9 de septiembre de 2024 establece nuevas normas para la categoría de cuidados paliativos.

Pese a los diversos avances de la actuación del fisioterapeuta en oncología en el contexto del SUS y todos

los mecanismos disponibles para su estructuración, han sido aún insuficientes para el proceso de implementación de acciones de fisioterapia integrada en pro de la consolidación de la RPCC^{5,15}.

En esta perspectiva, este estudio tiene como objetivo identificar procedimientos, insumos y recursos necesarios para las atenciones de fisioterapia en el cáncer de mama en los diversos niveles de atención a la salud. Además, se busca mapear los servicios de media complejidad existentes en el estado de Río de Janeiro y proponer un modelo de flujos asistenciales para las pacientes sobrevivientes del cáncer de mama, siguiendo la lógica de las Redes de Atención a la Salud (RAS), modelo organizacional que articula servicios de diferentes niveles de complejidad para garantizar la integralidad y la continuidad del cuidado.

MÉTODO

Estudio con triangulación de métodos en cuatro etapas. En la primera etapa, se realizó una encuesta con fisioterapeutas especialistas en oncología, para la identificación de los procedimientos, insumos, instrumentos y recursos para el diagnóstico, prevención y tratamiento fisioterapéuticos. Se envió un formulario electrónico de *Google Forms* por correo electrónico a todos los fisioterapeutas registrados en la Asociación Brasileña de Fisioterapia en Oncología (ABFO). Fueron excluidos aquellos profesionales que laboraban exclusivamente en el sector privado, sin vínculo alguno con el SUS.

El cuestionario fue construido con base en un documento elaborado por la Cámara Técnica de Fisioterapia en Oncología del Consejo Regional de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de la 2ª Región (Crefito-2), denominado “Categorización de las Principales Atenciones en Fisioterapia en Oncología en la Atención Básica y de Media Complejidad¹⁶”.

Las preguntas se referían a los procedimientos necesarios para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento fisioterapéuticos, considerando los instrumentos, insumos y recursos para cada uno de ellos. Fueron elaboradas preguntas de tipo mixto, con la posibilidad de marcar más de una respuesta. Al final del cuestionario, se insertaron dos preguntas relacionadas con el nivel de atención en el que los profesionales laboraban y con la instancia federativa a la cual pertenecían.

Fueron observadas las siguientes situaciones clínicas: fatiga oncológica, pérdida de masa ósea y sarcopenia, neuropatía periférica, radiodermatitis, edema y linfedema, dolor, alteraciones cicatriciales, lesión de nervios periféricos, restricción de amplitud articular y alteración de la funcionalidad. Se realizó la estadística descriptiva para análisis e interpretación de los datos. Los resultados

obtenidos en la primera etapa del estudio, referentes a la identificación de los procedimientos fisioterapéuticos, insumos, instrumentos y recursos considerados necesarios para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las principales alteraciones clínicas asociadas al cáncer de mama, fueron compilados y presentados a los participantes de la segunda etapa. Esta presentación tuvo como finalidad darle argumentos a la discusión en el grupo focal, posibilitando el análisis crítico y la validación de esas informaciones por parte de los especialistas, así como el mejoramiento del conjunto de procedimientos y recursos considerados esenciales para la asistencia fisioterapéutica en el contexto de las RAS.

En la segunda etapa se realizó un grupo focal con el propósito de comprender la configuración del flujo asistencial de la fisioterapia para el cáncer de mama en las regiones Metropolitana I y Norte Fluminense del estado de Río de Janeiro, así como discutir y validar los procedimientos e insumos identificados en la etapa anterior. Los participantes fueron seleccionados por muestreo intencional, considerando fisioterapeutas con experiencia en oncología en el ámbito del SUS y labor en servicios ambulatorios u hospitalarios en el estado de Río de Janeiro. El grupo estuvo conformado por siete fisioterapeutas especialistas asociado a la ABFO. Fueron excluidos los profesionales que participaron de la primera etapa del estudio, para evitar la influencia directa de las respuestas previamente proporcionadas en la encuesta y ampliar la diversidad de perspectivas en el análisis de los resultados.

