MAPEAMENTO DO FLUXO ASSISTENCIAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Mapping the care flow of oncology patients in the municipality's health services.

Beatriz Beggo; Bianca Garcia Rothenberger; Grazielly Stevanin do Nascimento Pereira; Mariana Doria Guimarães Santaliestra; Matheus de Andrade Ruas

RESUMO

O câncer representa um importante problema de saúde pública, exigindo uma rede assistencial articulada que assegure acesso oportuno ao diagnóstico, tratamento e continuidade do cuidado. Nesse contexto, compreender o percurso dos pacientes oncológicos permite identificar fragilidades e potencialidades na organização dos serviços de saúde. O objetivo deste estudo foi mapear o fluxo assistencial de pacientes oncológicos em Indaiatuba-SP, desde os primeiros sinais e sintomas até o início do tratamento, analisando as portas de entrada, os encaminhamentos, os tempos envolvidos e a atuação da Enfermagem. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa e qualitativa, complementada por levantamento bibliográfico. Participaram 31 pacientes com diagnóstico confirmado de câncer, acompanhados na rede pública municipal. A coleta de dados ocorreu por meio de questionários semiestruturados, e os dados quantitativos foram submetidos à estatística descritiva. Os qualitativos foram analisados por meio da análise de conteúdo temático, conforme Bardin (2016), com encerramento da coleta após a saturação do conteúdo. Os resultados demonstraram que 90,3% dos participantes utilizavam exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS), e a Unidade Básica de Saúde foi a principal porta de entrada. Quanto aos tempos assistenciais, 67,7% relataram espera superior a 30 dias entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento. A Enfermagem apresentou contribuições relevantes na orientação sobre procedimentos (80,6%), nos cuidados diretos (74,2%) e no apoio emocional e nas orientações sobre efeitos colaterais (71,0%). A avaliação do atendimento foi predominantemente positiva, classificada como excelente por 83,9% dos participantes. Conclui-se que, embora a assistência de Enfermagem seja amplamente reconhecida, os intervalos de espera e a diversidade dos percursos evidenciam a necessidade de fortalecer a articulação entre os serviços, aprimorar a regulação e promover a continuidade e a integralidade do cuidado oncológico.

Descritores: Enfermagem; Instituições de Oncologia; Assistência Universal de Saúde; Acessibilidade aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Cancer represents a major public health problem, requiring a coordinated healthcare network that ensures timely access to diagnosis, treatment, and continuity of care. In this context, understanding the care pathways of cancer patients makes it possible to identify weaknesses and strengths in the organization of health services. The objective of this study was to map the care pathways of cancer patients in Indaiatuba, São Paulo, Brazil, from the onset of signs and symptoms to the beginning of treatment, analyzing points of entry into the healthcare system, referrals, waiting times, and the role of Nursing. This is a descriptive and exploratory field study using a quantitative and qualitative approach, complemented by a literature review. The participants were 31 patients with a confirmed cancer diagnosis who received care within the municipal public healthcare network. Data were collected through semi-structured questionnaires. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were examined through thematic content analysis, following Bardin (2016). Data collection was concluded once content saturation had been reached. The results showed that 90.3% of participants relied exclusively on the Brazilian Unified Health System (SUS), and the Primary Healthcare Unit was the main point of entry into the healthcare system. Regarding waiting times, 67.7% reported waiting more than 30 days between

diagnostic confirmation and the start of treatment. Nursing made significant contributions through guidance on procedures (80.6%), direct care (74.2%), and emotional support and guidance on side effects (71.0%). Overall, care was rated positively, with 83.9% of participants describing it as excellent. It is concluded that, although Nursing care is widely recognized, waiting times and the diversity of care pathways highlight the need to strengthen coordination among services, improve referral and regulation processes, and promote continuity and comprehensiveness in cancer care.
Keywords: Nursing; Cancer Care Facilities; Universal Health Coverage; Health Services Accessibility.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é reconhecido como um importante problema de saúde pública no âmbito global e nacional, caracterizando-se por um crescimento desordenado de células, com potencial de invasão de tecidos e disseminação para outras regiões do corpo, processo conhecido como metástase. Trata-se de uma condição multifatorial, associada a fatores genéticos, ambientais e comportamentais, cuja complexidade exige acompanhamento contínuo e intervenções terapêuticas específicas ao longo de todo o processo de adoecimento (Brasil, [s.d.]). Nesse contexto, a assistência ao paciente oncológico ultrapassa a dimensão biológica da doença, exigindo um cuidado integral que contemple aspectos físicos, emocionais e sociais. A Enfermagem destaca-se como elemento central nesse cuidado, atuando de forma contínua e humanizada na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, contribuindo para a qualidade de vida e o suporte ao paciente e sua família (Paraízo, et. al., 2025).

No Brasil, o câncer apresenta elevada magnitude epidemiológica, sendo responsável por significativa carga de morbimortalidade e configurando-se como uma das principais causas de óbito, inclusive no estado de São Paulo, onde ocupa a segunda posição entre as causas de morte. Estima-se a ocorrência de mais de 123 mil novos casos anuais no estado, evidenciando a demanda crescente por serviços especializados e eficientes da rede assistencial. Diante desse cenário, a estruturação das Redes de Atenção à Saúde e das linhas de cuidado oncológico torna-se fundamental para garantir o acesso oportuno, a continuidade da assistência e a integralidade do cuidado (Santos, et. al., 2023; São Paulo, 2025).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, políticas como a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, bem como legislações específicas, a exemplo da Lei nº 12.732/2012 (Lei dos 60 dias), que assegura o início do tratamento oncológico no prazo máximo de 60 dias após a confirmação diagnóstica, da Lei nº 13.896/2019 (Lei dos 30 dias), que garante a realização de exames diagnósticos em até 30 dias diante de suspeita de neoplasia maligna, e a Lei nº 14.238/2021 (Estatuto da Pessoa com Câncer), que institui direitos relacionados ao atendimento integral, humanizado e multiprofissional, estabelecem diretrizes fundamentais para a organização da assistência oncológica no país, com vistas à promoção do

diagnóstico precoce, ao acesso oportuno ao tratamento e à integralidade do cuidado, reforçando a necessidade de fluxos assistenciais bem definidos, articulados e resolutivos.

Apesar dos avanços normativos e organizacionais, persistem importantes fragilidades no fluxo assistencial de pacientes oncológicos, especialmente relacionadas a atrasos no diagnóstico, dificuldades de acesso a serviços especializados, desarticulação entre os níveis de atenção e fragmentação do cuidado. Tais desafios impactam diretamente os desfechos clínicos, contribuindo para o agravamento da doença e aumento da mortalidade. Além disso, fatores socioeconômicos e estruturais podem intensificar as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, evidenciando a vulnerabilidade dessa população (Araújo & Rechmann, 2021). No contexto municipal, observa-se a escassez de estudos que analisam de forma aprofundada o fluxo assistencial de pacientes oncológicos, particularmente no município de Indaiatuba-SP, o que limita a compreensão das especificidades locais e dificulta a proposição de estratégias direcionadas à melhoria da assistência.

Diante dessa realidade, torna-se necessário compreender como se organiza o percurso assistencial dos pacientes oncológicos no município, desde o surgimento dos sinais e sintomas até o diagnóstico e início do tratamento, considerando os diferentes pontos de atenção e os fluxos de encaminhamento dentro da rede de saúde. Tal compreensão envolve a análise dos mecanismos de acesso, da continuidade do cuidado e das possíveis falhas no processo assistencial, com destaque para a atuação da Enfermagem, que se faz presente de maneira transversal em todos os níveis de atenção. O enfermeiro desempenha papel estratégico na coordenação do cuidado, no acolhimento, na educação em saúde e no acompanhamento dos pacientes, contribuindo para a integralidade e resolutividade da assistência (Paraízo, et. al., 2025).

Dessa forma, questiona-se como caracteriza-se o fluxo assistencial de pacientes oncológicos no município de Indaiatuba-SP e quais são suas fragilidades e potencialidades. A relevância deste estudo justifica-se pela necessidade de mapear esse fluxo, identificar fragilidades e potencialidades da rede assistencial e subsidiar a tomada de decisões externas à qualificação do cuidado em saúde, contribuindo para o fortalecimento da rede de atenção à saúde e o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no âmbito das políticas públicas locais.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Mapear o fluxo assistencial de pacientes oncológicos em Indaiatuba-SP, desde os primeiros sinais e sintomas até o início do tratamento, analisando a organização da rede de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção.

2.2 Específicos

- Analisar o percurso assistencial dos pacientes oncológicos no município, identificando as portas de entrada, os encaminhamentos realizados entre os níveis de atenção e os tempos envolvidos no processo de diagnóstico e início do tratamento.
- Analisar a atuação do enfermeiro no percurso assistencial de pacientes oncológicos e sua contribuição para a continuidade, integralidade e qualidade do cuidado durante o processo de saúde-doença.
- Identificar fragilidades e potencialidades na organização da rede de atenção à saúde que impactam o acesso, a continuidade e a integralidade do cuidado.

