

Fortalecimento do Cuidado Oncológico no Sistema Único de Saúde: Concepção, Implementação e Resultados Iniciais do Programa Paraíba contra o Câncer

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n4.5652>

Strengthening Cancer Care within the Brazilian National Health System: Conception, Implementation, and Initial Results of the Program "Paraíba contra o Câncer"

Fortalecimiento de la Atención Oncológica dentro del Sistema Único de Salud del Brasil: Concepción, Implementación y Resultados Iniciales del Programa Paraíba contra el Cáncer

Luciana Moura Mendes de Lima¹; Francisco Auber Pergentino Vieira²; Anna Karina Barros de Moraes Ramalho³; Matheus Spricido⁴; Marianna Nogueira Gadelha de Oliveira⁵; Anna Tereza Alves Guedes⁶; Arimatheus Silva Reis⁷; Saulo Wanderley Filho⁸; Michely Almeida Maropo⁹; Lidiane Nascimento Cassimiro Barbosa¹⁰

RESUMO

Introdução: O câncer impõe desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela elevada incidência e mortalidade. Na Paraíba, observou-se aumento de casos e diagnóstico tardio. Para enfrentar essas fragilidades, criou-se o programa Paraíba contra o Câncer (PBCC), visando fortalecer a rede oncológica, integrando ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. **Objetivo:** Descrever o PBCC, seu desenho organizacional, fundamentos legais e institucionais, os resultados iniciais alcançados e o perfil dos pacientes. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, de abordagem mista, entre junho de 2024 e julho de 2025, que analisou dados provenientes da teleoncologia e dos painéis de monitoramento. **Resultados:** O PBCC foi estruturado em quatro eixos: regulação única, teleoncologia, navegação assistencial e expansão da rede diagnóstica e terapêutica. Realizaram-se mais de três mil atendimentos por teleoncologia. Predominaram pacientes do sexo feminino (57,3%) e na faixa etária de 25 a 64 anos (52,0%), com solicitações majoritariamente da Atenção Primária à Saúde (APS) (91,4%). Entre os pacientes em seguimento, 70,0% iniciaram quimioterapia e 73,0% radioterapia nos prazos estabelecidos. Do total, 68,1% encontravam-se em tratamento, 12,7% evoluíram para alta com cuidados paliativos e 9,1% para óbito, todos acompanhados por enfermeiros navegadores e pela equipe interprofissional na trajetória do cuidado. **Conclusão:** O PBCC contribuiu para a organização da Rede de Atenção Oncológica, favorecendo a coordenação e o acompanhamento dos pacientes, configurando-se como iniciativa potente e inovadora no SUS. O perfil dos pacientes concentrou-se no sexo feminino, idosos e adultos. A origem das solicitações via APS ratifica sua consolidação como porta de entrada para o cuidado oncológico.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde; Neoplasias/epidemiologia; Teleoncologia; Navegação de Pacientes; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Cancer poses challenges to the Brazilian National Health System (SUS) due to its high incidence and mortality rates. In Paraíba, an increase in cases and late diagnosis have been observed. To address these weaknesses, the program "Paraíba contra o Câncer (PBCC)" was created, aiming to strengthen the oncology network by integrating prevention, diagnosis, and treatment actions. **Objective:** To describe the PBCC, its organizational design, legal and institutional foundations, the initial results achieved, and the patient profile. **Method:** An exploratory, descriptive study with a mixed-method approach, conducted between June 2024 and July 2025, which analyzed data from teleoncology and monitoring panels.

Results: The PBCC was structured around four axes: single regulation, teleoncology, patient navigation, and expansion of the diagnostic and therapeutic network. More than 3,000 consultations were carried out via teleoncology. Patients were predominantly women (57.3%) and aged 25 to 64 years old (52.0%), with requests mainly originating from Primary Health Care (PHC) (91.4%). Among the patients monitored, 70.0% started chemotherapy and 73.0% radiotherapy within the established timeframes. Of the total, 68.1% were still undergoing treatment, 12.7% were discharged with palliative care, and 9.1% died, all accompanied by nurse navigators and an interprofessional team throughout their care trajectory. **Conclusion:** The PBCC contributed to the organization of the Oncology Care Network, favoring the coordination and monitoring of patients, establishing itself as a powerful and innovative initiative within the SUS (Brazilian National Health System). The patient profile consisted mainly of women, older adults, and adults. The origin of requests via PHC confirms its consolidation as an entry point for oncological care.

Key words: Comprehensive Healthcare; Neoplasms/epidemiology; Teleoncology; Patient Navigation; Unified Health System.

RESUMEN

Introducción: El cáncer plantea desafíos al Sistema Único de Salud (SUS) del Brasil debido a sus altas tasas de incidencia y mortalidad. En Paraíba, se ha observado un aumento de casos y diagnósticos tardíos. Para abordar estas debilidades, se creó el programa Paraíba contra el Cáncer (PBCC), con el objetivo de fortalecer la red oncológica mediante la integración de acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento. **Objetivo:** Describir el PBCC, su diseño organizacional, fundamentos legales e institucionales, los resultados iniciales alcanzados y el perfil del paciente. **Método:** Estudio exploratorio y descriptivo con un enfoque de métodos mixtos, realizado entre junio de 2024 y julio de 2025, que analizó datos de paneles de teleoncología y monitoreo. **Resultados:** El PBCC se estructuró en torno a cuatro ejes: regulación unificada, teleoncología, navegación de la atención y expansión de la red diagnóstica y terapéutica. Se realizaron más de 3000 consultas a través de teleoncología. Los pacientes eran predominantemente mujeres (57,3%) y tenían entre 25 y 64 años (52,0%), y las solicitudes provenían principalmente de la Atención Primaria de Salud (APS) (91,4%). Entre los monitoreados, el 70,0% inició quimioterapia y el 73,0% radioterapia dentro de los plazos establecidos. Del total, el 68,1% seguía en tratamiento, el 12,7% fue dado de alta con cuidados paliativos y el 9,1% falleció, todos acompañados por enfermeras coordinadoras y un equipo interprofesional a lo largo de su trayectoria de atención. **Conclusión:** El PBCC contribuyó a la organización de la Red de Atención Oncológica, favoreciendo la coordinación y el monitoreo de los pacientes, consolidándose como una iniciativa poderosa e innovadora dentro del SUS. El perfil de los pacientes se concentró entre mujeres, ancianos y adultos. El origen de las solicitudes a través de las APS confirma su consolidación como punto de entrada para la atención oncológica.

