

# CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL: DADOS E NÚMEROS 2026



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Instituto Nacional de Câncer

# **CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL: DADOS E NÚMEROS 2026**

Rio de Janeiro, RJ  
INCA  
2026



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilha igual 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Instituto Nacional de Câncer (INCA) pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer (<http://controlecancer.bvs.br/>), no Repositório Institucional do INCA (<https://ninho.inca.gov.br/jspui/>) e no Portal do INCA (<https://www.inca.gov.br/publicacoes>).

Tiragem: eletrônica

#### **Elaboração, distribuição e informações**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA)  
Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev)  
Divisão de Detecção Precoce e Apoio à  
Organização de Rede (Didepre)  
Rua Marquês de Pombal, 125, Centro  
Rio de Janeiro – RJ  
CEP 20230-240  
Tel.: (21) 3207-5639  
E-mail: [atencao\\_oncologica@inca.gov.br](mailto:atencao_oncologica@inca.gov.br)  
[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)

#### *Organizadores*

Caroline Madalena Ribeiro  
Danielle Nogueira Ramos  
Itamar Bento Claro  
Luciano Mesentier da Costa  
Maria Beatriz Kneipp Dias

#### *Elaboradores*

Adriana Tavares de Moraes Atty  
Carolina Borges de Araujo  
Caroline Madalena Ribeiro  
Danielle Nogueira Ramos  
Itamar Bento Claro  
Luciano Mesentier da Costa  
Maria Beatriz Kneipp Dias

#### *Colaboradores*

Beatriz Cordeiro Jardim  
Flávia de Miranda Correa  
Renata Oliveira Maciel dos Santos

#### **Edição**

COORDENAÇÃO DE ENSINO  
Serviço de Educação e Informação Técnico-científica  
Área de Edição e Produção de Materiais Técnico-  
-científicos  
Rua Marquês de Pombal, 125, Centro  
Rio de Janeiro – RJ  
CEP 20230-240  
Tel.: (21) 3207-5500

*Edição e produção editorial*  
Christine Dieguez

#### *Copidesque*

Rita Rangel de S. Machado

#### *Revisão*

Débora de Castro Barros

*Capa, projeto gráfico e diagramação*  
Cecilia Pachá

*Normalização bibliográfica e ficha catalográfica*  
Mariana Acorse (CRB 7/6775)

I59c Instituto Nacional de Câncer (Brasil)  
Controle do câncer do colo do útero no Brasil : dados e  
números : 2026 / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de  
Janeiro : INCA, 2026.

84 p. : il. color.

ISBN 978-65-88517-44-4 (versão eletrônica)

1. Neoplasias do colo do útero. 2. Neoplasias/prevenção  
& controle. 3. Indicadores (Estatística). I. Título.

CDD 616.99466

Catalogação na fonte – Serviço de Educação e Informação Técnico-científica

#### *Títulos para indexação*

Em inglês: Cervical Cancer Control in Brazil: Facts and Figures 2026

Em espanhol: Cáncer de cuello uterino en Brasil: datos y cifras 2026

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Representação espacial das taxas estimadas de incidência por câncer do colo do útero ajustadas por idade, utilizando a população mundial, por 100 mil mulheres, para cada ano do triênio de 2026 a 2028, segundo Unidade da Federação .....	12
Figura 2. Taxas de mortalidade por câncer do colo do útero ajustadas por idade, utilizando a população mundial. Brasil e regiões, de 2000 a 2023 .....	14
Figura 3. Representação espacial das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero ajustadas por idade, utilizando a população mundial, por 100 mil mulheres. Brasil e Unidades da Federação, 2023 .....	15
Figura 4. Mortalidade proporcional por câncer do colo do útero. Brasil e regiões, 2023 .....	16
Figura 5. Mortalidade proporcional por câncer do colo do útero, segundo faixa etária. Brasil, de 2000 a 2023 .....	16
Figura 6. Cobertura vacinal contra o HPV entre meninas e meninos de 9 a 14 anos. Brasil, de 2014 a 2024 .....	18
Figura 7. Cobertura vacinal contra o HPV entre meninas e meninos de 9 a 14 anos. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2024 .....	18
Figura 8. Número de exames citopatológicos realizados no Sistema Único de Saúde. Brasil e regiões, de 2020 a 2024 .....	20
Figura 9. Número de exames citopatológicos do colo do útero por faixa etária no Sistema Único de Saúde. Brasil e regiões, 2024.....	22
Figura 10. Percentual de mulheres entre 25 e 64 anos que realizaram o exame citopatológico do câncer do colo do útero em algum momento de suas vidas e nos últimos três anos anteriores à pesquisa, nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2023.....	25
Figura 11. Percentual de mulheres de 25 a 64 anos que fizeram o exame preventivo para câncer do colo do útero. Brasil, regiões e Unidades da Federação. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019.....	26
Figura 12. Representação espacial do percentual de cobertura de rastreamento do câncer do colo do útero na população de 25 a 64 anos atendida no Sistema Único de Saúde, segundo Unidade da Federação de residência, no triênio de 2022 a 2024 .....	30
Figura 13. Percentual de exames citopatológicos de rastreamento do câncer do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos em relação ao total desses exames no Sistema Único de Saúde. Brasil e regiões, de 2020 a 2024.....	31
Figura 14. Percentual de exames citopatológicos de rastreamento do câncer do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos em relação ao total desses exames no Sistema Único de Saúde. Unidades da Federação, 2024 .....	32
Figura 15. Representação espacial do percentual de exames citopatológicos de rastreamento do câncer do colo do útero realizados na faixa etária alvo (de 25 a 64 anos) em relação ao total desses exames no Sistema Único de Saúde, segundo município da unidade solicitante, 2024.....	33

Figura 16. Razão de exames com lesão de alto grau e carcinoma invasor do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos no Sistema Único de Saúde. Brasil e regiões, de 2020 a 2024.....	35
Figura 17. Distribuição percentual das alterações identificadas na população rastreada (de 25 a 64 anos) no Sistema Único de Saúde, segundo faixa etária. Brasil, 2024 .....	36
Figura 18. Distribuição percentual das alterações identificadas na população rastreada (de 25 a 64 anos) no Sistema Único de Saúde, segundo faixa etária e região, 2024 .....	37
Figura 19. Representação espacial do percentual de exames citopatológicos insatisfatórios no Sistema Único de Saúde, segundo município da unidade de saúde responsável pela coleta. Brasil, 2024 .....	41
Figura 20. Número de procedimentos de investigação diagnóstica para câncer do colo do útero (colposcopia e biópsia) realizados no Sistema Único de Saúde. Brasil, de 2020 a 2024.....	48
Figura 21. Número de procedimentos para tratamento da lesão precursora do câncer do colo do útero (EZT tipos 1, 2 e 3) realizados no Sistema Único de Saúde. Brasil, de 2020 a 2024.....	50
Figura 22. Distribuição percentual do tempo de liberação dos laudos dos exames anatomopatológicos do colo do útero realizados no Sistema Único de Saúde. Brasil e regiões, 2024.....	54
Figura 23. Distribuição do tempo de liberação dos laudos dos exames anatomopatológicos do colo do útero realizados no Sistema Único de Saúde. Unidades da Federação, 2024 .....	55
Figura 24. Distribuição percentual dos laudos histopatológicos do colo do útero nos casos suspeitos submetidos à investigação diagnóstica e ao tratamento excisional (ver e tratar) no Sistema Único de Saúde. Brasil, 2024 .....	56
Figura 25. Distribuição percentual dos laudos histopatológicos do colo do útero nos casos suspeitos submetidos à investigação diagnóstica e ao tratamento excisional (ver e tratar) no Sistema Único de Saúde, segundo faixa etária. Brasil, 2024.....	57
Figura 26. Percentual de casos de câncer do colo do útero, segundo classificação de sem informação, não se aplica e com informação sobre estadiamento clínico do tumor, no Registro Hospitalar de Câncer. Brasil, de 2000 a 2022.....	62
Figura 27. Percentual de casos de câncer do colo do útero, segundo estadiamentos I, II, III e IV, nos Registros Hospitalares de Câncer. Brasil, de 2000 a 2022 .....	63
Figura 28. Percentual de casos de câncer do colo do útero, segundo estádios I, II, III e IV, nos Registros Hospitalares de Câncer. Brasil e regiões, de 2018 a 2022.....	64
Figura 29. Distribuição dos casos diagnosticados de câncer do colo do útero, segundo intervalo até primeiro tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde. Brasil, de 2020 a 2024.....	65
Figura 30. Distribuição percentual dos casos diagnosticados de câncer do colo do útero tratados em até 60 dias. Brasil e regiões, de 2020 a 2024.....	65
Figura 31. Representação espacial do percentual dos casos diagnosticados de câncer do colo do útero, segundo intervalo até primeiro tratamento oncológico. Região e Unidade da Federação de residência, de 2020 a 2024.....	66

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estimativas de casos novos de câncer do colo do útero e das taxas de incidência (brutas e ajustadas) por 100 mil mulheres. Brasil, regiões e Unidades da Federação, para cada ano do triênio de 2026 a 2028.....	11
Tabela 2. Número de óbitos por câncer do colo do útero em mulheres e taxas brutas e ajustadas por 100 mil mulheres. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2023.....	13
Tabela 3. Número de exames citopatológicos do colo do útero realizados no Sistema Único de Saúde. Brasil, regiões e Unidades da Federação, de 2020 a 2024 .....	21
Tabela 4. Número e percentual de exames citopatológicos do colo do útero, segundo faixa etária, realizados no Sistema Único de Saúde. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2024 .....	23
Tabela 5. Percentual de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram o exame citopatológico do colo do útero nos últimos três anos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, por ano, segundo idade e escolaridade. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, de 2007 a 2023.....	24
Tabela 6. Percentual de mulheres de 25 a 64 anos que fizeram o exame preventivo para câncer do colo do útero nos últimos três anos, segundo raça ou cor, nível de instrução e rendimento domiciliar per capita. Brasil, regiões e Unidades da Federação. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 .....	27
Tabela 7. Percentual de exames citopatológicos do colo do útero de primeira vez realizados no Sistema Único de Saúde, segundo faixa etária. Brasil, região e Unidade da Federação de residência, 2024.....	34
Tabela 8. Intervalo de tempo entre a coleta do material do exame citopatológico do colo do útero realizado no Sistema Único de Saúde e o recebimento pelo laboratório. Brasil, região e Unidade da Federação da unidade de saúde, 2024 .....	38
Tabela 9. Número e percentual de exames citopatológicos realizados no Sistema Único de Saúde, segundo adequabilidade da amostra. Brasil, região e Unidade da Federação da unidade de saúde responsável pela coleta, 2024 .....	40
Tabela 10. Número e percentual de representatividade do epitélio nas amostras dos exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos, no Sistema Único de Saúde. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2024 .....	42
Tabela 11. Percentual de positividade nos exames citopatológicos realizados na faixa etária de 25 a 64 anos, no Sistema Único de Saúde. Brasil, regiões e Unidades da Federação, de 2020 a 2024 .....	44
Tabela 12. Indicadores de qualidade dos exames citopatológicos de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em laboratórios do Sistema Único de Saúde. Brasil, região e Unidade da Federação do laboratório, 2024 .....	45
Tabela 13. Número e percentual de laboratórios com registro de exame citopatológico do colo do útero realizado no Sistema Único de Saúde, segundo produção. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2024 .....	47
Tabela 14. Número de procedimentos diagnósticos para câncer do colo do útero (colposcopia e biópsia) realizados no Sistema Único de Saúde por local de atendimento. Brasil, regiões e Unidades da Federação, de 2020 a 2024.....	49

Tabela 15. Número de procedimentos para tratamento da lesão precursora do câncer do colo do útero (EZT tipos 1, 2 e 3) realizados no Sistema Único de Saúde por local de atendimento. Brasil, regiões e Unidades da Federação, de 2020 a 2024 .....	51
Tabela 16. Número de estabelecimentos que realizam colposcopia, biópsia e EZT tipos 1 e 2 no Sistema Único de Saúde. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2024.....	53
Tabela 17. Número de hospitais habilitados no Sistema Único de Saúde para tratamento de câncer. Brasil e regiões, 2024.....	59
Tabela 18. Número de hospitais habilitados no Sistema Único de Saúde e produção registrada para tratamento de câncer do colo do útero, segundo a modalidade terapêutica. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2024 .....	60

## LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ASC	Células escamosas atípicas
ASC-US	Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado
Cacon	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
DNA	Ácido desoxirribonucleico
EZT	Excisão da zona de transformação
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavírus humano
HSIL	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IntegradorRHC	Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-americana da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
QualiCito	Qualificação Nacional em Citopatologia
RHC	Registros Hospitalares de Câncer
Saes	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIL	Lesão intraepitelial escamosa
Siscan	Sistema de Informação do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade da Federação
Unacon	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
Vigitel	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	9
INCIDÊNCIA.....	11
MORTALIDADE.....	13
VACINA CONTRA O PAPILOMAVÍRUS HUMANO.....	17
DETECÇÃO PRECOCE .....	20
QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO .....	39
INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO DA LESÃO PRECURSORA .....	48
TRATAMENTO ONCOLÓGICO .....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	67
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE.....	72

# INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer que mais acomete mulheres no Brasil, excluindo os tumores de pele não melanoma, e é a quarta causa de morte por câncer entre as mulheres no país (Instituto Nacional de Câncer, 2026).

Apesar da elevada morbimortalidade, o câncer do colo do útero é prevenível na quase totalidade dos casos, e sua eliminação como um problema de saúde pública é uma meta global da Organização Mundial da Saúde (OMS) (World Health Organization, 2020). Na América Latina, a iniciativa é reforçada pela Organização Pan-americana da Saúde (Opas) e tem participação do Brasil.

Uma das metas estabelecidas pela OMS é o rastreamento de 70% das mulheres de 35 a 45 anos com um teste de alta performance (World Health Organization, 2020). Alinhado a isso, o Brasil incorporou o teste de detecção do ácido desoxirribonucleico (DNA) do papilomavírus humano (HPV) no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2024a), estabeleceu diretrizes para o rastreamento com base no teste e iniciou sua implementação em alguns municípios de 12 Unidades da Federação (UF) (Bahia, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia e São Paulo), com perspectiva de ampliação para todo o país até 2026.

A substituição da citologia como método primário de rastreamento será gradual. O monitoramento de indicadores referentes à cobertura, à qualidade e à continuidade do cuidado deve ser mantido e adaptado à nova realidade nos locais em que o novo teste for implementado.

Outra meta estabelecida para a eliminação do câncer do colo do útero é alcançar 90% de cobertura vacinal contra o HPV em meninas de 9 a 14 anos. Por isso, apresentam-se, nesta edição, dados da cobertura nacional da vacina contra o HPV desde 2014, ano de incorporação dessa vacina no Programa Nacional de Imunizações (PNI), incluindo a cobertura em meninos.

Esta publicação traz as informações mais atuais disponíveis nos sistemas do SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), *Atlas on-line de mortalidade*, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer (IntegradorRHC) e Sistema de Informação do Câncer (Siscan). Outras fontes de dados foram também utilizadas, como a publicação *Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil*, o Painel-oncologia, o Painel de Vacinação e os inquéritos nacionais, como o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

Apresenta-se aqui uma visão nacional, por regiões e UF, em perspectiva histórica, com o objetivo de subsidiar o planejamento e a avaliação das ações de controle do câncer do colo do útero nas várias esferas de gestão do SUS. Os indicadores utilizados estão elencados no Apêndice, com informações detalhadas sobre sua definição, relevância, forma de cálculo, fonte e limitações.

Desde 2021, no Siscan e nos demais sistemas de informação do SUS, é permitido o registro de procedimentos do colo do útero para pessoas do sexo masculino, possibilitando o registro de exames de pessoas transgênero que alteraram seus dados no Cadastro de Pessoa Física (CPF) e, conseqüentemente, no Cartão Nacional de Saúde. Dessa forma, na coleta de dados desses sistemas, optou-se por não filtrar os casos por sexo, para não se excluírem os possíveis casos de homens trans.

A maioria das evidências sobre o câncer do colo do útero refere-se a mulheres cisgênero, mas destaca-se que homens trans, pessoas não binárias, de gênero fluido e indivíduos intersexo com sistema reprodutivo feminino também precisam de acesso a prevenção, diagnóstico e tratamento. Para clareza e facilidade de leitura, é utilizado o termo “mulheres” no texto, mas reforça-se a importância de ações inclusivas para toda a população em risco, independentemente de identidade de gênero ou expressão sexual.

Espera-se que as informações aqui apresentadas sejam úteis aos gestores e coordenadores de ações e políticas de controle do câncer no SUS, assim como à sociedade civil organizada e a seus diversos atores, de modo a contribuir para a organização da linha de cuidado e o consequente impacto na redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero e na melhoria da atenção à saúde da mulher.

## INCIDÊNCIA

Ao se excluïrem os tumores de pele não melanoma (74,62/100 mil), o câncer do colo do útero (17,59/100 mil) é o terceiro mais incidente entre as mulheres no Brasil, atrás de mama (71,57/100 mil) e cólon e reto (25,11/100 mil). Foram estimados 19.310 casos novos para cada ano do triênio de 2026 a 2028, o que representa uma taxa bruta de incidência de 17,59 casos a cada 100 mil mulheres (Tabela 1) (Instituto Nacional de Câncer, 2026).

Tabela 1. Estimativas de casos novos de câncer do colo do útero e das taxas de incidência (brutas e ajustadas\*) por 100 mil mulheres. Brasil, regiões e Unidades da Federação, para cada ano do triênio de 2026 a 2028

Região/UF	N. casos novos	Taxa bruta	Taxa ajustada*
<b>Norte</b>	<b>2.150</b>	<b>22,79</b>	<b>19,62</b>
Acre	90	21,25	19,62
Amapá	120	29,07	31,13
Amazonas	620	28,57	26,58
Pará	900	20,55	19,36
Rondônia	160	18,30	16,23
Roraima	70	17,84	19,82
Tocantins	190	24,18	14,76
<b>Nordeste</b>	<b>6.130</b>	<b>20,76</b>	<b>15,06</b>
Alagoas	350	21,17	17,32
Bahia	1.370	17,88	13,05
Ceará	1.150	24,13	15,72
Maranhão	1020	28,66	21,80
Paraíba	420	19,34	14,24
Pernambuco	850	16,99	11,96
Piauí	410	23,57	15,87
Rio Grande do Norte	330	18,45	13,60
Sergipe	230	19,12	15,06
<b>Sudeste</b>	<b>6.450</b>	<b>14,06</b>	<b>11,20</b>
Espírito Santo	380	17,88	12,92
Minas Gerais	1.610	14,74	6,49
Rio de Janeiro	1.710	18,96	13,26
São Paulo	2.750	11,55	9,49
<b>Sul</b>	<b>2.850</b>	<b>17,72</b>	<b>13,23</b>
Paraná	1120	18,33	13,23
Rio Grande do Sul	700	12,11	8,14
Santa Catarina	1030	24,53	17,93
<b>Centro-oeste</b>	<b>1.730</b>	<b>19,58</b>	<b>12,89</b>
Distrito Federal	300	18,91	14,58
Goiás	840	22,10	11,17
Mato Grosso	250	12,89	11,21
Mato Grosso do Sul	340	22,66	17,77
<b>Brasil</b>	<b>19.310</b>	<b>17,59</b>	<b>14,76</b>

Fonte: Instituto Nacional de Câncer, 2026.

Legenda: UF – Unidade da Federação.

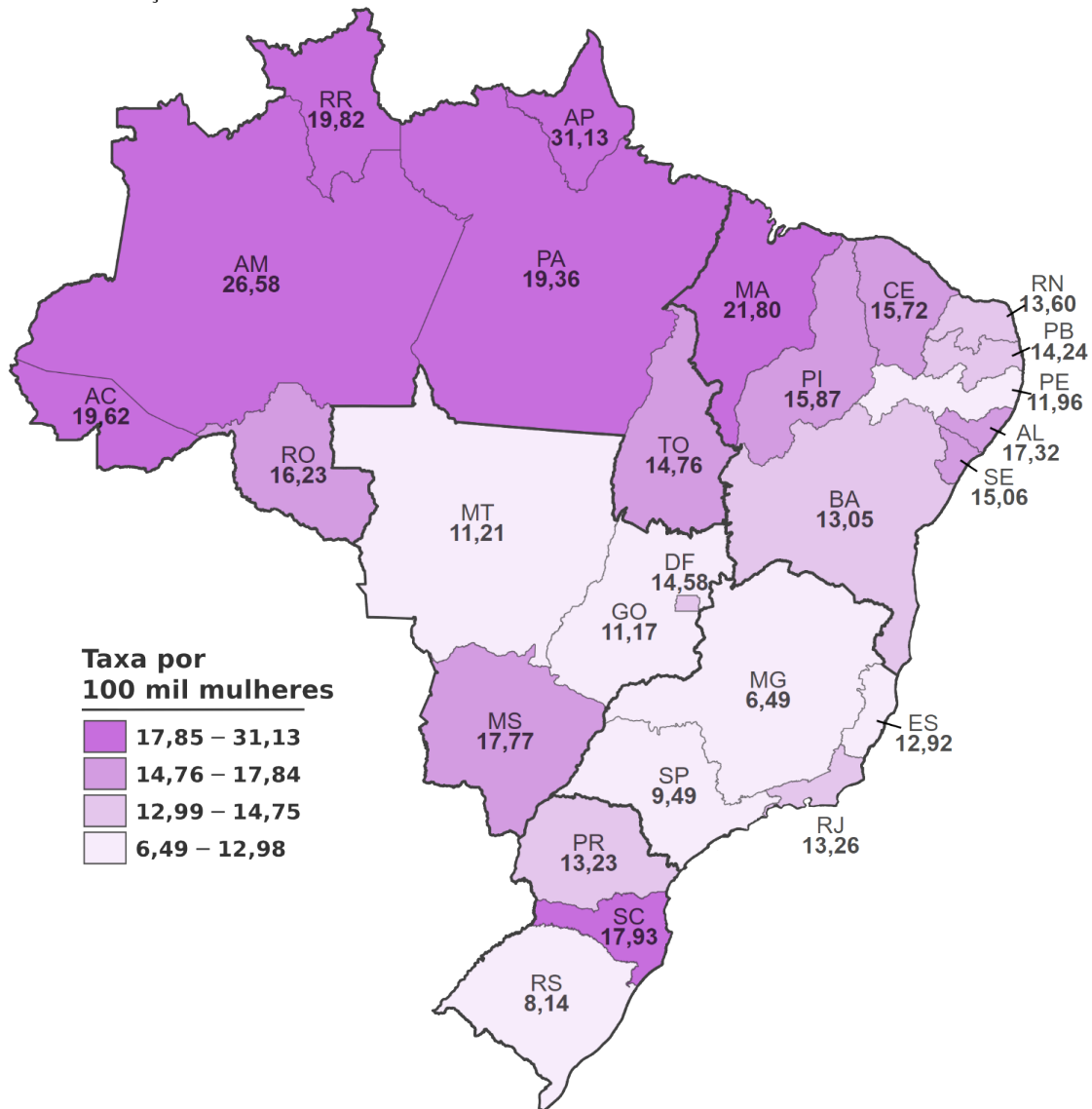
Nota: \*taxas ajustadas pela população mundial.

As taxas brutas de incidência e o número de casos novos estimados são importantes para avaliar a magnitude da doença no território e planejar ações locais. As taxas ajustadas por idade possibilitam a comparação entre as UF, eliminando o efeito das diferenças na composição etária entre elas. O número de casos novos, as taxas brutas e as taxas ajustadas de incidência por regiões e UF podem ser observados na Tabela 1. Amapá é a UF com as maiores taxas bruta e ajustada do país (29,07 e 31,13, respectivamente). São Paulo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais são as UF com as menores taxas de incidência ajustadas por idade do Brasil (Tabela 1).

O câncer do colo do útero é o segundo mais incidente nas regiões Norte (22,79/100 mil) e Nordeste (20,76/100 mil), e o terceiro na região Centro-oeste (19,58/100 mil). Já na região Sul (17,72/100 mil), ocupa a quarta posição e, na região Sudeste (14,06/100 mil), a quinta (Tabela 1).

Na Figura 1, observa-se a representação espacial das diferentes taxas de incidência do câncer do colo do útero ajustadas por idade, segundo as UF do país. A taxa de incidência do Amapá é cerca de três a quatro vezes maior do que as observadas em São Paulo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais.

Figura 1. Representação espacial das taxas estimadas de incidência por câncer do colo do útero ajustadas por idade, utilizando a população mundial, por 100 mil mulheres, para cada ano do triênio de 2026 a 2028, segundo Unidade da Federação



Fonte: Instituto Nacional de Câncer, 2026.

## MORTALIDADE

O câncer do colo do útero é a quarta causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, com patamares diferenciados entre as regiões, ocupando a primeira posição na região Norte e a sexta na região Sudeste. A taxa de mortalidade por câncer do colo do útero, ajustada por idade e pela população mundial, foi de 4,79 óbitos por 100 mil mulheres no Brasil em 2023. A região Norte tem as maiores taxas bruta e ajustada do país (10,24 e 9,47 óbitos por 100 mil mulheres, respectivamente) (Tabela 2).

Tabela 2. Número de óbitos por câncer do colo do útero em mulheres e taxas brutas e ajustadas por 100 mil mulheres. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2023

Região/UF	N.º óbitos	Taxa bruta	Taxa ajustada*
<b>Norte</b>	<b>944</b>	<b>10,24</b>	<b>9,47</b>
Acre	66	15,10	15,28
Amapá	39	9,77	9,63
Amazonas	285	13,51	13,47
Pará	402	9,37	8,51
Rondônia	73	8,44	7,08
Roraima	27	7,88	8,45
Tocantins	52	6,68	5,52
<b>Nordeste</b>	<b>2.218</b>	<b>7,57</b>	<b>5,64</b>
Alagoas	142	8,52	6,72
Bahia	488	6,41	4,60
Ceará	341	7,21	5,19
Maranhão	338	9,53	8,19
Paraíba	139	6,53	4,85
Pernambuco	367	7,42	5,49
Piauí	165	9,60	7,10
Rio Grande do Norte	153	8,68	6,21
Sergipe	85	7,18	5,51
<b>Sudeste</b>	<b>2.380</b>	<b>5,22</b>	<b>3,56</b>
Espírito Santo	188	9,04	6,43
Minas Gerais	505	4,66	3,10
Rio de Janeiro	574	6,36	4,42
São Paulo	1.113	4,71	3,21
<b>Sul</b>	<b>1.079</b>	<b>6,83</b>	<b>4,75</b>
Paraná	381	6,34	4,50
Rio Grande do Sul	429	7,43	5,03
Santa Catarina	269	6,72	4,81
<b>Centro-oeste</b>	<b>588</b>	<b>6,87</b>	<b>5,30</b>
Distrito Federal	100	6,45	4,75
Goiás	249	6,76	5,07
Mato Grosso	140	7,47	6,28
Mato Grosso do Sul	99	6,82	5,36
<b>Brasil</b>	<b>7.209</b>	<b>6,65</b>	<b>4,79</b>

Fonte: Atlas on-line de mortalidade (Instituto Nacional de Câncer, 2025a).

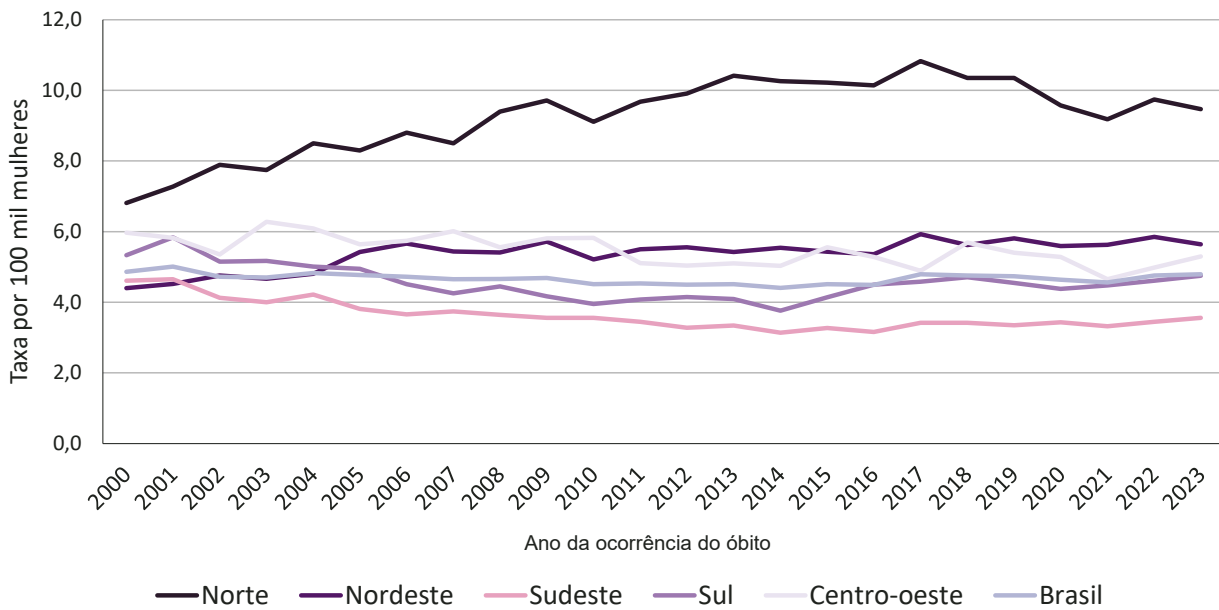
Legenda: UF - Unidade da Federação.

Nota: \*taxas ajustadas pela população mundial.

Na série histórica de 2000 a 2023, a mortalidade por câncer do colo do útero destaca-se na região Norte, mantendo-se mais elevada do que nas demais regiões do país ao longo de todo o período analisado. Ainda no Norte, houve um nítido aumento das taxas até o ano 2013, quando se mantiveram relativamente estáveis até 2019. Em 2020 e 2021, tendo a pandemia de covid-19 como importante causa competitiva, a mortalidade por câncer do colo do útero apresentou queda. Em 2022, com a efetividade das ações de controle da pandemia de covid-19, é possível observar incremento da mortalidade por câncer do colo do útero nessas regiões. Em 2023, observa-se um leve declínio na taxa de mortalidade nas regiões Norte e Nordeste, destoando das demais regiões. Será necessário acompanhar a evolução dos próximos anos para avaliar se foi uma redução pontual ou uma tendência de redução (Figura 2).

