

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

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

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

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

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

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.

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.

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; adilileiticia01@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>

Dirección para correspondencia: 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



INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye uno de los mayores desafíos para la salud pública en el Brasil y en el mundo, debido a las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la enfermedad. Estimaciones globales indican que el cáncer está entre las principales causas de muerte en el mundo, con millones de nuevos casos y decesos registrados anualmente, evidenciando su magnitud como problema de salud pública. Datos del Globocan señalan que, en 2022, ocurrieron aproximadamente 20 millones de nuevos casos de cáncer y 9,7 millones de muertes en todo el mundo, reforzando la creciente carga global de la enfermedad¹.

En el Brasil, de acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), fueron estimados 705 000 nuevos casos de cáncer por año en el trienio 2023-2025 con impacto significativo sobre el Sistema Único de Salud (SUS), responsable por la mayor parte de las atenciones oncológicas. Para el estado de Paraíba se proyecta la ocurrencia de 11 169 nuevos casos, con mayor prevalencia de las neoplasias de próstata, mama, colon y recto, cuello uterino y pulmón².

Datos del Sistema de Informaciones Hospitalarias del SUS³ (SIH/SUS) demostraron que el número de internaciones por cáncer en el estado de Paraíba creció un 44% entre 2018 y 2023, pasando de 12 430 a 18 236, y en 2024 tuvo 20 248 registros. En el mismo período, el estado registró 25 804 fallecidos por neoplasias según el Capítulo II de la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)⁴, de acuerdo con la Secretaría de Estado de la Salud de Paraíba (SES-PB), con aumento de aproximadamente el 14% de las muertes anuales⁵.

En el contexto estatal se observa que la identificación del diagnóstico del cáncer ocurre en etapa avanzada, dificultando el tratamiento y reduciendo las probabilidades de cura, con el tiempo medio entre el diagnóstico y el comienzo del tratamiento sobrepasando frecuentemente los plazos legales establecidos por las Leyes n.º 13.896/2019 (30 días)⁶ y n.º 12.732/2012 (60 días)⁷, respectivamente, afectando negativamente los desenlaces clínicos. Se suma a esto la ausencia de datos consolidados sobre detección, diagnóstico y cirugías revelando fragilidades operativas y de registros⁵.

A pesar del avance con las directrices nacionales para el cuidado integral en oncología, persisten limitaciones relacionadas con la fragmentación de la asistencia, con la distribución desigual de los servicios especializados, con la escasez de profesionales y con la morosidad en los flujos regulatorios, que comprometen el acceso oportuno al diagnóstico y al tratamiento del cáncer^{8,9}.

Estrategias de coordinación del cuidado han sido incorporadas en diferentes sistemas de salud, destacando la navegación de pacientes en oncología como estrategia para la reducción de barreras asistenciales, mejora de la calidad de flujos e integración entre los niveles de atención. No obstante, persisten obstáculos relacionados con la medición del impacto de sus resultados, como ausencia de indicadores estandarizados, fragilidades en los sistemas de información y dificultades en el uso de los datos para evaluación de resultados¹⁰. Tales hallazgos se asemejan a la realidad brasileña, en la cual hay todavía obstáculos en la organización de los flujos asistenciales, en la integración entre los puntos de atención y en el monitoreo del cuidado.

En Paraíba, estas limitaciones se expresan en la inequidad de la distribución de los servicios especializados, así como en la inexistencia de flujos técnicos y regulatorios unificados entre los profesionales de salud. Este escenario compromete el acceso equitativo de la población, especialmente en los casos que demandan cuidados continuos, como el tratamiento oncológico, contribuyendo para al atraso en el diagnóstico y la discontinuidad del cuidado.

La pérdida de continuidad en el seguimiento de los pacientes oncológicos, agravada por atrasos en la obtención de resultados y dificultades en el acceso a especialistas, compromete tanto la eficacia del tratamiento como la calidad de vida de los pacientes¹¹. Así, dificultan la efectivización del SUS como sistema regionalizado y jerarquizado, comprometiendo el principio de la equidad.