El encuentro presencial fue realizado a partir de un guion semiestructurado organizado en bloques temáticos de preguntas, abordando la organización de las RAS, el flujo asistencial de la fisioterapia para el cáncer de mama y la validación de los procedimientos e insumos identificados en la etapa anterior. Inicialmente, fueron presentados los resultados de la encuesta realizada en la primera etapa, que sirvieron de base para la discusión colectiva entre los participantes. A continuación, los profesionales fueron invitados a reflexionar sobre la organización ideal de los servicios de fisioterapia de media complejidad, considerando los instrumentos, insumos y recursos necesarios para una asistencia de calidad.

La dinámica del grupo focal fue grabada en audio y posteriormente transcrita en su totalidad para análisis. El consenso se estableció por concordancia entre los participantes después de una discusión colectiva de cada bloque temático, considerándose válidos los ítems que obtuvieron concordancia del grupo en cuanto a su relevancia para la asistencia fisioterapéutica en el cáncer de mama. Los ítems que no lograron consenso fueron excluidos del conjunto final presentado en los resultados.



El análisis de los datos se dio en dos etapas. Primero se realizó la lectura exhaustiva de las transcripciones para la identificación de elementos recurrentes, semejantes y divergencias en las declaraciones de los participantes. A continuación, fueron identificados núcleos de sentido, organizados en dos ejes analíticos: estructural, relacionado con los asuntos de financiamiento y cobertura de los equipos de salud; y operativo, referente al proceso de referenciación, acceso, regulación de los servicios y continuidad del cuidado. El análisis fue guiado por la Teoría de la Estructuración de Giddens, adoptada como marco referencial teórico metodológico por su potencial explicativo en la articulación entre estructura y práctica social.

Para garantizar el anonimato de los participantes, fueron utilizadas siglas seguidas de números aleatorizados (por ejemplo: Físio1, Físio2). Los municipios de origen fueron sustituidos por letras del alfabeto.

En la tercera etapa, fue realizado un mapeo de la producción ambulatoria aprobada de los procedimientos de asistencia fisioterapéutica en alteraciones oncológicas relacionadas con el cáncer de mama en los años de 2017 a 2021, en las regiones Norte Fluminense y Metropolitana I del estado de Río de Janeiro. Fueron utilizados datos del Sistema de Información Ambulatoria del SUS (SIA-SUS)¹⁷, referentes a los procedimientos de fisioterapia en media complejidad: atención fisioterapéutica en paciente pre y poscirugía oncológica; atención fisioterapéutica en paciente oncológico clínico; y atención fisioterapéutica en paciente en cuidados paliativos (SIGTAP)¹³. Para este estudio, los registros fueron restringidos a los códigos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)¹⁸, referentes a la neoplasia de mama (C50.0 a C50.9).

También fueron identificados los profesionales responsables por las atenciones, de acuerdo con el código de la Clasificación Brasileña de Ocupaciones (CBO)¹⁹ (2236-05, 2236-25, 2236-30, 2236-35, 2236-40, 2236-45, 2235-50, 2236-55 y 2236-60).

Los datos fueron agregados según el municipio de residencia (origen) y el municipio donde fueron realizados los procedimientos (destino). El Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES)²⁰ del DATASUS fue consultado para la identificación de las unidades de media complejidad y su localización en las respectivas regiones de salud.

La relación entre municipio de residencia y municipio de atención fue considerada como un par origen-destino, representando el desplazamiento de las pacientes en la red asistencial para la realización de la atención fisioterapéutica. Esta relación fue interpretada como un flujo asistencial intermunicipal, permitiendo identificar patrones de acceso y concentración de servicios en las regiones estudiadas.

El análisis de estos pares origen-destino permitió examinar la interacción espacial entre los lugares de residencia de las pacientes y los servicios utilizados, caracterizando un delineamiento ecológico, puesto que los datos fueron analizados de forma agregada por municipio y no a nivel individual. Este enfoque posibilitó comprender la organización territorial de la oferta de servicios y los flujos de desplazamiento de las pacientes en la RAS.