Palabras clave: Atención Sanitaria Integral; Neoplasias/epidemiología; Teleoncología; Orientación al Paciente; Sistema de Salud Unificado.

¹⁻⁴Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB). João Pessoa (PB), Brasil. E-mails: lumouramendes@gmail.com; auber.biomedico1993@gmail.com; akbmrnalho@gmail.com; matheus.spricido@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-0370-2361>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0006-5407-9684>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-0909-1634>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-1934-1513>

⁵⁻¹⁰Secretaria de Estado da Saúde (SES/PB). João Pessoa (PB), Brasil. E-mails: mariannangoliveira@gmail.com; annaterezag@gmail.com; arimatheusreis@gmail.com; saulowf@gmail.com; michelymaropo81@gmail.com; adilileicia01@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0002-7127-2989>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-9495-4942>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0002-3838-2553>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0004-6602-2314>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0002-0118-4369>; Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0004-7988-9080>

Endereço para correspondência: Luciana Moura Mendes de Lima. Avenida Dom Pedro II, 1826 (Anexo do Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira) – Torre. João Pessoa (PB), Brasil. CEP 58040-440. E-mail: lumouramendes@gmail.com



INTRODUÇÃO

O câncer constitui um dos maiores desafios para a saúde pública no Brasil e no mundo, em razão das elevadas taxas de morbidade e mortalidade associadas à doença. Estimativas globais indicam que o câncer está entre as principais causas de morte no mundo, com milhões de novos casos e óbitos registrados anualmente, evidenciando sua magnitude como problema de saúde pública. Dados do Globocan apontam que, em 2022, ocorreram aproximadamente 20 milhões de novos casos de câncer e 9,7 milhões de mortes em todo o mundo, reforçando a crescente carga global da doença¹.

No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), foram estimados 705 mil novos casos de câncer por ano no triênio 2023-2025, com impacto significativo sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela maior parte dos atendimentos oncológicos. No Estado da Paraíba, projeta-se a ocorrência de 11.169 novos casos, com maior prevalência das neoplasias de próstata, mama, cólon e reto, colo do útero e pulmão².

Dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS³ (SIH/SUS) demonstraram que o número de internações por câncer no Estado da Paraíba cresceu aproximadamente 44% entre 2018 e 2023, passando de 12.430 para 18.236, e em 2024 com 20.248 registros. No mesmo período, o Estado registrou 25.804 óbitos por neoplasias conforme o Capítulo II da décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)⁴, de acordo com a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), com aumento de aproximadamente 14% das mortes anuais⁵.

No contexto estadual, observa-se que a identificação do diagnóstico do câncer ocorre em estágio avançado, dificultando o tratamento e reduzindo as chances de cura, com o tempo médio entre o diagnóstico e o início do tratamento frequentemente ultrapassando os prazos legais estabelecidos pelas Leis n.º 13.896/2019 (30 dias)⁶ e n.º 12.732/2012 (60 dias)⁷, respectivamente, afetando negativamente os desfechos clínicos. Soma-se a isso a ausência de dados consolidados sobre rastreamento, diagnóstico e cirurgias, revelando fragilidades operacionais e de registros⁵.

Apesar do avanço com as diretrizes nacionais para o cuidado integral em oncologia, persistem limitações relacionadas à fragmentação da assistência, à distribuição desigual dos serviços especializados, à escassez de profissionais e à morosidade nos fluxos regulatórios, que comprometem o acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento do câncer^{8,9}.

Estratégias de coordenação do cuidado têm sido incorporadas em diferentes sistemas de saúde, destacando-

-se a navegação de pacientes em oncologia como estratégia para redução de barreiras assistenciais, qualificação de fluxos e integração entre os níveis de atenção. Entretanto, persistem entraves relacionados à mensuração do impacto de seus resultados, como ausência de indicadores padronizados, fragilidades nos sistemas de informação e dificuldades na utilização dos dados para avaliação de resultados¹⁰. Tais achados são semelhantes à realidade brasileira, na qual ainda há entraves na organização dos fluxos assistenciais, na integração entre os pontos de atenção e no monitoramento do cuidado.

Na Paraíba, essas limitações se expressam na inequidade da distribuição dos serviços especializados, bem como na inexistência de fluxos técnicos e regulatórios unificados entre os profissionais de saúde. Esse cenário compromete o acesso equitativo da população, especialmente, nos casos que demandam cuidados contínuos, como o tratamento oncológico, contribuindo para o atraso no diagnóstico e a descontinuidade do cuidado.

A perda de continuidade no seguimento dos pacientes oncológicos, agravada por atrasos na obtenção de resultados e dificuldades no acesso a especialistas, compromete tanto a eficácia do tratamento quanto a qualidade de vida dos pacientes¹¹. Assim, dificultam a efetivação do SUS como sistema regionalizado e hierarquizado, comprometendo o princípio da equidade.

Para o enfrentamento das fragilidades identificadas, o programa Paraíba contra o Câncer (PBCC) surge como resposta estratégica e inédita, orientado pelo Plano Estadual de Oncologia, implantado em 2024 e aprovado pela Resolução da Comissão Intergestores Bipartite da Paraíba (CIB-PB) n.º 27/2024¹², posteriormente atualizada pela Resolução CIB n.º 05/2025¹³. O programa tem como objetivo fortalecer a Rede de Atenção à Saúde no cuidado integral às pessoas com câncer, com foco na prevenção, na detecção precoce, no tratamento, nos cuidados paliativos e na reabilitação, com ênfase na redução da incidência e mortalidade por neoplasias. Sua proposta inclui, ainda, a expansão regionalizada da rede oncológica, promovendo maior integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Especializada à Saúde.

No âmbito científico, ainda são limitadas as evidências sobre as experiências de organização da rede oncológica, especialmente no que se refere ao funcionamento e à qualificação da atenção. Nesse sentido, estudos referentes ao PBCC são relevantes por produzirem subsídios que podem apoiar estratégias replicáveis no SUS.

O presente estudo tem como objetivo descrever o PBCC, seu desenho organizacional, fundamentos legais e institucionais, bem como os resultados iniciais alcançados, incluindo o perfil dos pacientes atendidos no primeiro ano de execução.

MÉTODO

Estudo exploratório e descritivo, de abordagem mista, que apresenta a estrutura, os fundamentos legais, institucionais e as estratégias operacionais de implantação e execução do PBCC.