Para el enfrentamiento de las fragilidades identificadas, el programa Paraíba contra el Cáncer (PBCC) surge como respuesta estratégica e inédita, orientado por el Plan Estatal de Oncología, implantado en 2024 y aprobado por la Resolución de la Comisión Intergestores Bipartita de Paraíba (CIB-PB) n.º 27/2024¹², actualizada posteriormente por la Resolución CIB n.º 05/2025¹³. El programa tiene como objetivo fortalecer la Red de Atención a la Salud en el cuidado integral a las personas con cáncer, con enfoque en la prevención, la detección temprana, el tratamiento, los cuidados paliativos y la rehabilitación, con énfasis en la reducción de la incidencia y mortalidad por neoplasias. Su propuesta incluye, además, la expansión regionalizada de la red oncológica, promoviendo mayor integración entre la Atención Primaria a la Salud (APS) y la Atención Especializada a la Salud.

En el ámbito científico, todavía son limitadas las evidencias sobre las experiencias de organización de la red oncológica, especialmente en lo que se refiere al funcionamiento y a la mejoría de la atención. En este sentido, estudios referentes al PBCC son relevantes por producir insumos que pueden apoyar estrategias replicables en el SUS.

El presente estudio tiene como objetivo describir el PBCC, su diseño organizacional, fundamentos legales e institucionales, así como los resultados iniciales logrados, incluyendo el perfil de los pacientes atendidos en el primer año de ejecución.

MÉTODO

Estudio exploratorio y descriptivo, de enfoque mixto, que presenta la estructura, los fundamentos legales, institucionales y las estrategias operativas de implantación y ejecución del PBCC.

El estado de Paraíba, localizado en la región Nordeste del Brasil, limita al norte con Río Grande del Norte, al oeste con Ceará, al sur con Pernambuco y al este con el Océano Atlántico, abarcando una extensión territorial de 56 467,24 km². De acuerdo con el censo demográfico de 2022¹⁴, su población fue de 3 974 687 habitantes. La organización del Sistema de Salud Estatal abarca 223 municipios divididos en tres macrorregiones de salud, 12 gerencias regionales y 16 regiones de salud. La primera macrorregión comprende cuatro regiones de salud, con sede en João Pessoa; la segunda está compuesta por cinco regiones, con sede en Campina Grande; y la tercera abarca siete regiones, cuyas sedes están localizadas en Patos (Sertão) y otra en Sousa (Alto Sertão)¹⁵.

Los datos se obtuvieron a partir de fuentes secundarias institucionales y administrativas directamente relacionadas con el PBCC. Fueron considerados elegibles los documentos normativos e institucionales que fundamentan la concepción y la operativización del programa, así como los informes técnicos y operativos que describen su ejecución y monitoreo. Adicionalmente, se incluyeron bases de datos administrativas que posibilitaron el análisis de las atenciones y de los desenlaces clínicos de los pacientes. Debido a la incompletitud de datos, la muestra estadística incluyó solamente a los que contenían informaciones completas para las variables de interés.

Para el análisis documental, los documentos fueron organizados, categorizados y codificados de acuerdo con su tipología y finalidad en el estudio. En este sentido, fueron considerados normativos el Plan Estatal de Oncología y las Resoluciones de la CIB-PB n.º 27/2024¹² y n.º 05/2025¹³, que fundamentan la organización e institucionalización del programa. Los informes técnicos y operativos del PBCC fundamentaron la descripción de la ejecución y del monitoreo de las acciones. A su vez, las bases de datos administrativas, incluyendo el panel de análisis oncológico (*Power BI*) y la plataforma Saúde Meet e-SUS, un sistema para teleatenciones en salud digital desarrollado por la SES-PB en alianza con la Compañía de Procesamiento de Datos de Paraíba (CODATA)¹⁶, fueron utilizadas para el

análisis de las atenciones, flujos asistenciales y desenlaces clínicos de los pacientes.

El recorte temporal del estudio comprendió el período de junio de 2024 a julio de 2025, incluyendo a todos los pacientes atendidos, correspondiente al primer año de ejecución del programa. Los datos para la descripción de este recorte fueron organizados en las siguientes dimensiones: Concepción del PBCC; Estrategias del programa y Resultados alcanzados con el PBCC.

Los análisis descriptivos fueron realizados en el *software Jamovi*¹⁷ 2.7.38 (Solid), considerando variable dependiente el desenlace clínico —tratamiento, exámenes, alta y cuidados paliativos o defunción— y variables independientes mediana de edad en años, sexo, grupo etario, y origen del encaminamiento. Este artículo deriva del proyecto paraguas intitulado “Paraíba Contra el Cáncer: Innovación en Políticas Públicas para el enfrentamiento del Cáncer en el Sistema Único de Salud”, aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa de la Secretaría de Salud de Estado de Paraíba, con el número de parecer 7.594.548 (CAAE: 88895825.9.0000.5186), en conformidad con los preceptos de las Resoluciones del Consejo Nacional de Salud n.º 466/2012¹⁸ y n.º 510/2016¹⁹, así como con las disposiciones de la Ley General de Protección de Datos Personales n.º 13.709/2018²⁰.