En la etapa final se elaboró una propuesta de flujo compartido entre la APS y los servicios de fisioterapia de media complejidad. Fueron considerados, para su construcción, los resultados obtenidos en las etapas anteriores, incluyendo los elementos discutidos en el grupo focal, la experiencia de los especialistas participantes, la validación de los procedimientos e insumos identificados en la encuesta, así como el análisis de los factores facilitadores y dificultadores para la implementación de la fisioterapia en la RAS del estado de Río de Janeiro.

Todos los profesionales que participaron del estudio firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa (CEP) del Instituto Nacional del Cáncer (INCA), con el número de parecer 5079264 (CAAE: 50788021.0.0000.5274), en conformidad con las directrices y normas reguladoras para investigaciones involucrando a seres humanos, establecidas por las Resoluciones n.º 466/2012²¹ y n.º 510/2016²² del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

En la primera etapa, la encuesta fue enviada por correo electrónico a los fisioterapeutas registrados en la ABFO que laboran en el ámbito del SUS, de los cuales 48 fisioterapeutas especialistas respondieron al cuestionario. Entre los participantes, 24 (50,0%) actuaban en servicios de gestión federal, 20 (41,7%) en servicios de gestión estatal y cuatro (8,3%) en servicios de gestión municipal. La mayor concentración de participantes laboraba en servicios de alta complejidad, bajo gestión federal.

El Material Suplementario 1 presenta los resultados obtenidos en la encuesta, considerando cada situación clínica analizada. Fueron identificados los insumos utilizados en el diagnóstico fisioterapéutico y los procedimientos y recursos más empleados en las acciones de prevención y tratamiento. Para el diagnóstico, destacaron como insumos más frecuentes el material impreso (14,6%), el examen físico (12,5%) y los cuestionarios específicos (6,3%). En las acciones de prevención y tratamiento fisioterapéutico, se observaron como recursos más mencionados el espacio físico adecuado (18,8%), los

ejercicios fisioterapéuticos (14,6%), el uso de aro hula-hula y bolas (12,5%), colchonetas (10,4%), orientaciones y recomendaciones terapéuticas (10,4%) y la terapia manual (8,3%).

En la segunda etapa, el grupo focal contó con la participación de siete fisioterapeutas especialistas, siendo cuatro de sexo femenino (57,1%) y tres de sexo masculino (42,9%). La mayoría de los participantes trabajaba en la región Metropolitana I (85,7%; n=6), mientras que un profesional (14,3%) era de la región Norte Fluminense. En cuanto al nivel de actuación, dos fisioterapeutas (28,6%) actuaban en servicios de media complejidad, uno (14,3%) integraba el equipo del NASF-AB⁸ y cuatro (57,1%) laboraban en Unidades de Alta Complejidad (Unacon) y Centros de Alta Complejidad (Cacon).

El eje operativo abordó preguntas relacionadas con el acceso de los servicios, barreras geográficas, continuidad del cuidado y flujos de referenciación. Los profesionales informaron la ausencia de mecanismos formales para garantizar la continuidad del cuidado y destacaron la necesidad de encaminamiento de los pacientes hacia el municipio de origen para el acompañamiento tras el alta clínica del tratamiento quirúrgico y/o sistémico, posibilitando la identificación y el manejo temprano de posibles alteraciones físico-clínicas (Cuadro 1).

El eje estructural contempló aspectos relacionados con el financiamiento de la fisioterapia oncológica y con la cobertura de los equipos de salud de la APS y de la media complejidad en la RAS tras el alta hospitalaria. Entre los principales temas discutidos, se destacaron la desarticulación de la RAS, el alta institucional, las barreras para el tratamiento en el período posterior al alta y las fragilidades en el financiamiento de los servicios (Cuadro 2).