Controle do câncer do colo do útero no Brasil: dados e números 2026

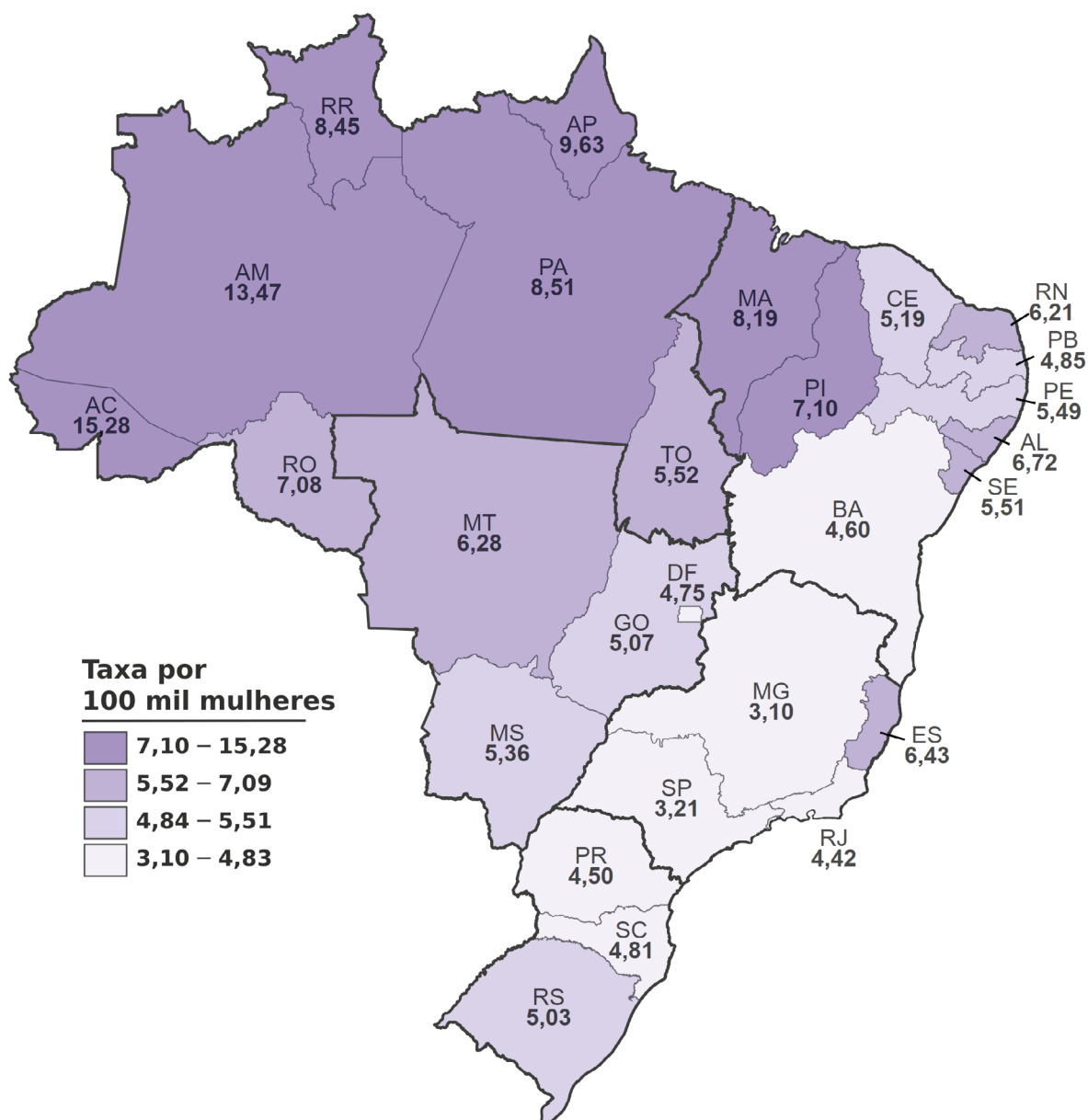
Figura 2. Taxas de mortalidade por câncer do colo do útero ajustadas por idade, utilizando a população mundial. Brasil e regiões, de 2000 a 2023



Fonte: Atlas on-line de mortalidade (Instituto Nacional de Câncer, 2025a).

Na Figura 3, é possível observar a representação espacial das diferentes taxas de mortalidade para o câncer do colo do útero ajustadas por idade, segundo as UF. As maiores taxas de mortalidade ajustadas por idade foram observadas no Acre (15,28 por 100 mil mulheres) e Amazonas (13,47 por 100 mil mulheres); e as menores taxas foram observadas em Minas Gerais (3,10 por 100 mil mulheres) e São Paulo (3,21 por 100 mil mulheres). Na região Norte, o risco de morrer por essa doença (9,47 por 100 mil mulheres) é mais de duas vezes superior ao da região Sudeste (3,56 por 100 mil mulheres) e quase duas vezes à da região Sul (4,75 por 100 mil mulheres) (Tabela 2).

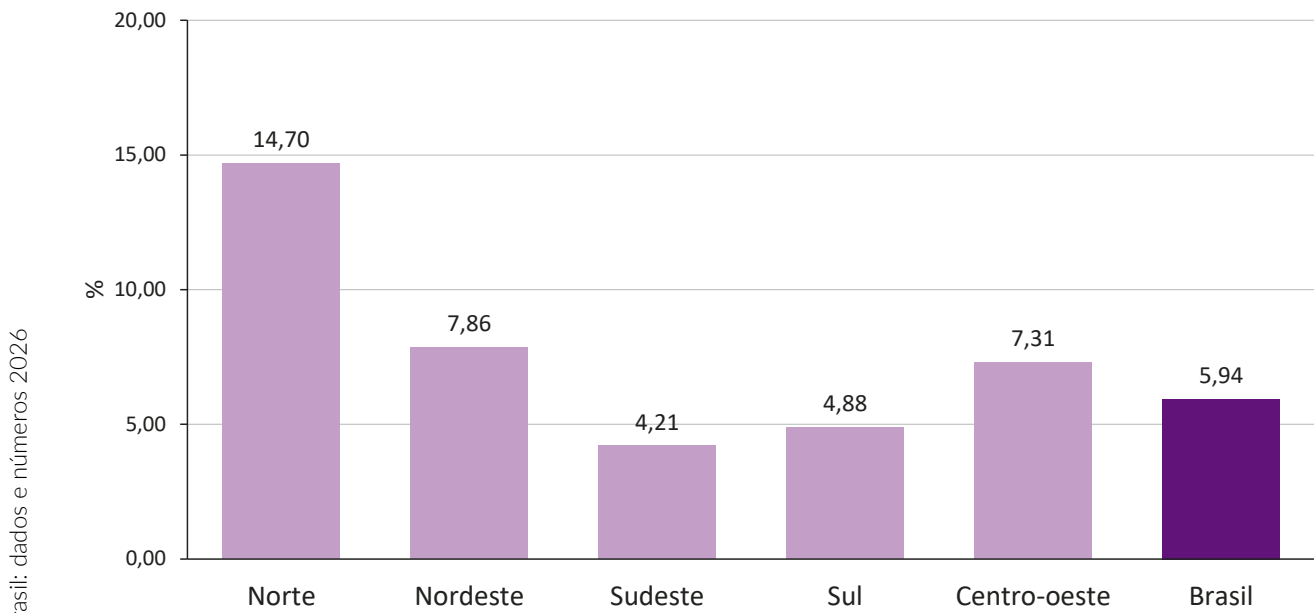
Figura 3. Representação espacial das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero ajustadas por idade, utilizando a população mundial, por 100 mil mulheres. Brasil e Unidades da Federação, 2023



Fonte: Atlas on-line de mortalidade (Instituto Nacional de Câncer, 2025a).

Os óbitos por câncer do colo do útero representaram 5,94% do total de óbitos por câncer em mulheres no país, em 2023, excluindo os óbitos por câncer de pele não melanoma (Figura 4). Chama atenção o alto percentual na região Norte, na qual os óbitos por câncer do colo do útero representaram 14,70% dos óbitos por câncer em mulheres. Os menores percentuais foram observados nas regiões Sudeste (4,21%) e Sul (4,88%).

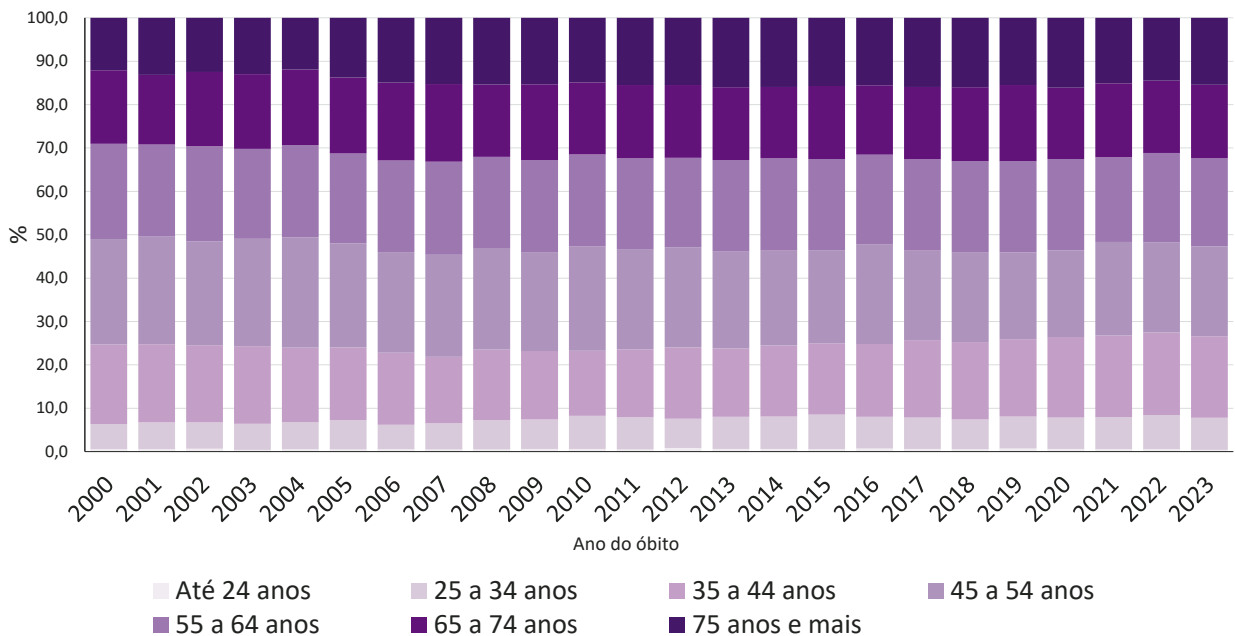
Figura 4. Mortalidade proporcional por câncer do colo do útero. Brasil e regiões, 2023



Fonte: Atlas on-line de mortalidade (Instituto Nacional de Câncer, 2025a).

O câncer do colo do útero é considerado raro em mulheres com idade inferior a 30 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida (Figura 5). Historicamente, cerca de 70% da mortalidade por câncer do colo do útero ocorrem nas mulheres com mais de 45 anos.

Figura 5. Mortalidade proporcional por câncer do colo do útero, segundo faixa etária. Brasil, de 2000 a 2023



Fonte: Atlas on-line de mortalidade (Instituto Nacional de Câncer, 2025a).

# VACINA CONTRA O PAPILOMAVÍRUS HUMANO

O HPV é um vírus que afeta a pele e as mucosas, sendo a infecção sexualmente transmissível mais comum no mundo. Existem mais de 200 tipos de HPV, alguns dos quais podem causar verrugas genitais, enquanto outros estão associados a tumores malignos, como os cânceres do colo do útero, da vulva, da vagina, do ânus, do pênis, da boca e da garganta.

A vacinação contra o HPV, oferecida gratuitamente pelo SUS desde 2014, é a forma mais eficaz de prevenção contra a infecção e, aliada às ações de rastreamento da lesão precursora, pode prevenir o câncer do colo do útero (Brasil, 2024d). A inclusão da população-alvo na vacinação contra o HPV ocorreu de forma gradual no Brasil. Em 2014, a estratégia teve início com meninas de 11 a 13 anos; em 2015, a cobertura foi ampliada para a faixa etária de 9 a 13 anos. A partir de 2017, passou a abranger meninas de 9 até 14 anos e meninos de 11 a 14 anos e, em 2022, meninos e meninas de 9 a 14 anos.

Atualmente, a vacina é indicada para (Brasil, 2025h):

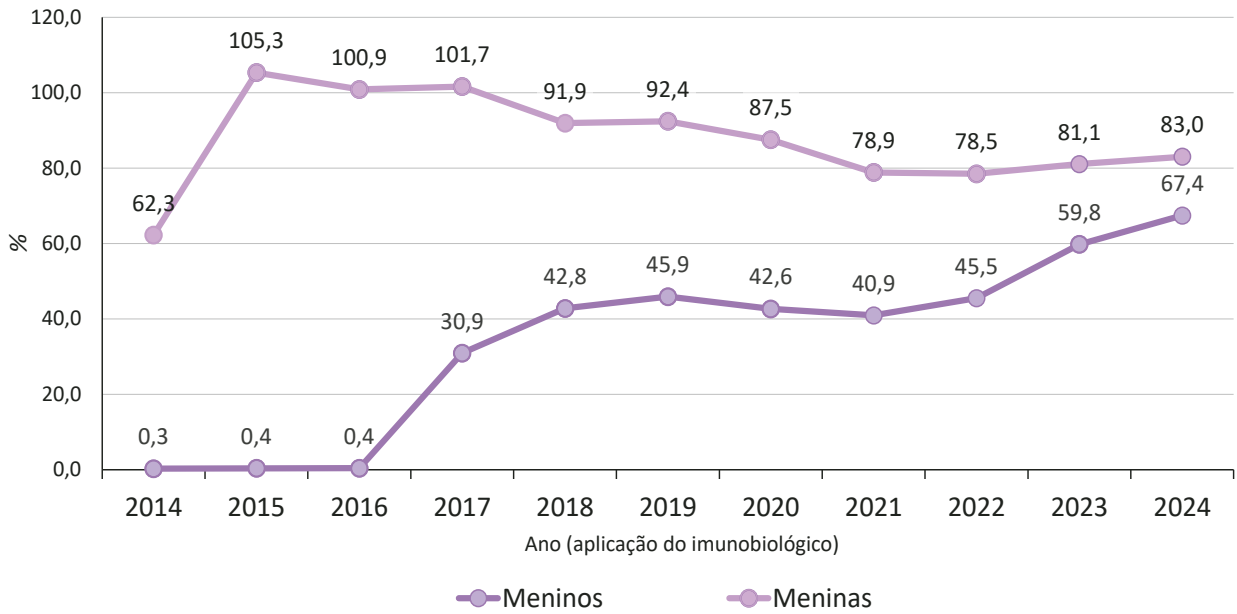
- Crianças e adolescentes de 9 a 14 anos – dose única.
- Pessoas imunodeprimidas (vivendo com o vírus da imunodeficiência humana – HIV – ou com aids, transplantados e pacientes oncológicos) – três doses (0, 2, 6 meses).
- Vítimas de abuso sexual de 9 a 14 anos – duas doses (0, 6 meses).
- Vítimas de abuso sexual de 15 a 45 anos – três doses (0, 2, 6 meses).
- Pessoas portadoras de papilomatose respiratória recorrente (PRR) a partir de 2 anos – três doses (0, 2, 6 meses).
- Usuários de profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) de 15 a 45 anos – três doses (0, 2, 6 meses).

A vacina não previne infecções por todos os tipos de HPV, mas abrange os tipos mais frequentes: 6, 11, 16 e 18. O Brasil adotou, em 2024, o esquema de dose única para a vacina contra o HPV, seguindo a recomendação da OMS de 2022, reforçada pela Opas em 2023. Essa recomendação foi baseada em estudos científicos que demonstraram que uma única dose oferecia a mesma proteção que duas doses em idades específicas (Brasil, 2024d). A Figura 6 aponta que o Brasil tem enfrentado desafios para manter a alta cobertura vacinal contra o HPV para meninas após os anos iniciais de sucesso e ainda está em um processo de avanço e consolidação da cobertura vacinal para meninos.

Em 2024, a cobertura entre as meninas foi 83,0%, e a dos meninos, 67,4%, mostrando que, embora a cobertura feminina esteja em trajetória de recuperação, ambos os sexos precisam de esforços contínuos para alcançar a meta proposta (90%) e proteger a população contra os cânceres relacionados ao HPV.

As coberturas acima de 100% observadas entre as meninas nos anos de 2015 a 2017 possivelmente ocorreram em razão de falhas metodológicas na base de cálculo (o denominador, que é a população-alvo estimada), em que a população vacinada (numerador) excede a população estimada. Isso indica, no entanto, uma mobilização para a vacinação extremamente alta e bem-sucedida nesses anos. Em 2017, houve a inclusão dos meninos no calendário nacional da vacina contra o HPV.

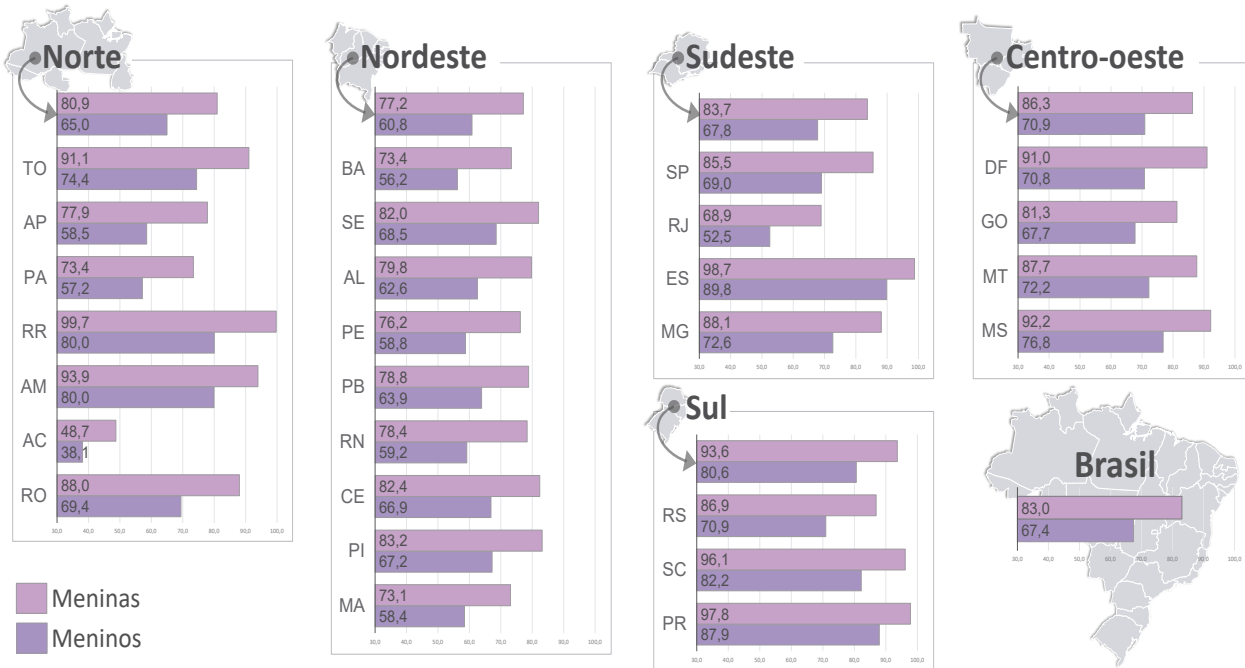
Figura 6. Cobertura vacinal contra o HPV entre meninas e meninos de 9 a 14 anos. Brasil, de 2014 a 2024



Fonte: painel de vacinação HPV (Brasil, 2025d).

A Figura 7 exibe a cobertura vacinal contra o HPV nas UF e regiões do Brasil, apresentando as disparidades em relação à meta de 90%. Em 2024, apenas oito UF (Roraima, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina, Amazonas, Mato Grosso do Sul, Tocantins e Distrito Federal) alcançaram essa meta entre as meninas de 9 a 14 anos.

Figura 7. Cobertura vacinal contra o HPV entre meninas e meninos de 9 a 14 anos. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2024



Fonte: painel de vacinação HPV (Brasil, 2025d).

Na análise das taxas médias de cobertura por região, observa-se que a região Sul apresenta as maiores taxas, tanto para meninas (93,6%) quanto para meninos (80,6%). Em contrapartida, a região Nordeste tem a menor cobertura média do país para meninas (77,3%) e meninos (60,9%) (Figura 7).

O cenário atual ilustra um desafio importante na vacinação contra o HPV no Brasil. Embora algumas localidades apresentem bons resultados, outras necessitam de intervenções urgentes para melhorar a cobertura vacinal, particularmente entre os meninos, para garantir uma proteção populacional eficaz contra as doenças relacionadas ao HPV, como cânceres de colo do útero, vulva, vagina, pênis, ânus e orofaringe, e verrugas genitais.

# DETECÇÃO PRECOCE

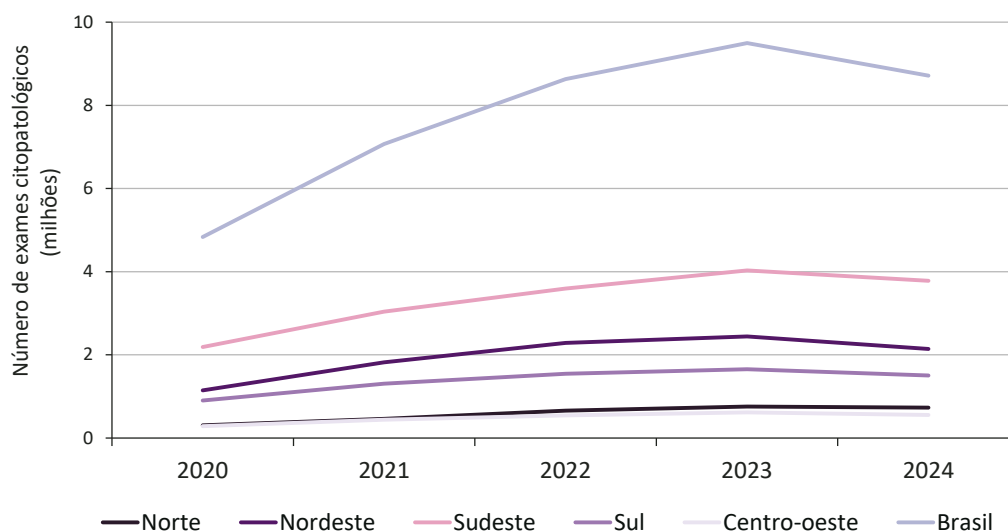
## Produção de exames citopatológicos no Sistema Único de Saúde

A produção de exames citopatológicos no SUS engloba os procedimentos “exame cervicovaginal/microflora” (02.03.01.001-9) e “exame citopatológico cervicovaginal/microflora-rastreamento” (02.03.01.008-6). As *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*, em vigor desde 2016, recomendam a realização do exame citopatológico para rastreamento em mulheres ou em qualquer pessoa com útero de 25 a 64 anos que já tiveram atividade sexual, a cada três anos, após dois exames negativos realizados com intervalo anual (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016a).

Nas situações em que há alterações no teste de rastreamento, é necessário repetir o exame em menor tempo para o acompanhamento ou seguimento pós-tratamento. Assim, o procedimento “exame citopatológico cervicovaginal/microflora-rastreamento” destina-se aos registros dos exames de rastreamento, e o procedimento “exame citopatológico cervicovaginal/microflora”, ao registro dos exames de repetição e seguimento. Entretanto, o procedimento específico para o rastreamento (02.03.01.008-6) é registrado somente pelo Siscan para a geração do arquivo de Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I). Os serviços que ainda não implantaram o Siscan e utilizam o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo) geram o arquivo de BPA-I com todos os exames no código 02.03.01.001-9.

Em 2024, foram realizados 8,7 milhões de exames citopatológicos do colo do útero no Brasil. Em 2020, houve redução de 43,4% em relação a 2019 em razão da pandemia de covid-19 (Instituto Nacional de Câncer, 2025b). A partir de 2021, a produção aumentou, alcançando os valores pré-pandemia apenas em 2022. Contudo, observou-se uma redução em 2024 em comparação a 2023 (Figura 8).

Figura 8. Número de exames citopatológicos realizados no Sistema Único de Saúde. Brasil e regiões, de 2020 a 2024



Fonte: SIA/SUS (Brasil, 2025f).

Na Tabela 3, é apresentado o total de exames citopatológicos registrados por UF e regiões. As regiões Sudeste e Nordeste, as mais populosas do país, apresentam as maiores produções de exames.

A retomada do patamar da produção de exames após a pandemia ocorreu mais cedo nas regiões Norte e Nordeste, que, em 2022, ultrapassaram os valores registrados em 2019. Nas demais regiões, isso aconteceu somente em 2023. Em 2024, houve redução na produção de todas as regiões e em quase todas as UF em relação ao ano anterior, com exceção de Tocantins e Rio de Janeiro.

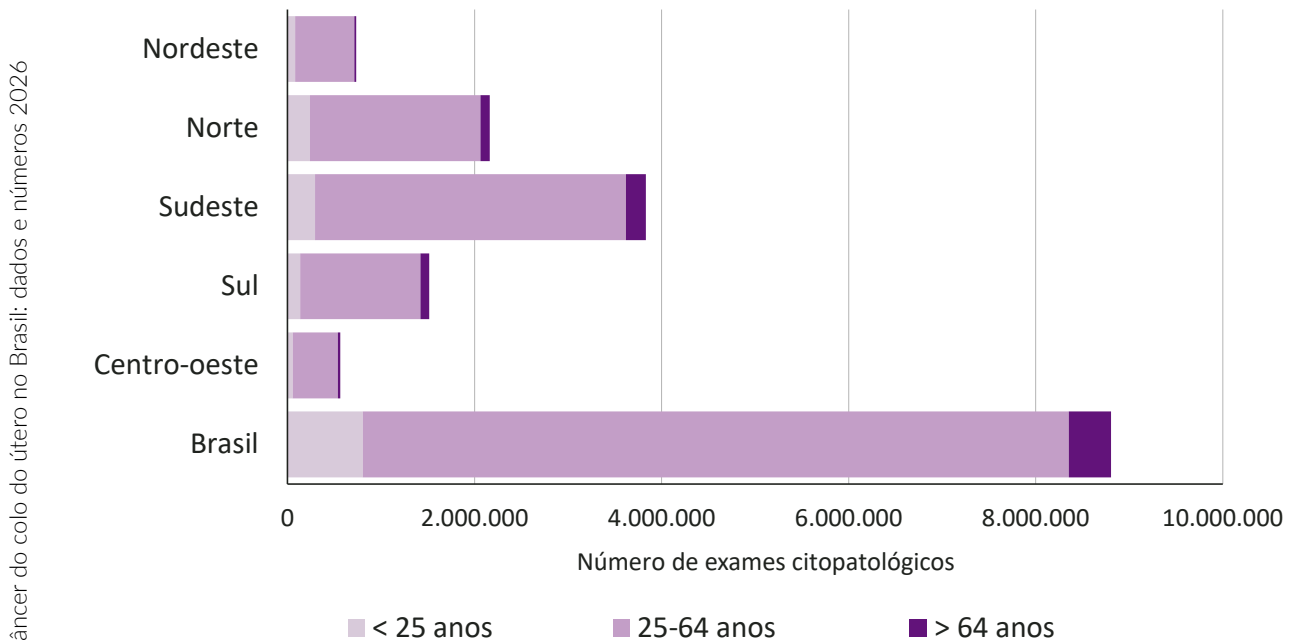
Tabela 3. Número de exames citopatológicos do colo do útero realizados no Sistema Único de Saúde. Brasil, regiões e Unidades da Federação, de 2020 a 2024

Região/UF	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Norte</b>	<b>307.951</b>	<b>464.045</b>	<b>656.995</b>	<b>757.072</b>	<b>730.719</b>
Acre	21.521	42.135	39.125	49.014	45.251
Amapá	10.463	19.323	23.911	18.649	16.882
Amazonas	74.538	120.218	201.086	252.792	248.279
Pará	124.476	183.506	254.908	294.319	288.430
Rondônia	30.669	45.195	62.021	72.427	56.792
Roraima	11.378	20.737	24.690	20.821	18.590
Tocantins	34.906	32.931	51.254	49.050	56.495
<b>Nordeste</b>	<b>1.148.310</b>	<b>1.819.653</b>	<b>2.286.453</b>	<b>2.442.729</b>	<b>2.142.651</b>
Alagoas	92.036	158.084	196.550	204.219	174.147
Bahia	297.893	481.090	601.824	629.967	566.155
Ceará	176.442	237.401	329.153	382.337	347.547
Maranhão	110.057	153.594	227.643	239.461	194.719
Paraíba	82.466	137.930	168.401	190.301	170.898
Pernambuco	212.331	337.894	416.436	444.209	376.845
Piauí	69.477	123.660	141.929	138.439	105.823
Rio Grande do Norte	63.523	96.054	108.546	116.005	115.330
Sergipe	44.085	93.946	95.971	97.791	91.187
<b>Sudeste</b>	<b>2.190.293</b>	<b>3.041.277</b>	<b>3.595.752</b>	<b>4.028.003</b>	<b>3.781.159</b>
Espírito Santo	120.303	156.575	215.509	209.085	207.526
Minas Gerais	567.320	804.327	974.392	983.720	867.178
Rio de Janeiro	198.356	316.768	351.660	618.842	622.460
São Paulo	1.304.314	1.763.607	2.054.191	2.216.356	2.083.995
<b>Sul</b>	<b>902.680</b>	<b>1.308.096</b>	<b>1.546.944</b>	<b>1.652.350</b>	<b>1.503.901</b>
Paraná	354.289	490.586	621.297	679.946	598.953
Rio Grande do Sul	351.188	496.988	556.712	554.976	520.356
Santa Catarina	197.203	320.522	368.935	417.428	384.592
<b>Centro-oeste</b>	<b>286.603</b>	<b>439.706</b>	<b>545.408</b>	<b>615.869</b>	<b>554.759</b>
Distrito Federal	36.856	51.685	64.103	83.948	61.952
Goiás	100.022	154.524	195.041	210.771	199.098
Mato Grosso	75.244	112.895	145.919	161.034	154.929
Mato Grosso do Sul	74.481	120.602	140.345	160.116	138.780
<b>Brasil</b>	<b>4.835.837</b>	<b>7.072.777</b>	<b>8.631.552</b>	<b>9.496.023</b>	<b>8.713.189</b>

Fonte: SIA/SUS (Brasil, 2025f).  
Legenda: UF – Unidade da Federação.

A Figura 9 mostra que a maioria dos exames citopatológicos do câncer do colo do útero, em nível nacional e por região, é realizada na faixa etária de 25 a 64 anos, que corresponde à população-alvo do rastreamento e na qual também se concentra a maioria dos exames de seguimento para acompanhar a mulher após a identificação e o tratamento das lesões precursoras.

Figura 9. Número de exames citopatológicos do colo do útero por faixa etária no Sistema Único de Saúde. Brasil e regiões, 2024



Fonte: SIA/SUS (Brasil, 2025f).

No Brasil, observou-se que 9,2% dos exames foram realizados em mulheres com menos de 25 anos, com as maiores proporções encontradas nas regiões Norte (11,1%) e Nordeste (11,1%). Além disso, 5,1% dos exames foram realizados em pessoas acima de 64 anos, também em maior proporção no Sul (6,1%) e no Sudeste (5,5%) (Tabela 4). A realização de exames em mulheres fora da faixa etária alvo pode ocorrer por indicação incorreta de rastreio, captação de mulheres acima de 64 anos nunca rastreadas ou ainda seguimento de mulheres com mais de 64 anos. A informação de casos em seguimento em nível local pode orientar os gestores a tomarem medidas apropriadas, conforme a realidade de cada território.

Na análise por UF, Rio de Janeiro, Tocantins, Amazonas e Distrito Federal foram as que registraram maior percentual dos exames na faixa etária de 25 a 64 anos (Tabela 4).