O Estado da Paraíba, localizado na Região Nordeste do Brasil, limita-se ao Norte com o Rio Grande do Norte, Oeste com o Ceará, Sul com Pernambuco e Leste com o Oceano Atlântico, abrangendo uma extensão territorial de 56.467,24 km². De acordo com o Censo Demográfico de 2022¹⁴, sua população foi de 3.974.687 habitantes. A organização do Sistema de Saúde Estadual abrange 223 municípios divididos em três Macrorregiões de Saúde, 12 Gerências Regionais e 16 Regiões de Saúde. A primeira Macrorregião compreende quatro Regiões de Saúde, com sede em João Pessoa; a segunda é composta por cinco Regiões, com sede em Campina Grande; e a terceira abrange sete Regiões, cujas sedes estão localizadas em Patos (Sertão) e outra em Sousa (Alto Sertão)¹⁵.

A coleta de dados foi realizada a partir de fontes secundárias institucionais e administrativas diretamente relacionadas ao PBCC. Foram considerados elegíveis documentos normativos e institucionais que fundamentam a concepção e a operacionalização do programa, bem como relatórios técnicos e operacionais que descrevem sua execução e monitoramento. Adicionalmente, foram incluídas bases de dados administrativas que possibilitaram a análise dos atendimentos e dos desfechos clínicos dos pacientes. Em razão da incompletude de dados, a amostra estatística incluiu apenas os que continham informações completas para as variáveis de interesse.

Para a análise documental, os documentos foram organizados, categorizados e codificados de acordo com sua tipologia e finalidade no estudo. Nesse sentido, foram considerados normativos o Plano Estadual de Oncologia e as Resoluções da CIB-PB n.º 27/2024¹² e n.º 05/2025¹³, que fundamentam a organização e institucionalização do programa. Os relatórios técnicos e operacionais do PBCC subsidiaram a descrição da execução e do monitoramento das ações. Por sua vez, as bases de dados administrativas, incluindo o painel de análise oncológica (*Power BI*) e a plataforma Saúde Meet e-SUS, um sistema para teleatendimentos em saúde digital desenvolvido pela SES-PB em parceria com a Companhia de Processamento de Dados da Paraíba (CODATA)¹⁶, foram utilizadas para a análise dos atendimentos, fluxos assistenciais e desfechos clínicos dos pacientes.

O recorte temporal do estudo compreendeu o período de junho de 2024 a julho de 2025, incluindo todos os pacientes atendidos, correspondente ao primeiro ano de execução do programa. Os dados para descrição deste

recorte foram organizados nas seguintes dimensões: Concepção do PBCC; Estratégias do programa e Resultados alcançados com o PBCC.

As análises descritivas foram realizadas no *software Jamovi*¹⁷ 2.7.38 (Solid), considerando variável dependente o desfecho clínico — tratamento, exames, alta e cuidados paliativos ou óbito — e variáveis independentes: mediana de idade em anos, sexo, faixa etária, origem do encaminhamento. Este artigo deriva do projeto guarda-chuva, intitulado “Paraíba Contra o Câncer: Inovação em Políticas Públicas para o enfrentamento do Câncer no Sistema Único de Saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Estado da Paraíba, sob o número de parecer 7.594.548 (CAAE: 88895825.9.0000.5186), conforme os preceitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n.º 466/2012¹⁸ e n.º 510/2016¹⁹, bem como as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) n.º 13.709/2018²⁰.

RESULTADOS

A concepção do PBCC ocorreu em virtude da crescente incidência de casos de neoplasias malignas na Paraíba, aliada ao aumento significativo das internações hospitalares por câncer nos últimos anos, evidenciando-se a urgência de fortalecer a Rede de Atenção Oncológica em todos os seus níveis, principalmente na garantia do cuidado integral e continuado ao paciente oncológico^{5,12}.

O processo de elaboração do PBCC ocorreu por meio da análise situacional da rede, com base em dados epidemiológicos assistenciais e de morbimortalidade, provenientes de sistemas de informação em saúde, como exemplo dos registros de produção ambulatorial (SIA/SUS²¹); produção hospitalar (SIH/SUS²²); de mortalidade (SIM/SUS²³); do Sistema de Informação do Câncer (Siscan²⁴); do Painel Oncologia²⁵, e dos registros administrativos, além de documentos institucionais — Plano Estadual de Oncologia, com o objetivo de identificar lacunas assistenciais, fragilidades na capacidade instalada e pontos críticos na organização dos fluxos de cuidado^{12,13}.

Posteriormente, a formulação do programa foi desenvolvida a partir dos achados desta análise, por meio de reuniões técnicas e oficinas de planejamento envolvendo a SES-PB, gestores municipais dos 223 municípios, a CIB-PB e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), garantindo uma pactuação interfederativa e a construção compartilhada das prioridades de intervenção^{12,13}.

Dessa forma, o processo de concepção do programa incluiu etapas de definição de indicadores, metas



progressivas, componentes estruturantes, articulação entre entes federativos e validação nas instâncias de governança do SUS. Sua formalização ocorreu por meio da Resolução CIB-PB n.º 05/2025¹³, conferindo legitimidade institucional ao programa e estabelecendo mecanismos contínuos de monitoramento e avaliação, com vistas à ampliação do acesso e à melhoria da assistência oncológica na Paraíba.

O PBCC é um programa inédito, estruturante, orientado pelos princípios do SUS e alinhado à Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)¹³. O pioneirismo da iniciativa evidencia-se na articulação de uma rede estadual contínua e coordenada, fundamentada por estratégias de gestão, inovação tecnológica e qualificação do cuidado. Sua estrutura baseia-se em protocolos clínico-operacionais, navegação ativa e longitudinal, tendo a APS como uma das principais portas de entrada e importante coordenadora do cuidado, embora não exclusiva.

O modelo incorpora integração de especialidades médicas, monitoramento contínuo de exames, descentralização do tratamento e articulação interfederativa, contribuindo para a redução da fragmentação do cuidado, a diminuição de deslocamentos e a ampliação da resolutividade da atenção.

O PBCC baseia-se em estratégias dispostas em quatro eixos estratégicos: regulação única — padronização da regulação junto aos municípios executores; implantação da teleoncologia; implementação do modelo de navegação assistencial por meio de enfermeiros navegadores e a expansão da rede própria para diagnóstico e tratamento. Esses eixos estruturam a organização da linha de cuidado

oncológico e operacionalizam a integração entre os diferentes níveis de atenção.