En lo que se refiere a los insumos mínimos y a los procedimientos de asistencia fisioterapéutica, el consenso del grupo focal resultó en la inclusión de algunos ítems que no constaban en el cuestionario inicial, pero que fueron considerados relevantes por los especialistas para la validación de los datos de esta etapa (Material Suplementario 2). Solo un ítem presentó discordancia unánime entre los participantes: la Técnica de Conservación de Energía (TCE) como procedimiento para la prevención y el tratamiento de la fatiga oncológica, pérdida de masa ósea y sarcopenia. Los especialistas indicaron que, en estas situaciones, el principal recurso terapéutico es el ejercicio fisioterapéutico. Por otro lado, la TCE fue considerada adecuada para el manejo de disnea.

Entre los factores facilitadores para la implementación de la fisioterapia en la RAS, se destacaron recursos terapéuticos de bajo costo basados en el conocimiento técnico del profesional, como ejercicios de fortalecimiento,

aeróbicos y de relajamiento. También fue señalada la importancia de la presencia de fisioterapeutas capacitados en la APS para orientación en grupo en el período preoperatorio, así como la disponibilidad de acompañamiento fisioterapéutico en el mismo local donde se da el tratamiento radioterápico. Además, fue destacada la necesidad de mayor interlocución entre los niveles de atención y de fortalecimiento de la comunicación entre los servicios de fisioterapia.

Entre los factores que dificultan la labor profesional, los especialistas destacaron las dificultades en la adquisición de materiales específicos para las atenciones, debido a la morosidad y a la burocracia de los procesos licitatorios en los servicios públicos, además de las restricciones presupuestales destinadas a la fisioterapia en los diferentes niveles de atención. También fueron señaladas la escasez de fisioterapeutas en los servicios públicos, especialmente en los equipos multiprofesionales de la APS, y la limitada disponibilidad de profesionales con formación específica en oncología. Según los especialistas, este escenario crea dificultades en la identificación temprana de alteraciones físico-clínicas, sea en el diagnóstico, durante el tratamiento oncológico, o en el momento del alta hospitalaria.

En la etapa 3, en la región Norte Fluminense (Material Suplementario 3), fueron identificados siete pares origen-destino: tres en el municipio de Campos dos Goytacazes; dos en Macaé; y dos en São Francisco de Itabapoana. La producción identificada fue semejante a la de la región Metropolitana I en cuanto a la finalidad del procedimiento realizado.

En la región Metropolitana I (Material Suplementario 4), fueron identificados 23 pares de origen-destino, evidenciando el flujo asistencial entre los municipios y los prestadores de servicios de fisioterapia para la atención a las pacientes con cáncer de mama: 11 en el municipio de Río de Janeiro, cuatro en Itaguaí, dos en Belford Roxo, dos en Magé, dos en Nova Iguaçu, uno en Japeri y uno en Mesquita. Se observó que la mayor parte de los procedimientos fue realizada en pacientes en el período pre y posoperatorio, seguida por las atenciones en pacientes oncológicos clínicos.

Con base en los resultados de las etapas anteriores y, considerando las políticas públicas vigentes, el cuidado compartido y la implementación del flujo asistencial de fisioterapia en el cáncer de mama en la RAS deberán darse a partir del encaminamiento de las pacientes con cáncer de mama después del alta del tratamiento en Unacon/Cacon, que es el retorno a su municipio de residencia, para dar continuidad a su acompañamiento. Como instrumento de apoyo a este proceso, se propone la elaboración de un Informe Técnico Calificado (RTQ), destinado a orientar el retorno de las pacientes a los servicios de origen (Figura 1).