Tabela 4. Número e percentual de exames citopatológicos do colo do útero, segundo faixa etária, realizados no Sistema Único de Saúde. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2024

Região/UF	< 25 anos		25-64 anos		> 64 anos		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
<b>Norte</b>	<b>81.242</b>	<b>11,1</b>	<b>633.657</b>	<b>86,2</b>	<b>19.932</b>	<b>2,7</b>	<b>734.831</b>
Acre	5.064	11,1	39.550	86,9	881	1,9	45.495
Amapá	2.268	13,3	14.225	83,5	536	3,1	17.029
Amazonas	25.552	10,2	219.614	88,1	4.223	1,7	249.389
Pará	35.646	12,3	245.012	84,3	9.994	3,4	290.652
Rondônia	6.243	11,0	48.842	85,9	1.780	3,1	56.865
Roraima	1.749	9,4	16.204	87,0	670	3,6	18.623
Tocantins	4.720	8,3	50.210	88,4	1.848	3,3	56.778
<b>Nordeste</b>	<b>239.118</b>	<b>11,1</b>	<b>1.822.800</b>	<b>84,4</b>	<b>99.031</b>	<b>4,6</b>	<b>2.160.949</b>
Alagoas	20.074	11,4	149.360	84,6	7.118	4,0	176.552
Bahia	63.618	11,2	477.411	83,8	28.476	5,0	569.505
Ceará	36.874	10,6	296.685	85,1	14.873	4,3	348.432
Maranhão	22.126	11,3	166.272	84,8	7.759	4,0	196.157
Paraíba	18.436	10,8	145.036	84,6	7.969	4,6	171.441
Pernambuco	43.365	11,4	317.593	83,4	19.687	5,2	380.645
Piauí	9.485	8,7	94.373	86,9	4.742	4,4	108.600
Rio Grande do Norte	13.156	11,2	98.645	84,3	5.272	4,5	117.073
Sergipe	11.984	12,9	77.425	83,7	3.135	3,4	92.544
<b>Sudeste</b>	<b>292.890</b>	<b>7,6</b>	<b>3.326.893</b>	<b>86,8</b>	<b>211.702</b>	<b>5,5</b>	<b>3.831.485</b>
Espírito Santo	18.535	8,9	177.088	84,9	12.943	6,2	208.566
Minas Gerais	62.042	7,1	764.105	87,8	44.595	5,1	870.742
Rio de Janeiro	43.844	6,7	583.086	88,7	30.422	4,6	657.352
São Paulo	168.469	8,0	1.802.614	86,1	123.742	5,9	2.094.825
<b>Sul</b>	<b>136.276</b>	<b>9,0</b>	<b>1.285.358</b>	<b>84,9</b>	<b>92.806</b>	<b>6,1</b>	<b>1.514.440</b>
Paraná	59.470	9,8	506.159	83,7	39.435	6,5	605.064
Rio Grande do Sul	40.674	7,8	447.059	85,5	35.010	6,7	522.743
Santa Catarina	36.132	9,3	332.140	85,9	18.361	4,7	386.633
<b>Centro-oeste</b>	<b>55.875</b>	<b>9,9</b>	<b>481.137</b>	<b>85,5</b>	<b>25.689</b>	<b>4,6</b>	<b>562.701</b>
Distrito Federal	5.225	8,2	56.249	88,2	2.281	3,6	63.755
Goiás	20.259	10,0	170.883	84,6	10.917	5,4	202.059
Mato Grosso	18.440	11,7	131.534	83,5	7.485	4,8	157.459
Mato Grosso do Sul	11.951	8,6	122.471	87,8	5.006	3,6	139.428
<b>Brasil</b>	<b>805.401</b>	<b>9,2</b>	<b>7.549.845</b>	<b>85,8</b>	<b>449.160</b>	<b>5,1</b>	<b>8.804.406</b>

Fonte: SIA/SUS (Brasil, 2025f).

Legenda: UF - Unidade da Federação.

Nota: o total de exames apresentados em 2024 inclui exames realizados em 2023 e apresentados em 2024, por isso pode haver discrepância entre os valores apresentados na série histórica de 2020 a 2024.

## Cobertura do rastreamento em inquéritos populacionais

Tanto a incidência quanto a mortalidade por câncer do colo do útero podem ser reduzidas com programas organizados de rastreamento. Uma expressiva redução na morbimortalidade pela doença foi alcançada nos países de alta renda, após a implantação de programas de rastreamento de base populacional, a partir das décadas de 1950 e 1960 (World Health Organization, 2002).

O rastreamento do câncer do colo do útero baseia-se na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui a partir de lesões precursoras (lesão intraepitelial escamosa de alto grau – HSIL e adenocarcinoma *in situ*), que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer.

## Cobertura no Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

A realização do exame citopatológico do colo do útero nos últimos três anos é a medida utilizada para estimar a cobertura do rastreamento, já que a maioria desses exames tem essa finalidade. De acordo com o Vigitel (Brasil, 2024c), a cobertura do exame citopatológico do colo do útero no Brasil vem declinando em anos recentes, tendo chegado ao menor valor da série histórica em 2023 (Tabela 5).

Tabela 5. Percentual de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram o exame citopatológico do colo do útero nos últimos três anos nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, por ano, segundo idade e escolaridade. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, de 2007 a 2023

Variáveis	Ano da pesquisa															
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2023
<b>Idade (anos)</b>																
25-34	77,6	80,2	78,2	78,1	78,4	78,2	78,8	76,8	75,1	75,9	76,6	74,5	76,9	71,8	69,9	69,1
35-44	86,0	86,5	85,2	83,9	84,0	84,3	85,2	82,5	83,9	86,1	85,7	84,9	84,0	83,3	78,1	79,9
45-54	85,6	85,6	84,6	87,2	85,0	85,0	86,5	85,7	83,9	85,8	87,1	85,7	85,1	84,8	82,7	82,7
55-64	78,2	80,5	81,7	80,5	80,5	83,5	81,8	82,5	83,3	82,0	83,8	84,1	81,1	84,4	81,6	79,3
<b>Escolaridade (anos)</b>																
0-8	78,0	79,6	77,5	78,6	77,4	78,3	78,6	77,9	77,7	76,7	78,9	79,2	78,3	78,3	74,7	75,5
9-11	83,9	83,6	83,1	81,4	81,5	81,7	83,6	80,9	80,4	82,6	83,1	80,2	79,7	78,5	76,5	71,9
12 e mais	87,9	90,0	89,1	89,3	88,5	88,6	87,2	86,4	85,3	85,9	85,6	85,2	85,6	83,0	79,3	82,7
<b>Brasil</b>	<b>82,0</b>	<b>83,3</b>	<b>82,1</b>	<b>82,2</b>	<b>81,8</b>	<b>82,3</b>	<b>82,9</b>	<b>81,4</b>	<b>81,0</b>	<b>82,0</b>	<b>82,8</b>	<b>81,7</b>	<b>81,5</b>	<b>80,1</b>	<b>77,2</b>	<b>76,8</b>

Fonte: Brasil, 2024c.

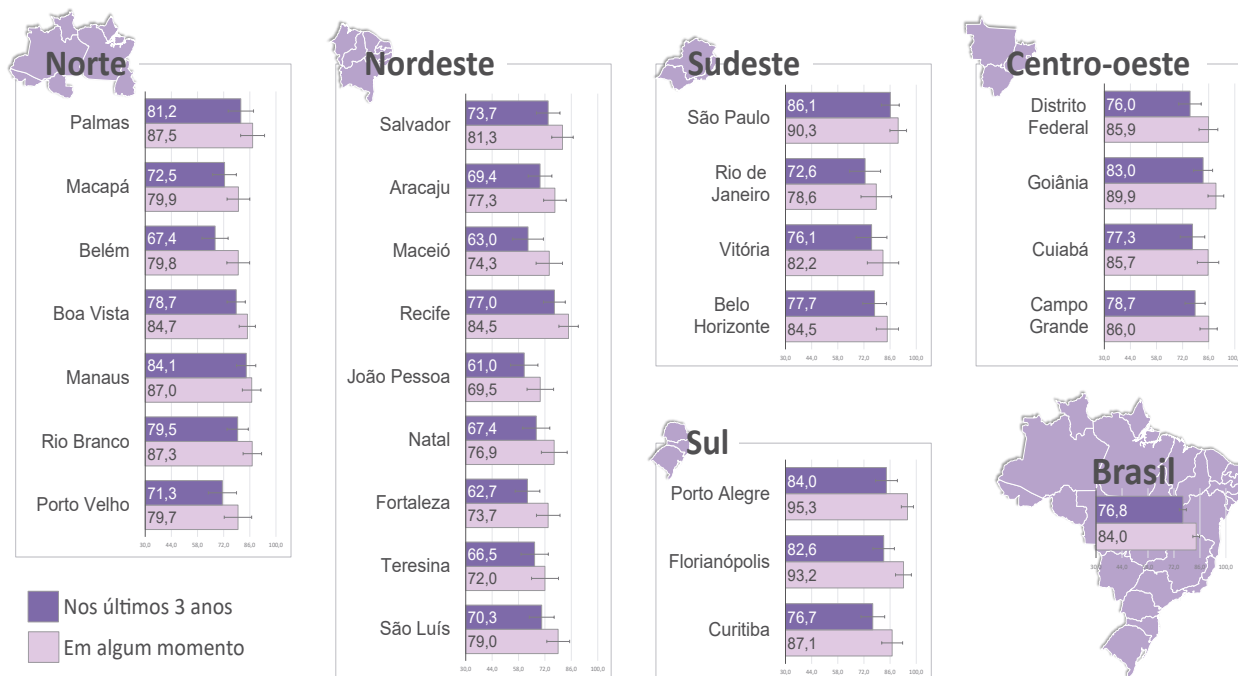
Nota: as estimativas poderão apresentar pequenas variações com relação às divulgadas em relatórios anteriores do Vigitel, em função de aperfeiçoamentos metodológicos quanto a fatores de ponderação e imputação de dados faltantes. No ano de 2022, não foi realizada a pesquisa Vigitel.

Essa redução pode estar relacionada ao período da pandemia de covid-19, considerando que o inquérito é referente à realização de exame nos três anos anteriores à pesquisa. Além disso, em 2023, a inclusão de telefones celulares na metodologia da pesquisa pode ter influenciado os resultados encontrados. A inclusão de celulares provavelmente resultou em uma amostra mais representativa da população brasileira, e essa mudança na composição pode ter revelado uma menor cobertura do exame citopatológico em grupos que antes estavam sub-representados no inquérito. As linhas de telefone fixo tendem a ser mais presentes em domicílios com maior renda ou com pessoas mais velhas. A análise por idade evidencia maiores percentuais de realização do exame entre mulheres de 35 a 54 anos, com menores oscilações ao longo do período, quando comparada à idade de 25 a 34 anos,

que apresentou uma redução mais acentuada. Em relação à escolaridade, observou-se um gradiente positivo, pois, quanto maior a escolaridade, maior a proporção de mulheres que realizaram o exame citopatológico do colo do útero (Tabela 5).

Na análise por capitais, há valores discrepantes e alguns abaixo do patamar mínimo desejado de 70% de cobertura, sendo a maioria da região Nordeste, como João Pessoa, Fortaleza, Maceió, Teresina, Natal e Aracaju, que variam de 61,0% a 69,4%, respectivamente. Além dessas capitais, Belém (67,4%) tem a menor cobertura da região Norte, situando-se entre as mais baixas do país. Em contrapartida, São Paulo (86,1%), Manaus (84,1%), Porto Alegre (84,0%) e Goiânia (83,0%) destacam-se com as maiores coberturas do Brasil (Figura 10).

Figura 10. Percentual de mulheres entre 25 e 64 anos que realizaram o exame citopatológico do câncer do colo do útero em algum momento de suas vidas e nos últimos três anos anteriores à pesquisa, nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2023



Fonte: Brasil, 2024c.

Notas: 1 – os valores apresentados para o Brasil equivalem ao conjunto das 27 cidades; 2 – intervalo de confiança de 95% indicado pela barra de erros.

O acesso a serviços de saúde nas capitais tende a ser melhor, porém há que se considerar a possível superestimação desse dado em função de vieses inerentes a esse tipo de pesquisa relacionados à autodeclaração. As respostas autorreferidas podem incorrer em viés de memória e viés de resposta desejada (tendência de resposta no padrão considerado mais adequado).

### Cobertura na Pesquisa Nacional de Saúde

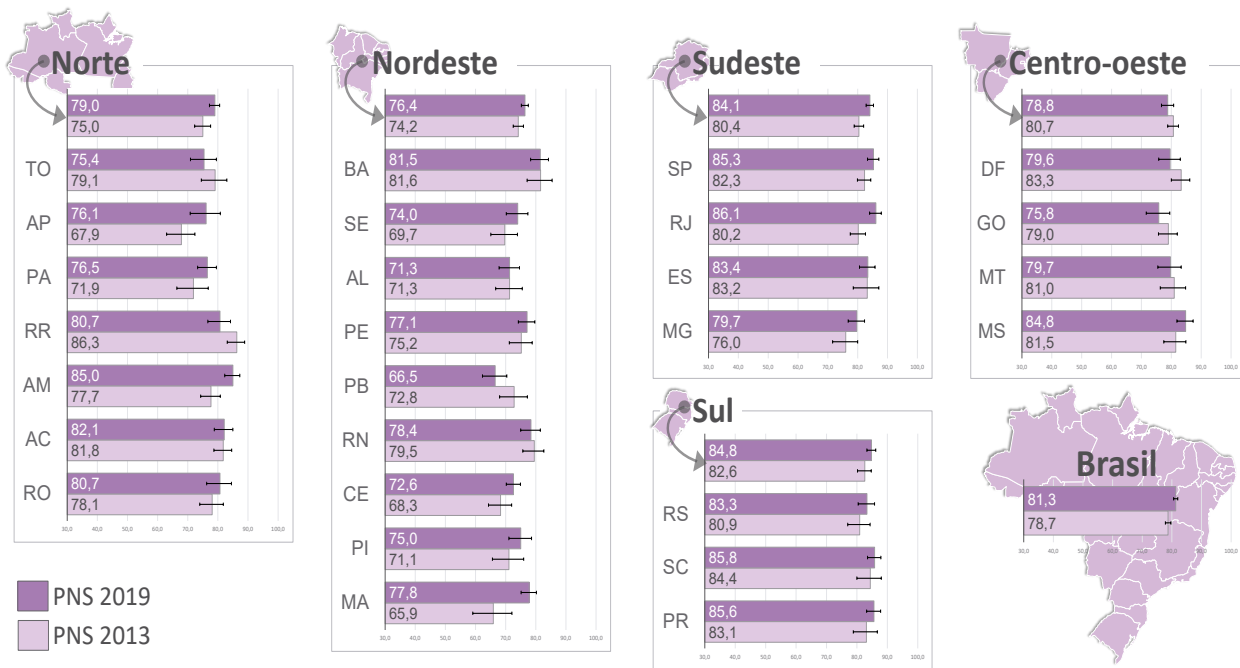
Os dados da PNS (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021) expressam uma maior diversidade regional, por abrangerem todo o território das UF, e não apenas as capitais. De acordo com a PNS 2019, 81,3% das mulheres da faixa etária alvo (de 25 a 64 anos) realizaram o exame preventivo para o câncer do colo do útero há menos de três anos da data da entrevista, porcentagem maior que a observada na PNS 2013 (78,7%). Com exceção da região Centro-oeste, todas as regiões

tiveram aumento nessa proporção, com destaque para a região Norte. Em 2019, as regiões Sul (84,8%) e Sudeste (84,1%) apresentaram percentuais acima da média nacional, enquanto as regiões Norte (79,0%), Centro-oeste (78,8%) e Nordeste (76,4%) ficaram abaixo dessa média (Figura 11).

Na análise por UF (Figura 11), observa-se que os menores percentuais de realização do exame preventivo para câncer do colo do útero na faixa etária alvo em 2019 foram na Paraíba (66,5%), em Alagoas (71,3%), no Ceará (72,6%) e em Sergipe (74,0%), todos da região Nordeste. E os maiores percentuais foram observados no Rio de Janeiro (86,1%), em Santa Catarina (85,8%), no Paraná (85,6%) e em São Paulo (85,3%).

Controle do câncer do colo do útero no Brasil: dados e números 2026

Figura 11. Percentual de mulheres de 25 a 64 anos que fizeram o exame preventivo para câncer do colo do útero. Brasil, regiões e Unidades da Federação. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021.

Notas: 1 – intervalo de confiança de 95% indicado pela barra de erros; 2 – não houve diferença estatisticamente significativa entre 2013 e 2019.

Observa-se um gradiente entre o nível de instrução das mulheres e a realização do exame preventivo para o câncer do colo do útero. Quanto maior o nível de instrução, maior o percentual de realização do exame no Brasil e em todas as regiões (Tabela 6).

Tabela 6. Percentual de mulheres de 25 a 64 anos que fizeram o exame preventivo para câncer do colo do útero nos últimos três anos, segundo raça ou cor, nível de instrução e rendimento domiciliar per capita. Brasil, regiões e Unidades da Federação. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Região/UF	Escolaridade				Cor ou raça		
	Sem instrução e fundamental incompleto	Fundamental completo e médio incompleto	Médio completo e superior incompleto	Superior completo	Branca	Parda	Preta
<b>Norte</b>	<b>69,1</b> (65,5-72,4)	<b>79,4</b> (74,7-83,4)	<b>83,3</b> (80,5-85,7)	<b>88,3</b> (84,1-91,5)	<b>81,9</b> (78,5-84,9)	<b>78,1</b> (76,0-80,1)	<b>79,8</b> (73,9-84,6)
Acre	75,2 (68,2-81,1)	79,8 (68,4-87,9)	85,6 (79,6-90,0)	89,2 (80,7-94,2)	82,7 (75,2-88,3)	81,2 (76,9-84,8)	88,2 (78,0-94,0)
Amapá	63,1 (51,1-73,7)	76,4 (61,1-86,9)	78,7 (72,2-84,0)	86,6 (78,5-91,9)	83,0 (72,4-90,1)	74,7 (67,7-80,7)	74,3 (62,1-83,6)
Amazonas	76,1 (69,7-81,5)	85,9 (78,9-90,8)	87,7 (83,7-90,7)	94,4 (89,0-97,2)	87,4 (81,3-91,8)	84,3 (81,1-87,1)	92,9 (82,7-97,2)
Pará	65,6 (59,4-71,2)	78,1 (69,8-84,7)	80,9 (75,3-85,4)	89,3 (78,8-94,9)	80,6 (73,9-85,8)	75,3 (71,3-78,9)	79,1 (68,6-86,8)
Rondônia	72,9 (64,9-79,7)	82,9 (73,3-89,6)	87,5 (81,4-91,7)	79,9 (68,9-87,7)	79,8 (71,2-86,3)	81,2 (75,8-85,6)	80,6 (66,9-89,5)
Roraima	75,5 (67,2-82,3)	78,4 (66,2-87,1)	83,4 (77,8-87,8)	82,0 (72,2-88,8)	79,3 (69,7-86,4)	81,6 (76,6-85,7)	78,1 (65,3-87,2)
Tocantins	65,7 (56,5-73,8)	66,4 (54,4-76,6)	81,9 (74,9-87,3)	84,3 (70,8-92,2)	81,4 (72,2-88,1)	73,2 (67,9-77,9)	76,8 (60,2-87,8)
<b>Nordeste</b>	<b>68,0</b> (65,9-70,0)	<b>73,9</b> (70,6-76,9)	<b>82,0</b> (80,1-83,7)	<b>87,4</b> (85,1-89,4)	<b>76,8</b> (74,5-78,9)	<b>76,2</b> (74,7-77,6)	<b>76,4</b> (72,8-79,6)
Alagoas	67,3 (61,7-72,4)	69,9 (60,2-78,0)	74,4 (67,5-80,2)	78,2 (69,9-84,7)	69,7 (61,2-77,0)	72,0 (68,2-75,5)	67,3 (54,5-78,0)
Bahia	72,2 (66,0-77,6)	79,0 (68,8-86,6)	86,5 (81,8-90,1)	95,1 (89,7-97,7)	81,4 (72,6-87,9)	82,8 (78,7-86,3)	78,9 (72,5-84,2)
Ceará	61,3 (56,8-65,6)	70,3 (62,3-77,2)	81,6 (77,5-85,0)	83,0 (76,5-88,0)	74,8 (69,6-79,4)	71,8 (68,5-74,8)	72,8 (62,5-81,2)
Maranhão	68,9 (64,7-72,8)	77,0 (70,1-82,7)	85,8 (81,8-89,1)	87,0 (80,7-91,5)	82,4 (76,2-87,2)	77,1 (73,6-80,2)	75,6 (69,4-80,9)
Paraíba	62,9 (57,3-68,2)	64,6 (54,8-73,3)	66,7 (59,0-73,7)	77,2 (64,3-86,4)	65,5 (58,9-71,6)	69,1 (64,0-73,8)	55,7 (41,9-68,7)
Pernambuco	68,3 (63,5-72,8)	72,3 (62,8-80,2)	82,5 (77,0-86,8)	87,6 (82,0-91,6)	79,0 (74,1-83,2)	75,7 (71,7-79,3)	79,6 (71,6-85,8)
Piauí	67,7 (61,2-73,5)	76,5 (66,4-84,3)	77,4 (70,2-83,3)	87,0 (77,9-92,7)	71,4 (61,8-79,4)	76,5 (71,3-81,1)	73,6 (63,3-81,9)
Rio Grande do Norte	72,7 (66,4-78,2)	72,2 (62,2-80,4)	81,0 (75,5-85,5)	88,2 (80,6-93,0)	77,5 (72,2-82,0)	77,9 (73,1-82,0)	81,6 (70,0-89,3)
Sergipe	67,1 (60,9-72,8)	76,6 (65,9-84,8)	78,6 (72,6-83,6)	81,5 (72,2-88,3)	77,4 (71,0-82,7)	72,9 (68,4-77,0)	72,3 (63,0-79,9)
<b>Sudeste</b>	<b>76,0</b> (73,2-78,7)	<b>82,1</b> (78,3-85,4)	<b>85,3</b> (83,2-87,2)	<b>92,0</b> (90,0-93,6)	<b>84,5</b> (82,5-86,2)	<b>83,0</b> (80,9-84,8)	<b>84,8</b> (81,5-87,7)
Espírito Santo	77,0 (71,5-81,7)	80,8 (71,7-87,5)	86,5 (81,5-90,4)	89,6 (83,8-93,5)	88,3 (83,8-91,6)	78,8 (73,9-83,0)	85,1 (78,0-90,2)
Minas Gerais	74,2 (69,4-78,6)	72,4 (63,5-79,8)	81,0 (75,5-85,4)	90,8 (85,4-94,3)	77,5 (71,7-82,3)	80,0 (76,0-83,4)	84,5 (78,2-89,3)
Rio de Janeiro	77,4 (72,7-81,5)	85,5 (79,4-90,0)	87,0 (83,7-89,7)	92,6 (89,3-95,0)	87,5 (84,7-89,9)	83,7 (80,0-86,9)	86,9 (82,5-90,4)
São Paulo	76,5 (71,6-80,9)	84,9 (78,9-89,5)	86,3 (83,0-89,0)	92,4 (89,3-94,6)	85,4 (82,7-87,7)	85,1 (81,6-88,0)	83,2 (75,6-88,9)

continua

continuação

Região/UF	Escolaridade				Cor ou raça		
	Sem instrução e fundamental incompleto	Fundamental completo e médio incompleto	Médio completo e superior incompleto	Superior completo	Branca	Parda	Preta
<b>Sul</b>	77,5 (74,5-80,2)	82,6 (78,1-86,3)	88,1 (85,5-90,2)	90,5 (87,6-92,7)	85,6 (84,0-87,1)	82,3 (78,5-85,5)	85,1 (78,7-89,9)
Paraná	78,1 (73,5-82,1)	87,0 (78,8-92,3)	89,0 (84,6-92,3)	90,3 (85,0-93,9)	87,5 (84,7-89,9)	83,3 (77,8-87,6)	80,2 (65,4-89,6)
Rio Grande do Sul	77,2 (71,4-82,0)	77,0 (68,1-83,9)	85,5 (80,7-89,3)	90,9 (86,2-94,1)	83,3 (80,3-86,0)	79,4 (71,2-85,7)	89,5 (81,9-94,1)
Santa Catarina	77,0 (71,3-81,8)	85,0 (78,1-90,0)	90,9 (86,8-93,9)	90,1 (84,2-93,9)	86,7 (84,0-89,0)	83,3 (75,9-88,7)	76,2 (56,7-88,7)
<b>Centro-oeste</b>	69,7 (65,5-73,7)	76,7 (71,2-81,4)	79,4 (76,0-82,5)	89,6 (86,7-91,9)	81,6 (78,1-84,6)	77,1 (74,1-79,9)	76,5 (70,5-81,6)
Distrito Federal	69,9 (60,3-78,0)	74,7 (64,3-82,9)	74,6 (69,0-79,5)	89,3 (83,8-93,1)	80,3 (74,4-85,1)	80,2 (74,8-84,7)	72,3 (59,7-82,1)
Goiás	64,1 (56,8-70,8)	73,5 (63,6-81,5)	80,8 (73,9-86,2)	87,4 (80,6-92,0)	77,2 (69,9-83,2)	74,0 (68,2-79,1)	77,9 (66,8-86,1)
Mato Grosso	72,6 (64,5-79,4)	75,1 (64,1-83,6)	80,5 (74,9-85,0)	90,8 (85,0-94,5)	87,1 (80,7-91,6)	77,2 (71,9-81,7)	72,7 (61,5-81,6)
Mato Grosso do Sul	80,9 (75,6-85,3)	88,0 (81,1-92,7)	80,7 (73,8-86,1)	93,3 (88,4-96,2)	87,5 (82,9-91,0)	82,9 (78,6-86,4)	86,0 (72,6-93,4)
<b>Brasil</b>	72,5 (71,1-73,9)	79,6 (77,6-81,5)	84,2 (83,1-85,3)	90,4 (89,2-91,5)	83,4 (82,2-84,4)	79,3 (78,3-80,3)	81,2 (79,2-83,1)

Região/UF	Rendimento domiciliar per capita						
	Sem renda até 1/4 SM	De 1/4 SM até 1/2 SM	De 1/2 a 1 SM	De 1 a 2 SM	De 2 a 3 SM	De 3 a 5 SM	Mais de 5 SM
<b>Norte</b>	74,5 (70,3-78,3)	76,7 (73,0-80,1)	75,9 (72,3-79,1)	85,5 (82,4-88,2)	86,8 (81,4-90,8)	89,0 (81,2-93,8)	94,9 (89,9-97,5)
Acre	74,6 (64,5-82,7)	84,5 (77,3-89,8)	79,2 (73,4-84,0)	84,4 (75,6-90,4)	89,7 (79,2-95,2)	89,3 (67,3-97,2)	100,0 (sem limites)
Amapá	63,3 (38,8-82,5)	74,3 (63,8-82,6)	76,6 (67,9-83,6)	76,8 (65,4-85,3)	81,8 (66,0-91,3)	95,2 (71,9-99,3)	100,0 (sem limites)
Amazonas	82,6 (76,7-87,2)	82,1 (76,0-86,9)	84,0 (78,7-88,2)	87,4 (81,3-91,7)	91,0 (79,9-96,2)	96,6 (88,8-99,0)	97,5 (90,2-99,4)
Pará	73,5 (66,1-79,7)	73,3 (66,7-79,1)	72,5 (66,2-78,0)	87,1 (80,6-91,6)	90,6 (76,8-96,6)	87,3 (66,6-96,0)	94,9 (77,5-99,0)
Rondônia	73,8 (58,1-85,1)	81,6 (72,9-88,0)	78,2 (70,6-84,3)	85,6 (76,5-91,5)	78,0 (64,4-87,4)	70,7 (50,1-85,3)	91,6 (75,9-97,4)
Roraima	75,5 (65,3-83,4)	76,1 (67,3-83,2)	82,3 (76,1-87,1)	81,7 (72,4-88,3)	90,5 (76,4-96,5)	90,2 (68,7-97,5)	88,6 (74,2-95,5)
Tocantins	62,4 (48,6-74,5)	74,8 (64,7-82,7)	73,4 (65,3-80,2)	81,3 (72,5-87,8)	79,3 (63,0-89,6)	96,7 (85,2-99,3)	92,9 (78,1-98,0)
<b>Nordeste</b>	70,3 (67,4-73,0)	70,1 (67,4-72,6)	77,5 (75,5-79,3)	83,7 (81,2-85,9)	87,3 (82,5-90,9)	92,5 (88,6-95,1)	90,1 (84,6-93,7)
Alagoas	69,8 (62,2-76,5)	65,3 (57,8-72,0)	68,9 (62,4-74,8)	81,0 (72,0-87,6)	83,1 (66,3-92,4)	87,2 (72,7-94,6)	82,2 (59,6-93,6)
Bahia	70,2 (62,1-77,2)	74,4 (66,6-80,9)	86,3 (81,0-90,3)	89,6 (84,3-93,2)	88,4 (72,2-95,7)	98,6 (94,3-99,6)	95,9 (82,5-99,1)
Ceará	68,8 (62,9-74,2)	62,9 (56,9-68,6)	75,8 (71,2-79,8)	79,9 (73,0-85,4)	87,6 (75,0-94,3)	92,1 (75,2-97,8)	77,3 (55,2-90,4)
Maranhão	71,7 (66,4-76,4)	73,8 (68,8-78,3)	79,2 (74,7-83,2)	86,3 (80,3-90,7)	91,1 (82,4-95,7)	100,0 (s/ limites)	98,6 (90,1-99,8)

continua

conclusão

Região/UF	Rendimento domiciliar per capita						
	Sem renda até 1/4 SM	De 1/4 SM até 1/2 SM	De 1/2 a 1 SM	De 1 a 2 SM	De 2 a 3 SM	De 3 a 5 SM	Mais de 5 SM
Paraíba	63,7 (54,3-72,1)	61,0 (53,0-68,5)	64,8 (56,4-72,4)	72,3 (61,5-81,0)	75,4 (62,0-85,2)	87,2 (70,6-95,1)	88,7 (67,7-96,7)
Pernambuco	73,5 (66,7-79,4)	70,5 (63,8-76,5)	78,3 (74,1-82,0)	80,3 (71,6-86,8)	92,9 (80,7-97,6)	86,5 (73,6-93,6)	90,8 (79,0-96,3)
Piauí	71,7 (60,9-80,4)	76,5 (68,3-83,0)	68,8 (61,8-75,1)	78,9 (68,3-86,7)	86,6 (73,9-93,6)	94,5 (79,0-98,7)	96,3 (85,2-99,2)
Rio Grande do Norte	68,9 (58,7-77,5)	74,3 (66,4-80,8)	74,5 (68,7-79,5)	90,3 (85,1-93,8)	87,5 (74,9-94,3)	95,9 (86,4-98,8)	91,3 (81,1-96,2)
Sergipe	69,8 (59,6-78,3)	66,5 (58,9-73,4)	73,2 (66,7-78,9)	84,2 (77,9-89,0)	75,2 (56,9-87,5)	92,3 (77,0-97,7)	89,2 (69,7-96,8)
<b>Sudeste</b>	<b>77,9 (72,1-82,8)</b>	<b>78,1 (73,7-81,9)</b>	<b>82,7 (80,0-85,0)</b>	<b>83,6 (81,1-85,9)</b>	<b>89,1 (85,7-91,8)</b>	<b>87,5 (82,7-91,1)</b>	<b>95,2 (92,5-96,9)</b>
Espírito Santo	73,6 (60,2-83,7)	78,8 (69,5-85,8)	83,2 (77,4-87,7)	83,8 (78,1-88,2)	87,3 (75,0-94,1)	92,3 (82,0-96,9)	91,7 (83,5-96,0)
Minas Gerais	75,9 (64,8-84,4)	75,2 (67,5-81,5)	77,3 (71,5-82,2)	82,5 (77,7-86,5)	78,2 (65,8-86,9)	84,7 (71,6-92,4)	95,2 (83,5-98,7)
Rio de Janeiro	79,0 (70,1-85,8)	77,4 (69,3-83,9)	86,7 (82,2-90,1)	85,0 (81,1-88,2)	91,9 (86,9-95,0)	91,8 (86,2-95,2)	94,9 (89,4-97,6)
São Paulo	79,5 (67,8-87,7)	80,1 (72,1-86,2)	83,8 (79,6-87,3)	83,6 (79,5-87,1)	91,6 (87,4-94,5)	86,1 (78,5-91,4)	95,4 (91,6-97,6)
<b>Sul</b>	<b>70,8 (61,4-78,7)</b>	<b>74,1 (68,1-79,3)</b>	<b>84,0 (80,9-86,6)</b>	<b>84,4 (81,9-86,7)</b>	<b>88,2 (84,6-91,1)</b>	<b>94,6 (91,1-96,8)</b>	<b>92,7 (87,9-95,7)</b>
Paraná	76,3 (63,2-85,7)	76,2 (68,0-82,8)	86,9 (82,5-90,3)	86,7 (82,3-90,2)	84,0 (76,8-89,3)	93,0 (83,8-97,2)	95,5 (89,6-98,2)
Rio Grande do Sul	62,9 (46,9-76,4)	73,0 (61,5-82,0)	80,2 (74,3-85,1)	82,4 (77,5-86,3)	89,9 (84,0-93,8)	96,6 (92,0-98,6)	89,9 (79,6-95,3)
Santa Catarina	67,7 (47,1-83,2)	69,0 (54,7-80,3)	85,1 (79,6-89,3)	84,2 (80,0-87,6)	90,4 (82,8-94,8)	93,6 (86,8-97,0)	93,6 (84,3-97,5)
<b>Centro-oeste</b>	<b>76,3 (67,6-83,3)</b>	<b>72,6 (66,8-77,6)</b>	<b>71,9 (67,1-76,3)</b>	<b>81,2 (77,8-84,1)</b>	<b>85,0 (79,8-89,0)</b>	<b>90,3 (85,7-93,5)</b>	<b>92,3 (87,8-95,2)</b>
Distrito Federal	77,8 (59,9-89,2)	76,5 (66,2-84,5)	66,5 (58,0-74,0)	80,3 (73,1-85,9)	83,0 (73,0-89,8)	87,2 (77,5-93,1)	88,6 (80,4-93,6)
Goiás	79,0 (61,2-90,0)	67,8 (58,7-75,7)	69,4 (60,8-76,9)	80,7 (74,5-85,7)	81,0 (67,9-89,5)	92,7 (84,5-96,8)	96,9 (80,9-99,6)
Mato Grosso	66,4 (50,1-79,6)	74,5 (58,7-85,7)	72,9 (65,5-79,2)	80,6 (73,4-86,2)	92,2 (85,0-96,1)	91,3 (80,4-96,4)	95,7 (87,9-98,6)
Mato Grosso do Sul	82,9 (62,3-93,4)	82,1 (73,5-88,3)	83,5 (77,7-88,0)	83,7 (77,4-88,6)	85,7 (76,2-91,9)	93,1 (83,2-97,4)	93,8 (83,7-97,8)
<b>Brasil</b>	<b>72,9 (70,7-75,0)</b>	<b>73,8 (71,9-75,7)</b>	<b>79,9 (78,5-81,2)</b>	<b>83,7 (82,2-85,0)</b>	<b>88,2 (86,2-90,0)</b>	<b>89,9 (87,2-92,1)</b>	<b>93,8 (92,0-95,1)</b>

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021.  
Legenda: SM – salário mínimo; UF – Unidade da Federação.