3 METODOLOGIA

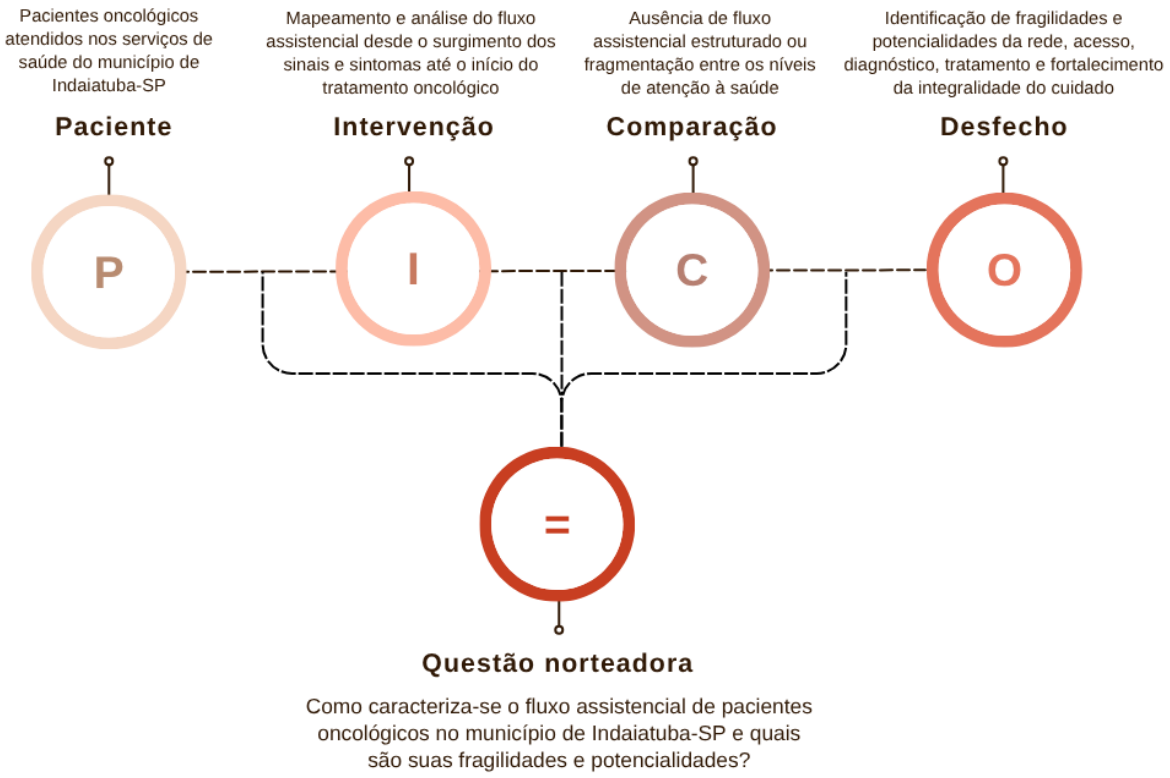
3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo e exploratório, com abordagem mista, quantitativa e qualitativa, complementada por levantamento bibliográfico em literaturas atuais sobre o tema. O delineamento adotado possibilita a análise de aspectos objetivos relacionados ao fluxo assistencial dos pacientes oncológicos, bem como a compreensão das percepções dos participantes acerca do percurso assistencial e do cuidado recebido.

A abordagem quantitativa permitiu caracterizar os participantes e analisar informações relacionadas ao percurso assistencial, incluindo as portas de entrada no sistema de saúde, os encaminhamentos realizados entre os diferentes níveis de atenção e os tempos envolvidos entre a suspeita, o diagnóstico e o início do tratamento. A abordagem qualitativa possibilitou compreender as percepções dos pacientes acerca do percurso assistencial, das potencialidades e das fragilidades identificadas na organização da rede de atenção à saúde.

Para a construção da questão norteadora deste estudo, utilizou-se a estratégia PICO, que consiste em um método estruturado para elaboração de perguntas de pesquisa, contemplando os elementos Paciente (P), Intervenção (I), Comparação (C) e Desfecho (O). Essa abordagem possibilita maior clareza na definição do problema de pesquisa e direciona o desenvolvimento metodológico do estudo. O Fluxograma I apresenta o fluxograma da estruturação da questão norteadora com base na estratégia PICO, incluindo a descrição de cada componente utilizado nesta pesquisa (Richardson, 1995).

Fluxograma I - Estrutura da questão norteadora segundo a estratégia PICO



Fonte: Autoria própria, 2026.

3.2 Participantes da pesquisa

A população do estudo é composta por pacientes oncológicos em acompanhamento nos serviços de saúde do município de Indaiatuba-SP e por profissionais de saúde, com ênfase nos enfermeiros que atuam diretamente na assistência a esses pacientes.

Foram incluídos pacientes com diagnóstico confirmado de câncer e em acompanhamento ativo na rede pública de saúde do município, bem como profissionais de enfermagem que atuem nos serviços de saúde com atendimento a pacientes oncológicos. Foram excluídos pacientes que não utilizam os serviços públicos de saúde do município e profissionais afastados de suas funções ou que não atuem diretamente na assistência oncológica.

3.3 Cenário do estudo

O estudo será realizado em serviços de saúde do município de Indaiatuba-SP que atendem pacientes oncológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo os diferentes níveis de atenção à saúde, incluindo atenção primária, secundária e terciária, sendo respectivamente: Unidades

Básicas de Saúde (UBS II, UBS IV, UBS V e UBS VII), Hospital Augusto de Oliveira Camargo (HAOC) e Centro Integrado de Oncologia "Luci Clea Silva".

A escolha do cenário está relacionada à necessidade de compreender a organização do percurso assistencial dos pacientes oncológicos no município, considerando os diferentes pontos de atenção da rede de saúde, os mecanismos de acesso, os encaminhamentos realizados e a continuidade do cuidado ao longo do processo assistencial.

3.4 Etapas da pesquisa

A pesquisa será desenvolvida em etapas articuladas, contemplando a identificação e caracterização do percurso assistencial dos pacientes oncológicos no município, desde os primeiros sinais e sintomas até o diagnóstico e o início do tratamento.

Na primeira etapa, será realizada a identificação dos participantes e o levantamento das informações relacionadas ao perfil dos pacientes oncológicos e dos profissionais de saúde participantes, considerando os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Na segunda etapa, será realizada a coleta de informações referentes ao percurso assistencial dos pacientes, considerando a porta de entrada no sistema de saúde, a busca por atendimento, os encaminhamentos realizados entre os diferentes níveis de atenção, a realização de exames, o diagnóstico e o início do tratamento.

Na terceira etapa, serão analisadas as percepções dos participantes acerca do percurso assistencial, possibilitando identificar fragilidades e potencialidades na organização da rede de atenção à saúde, bem como aspectos relacionados à atuação da enfermagem e à continuidade, integralidade e qualidade do cuidado.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de questionários semiestruturados aplicados aos participantes da pesquisa, contemplando questões relacionadas ao percurso assistencial dos pacientes oncológicos e à atuação dos profissionais de saúde, com ênfase na enfermagem.

Os instrumentos abordaram informações relacionadas ao perfil dos participantes, às portas de entrada no sistema de saúde, aos encaminhamentos realizados entre os níveis de atenção, aos tempos entre suspeita, diagnóstico e início do tratamento, bem como às percepções acerca das potencialidades e fragilidades identificadas no percurso assistencial.

As principais variáveis analisadas compreenderam a porta de entrada no sistema de saúde, os tempos entre suspeita, diagnóstico e início do tratamento, os encaminhamentos realizados entre os níveis de atenção e a atuação da enfermagem ao longo do percurso assistencial.

3.6 Procedimentos de coleta

A coleta de dados foi realizada nos serviços de saúde do município de Indaiatuba-SP, após a autorização das instituições envolvidas e o cumprimento das exigências éticas aplicáveis à pesquisa.

Inicialmente, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os possíveis riscos e benefícios da participação e os aspectos relacionados ao sigilo das informações. Após os esclarecimentos necessários e a concordância em participar da pesquisa, foi realizada a aplicação dos questionários semiestruturados.

Os intervalos de tempo identificados entre as diferentes etapas do cuidado foram analisados considerando as normativas vigentes relacionadas aos prazos para diagnóstico e tratamento oncológico, possibilitando a identificação de possíveis atrasos no fluxo assistencial.

As questões abertas dos instrumentos foram utilizadas para a compreensão das percepções dos participantes sobre o percurso assistencial, permitindo identificar experiências, dificuldades, potencialidades e fragilidades relacionadas à organização da rede e à assistência prestada.

Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva, contemplando frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central, como média e mediana, e medidas de dispersão, como desvio padrão. Os dados qualitativos, serão analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temático, conforme proposta por Bardin (2016), contemplando as etapas de pré-análise, exploração do material, categorização e interpretação dos dados. A coleta de dados foi encerrada após o alcance da saturação do conteúdo, caracterizada pela ausência de novas informações relevantes para os objetivos da pesquisa.

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com os princípios éticos aplicáveis às pesquisas envolvendo seres humanos e com as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos, procedimentos, possíveis riscos e benefícios da pesquisa, sendo assegurada a participação voluntária, o sigilo das informações e o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

A participação foi formalizada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes do início da coleta de dados. As informações obtidas foram utilizadas exclusivamente para fins científicos, preservando-se a identidade dos participantes e a confidencialidade dos dados coletados.