Cuadro 1. Temas y contenidos discutidos en el eje operativo

Eje	Tema	Contenido
Operativo	Ausencia de flujos de referencia y contrarreferencia	“Cuando esas pacientes vuelven a mí, que estoy allá en la APS, regresan por las redes que terminé creando con las chicas del Cacon. Dejo mi número personal de celular. Si dejo las cosas en manos de la Secretaría se pierden” (Fisio2) “El paciente oncológico tiene una lesión sospechosa, se hizo el diagnóstico, llegó hasta la alta complejidad, lo ideal es que logre retornar y se mantenga en su atención básica... desgraciadamente no es eso lo que sucede. A partir del momento en que detecta el cáncer parece que ella se gana un pasaporte para ser atendida en la alta complejidad, entonces lo que falta es esa contrarreferencia: una vía de doble sentido” (Fisio4) “Cuando tenía algún paciente que venía referenciado yo hacía contrarreferencia y lo enviaba al gimnasio de la ciudad. Pero, como ahora la mayoría de los pacientes son internos, voy en el “boca a boca” y ellos nos buscan porque no existe ese documento de contrarreferencia” (Fisio6)
	Sistema Estatal de Regulación (SER) vs. Sistema Municipal de Regulación (SISREG)	“Para entrar en la AC es solo por el SER, pero algunos municipios solo trabajan con SISREG. El paciente se pierde hasta llegar en el AC, pero pensando en el tratamiento quimioterápico y quirúrgico ella fue regulada para mí y puede ser tratada aquí, pero cuando ella vaya a radioterapia necesitará ser regulada nuevamente” (Fisio4) “La Policlínica está bajo intervención de mi secretaria, yo dije: —si viene la paciente aquí y dice que está un año en la cola esperando, ¿cómo no regulan si hay cupo?” (Fisio1) “El municipio B es el que tiene el mayor problema para enviar porque ellos son SISREG, no son SER, ahí estaba habiendo un conflicto en B para llegar hasta el Cacon. Recibimos de todas las regiones y en todas tenemos el mismo problema” (Fisio4)
	Continuidad del cuidado	“Preguntamos si hay fisioterapia en el municipio, ahí generalmente ella nos dice que no, entonces le mandamos a buscar a la secretaria de salud del municipio. Muchas veces no hay y ahí tenemos que absorberla” (Fisio5) “Pacientes con CM llegan en etapa muy avanzada. Percibimos eso. Puedo decir que el 20% viene vía SISREG y todas las demás vienen por agenda propia: el médico nos conoce y las encamina: “ah, ve allá a la Policlínica”, ellas llegan con casi seis meses de posoperatorio...” (Fisio1) “Vivo en el interior, que es una realidad muy diferente. Dentro del SUS, fuera de mi hospital no hay ninguna atención orientada hacia el paciente con cáncer de mama, entonces hoy el servicio es muy centralizado, son solo esos pacientes que hacen tratamiento con nosotros” (Fisio7)

DISCUSIÓN

De modo general, los resultados evidenciaron desafíos importantes relacionados con la continuidad del cuidado y con la organización de la red asistencial, especialmente en lo que se refiere a la articulación entre los diferentes niveles de atención.

La discusión desarrollada en el grupo focal fue estructurada en dos ejes analíticos —operativo y estructural— lo que permitió comprender, a partir de la experiencia de los especialistas, los principales desafíos relacionados con el acceso a los servicios, con los flujos de encaminamiento y con la continuidad del cuidado. En lo que respecta al mapeo de los servicios de fisioterapia en oncología de media complejidad presentados en este estudio, se destaca la importancia de la optimización de los flujos asistenciales como estrategia para fortalecer la organización de la red y garantizar la continuidad del acompañamiento después del alta hospitalaria. Con

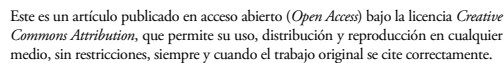
base en estos hallazgos, se propuso un modelo de flujo asistencial que podrá servir de ayuda para los gestores en la organización del cuidado.

La fisioterapia en oncología actúa en todas las fases del tratamiento y en todos los niveles de atención. A pesar de su importancia, el área todavía es incipiente, con un número limitado de especialistas, que, de acuerdo con la ABFO, existen solo 549 profesionales en todo el Brasil.

Entre los aspectos discutidos en el grupo focal, se destacó la fragilidad de la comunicación entre los niveles de atención, así como el desconocimiento por parte de los profesionales sobre la dinámica de funcionamiento de los servicios de la red. Estos factores pueden comprometer la articulación entre los servicios y dificultar la continuidad del cuidado, aspecto ya descrito en la literatura como uno de los principales desafíos para la organización de las RAS²³.