RESULTADOS

La concepción del PBCC se dio en virtud de la creciente incidencia de casos de neoplasias malignas en Paraíba, aliada al aumento significativo de las hospitalizaciones por cáncer en los últimos años, evidenciándose la urgencia de fortalecer la Red de Atención Oncológica en todos sus niveles, principalmente en la garantía del cuidado integral y continuado al paciente oncológico^{5,12}.

El proceso de elaboración del PBCC ocurrió por medio del análisis situacional de la red, con base en datos epidemiológicos asistenciales y de morbilidad, procedentes de sistemas de información en salud, como, por ejemplo, de los registros de producción ambulatoria (SIA/SUS²¹); producción hospitalaria (SIH/SUS²²); de mortalidad (SIM/SUS²³); del Sistema de Información del Cáncer (Siscan²⁴); del Panel Oncología²⁵, y de los registros administrativos, además de documentos institucionales — Plan Estatal de Oncología, con el objetivo de identificar lagunas asistenciales, fragilidades en la capacidad instalada y puntos críticos en la organización de los flujos de cuidado^{12,13}.

Posteriormente, la formulación del programa fue desarrollada a partir de los hallazgos de este análisis, por medio de reuniones técnicas y talleres de planeamiento involucrando a la SES-PB, gestores municipales de los



223 municipios, la CIB-PB y el Consejo de Secretarías Municipales de Salud (Cosems), garantizando un acuerdo interfederal y la construcción compartida de las prioridades de intervención^{12,13}.

De esta forma, el proceso de concepción del programa incluyó etapas de definición de indicadores, metas progresivas, componentes estructurantes, articulación entre entes federativos y validación en las instancias de gobernanza del SUS. Su formalización se dio mediante la Resolución CIB-PB n.º 05/2025¹³, confiriendo legitimidad institucional al programa y estableciendo mecanismos continuos de monitoreo y evaluación, buscando la ampliación del acceso y la mejoría de la asistencia oncológica en Paraíba.

El PBCC es un programa inédito, estructurante, orientado por los principios del SUS y alineado a la Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer (PNPCC)¹³. El pionerismo de la iniciativa se evidencia en la articulación de una red estatal continua y coordinada, fundamentada por estrategias de gestión, innovación tecnológica y mejoría de la calidad del cuidado. Su estructura se basa en protocolos clínico-operativos, navegación activa y longitudinal, teniendo a la APS como una de las principales puertas de entrada e importante coordinadora del cuidado, aunque no exclusiva.

El modelo incorpora integración de especialidades médicas, monitoreo continuo de exámenes, descentralización del tratamiento y articulación interfederal, contribuyendo a la reducción de la fragmentación del cuidado, la disminución de desplazamientos y la ampliación de la resolubilidad de la atención.

El PBCC se basa en estrategias dispuestas en cuatro ejes estratégicos: regulación única —estandarización de la regulación junto con los municipios ejecutores; implantación de la teleoncología; implementación del modelo de navegación asistencial por medio de enfermeros navegadores y la expansión de la red propia para diagnóstico y tratamiento. Estos ejes estructuran la organización de la línea de cuidado oncológico y operativizan la integración entre los diferentes niveles de atención.

El flujo de acceso al PBCC, ilustrado en la Figura 1, representa las etapas del cuidado oncológico, destacando el papel central de la APS en la coordinación y entrada del paciente, la regulación estatal unificada, la actuación de los enfermeros navegadores y la articulación entre los diferentes niveles de atención según los protocolos clínico-operativos del programa.

Se instituyó una regulación estatal²⁶ unificada, en la cual todos los pedidos de exámenes y tratamientos oncológicos son dirigidos hacia una central especializada, responsable por monitorear plazos, identificar trabas y distribuir la demanda de acuerdo con criterios clínicos y capacidad instalada. Esta centralización posibilita mayor control de las solicitudes, optimización de la asignación de recursos y monitoreo continuo de la cola²⁶.