O fluxo de acesso ao PBCC, ilustrado na Figura 1, representa as etapas do cuidado oncológico, destacando o papel central da APS na coordenação e entrada do paciente, a regulação estadual unificada, a atuação dos enfermeiros navegadores e a articulação entre os diferentes níveis de atenção conforme os protocolos clínico-operacionais do programa.

Foi instituída uma regulação estadual²⁶ unificada, na qual todos os pedidos de exames e tratamentos oncológicos são direcionados a uma central especializada, responsável por monitorar prazos, identificar gargalos e distribuir a demanda de acordo com critérios clínicos e capacidade instalada. Essa centralização possibilita maior controle das solicitações, otimização da alocação de recursos e monitoramento contínuo da fila²⁶.

Com vistas a unificar as informações com maior qualidade, ampliar a informatização e fortalecer a segurança dos dados, foi implantado, em novembro de 2025, um sistema on-line para registro dos pacientes no programa, substituindo o preenchimento de um formulário manual. Desse modo, a nova ferramenta²⁷ permite um cadastro rápido após o primeiro contato com o paciente e suspeita de neoplasia. Esse registro pode ser realizado quando o usuário comparece na Unidade Básica de Saúde (UBS) de seu território e recebe avaliação inicial do médico, enfermeiro ou dentista, ou ainda em Unidades de Pronto atendimento (UPA) e Unidades Hospitalares, quando se identifica a necessidade de investigação e acompanhamento especializado.

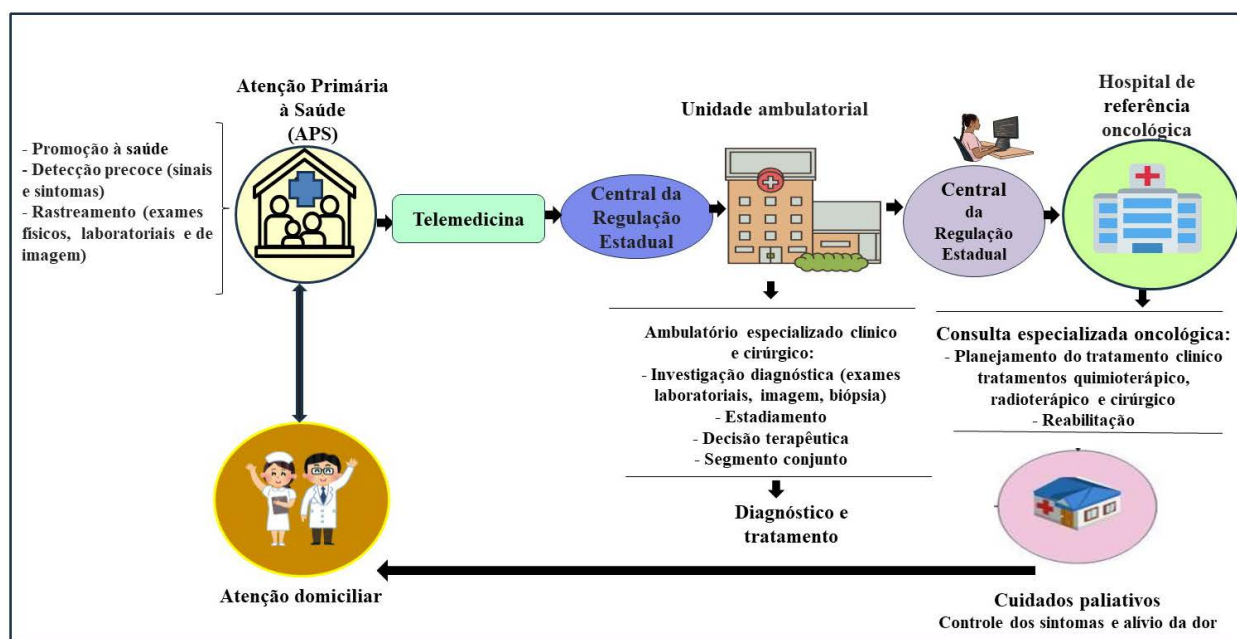


Figura 1. Fluxograma de acesso para tratamento em média e alta complexidades em oncologia na Paraíba

Fonte: Adaptado da Resolução CIB-PB n.º 27/2024¹².

Por meio do sistema de regulação médica, as unidades de saúde dispõem de acesso para o registro dos casos suspeitos, contemplando dados da unidade, informações clínicas, escala de performance *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG)²⁸, além da possibilidade de anexar exames diagnósticos e de imagem. No momento da solicitação da primeira teleconsulta, o profissional pode indicar diferentes opções de dias e horários para sua realização, conforme o planejamento da equipe e o interesse do usuário. O acompanhamento dos casos ocorre por meio de painel eletrônico, permitindo comunicação entre profissionais e o agendamento de teleconsultas.

Nesse sentido, a teleoncologia no PBCC é utilizada por meio da plataforma Saúde Meet e-SUS para a realização de teleinterconsultas oncológicas síncronas, envolvendo o médico solicitante da APS ou de alguma unidade hospitalar, o paciente, o enfermeiro navegador e os médicos especialistas — podendo ser clínico, ginecologista, mastologista, onco-hematologista, oncopediatria ou profissional em cuidados paliativos. Esse processo favorece a definição precoce de condutas, o estadiamento e a construção de um plano terapêutico individualizado.

Outra estratégia, a inserção do enfermeiro navegador, configura-se como um dos diferenciais estruturantes do PBCC. Esses profissionais realizam a busca ativa de casos suspeitos, acompanham a efetivação dos exames e procedimentos solicitados, garantem a articulação com os serviços de referência e permanecem como ponto de apoio ao paciente ao longo de todo o tratamento. Na Paraíba, os profissionais atuam em uma jornada de 12 horas diárias, de segunda a sexta-feira, em dias úteis.

Adicionalmente, com o objetivo de sintetizar os principais achados dos eixos estruturantes do programa, apresenta-se o Quadro 1.

No primeiro ano de execução do PBCC, no período de junho de 2024 a julho de 2025, foram realizados mais de 3.393 atendimentos por teleoncologia, com

incremento do volume médio mensal de 163 para 381. Observa-se variação no número de observações (n) entre as variáveis analisadas, em razão de registros incompletos. Desse modo, foram analisados dados de 3.277 pacientes atendidos no recorte temporal do estudo.