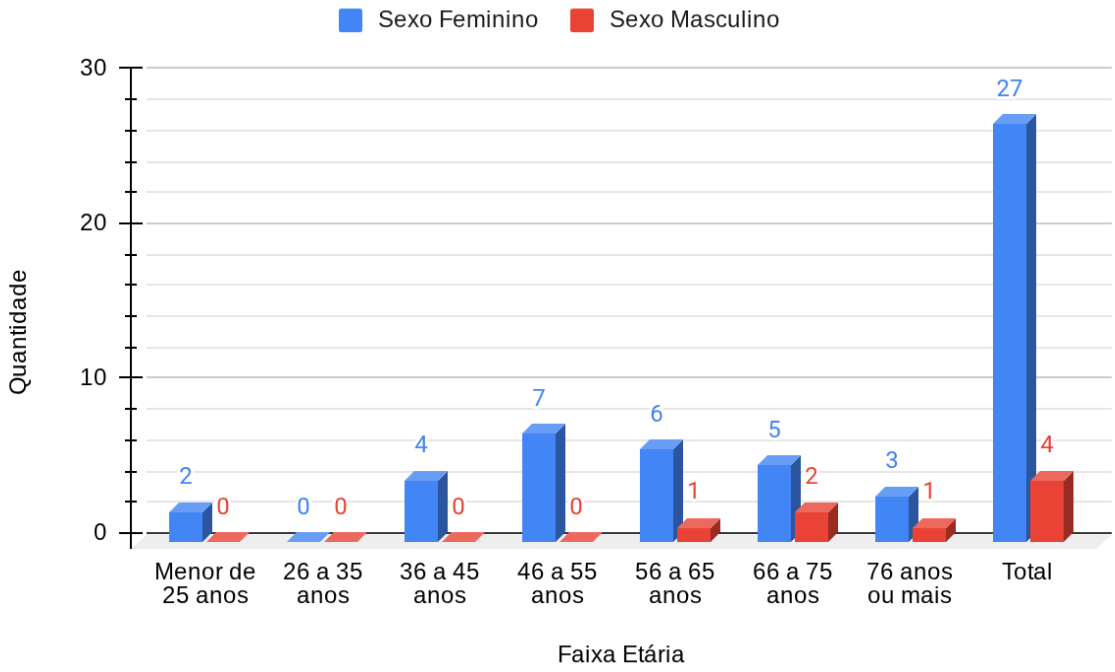
A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, sendo iniciada a coleta de dados somente após a aprovação ética e o cumprimento das autorizações necessárias junto aos serviços de saúde envolvidos, sob número do CAAE 00936026.6.0000.5490 e do parecer 8.766.531.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa contou com a participação inicial de 35 indivíduos com diagnóstico confirmado de câncer, em acompanhamento nos serviços de saúde do município de Indaiatuba-SP. Deste total, 4 participantes foram excluídos por utilizarem exclusivamente a rede privada de saúde e, portanto, não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos, resultando em uma amostra final de 31 indivíduos. O estudo foi conduzido em serviços estratégicos que compõem os diferentes níveis de atenção da rede assistencial local, abrangendo a Atenção Primária à Saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS II, UBS IV, UBS V e UBS VII), e a Atenção Especializada/Hospitalar, representada pelo Centro Integrado de Oncologia “Luci Clea Silva” e pelo Hospital Augusto de Oliveira Camargo (HAOC).

A caracterização dos participantes permite contextualizar os resultados referentes ao percurso assistencial oncológico, considerando aspectos sociodemográficos, a utilização dos serviços de saúde e o tempo de acompanhamento. A análise dessas variáveis contribui para compreender o perfil dos respondentes e situar suas experiências no contexto da assistência oncológica investigada, com foco na distribuição por faixa etária e sexo, conforme exposto no gráfico abaixo:

Gráfico I - Distribuição dos participantes por faixa etária e sexo



Fonte: Autoria própria, 2026.

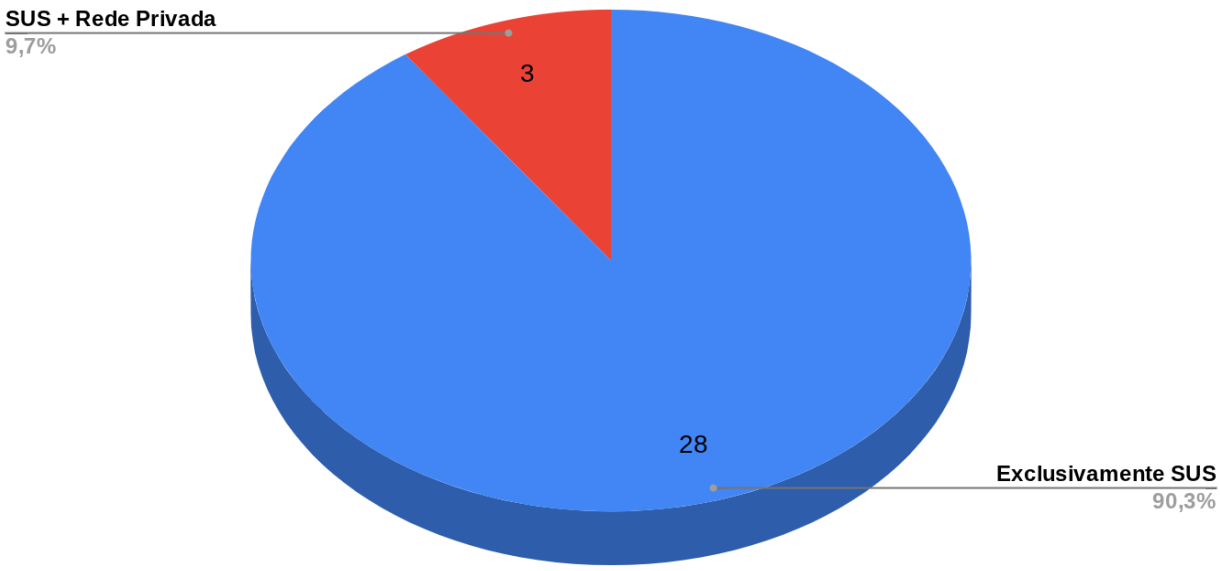
Participaram do estudo 31 indivíduos, dos quais 27 (87,1%) eram do sexo feminino e 4 (12,9%) do sexo masculino. Observa-se, portanto, predominância expressiva de participantes do sexo feminino. Em relação à faixa etária, entre as mulheres, houve maior concentração de participantes entre 46 e 55 anos, grupo que reuniu 7 indivíduos (22,6% da amostra total), seguido pelas faixas de 56 a 65 anos, com 6 participantes (19,4%), e de 66 a 75 anos, com 5 (16,1%). A faixa etária de 36 a 45 anos compreendeu 4 mulheres (12,9%), enquanto 3 (9,7%) tinham 76 anos ou mais e 2 (6,5%) tinham menos de 25 anos. Não houve participantes do sexo feminino na faixa de 26 a 35 anos.

Entre os homens, 1 participante (3,2% da amostra total) estava na faixa de 56 a 65 anos, 2 (6,5%) tinham entre 66 e 75 anos e 1 (3,2%) tinha 76 anos ou mais. Não foram registrados participantes do sexo masculino com menos de 56 anos.

A predominância feminina pode refletir diferenças de gênero na procura e utilização dos serviços de saúde, influenciadas por fatores socioculturais e pela maior inserção das mulheres em práticas de prevenção e acompanhamento. Estudos nacionais apontam diferenças entre homens e mulheres no acesso aos serviços de saúde, reforçando a importância de considerar esses fatores na interpretação do perfil dos participantes (Cobo, Cruz, & Dick, 2021). Contudo, essas possibilidades devem ser interpretadas com cautela, pois a distribuição observada caracteriza a amostra estudada e não permite estabelecer relações causais nem representar, necessariamente, o perfil da população oncológica do município.

Quanto ao tipo de cobertura utilizada no percurso assistencial, observou-se uma concentração expressiva na rede pública. A grande maioria dos participantes utiliza exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando a centralidade e a forte dependência do sistema público para a condução do cuidado oncológico, conforme descrito no gráfico II:

Gráfico II - Cobertura de saúde utilizada



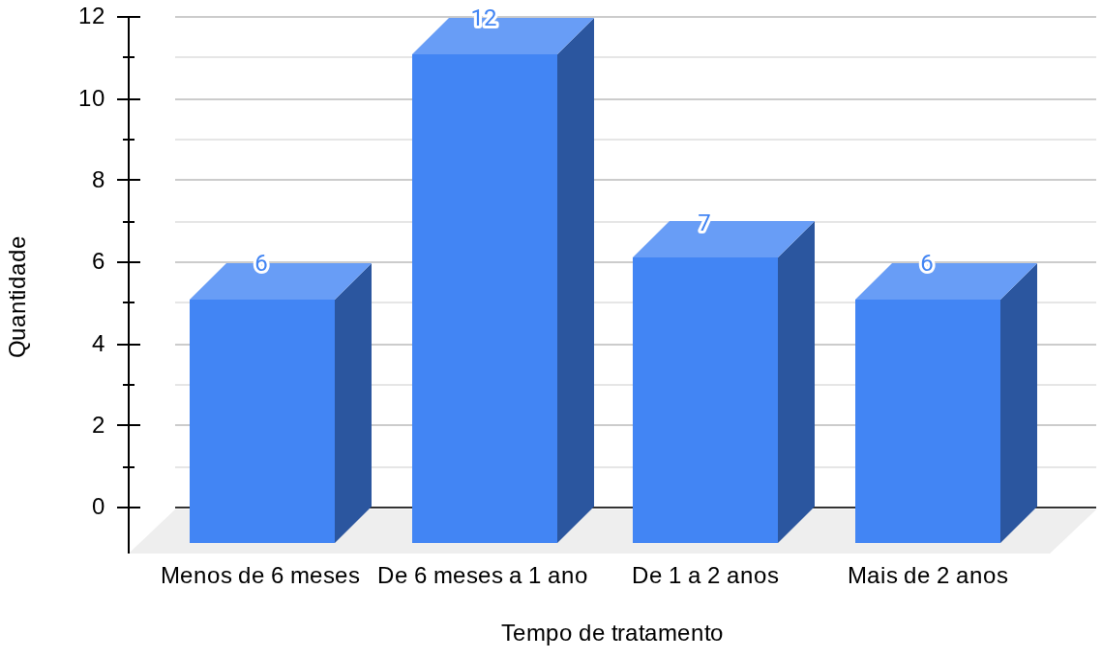
Fonte: Autoria própria, 2026.