Buscando unificar las informaciones con mayor calidad, ampliar la informatización y fortalecer la seguridad de los datos, fue implantado, en noviembre de 2025, un sistema en línea para el registro de los pacientes en el programa, substituyendo al llenado de un formulario manual. De este modo, la nueva

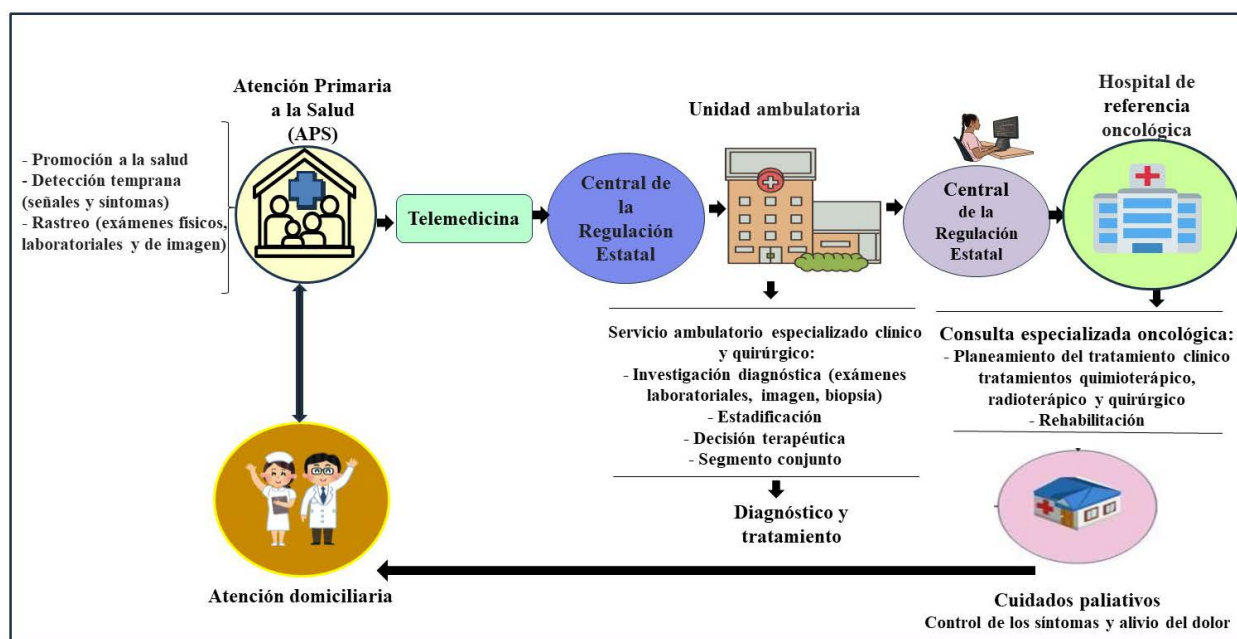


Figura 1. Flujograma de acceso para tratamiento en media y alta complejidades en oncología en Paraíba

Fuente: Adaptado de la Resolución CIB-PB n.º 27/2024¹².

herramienta²⁷ permite un registro rápido después del primer contacto con el paciente y sospecha de neoplasia. Este registro puede ser realizado cuando el usuario se presenta en la Unidad Básica de Salud (UBS) de su territorio y recibe evaluación inicial del médico, enfermero o dentista, o incluso en Unidades de Pronto Atención (UPA) y Unidades Hospitalarias, cuando se identifica la necesidad de investigación y acompañamiento especializado.

Por medio del sistema de regulación médica, las unidades de salud disponen de acceso para el registro de los casos sospechosos, contemplando datos de la unidad, informaciones clínicas, escala de desempeño *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG)²⁸, además de la posibilidad de anexar exámenes diagnósticos y de imagen. Al momento de la solicitud de la primera teleconsulta, el profesional puede indicar diferentes opciones de días y horarios para su realización, conforme con la planificación del equipo y el interés del usuario. El acompañamiento de los casos ocurre mediante un panel electrónico, permitiendo comunicación entre profesionales y el agendamiento de teleconsultas.

En este sentido, la teleoncología en el PBCC es utilizada por medio de la plataforma Saúde Meet e-SUS para la realización de teleinterconsultas oncológicas síncronas, involucrando al médico solicitante de la APS o de alguna unidad hospitalaria, al paciente, al enfermero navegador y a los médicos especialistas —pudiendo ser clínico, ginecólogo, mastólogo, oncohematólogo, oncopediatra o profesional en cuidados paliativos. Este proceso favorece la definición temprana de acciones, la estadificación y la construcción de un plan terapéutico individualizado.