A análise estatística indicou ausência de distribuição normal, conforme indicado pelo teste Shapiro-Wilk ($p < 0,001$), sendo utilizada a mediana como medida de tendência central. Observou-se diferença na mediana de idade entre os sexos, com 59 anos entre mulheres e 67 anos entre homens, indicando maior concentração de casos em faixa etária mais elevada no sexo masculino.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos usuários, com predominância de indivíduos entre 25 e 64 anos (52,0%), seguida da faixa etária de 65 a 80 anos (35,2%). Em relação à distribuição territorial, observa-se concentração dos atendimentos nas 1ª e 3ª Macrorregiões de Saúde que, juntas, representam 78,9% dos usuários atendidos. Quanto ao desfecho clínico, os pacientes, em sua maioria, foram encaminhados para o tratamento (68,1%), seguido de cuidados paliativos (12,7%), em investigação diagnóstica (10,1%) e óbito (9,1%).

No Estado da Paraíba, no período anterior à implementação do PBCC, observou-se que, em 2023, dos 11.522 casos notificados, 1.352 (12%) iniciaram o tratamento em até 60 dias²⁹.

No segundo semestre de 2024, após a implantação do PBCC, verificou-se que 38,6% dos pacientes realizaram o exame anatomopatológico em até 30 dias e 49,3% iniciaram o tratamento em até 60 dias, conforme dados do painel de monitoramento do programa. Em 2025, observou-se melhora nesses indicadores, com 50,0% dos pacientes realizando o exame anatomopatológico em até 30 dias, excluindo-se aqueles que chegaram à primeira consulta já com o exame. No mesmo período, 70,0% dos usuários iniciaram quimioterapia dentro do prazo estabelecido e 73,0% realizaram radioterapia no tempo oportuno. Observa-

Quadro 1. Principais resultados dos eixos estratégicos do PBCC. Paraíba, 2024-2025

Eixo estratégico	Principais resultados
Regulação única	Maior controle das solicitações e monitoramento contínuo da fila, evidenciando contribuir para a organização do acesso e na gestão da demanda por serviços oncológicos
Teleoncologia	O paciente com suspeita de câncer é incluído no programa e, em até 48 horas, os enfermeiros navegadores entram em contato para realizar o agendamento da primeira teleconsulta, favorecendo maior agilidade no acesso à avaliação especializada
Navegação assistencial	Busca ativa de casos suspeitos; acompanhamento do paciente ao longo da rede; articulação com os serviços de referência; atuação como ponto de apoio durante o percurso assistencial
Expansão da rede	Maior agilidade no diagnóstico e no início do tratamento, ampliando a resolutividade da atenção oncológica



Tabela 1. Caracterização dos pacientes atendidos no PBCC. Paraíba, 2024-2025

Variáveis	n	Frequência total (%)
Sexo		
Feminino	1.877	57,3
Masculino	1.384	42,2
Em branco	16	0,5
Faixa etária		
15 a 24 anos	42	1,3
25 a 64 anos	1.704	52,0
65 a 80 anos	1.155	35,2
81 a 95 anos	304	9,3
Acima de 95 anos	72	2,2
Macrorregião de Saúde Residente		
1º macro	1.286	39,2
2º macro	691	21,1
3º macro	1.300	39,7
Desfecho clínico		
Encaminhado para tratamento	2.231	68,1
Aguardando exames	332	10,1
Alta, cuidados paliativos	417	12,7
Óbito	297	9,1
Total	3.277	100,0

Fonte: Planilha de monitoramento e painel de monitoramento do PBCC.

-se que 91,4% das solicitações partiram da APS, enquanto 7,9% foram provenientes de unidades hospitalares.

No primeiro ano de execução, o PBCC promoveu a ampliação dos serviços hospitalares nas três Macrorregiões de Saúde do Estado, com investimentos voltados à infraestrutura e à descentralização da alta complexidade. Nesse processo, foram implementadas ações para o fortalecimento da radioterapia e da quimioterapia, por meio de contratualizações e convênios, além do aumento na realização de cirurgias oncológicas, da formalização de parcerias com instituições filantrópicas de referência e da aquisição de insumos e equipamentos estratégicos para a oferta de ações e serviços especializados⁵.

Nos meses iniciais, o PBCC contava com apenas três serviços hospitalares habilitados para a oferta de diagnóstico, tratamento e cirurgia. Posteriormente, houve expansão da rede, com a inclusão de mais cinco hospitais de referência — dois na primeira Macrorregião, um na segunda e dois na terceira —, bem como a contratualização de mais de oito clínicas especializadas em diagnóstico por imagem¹³.

Adicionalmente, destacam-se a reforma e a ampliação do Hospital do Bem, localizado no município de Patos, no Sertão Paraibano, que se consolidou como referência em

oncologia e passou a incorporar a técnica de biópsia por congelamento. No final de 2025, foi realizada a primeira cirurgia robótica no âmbito do SUS, inicialmente na especialidade de urologia e, posteriormente, ampliada para o trato abdominal¹³.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo indicam mudanças relevantes na organização da atenção oncológica no Estado da Paraíba após a implementação do PBCC, particularmente no que se refere à estruturação dos fluxos assistenciais, à adoção de tecnologias de comunicação e ao fortalecimento da coordenação do cuidado na rede.

Nesse contexto, a implantação de uma regulação estadual unificada configura-se como estratégia fundamental para o enfrentamento das fragilidades previamente identificadas, sobretudo no que diz respeito ao cumprimento dos prazos legais para início do tratamento oncológico. A regulação em saúde no SUS é essencial para efetivar as Redes de Atenção à Saúde, garantindo equidade e efetividade no acesso³⁰. Esse processo organiza o uso dos recursos assistenciais com base em critérios clínico-epidemiológicos, capacidade instalada e territorialização, promovendo equidade e uso racional dos serviços³¹.

A utilização de ferramentas digitais de monitoramento, como painéis de acompanhamento e sistemas informatizados, tem sido descrita como potencial promotora de maior transparência e eficiência na gestão do cuidado em saúde. Dessa maneira, o *dashboard* permite o acompanhamento das solicitações realizadas pelos profissionais e a resposta do agendamento de cada teleconsulta em até 48 horas. Nesse espaço, os solicitantes mantêm efetiva comunicação com o enfermeiro navegador no *chat*. Quando o paciente se enquadra como suspeito ou em tratamento oncológico, é agendada uma data para teleconsulta^{5,12}.