Entre os 31 participantes investigados, 28 indivíduos (90,3%) declararam utilizar de maneira estritamente exclusiva os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), ao passo que apenas três pacientes (9,7%) relataram consorciar o atendimento público com a rede privada.

Essa distribuição evidencia a expressiva utilização dos participantes em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), visto que a vasta maioria apoia-se de forma exclusiva na rede pública para o seu cuidado assistencial. Embora uma pequena parcela combine os serviços públicos com a rede privada, reforça o SUS como o pilar estruturante de todo o itinerário terapêutico do grupo (Banna & Gondinho, 2019). Essa hegemonia e centralidade da rede pública são fundamentais para interpretar os achados subsequentes, sobretudo na análise dos pontos de entrada, dos encaminhamentos e dos intervalos entre as etapas do cuidado oncológico.

No que se refere ao tempo de acompanhamento oncológico, observou-se uma variação significativa no período de tratamento dos participantes. A maior concentração envolveu aqueles em acompanhamento por períodos intermediários, enquanto parcelas menores e equivalentes dividiram-se entre os atendimentos mais recentes e os de maior duração, conforme descrito no gráfico abaixo:

Gráfico III - Tempo de acompanhamento do tratamento oncológico



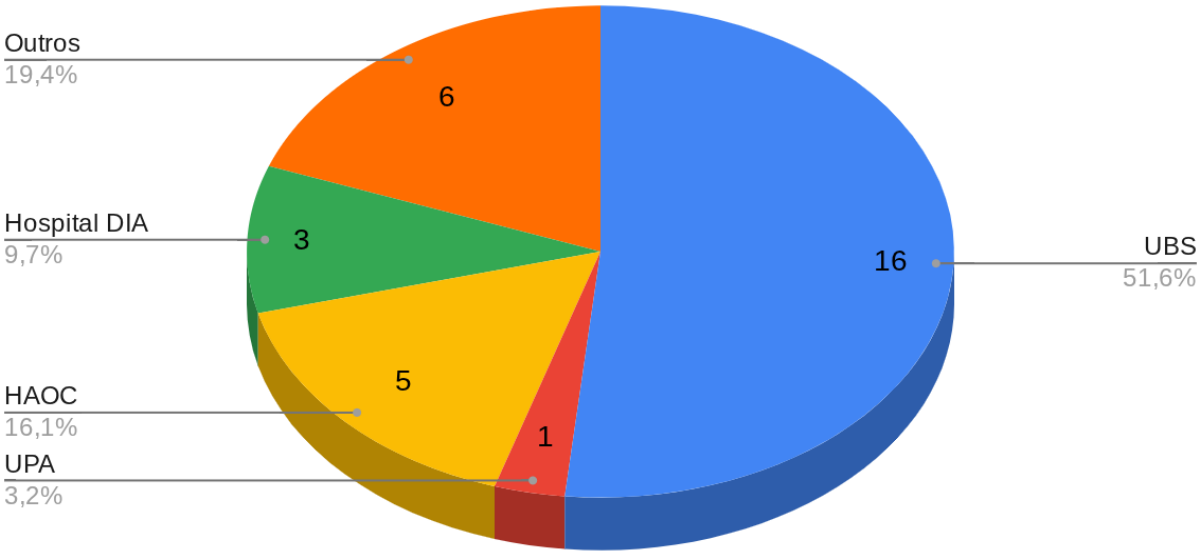
Fonte: Autoria própria, 2026.

A maior frequência foi observada entre os participantes que estavam em tratamento havia seis meses a um ano, correspondendo a 12 indivíduos (38,7%). Em seguida, 7 participantes (22,6%) relataram tempo de tratamento entre um e dois anos. As categorias de menos de seis meses e mais de dois anos reuniram 6 participantes cada, equivalentes a 19,4% da amostra em cada grupo.

Os resultados demonstram que mais da metade dos participantes (61,3%) estava em tratamento havia pelo menos seis meses e até dois anos, enquanto 19,4% se encontravam no período inicial de tratamento, inferior a seis meses, e a mesma proporção relatou acompanhamento superior a dois anos. Essa distribuição contempla experiências relacionadas a diferentes períodos do percurso terapêutico, desde fases relativamente recentes até acompanhamentos mais prolongados.

O mapeamento do fluxo assistencial permite compreender as portas de entrada dos pacientes oncológicos na rede de saúde, a circulação entre os serviços e os encaminhamentos realizados ao longo do percurso até o diagnóstico e o tratamento. A distribuição dos serviços inicialmente procurados está apresentado no Gráfico IV:

Gráfico IV - Principais portas de entrada



Fonte: Autoria própria, 2026.

Conforme os dados, a Unidade Básica de Saúde (UBS) constituiu a principal porta de entrada, mencionada por 16 participantes (51,6%), seguida da categoria “Outros”, com 6 respostas (19,4%), do Hospital Augusto de Oliveira Camargo (HAOC), com 5 (16,1%), do Hospital Dia, com 3 (9,7%), e da UPA/Pronto Atendimento, com 1 resposta (3,2%). Esse resultado evidencia a centralidade da atenção primária no acesso inicial dos participantes à rede assistencial, embora também demonstre a presença de trajetórias iniciadas em serviços hospitalares e em outros pontos de atenção.

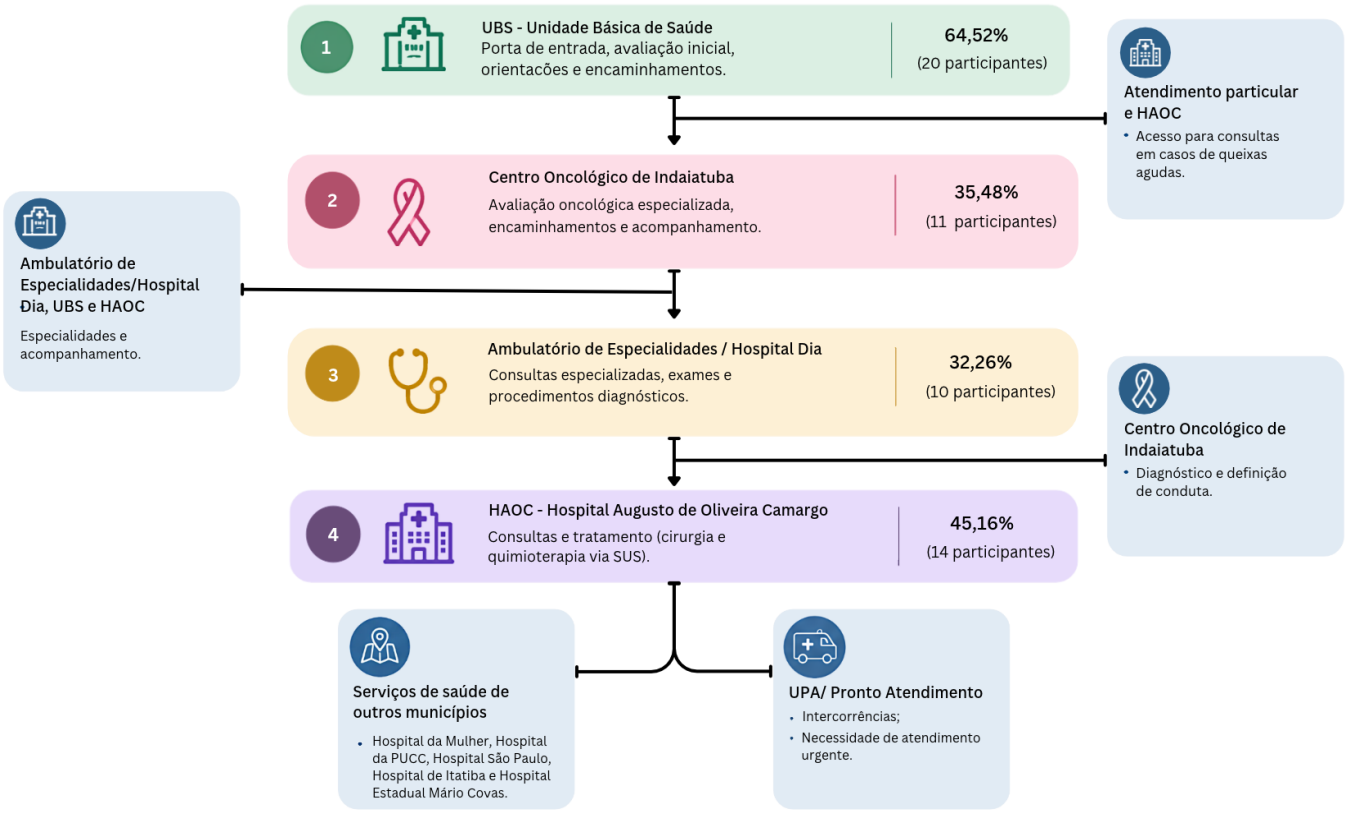
A categoria “Outros” compreendeu diferentes serviços e formas de acesso à assistência, incluindo a realização de exames na rede privada, como endoscopia, além de instituições como o Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE) e o Hospital de São Paulo. Essas respostas evidenciam a diversidade de portas de entrada relatadas pelos participantes, incluindo serviços públicos, instituições específicas e alternativas de atendimento fora das opções previamente estabelecidas no questionário. A predominância da Atenção Primária reforça sua relevância no acesso inicial à rede assistencial, enquanto a diversidade de serviços mencionados evidencia diferentes trajetórias de procura por atendimento (Banna & Gondinho, 2019).