Otra estrategia, la inserción del enfermero navegador, constituye uno de los diferenciales estructurantes del PBCC. Estos profesionales realizan la búsqueda activa de casos sospechosos, acompañan la efectivización de los exámenes y procedimientos solicitados, garantizan la

articulación con los servicios de referencia y permanecen como punto de apoyo al paciente a lo largo de todo el tratamiento. En Paraíba, los profesionales actúan en una jornada de 12 horas diarias, de lunes a viernes, en días útiles.

Adicionalmente, con el objetivo de sintetizar los principales hallazgos de los ejes estructurantes del programa, se presenta el Cuadro 1.

En el primer año de ejecución del PBCC, en el período de junio de 2024 a julio de 2025, fueron realizadas más de 3393 atenciones por teleoncología, con incremento del volumen promedio mensual de 163 a 381. Se observa una variación en el número de observaciones (n) entre las variables analizadas, debido a registros incompletos. De este modo, fueron analizados datos de 3277 pacientes atendidos en el recorte temporal del estudio.

El análisis estadístico indicó ausencia de distribución normal, según lo indicado por la prueba Shapiro-Wilk ($p < 0,001$), siendo utilizada la mediana como medida de tendencia central. Se observó diferencia en la mediana de edad entre sexos, con 59 años entre mujeres y 67 años entre hombres, indicando mayor concentración de casos en grupo etario más elevado en el caso masculino.

La Tabla 1 presenta la caracterización de los usuarios, con predominio de individuos entre 25 y 64 años (52,0%), seguidos del grupo etario de 65 a 80 años (35,2%). Con relación a la distribución territorial, se observa concentración de las atenciones en las 1ª y 3ª macrorregiones de salud que, juntas, representan al 78,9% de los usuarios atendidos. En cuanto al desenlace clínico, los pacientes, en su mayoría, fueron encaminados al tratamiento (68,1%), seguidos de cuidados paliativos (12,7%), en investigación diagnóstica (10,1%) y defunción (9,1%).

En el estado de Paraíba, en el período anterior a la implementación del PBCC, se observó que, en 2023, de los 11 522 casos notificados, 1352 (12%) iniciaron el tratamiento en hasta 60 días²⁹.

Cuadro 1. Principales resultados de los ejes estratégicos del PBCC. Paraíba, 2024-2025

Eje estratégico	Principales resultados
Regulación única	Mayor control de las solicitudes y monitoreo continuo de la cola, deseando contribuir a la organización del acceso y a la gestión de la demanda por servicios oncológicos
Teleoncología	El paciente con sospecha de cáncer es incluido en el programa y, en hasta 48 horas, los enfermeros navegadores entran en contacto para programar en la agenda la primera teleconsulta, favoreciendo mayor agilidad en el acceso a la evaluación especializada
Navegación asistencial	Búsqueda activa de casos sospechosos; acompañamiento del paciente a lo largo de la red; articulación con los servicios de referencia; actuación como punto de apoyo durante el recorrido asistencial
Expansión de la red	Mayor agilidad en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento, ampliando la resolubilidad de la atención oncológica

Tabla 1. Caracterización de los pacientes atendidos en el PBCC. Paraíba, 2024-2025

Variables	n	Frecuencia total (%)
Sexo		
Femenino	1877	57,3
Masculino	1384	42,2
En blanco	16	0,5
Grupo etario		
15 a 24 años	42	1,3
25 a 64 años	1704	52,0
65 a 80 años	1155	35,2
81 a 95 años	304	9,3
Más de 95 años	72	2,2
Macrorregión de salud residente		
1º macrorregión	1286	39,2
2º macrorregión	691	21,1
3º macrorregión	1300	39,7
Desenlace clínico		
Encaminado a tratamiento	2231	68,1
Aguardando exámenes	332	10,1
Alta, cuidados paliativos	417	12,7
Defunción	297	9,1
Total	3277	100,0

Fuente: Planilla de monitoreo y panel de monitoreo del PBCC.

En el segundo semestre de 2024, después de la implantación del PBCC, se constató que el 38,6% de los pacientes realizó el examen anatomopatológico en hasta 30 días y el 49,3% inició el tratamiento en hasta 60 días, según datos del panel de monitoreo del programa. En 2025, se observó una mejora en estos indicadores, con el 50,0% de los pacientes realizando el examen anatomopatológico en hasta 30 días, excluyendo a aquellos que llegaron a la primera consulta ya con el examen. En el mismo período, el 70,0% de los usuarios inició la quimioterapia dentro del plazo establecido y el 73,0% realizó la radioterapia en el momento oportuno. Se observa que el 91,4% de las solicitudes partió de la APS, mientras que el 7,9% fue proveniente de unidades hospitalarias.