Na análise segundo cor ou raça, observa-se que há um maior percentual de realização do exame preventivo para câncer do colo do útero entre as mulheres brancas no Brasil. Entretanto, nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, os percentuais de mulheres brancas e pretas que realizaram o exame são muito similares. Já na região Centro-oeste, é observada a maior diferença entre brancas e pretas, com percentuais de 81,6% e 76,5%, respectivamente (Tabela 6).

Observa-se que, quanto maior o rendimento domiciliar per capita, maior é o percentual de realização do exame preventivo para câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos no Brasil (Tabela 6). Entre as mulheres sem rendimento domiciliar per capita e rendimento de até um quarto do salário mínimo, 72,9% relataram ter realizado o exame nos últimos três anos, percentual bem inferior

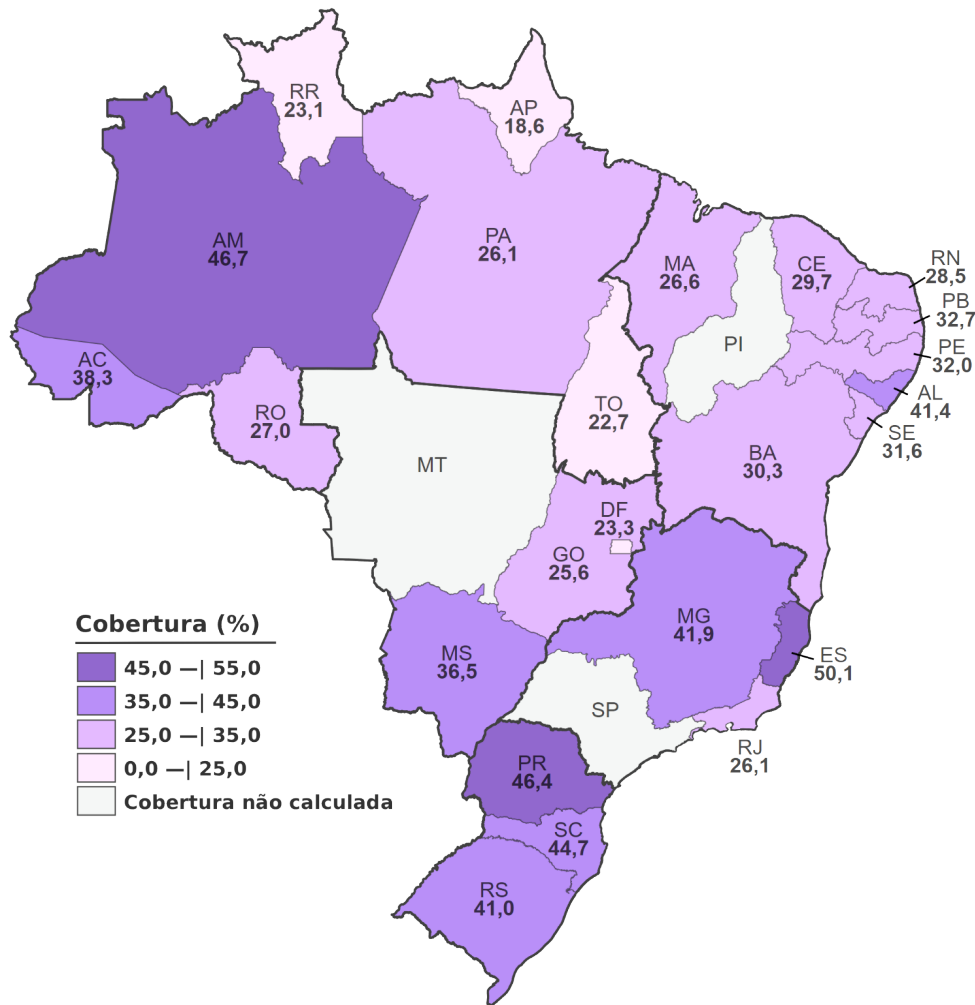
ao observado entre as mulheres com rendimento familiar per capita superior a cinco salários mínimos (93,8%). Esse gradiente também é observado nas UF e nas regiões do país.

## Cobertura de rastreamento e indicadores de monitoramento no Sistema Único de Saúde

### Cobertura no Sistema Único de Saúde

Com a implantação do Siscan, tem sido possível identificar o número de mulheres rastreadas, permitindo o cálculo da cobertura do rastreamento no SUS para o triênio de 2022 a 2024, conforme a periodicidade preconizada nas diretrizes nacionais. Em 2024, a implantação do Siscan alcançou 93% dos serviços de citopatologia no país, e, em 21 UF, o percentual foi igual ou superior a 95%. Nas UF que apresentam menos de 90% de implantação do Siscan (Piauí, São Paulo e Mato Grosso), não foi possível fazer o cálculo para o triênio proposto, pois esse cálculo poderia subestimar a cobertura do rastreamento (Figura 12).

Figura 12. Representação espacial do percentual de cobertura de rastreamento do câncer do colo do útero na população de 25 a 64 anos atendida no Sistema Único de Saúde, segundo Unidade da Federação de residência, no triênio de 2022 a 2024



Controle do câncer do colo do útero no Brasil: dados e números 2026

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2025), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil, 2024b) e Siscan (Brasil, 2025e).

Nota: a cobertura não foi calculada para as UF com percentual de implantação do Siscan abaixo de 90%.

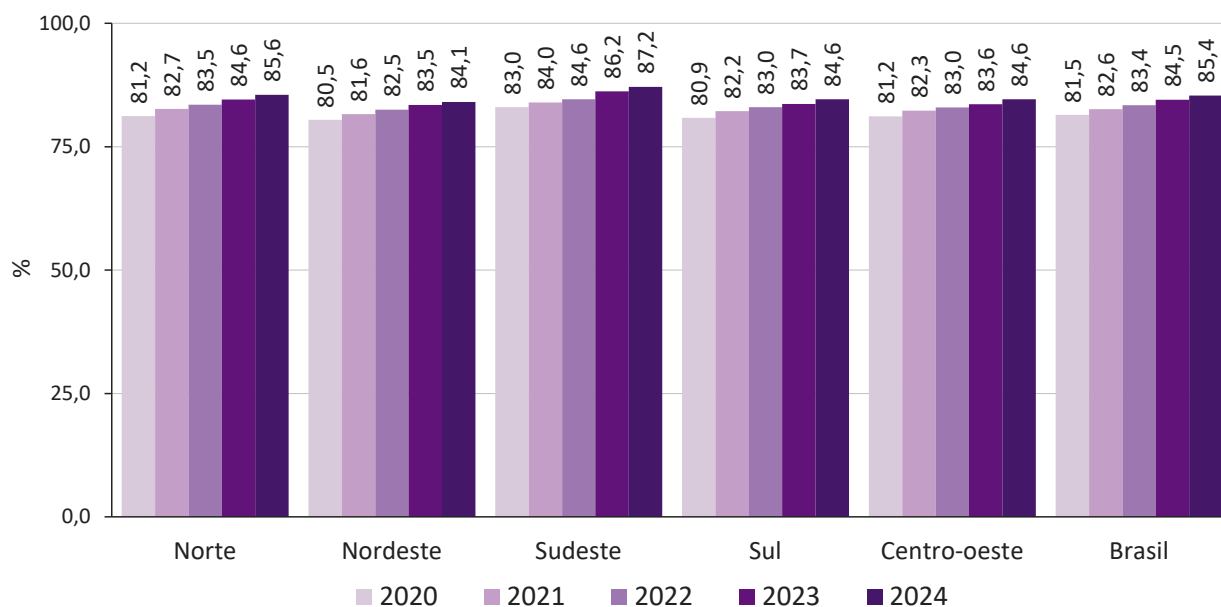
Como o Siscan é restrito ao SUS, considerou-se apenas o percentual da população feminina usuária exclusivamente do SUS, ou seja, sem planos de saúde privados. Para tanto, subtraiu-se da população feminina o número estimado de beneficiárias de planos de saúde privados para cada UF, conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Em razão da indisponibilidade de dados específicos para a faixa etária de 25 a 64 anos no tabulador da ANS, adotou-se, para esse cálculo, a faixa etária mais próxima disponível, entre 20 e 69 anos. Dessa forma, em termos relativos, o percentual de beneficiárias variou de 11,3% na região Norte a 36,4% na Sudeste (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2025).

A cobertura de rastreamento no SUS, para o triênio de 2022 a 2024, foi de 31,1%, variando de 18,6% no Amapá a 50,1% no Espírito Santo. Apesar de não haver um padrão regional bem estabelecido, observam-se as maiores coberturas na região Sul e as menores na região Norte (Figura 12).

## Concentração de exames de rastreamento na população-alvo

A concentração de exames citopatológicos de rastreamento na faixa etária recomendada (de 25 a 64 anos) pode indicar a adesão às diretrizes nacionais por parte dos profissionais de saúde e da população. Entre o total de exames citopatológicos de rastreamento registrados no Siscan, o percentual desses exames realizado na faixa etária recomendada aumentou contínua e gradativamente no Brasil e em suas regiões entre 2020 e 2024, com patamares acima de 80% (Figura 13). Em 2024, mesmo com pequena redução no registro total de exames citopatológicos em relação ao ano de 2023, foi mantido o crescimento do percentual desses exames em todas as regiões, demonstrando o esforço no direcionamento adequado da oferta para a população-alvo do rastreamento.

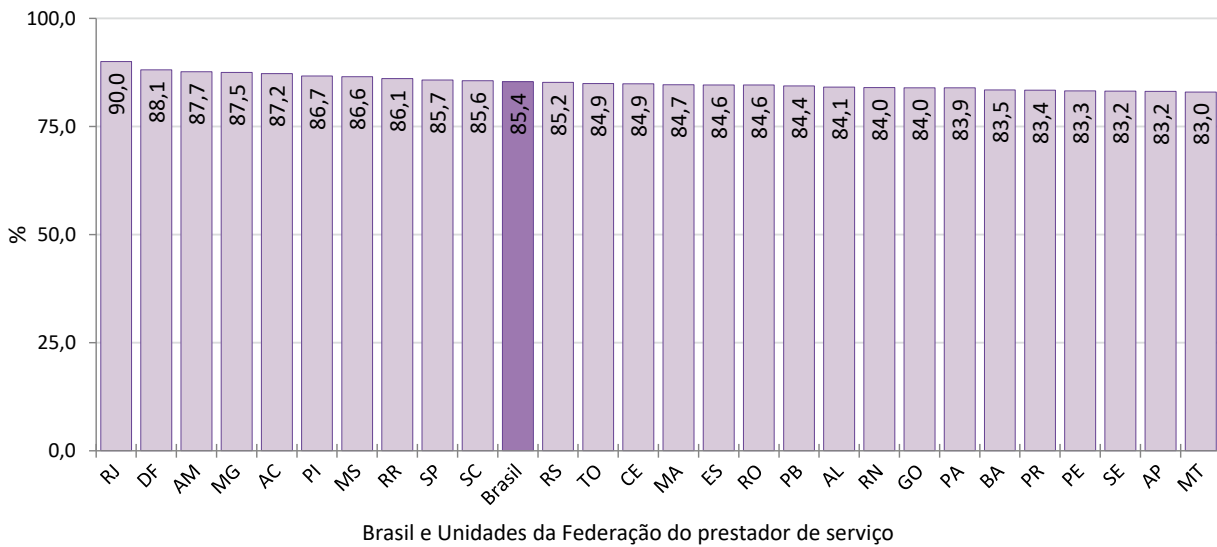
Figura 13. Percentual de exames citopatológicos de rastreamento do câncer do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos em relação ao total desses exames no Sistema Único de Saúde. Brasil e regiões, de 2020 a 2024



Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

Quanto ao percentual de exames citopatológicos de rastreamento realizados em mulheres de 25 a 64 anos em relação às UF, no ano de 2024, observa-se que houve variação de 83,0% no Mato Grosso a 90,0% no Rio de Janeiro (Figura 14). Em 17 UF, o percentual ficou abaixo do valor observado para o país (85,4%). Análises locais desse indicador, além de contribuírem para avaliar o grau de adesão às diretrizes, podem orientar esforços de educação continuada dos profissionais junto aos municípios e às unidades de saúde responsáveis pela coleta do exame, assim como esforços para sensibilizar e convidar a população elegível para participar do rastreamento.

Figura 14. Percentual de exames citopatológicos de rastreamento do câncer do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos em relação ao total desses exames no Sistema Único de Saúde. Unidades da Federação, 2024

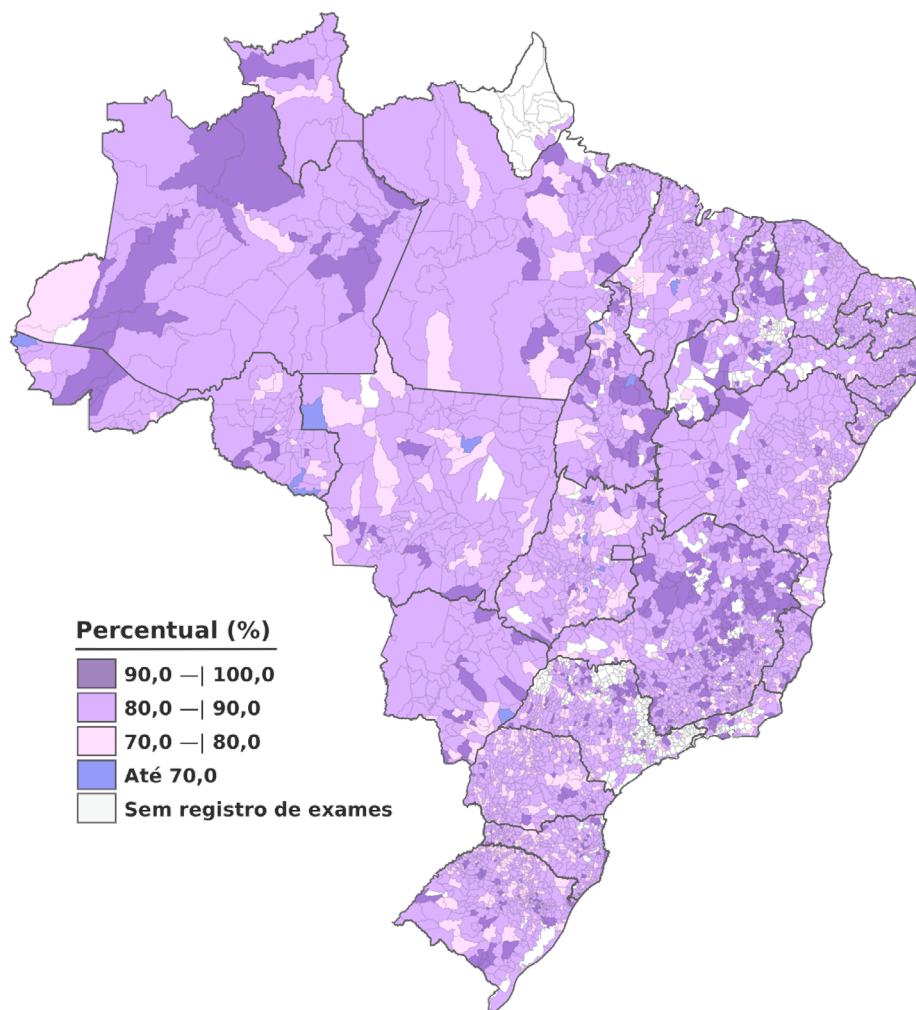


Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

Controle do câncer do colo do útero no Brasil: dados e números 2026

A Figura 15 apresenta o percentual de exames citopatológicos de rastreamento do câncer do colo do útero realizados no SUS na faixa etária alvo (de 25 a 64 anos) por município da unidade de saúde solicitante. Aproximadamente 86,0% dos 5.051 municípios com registro de solicitações de exames apresentaram percentual de exames citopatológicos de rastreamento na faixa etária alvo superior a 80%. Entre os municípios com percentuais abaixo de 70% (n = 20), nove estão localizados na região Centro-oeste. A ausência de registros desses exames em alguns municípios pode ser justificada pela ausência de oferta ou pelo equívoco no registro da unidade responsável pela coleta.

Figura 15. Representação espacial do percentual de exames citopatológicos de rastreamento do câncer do colo do útero realizados na faixa etária alvo (de 25 a 64 anos) em relação ao total desses exames no Sistema Único de Saúde, segundo município da unidade solicitante, 2024



Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

Nota: os municípios em branco no mapa são os que não registraram exames citopatológicos no Siscan em 2024.

## Exames de rastreamento de primeira vez

A proporção de exames de rastreamento de primeira vez realizados em mulheres de 25 a 64 anos no SUS em 2024 foi de 5,8%, variando de 3,4% em Santa Catarina a 13,0% no Amapá. As maiores proporções concentram-se na faixa etária de 25 a 29 anos, na qual se inicia o rastreamento. Em algumas localidades, a proporção de exames de primeira vez em mulheres com 65 anos ou mais mostrou valores superiores ao observado na faixa de 50 a 64 anos, o que pode refletir falhas na captação das mulheres durante o período em que estiveram na faixa etária alvo (Tabela 7). Os valores elevados de exames de rastreamento de primeira vez no Amapá e em Roraima, em todas as faixas etárias, podem estar relacionados a falhas de registro, uma vez que o Siscan busca a informação do último exame registrado no sistema para preenchimento dessa informação, mas, quando não há registro anterior, cabe ao profissional preencher o campo com a informação correta.

Tabela 7. Percentual de exames citopatológicos do colo do útero de primeira vez realizados no Sistema Único de Saúde, segundo faixa etária. Brasil, região e Unidade da Federação de residência, 2024

Região/UF	25-64 anos		25-29 anos		30-49 anos		50-64 anos		65 anos ou mais	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<b>Norte</b>	<b>587.555</b>	<b>8,8</b>	<b>91.211</b>	<b>19,5</b>	<b>352.230</b>	<b>7,4</b>	<b>144.114</b>	<b>5,3</b>	<b>354.246</b>	<b>4,2</b>
Acre	39.600	5,8	5.938	15,0	24.214	4,7	9.448	2,8	1.669	7,4
Amapá	13.706	13,0	2.375	25,1	8.305	11,3	3.026	8,1	9752	6,9
Amazonas	203.775	9,0	33.966	19,5	124.246	7,3	45.563	6,1	855	5,0
Pará	240.193	9,3	36.472	20,0	143.169	8,2	60.552	5,5	309	8,7
Rondônia	43.855	6,9	5.761	16,4	24.995	6,2	13.099	4,2	18.441	7,2
Roraima	12.162	11,7	2.205	21,9	7.445	10,1	2.512	7,4	3718	8,9
Tocantins	34.264	6,7	4.494	20,9	19.856	5,3	9.914	2,9	509	13,2
<b>Nordeste</b>	<b>1.809.640</b>	<b>6,0</b>	<b>231.841</b>	<b>13,4</b>	<b>1.032.905</b>	<b>5,3</b>	<b>544.894</b>	<b>4,1</b>	<b>1.629</b>	<b>3,7</b>
Alagoas	139.423	5,8	19.882	12,0	79.031	5,1	40.510	4,2	19.821	3,6
Bahia	466.244	5,8	56.801	13,3	263.083	5,2	146.360	3,9	2.899	3,8
Ceará	289.376	6,4	38.534	14,6	167.673	5,7	83.169	4,2	3.830	13,7
Maranhão	185.624	10,0	24.830	20,4	110.333	9,1	50.461	6,6	96.331	5,4
Paraíba	149.971	4,2	18.269	10,5	86.223	3,7	45.479	2,8	5.099	4,5
Pernambuco	325.943	4,3	41.827	10,4	181.198	3,8	102.918	2,9	8.234	4,0
Piauí	78.386	9,1	9.151	17,4	45.405	8,1	23.830	8,0	8.397	8,8
Rio Grande do Norte	100.123	5,0	12.320	12,1	57.394	4,2	30.409	3,5	14.029	5,7
Sergipe	74.550	4,4	10.227	10,7	42.565	3,7	21.758	2,9	6.589	5,7
<b>Sudeste</b>	<b>2.033.251</b>	<b>5,8</b>	<b>233.725</b>	<b>15,5</b>	<b>1.063.828</b>	<b>5,0</b>	<b>735.698</b>	<b>3,8</b>	<b>27.433</b>	<b>4,9</b>
Espírito Santo	177.217	3,5	19.246	10,9	94.019	3,1	63.952	1,8	42.280	3,3
Minas Gerais	736.873	4,7	83.310	14,6	388.107	4,0	265.456	2,6	124.393	4,0
Rio de Janeiro	404.150	11,2	51.897	24,1	207.462	9,8	144.791	8,7	12.847	2,4
São Paulo	715.011	4,4	79.272	11,8	374.240	4,0	261.499	2,8	18.723	6,8
<b>Sul</b>	<b>1.278.837</b>	<b>3,9</b>	<b>153.508</b>	<b>11,4</b>	<b>660.102</b>	<b>3,4</b>	<b>465.227</b>	<b>2,2</b>	<b>50.543</b>	<b>3,9</b>
Paraná	485.568	3,9	59.502	10,9	248.399	3,4	177.667	2,2	91.443	2,6
Rio Grande do Sul	432.588	4,4	48.126	13,1	218.674	3,9	165.788	2,5	20.763	2,1
Santa Catarina	360.681	3,4	45.880	10,3	193.029	2,9	121.772	1,7	37.302	2,6
<b>Centro-oeste</b>	<b>437.184</b>	<b>6,1</b>	<b>55.458</b>	<b>15,3</b>	<b>244.516</b>	<b>5,4</b>	<b>137.210</b>	<b>3,7</b>	<b>33.378</b>	<b>2,9</b>
Distrito Federal	49.746	7,8	5.676	20,7	27.763	7,0	16.307	4,7	10.177	5,1
Goiás	163.710	6,4	18.950	15,6	91.057	5,8	53.703	4,1	7.491	4,1
Mato Grosso	134.006	5,9	17.754	14,0	75.647	5,4	40.605	3,3	4.060	2,8
Mato Grosso do Sul	89.722	5,0	13.078	14,2	50.049	3,8	26.595	2,8	23.638	4,6
<b>Brasil</b>	<b>6.146.467</b>	<b>5,8</b>	<b>765.743</b>	<b>14,5</b>	<b>3.353.581</b>	<b>5,1</b>	<b>2.027.143</b>	<b>3,6</b>	<b>354.246</b>	<b>4,2</b>

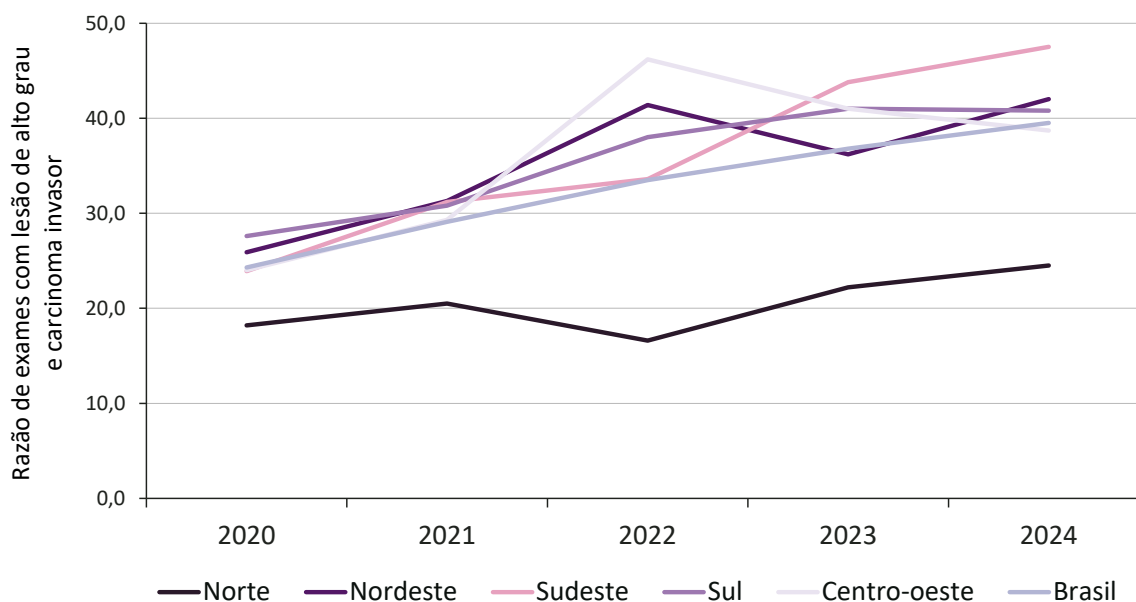
Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).  
Legenda: UF - Unidade da Federação.

## Razão entre lesões de alto grau e carcinoma invasor

A razão entre lesões de alto grau e carcinoma invasor é um indicador importante na avaliação da progressão e da efetividade dos programas de rastreamento do câncer do colo do útero. Uma alta proporção de lesões de alto grau em relação ao carcinoma invasor pode indicar que a maioria das lesões identificadas está em estágios precoces, permitindo intervenções antes que se tornem invasivas. Programas de rastreamento eficientes devem identificar lesões de alto grau antes que elas se transformem em carcinoma invasor.

Na análise desse indicador, no período de 2020 a 2024, observa-se, a partir de 2021, aumento em todas as regiões, exceto na região Norte, onde se observou crescimento mais lento e oscilante ao longo do período. A região Sudeste apresentou crescimento contínuo, enquanto a região Centro-oeste manteve o padrão de queda iniciado em 2022 (Figura 16).

Figura 16. Razão de exames com lesão de alto grau e carcinoma invasor do colo do útero em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos no Sistema Único de Saúde. Brasil e regiões, de 2020 a 2024



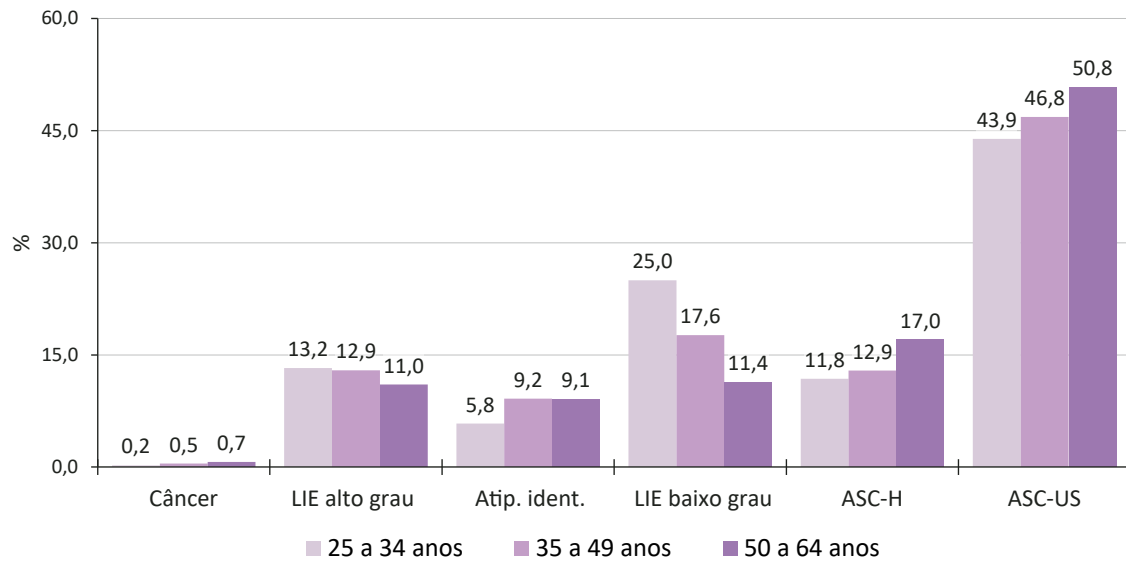
Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

## Distribuição das alterações citopatológicas

No Brasil, em 2024, aproximadamente 6,1 milhões de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos foram rastreadas no SUS, e, dessas, 3,1% apresentaram alteração no exame citopatológico.

A principal lesão identificada em todas as idades foi de células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US), variando de 43,9%, nas mulheres até 34 anos, a 50,8%, entre as mulheres mais velhas (de 50 a 64 anos). Nas faixas etárias de 25 a 34 anos e de 35 a 49 anos, a segunda alteração mais prevalente entre as mulheres foi a lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL), representando 25,0% e 17,6%, respectivamente. Nas mulheres com 50 anos ou mais, 17,0% tiveram como resultado lesão suspeita de células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H). O percentual de casos com suspeita de câncer identificados no rastreamento foi de 0,2% nas mulheres mais jovens e aumentou com o avançar da idade (0,7% entre mulheres com mais de 50 anos) (Figura 17).

Figura 17. Distribuição percentual das alterações identificadas na população rastreada (de 25 a 64 anos) no Sistema Único de Saúde, segundo faixa etária. Brasil, 2024

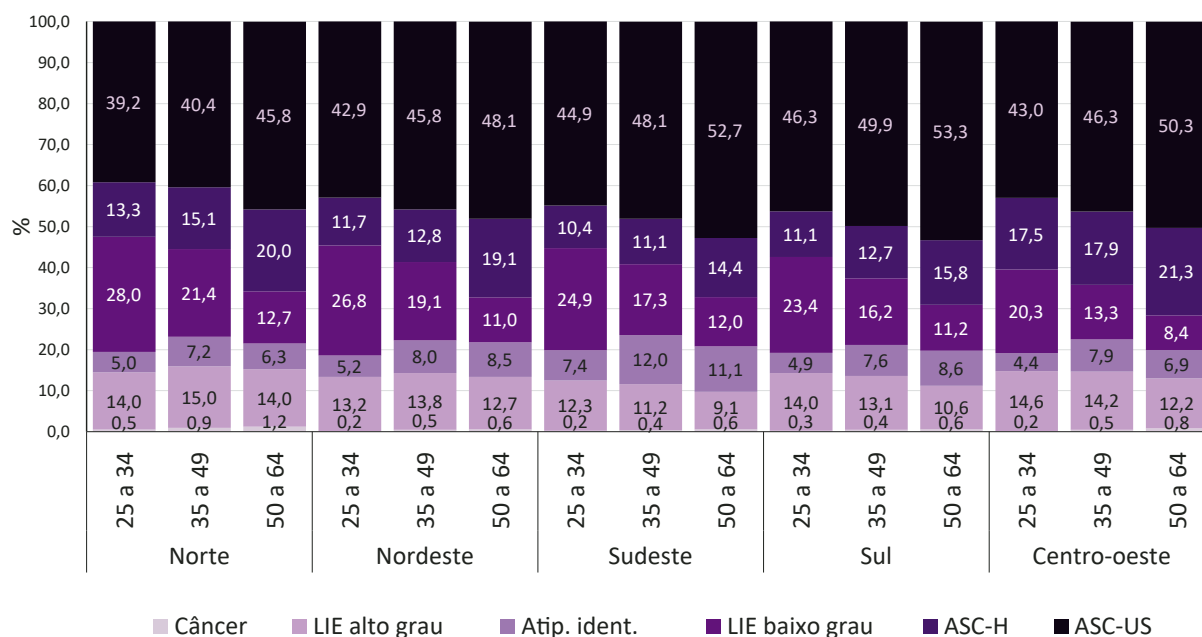


Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

Legenda: ASC-H - células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode afastar lesão de alto grau; ASC-US - células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas; Atip. ident. - atípicas de significado indeterminado glandulares e de origem indefinida; LIE alto grau - lesão intraepitelial de alto grau; LIE baixo grau - lesão intraepitelial de baixo grau.