A compreensão do fluxo assistencial oncológico exige considerar a organização da Rede de Atenção à Saúde e a articulação entre os diferentes níveis de atenção, desde a identificação dos sinais e sintomas até a confirmação diagnóstica e o início do tratamento. Esse percurso envolve o acesso aos serviços, os mecanismos de encaminhamento, a regulação dos atendimentos, a disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos e a comunicação entre profissionais e instituições. Nesse contexto, a integração

entre a Atenção Primária à Saúde, os serviços especializados e a atenção hospitalar é fundamental para favorecer a continuidade do cuidado e reduzir a fragmentação da assistência (São Paulo, 2025).

O mapeamento desse percurso permite compreender a dinâmica de utilização dos serviços e reconhecer diferentes trajetórias assistenciais, considerando as necessidades dos pacientes e os encaminhamentos realizados durante a investigação e o tratamento. Dessa forma, a representação do fluxo possibilita visualizar os percursos relatados e compreender as relações estabelecidas entre os serviços que integram a rede oncológica municipal. O Fluxograma II apresenta o percurso assistencial identificado a partir das respostas dos participantes.

Fluxograma II - Mapeamento do fluxo assistencial de pacientes oncológicos



Fonte: Autoria própria, 2026.

O fluxograma foi elaborado com base na ordem dos serviços de saúde indicada pelos participantes, considerando a frequência com que cada unidade foi selecionada em cada posição do percurso assistencial, da primeira à sétima. Dessa forma, a sequência principal representa o serviço mais frequentemente indicado em cada etapa, e não necessariamente uma progressão obrigatória entre as unidades.

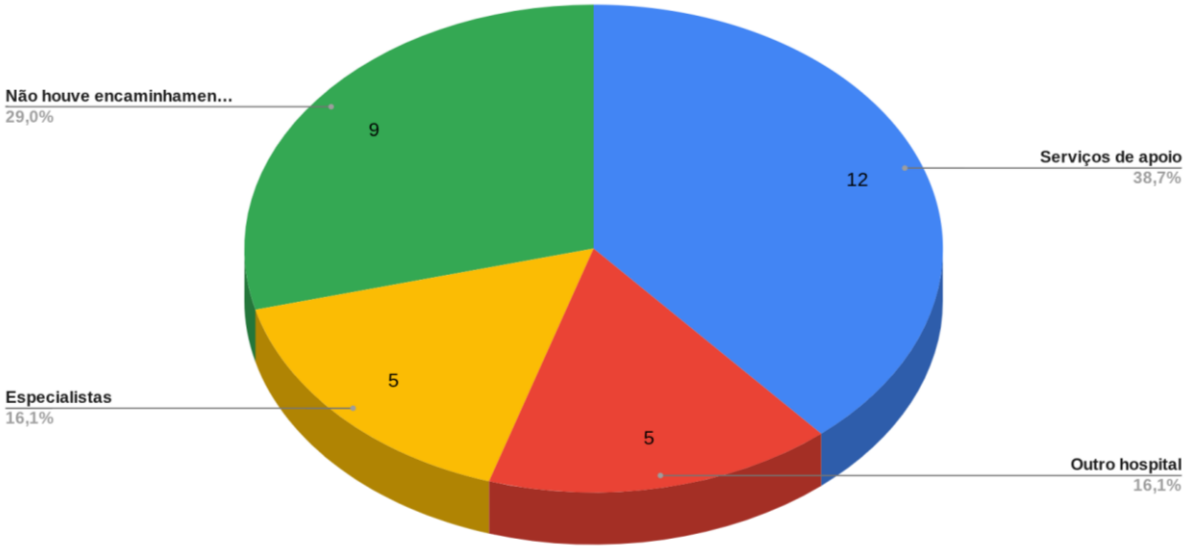
A UBS foi identificada como principal porta de entrada, ocupando predominantemente a primeira posição, com 20 participantes (64,52%). Na segunda posição, destacou-se o Centro Oncológico de Indaiatuba, mencionado por 11 participantes (35,48%), seguido pelo Ambulatório de Especialidades/Hospital Dia na terceira posição, com 10 participantes (32,26%), e pelo Hospital Augusto de Oliveira Camargo (HAOC) na quarta posição, com 14 participantes (45,16%). Os demais serviços foram representados como possibilidades alternativas de acesso e continuidade da assistência, por também terem sido mencionados pelos participantes, embora com menor frequência nas respectivas posições. Assim, o fluxograma sintetiza o percurso assistencial predominante identificado na amostra, sem pressupor que todos os pacientes percorrem necessariamente as mesmas etapas ou sigam uma trajetória linear entre os serviços.

A predominância da UBS evidencia a relevância da Atenção Primária à Saúde na identificação das necessidades de investigação e no direcionamento dos pacientes para outros pontos da rede. Nesse contexto, destaca-se a importância da capacidade de acolhimento, avaliação inicial e encaminhamento oportuno, bem como da coordenação do cuidado ao longo da trajetória oncológica. Entretanto, a continuidade da assistência depende da articulação efetiva entre os serviços, de modo que a transição entre a investigação, a confirmação diagnóstica e o tratamento ocorra de forma integrada.

A participação expressiva do HAOC e do Centro Oncológico de Indaiatuba, assim como do Ambulatório de Especialidades/Hospital Dia, reforça a importância dos serviços hospitalares e especializados na composição dessa rede. A circulação entre esses pontos pode envolver diferentes necessidades assistenciais e etapas do cuidado, tornando relevante a comunicação entre equipes, o compartilhamento de informações clínicas e o acompanhamento dos encaminhamentos. Também foram identificados percursos envolvendo atendimento particular, UPA/Pronto Atendimento e serviços de outros municípios, indicando diversidade nas trajetórias assistenciais e a possível influência de diferentes portas de acesso na continuidade do cuidado (Oliveira et al., 2025). Essa diversidade reforça a necessidade de compreender a rede para além de um percurso linear, considerando as conexões entre os serviços e a coordenação da assistência. Como os participantes podiam indicar diferentes serviços, os percentuais não são mutuamente exclusivos e não representam etapas obrigatórias de um fluxo único.

Além da circulação entre os serviços, os encaminhamentos demonstram como as necessidades assistenciais são direcionadas a diferentes níveis de atenção. A distribuição desses encaminhamentos está apresentada no Gráfico VI.

Gráfico V - Encaminhamentos realizados durante o percurso assistencial



Fonte: Autoria própria, 2026.

Os serviços de apoio, incluindo psicologia, nutrição e fisioterapia, foram os mais mencionados, com 12 registros (38,7%). Em seguida, 9 participantes (29,0%) relataram não ter recebido encaminhamentos, enquanto 5 (16,1%) indicaram encaminhamento para outro hospital e 5 (16,1%) para especialistas. A proporção de participantes sem encaminhamentos evidencia que parte dos percursos relatados não envolveu novas derivações, enquanto a frequência dos serviços de apoio demonstra a importância das diferentes especialidades na assistência oncológica.

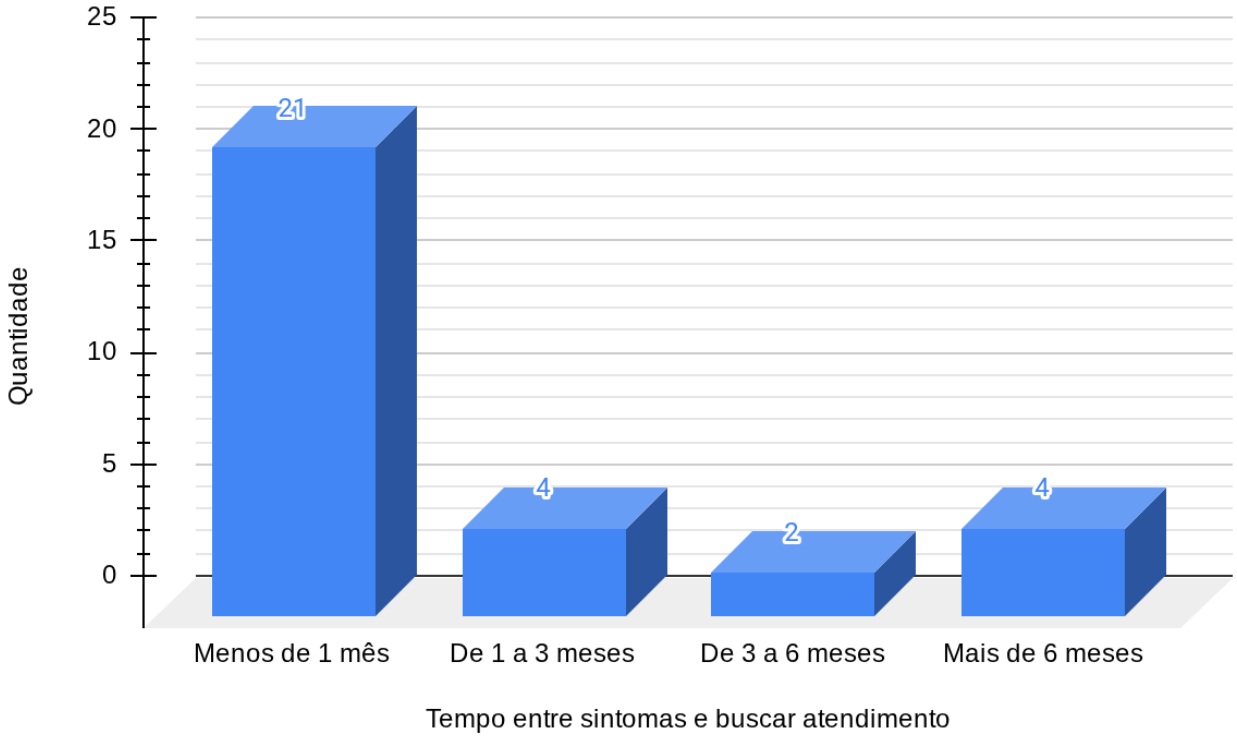
A predominância de encaminhamentos para serviços de apoio, relatada por 12 participantes, evidencia a relevância da assistência multiprofissional no cuidado oncológico. Esse achado converge com Paraízo et. al. (2025), que destacam a importância da atuação integrada de diferentes profissionais no manejo dos sintomas, no suporte emocional e na promoção da qualidade de vida dos pacientes.