Otro punto relevante se refiere a la fragilidad del vínculo de las pacientes con la APS, “invisibilizando”

Figura 1. Flujo Asistencial de la Fisioterapia para sobrevivientes del cáncer de mama en las regiones de salud del estado de Río de Janeiro



muchas veces la demanda para la gestión local. En este contexto, la labor calificada del profesional responsable por la referenciación y su interlocución con los familiares se vuelven elementos fundamentales para viabilizar la transición del cuidado²⁴. Este aspecto fue ampliamente mencionado por los participantes del grupo focal, evidenciando los desafíos relacionados con la continuidad del cuidado centrado en el paciente y en sus diferentes actores, incluyendo profesionales de salud, familiares y las propias pacientes.

Aunque los especialistas reconozcan las necesidades de salud después del alta hospitalaria, se observa la falta de existencia de flujo estructurado y establecido para el acompañamiento continuo de estos pacientes en sus municipios de origen. Para que los flujos operen de manera eficaz y resolutive, es imprescindible que sean cuidadosamente delineados en los puntos de atención en diferentes niveles de complejidad y densidad tecnológica³.

Más recientemente, este modelo de atención fue fortalecido mediante la Resolución GM/MS n.º 6.591⁵/2025, que instituye el programa de navegación en la RPCC. La navegación ocurre en dos niveles: a través de los gestores de salud estatales y municipales, que aseguran el recorrido asistencial, en los establecimientos especializados para el tratamiento, y en la integración de los servicios, por intermedio de los Núcleos de Gestión del Cuidado y de Regulación. Este “recorrido por la red” puede ser interpretado como la continuidad del cuidado o un cuidado compartido²⁵.

De acuerdo con los profesionales participantes del estudio, los sistemas de regulación estatales y municipales todavía enfrentan dificultades en la comunicación entre los diferentes niveles de atención, lo que puede comprometer el flujo asistencial de las pacientes. Adicionalmente, se levantó la hipótesis de que parte de las dificultades en el acceso a la fisioterapia esté relacionada con la escasez de servicios de media complejidad en determinados municipios.

Otro aspecto relevante se refiere a la disponibilidad de materiales utilizados en el tratamiento del linfedema asociado al cáncer de mama. Insumos como vendas elásticas, espumas y mangas de compresión no están plenamente contemplados en la tabla de procedimientos del SUS. Los materiales actualmente disponibles incluyen principalmente fajas compresivas, vendas autoadhesivas y mallas tubulares destinadas a pacientes amputados, lo que limita su aplicabilidad en el tratamiento del linfedema²⁶.

Las mangas de compresión constituyen un recurso fundamental para el tratamiento y la estabilización del linfedema, que representa una de las complicaciones más frecuentes después del tratamiento del cáncer de mama, superada solo por el dolor²⁶. La efectividad del tratamiento

depende directamente de la disponibilidad de estos insumos, lo que refuerza la necesidad de su incorporación y suministro regular en el SUS. En este sentido, la ampliación del acceso a estos materiales representa no solo una cuestión asistencial, sino también un aspecto relacionado con la equidad en el cuidado en salud.

La programación físico-financiera, o sea, la cuantificación de los materiales estimados y el valor monetario destinado a la inversión, constituye un aspecto relevante para la estructuración de los servicios. Una vez identificada la demanda, el planeamiento de la adquisición de insumos se vuelve viable y, consecuentemente, la organización de los servicios, así como la regularización de la distribución de estos materiales²⁷.

Otro factor que puede influir en el acceso a la fisioterapia se refiere a las barreras geográficas enfrentadas por los usuarios. La distancia entre los servicios especializados y el lugar de residencia de los pacientes puede representar un obstáculo significativo al acceso al tratamiento, especialmente en regiones con menor disponibilidad de servicios²⁸.

Bajo la perspectiva de la Teoría de la Estructuración de Giddens²⁸, los servicios de media complejidad pueden ser entendidos como recursos estructurantes, en que profesionales apropiados de su consciencia práctica pueden indicar una gestión más asertiva para la movilización de estos recursos y su rutinización en los servicios¹⁵.