En el primer año de ejecución, el PBCC promovió la ampliación de los servicios hospitalarios en las tres macrorregiones de salud del estado, con inversiones orientadas hacia la infraestructura y la descentralización de la alta complejidad. En este proceso, fueron implementadas acciones para el fortalecimiento de la radioterapia y de la quimioterapia, por medio de contratos y convenios, además del aumento en la realización de cirugías oncológicas, de la formalización de alianzas con

instituciones filantrópicas de referencia y de la adquisición de insumos y equipos estratégicos para la oferta de acciones y servicios especializados⁵.

En los meses iniciales, el PBCC contaba solo con tres servicios hospitalarios habilitados para la oferta de diagnóstico, tratamiento y cirugía. Posteriormente, hubo expansión de la red, con la inclusión de cinco hospitales más de referencia —dos en la primera macrorregión, uno en la segunda y dos en la tercera—, así como el contrato con más de ocho clínicas especializadas en diagnóstico por imagen¹³.

Adicionalmente, se destacan la reforma y la ampliación del Hospital do Bem, localizado en el municipio de Patos, en el Sertão Paraibano, que se consolidó como referencia en oncología y pasó a incorporar la técnica de biopsia por congelamiento. Al final de 2025, se realizó la primera cirugía robótica en el ámbito del SUS, inicialmente en la especialidad de urología y, posteriormente, ampliada al tracto abdominal¹³.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio indican cambios relevantes en la organización de la atención oncológica en el estado de Paraíba después de la implementación del PBCC, particularmente en lo que se refiere a la estructuración de los flujos asistenciales, a la adopción de tecnologías de comunicación y al fortalecimiento de la coordinación del cuidado en la red.

En este contexto, la implantación de una regulación estatal unificada configura una estrategia fundamental para el enfrentamiento de las fragilidades previamente identificadas, sobre todo en lo que respecta al cumplimiento de los plazos legales para el inicio del tratamiento oncológico. La regulación en salud en el SUS es esencial para efectivizar las Redes de Atención a la Salud, garantizando equidad y efectividad en el acceso³⁰. Este proceso organiza el uso de los recursos asistenciales con base en criterios clínico-epidemiológicos, capacidad instalada y territorialización, promoviendo equidad y uso racional de los servicios³¹.

El uso de herramientas digitales de monitoreo, como paneles de acompañamiento y sistemas informatizados, ha sido descrito como potencial promotor de mayor transparencia y eficiencia en la gestión del cuidado en salud. De esa manera, el *dashboard* permite el acompañamiento de las solicitudes realizadas por los profesionales y la respuesta del agendamiento de cada teleconsulta en hasta 48 horas. En este espacio, los solicitantes mantienen efectiva comunicación con el enfermero navegador en el chat. Cuando el paciente se encuadra como sospechoso o en tratamiento oncológico, se le agenda una fecha para teleconsulta^{5,12}.



La telemedicina, entendida como tecnología que permite la atención clínica remota, se ha consolidado como recurso permanente en la salud por su capacidad de ampliar el acceso y responder a las necesidades de la población^{32,33}. En el área de la oncología, se destaca la teleoncología, modalidad que involucra el seguimiento remoto de pacientes, acciones clínicas compartidas entre especialistas y equipos locales³⁴.

Pinto et al.³⁵ demostraron la eficacia de la telemedicina en el monitoreo y cuidado en pacientes con cáncer avanzados, posibilitando el acompañamiento remoto de pacientes y la comunicación con cuidadores incluso en ambiente domiciliario.

Bajo esta perspectiva, los hallazgos de este estudio indican que el uso de la teleoncología en el PBCC se configura como una alternativa viable y eficiente para el acompañamiento de los efectos colaterales postratamiento oncológico, corroborando otros estudios³⁶. Se destaca además que, por tratarse de una iniciativa desarrollada en el SUS, el programa tiende a alcanzar poblaciones en mayor vulnerabilidad, que generalmente enfrentan barreras para acceso a cuidados integrales y resolutivos. Estudios demuestran que la orientación teleoncológica aplicada en pacientes con cáncer y en situación de vulnerabilidad socioeconómica está bien valorada, con altas tasas de satisfacción³⁴.