A telemedicina, entendida como tecnologia que permite atendimento clínico remoto, tem se consolidado como recurso permanente na saúde por sua capacidade de ampliar o acesso e responder às necessidades da população^{32,33}. Na área da oncologia, destaca-se a teleoncologia, modalidade que envolve o seguimento remoto de pacientes, condutas clínicas compartilhadas entre especialistas e equipes locais³⁴.

Pinto et al.³⁵ demonstraram a eficácia da telemedicina no monitoramento e cuidado em pacientes com câncer avançados, possibilitando o acompanhamento remoto de pacientes e a comunicação com cuidadores mesmo em ambiente domiciliar.

Nessa perspectiva, os achados deste estudo indicam que a utilização da teleoncologia no PBCC configura-se como



uma alternativa viável e eficiente para o acompanhamento dos efeitos colaterais pós-tratamento oncológico, corroborando outros estudos³⁶. Destaca-se ainda que, por se tratar de uma iniciativa desenvolvida no SUS, o programa tende a alcançar populações em maior vulnerabilidade, que geralmente enfrentam barreiras para acesso a cuidados integrais e resolutivos. Estudos demonstram que a orientação teleoncológica aplicada em pacientes com câncer e em situação de vulnerabilidade socioeconômica é bem avaliada, com altas taxas de satisfação³⁴.

Em consonância com esses achados, a navegação de pacientes mostrou-se um componente essencial no programa, ao favorecer a superação de barreiras nos sistemas de saúde por meio do acompanhamento individualizado^{37,38}. O navegador atua ao longo do percurso assistencial, facilitando o acesso ao cuidado integral e de qualidade, desde a entrada na rede até a continuidade do tratamento^{39,40}.

No contexto brasileiro, o enfermeiro navegador desempenha um papel estratégico na rede oncológica, acompanhando o paciente desde a admissão, diagnóstico e tratamento até desfechos como alta, reabilitação, palição ou óbito. Sua atuação interprofissional contribui para a gestão dos fluxos assistenciais, realização de consultas e procedimentos, com impacto nos indicadores de saúde e no cuidado centrado na pessoa, exigindo conhecimento da rede oncológica e da regulação do acesso^{41,42}.

Os resultados do estudo demonstram o quanto a equipe da APS é estratégica e contributiva para o apoio e coordenação da atenção oncológica longitudinal, com o acolhimento ao usuário, estratificação de risco pelo médico ou enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF), e encaminhamento imediato, utilizando os formulários específicos do PBCC, mantendo comunicação efetiva com os enfermeiros navegadores nas três Macrorregiões de Saúde. Tal estratégia está alinhada às diretrizes da Lei n.º 14.758/2023⁴³ e à Portaria de GM/MS n.º 6.592/2025⁴⁴.

A implementação do PBCC demonstra resultados positivos na redução de perdas assistenciais e celeridade diagnóstica no SUS, alinhando-se a estratégias de navegação de pacientes. Nesse contexto, Pinto Filho e Carneiro⁴⁵ descrevem um modelo informatizado no Pará que oferece assistência individualizada para superar barreiras ao tratamento e proporcionar o acompanhamento do paciente durante toda sua jornada na rede assistencial, contudo, diferentemente do PBCC, essa experiência utiliza um *website* autoinstrutivo com suporte on-line, sem mencionar a atuação direta do enfermeiro navegador nas Regiões de Saúde.

Nesse trajeto do cuidado compartilhado, remete-se a um cenário mais favorável, reforçando a consistência do modelo adotada no período, ao identificar que 70,0% dos usuários

iniciaram a quimioterapia no prazo e 73,0% a radioterapia, possibilitando a evidência do impacto e da evolução da estratégia de cuidado integral quando comparados aos dados preliminares do segundo semestre de 2024, fase de implantação e adaptabilidade, em que apenas 49,7% haviam iniciado o tratamento dentro do prazo²⁹.

Além disso, indicam avanços importantes no cumprimento dos prazos legais para início do tratamento oncológico, o que pode indicar efetividade do programa. Observou-se um cenário positivo e estratégico como organização da rede de saúde, visto que apresenta uma forma organizada por meio da APS. Evidenciando-se a importância dos componentes do programa em promover a coordenação do cuidado, que é um atributo da APS, para uma atenção individualizada e integral⁴⁶.

Ademais, com a implementação da expansão da rede pelo PBCC, ampliam-se a oferta de procedimentos e a capilaridade territorial, reduzindo deslocamentos e tempos de espera. Essas ações visam promover uma atenção mais equitativa, resolutiva e eficiente, alinhada às diretrizes nacionais e à legislação vigente quanto ao início oportuno do tratamento oncológico.

No que diz respeito ao desfecho clínico do encaminhamento, em que a maior parte dos pacientes foi encaminhada para tratamento, isso pode indicar adequação na identificação e no encaminhamento de casos que demandam intervenção terapêutica. Adicionalmente, os dados indicam conformidade com os prazos legais estabelecidos para o cuidado oncológico, particularmente os de 30 e 60 dias. Até julho de 2025, cerca de metade dos pacientes realizou o exame anatomopatológico dentro do prazo, desconsiderando aqueles que chegaram à primeira consulta com o exame realizado, prática frequente no modelo assistencial convencional.

Em relação ao perfil dos pacientes atendidos no PBCC no período em estudo, revelou-se um perfil epidemiológico que converge com as tendências nacionais. Evidenciou-se que o perfil dos pacientes atendidos no primeiro ano de execução do PBCC assemelha-se às estimativas de incidência de câncer para o triênio 2026-2028 no Brasil, divulgadas pelo INCA, pois observou-se predominância de indivíduos idosos e adultos, respectivamente, fenômeno que pode estar relacionado ao envelhecimento populacional e ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁴⁷.

A considerável parcela dos atendimentos na faixa etária de 25 a 64 anos — faixa etária produtiva — é um achado potente, pois a identificação desse perfil no programa reforça a importância de um sistema ágil.

O predomínio de pacientes mulheres, atendidas no programa — o que pode ser explicado pela elevada incidência do câncer de mama feminina —, evidencia



que elas representam as principais usuárias dos serviços de oncologia no SUS⁴⁸. No entanto, a quantidade de homens que tiveram acesso ao PBCC não ficou tão distante em relação à das mulheres, destaca-se o câncer de próstata como o mais incidente no sexo masculino⁴⁷.