Em relação aos grupos etários, não se observaram diferenças na distribuição percentual das lesões identificadas no rastreamento entre as regiões em comparação com o padrão observado para o país. A região Norte apresentou o maior percentual de casos suspeitos de câncer do colo do útero entre as mulheres rastreadas, com 1,2% para aquelas com 50 anos ou mais e 0,5% entre as mulheres rastreadas com menos de 35 anos, percentual esse 2,5 vezes maior do que o observado para o país (0,2%). O percentual de lesão de alto grau variou de 9,1%, para as mulheres entre 50 e 64 anos da região Sudeste, a 15,0%, para as mulheres de 35 a 49 anos da região Norte. A região Sul apresentou o maior percentual de ASC-US para todas as idades (maior que 46%) em relação às demais regiões (Figura 18).

Figura 18. Distribuição percentual das alterações identificadas na população rastreada (de 25 a 64 anos) no Sistema Único de Saúde, segundo faixa etária e região, 2024



Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

Legenda: ASC-H - células escamosas atípicas de significado indeterminado, quando não se pode afastar lesão de alto grau; ASC-US - células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas; Atip. ident. - atípicas de significado indeterminado glandulares e de origem indefinida; LIE alto grau - lesão intraepitelial de alto grau; LIE baixo grau - lesão intraepitelial de baixo grau.

Na Tabela 8, observa-se que, em todas as UF, o maior percentual de intervalo de tempo entre a coleta do material do exame citopatológico do colo do útero e o recebimento pelo laboratório foi de até dez dias. Amapá foi a UF com a maior agilidade no recebimento do exame no laboratório (98,2% em até 10 dias). Nas outras UF, esse percentual variou de 36,3%, em Sergipe, a 86,7%, em Roraima. Entretanto, cabe ressaltar que quatro UF apresentaram percentual elevado de intervalo de tempo maior que 30 dias: Sergipe (26,1%), Acre (22,6%), Rondônia (19,9%) e Amazonas (19,6%). Atraso significativo entre a coleta e o recebimento pode indicar problemas logísticos ou operacionais que precisam ser abordados para melhorar a eficiência do processo.

Tabela 8. Intervalo de tempo entre a coleta do material do exame citopatológico do colo do útero realizado no Sistema Único de Saúde e o recebimento pelo laboratório. Brasil, região e Unidade da Federação da unidade de saúde, 2024

Região/UF	Total	0-10 dias (%)	11-20 dias (%)	21-30 dias (%)	> 30 dias (%)
<b>Norte</b>	<b>725.594</b>	<b>56,2</b>	<b>19,5</b>	<b>9,3</b>	<b>15,0</b>
Acre	46.751	59,1	14,4	3,9	22,6
Amapá	16.279	98,2	0,9	0,4	0,5
Amazonas	247.184	52,5	17,1	10,8	19,6
Pará	304.988	56,8	22,0	9,7	11,5
Rondônia	55.991	43,1	26,9	10,0	19,9
Roraima	12.345	86,7	8,1	2,2	3,0
Tocantins	42.056	63,4	22,0	7,9	6,7
<b>Nordeste</b>	<b>2.284.889</b>	<b>57,4</b>	<b>22,5</b>	<b>9,8</b>	<b>10,3</b>
Alagoas	176.034	57,2	26,9	9,8	6,1
Bahia	586.197	55,1	23,6	10,3	11,0
Ceará	362.325	51,1	25,5	11,6	11,7
Maranhão	233.391	63,1	18,5	8,6	9,8
Paraíba	184.173	64,3	23,9	7,0	4,9
Pernambuco	412.170	64,9	18,0	7,9	9,2
Piauí	111.457	66,0	16,5	9,1	8,4
Rio Grande do Norte	124.039	49,2	27,9	11,6	11,3
Sergipe	95.103	36,3	21,8	15,8	26,1
<b>Sudeste</b>	<b>2.524.783</b>	<b>54,9</b>	<b>23,8</b>	<b>8,3</b>	<b>8,6</b>
Espírito Santo	219.526	46,6	33,8	11,9	7,7
Minas Gerais	894.193	51,7	25,0	10,1	13,1
Rio de Janeiro	524.026	72,4	19,7	4,4	3,5
São Paulo	886.638	62,5	22,5	7,9	7,1
<b>Sul</b>	<b>2.134.890</b>	<b>61,5</b>	<b>23,6</b>	<b>8,3</b>	<b>6,6</b>
Paraná	613.968	63,9	22,4	7,5	6,1
Rio Grande do Sul	534.986	54,0	27,5	10,0	8,5
Santa Catarina	442.226	70,5	19,0	6,4	4,0
<b>Centro-oeste</b>	<b>543.710</b>	<b>58,8</b>	<b>24,8</b>	<b>9,3</b>	<b>7,2</b>
Distrito Federal	61.931	68,4	22,6	5,6	3,4
Goiás	203.334	57,9	22,2	10,7	9,2
Mato Grosso	169.431	52,9	27,2	10,5	9,3
Mato Grosso do Sul	109.014	64,2	26,9	6,6	2,3
<b>Brasil</b>	<b>7.669.756</b>	<b>59,1</b>	<b>22,9</b>	<b>8,9</b>	<b>9,1</b>

Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

Legenda: UF - Unidade da Federação.

## QUALIDADE DO EXAME CITOPATOLÓGICO

Para que o rastreamento do câncer do colo do útero seja efetivo, é necessário que o exame citopatológico tenha qualidade. A Portaria n.º 3.388/2013 (Brasil, 2013) redefiniu a Qualificação Nacional em Citopatologia (QualiCito) na prevenção do câncer do colo do útero e estabeleceu os seguintes indicadores para monitoramento, cujos dados são obtidos a partir do Siscan:

- I. Índice de positividade, classificado de acordo com os seguintes intervalos: inaceitável (abaixo de 2,0%), necessitando de aprimoramento (entre 2,0% e 2,9%), aceitável (entre 3,0% e 10%), avaliação de perfil (acima de 10%, geralmente encontrado em instituições de referência para o tratamento de lesões precursoras e câncer).
- II. Percentual de células escamosas atípicas (ASC) de significado indeterminado entre os exames satisfatórios (ASC/satisfatórios). Indica a proporção de exames classificados nessa categoria de dúvida diagnóstica. Sugere-se como parâmetro que não ultrapasse 5%.
- III. Percentual de ASC entre os exames alterados (ASC/alterados). Indica a proporção de exames alterados classificados nessa categoria de dúvida diagnóstica. Considera-se como critério de análise de qualidade dos laboratórios de citopatologia que o percentual seja inferior a 60%.
- IV. Razão entre ASC e lesão intraepitelial escamosa (SIL) (ASC/SIL). Indica a capacidade de identificar SIL em relação aos resultados de dúvida diagnóstica (ASC). Recomenda-se que a relação ASC/SIL não seja superior a três.
- V. Percentual de HSIL. O Ministério da Saúde estabeleceu o parâmetro de maior que ou igual a 0,4%.
- VI. Percentual de exames insatisfatórios. Reflete a qualidade da coleta do material para o exame citopatológico. O padrão estabelecido como aceitável é menor que 5%.
- VII. Tempo médio de liberação dos exames. Considera os dias transcorridos entre a entrada dos materiais no laboratório e a liberação dos laudos. Esse período não deve ultrapassar o limite de 30 dias a partir da entrada do material no laboratório.

Além desses, outros indicadores também podem contribuir para a análise da qualidade do exame, como a representatividade do epitélio e o tempo transcorrido entre a coleta do exame e a entrega no laboratório.

A adequabilidade da amostra do exame citopatológico pode ser classificada em rejeitada, insatisfatória e satisfatória. Amostras rejeitadas são aquelas que não estão em conformidade com os critérios mínimos necessários para a realização da análise (dados ilegíveis, lâminas quebradas etc.). As insatisfatórias são aquelas que apresentam, por exemplo, material acelular ou hipocelular (menos de 10% da superfície da lâmina recobertos por células escamosas) e fatores de obscurecimento que prejudiquem a interpretação de mais de 75% das células (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016c). Nas duas situações, o exame é inadequado para análise, necessitando que a mulher seja submetida a uma nova coleta de exame.

Na Tabela 9, observa-se que todas as UF tiveram percentual de exames citopatológicos insatisfatórios inferior a 5%, conforme parâmetro estabelecido (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016c).

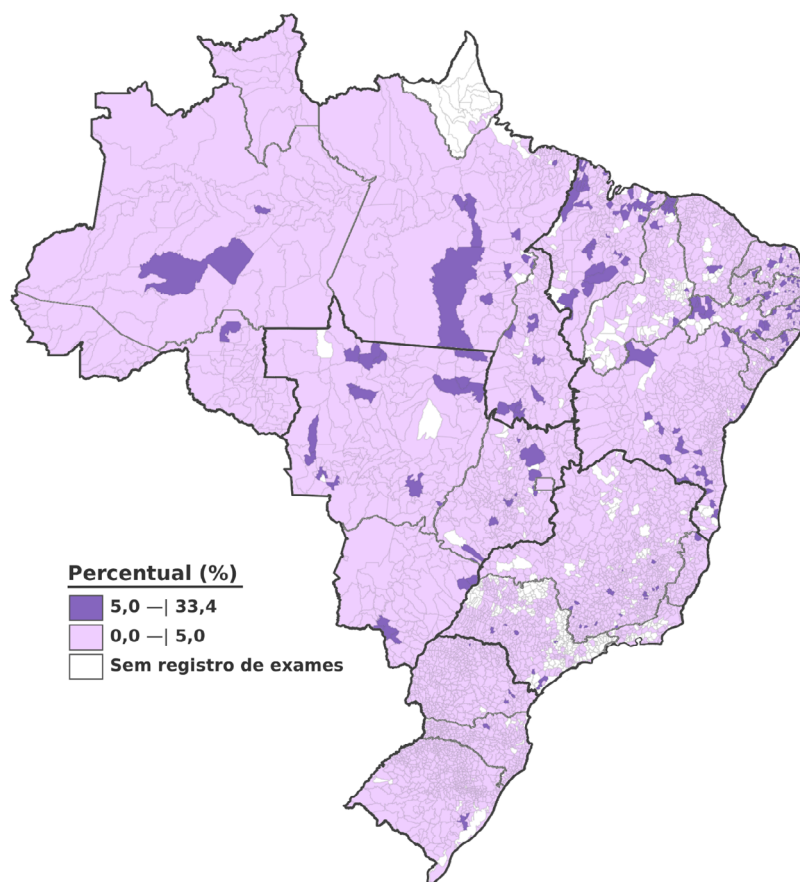
Tabela 9. Número e percentual de exames citopatológicos realizados no Sistema Único de Saúde, segundo adequabilidade da amostra. Brasil, região e Unidade da Federação da unidade de saúde responsável pela coleta, 2024

Região/UF	Rejeitada		Satisfatória		Insatisfatória		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
<b>Norte</b>	<b>6.517</b>	<b>0,9</b>	<b>709.894</b>	<b>97,8</b>	<b>9.183</b>	<b>1,3</b>	<b>725.594</b>
Acre	93	0,2	46.510	99,5	148	0,3	46.751
Amapá	0	0,0	16.279	100,0	0	0,0	16.279
Amazonas	310	0,1	242.944	98,3	3.930	1,6	247.184
Pará	5.813	1,9	295.847	97,0	3.328	1,1	304.988
Rondônia	246	0,4	55.399	98,9	346	0,6	55.991
Roraima	4	0,0	12.323	99,8	18	0,1	12.345
Tocantins	51	0,1	40.592	96,5	1.413	3,4	42.056
<b>Nordeste</b>	<b>4.630</b>	<b>0,2</b>	<b>2.245.801</b>	<b>98,3</b>	<b>34.458</b>	<b>1,5</b>	<b>2.284.889</b>
Alagoas	530	0,3	172.809	98,2	2.695	1,5	176.034
Bahia	1.197	0,2	576.686	98,4	8.314	1,4	586.197
Ceará	442	0,1	360.463	99,5	1.420	0,4	362.325
Maranhão	729	0,3	228.546	97,9	4.116	1,8	233.391
Paraíba	216	0,1	180.035	97,8	3.922	2,1	184.173
Pernambuco	1.239	0,3	401.030	97,3	9.901	2,4	412.170
Piauí	100	0,1	109.131	97,9	2.226	2,0	111.457
Rio Grande do Norte	64	0,1	122.306	98,6	1.669	1,3	124.039
Sergipe	113	0,1	94.795	99,7	195	0,2	95.103
<b>Sudeste</b>	<b>3.421</b>	<b>0,1</b>	<b>2.501.629</b>	<b>99,1</b>	<b>19.333</b>	<b>0,8</b>	<b>2.524.383</b>
Espírito Santo	303	0,1	218.466	99,5	757	0,3	219.526
Minas Gerais	1.930	0,2	883.821	98,8	8.442	0,9	894.193
Rio de Janeiro	323	0,1	520.950	99,4	2.753	0,5	524.026
São Paulo	865	0,1	878.392	99,1	7.381	0,8	886.638
<b>Sul</b>	<b>2.396</b>	<b>0,2</b>	<b>1.581.251</b>	<b>99,4</b>	<b>7.533</b>	<b>0,5</b>	<b>1.591.180</b>
Paraná	1.265	0,2	609.726	99,3	2.977	0,5	613.968
Rio Grande do Sul	951	0,2	531.710	99,4	2.325	0,4	534.986
Santa Catarina	180	0,0	439.815	99,5	2.231	0,5	442.226
<b>Centro-oeste</b>	<b>1.381</b>	<b>0,3</b>	<b>534.107</b>	<b>98,2</b>	<b>8.222</b>	<b>1,5</b>	<b>543.710</b>
Distrito Federal	125	0,2	60.857	98,3	949	1,5	61.931
Goiás	835	0,4	199.236	98,0	3.263	1,6	203.334
Mato Grosso	144	0,1	166.617	98,3	2.670	1,6	169.431
Mato Grosso do Sul	277	0,3	107.397	98,5	1.340	1,2	109.014
<b>Brasil</b>	<b>18.345</b>	<b>0,2</b>	<b>7.572.682</b>	<b>98,7</b>	<b>78.729</b>	<b>1,0</b>	<b>7.669.756</b>

Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).  
Legenda: UF - Unidade da Federação.

Na análise dos 5.570 municípios (incluindo Brasília e Fernando de Noronha), constatou-se que 5.056 (90,8%) registraram exames citopatológicos no Siscan no ano de 2024. Entre esses, 252 municípios (5,0%) apresentaram percentual de amostras insatisfatórias acima do limite aceitável (maior do que 5%), e 51 ultrapassaram o patamar de 10%. Quando distribuídos por UF, destacam-se Pernambuco (37 municípios), Maranhão (35) e Paraíba (26) como os estados com maior número de municípios com mais de 5% de amostras insatisfatórias (Figura 19).

Figura 19. Representação espacial do percentual de exames citopatológicos insatisfatórios no Sistema Único de Saúde, segundo município da unidade de saúde responsável pela coleta. Brasil, 2024



Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

Notas: 1 – os municípios em branco no mapa são os que não apresentaram registro de realização de exames citopatológicos em 2024; 2 – parâmetro estabelecido pela QualiCito inferior a 5% (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016c).

Por outro lado, as UF com maior quantidade de municípios sem registro de exames no Siscan são São Paulo (223), Minas Gerais (60) e Piauí (54). É importante destacar que São Paulo e Piauí ainda não alcançaram 90% de implantação do Siscan em seus territórios. O Amapá, por sua vez, chama atenção por ter apenas dois municípios (Macapá e Santana) com exames registrados, ambos dentro do parâmetro aceitável de insatisfatórios (Figura 19).

O percentual de amostras com representatividade do epitélio é um indicador importante para avaliar a qualidade da coleta de material em programas de rastreamento do câncer do colo do útero que utilizam como método o exame citopatológico. Um percentual elevado indica que a maior parte das amostras contém o material necessário para uma avaliação mais precisa. O epitélio cervical é o tecido essencial a ser examinado para identificar possíveis alterações. Se a amostra não contiver epitélio suficiente, o exame pode não detectar essas alterações, resultando em diagnósticos falsos-negativos. Esse indicador também avalia a eficiência das técnicas de coleta e a qualidade das amostras obtidas e pode sinalizar a necessidade de melhorias nos procedimentos e no treinamento dos profissionais envolvidos. Ressalta-se que esse indicador é influenciado pela idade das mulheres examinadas. Mulheres na peri ou pós-menopausa têm maior probabilidade de apresentar mucosa vaginal atrófica, interferindo na coleta de uma amostra com representatividade da zona de transformação. Os dados da Tabela 10 indicam uma ampla variação no percentual de representatividade do epitélio nas amostras dos exames.

Tabela 10. Número e percentual de representatividade do epitélio nas amostras dos exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos, no Sistema Único de Saúde. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2024

Região/UF	25-64 anos		Menos de 50 anos		50 anos ou mais	
	Exames satisfatórios	% de representatividade	Exames satisfatórios	% de representatividade	Exames satisfatórios	% de representatividade
<b>Norte</b>	<b>607.766</b>	<b>59,1</b>	<b>458.725</b>	<b>61,1</b>	<b>149.050</b>	<b>53,0</b>
Acre	40.589	66,2	30.776	67,7	9.813	61,5
Amapá	13.535	22,4	10.509	23,1	3.026	19,9
Amazonas	213.046	61,3	165.744	62,8	47.310	56,1
Pará	248.537	58,8	185.874	61,0	62.664	52,4
Rondônia	46.899	51,7	32.933	56,2	13.966	41,0
Roraima	10.614	69,2	8.298	70,7	2.316	64,0
Tocantins	34.546	60,4	24.591	61,7	9.955	57,2
<b>Nordeste</b>	<b>1.889.830</b>	<b>51,9</b>	<b>1.321.594</b>	<b>56,1</b>	<b>569.954</b>	<b>42,4</b>
Alagoas	145.431	60,8	103.532	65,0	42.357	50,4
Bahia	481.786	50,6	330.471	55,8	151.320	39,4
Ceará	306.314	56,4	217.779	59,4	88.628	49,1
Maranhão	193.578	52,9	142.018	55,5	52.480	45,9
Paraíba	151.980	53,0	105.655	58,7	46.554	39,8
Pernambuco	334.291	44,8	228.709	49,7	105.595	34,3
Piauí	94.671	44,1	66.009	44,6	28.662	43,0
Rio Grande do Norte	102.824	57,1	71.584	60,7	31.240	48,9
Sergipe	78.955	55,0	55.837	58,6	23.118	46,5
<b>Sudeste</b>	<b>2.181.225</b>	<b>56,1</b>	<b>1.395.766</b>	<b>61,6</b>	<b>785.509</b>	<b>46,3</b>
Espírito Santo	185.005	64,7	118.765	68,6	66.240	57,9
Minas Gerais	773.720	58,4	496.012	63,8	277.758	48,7
Rio de Janeiro	469.290	53,3	301.664	58,7	167.626	43,6
São Paulo	753.210	53,3	479.325	59,4	273.885	42,7
<b>Sul</b>	<b>1.339.872</b>	<b>63,2</b>	<b>855.646</b>	<b>69,6</b>	<b>484.226</b>	<b>51,9</b>
Paraná	508.962	58,6	324.155	65,7	184.807	46,2
Rio Grande do Sul	453.600	63,4	279.979	69,3	173.621	53,9
Santa Catarina	377.310	69,2	251.512	75,1	125.798	57,5
<b>Centro-oeste</b>	<b>451.516</b>	<b>59,0</b>	<b>309.632</b>	<b>62,6</b>	<b>141.909</b>	<b>51,2</b>
Distrito Federal	53.707	74,6	36.230	77,8	17.477	68,0
Goiás	168.040	56,3	112.529	59,5	55.536	49,9
Mato Grosso	138.393	59,4	96.568	62,9	41.825	51,1
Mato Grosso do Sul	91.376	54,4	64.305	59,0	27.071	43,4
<b>Brasil</b>	<b>6.470.209</b>	<b>56,8</b>	<b>4.341.363</b>	<b>61,5</b>	<b>2.130.648</b>	<b>47,3</b>

Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

Legenda: UF - Unidade da Federação.

Na faixa etária de 25 a 64 anos, o Amapá apresentou o percentual mais baixo, com 22,4%, enquanto o Distrito Federal registrou o maior, alcançando 74,6%. Entre as mulheres mais jovens, que têm condições mais favoráveis para coleta adequada, Distrito Federal (77,8%) e Santa Catarina (75,1%) lideraram; em contrapartida, Amapá (23,1%), Piauí (44,6%) e Pernambuco (49,7%) ficaram com os menores percentuais. Já no grupo de mulheres com 50 anos ou mais, Distrito Federal (68,0%), Roraima (64,0%) e Acre (61,5%) apresentaram os maiores percentuais de representatividade do epitélio nas amostras dos exames (Tabela 10).

A análise dos indicadores de percentual de amostras insatisfatórias e de representatividade do epitélio também pode ser realizada segundo as unidades de saúde que requisitam o exame, permitindo identificar as necessidades de treinamento para planejar as capacitações dos profissionais envolvidos na coleta do exame.

O índice de positividade reflete a capacidade de identificar alterações celulares significativas, como lesões de alto grau. Percentuais elevados podem indicar que o programa de rastreamento está identificando efetivamente casos positivos para a detecção precoce do câncer do colo do útero. Monitorar esse índice permite avaliar a necessidade de medidas de controle de qualidade, para garantir a consistência na precisão dos diagnósticos. Com a vacina contra o HPV, espera-se que, no futuro, haja um menor percentual de resultados positivos nos exames de rastreamento para o câncer do colo do útero. Entretanto, a análise desse indicador ainda permite avaliar áreas com alta ou baixa taxa de positividade e, dessa forma, identificar as localidades que necessitam de intervenções.

Na Tabela 11, é possível verificar que o Amapá manteve-se dentro do intervalo considerado inaceitável (abaixo de 2,0%) durante todo o período analisado. Destaque para Roraima, Tocantins e Distrito Federal, que apresentaram os maiores índices de positividade no período.

Tabela 11. Percentual de positividade nos exames citopatológicos realizados na faixa etária de 25 a 64 anos, no Sistema Único de Saúde. Brasil, regiões e Unidades da Federação, de 2020 a 2024

Região/UF	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Norte</b>	<b>4,5</b>	<b>4,2</b>	<b>3,9</b>	<b>3,8</b>	<b>3,8</b>
Acre	3,0	3,2	3,3	2,8	2,8
Amapá	1,9	1,3	1,1	0,8	0,4
Amazonas	3,6	3,8	3,1	3,1	2,9
Pará	4,2	3,9	4,3	4,1	3,9
Rondônia	1,6	2,2	2,8	2,7	2,5
Roraima	18,7	11,4	9,2	11,8	18,2
Tocantins	5,5	7,2	5,4	5,5	7,8
<b>Nordeste</b>	<b>2,6</b>	<b>2,8</b>	<b>2,9</b>	<b>2,8</b>	<b>2,7</b>
Alagoas	1,4	2,6	2,4	2,2	2,3
Bahia	3,0	2,7	2,9	3,2	2,8
Ceará	3,1	3,8	3,8	3,7	4,0
Maranhão	3,2	3,5	3,4	3,0	2,7
Paraíba	1,5	1,7	2,2	1,7	1,6
Pernambuco	2,2	2,1	1,9	2,1	2,2
Piauí	2,3	5,5	5,2	3,1	1,8
Rio Grande do Norte	4,2	3,2	3,1	3,0	3,5
Sergipe	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1
<b>Sudeste</b>	<b>3,2</b>	<b>3,0</b>	<b>2,8</b>	<b>3,3</b>	<b>3,6</b>
Espírito Santo	2,1	2,2	2,3	4,8	5,7
Minas Gerais	2,9	2,5	2,5	2,9	2,9
Rio de Janeiro	5,9	4,0	3,0	4,2	4,3
São Paulo	3,4	3,4	3,1	2,9	3,4
<b>Sul</b>	<b>3,6</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>
Paraná	3,5	3,5	3,0	3,1	3,1
Rio Grande do Sul	3,9	3,7	3,8	4,0	3,8
Santa Catarina	3,2	3,0	3,3	3,7	4,1
<b>Centro-oeste</b>	<b>3,7</b>	<b>4,0</b>	<b>4,5</b>	<b>4,7</b>	<b>4,5</b>
Distrito Federal	6,6	7,8	8,9	8,3	9,1
Goiás	2,9	3,5	4,6	4,7	4,4
Mato Grosso	3,1	3,3	3,7	3,9	3,8
Mato Grosso do Sul	4,3	3,6	2,9	3,4	3,3
<b>Brasil</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>	<b>3,4</b>

Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

Legenda: UF – Unidade da Federação.

A Tabela 12 apresenta o conjunto de indicadores definidos pela Portaria da QualiCito (Brasil, 2013) para monitoramento e avaliação da qualidade dos laboratórios de citopatologia para o câncer do colo do útero. Esses indicadores são fundamentais para garantir a precisão, a eficácia e a eficiência dos programas de rastreamento, pois ajudam a assegurar diagnósticos precisos, eficiência dos processos e melhoria contínua dos serviços de saúde.

Tabela 12. Indicadores de qualidade dos exames citopatológicos de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, em laboratórios do Sistema Único de Saúde. Brasil, região e Unidade da Federação do laboratório, 2024

Região/UF	Índice de positividade (%)	ASC/ satisfatórios (%)	ASC/ alterados (%)	Razão ASC/ SIL	HSIL/ satisfatórios (%)	% insatisfatórios	% liberados em até 30 dias
<b>Norte</b>	<b>3,8</b>	<b>2,2</b>	<b>57,1</b>	<b>1,6</b>	<b>0,5</b>	<b>1,3</b>	<b>61,2</b>
Acre	2,8	1,8	64,6	2,7	0,5	0,3	95,7
Amapá	0,4	0,2	55,8	1,3	0,1	0,0	61,9
Amazonas	2,9	1,6	54,9	1,3	0,4	1,6	48,9
Pará	3,9	2,1	52,6	1,5	0,5	1,1	65,7
Rondônia	2,5	1,2	48,8	1,0	0,7	0,6	64,9
Roraima	18,2	14,5	79,4	7,7	0,7	0,2	27,3
Tocantins	7,8	5,1	63,3	2,1	1,0	3,3	68,3
<b>Nordeste</b>	<b>2,7</b>	<b>1,6</b>	<b>60,0</b>	<b>1,9</b>	<b>0,4</b>	<b>1,5</b>	<b>77,2</b>
Alagoas	2,3	1,6	68,7	2,6	0,2	1,5	87,1
Bahia	2,8	1,7	57,8	1,7	0,4	1,4	79,6
Ceará	4,0	2,9	72,1	3,4	0,3	0,4	67,9
Maranhão	2,7	1,5	54,2	1,4	0,4	1,8	69,4
Paraíba	1,6	0,7	44,5	1,1	0,3	2,1	89,5
Pernambuco	2,2	1,2	52,3	1,3	0,4	2,3	75,7
Piauí	1,8	1,3	67,3	2,5	0,2	2,0	93,0
Rio Grande do Norte	3,5	1,8	52,3	1,3	0,4	1,3	77,5
Sergipe	2,1	1,2	55,7	1,7	0,4	0,2	63,0
<b>Sudeste</b>	<b>3,6</b>	<b>2,2</b>	<b>59,5</b>	<b>2,0</b>	<b>0,4</b>	<b>0,7</b>	<b>72,5</b>
Espírito Santo	5,7	3,1	53,8	2,2	0,6	0,3	75,1
Minas Gerais	2,9	1,6	55,8	1,5	0,4	0,9	82,2
Rio de Janeiro	4,3	2,7	63,8	2,5	0,4	0,5	62,1
São Paulo	3,4	2,1	61,6	2,2	0,4	0,8	68,3
<b>Sul</b>	<b>3,6</b>	<b>2,3</b>	<b>62,7</b>	<b>2,1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>	<b>83,3</b>
Paraná	3,1	1,8	58,2	1,7	0,5	0,5	83,3
Rio Grande do Sul	3,8	2,4	63,6	2,2	0,3	0,4	75,6
Santa Catarina	4,1	2,7	66,3	2,6	0,5	0,5	92,6
<b>Centro-oeste</b>	<b>4,5</b>	<b>3,0</b>	<b>65,8</b>	<b>2,5</b>	<b>0,6</b>	<b>1,5</b>	<b>76,0</b>
Distrito Federal	9,1	7,1	77,4	5,9	0,8	1,5	76,1
Goiás	4,4	2,8	63,7	2,1	0,6	1,6	76,8
Mato Grosso	3,8	2,5	65,2	2,2	0,5	1,5	80,1
Mato Grosso do Sul	3,3	1,8	53,6	1,8	0,4	1,2	70,8
<b>Brasil</b>	<b>3,4</b>	<b>2,1</b>	<b>60,6</b>	<b>2,0</b>	<b>0,4</b>	<b>1,0</b>	<b>75,3</b>

Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

Legenda: ASC - células escamosas atípicas; HSIL - lesão intraepitelial escamosa de alto grau; SIL - lesão intraepitelial escamosa; UF - Unidade da Federação.

O indicador de positividade, embora importante, deve ser analisado em conjunto com os demais indicadores que possibilitem avaliar outros aspectos relacionados à qualidade dos exames. Índices de positividade elevados acompanhados de percentuais elevados de resultados de ASC podem refletir dificuldade na identificação de lesões precursoras e necessidade de capacitação. Nesse contexto, o estado de Roraima e o Distrito Federal chamam atenção pela presença simultânea de altas taxas de positividade (18,2% e 9,1%, respectivamente) e de ASC acima de 70%, demonstrando problemas na classificação dos casos alterados (Tabela 12). A positividade também é influenciada pela representatividade do epitélio. No Amapá, a baixa representatividade epitelial (Tabela 10) pode ser a causa do índice de positividade excepcionalmente baixo.

O rastreamento do câncer do colo do útero baseia-se na história natural da doença e no reconhecimento de que ela evolui a partir de lesões precursoras que podem ser detectadas e tratadas adequadamente, impedindo a progressão para o câncer. As HSIL representam as lesões verdadeiramente precursoras do câncer do colo do útero, e, por isso, o monitoramento do indicador que mede a capacidade de sua detecção é de grande importância. No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu o parâmetro de maior que ou igual a 0,4%. Os estados de Amapá (0,1%), Alagoas (0,2%) e Piauí (0,2%) registram os menores percentuais, abaixo do parâmetro estabelecido (Tabela 12).

## Laboratórios de citopatologia do colo do útero

Em 2024, 961 laboratórios registraram exames citopatológicos no SIA/SUS, valor esse inferior ao número observado em 2023, de 982 laboratórios (Instituto Nacional de Câncer, 2025b). A região Nordeste apresentou redução de 27 laboratórios em relação ao ano anterior; já no Sudeste e no Norte, houve acréscimo de quatro e seis laboratórios, respectivamente. É importante destacar que, ao analisar os dados do SIA/SUS, é fundamental considerar a possibilidade de subnotificação ou inconsistências, especialmente em locais com alta terceirização de exames laboratoriais, uma vez que os dados registrados são limitados à produção registrada no SUS e não consideram os laboratórios terceirizados.