En consonancia con estos hallazgos, la navegación de pacientes mostró ser un componente esencial en el programa, al favorecer la superación de barreras en los sistemas de salud por medio del acompañamiento individualizado^{37,38}. El navegador actúa a lo largo del recorrido asistencial, facilitando el acceso al cuidado integral y de calidad, desde la entrada en la red hasta la continuidad del tratamiento^{39,40}.

En el contexto brasileño, el enfermero navegador desempeña un papel estratégico en la red oncológica, acompañando al paciente desde la admisión, diagnóstico y tratamiento hasta desenlaces como alta, rehabilitación, paliación o defunción. Su actuación interprofesional contribuye a la gestión de los flujos asistenciales, realización de consultas y procedimientos, con impacto en los indicadores de salud y en el cuidado centrado en la persona, exigiendo conocimiento de la red oncológica y de la regulación del acceso^{41,42}.

Los resultados del estudio demuestran cuánto es estratégico y contributivo el equipo de la APS para el apoyo y coordinación de la atención oncológica longitudinal, con la acogida al usuario, estratificación de riesgo por el médico o enfermero de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), y encaminamiento inmediato, utilizando los formularios específicos del PBCC, manteniendo comunicación efectiva con los enfermeros navegadores en las tres

macrorregiones de salud. Tal estrategia está alineada a las directrices de la Ley n.º 14.758/2023⁴³ y a la Resolución de GM/MS n.º 6.592/2025⁴⁴.

La implementación del PBCC muestra resultados positivos en la reducción de pérdidas asistenciales y celeridad diagnóstica en el SUS, alineándose a estrategias de navegación de pacientes. En este contexto, Pinto Filho y Carneiro⁴⁵ describen un modelo informatizado en Pará que ofrece asistencia individualizada para superar barreras al tratamiento y proporcionar el acompañamiento del paciente durante toda su jornada en la red asistencial, no obstante, a diferencia del PBCC, esta experiencia utiliza un sitio web autoinstructivo con soporte en línea, sin mencionar la actuación directa del enfermero navegador en las regiones de salud.

En este trayecto del cuidado compartido, se remite a un escenario más favorable, reforzando la consistencia del modelo adoptada en el período, al identificar que el 70,0% de los usuarios comenzó la quimioterapia dentro del plazo y el 73,0% la radioterapia, posibilitando la evidencia del impacto y de la evolución de la estrategia de cuidado integral cuando se comparan con los datos preliminares del segundo semestre de 2024, fase de implantación y adaptabilidad, en que solo el 49,7% había comenzado el tratamiento dentro del plazo²⁹.

Además, indican avances importantes en el cumplimiento de los plazos legales para el inicio del tratamiento oncológico, lo que puede indicar efectividad del programa. Se observó un escenario positivo y estratégico como organización de la red de salud, dado que presenta una forma organizada por medio de la APS, evidenciándose la importancia de los componentes del programa en promover la coordinación del cuidado, que es un atributo de la APS, para una atención individualizada e integral⁴⁶.

Además, con la implementación de la expansión de la red por el PBCC, se amplían la oferta de procedimientos y la capilaridad territorial, reduciendo desplazamientos y tiempos de espera. Estas acciones buscan promover una atención más equitativa, resolutiva y eficiente, alineada a las directrices nacionales y a la legislación vigente en cuanto al inicio oportuno del tratamiento oncológico.

En lo que respecta al desenlace clínico del encaminamiento, en que la mayor parte de los pacientes fue encaminada a tratamiento, esto puede indicar adecuación en la identificación y en el encaminamiento de casos que demandan intervención terapéutica. Adicionalmente, los datos indican conformidad con los plazos legales establecidos para el cuidado oncológico, particularmente los de 30 y 60 días. Hasta julio de 2025, cerca de mitad de los pacientes realizó el examen anatomopatológico dentro del plazo, sin considerar a aquellos que llegaron

a la primera consulta con el examen realizado, práctica frecuente en el modelo asistencial convencional.

Con relación al perfil de los pacientes atendidos en el PBCC en el período en estudio, se reveló un perfil epidemiológico que converge con las tendencias nacionales. Se evidenció que el perfil de los pacientes atendidos en el primer año de ejecución del PBCC se asemeja a las estimaciones de incidencia de cáncer para el trienio 2026-2028 en el Brasil, divulgadas por el INCA, pues se observó predominio de individuos ancianos y adultos, respectivamente, fenómeno que puede estar relacionado con el envejecimiento poblacional y el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles⁴⁷.