O estudo apresenta como limitação o delineamento descritivo e o uso de dados secundários, o que restringe a possibilidade de inferência causal entre a implementação do PBCC e os desfechos observados. Adicionalmente, a ausência de indicadores comparativos prévios à implementação do programa restringe a análise de impacto e de variação temporal dos resultados.

Para serviços que desejam implementar iniciativas semelhantes e para futuros estudos, recomendam-se o desenvolvimento de indicadores padronizados para avaliação de desfechos clínicos e organizacionais em oncologia e a realização de pesquisas longitudinais.

Todavia, apesar dessas restrições, os dados analisados permitiram demonstrar que o programa apresenta importantes potencialidades, especialmente na melhoria da coordenação do cuidado, na integração entre os níveis assistenciais e na incorporação de tecnologias que ampliam o acesso. Como desafios à sua consolidação, destacam-se a dependência de infraestrutura tecnológica, a necessidade de manutenção de financiamento e equipes especializadas, bem como eventuais fragilidades nos sistemas de informação. Reforça-se, portanto, a importância de estratégias de monitoramento e avaliação que permitam mensurar seus efeitos em longo prazo.

CONCLUSÃO

O PBCC configura-se como uma iniciativa inovadora e replicável no âmbito do SUS. Diante do exposto, em seu primeiro ano de implementação, apresentou ações voltadas à organização da Rede de Atenção Oncológica, estruturadas em quatro eixos: regulação estadual unificada, teleoncologia, navegação de pacientes por enfermeiros e ampliação da rede própria. A regulação unificada centraliza os exames e tratamentos, permitindo o monitoramento de prazos e a identificação de demandas. A teleoncologia é utilizada para a realização de teleinterconsultas e o apoio à definição de condutas. A navegação de pacientes por enfermeiros proporciona a busca ativa de casos, o acompanhamento de exames e a articulação entre os serviços.

A origem das solicitações de consultas principalmente via APS ratifica sua consolidação como porta de entrada para o cuidado oncológico. Por fim, a expansão da rede própria ampliou a oferta de serviços de diagnóstico e o tratamento nas Macrorregiões de Saúde e, quanto ao perfil dos pacientes atendidos, concentra-se em mulheres, idosos e adultos em idade produtiva.

CONTRIBUIÇÕES

Luciana Moura Mendes de Lima, Francisco Auber Pergentino Vieira, Anna Karina Barros de Moraes Ramalho, Matheus Spricido e Marianna Nogueira Gadelha de Oliveira contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica. Anna Tereza Alves Guedes, Arimatheus Silva Reis, Saulo Wanderley Filho, Michely Almeida Maropo e Lidiane Nascimento Cassimiro contribuíram na redação e revisão crítica. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados que sustentam os achados deste estudo estão disponibilizados no repositório de dados: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjozMmFjZG9iMTgtNzZiOC00OTBjLWZkYjAtMTVhNTFjYTY5IiwidCI6Ijg5YzUyNzVkLTIxMjMtNDU0Yi1iMjEwLTI4MWI0NjVmZGI4YSJ9>

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-63. doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
2. Instituto Nacional de Câncer (BR). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022 [acesso 2025 jun 5]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>
3. Ministério da Saúde (BR). Morbidade hospitalar do SUS: por local de internação: Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [acesso 2025 maio 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
4. Organização Mundial da Saúde. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 2008.
5. Secretaria de Estado da Saúde (PB). Programa Paraíba contra o Câncer: documento institucional [Internet].

- João Pessoa: SES-PB; 2024 [acesso 2025 jun 11]. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/programa-paraiba-contra-o-cancer-avanca-com-regulacao-de-pacientes-oncologicos>
6. Presidência da República (BR). Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 out 31 [acesso 2025 set 19]; Seção 1:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113896.htm
 7. Presidência da República (BR). Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2012 nov 23 [acesso 2025 set 19]; Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm
 8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 maio 17 [acesso 2025 jun 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html
 9. Schäfer AA, Santos LP, Miranda VIA, et al. Desigualdades regionais e sociais na realização de mamografia e exame citopatológico nas capitais brasileiras em 2019: estudo transversal. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30(4):e2021172. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400016>
 10. Battaglia TA, Fleisher L, Dwyer AJ, et al. national navigation roundtable evidence-based task group. barriers and opportunities to measuring oncology patient navigation impact: results from the national navigation roundtable survey. Cancer. 2022 Jul 1;128 Suppl 13:2568-2577. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.33805>
 11. Cunha BB, Oliveira CEC, Brito MB, et al. Avaliação dos desafios de acesso aos serviços de saúde pelo SUS para pacientes oncológicas portadoras de câncer de mama: uma revisão integrativa. Rev FT. 2024;28(139). doi: <https://doi.org/10.69849/revistaft/pa10202410161638>
 12. Comissão Intergestores Bipartite (PB). Resolução CIB-PB nº 27, de 5 de março de 2024. Aprova a Atualização do Plano Estadual de Oncologia 2024-2027 [Internet]. Diário Oficial do Estado da Paraíba, João Pessoa. 2024 mar 16 [acesso 2025 jun 12]; Edição 18064:7-22. Disponível em: <https://auniao.pb.gov.br/servicos/doe/2024/marco/diario-oficial-16-03-2024-portal.pdf/view>
 13. Comissão Intergestores Bipartite (PB). Resolução CIB-PB nº 05, de 27 de janeiro de 2025. Aprova a Atualização do Plano Estadual de Oncologia 2024-2027 [Internet]. Diário Oficial do Estado da Paraíba, João Pessoa. 2025 fev 7 [acesso 2025 jun 10]; Edição 18286:6-21. Disponível em: <https://auniao.pb.gov.br/servicos/doe/2025-1/fevereiro/diario-oficial-07-02-2025-portal.pdf/view>
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
 15. Secretaria de Estado da Saúde (PB). Plano Estadual de Saúde da Paraíba 2020-2023 [Internet]. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde; 2020 [acesso 2025 out 7]. Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br/diretas/secretaria-de-planejamento-orcamento-e-gestao/institucional/diretorias-2/copy_of_PLANOSESTADUALDESAUDEPB20202023.pdf/view
 16. Companhia de Processamento de Dados da Paraíba. Institucional [Internet]. João Pessoa: CODATA; [data desconhecida] [acesso 2025 set]. Disponível em: <https://codata.pb.gov.br/institucional/a-empresa>
 17. Jamovi [Internet]. Versão 2.7.38. Sydney: projeto Jamovi; 2024. [acesso 2024 jan 23]. Disponível em: <https://www.jamovi.org/>
 18. 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13 [acesso 2025 nov 29]; Edição 112; Seção 1:59. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
 19. 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 maio 24 [acesso 2025 nov 29]; Edição 98; Seção 1:44-6. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
 20. Presidência da República (BR). Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2018 ago 15 [acesso 2025 nov 29]; Edição 157; Seção 1:59. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.html
 21. SIA/SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [data