A QualiCito recomenda, como critério de qualidade, que os laboratórios realizem pelo menos 15 mil exames por ano, de modo a garantir a expertise dos profissionais. Na Tabela 13, observa-se que, no país, 30,8% dos laboratórios apresentaram menos de 1.500 exames no ano, e apenas 16,4% tinham produção superior a 15 mil exames.

A região Nordeste tem o maior número de laboratórios (361) e o menor percentual de estabelecimentos com produção acima de 15 mil exames por ano (9,1%). A região Sudeste concentra o maior número de laboratórios com produção superior a 15 mil exames (n = 66). No Distrito Federal, dos quatro laboratórios com registro de exames citopatológicos, apenas um registra mais de 15 mil exames por ano (Tabela 13).

Aproximadamente 45,0% dos laboratórios da região Norte apresentam produção inferior a 1.500 exames por ano, sinalizando uma pulverização dos exames entre pequenos laboratórios ou possível terceirização em unidades locais. Os estados do Pará, da Paraíba e do Piauí apresentam 50% ou mais dos seus laboratórios com produção abaixo de 1.500 exames por ano. Por outro lado, no Amazonas, 60,0% dos laboratórios apresentam produção dentro do critério recomendado (Tabela 13).

Tabela 13. Número e percentual de laboratórios com registro de exame citopatológico do colo do útero realizado no Sistema Único de Saúde, segundo produção. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2024

Região/UF	< 1.500 exames		1.500-5 mil exames		5 mil-15 mil exames		> 15 mil exames		Total
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
<b>Norte</b>	<b>47</b>	<b>44,8</b>	<b>26</b>	<b>24,8</b>	<b>21</b>	<b>20,0</b>	<b>11</b>	<b>10,5</b>	<b>105</b>
Acre	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2
Amapá	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2
Amazonas	4	40,0	0	0,0	0	0,0	6	60,0	10
Pará	41	53,9	19	25,0	13	17,1	3	3,9	76
Rondônia	1	12,5	4	50,0	2	25,0	1	12,5	8
Roraima	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1
Tocantins	1	16,7	2	33,3	3	50,0	0	0,0	6
<b>Nordeste</b>	<b>130</b>	<b>36,0</b>	<b>108</b>	<b>29,9</b>	<b>90</b>	<b>24,9</b>	<b>33</b>	<b>9,1</b>	<b>361</b>
Alagoas	14	36,8	10	26,3	13	34,2	1	2,6	38
Bahia	20	26,0	20	26,0	29	37,7	8	10,4	77
Ceará	10	37,0	7	25,9	4	14,8	6	22,2	27
Maranhão	4	12,5	18	56,3	8	25,0	2	6,3	32
Paraíba	26	56,5	11	23,9	7	15,2	2	4,3	46
Pernambuco	31	44,9	14	20,3	15	21,7	9	13,0	69
Piauí	13	50,0	8	30,8	3	11,5	2	7,7	26
Rio Grande do Norte	4	18,2	9	40,9	8	36,4	1	4,5	22
Sergipe	8	33,3	11	45,8	3	12,5	2	8,3	24
<b>Sudeste</b>	<b>64</b>	<b>23,2</b>	<b>67</b>	<b>24,3</b>	<b>79</b>	<b>28,6</b>	<b>66</b>	<b>23,9</b>	<b>276</b>
Espírito Santo	2	13,3	5	33,3	1	6,7	7	46,7	15
Minas Gerais	21	21,2	26	26,3	40	40,4	12	12,1	99
Rio de Janeiro	9	22,0	7	17,1	11	26,8	14	34,1	41
São Paulo	32	26,4	29	24,0	27	22,3	33	27,3	121
<b>Sul</b>	<b>32</b>	<b>20,9</b>	<b>37</b>	<b>24,2</b>	<b>50</b>	<b>32,7</b>	<b>34</b>	<b>22,2</b>	<b>153</b>
Paraná	7	15,2	5	10,9	20	43,5	14	30,4	46
Rio Grande do Sul	11	20,4	14	25,9	17	31,5	12	22,2	54
Santa Catarina	14	26,4	18	34,0	13	24,5	8	15,1	53
<b>Centro-oeste</b>	<b>23</b>	<b>34,8</b>	<b>20</b>	<b>30,3</b>	<b>9</b>	<b>13,6</b>	<b>14</b>	<b>21,2</b>	<b>66</b>
Distrito Federal	3	75,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	4
Goiás	11	34,4	11	34,4	4	12,5	6	18,8	32
Mato Grosso	9	39,1	9	39,1	1	4,3	4	17,4	23
Mato Grosso do Sul	0	0,0	0	0,0	4	57,1	3	42,9	7
<b>Brasil</b>	<b>296</b>	<b>30,8</b>	<b>258</b>	<b>26,8</b>	<b>249</b>	<b>25,9</b>	<b>158</b>	<b>16,4</b>	<b>961</b>

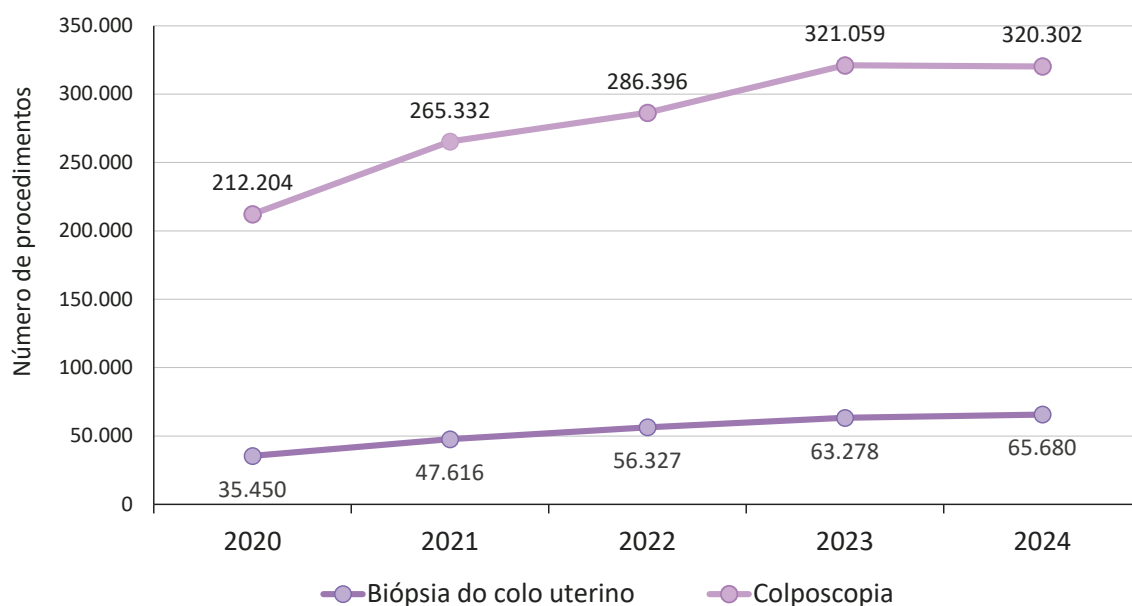
Fonte: SIA/SUS (Brasil, 2025e).  
Legenda: UF - Unidade da Federação.

## INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA E TRATAMENTO DA LESÃO PRECURSORA

De acordo com as *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*, mulheres com resultado suspeito no rastreamento necessitam realizar a investigação para esclarecimento do diagnóstico por meio da colposcopia e da biópsia. As mulheres com ASC-US ou lesão de baixo grau devem realizar novo exame citopatológico e seguem para colposcopia, caso persistam com alteração equivalente ou mais grave (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016a).

A produção de colposcopia nos últimos cinco anos apresentou um aumento regular após o ano pandêmico de 2020, alcançando 321 mil exames em 2023; entretanto, em 2024, houve pequena redução, não alcançando o quantitativo do ano anterior (-0,2%), nem o número registrado em 2019, antes da pandemia (Instituto Nacional de Câncer, 2025b). O registro de biópsias do colo uterino manteve aumento contínuo ao longo do período, superando 65,5 mil exames no ano de 2024, o que representa aumento de 4% em relação ao ano anterior (Figura 20).

Figura 20. Número de procedimentos de investigação diagnóstica para câncer do colo do útero (colposcopia e biópsia) realizados no Sistema Único de Saúde. Brasil, de 2020 a 2024



Fonte: SIA/SUS (Brasil, 2025f).

Nota: quantidade apresentada de colposcopia (código 02.110.400-29) e biópsia do colo uterino (código 02.010.106-66).

O registro dos procedimentos de colposcopia e biópsia entre as UF e as regiões do país foi bem heterogêneo. As regiões Nordeste e Centro-oeste apresentaram aumento no registro de colposcopia em 2024, e, em 14 UF, houve maior número desse procedimento em relação ao ano de 2023. Entretanto, vale destacar os estados do Amapá e de Roraima com importante redução, -63,6% e -87,8%, respectivamente. Quanto ao exame de biópsia, apenas as regiões Norte e Sul apresentaram número menor de procedimentos em 2024, e, entre as UF, 13 não conseguiram superar a produção registrada no ano anterior. Em quatro UF (Tocantins, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Distrito Federal), observou-se crescimento de 30% no registro de biópsias quando comparado ao ano de 2023 (Tabela 14).

Tabela 14. Número de procedimentos diagnósticos para câncer do colo do útero (colposcopia e biópsia) realizados no Sistema Único de Saúde por local de atendimento. Brasil, regiões e Unidades da Federação, de 2020 a 2024

Região/UF	Colposcopia					Biópsia do colo uterino				
	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Norte</b>	<b>9.340</b>	<b>12.455</b>	<b>14.170</b>	<b>18.486</b>	<b>17.515</b>	<b>2.896</b>	<b>3.574</b>	<b>4.568</b>	<b>4.727</b>	<b>4.541</b>
Acre	444	788	1.506	1.851	2.022	135	156	595	525	597
Amapá	953	1.020	1.344	1.452	528	77	357	436	281	147
Amazonas	1.946	2.411	2.936	3.314	2.226	1.030	938	1.150	1.496	1.288
Pará	3.958	5.303	5.780	9.430	9.537	1.240	1.391	1.744	1.946	2.002
Rondônia	1.254	1.534	1.208	1.622	2.081	142	322	307	303	298
Roraima	72	643	739	419	51	4	155	144	68	57
Tocantins	713	756	657	398	1.070	268	255	192	108	152
<b>Nordeste</b>	<b>61.891</b>	<b>84.468</b>	<b>98.888</b>	<b>117.271</b>	<b>118.814</b>	<b>7.980</b>	<b>12.470</b>	<b>16.623</b>	<b>18.493</b>	<b>19.712</b>
Alagoas	6.524	7.815	10.141	13.406	13.047	882	1.120	1.425	1.599	1.230
Bahia	17.590	25.813	29.292	36.239	36.504	2.576	4.552	6.104	6.053	7.505
Ceará	8.445	6.946	9.411	10.460	9.416	1.201	1.273	1.756	1.831	1.792
Maranhão	4.974	7.447	9.332	9.940	10.720	718	988	1.859	2.061	2.095
Paraíba	2.309	4.857	6.233	9.221	12.352	309	1.109	1.265	1.539	1.526
Pernambuco	15.614	23.511	24.410	26.356	25.683	1.589	2.079	2.426	3.105	3.263
Piauí	1.153	2.656	3.095	3.054	2.541	199	295	400	524	527
Rio Grande do Norte	1.452	1.692	1.975	1.990	1.704	257	277	378	334	285
Sergipe	3.830	3.731	4.999	6.605	6.847	249	777	1.010	1.447	1.489
<b>Sudeste</b>	<b>103.777</b>	<b>122.447</b>	<b>123.180</b>	<b>131.360</b>	<b>129.369</b>	<b>15.763</b>	<b>20.376</b>	<b>21.700</b>	<b>24.371</b>	<b>25.588</b>
Espírito Santo	1.514	1.215	1.593	6.377	3.440	399	342	375	1.000	1.484
Minas Gerais	17.639	20.988	22.421	24.887	29.247	3.464	4.681	5.029	5.742	6.245
Rio de Janeiro	4.586	6.167	7.390	12.992	16.944	905	1.339	1.736	2.440	3.188
São Paulo	80.038	94.077	91.776	87.104	79.738	10.995	14.014	14.560	15.189	14.671
<b>Sul</b>	<b>26.316</b>	<b>31.142</b>	<b>34.449</b>	<b>35.954</b>	<b>34.766</b>	<b>7.445</b>	<b>9.137</b>	<b>10.369</b>	<b>11.911</b>	<b>11.758</b>
Paraná	12.209	15.404	16.505	17.334	17.283	3.852	4.696	5.313	5.929	6.755
Rio Grande do Sul	10.752	12.296	13.377	12.843	11.568	2.400	2.632	2.774	2.999	2.581
Santa Catarina	3.355	3.442	4.567	5.777	5.915	1.193	1.809	2.282	2.983	2.422
<b>Centro-oeste</b>	<b>10.880</b>	<b>14.820</b>	<b>15.709</b>	<b>17.988</b>	<b>19.838</b>	<b>1.366</b>	<b>2.059</b>	<b>3.067</b>	<b>3.776</b>	<b>4.081</b>
Distrito Federal	4.486	5.195	5.450	6.326	7.505	488	606	621	770	1.029
Goiás	1.214	1.725	2.142	2.651	2.836	320	352	610	597	594
Mato Grosso	2.134	3.298	3.484	4.243	3.658	372	646	1.060	1.534	1.508
Mato Grosso do Sul	3.046	4.602	4.633	4.768	5.839	186	455	776	875	950
<b>Brasil</b>	<b>212.204</b>	<b>265.332</b>	<b>286.396</b>	<b>321.059</b>	<b>320.302</b>	<b>35.450</b>	<b>47.616</b>	<b>56.327</b>	<b>63.278</b>	<b>65.680</b>

Fonte: SIA/SUS (Brasil, 2025f).

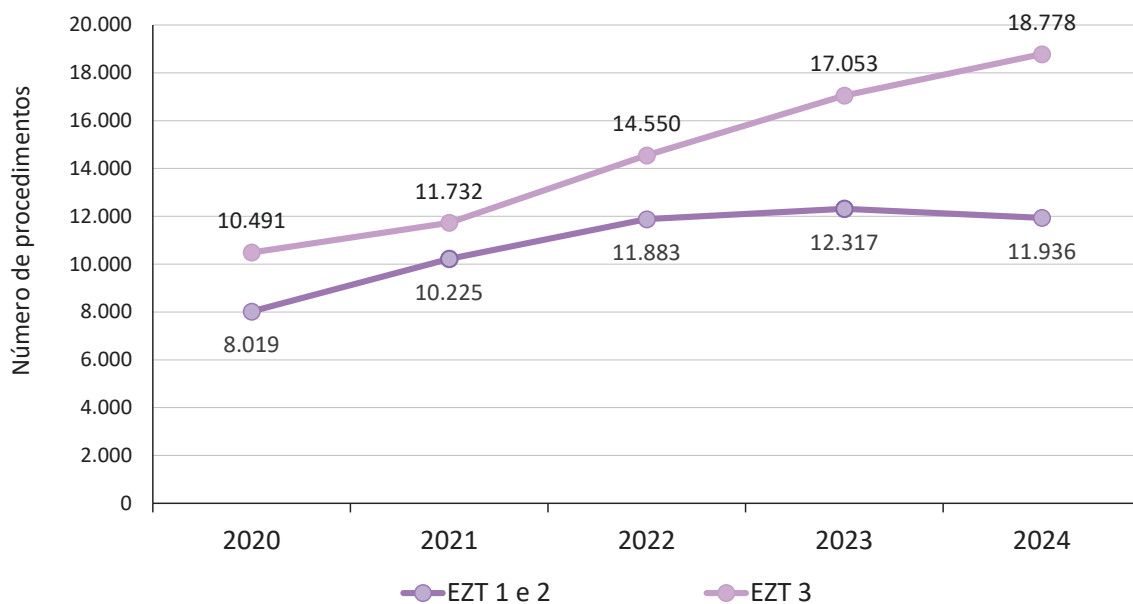
Legenda: UF – Unidade da Federação.

Nota: quantidade apresentada de colposcopia (código 02.11.04.002-9) e biópsia do colo do útero (código: 02.01.01.066-6).

Desde 2016, os procedimentos para o tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero passaram a ser denominados “excisões dos tipos 1, 2 ou 3”, considerando a profundidade da lesão e a apresentação da zona de transformação (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016a). Em termos de registro na tabela de procedimentos do SUS, a conização passou a ser classificada como “excisão tipo 3 do colo uterino”, realizada em ambiente hospitalar. Já a excisão da zona de transformação (EZT) foi desmembrada em excisões tipo 1 e tipo 2, realizadas em âmbito ambulatorial ou hospitalar, considerando as especificidades clínicas do caso, bem como a experiência do profissional.

Entre 2020 e 2023, observa-se a retomada da oferta do tratamento ambulatorial das lesões precursoras do câncer do colo do útero, com aumento regular e gradativo da EZT tipos 1 e 2 após a pandemia de covid-19; entretanto, em 2024, houve pequena redução no registro de procedimentos (-3,1%). A EZT tipo 3 manteve o aumento observado nos anos anteriores, com 18.778 procedimentos registrados em 2024, demonstrando maior acesso ao tratamento da lesão precursora (Figura 21).

Figura 21. Número de procedimentos para tratamento da lesão precursora do câncer do colo do útero (EZT tipos 1, 2 e 3) realizados no Sistema Único de Saúde. Brasil, de 2020 a 2024



Fonte: SIA/SUS (Brasil, 2025f) e SIH/SUS (Brasil, 2025g).

Legenda: EZT - excisão da zona de transformação.

Nota: quantidade apresentada de excisão tipo 1 do colo uterino (código: 04.09.06.008-9), excisão tipo 2 do colo uterino (código: 04.09.06.030-5) e excisão tipo 3 do colo uterino (código: 04.09.06.003-8).

Na Tabela 15, é apresentada a produção de EZT tipos 1, 2 e 3 entre as regiões e as UF. Observa-se que apenas as regiões Sudeste e Centro-oeste registraram aumento na oferta de procedimentos em âmbito ambulatorial (EZT 1 e 2). Por outro lado, em relação à EZT tipo 3, apenas a região Centro-oeste teve redução no registro desse procedimento.

A oferta do tratamento da lesão precursora apresenta inconstância no seu registro no SIA/SUS em algumas UF. Roraima não registrou procedimentos de EZT tipos 1 e 2 nos últimos dois anos, e Alagoas não teve registro de produção entre 2020 e 2024. Ressalta-se que Ceará, Piauí e Distrito Federal mantiveram crescimento constante na oferta desse procedimento em todo o período.

Em relação à EZT tipo 3, os estados do Acre, do Amapá e de Sergipe apresentaram menos de 20 procedimentos nos cinco anos analisados, o que pode ser relacionado a sub-registro ou preferência pelo tratamento ambulatorial, uma vez que há produção de EZT 1 e 2. Em sete estados, observou-se ampliação da produção a cada ano, sem oscilações (Alagoas, Bahia, Pernambuco, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Santa Catarina).

Tabela 15. Número de procedimentos para tratamento da lesão precursora do câncer do colo do útero (EZT tipos 1, 2 e 3) realizados no Sistema Único de Saúde por local de atendimento. Brasil, regiões e Unidades da Federação, de 2020 a 2024

Região/UF	EZT 1 e 2					EZT 3				
	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Norte</b>	<b>995</b>	<b>1.615</b>	<b>1.842</b>	<b>1.944</b>	<b>1.668</b>	<b>609</b>	<b>731</b>	<b>918</b>	<b>918</b>	<b>1.144</b>
Acre	187	234	388	401	380	3	2	1	10	1
Amapá	105	281	287	303	89	1	1	1	1	15
Amazonas	124	186	181	266	222	183	276	404	320	464
Pará	359	757	913	936	846	139	123	141	156	313
Rondônia	73	46	21	17	53	244	280	259	310	265
Roraima	0	41	26	0	0	18	19	67	33	48
Tocantins	147	70	26	21	78	21	30	45	88	38
<b>Nordeste</b>	<b>1.570</b>	<b>2.122</b>	<b>2.275</b>	<b>2.696</b>	<b>2.612</b>	<b>1.738</b>	<b>2.282</b>	<b>2.736</b>	<b>3.075</b>	<b>3.413</b>
Alagoas	0	0	0	0	0	102	178	238	247	261
Bahia	266	374	460	603	584	780	951	1.125	1.152	1.398
Ceará	239	339	660	717	825	150	138	243	487	534
Maranhão	406	752	624	307	217	171	120	175	152	113
Paraíba	160	251	198	415	387	39	60	100	104	81
Pernambuco	59	111	108	342	289	404	651	680	731	851
Piauí	26	27	39	66	74	28	38	46	71	69
Rio Grande do Norte	53	67	101	97	78	64	145	124	129	102
Sergipe	361	201	85	149	158	0	1	5	2	4
<b>Sudeste</b>	<b>2.876</b>	<b>3.068</b>	<b>3.707</b>	<b>3.943</b>	<b>4.228</b>	<b>4.284</b>	<b>4.687</b>	<b>5.819</b>	<b>6.993</b>	<b>8.161</b>
Espírito Santo	167	99	158	186	205	277	254	263	361	713
Minas Gerais	993	936	1.116	1.441	1.730	1.171	1.260	1.613	1.810	1.826
Rio de Janeiro	76	185	160	391	457	880	932	1.110	1.490	1.665
São Paulo	1.640	1.848	2.273	1.925	1.836	1.956	2.241	2.833	3.332	3.957
<b>Sul</b>	<b>2.270</b>	<b>2.894</b>	<b>3.365</b>	<b>3.069</b>	<b>2.596</b>	<b>3.134</b>	<b>3.318</b>	<b>4.090</b>	<b>4.880</b>	<b>5.012</b>
Paraná	1.762	2.404	2.667	2.189	1.877	1.263	1.261	1.512	1.414	1.632
Rio Grande do Sul	481	451	595	755	581	1.337	1.377	1.623	1.984	1.768
Santa Catarina	27	39	103	125	138	534	680	955	1.482	1.612
<b>Centro-oeste</b>	<b>308</b>	<b>526</b>	<b>694</b>	<b>665</b>	<b>832</b>	<b>726</b>	<b>714</b>	<b>987</b>	<b>1.187</b>	<b>1.048</b>
Distrito Federal	37	94	102	115	123	189	212	291	296	285
Goiás	110	82	128	133	120	261	258	298	343	264
Mato Grosso	11	77	95	86	124	198	186	300	399	334
Mato Grosso do Sul	150	273	369	331	465	78	58	98	149	165
<b>Brasil</b>	<b>8.019</b>	<b>10.225</b>	<b>11.883</b>	<b>12.317</b>	<b>11.936</b>	<b>10.491</b>	<b>11.732</b>	<b>14.550</b>	<b>17.053</b>	<b>18.778</b>

Fonte: SIA/SUS (Brasil, 2025f) e SIH/SUS (Brasil, 2025g).

Legenda: EZT - excisão da zona de transformação; UF - Unidade da Federação.

Nota: quantidade apresentada de excisão tipo 1 do colo uterino (código: 04.09.06.008-9), excisão tipo 2 do colo uterino (código: 04.09.06.030-5) e excisão tipo 3 do colo uterino (código: 04.09.06.003-8).

Ainda na Tabela 15, observa-se que, exceto pelos estados com produção irregular nos procedimentos de tratamento da lesão precursora, Pará, Ceará, Maranhão, Paraíba, Paraná e Mato Grosso do Sul são os estados que apresentam maior registro de tratamento ambulatorial (EZT tipos 1 e 2), quando comparado ao tratamento em âmbito hospitalar (EZT tipo 3).

Em estudo realizado com dados nacionais para o ano de 2017, o qual estimou a necessidade de procedimentos para investigação diagnóstica e tratamento da lesão precursora para aproximadamente 6,2 milhões de mulheres rastreadas, verificou-se um déficit diferenciado entre os procedimentos, demonstrando descontinuidade no atendimento da linha de cuidado do câncer do colo do útero (Ribeiro *et al.*, 2019). Diante dos dados apresentados para o ano de 2024, e considerando a necessidade de procedimentos para a população rastreada em 2017, conforme estudo mencionado, haveria oferta suficiente de colposcopia e biópsia, entretanto permaneceria um déficit importante (superior a 50%) para o tratamento da lesão precursora (EZT tipos 1, 2 e 3). Esse cenário pode impactar negativamente a incidência, o estadiamento e a mortalidade por câncer do colo do útero nos próximos anos.

De modo a buscar a integralidade do cuidado e o acesso em tempo oportuno à investigação diagnóstica e ao tratamento da lesão precursora dos casos suspeitos identificados no rastreamento do câncer do colo do útero, é recomendável que os procedimentos, especialmente a colposcopia, a biópsia e a EZT tipos 1 e 2, sejam realizados em um mesmo local e/ou estabelecimento de saúde.

Em 2014, a Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) n.º 189/2014 (Brasil, 2014) estabeleceu a implantação de Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), com apoio financeiro para a habilitação de serviços que oferecessem o processo de investigação em um único estabelecimento. Entretanto, observou-se baixa adesão dos gestores estaduais e falhas no monitoramento por parte do gestor federal. Após dez anos, com o objetivo de ampliar o acesso à atenção especializada, foi criada a estratégia da Oferta de Cuidados Integrados, tendo o câncer do colo do útero como uma das linhas de cuidado a ser atendida. Ainda em fase de implementação no país, essa estratégia propõe o atendimento integral e oportuno (até 30 dias) para a conclusão diagnóstica dos casos suspeitos encaminhados pela Atenção Primária (Brasil, 2025a).

Na Tabela 16, observa-se uma pulverização do número de estabelecimentos que realizam colposcopia, biópsia e EZT tipos 1 e 2 nas UF e regiões. Dos 1.414 estabelecimentos de saúde que registraram todos esses procedimentos em 2024 no país, apenas 182 (12,9%) realizaram, no mesmo serviço, todos os procedimentos, percentual inferior ao observado em 2023, que foi de 13,6% (Instituto Nacional de Câncer, 2025b). As regiões Norte e Centro-oeste, com pouco mais de 100 estabelecimentos, apresentaram maior proporção de serviços que informaram realizar os procedimentos de colposcopia, biópsia e EZT, com 20,0% e 16,5%, respectivamente. Entre as UF, seis apresentaram proporção superior a 25%. Em Roraima e Alagoas, nenhum serviço oferta os três procedimentos, visto que há ausência de registro de EZT tipos 1 e 2, como já relatado.

A fragmentação da linha de cuidado em vários serviços fragiliza a organização do fluxo de encaminhamento das mulheres para o atendimento integral, acarretando atraso no processo de confirmação diagnóstica e do tratamento da lesão precursora do câncer do colo do útero.

Tabela 16. Número de estabelecimentos que realizam colposcopia, biópsia e EZT tipos 1 e 2 no Sistema Único de Saúde. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2024

Região/UF	Colposcopia	Biópsia	EZT tipos 1 e 2	Total de serviços	Registro dos três procedimentos	
					N.º	%
<b>Norte</b>	<b>91</b>	<b>72</b>	<b>28</b>	<b>110</b>	<b>22</b>	<b>20,0</b>
Acre	2	3	2	3	2	66,7
Amapá	3	2	2	3	2	66,7
Amazonas	21	17	5	27	5	18,5
Pará	50	35	13	57	9	15,8
Rondônia	9	8	3	12	1	8,3
Roraima	2	2	0	2	0	0,0
Tocantins	4	5	3	6	3	50,0
<b>Nordeste</b>	<b>393</b>	<b>201</b>	<b>51</b>	<b>430</b>	<b>35</b>	<b>8,1</b>
Alagoas	48	22	0	49	0	0,0
Bahia	80	50	10	95	10	10,5
Ceará	43	26	8	52	3	5,8
Maranhão	40	19	7	44	3	6,8
Paraíba	49	21	5	52	4	7,7
Pernambuco	85	38	10	86	7	8,1
Piauí	10	7	5	13	2	15,4
Rio Grande do Norte	27	12	3	28	3	10,7
Sergipe	11	6	3	11	3	27,3
<b>Sudeste</b>	<b>461</b>	<b>389</b>	<b>103</b>	<b>553</b>	<b>83</b>	<b>15,0</b>
Espírito Santo	30	21	2	35	1	2,9
Minas Gerais	121	122	54	150	48	32,0
Rio de Janeiro	77	64	22	90	15	16,7
São Paulo	233	182	25	278	19	6,8
<b>Sul</b>	<b>177</b>	<b>147</b>	<b>30</b>	<b>212</b>	<b>24</b>	<b>11,3</b>
Paraná	44	39	13	53	11	20,8
Rio Grande do Sul	64	62	13	79	11	13,9
Santa Catarina	69	46	4	80	2	2,5
<b>Centro-oeste</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>22</b>	<b>109</b>	<b>18</b>	<b>16,5</b>
Distrito Federal	13	15	4	15	4	26,7
Goiás	26	11	8	29	5	17,2
Mato Grosso	35	19	3	37	2	5,4
Mato Grosso do Sul	26	18	7	28	7	25,0
<b>Brasil</b>	<b>1.222</b>	<b>872</b>	<b>234</b>	<b>1.414</b>	<b>182</b>	<b>12,9</b>

Fonte: SIA/SUS (Brasil, 2025f) e SIH/SUS (Brasil, 2025g).

Legenda: EZT - excisão da zona de transformação; UF - Unidade da Federação.

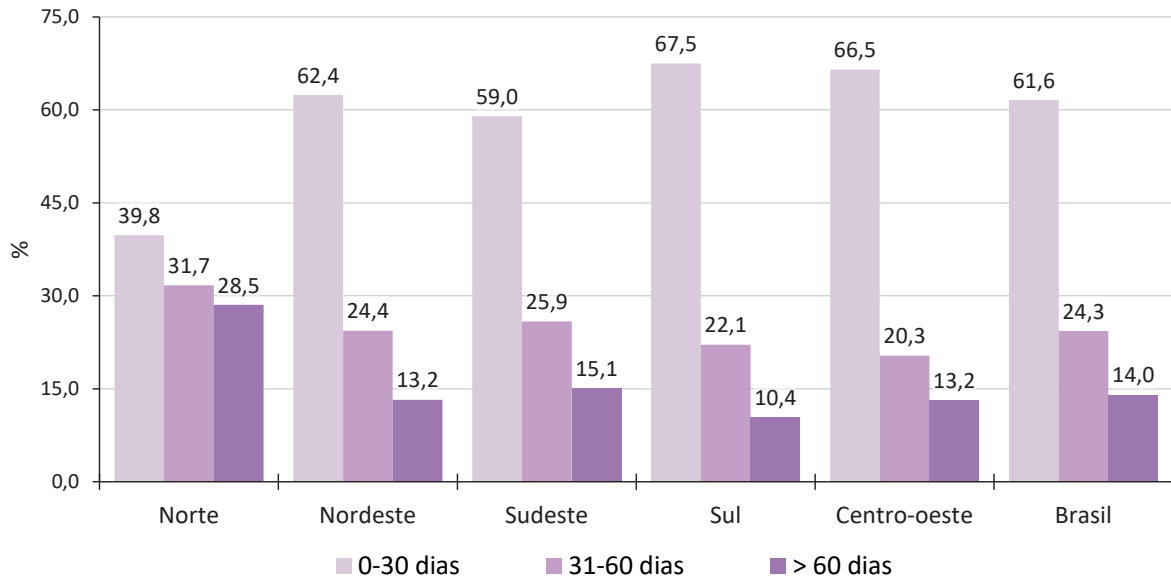
Nota: quantidade apresentada de excisão tipo 1 do colo uterino (código: 04.09.06.008-9), excisão tipo 2 do colo uterino (código: 04.09.06.030-5) e excisão tipo 3 do colo uterino (código: 04.09.06.003-8).