Entretanto, 9 participantes relataram não ter recebido encaminhamentos, enquanto 5 foram encaminhados para outros hospitais e 5 para especialistas. Embora a ausência de encaminhamento não signifique necessariamente uma falha assistencial, esse resultado reforça a importância de avaliar se as necessidades individuais dos pacientes foram identificadas e atendidas. Nesse contexto, a articulação entre os serviços e a atuação multiprofissional são fundamentais para favorecer a integralidade do cuidado e reduzir possíveis lacunas no acompanhamento oncológico (Paraízo, et. al., 2025).

A análise dos tempos de espera permite identificar os intervalos entre as principais etapas do percurso oncológico, desde o reconhecimento dos sintomas até o início do tratamento. A distribuição

desses períodos contribui para identificar possíveis pontos de demora no acesso aos serviços e à continuidade da assistência, conforme apresentado nos gráficos abaixo.

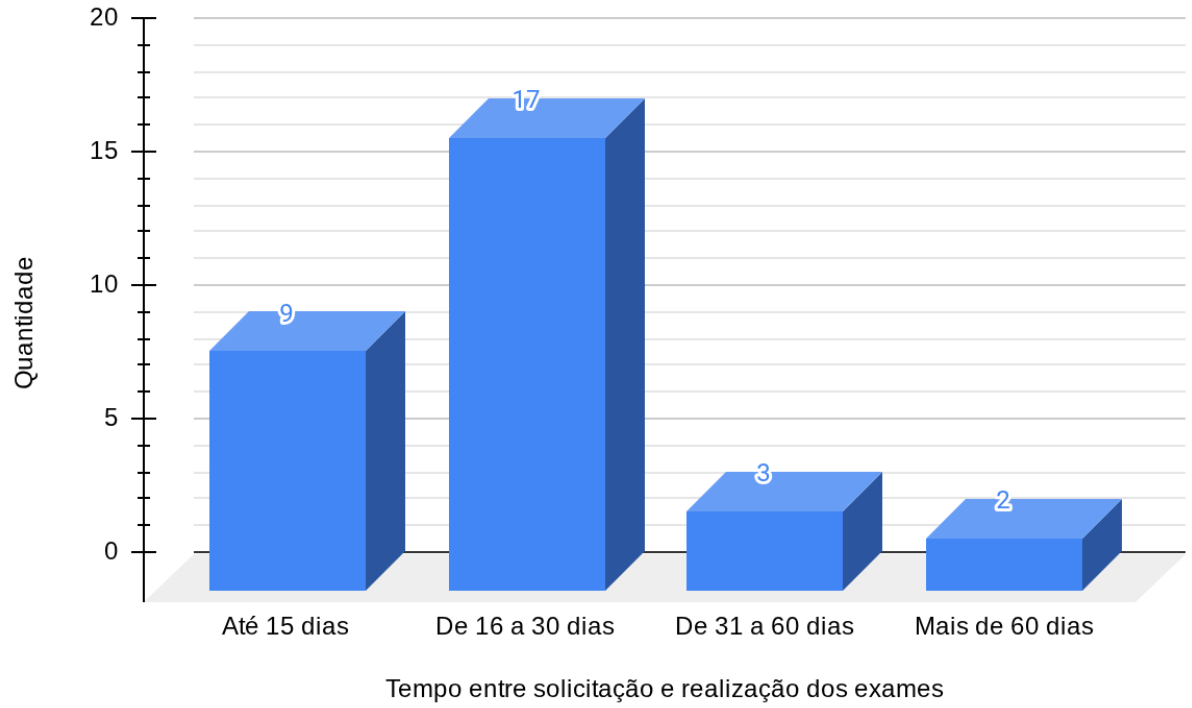
Gráfico VI - Intervalo entre o surgimento dos sintomas e primeiro atendimento



Fonte: Autoria própria, 2026.

Em relação ao intervalo entre o surgimento dos sintomas e a primeira procura por atendimento, 21 participantes (67,7%) buscaram assistência em menos de um mês. Outros 4 (12,9%) procuraram atendimento entre um e três meses, 2 (6,5%) entre três e seis meses e 4 (12,9%) após mais de seis meses. Os resultados demonstram que a maioria dos participantes procuraram atendimento precocemente após perceber os sintomas. Entretanto, a existência de relatos com intervalos superiores a três meses evidencia que parte dos pacientes adiou a busca por assistência, aspecto que merece atenção na investigação das barreiras ao acesso e no fortalecimento das estratégias de reconhecimento de sinais de alerta e procura oportuna pelos serviços de saúde (Al-Azri, 2016).

Gráfico VII - Intervalo entre a solicitação e a realização dos exames

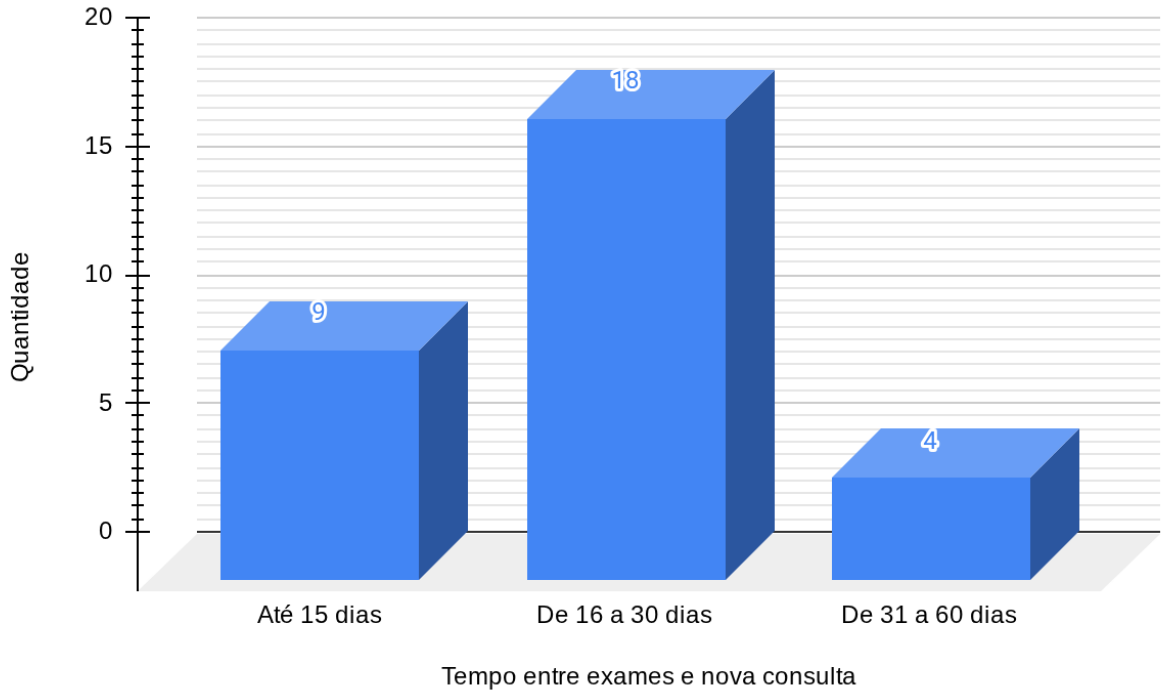


Fonte: Autoria própria, 2026.

Quanto ao intervalo entre a solicitação e a realização dos exames, 17 participantes (54,8%) aguardaram de 16 a 30 dias, enquanto 9 (29,0%) realizaram os exames em até 15 dias. 3 participantes (9,7%) relataram espera de 31 a 60 dias e 2 (6,5%) aguardaram mais de 60 dias. Embora a maior concentração tenha ocorrido no intervalo de até 30 dias, 8 participantes (25,8%) esperaram mais de 30 dias para realizar os exames. Essa distribuição evidencia a existência de diferentes tempos de acesso à investigação diagnóstica, com uma parcela dos participantes submetida a períodos de espera potencialmente relevantes para a continuidade da avaliação clínica.