La notable fracción de atenciones en el grupo etario de 25 a 64 años —grupo etario productivo— es un hallazgo potente, pues la identificación de este perfil en el programa refuerza la importancia de un sistema ágil.

El predominio de pacientes mujeres, atendidas en el programa —lo que puede explicarse debido a la elevada incidencia del cáncer de mama femenina—, evidencia que ellas representan las principales usuarias de los servicios de oncología en el SUS⁴⁸. Sin embargo, la cantidad de hombres que tuvieron acceso al PBCC no quedó tan distante con relación a la de las mujeres, destacando el cáncer de próstata como el más incidente en el caso masculino⁴⁷.

El estudio presenta como limitación el delineamiento descriptivo y el uso de datos secundarios, lo que restringe la posibilidad de inferencia causal entre la implementación del PBCC y los desenlaces observados. Adicionalmente, la ausencia de indicadores comparativos previos a la implementación del programa restringe el análisis de impacto y de variación temporal de los resultados.

Para servicios que desean implementar iniciativas semejantes y para futuros estudios, se recomiendan el desarrollo de indicadores estandarizados para evaluación de desenlaces clínicos y organizacionales en oncología y la realización de investigaciones longitudinales.

No obstante, a pesar de estas restricciones, los datos analizados permitieron demostrar que el programa presenta importantes potenciales, especialmente en la mejoría de la coordinación del cuidado, en la integración entre los niveles asistenciales y en la incorporación de tecnologías que amplían el acceso. Como desafíos para su consolidación, se destacan la dependencia de infraestructura tecnológica, la necesidad de mantener el financiamiento y los equipos especializados, así como eventuales fragilidades en los sistemas de información. Se refuerza, por lo tanto, la importancia de estrategias de monitoreo y evaluación que permitan medir sus efectos a largo plazo.

CONCLUSIÓN

El PBCC se configura como una iniciativa innovadora y replicable en el ámbito del SUS. Frente a lo expuesto, en su primer año de implementación, presentó acciones orientadas a la organización de la Red de Atención Oncológica, estructuradas en cuatro ejes: regulación estatal unificada, teleoncología, navegación de pacientes por enfermeros y ampliación de la red propia. La regulación unificada centraliza los exámenes y tratamientos, permitiendo el monitoreo de plazos y la identificación de demandas. La teleoncología es usada para la realización de teleinterconsultas y el apoyo a la definición de acciones. La navegación de pacientes por enfermeros proporciona la búsqueda activa de casos, acompañamiento de exámenes y articulación entre los servicios.

El origen de las solicitudes de consultas principalmente vía APS ratifica su consolidación como puerta de entrada para el cuidado oncológico. Finalmente, la expansión de la red propia amplió la oferta de servicios de diagnóstico y el tratamiento en las macrorregiones de salud y, en cuanto al perfil de los pacientes atendidos, se concentra en mujeres, ancianos y adultos en edad productiva.

APORTES

Luciana Moura Mendes de Lima, Francisco Auber Pergentino Vieira, Anna Karina Barros de Moraes Ramalho, Matheus Spricido y Marianna Nogueira Gadelha de Oliveira 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. Anna Tereza Alves Guedes, Arimatheus Silva Reis, Saulo Wanderley Filho, Michely Almeida Maropo y Lidiane Nascimento Cassimiro contribuyeron a la redacción y revisión crítica. Todos los autores aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos que sustentan los hallazgos de este estudio están disponibles en el repositorio de datos: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMmFjZGNTMTgtNzZiOC00OTBILWFkYjAtMTVhNTFjYTY5IiwidCI6IjgxYzUyNzVklTlxMjMtNDU0Yi1iMjEwLTI4MWI0NjVmZGI4YSJ9>

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

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/l13896.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/l12732.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://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/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://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/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/l13709.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://insercaoopbcc.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=eyJrJoiMmFjZG9iMTgtNzZiOC00OTBILWFkYjAtMTVmZTVhNTFjYTY5IiwidCI6IjgxeYzUyNzVkLTlxMjMtN>
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://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/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

Editora associada: Jeane Tomazelli. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2472-3444>Editora-científica: Anke Bergmann. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-1972-8777>

Este es un artículo publicado en acceso abierto (*Open Access*) bajo la licencia *Creative Commons Attribution*, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre y cuando el trabajo original se cite correctamente.