Em 2019, foi estabelecido pela Lei n.º 13.896/2019 que os pacientes do SUS com suspeita de câncer têm direito à realização de exames confirmatórios no prazo máximo de 30 dias (Brasil, 2019). Como um *proxy* para avaliar esse tempo, verificou-se o intervalo transcorrido entre a realização da biópsia do colo do útero e a liberação do laudo histopatológico.

No Brasil, 61,6% dos laudos dos exames anatomopatológicos do colo do útero oriundos da biópsia foram liberados em até 30 dias no ano de 2024. A região Norte apresentou o menor percentual

(39,8%), e as regiões Sul e Centro-oeste tiveram os maiores percentuais de exames liberados em até 30 dias (67,5% e 66,5%, respectivamente) (Figura 22).

Figura 22. Distribuição percentual do tempo de liberação dos laudos dos exames anatomopatológicos do colo do útero realizados no Sistema Único de Saúde. Brasil e regiões, 2024

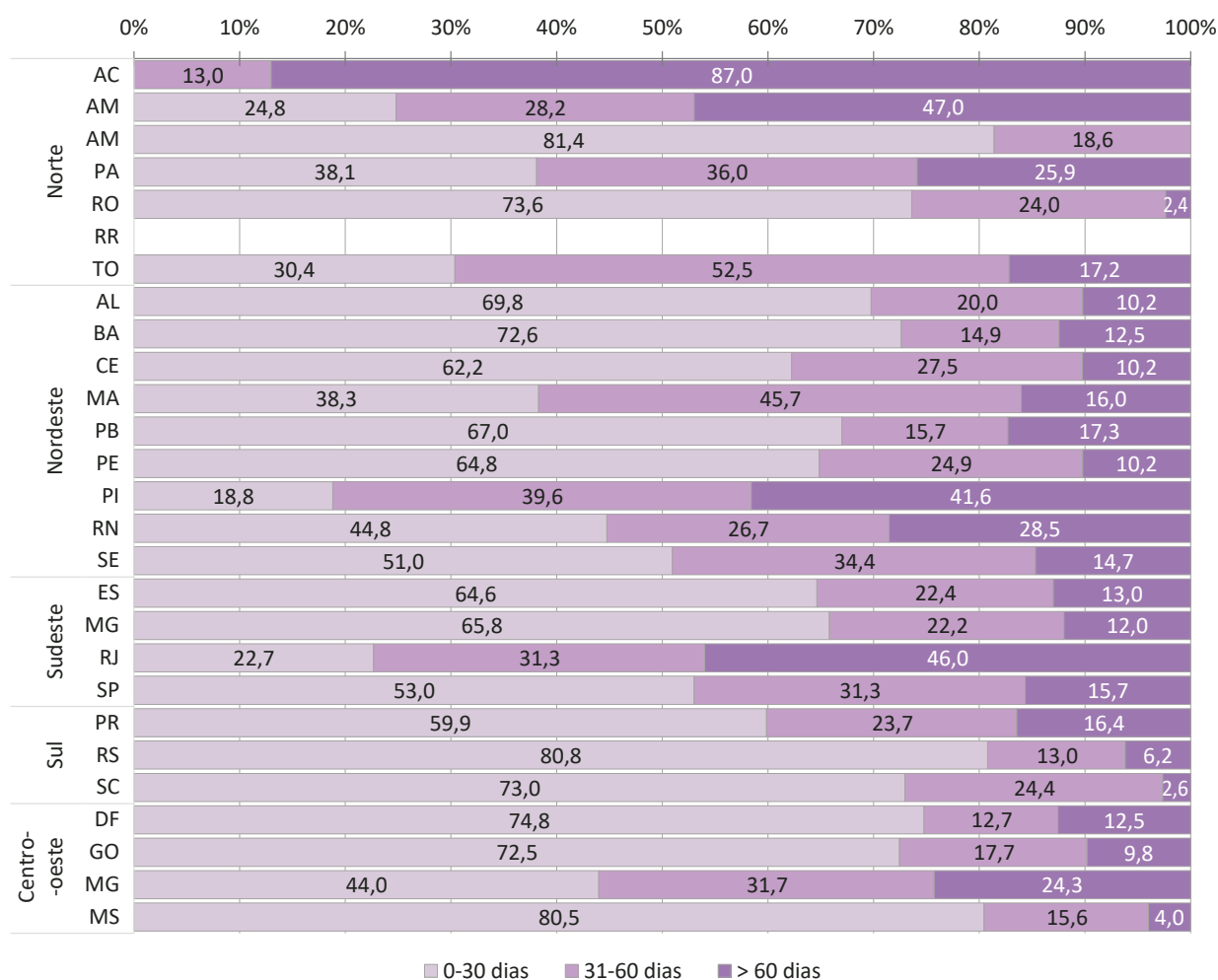


Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

Na Figura 23, observa-se que, em 2024, os estados de Amapá, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul apresentaram mais de 80% dos laudos histopatológicos liberados em até 30 dias. Não houve registro de exames anatomopatológicos do colo do útero em Roraima, e, em quatro UF (Acre, Amazonas, Piauí e Rio de Janeiro), mais de 40% dos laudos foram liberados em tempo superior a 60 dias.

Os dados demonstram a necessidade de verificar, em algumas localidades, os entraves existentes para a demora na conclusão diagnóstica dos exames encaminhados e buscar estratégias para viabilizar o laudo mais oportunamente.

Figura 23. Distribuição do tempo de liberação dos laudos dos exames anatomopatológicos do colo do útero realizados no Sistema Único de Saúde. Unidades da Federação, 2024



Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

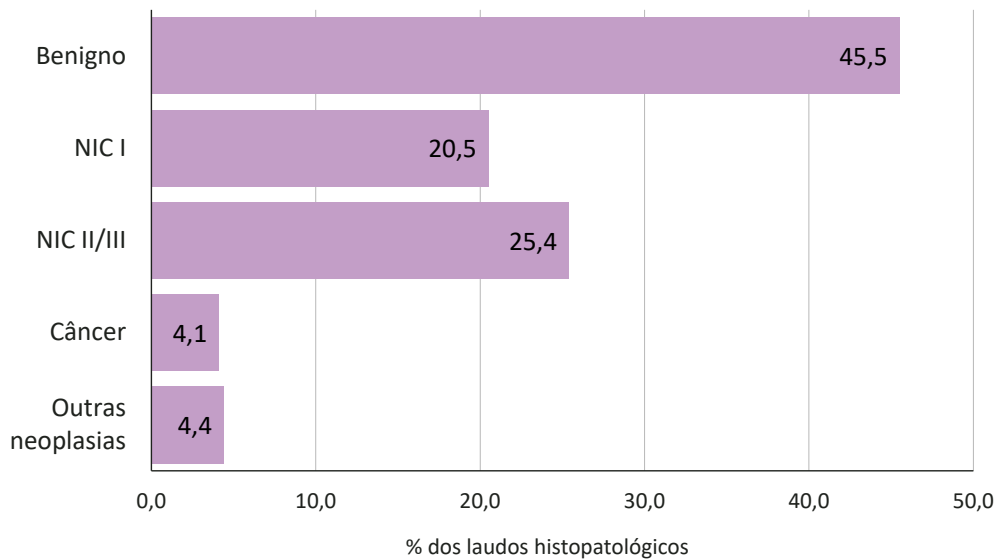
Nota: não houve registro de exames anatomopatológicos do colo do útero em 2024 em Roraima.

## Distribuição das lesões histopatológicas

A confirmação diagnóstica dos casos suspeitos de lesão precursora ou de câncer do colo do útero é realizada a partir do exame histopatológico oriundo da biópsia ou da EZT pelo método ver e tratar. O ver e tratar é indicado nas situações em que há concordância entre a lesão de alto grau identificada no exame citopatológico de rastreamento e um achado anormal maior, na colposcopia, dispensando, assim, a necessidade de realizar biópsia prévia (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016a).

Em 2024, aproximadamente 39,3 mil mulheres tiveram registro de exame anatomopatológico no Siscan a partir da realização de biópsia ou EZT (ver e tratar), das quais 45,5% tiveram resultado benigno, 25,4% apresentaram diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) graus II ou III, consideradas lesões precursoras, e 4,1% confirmaram câncer do colo do útero. O percentual de casos classificados como “outras neoplasias” foi de 4,4%, valor superior aos casos de câncer registrados (Figura 24).

Figura 24. Distribuição percentual dos laudos histopatológicos do colo do útero nos casos suspeitos submetidos à investigação diagnóstica e ao tratamento excisional (ver e tratar) no Sistema Único de Saúde. Brasil, 2024

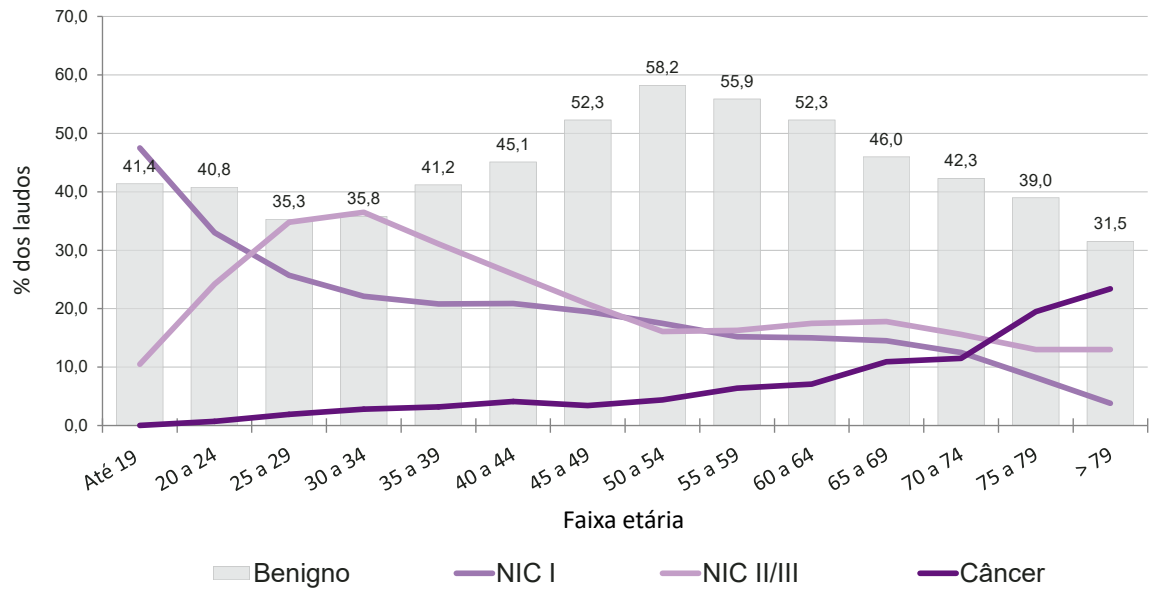


Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

Em estudo publicado em 2022 com os dados do Siscan, foi realizada a revisão dos casos classificados como “outras neoplasias”, a partir da análise do campo disponível para descrição do resultado. Dos exames reclassificados, apenas 8,1% foram classificados corretamente como “outras neoplasias”, demonstrando o uso inadequado desse campo. Ressalta-se que, em 75,5% dos casos, o diagnóstico informado era equivalente às categorias já existentes no laudo padronizado do Siscan (Claro *et al.*, 2022).

Ao analisar a distribuição das lesões por faixa etária, observa-se que o percentual de diagnósticos com NIC I é superior a 30% entre as mulheres com menos de 25 anos, reduzindo com o avançar da idade (abaixo de 15% após 64 anos). As mulheres com laudo de NIC II ou III representaram mais de um terço dos diagnósticos na faixa etária entre 25 e 39 anos. Os casos com diagnóstico de câncer foram inferiores a 3% até os 34 anos, aumentando após 55 anos e superando 10% na faixa etária de 65 anos ou mais (Figura 25). O percentual de lesões benignas variou de 31,5%, nas mulheres acima de 79 anos, a 58%, nas mulheres entre 50 e 54 anos. A distribuição das lesões quanto à sua gravidade acompanha o comportamento da evolução do câncer do colo do útero, aumentando com o avanço da idade.

Figura 25. Distribuição percentual dos laudos histopatológicos do colo do útero nos casos suspeitos submetidos à investigação diagnóstica e ao tratamento excisional (ver e tratar) no Sistema Único de Saúde, segundo faixa etária. Brasil, 2024



Fonte: Siscan (Brasil, 2025e).

## TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Os casos com confirmação diagnóstica de câncer do colo do útero (lesão invasiva) devem ser encaminhados para estabelecimentos habilitados na Alta Complexidade em oncologia para início da terapêutica adequada. A definição do tipo de tratamento a ser realizado dependerá do estadiamento da doença, da idade e, em algumas situações, do desejo de preservar a função reprodutiva da mulher. Nos estágios iniciais, tratamentos cirúrgicos conservadores são indicados. Em casos nos quais a cirurgia não é viável, a radioterapia convencional pode ser empregada. Para tumores a partir do estágio I que apresentem lesões clinicamente visíveis com mais de 4 cm em sua maior dimensão, o tratamento recomendado é a combinação de radioterapia externa com quimioterapia, seguida de braquiterapia para potencializar o controle local da doença (Instituto Nacional de Câncer, 2022b). Além disso, em situações de doença metastática ou recidivante, terapias sistêmicas, como terapia-alvo e imunoterapia, são opções terapêuticas importantes, ampliando as possibilidades disponíveis para o manejo oncológico (Instituto Nacional de Câncer, 2025c).

### Número de hospitais habilitados no Sistema Único de Saúde

O tratamento do câncer do colo do útero no SUS é realizado nos estabelecimentos de saúde habilitados como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) ou Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon), conforme os parâmetros e critérios estabelecidos em Portaria de Consolidação da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes)/ Ministério da Saúde n.º 1/2022, com variações em relação aos serviços disponíveis em suas estruturas (Brasil, 2022).

Na Tabela 17, são apresentadas todas as habilitações existentes no SUS, considerando as nomenclaturas vigentes. No ano de 2024, havia 325 hospitais habilitados em oncologia, dos quais 21, classificados como exclusivos de hematologia ou de oncologia pediátrica, não realizam atendimento para os casos de câncer do colo do útero. Existiam ainda sete serviços isolados de radioterapia que atuavam no apoio ao tratamento dos pacientes atendidos nas Unacon sem radioterapia.

Quando comparado com o cenário de 2023, observou-se um aumento do número de hospitais habilitados em oncologia no país (Instituto Nacional de Câncer, 2025b), resultando no acréscimo de sete estabelecimentos habilitados como Unacon nas regiões Norte (um), Nordeste (dois), Sudeste (três) e Centro-oeste (um); e três novos estabelecimentos habilitados como Unacon com radioterapia no Nordeste (dois) e no Sudeste (um).

Tabela 17. Número de hospitais habilitados no Sistema Único de Saúde para tratamento de câncer. Brasil e regiões, 2024

Tipo de habilitação	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro- -oeste	Brasil
Cacon	1	4	9	3	1	18
Cacon com serviço de oncologia pediátrica	1	6	12	6	1	26
Unacon	3	22	30	21	7	83
Unacon com serviço de hematologia	1	5	13	4	2	25
Unacon com serviço de oncologia pediátrica	0	1	1	0	1	3
Unacon com serviço de radioterapia	6	13	33	15	6	73
Unacon com serviços de hematologia e de oncologia pediátrica	0	0	3	3	0	6
Unacon com serviços de radioterapia e de hematologia	0	3	23	13	1	40
Unacon com serviços de radioterapia e de oncologia pediátrica	0	1	1	0	1	3
Unacon com serviços de radioterapia, de hematologia e de oncologia pediátrica	1	3	11	5	1	21
Unacon exclusiva de hematologia	0	1	1	0	0	2
Unacon exclusiva de oncologia pediátrica	1	5	7	3	1	17
Unacon exclusiva de oncologia pediátrica com serviço de radioterapia	0	0	2	0	0	2
Hospital geral com cirurgia oncológica	0	0	6	0	0	6
<b>Total de habilitações</b>	<b>14</b>	<b>64</b>	<b>152</b>	<b>73</b>	<b>22</b>	<b>325</b>

Fonte: Hospitais habilitados (Brasil, [2025b]).

Legenda: Cacon – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; Unacon – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

Nota: ainda consta a habilitação de sete serviços isolados de radioterapia nas regiões Nordeste (três), Sudeste (três) e Sul (um).

Para que os hospitais sejam habilitados como Unacon ou Cacon, devem minimamente dispor de serviço de oncologia clínica e cirurgia oncológica. O serviço de radioterapia também é obrigatório para os estabelecimentos habilitados como Cacon. Assim, todos os estabelecimentos habilitados como Unacon com serviço de radioterapia ou como Cacon devem realizar as três modalidades terapêuticas; e aqueles habilitados como Unacon devem realizar o tratamento cirúrgico e o quimioterápico para o câncer do colo do útero. Alguns serviços de radioterapia também devem dispor de equipamento para realizar a braquiterapia (radioterapia interna). Estabelecimentos habilitados como hospital geral com cirurgia oncológica atendem apenas a essa modalidade terapêutica. Ressalta-se que é responsabilidade das secretarias estaduais e municipais de saúde a organização do fluxo de atendimento dos pacientes na rede assistencial, estabelecendo a referência dos pacientes para Unacon ou Cacon, de modo a garantir a integralidade do tratamento.

O número de estabelecimentos habilitados para o tratamento do câncer do colo do útero é apresentado na Tabela 18, de acordo com a modalidade terapêutica e a produção registrada no SUS em 2024. Observa-se um aumento no registro de produção de quimioterapia e cirurgias oncológicas de, respectivamente, 9,8% e 24,2% em relação ao ano anterior (Instituto Nacional de Câncer, 2025b). Entretanto, na radioterapia, apesar dos três novos serviços habilitados, não foi observado aumento do registro na sua produção, e houve redução na braquiterapia (-4,8%).

Tabela 18. Número de hospitais habilitados no Sistema Único de Saúde e produção registrada para tratamento de câncer do colo do útero, segundo a modalidade terapêutica. Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2024

Região/UF	Cirurgia		Quimioterapia		Radioterapia		
	N.º serviços habilitados	Produção	N.º serviços habilitados	Produção	N.º serviços habilitados	Produção Convencional	Braquiterapia
<b>Norte</b>	<b>13</b>	<b>456</b>	<b>13</b>	<b>4.950</b>	<b>9</b>	<b>1.001</b>	<b>662</b>
Acre	1	43	1	293	1	71	40
Amapá	1	3	1	237	0	0	0
Amazonas	1	157	1	1.106	1	432	273
Pará	4	190	4	2.107	2	257	170
Rondônia	3	32	3	643	3	131	127
Roraima	1	15	1	31	0	0	0
Tocantins	2	16	2	533	2	110	52
<b>Nordeste</b>	<b>58</b>	<b>2.386</b>	<b>58</b>	<b>18.082</b>	<b>33</b>	<b>2.915</b>	<b>2.415</b>
Alagoas	3	83	3	1.131	3	206	138
Bahia	16	561	16	3.361	9*	442	483
Ceará	8	343	8	2.244	5	407	332
Maranhão	4	419	4	2.432	2	500	365
Paraíba	5	140	5	1.213	2	218	182
Pernambuco	10	158	10	3.967	6*	556	404
Piauí	3	153	3	1.378	2	228	239
Rio Grande do Norte	6	373	6	1.204	2	214	192
Sergipe	3	156	3	1.152	2	144	80
<b>Sudeste</b>	<b>142</b>	<b>3.114</b>	<b>136</b>	<b>22.074</b>	<b>94</b>	<b>3.258</b>	<b>2.745</b>
Espírito Santo	7	428	7	1.710	2	204	168
Minas Gerais	35	942	35	5.673	30	1.015	711
Rio de Janeiro	25	347	23	3.561	14*	674	471
São Paulo	75	1.397	71	11.130	48*	1.365	1.395
<b>Sul</b>	<b>70</b>	<b>3.011</b>	<b>70</b>	<b>11.833</b>	<b>43</b>	<b>1.847</b>	<b>1.368</b>
Paraná	23	1.232	23	5.161	14	724	580
Rio Grande do Sul	32	875	32	3.954	18	726	471
Santa Catarina	15	904	15	2.718	11	397	317
<b>Centro-oeste</b>	<b>21</b>	<b>817</b>	<b>21</b>	<b>4.504</b>	<b>11</b>	<b>635</b>	<b>575</b>
Distrito Federal	3	105	3	873	2	88	120
Goiás	6	358	6	1.866	3	365	281
Mato Grosso	5	244	5	996	2	100	96
Mato Grosso do Sul	7	110	7	769	4	82	78
<b>Brasil</b>	<b>304</b>	<b>9.784</b>	<b>298</b>	<b>61.443</b>	<b>190</b>	<b>9.656</b>	<b>7.765</b>

Fonte: SIH/SUS (Brasil, 2025g) e Hospitais habilitados (Brasil, [2025b]).

Legenda: UF - Unidade da Federação.

Notas: no tratamento cirúrgico, foram considerados os procedimentos com códigos iniciados com 04.16, específicos de oncologia; \*foram incluídos os serviços isolados de radioterapia.

No tratamento cirúrgico, são contabilizados, além das Unacon e dos Cacon, os estabelecimentos habilitados como hospital geral com cirurgia oncológica (todos localizados no Rio de Janeiro e em São Paulo) e, na radioterapia, os estabelecimentos classificados como “isolados de radioterapia”

(localizados nos estados da Bahia, de Pernambuco, do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Santa Catarina). O número de estabelecimentos habilitados com radioterapia é menor em várias UF, estando ainda ausentes no Amapá e em Roraima.

## Estadiamento clínico

O estadiamento clínico anatômico determina a extensão da doença, de acordo com o tamanho do tumor, a presença ou não de linfonodos paracervicais, parametriais, hipogástricos (ilíacos internos e obturadores), ilíacos comuns e externos, pré-sacrais e sacrais laterais comprometidos, e a presença de doença fora do colo do útero (metástase). A classificação internacionalmente adotada é a oitava edição do *TNM – Classificação de tumores malignos* (Instituto Nacional de Câncer, 2022a), que tem por base a avaliação de três componentes:

T – extensão do tumor primário.

N – ausência ou presença e extensão de metástase em linfonodos regionais.

M – ausência ou presença de metástase a distância.

Para fins de tabulação e análise, é útil resumir essas categorias em grupos de estádios, que variam de 0 a IV, sendo 0 a classificação referente ao carcinoma *in situ*, estágio mais inicial, e IV o estágio que indica metástase. Sua utilização auxilia na definição do tratamento mais adequado, além de contribuir para definir o prognóstico, o planejamento do tratamento e a padronização da pesquisa clínica e de facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde (Instituto Nacional de Câncer, 2022a). Para o câncer do colo do útero, o sistema mais utilizado para o estadiamento é o da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), baseado no tamanho do tumor e no grau de disseminação da doença dentro da pelve e para órgãos distantes. Esse sistema não compreende o estágio 0, carcinoma *in situ* (Bhatla *et al.*, 2018).

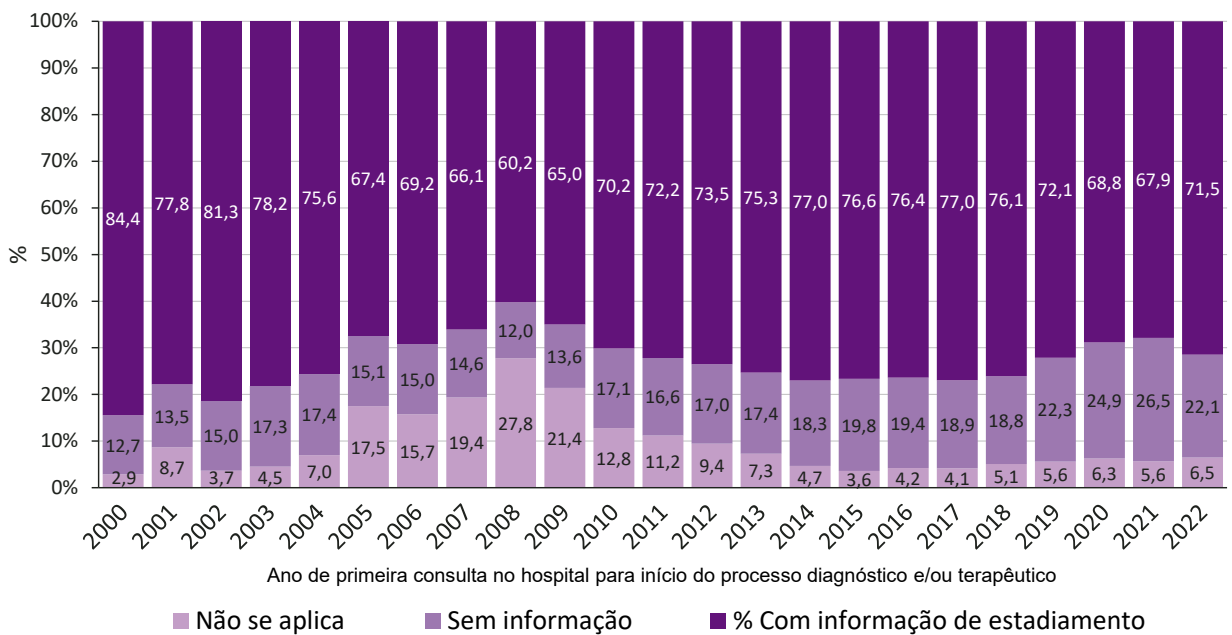
Os dados de estadiamento clínico apresentados nesta publicação são provenientes dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC). Os RHC são centros responsáveis por coleta, armazenamento, processamento, análise e divulgação sistemática e contínua de informações de pacientes com diagnóstico confirmado de câncer em unidades hospitalares. A informação produzida em um RHC tem a finalidade de fornecer subsídios para a avaliação da atenção oncológica oferecida pela instituição, auxiliar no planejamento de ações de saúde adequadas à realidade local e contribuir para atividades de pesquisa e vigilância epidemiológica (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2016b).

Conforme estabelecido pela Portaria Saes/Ministério da Saúde n.º 688/2023 (Brasil, 2023), os estabelecimentos de saúde que atuam como Cacon ou Unacon devem implantar o RHC e enviar, periodicamente, suas bases de dados para o Instituto Nacional de Câncer (INCA). As informações referentes aos casos cadastrados são encaminhadas pelos RHC com um intervalo de até dois anos em relação ao ano-calendário, sendo posteriormente atualizadas no tabulador público do IntegradorRHC (Brasil, 2015; Instituto Nacional de Câncer, 2020). Esse sistema on-line, desenvolvido pelo INCA, reúne e consolida dados sobre cânceres de todo o Brasil, oferecendo informações anonimizadas para análise por pesquisadores e gestores (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2011).

É importante destacar que o envio das bases de dados ao IntegradorRHC é um processo dinâmico, visto que as habilitações de estabelecimentos como Cacon ou Unacon (Tabela 17) ocorrem de forma contínua, e os RHC passam a coletar informações prospectivamente, ainda que possam enviar bases contendo casos registrados de forma retrospectiva. Por esse motivo, as informações apresentadas nesta edição podem diferir das publicações anteriores, em razão de possíveis atualizações no número de RHC informantes (Instituto Nacional de Câncer, 2020).

Segundo dados extraídos do tabulador público do IntegradorRHC (Instituto Nacional de Câncer, 2025c), 72,7% dos casos analíticos de câncer de colo do útero registrados entre 2000 e 2022 apresentaram estadiamento clínico codificado com os estádios *in situ*, I, II, III e IV. Os demais casos dividiram-se entre aqueles sem informação (18,0%) e aqueles em que o estadiamento TNM não se aplicava (9,3%). Entre 2005 e 2011, a proporção de casos com estadiamento clínico codificado como “não se aplica” foi superior a 10,0%. Houve melhora após 2014, com esses valores reduzidos para menos de 7,0%. No entanto, no período mais recente, entre os anos de 2019 e 2022, é observado aumento na proporção de casos codificados como “sem informação” no estadiamento clínico, ultrapassando 20,0%, resultado esse classificado como ruim (Romero; Cunha, 2006 *apud* Santos Junior; Silva; Paiva, 2024) (Figura 26).

Figura 26. Percentual de casos de câncer do colo do útero, segundo classificação de sem informação, não se aplica e com informação sobre estadiamento clínico do tumor, no Registro Hospitalar de Câncer. Brasil, de 2000 a 2022



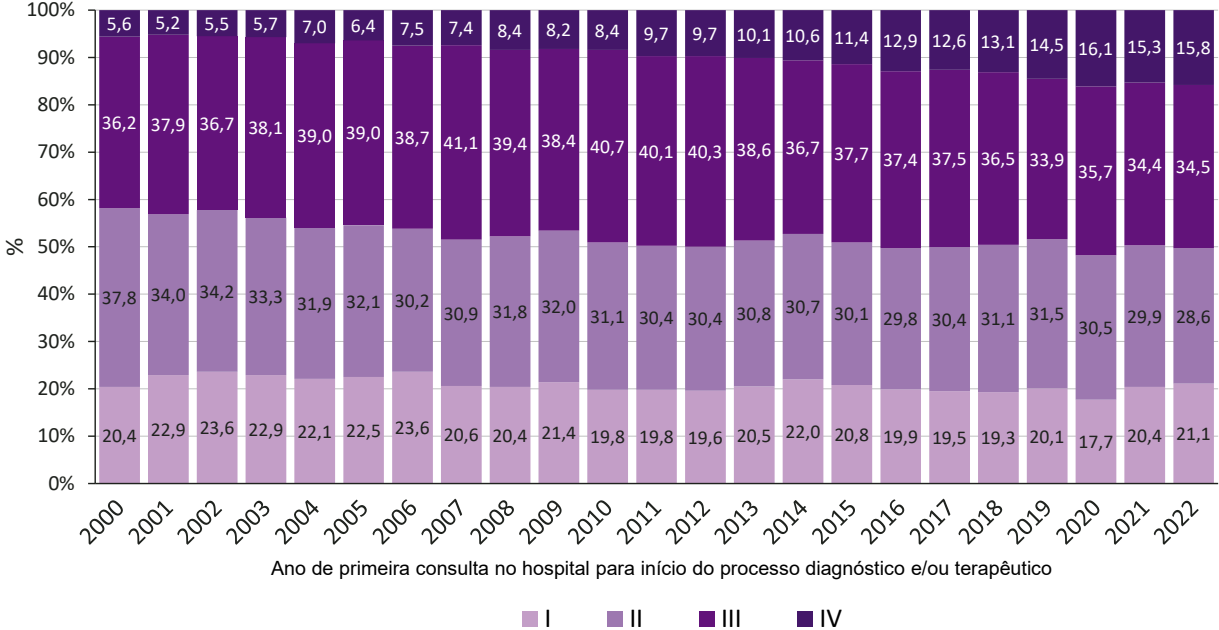
Fonte: IntegradorRHC (Instituto Nacional de Câncer, 2025c).  
 Nota: casos analíticos informados até 7 de abril de 2025.

A Portaria Saes/Ministério da Saúde n.º 688/2023 (Brasil, 2023) determina quais informações mínimas devem constar no prontuário único dos pacientes, incluindo dados sobre o tumor, como localização topográfica, tipo histológico e estadiamento, com base na classificação TNM. A ausência dessas informações no prontuário sugere que o registro pode não ter sido realizado pelos profissionais que atuam diretamente na assistência oncológica, indicando ainda possível falha na coleta por parte dos registradores de câncer (Instituto Nacional de Câncer, 2020). A existência de um prontuário único, completo, preciso e atualizado facilita o processo de análise e a coleta de dados sobre a caracterização do tumor pelos registradores de câncer, contribuindo para a construção de uma base de dados mais completa.