- desconhecida] – [acesso 2025 fev 19]. Disponível em: <http://sia.datasus.gov.br/principal/index.php>
22. SIH: Sistema de Informações Hospitalares [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [data desconhecida] – [acesso 2025 jan 25]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>
 23. SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade [Internet]. Versão 3.2.1.2. Brasília (DF): DATASUS. [data desconhecida] - [acesso 2025 mar 10]. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>
 24. SISCAN: Sistema de Informação do Câncer [Internet]. Brasília (DF): DATASUS. [data desconhecida] – [acesso 2025 jan 25]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/sistema-de-informacao-do-cancer-siscan-colo-do-utero-e-mama/>
 25. PAINEL-Oncologia [Internet]. Brasília (DF): DATASUS; ©2008 – [acesso 2026 abr 13]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def
 26. Comissão Intergestores Bipartite (PB). Resolução CIB-PB nº 88, de 11 de abril de 2025. Aprova o Plano de Regulação do Estado da Paraíba [Internet]. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde; 2025 [acesso 2025 ago 18]. Disponível em: <https://iphaep.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/cib-2025/resolucao-cib-no-88-2025-plano-estadual-de-regulacao-da-paraiba-1.pdf/view>
 27. Paraíba Contra o Câncer. Paraíba Contra o Câncer [Internet]. João Pessoa: Governo do Estado da Paraíba; [2025] [acesso 2026 ago 13]. Disponível em: <https://insercaopbcc.com/>
 28. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol*. 1982;5(6):649-55. doi: <https://www.doi.org/10.1097/00000421-198212000-00014>
 29. Paraíba contra o câncer [Internet]. Oncológica - Paraíba Contra o Câncer. João Pessoa: Governo da Paraíba; [data desconhecida] - [acesso 2025 maio 14]. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMmFjZGNTiMTgtNzZiOC00OTBILWFkYjAtMTVmZTVhNTFjYT5IiwidCI6IjgxYzUyNzVkLTlxMjMtN>
 30. DU0Yi1iMjEwLTI4MWI0NjVmZGI4YSJ9 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação Assistencial e Controle. Curso I: regulação de sistemas de saúde do SUS: módulo 1: Política Nacional de Regulação do SUS [Internet]. 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso 2025 set 30]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo1_politica_nacional_regulacao_sus.pdf
 31. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde Debate*. 2016;40(111):63-73. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611105>
 32. Chávarri-Guerra Y, Ramos-López WA, Covarrubias-Gómez A, et al. Providing supportive and palliative care using telemedicine for patients with advanced cancer during the COVID-19 pandemic in Mexico. *Oncologist*. 2021;26(3):e512-5. doi: <https://doi.org/10.1002/onco.13568>
 33. Nilson LG, Angulo-Tuesta A, Hartz Z, et al. Theory of change in the evaluation of telehealth in care support to primary health care in Brazil. *Braz J Health Rev*. 2020;3(3):3900-920. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-001>
 34. Miziara RA, Maesaka JY, Matsumoto DRM, et al. Teleoncology orientation of low-income breast cancer patients during the COVID-19 pandemic: feasibility and patient satisfaction. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(11):840-6. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1739425>
 35. Pinto CS, Borsatto AZ, Vaz DC, et al. Telemedicina em cuidados paliativos oncológicos: um legado da pandemia. *Rev Bras Cancerol*. 2023;69(1):e-142698. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.2698>
 36. Rolim ALG, Silva RB. Impacto da teleoncologia na qualidade de vida em pacientes pós-tratamento de radioterapia. *Res Soc Dev*. 2025;14(2):e1114248137. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i2.48137>
 37. Smith J. Patient navigator's role definition [Internet]. Boiling Springs: Gardner-Webb University; 2014 [acesso 2025 out 10]. Disponível em: https://digitalcommons.gardner-webb.edu/nursing_etd/37/
 38. Esparza A. Patient navigation and the American Cancer Society. *Semin Oncol Nurs*. 2013;29(2):91-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2013.02.004>
 39. Kline RM, Rocque GB, Rohan EA, et al. Patient navigation in cancer: the business case to support clinical needs. *J Oncol Pract*. 2019;15(11):585-90. doi: <https://doi.org/10.1200/JOP.19.00230>
 40. Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. *Cancer*. 2011;117(15 Suppl):3539-42. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.26262>
 41. Lima MERF, Santos CTS, Santos ASL, et al. Atuação do enfermeiro navegador no acolhimento ao paciente oncológico. *RECIMA21 Rev Cient Multidiscip*. 2021;2(10). doi: <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i10.815>
 42. Pautasso FF, Lobo TC, Flores CD, et al. Nurse navigator: development of a program for Brazil. *Rev*

Lat Am Enfermagem. 2020;28:e3275. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3258.3275>

43. 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 dez 20 [acesso 2025 jun 5]; Edição 241; Seção 1:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14758.htm
44. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 6.592, de 4 de fevereiro de 2025. Altera a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa de navegação da pessoa com diagnóstico de câncer, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2025 fev 7 [acesso 2025 set 30]; Edição 27; Seção 1:90-1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt6592_07_02_2025.html
45. Pinto Filho JCS, Carneiro TX. Implementação de um modelo de navegação para pacientes oncológicos no estado do Pará. Rev Cient Saude Tecnol. 2024;4(2). doi: <https://doi.org/10.53612/recisatec.v4i2.367>
46. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção primária e coordenação do cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e melhoria da qualidade. Cien Saude Colet. 2020;25(5):1799-808. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
47. Martins LFL, Silva AGA, Silva AM, et al. Perfil epidemiológico da incidência de câncer no Brasil e regiões: estimativas para o triênio 2026-2028. Rev Bras Cancerol. 2026;72(2):e-025587. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n2.5587>
48. Quintão KM, Amorim AS, Costa PT, et al. Perfil epidemiológico dos principais cânceres do Brasil na última década: um estudo epidemiológico descritivo. Arch Health. 2025;6(3):e2517. doi: <https://doi.org/10.46919/archv6n3-013>

Recebido em 13/1/2026

Aprovado em 30/4/2026