A Lei nº 13.896/2019 estabelece o prazo máximo de 30 dias para a realização dos exames necessários à elucidação diagnóstica quando a principal hipótese diagnóstica for neoplasia maligna e houver solicitação médica fundamentada. Nesse contexto, os períodos superiores a 30 dias relatados para a realização dos exames, assim como aqueles observados entre o diagnóstico e o início do tratamento, constituem pontos relevantes para o monitoramento do fluxo assistencial, respeitando-se as condições específicas de aplicação de cada dispositivo legal (Brasil, 2019).

Gráfico VIII - Intervalo entre a realização dos exames e o retorno médico

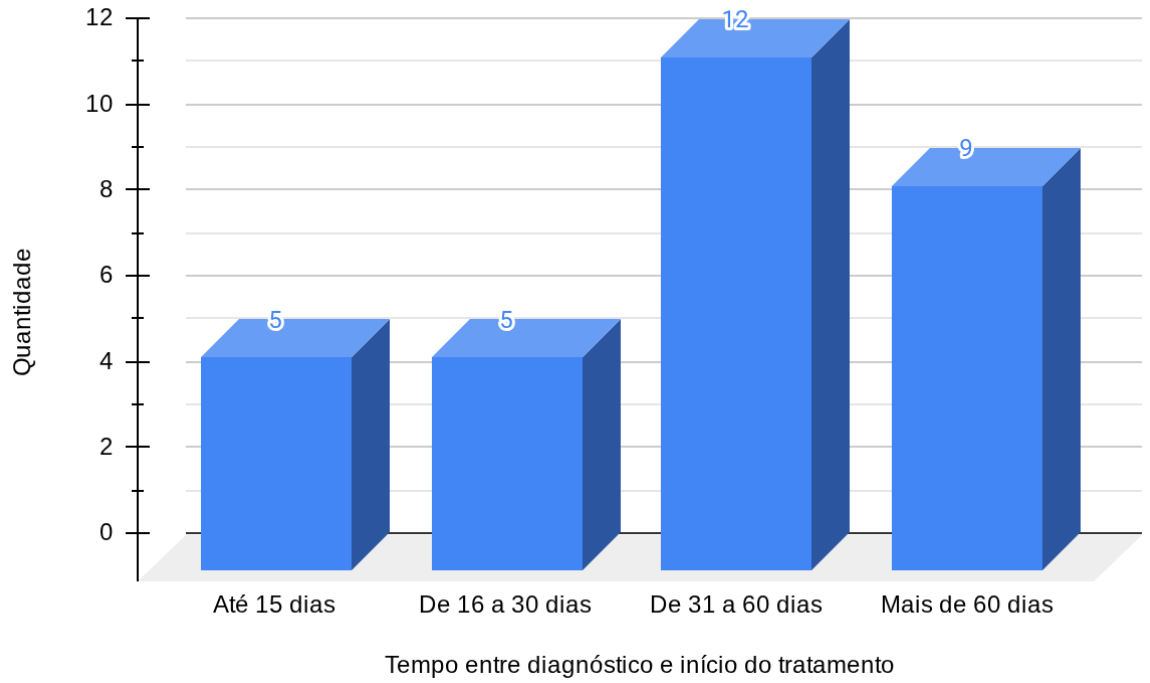


Fonte: Autoria própria, 2026.

O intervalo entre a realização dos exames e o retorno médico apresentou concentração semelhante: 18 participantes (58,1%) aguardaram de 16 a 30 dias, enquanto 9 (29,0%) retornaram em até 15 dias. Os 4 participantes restantes (12,9%) relataram espera de 31 a 60 dias.

Assim, 22 participantes aguardaram mais de 15 dias para o retorno médico, evidenciando que o tempo de espera não se restringe à realização dos exames, mas também envolve o acesso à reavaliação clínica e à definição das condutas subsequentes. No contexto da assistência oncológica, essa etapa é particularmente relevante, pois a demora na análise dos resultados pode prolongar o período de incerteza diagnóstica e postergar o início do tratamento, quando indicado. Nesse sentido, os achados reforçam a importância da articulação entre os serviços de saúde e da organização dos fluxos de encaminhamento e acompanhamento, de modo a favorecer a continuidade assistencial e reduzir possíveis atrasos nas diferentes etapas do cuidado (Banna & Gondinho, 2019).

Gráfico IX - Intervalo entre o diagnóstico e início do tratamento oncológico



Fonte: Autoria própria, 2026.

O intervalo entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento concentrou os períodos de espera mais prolongados. 12 participantes (38,7%) relataram início do tratamento entre 31 e 60 dias após o diagnóstico, enquanto 9 (29,0%) aguardaram mais de 60 dias. Os demais participantes se distribuíram igualmente entre os intervalos de até 15 dias e de 16 a 30 dias, com 5 respostas (16,1%) em cada categoria. Portanto, 21 participantes (67,7%) relataram espera superior a 30 dias, e 9 (29,0%) informaram período superior a 60 dias.

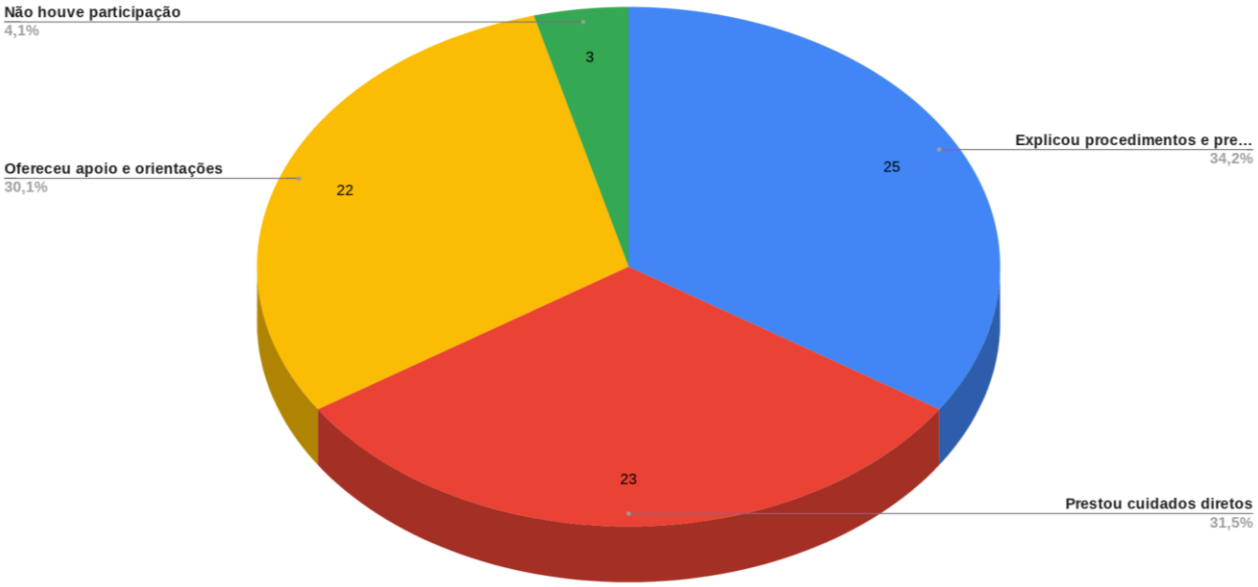
Esse resultado merece atenção diante da Lei nº 12.732/2012, que assegura o início do primeiro tratamento de pacientes com neoplasia maligna no SUS em até 60 dias, contados a partir do diagnóstico firmado em laudo patológico, ou em prazo menor quando a necessidade terapêutica assim determinar (Brasil, 2012). Nesse contexto, os 9 relatos de espera superior a 60 dias sinalizam possíveis atrasos no acesso ao tratamento, embora não permitam confirmar o descumprimento legal sem a verificação das condições clínicas individuais.

O Plano de Atenção Oncológica do Estado de São Paulo 2025-2028 reforça a necessidade de organizar o acesso regionalizado e integrado, aprimorar a regulação e monitorar oportunamente as etapas de diagnóstico e tratamento. Dessa forma, os achados apontam para a importância de fortalecer a articulação entre os serviços e o acompanhamento dos tempos de espera, especialmente na transição entre

diagnóstico e tratamento, a fim de reduzir possíveis atrasos e favorecer a continuidade da assistência oncológica.

A atuação da enfermagem no percurso oncológico envolve intervenções assistenciais, orientações ao paciente e suporte para o enfrentamento das demandas relacionadas à doença e ao tratamento. A análise das contribuições percebidas permite identificar as atividades mais reconhecidas pelos participantes e possíveis lacunas na continuidade do acompanhamento, conforme apresentado nos gráficos a seguir.

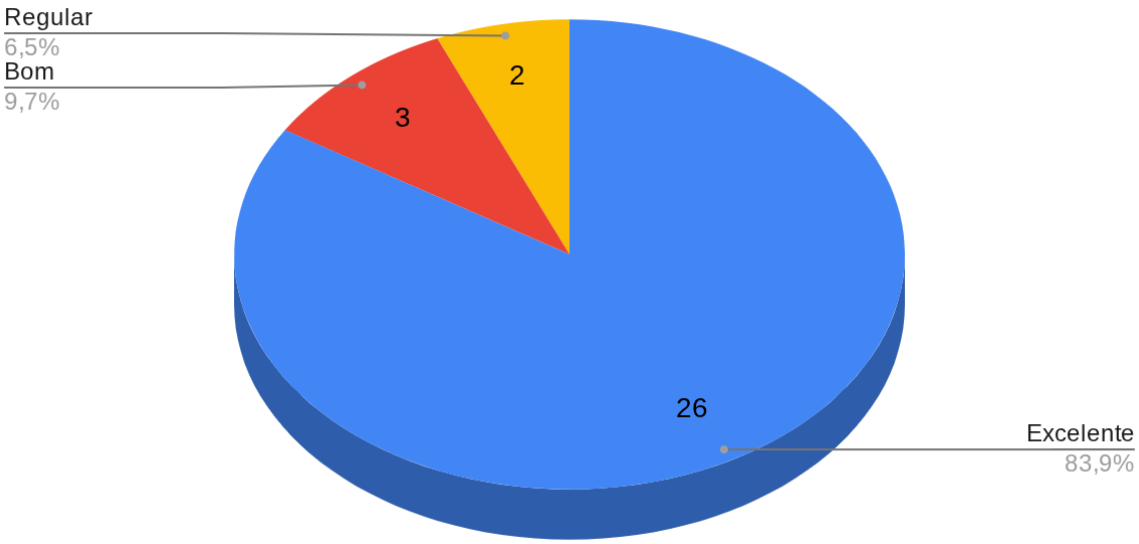
Gráfico X - Contribuições da equipe de enfermagem na assistência



Fonte: Autoria própria, 2026.