En el ámbito del planeamiento estatal, el Plan Estatal de Salud de Río de Janeiro constituye un instrumento estratégico que establece directrices y metas para la organización de la asistencia en el estado. Este planeamiento es elaborado a partir del Planeamiento Regional Integrado (PRI), que define líneas de cuidado para prioridades sanitarias en las diferentes regiones de salud, con participación del Consejo Estatal de Salud, garantizando el control social²⁷.

El alta institucional y las barreras para el tratamiento poshospitalario deben ser incluidas en el planeamiento de la línea de cuidado del cáncer de mama, desde el diagnóstico hasta el alta clínica del tratamiento quirúrgico y/o sistémico y su acompañamiento, hecho que puede explicar el desconocimiento de ese tipo de atención, considerando que no hay inclusión de la fisioterapia, hasta el momento, en la línea de cuidado del cáncer de mama en el estado de Río de Janeiro.

Cabe destacar que este estudio no permitió identificar si todas las atenciones fueron realizadas por medio de los sistemas formales de regulación. En algunos casos, la captación de las pacientes puede haber ocurrido por demanda espontánea o por encaminamientos informales a partir de servicios que ofrecen fisioterapia en oncología. En otros casos, los pacientes pueden haber sido encaminados

por sistemas municipales de regulación, como ocurre en el municipio de Río de Janeiro²⁹.

En este sentido, Santos y Merhy³⁰ destacan que la regulación en salud difiere de la regulación de mercado, dado que el sector presenta asimetrías de información y riesgos que demandan fuerte actuación del estado. Así, la regulación constituye un importante instrumento de gestión pública para garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud.

Entre las limitaciones de este estudio, se destacan el número reducido de participantes en la encuesta y en el grupo focal, y la concentración del análisis en dos regiones de salud del estado de Río de Janeiro. La inclusión de participantes de todas las regiones de salud podría ampliar la comprensión de las especificidades regionales en la organización de los flujos asistenciales.

A pesar de estas limitaciones, el estudio permitió identificar desafíos comunes en la organización de la asistencia fisioterapéutica en oncología, contribuyendo a la reflexión sobre la organización de los flujos asistenciales en el SUS. Además, el análisis de las experiencias de los profesionales posibilitó identificar convergencias entre diferentes escenarios asistenciales, lo que puede servir para la implementación de estrategias de fortalecimiento de la RAS en el estado de Río de Janeiro y en otras regiones del país.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio permitieron analizar el recorrido de las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama en la RAS y dieron fundamentos para la proposición de un flujo asistencial de fisioterapia para el momento del retorno de las pacientes hacia el municipio de residencia tras el alta de los servicios de alta complejidad en oncología.

De modo general, se observó la falta de existencia de protocolos estructurados para la acogida y acompañamiento de esas pacientes en la APS después del término del tratamiento quirúrgico y/o clínico. También fueron identificadas brechas relacionadas con el conocimiento técnico sobre los flujos de encaminamiento hacia los servicios de media complejidad, así como fragilidades en el acompañamiento de las necesidades de salud de esas pacientes en el período postratamiento.

Este estudio refuerza la importancia de la estructuración de la fisioterapia en oncología en los diferentes niveles de atención y de su inserción en la línea de cuidado de las personas con cáncer en el estado de Río de Janeiro. Además, pueden servir de ayuda para gestores y profesionales de salud en la organización de flujos asistenciales que favorezcan la continuidad del cuidado y amplíen el acceso de las pacientes a los servicios de rehabilitación.

APORTES

Todos los autores contribuyeron substancialmente a la concepción y a la planificación del estudio; a la obtención, análisis e interpretación de los datos; a la redacción y revisión crítica; y aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores Anke Bergmann y Mario Jorge Sobreira da Silva declaran potencial conflicto de intereses por ser la editora científica y el editor asociado, respectivamente, de la *Revista Brasileira de Cancerologia* del INCA. El otro autor no tiene conflicto de intereses.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todos los contenidos subyacentes al texto del artículo están dentro del manuscrito.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

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 - PNPC, 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