Quanto às contribuições da enfermagem, a explicação dos procedimentos e dos preparos necessários foi a atividade mais mencionada, com 25 indicações (80,6%). Os cuidados diretos foram citados por 23 participantes (74,2%), enquanto o apoio emocional e as orientações sobre efeitos colaterais foram mencionados por 22 (71,0%). Em contrapartida, 3 participantes (9,7%) relataram não ter percebido a participação do(a) enfermeiro(a). Os resultados demonstram o reconhecimento de atribuições educativas, assistenciais e de suporte emocional, evidenciando a relevância da enfermagem para a compreensão dos procedimentos e para o enfrentamento das demandas relacionadas ao tratamento oncológico (Pereira, et. al., 2023).

Gráfico XI - Avaliação dos participantes sobre o atendimento



Fonte: Autoria própria, 2026.

A avaliação geral do atendimento foi predominantemente positiva: 26 participantes (83,9%) classificaram o atendimento como excelente, 3 (9,7%) como bom e 2 (6,5%) como regular. Não houve avaliações negativas. Essa distribuição evidencia elevado reconhecimento da qualidade do atendimento de enfermagem entre os participantes, embora as avaliações regulares indiquem experiências que podem ser examinadas para identificar oportunidades de aprimoramento. Ressalta-se que a avaliação global positiva não exclui a existência de lacunas pontuais na percepção de continuidade do cuidado.

Em conjunto, os resultados evidenciam o reconhecimento da enfermagem pela prestação de cuidados diretos, orientação, educação em saúde, monitoramento clínico e apoio emocional. Apesar da avaliação predominantemente favorável, a ausência de participação percebida e de acompanhamento contínuo por parte de alguns participantes demonstra a importância de fortalecer a comunicação, a identificação das necessidades individuais e a continuidade da assistência (Souza, Cazola & Oliveira, 2017). Esses achados reforçam a relevância da enfermagem na coordenação do cuidado oncológico, sem permitir afirmar, isoladamente, que as contribuições percebidas ocorreram de maneira uniforme em todos os serviços ou etapas do tratamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mapeamento do fluxo assistencial dos pacientes oncológicos em Indaiatuba-SP evidenciou a importância da Atenção Primária à Saúde como principal porta de entrada para a rede, especialmente por meio das Unidades Básicas de Saúde. Entretanto, os percursos relatados demonstraram que a assistência

não acontece de maneira uniforme, envolvendo diferentes serviços, níveis de atenção e, em alguns casos, instituições de outros municípios. Essa diversidade revela a complexidade do percurso percorrido pelos pacientes e reforça que o acesso inicial aos serviços não representa, necessariamente, a garantia de continuidade oportuna do cuidado. Nesse sentido, os períodos de espera identificados, sobretudo entre a confirmação diagnóstica e o início do tratamento, merecem atenção, pois podem representar obstáculos em uma etapa particularmente importante da trajetória oncológica.

Entre as potencialidades observadas, destacam-se a presença de diferentes pontos de atenção, a participação da Atenção Primária no acolhimento inicial, a oferta de encaminhamentos para serviços de apoio e a percepção predominantemente favorável dos participantes quanto à assistência recebida. Por outro lado, a diversidade dos percursos e os intervalos de espera relatados apontam para fragilidades relacionadas à articulação entre os serviços, à organização dos encaminhamentos e ao acompanhamento dos pacientes durante as transições entre os diferentes níveis de atenção. Esses aspectos reforçam a importância de estratégias que favoreçam a comunicação entre as equipes, a coordenação do cuidado e o monitoramento das etapas do percurso assistencial, de modo a reduzir possíveis descontinuidades.

Quanto à atuação da Enfermagem, os relatos evidenciaram sua participação nas orientações sobre procedimentos e preparos, nos cuidados diretos e no suporte emocional, além das informações relacionadas aos possíveis efeitos colaterais do tratamento. A percepção dos participantes demonstra que o enfermeiro exerce papel relevante na experiência assistencial, não apenas pela execução de cuidados, mas também pela educação em saúde, pelo acolhimento e pelo apoio ao enfrentamento da doença. Entretanto, a ausência de percepção dessa atuação por parte de alguns participantes sinaliza a necessidade de ampliar a visibilidade do trabalho da Enfermagem e fortalecer sua participação em todas as etapas do percurso oncológico. Nesse contexto, destaca-se a importância de uma atuação profissional que ultrapasse o cuidado pontual, incorporando o acompanhamento contínuo, a identificação das necessidades individuais, a orientação dos pacientes e familiares e a articulação com os demais profissionais e serviços da rede.

Como limitações, destaca-se a dificuldade de ampliar a participação na pesquisa, uma vez que algumas pessoas não aceitaram o convite para integrar o estudo, resultando em uma amostra final de 31 participantes. Além disso, por se tratar de uma investigação baseada nos relatos dos pacientes e sem acompanhamento longitudinal, os resultados refletem as experiências e percepções dos participantes no período investigado. Apesar disso, o estudo possibilitou conhecer diferentes trajetórias assistenciais e

identificar aspectos relevantes da organização da atenção oncológica no município, oferecendo subsídios para reflexões sobre o aprimoramento da rede de cuidado.

Por fim, compreende-se que a qualificação da assistência oncológica não depende apenas da disponibilidade de serviços, mas da capacidade de garantir que os diferentes pontos da rede atuem de forma integrada, acolhedora e resolutiva. Nesse processo, a Enfermagem ocupa uma posição estratégica, tanto na assistência direta quanto na orientação, no acompanhamento e na defesa das necessidades dos pacientes. Espera-se que as reflexões apresentadas contribuam para ampliar o olhar sobre os desafios vivenciados no percurso oncológico em Indaiatuba-SP e reforcem a importância de uma rede de atenção comprometida não apenas com o acesso ao tratamento, mas com o cuidado integral às pessoas que enfrentam o câncer.

REFERÊNCIAS

AL-AZRI, M. H. Delay in Cancer Diagnosis: Causes and Possible Solutions. Oman Med J. Sep;31(5):325-6, 2016. Disponível em: https://omjournal.org/articleDetails.aspx?coType=1&aId=1801

ARAÚJO, A. T. M. & RECHMANN, I. L. Panorama da vulnerabilidade dos pacientes oncológicos nas demandas por tratamentos de alto custo: o Sistema Único de Saúde à luz da Bioética. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, v. 10, n. 4, p. 99-124, 16 nov. 2021. Disponível em: https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/654/853

BANNA, S. C. & GOLDINHO, B. V. C. Assistência em oncologia no sistema único de saúde (SUS). J Manag Prim Health Care [Internet]. 12º de dezembro de 2019. Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/851

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. 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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 nov. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

BRASIL. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para dispor sobre o prazo para realização de exames diagnósticos relacionados à neoplasia maligna. Diário

Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 out. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm

BRASIL. Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 nov. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14238.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Câncer. [Sl]: Ministério da Saúde, [sd]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer#:~:text=C%C3%A2ncer%20(ou%20tumor%20maligno)%20%C3%A9,origem%20do%20tumor%20(met%C3%A1stases)

COBO, B.; CRUZ, C. & DICK, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 9, p. 3839-3848, set. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021

PARAÍZO, J. L. M. do, et. al. Assistência multidisciplinar a pacientes oncológicos: Impacto do cuidado integrado. Journal of Medical and Biosciences Research Volume 2, Número 2, 2025. Disponível em: https://journalmbr.com.br/index.php/jmbr/article/view/621/498

PEREIRA, S. S. R., et. al. A Assistência de Enfermagem Frente à Pacientes Oncológicos. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 5(4), 2023. Disponível em: https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p2022-2035

RICHARDSON W. S., et. al. A questão clínica bem formulada: uma chave para decisões baseadas em evidências. ACP J Club. 123(3):A12-3. PMID: 7582737. Nov-Dec, 1995. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7582737/.

SANTOS, M. de O., et. al. Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil, 2023-2025. Rev. Bras. Cancerol, v. 69 n. 1, 2023. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/3700

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Plano de atenção oncológica do Estado de São Paulo 2025-2028. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2024-2027-informacoes-regionais/plano_estadual_de_oncologia_do_estado_de_sao_paulo_2025_-_2028.pdf

SOUZA, G. R. M. de; CAZOLA, L. H. de O. & OLIVEIRA, S. M. do V. L. de. Atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família na atenção oncológica. Escola Anna Nery, v. 21, n. 4, e20160380, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/TKgmzVpvWPxYwCQnhCDk6CD/?format=pdf&lang=pt