Ao considerar apenas os casos de câncer do colo do útero com estadiamentos I, II, III e IV, observam-se mudanças na distribuição percentual de 2000 a 2022 no Brasil. Nota-se um aumento progressivo na proporção de casos no estágio IV, acompanhado de uma diminuição mais acentuada na proporção de casos no estágio II e de uma leve redução no estágio III, enquanto a proporção de casos no estágio I manteve-se relativamente estável, com pequenas oscilações ao longo do período. O percentual de casos em estágio I oscilou entre 17,7% e 23,6%, com maior proporção em 2002 e 2006

(Figura 27). Os casos *in situ* não foram incluídos nas Figuras 27 e 28, pois podem estar subnotificados nos RHC das Unacon e dos Cacon, que, na sua maioria, não tratam pacientes com lesão precursora (NIC II e III). Ressalta-se que os casos *in situ*, considerados NIC III, podem ser tratados em nível ambulatorial ou hospitalar, com a EZT.

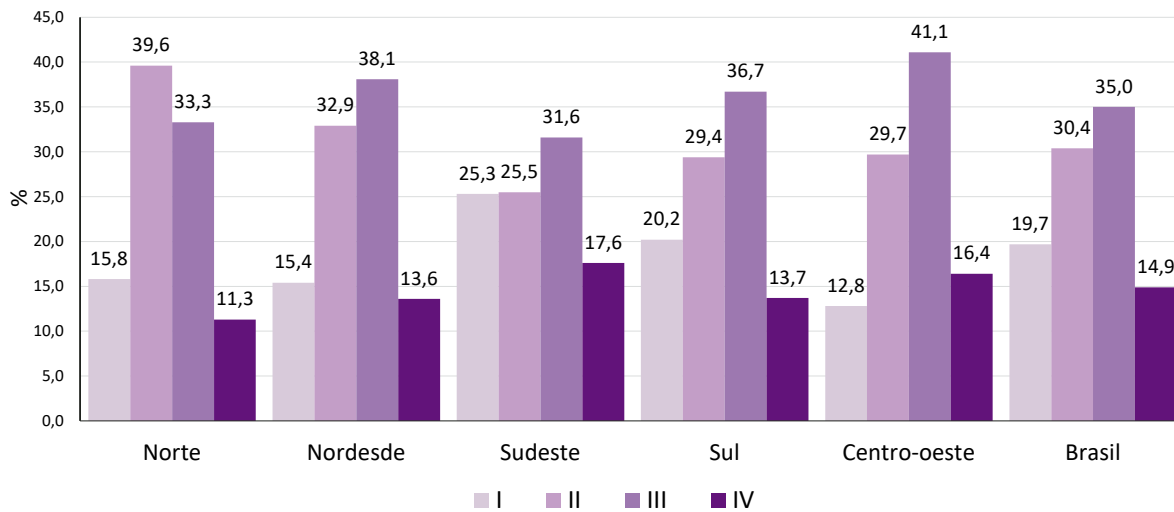
Figura 27. Percentual de casos de câncer do colo do útero, segundo estadiamentos I, II, III e IV, nos Registros Hospitalares de Câncer. Brasil, de 2000 a 2022



Fonte: IntegradorRHC (Instituto Nacional de Câncer, 2025c).  
 Nota: casos analíticos informados até 7 de abril de 2025.

O Sudeste (25,3%) destaca-se como a única região com percentual de estadiamento inicial (I) acima da média nacional de 19,7%. Contudo, essa região também registra a maior proporção de casos no estágio mais avançado (IV), com 17,6%. Em contrapartida, a região Norte tem a menor proporção de estágio IV (11,3%) no período analisado. Em relação aos casos diagnosticados em estágios avançados (III e IV), as regiões Centro-oeste (57,5%), Nordeste (51,7%) e Sul (50,4%) apresentam mais da metade dos casos, ultrapassando a média nacional de 49,9% (Figura 28).

Figura 28. Percentual de casos de câncer do colo do útero, segundo estádios I, II, III e IV, nos Registros Hospitalares de Câncer. Brasil e regiões, de 2018 a 2022



Fonte: IntegradorRHC (Instituto Nacional de Câncer, 2025c).

Notas: 1 – no período analisado, houve variação no percentual de “sem informação” de 12,2% na região Sudeste a 44,1% no Centro-oeste. Entre os classificados com “não se aplica”, o maior percentual foi observado na região Sul (13,0%); 2 – casos analíticos informados até 7 de abril de 2025.

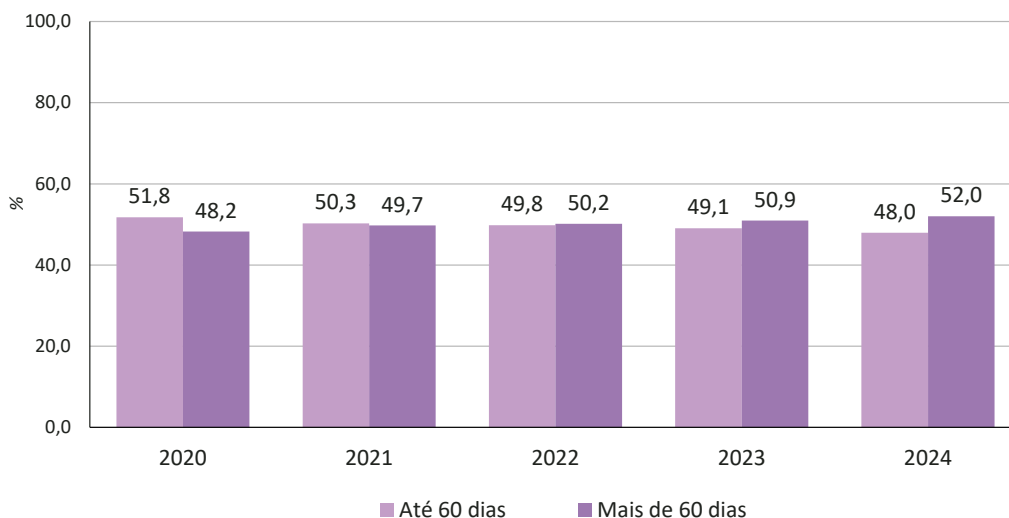
## Tempo para o início do tratamento

O Painel-oncologia é uma ferramenta que visa a apoiar o monitoramento do intervalo de tempo entre a data do diagnóstico e o início do tratamento oncológico a partir dos dados disponíveis nos sistemas de informação do SUS (Atty *et al.*, 2020). Segundo a Lei n.º 12.732/2012, esse tempo não deve ultrapassar 60 dias. Os sistemas de informação do SUS utilizados no Painel-oncologia são: SIA/SUS, Siscan e SIH/SUS, os quais alimentam os dados disponibilizados no Painel. Ressalta-se que não há inserção direta de dados no Painel-oncologia.

É importante destacar que o total de casos diagnosticados apresentados nesse painel não deve ser utilizado para o cálculo de incidência de câncer, visto que não se trata de uma base de dados populacional. Ele apresenta somente os casos diagnosticados no SUS e com registro adequado nos sistemas de informações. Além disso, não há a exclusão de recidivas e tumores secundários.

No Brasil, o percentual de casos de câncer do colo do útero tratados em até 60 dias apresentou uma redução contínua entre 2020 e 2024, segundo os dados disponíveis no Painel-oncologia. Em 2020, 51,8% dos casos receberam tratamento dentro desse prazo. Nos anos seguintes, essa proporção seguiu diminuindo e alcançou 50,3% em 2021, caiu para 49,8% em 2022, passou a 49,1% em 2023 e alcançou o menor índice do período em 2024, quando 48,0% dos casos foram tratados em até 60 dias (Figura 29).

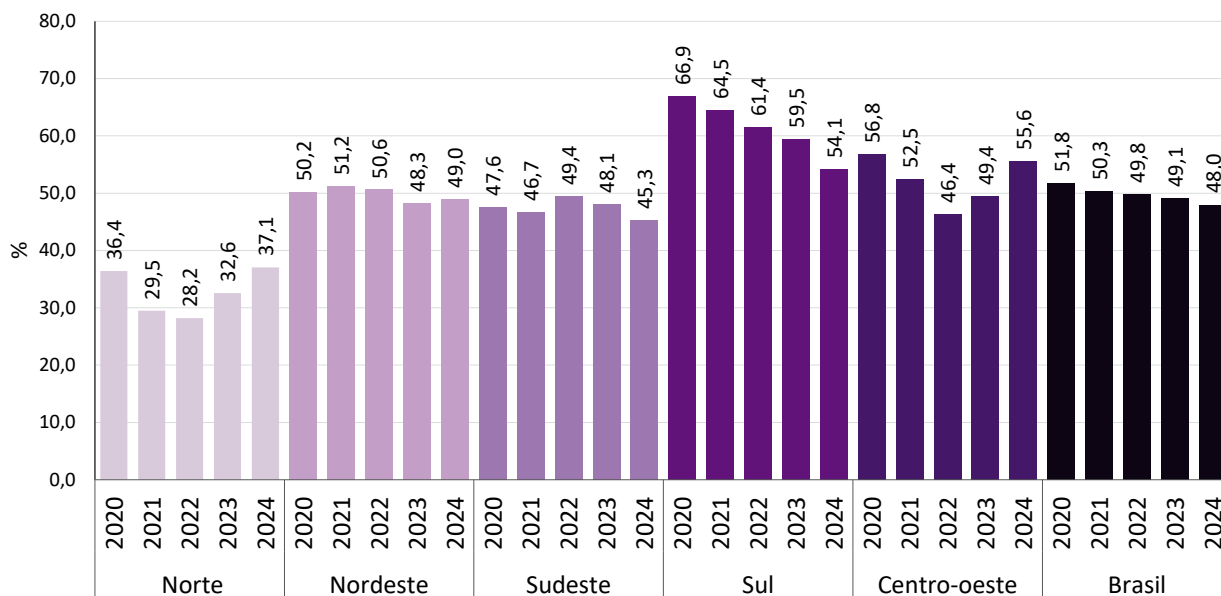
Figura 29. Distribuição dos casos diagnosticados de câncer do colo do útero, segundo intervalo até primeiro tratamento oncológico no Sistema Único de Saúde. Brasil, de 2020 a 2024



Fonte: Painel-oncologia (Brasil, 2025c).  
 Nota: excluídos os casos sem informação de tratamento.

Entre os anos de 2020 e 2024, observam-se variações regionais nas proporções de casos de câncer do colo do útero tratados em até 60 dias. A região Sul apresentou os melhores resultados, embora tenha variado de 66,9% em 2020 para 54,1% em 2024. Já a região Norte apresentou proporções abaixo de 40% dos casos, com aumento, entretanto, nos últimos dois anos (Figura 30).

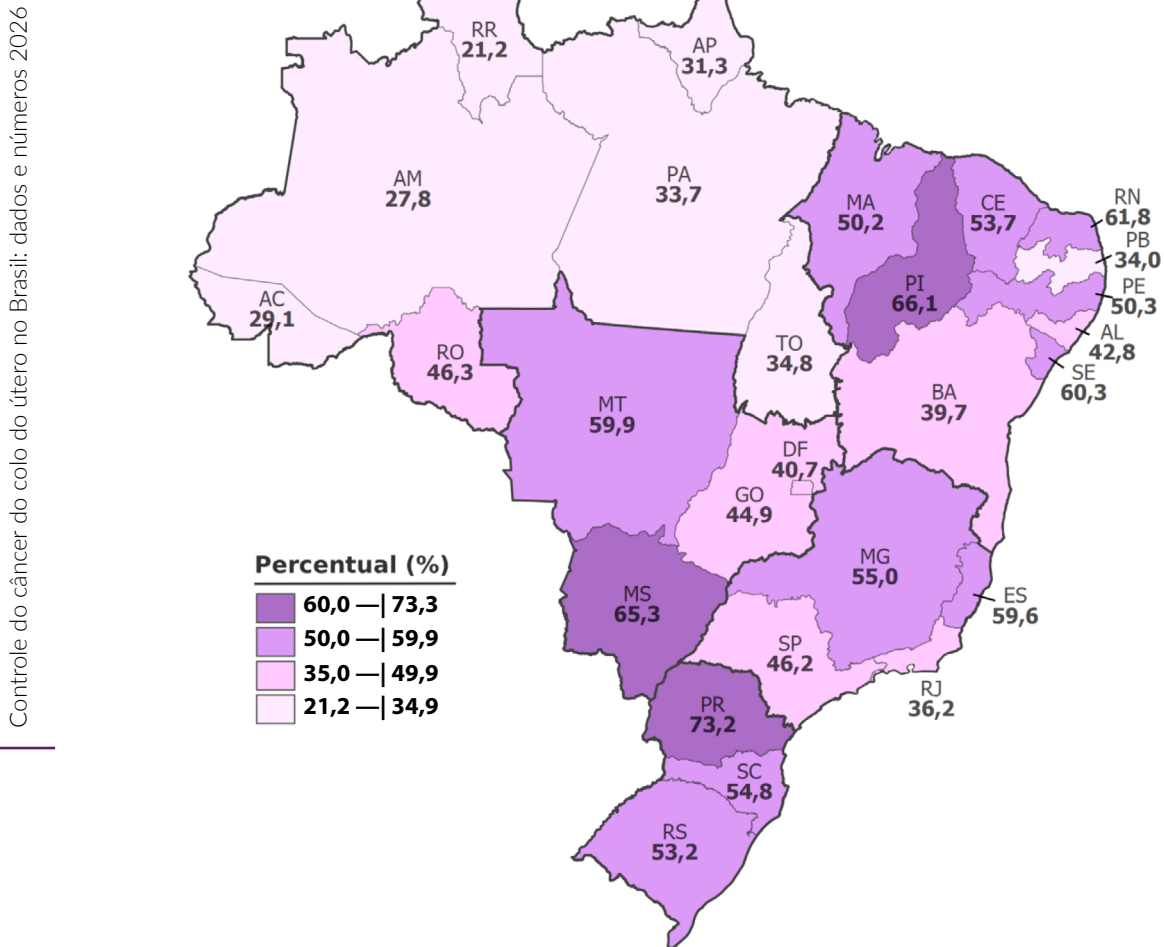
Figura 30. Distribuição percentual dos casos diagnosticados de câncer do colo do útero tratados em até 60 dias. Brasil e regiões, de 2020 a 2024



Fonte: Painel-oncologia (Brasil, 2025c).  
 Nota: excluídos casos sem informação de tratamento.

Considerando a UF de residência do usuário, observa-se que Paraná (73,2%), na região Sul, Mato Grosso do Sul (65,3%), no Centro-Oeste, além de Piauí (66,1%), Rio Grande do Norte (61,8%) e Sergipe (60,3%), no Nordeste, apresentaram proporções acima de 60% de casos de câncer do colo do útero tratados em até 60 dias (Figura 31).

Figura 31. Representação espacial do percentual dos casos diagnosticados de câncer do colo do útero, segundo intervalo até primeiro tratamento oncológico. Região e Unidade da Federação de residência, de 2020 a 2024



Fonte: Painel-oncologia (Brasil, 2025c).  
Nota: excluídos os casos sem informação de tratamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer do colo do útero apresenta alto potencial para o desenvolvimento de ações de controle por meio da prevenção primária (vacinação contra o HPV) e da prevenção secundária (rastreamento e diagnóstico precoce) para sua efetiva eliminação, como recomendado pela OMS.

Desde o final dos anos 1990, quando as ações de controle do câncer do colo do útero, por meio da detecção precoce, foram implementadas mais sistematicamente em nível nacional, muitos foram os passos para estruturar o arcabouço normativo e técnico que hoje orienta as práticas no SUS.

Embora a vacina contra o HPV esteja disponível no SUS desde o ano de 2014, o cenário atual apresentado ilustra um desafio importante no Brasil. Algumas localidades apresentam boas coberturas vacinais entre as meninas, porém outras necessitam de intervenções para melhorar a cobertura. Cabe ressaltar que o impacto na magnitude da doença ainda é discreto, pois a cobertura da vacinação ainda não alcançou a meta de imunizar 90% da população de 9 a 14 anos. Além disso, seu efeito na incidência e mortalidade ocorrerá apenas quando a coorte de mulheres vacinadas alcançar a faixa etária recomendada para o início do rastreamento, período em que o desenvolvimento do câncer e de suas lesões precursoras torna-se mais provável. Assim, o rastreamento persiste como estratégia essencial, pois as mulheres não vacinadas têm maior risco de desenvolvimento do câncer do colo do útero e dependem exclusivamente da detecção precoce.

Ampliar o alcance das ações de controle exige investir na qualificação dos profissionais de saúde envolvidos no rastreamento, no manejo clínico e no aconselhamento, além de promover uma cultura de prevenção na população. O fortalecimento dos sistemas de informação e o monitoramento contínuo dos indicadores devem guiar as equipes para a promoção da equidade e da efetividade das intervenções. É essencial realizar campanhas de comunicação que esclareçam dúvidas, reduzam o estigma e estimulem a adesão às estratégias de prevenção primária e secundária. A integração articulada das ações de vacinação, rastreamento e diagnóstico precoce, com foco em grupos prioritários, é indispensável para ampliar o impacto das políticas de controle. Assim, UF e municípios devem prover esforços para identificar e rastrear as mulheres que nunca foram rastreadas ou que estão em atraso com seu exame, como parte das ações de enfrentamento do câncer do colo do útero, para mudar o cenário da incidência e da mortalidade, ainda elevadas no Brasil.

A implementação do teste de DNA-HPV no SUS representa um avanço rumo à eliminação do câncer do colo do útero. Contudo, os dados apresentados nesta publicação reforçam a necessidade de avançar na organização do rastreamento, reduzindo desigualdades e aumentando a eficiência do processo. A adesão às diretrizes de periodicidade e faixa etária é fundamental para que o novo método seja custo-efetivo e alcance a meta de cobertura e as pessoas sob maior risco de desenvolver a doença (Instituto Nacional de Câncer, 2025d).

Os indicadores apresentados permitem identificar que a região Norte, de maior incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, enfrenta as maiores dificuldades no acesso ao rastreamento e à confirmação diagnóstica. A mudança de padrão no Amazonas, que historicamente sempre teve as maiores taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero, pode estar associada à melhoria dos indicadores de processo e qualidade apresentados nesta publicação, porém é necessário maior tempo para confirmar essa hipótese. Espera-se que a ampliação da cobertura e a implementação do teste de DNA-HPV sejam acompanhadas de ampliação do diagnóstico e do tratamento para que reflitam nos indicadores de incidência e mortalidade. Nas séries históricas analisadas, observou-se o impacto da pandemia de covid-19 em 2020 e 2021. A capacidade de recuperação do SUS pode ser observada com o aumento progressivo na produção dos procedimentos da linha de cuidado, que, em geral, alcançaram em 2023 valores superiores aos do ano anterior à pandemia, porém com pequenas

reduções em 2024, o que pode refletir a captação de casos perdidos durante a pandemia até 2023. Os indicadores de morbimortalidade ainda precisam de um período maior de observação, para que sejam verificados os efeitos nas diferentes localidades do país, porém preocupam os percentuais elevados de estadiamento clínico avançado, que devem ser analisados em profundidade em nível local e por unidade hospitalar.

Esta publicação procurou mostrar um retrato do Brasil atual e os pontos que apresentam melhoria, estagnação ou piora ao longo do tempo, em diversas dimensões da linha de cuidado do câncer do colo do útero. Desigualdades no rastreamento e no acesso a serviços para investigação diagnóstica e tratamento em tempo oportuno respondem, provavelmente, pelos pequenos resultados em termos de redução da incidência e da mortalidade por essa neoplasia em nível nacional.

É necessário reconhecer a complexidade dessa construção e os resultados positivos, que podem ser observados em nível local, em diversas partes do país, bem como identificar e enfrentar os obstáculos existentes para que o Brasil possa, de fato, caminhar em direção à meta do plano de eliminação do câncer do colo do útero.

Espera-se que o panorama apresentado oriente e estimule as ações necessárias nas três esferas do SUS, para que seja possível superar os pontos críticos aqui apresentados e garantir o cuidado integral à saúde da população brasileira.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **ANS TABNET**: Informações em Saúde Suplementar. [S. l.]: ANS, 2025. (Beneficiários por UFs, regiões Metropolitanas (RM) e Capitais). Disponível em: [https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_02.def](https://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def). Acesso em: 25 nov. 2025.

ATTY, A. T. de M. *et al.* PAINEL-Oncologia: uma Ferramenta de Gestão. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p. 1-10, abr./jun. 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.827.

BHATLA, N. *et al.* Cancer of the cervix uteri. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, New York, v. 143, p. 22-36, out. 2018. DOI: 10.1002/ijgo.12611.

BRASIL. **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. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm). Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022**. Consolidação das normas sobre atenção especializada à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prc0001\\_31\\_03\\_2022.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prc0001_31_03_2022.html). Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014**. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189\\_31\\_01\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189_31_01_2014.html). Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.388, de 30 de dezembro de 2013**. Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3388\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3388_30_12_2013.html). Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAES/MS nº 688, de 28 de agosto de 2023**. Altera a portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2023/prt0688\\_30\\_08\\_2023.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2023/prt0688_30_08_2023.html). Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SECTICS/MS nº 3, de 7 de março de 2024**. Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do SUS, os testes moleculares para detecção de HPV [...]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2024/prt0003\\_08\\_03\\_2024.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2024/prt0003_08_03_2024.html). Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de acesso às Ofertas de cuidados integrados na Atenção Especializada em Oncologia 2025**: versão preliminar, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/agora-tem-especialistas/publicacoes/protocolo-de-acesso-as-ofertas-de-cuidados-integrados-na-atencao-especializada-em-oncologia.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Composição. Atenção Especializada à Saúde. Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Hospitais habilitados na alta complexidade em oncologia no SUS. **Hospitais habilitados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/cgcan/hospitais-habilitados>. Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Painel-Oncologia-Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL\\_ONCO/PAINEL\\_ONCOLOGIABR.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def). Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Projeção da população das unidades da federação por sexo, idade simples ou faixa-etária: 2000-2070** (edição 2024). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpop2024uf.def>. Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica - SAGE: Coortes Vacinais - Papilomavírus Humano (HPV)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025d. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI\\_DEMAS\\_VACINACAO\\_HPВ/SEIDIGI\\_DEMAS\\_VACINACAO\\_HPВ.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_HPВ/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_HPВ.html). Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Sistema de Informação do Câncer - SISCAN (colo do útero e mama)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025e. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/sistema-de-informacao-do-cancer-siscan-colo-do-utero-e-mama/>. Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Produção ambulatorial (SIA/SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025f. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/>. Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Produção hospitalar (SIH/SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025g. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>. Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2006-2023: prevenção do câncer feminino: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de prevenção do câncer feminino nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-a-2023-prevencao-do-cancer-feminino.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. **Nota Técnica nº 16/2025/DPNI/SVSA/MS**. Orientação quanto à nova metodologia para avaliação dos indicadores de vacinação contra o HPV. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025h. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/content/Default/SEI\\_0045605478\\_Nota\\_Tecnica\\_16.pdf](https://infoms.saude.gov.br/content/Default/SEI_0045605478_Nota_Tecnica_16.pdf). Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações. Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. **Nota Técnica nº 41/2024-CGICI/DPNI/SVSA/MS**. Adoção da dose única da vacina HPV para meninos e meninas de 09 a 14 anos de idade no Calendário Nacional de Vacinação, estratégia de resgate de adolescentes até 19 anos não vacinados e inclusão de portadores de PRR como grupo prioritário. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-41-2024-cgici-dpni-svsa-ms>. Acesso em: 25 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass\\_programa\\_nacional\\_avaliacao\\_servicos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf). Acesso em: 25 nov. 2025.

CLARO, I. B. *et al.* Avaliação de exames histopatológicos do colo do útero diagnosticados como “outras neoplasias” no Sistema de Informação do Câncer, Brasil, 2013-2020: estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 31, n. 3, p. e2022466, 2022. DOI: 10.1590/S2237-96222022000300012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas. Sociais. Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde: PNS**, 2021. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pns>. Acesso em: 25 nov. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Atlas on-line de mortalidade**. Rio de Janeiro: INCA, 2025a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>. Acesso em: 25 nov. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Controle do câncer do colo do útero no Brasil: dados e números 2025**. Rio de Janeiro: INCA, 2025b. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17304>. Acesso em: 25 nov. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2025d. (v. 1). Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17858>. Acesso em: 3 jun. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2026**: incidência do câncer no Brasil. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2026. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/18062>. Acesso em: 15 fev. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **IntegradorRHC**: registro hospitalar de câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2025c. Disponível em: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/>. Acesso em: 25 nov. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Perfil da assistência oncológica no Brasil entre 2012 e 2016. **Informativo Vigilância do Câncer**, Rio de Janeiro, n. 7, jun/jul. 2020. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/7335>. Acesso em: 25 nov. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **TNM**: classificação de tumores malignos. 8. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2022a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Tratamento**: O tratamento apropriado das lesões precursoras (lesões intraepiteliais escamosas de alto grau na citologia, neoplasias intraepiteliais cervicais 2 e 3. Rio de Janeiro: INCA, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/tratamento>. Acesso em: 25 nov. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016a. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/7810>. Acesso em: 25 nov. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil**: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA, 2016b. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/7316>. Acesso em: 25 nov. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **IntegradorRHC**: Ferramenta para a Vigilância Hospitalar de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/7314>. Acesso em: 15 set. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2016c. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/11608>. Acesso em: 25 nov. 2025.

RIBEIRO, C. M. *et al.* Parâmetros para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. e00183118, 2019. DOI: 10.1590/0102-311XX00183118.

SANTOS JUNIOR, E. C. de A.; SILVA, G. A.; PAIVA, N. S. Qualidade dos dados dos Registros Hospitalares de Câncer: Uma Análise dos Casos Cadastrados de Câncer no Brasil entre 2000 e 2020. **Revista Brasileira Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, jan/mar. p. e-224568. 2024. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n1.4568.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cervical cancer screening in developing countries**: report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42544/9241545720.pdf?sequence=1>. Acesso em: 25 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem**. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336583/9789240014107-eng.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2025.

# APÊNDICE

## Ficha técnica dos indicadores

Nome do indicador	Conceito	Relevância	Fórmula de cálculo	Fonte	Parâmetro	Limitações	Observações
<b>Incidência e mortalidade do câncer do colo do útero</b>							
Taxa estimada de incidência de câncer do colo do útero	Apresenta o risco estimado de adoecer por câncer do colo do útero na população feminina, em determinado local e ano	Permite dimensionar a magnitude da ocorrência de casos novos de câncer do colo do útero em dado local	$(\text{Número de casos novos de câncer do colo do útero estimados/população feminina}) \times 100 \text{ mil}$	Estimativa de incidência do INCA	Não há	A taxa de incidência real é obtida apenas nos locais onde há RCBP. Nos demais locais, é um dado estimado	Os dados são apresentados em taxa bruta, risco real de adoecer e taxa ajustada pela população mundial, para estimar o risco considerando as variações na distribuição de idade entre as populações
Taxa de mortalidade por câncer do colo do útero	Apresenta o risco de morrer por câncer do colo do útero na população feminina, em determinado local e ano	Permite avaliar o impacto a longo prazo das ações de controle do câncer do colo do útero	$(\text{Número de óbitos por câncer do colo do útero em mulheres/população feminina de determinada localidade e ano}) \times 100 \text{ mil}$	Atlas de mortalidade por câncer	Não há. Espera-se, porém, declínio como resultado das ações de controle	Pode haver subestimação do registro de óbitos em determinados locais. A base de mortalidade é, porém, considerada, nacionalmente, de boa qualidade	Os dados são apresentados em taxa bruta, risco real de morrer e taxa ajustada pela população mundial, para estimar o risco considerando as variações na distribuição de idade entre as populações
Mortalidade proporcional por câncer do colo do útero	Apresenta o percentual de óbitos por câncer do colo do útero em mulheres entre o total de óbitos por câncer registrado na população feminina, em determinado local e ano	Expressa a magnitude da mortalidade específica por câncer do colo do útero no total de mortes por câncer na população feminina	$(\text{Número de óbitos por câncer do colo do útero em mulheres/número de óbitos por câncer em mulheres}) \times 100$		Não há		—
Mortalidade proporcional de câncer do colo do útero por faixa etária	Apresenta o percentual de óbitos por câncer do colo do útero em cada faixa etária da população feminina, em determinado local e ano	Expressa a magnitude da mortalidade específica por câncer do colo do útero no total de mortes por câncer na população feminina por faixa etária	$(\text{Número de óbitos por câncer do colo do útero em mulheres por faixa etária/número de óbitos por câncer do colo do útero em mulheres}) \times 100$		Não há		—

continua

continuação

Nome do indicador	Conceito	Relevância	Fórmula de cálculo	Fonte	Parâmetro	Limitações	Observações
<b>Vacina contra o HPV</b>							
Cobertura vacinal contra o HPV	Apresenta o percentual de meninas e meninos de 9 a 14 anos que receberam ao menos uma dose da vacina contra o HPV	Permite avaliar o progresso do Brasil em relação às metas da OMS para a eliminação do câncer do colo do útero (que prevê 90% de cobertura vacinal entre meninas)	(Número de doses de vacina HPV aplicadas em crianças e adolescentes de 9 a 14 anos no período avaliado/população total estimada de crianças e adolescentes de 9 a 14 anos no período avaliado) × 100 Fazer o cálculo estratificado por meninos e meninas	Painel da vacinação	90% entre meninas	Tem limitações relacionadas ao uso de dados consolidados, referentes às doses de 2014 a 2019	Calculada por coorte de nascimento, somando doses aplicadas entre meninas e meninos de 9 e 14 anos
<b>Produção de exames citopatológicos do colo do útero no SUS</b>							
Número de exames citopatológicos cervicovaginais realizados no SUS	Apresenta o número de exames citopatológicos realizados no SUS, segundo o tipo de procedimento, que reflete a indicação	Permite avaliar o volume de exames citopatológicos realizados no SUS, considerando as diferentes faixas etárias	Somatório do número de exames citopatológicos realizados (exame citopatológico cervicovaginal/microflora — 02.03.01.001-9 e exame citopatológico cervicovaginal/microflora — rastreamento — 02.03.01.008-6) Local de residência	SIA/SUS	Deve ser definido mediante a programação anual de procedimentos. Se a oferta é deficitária, espera-se tendência crescente de produção	Pode haver sub-registro nos locais em que o financiamento não dependa exclusivamente do repasse federal (pagamento fora do SIA/SUS) As informações do SIA/SUS ficam disponíveis após três meses de realização do procedimento e podem sofrer atualizações no período de seis meses	Selecionar quantidade apresentada
Número de exames citopatológicos do colo do útero por faixa etária	Apresenta o número de exames citopatológicos realizados no SUS, de acordo com a faixa etária, em determinado local e período	Permite avaliar o volume de exames citopatológicos realizados no SUS, considerando as diferentes faixas etárias	Somatório do número de exames citopatológicos realizados (exame citopatológico cervicovaginal/microflora — 02.03.01.001-9 e exame citopatológico cervicovaginal/microflora — rastreamento — 02.03.01.008-6), distribuídos por faixas etárias e local de residência				

continua

continuação

Nome do indicador	Conceito	Relevância	Fórmula de cálculo	Fonte	Parâmetro	Limitações	Observações
<b>Cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero – inquéritos populacionais</b>							
Percentual de cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero na pesquisa Vigitel	Apresenta o percentual de mulheres de 25 a 64 anos que informaram ter realizado exame citopatológico do colo do útero nos últimos três anos, nas capitais brasileiras e no Distrito Federal	Permite estimar a cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero nas capitais brasileiras e no Distrito Federal	$(\text{Número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico do colo do útero há menos de três anos/número de mulheres de 25 a 64 anos}) \times 100$	Vigitel	—	É uma estimativa a partir da amostra da pesquisa. Por alguns anos, foi limitada aos informantes que tinham telefone fixo, mas em 2023 passou a incluir também os que têm aparelho celular Dados autorreferenciados podem incorrer em vies de memória e de resposta desejada	—
Percentual de cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero, segundo o nível de instrução (PNS)	Apresenta o percentual de mulheres de 25 a 64 anos que informaram ter realizado exame citopatológico do colo do útero há menos de três anos da data da entrevista, segundo o nível de instrução no Brasil e nas regiões	Permite avaliar as desigualdades sociais no acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero, segundo os níveis de instrução	$(\text{Número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico do colo do útero há menos de três anos, segundo o nível de instrução/número de mulheres de 25 a 64 anos}) \times 100$	—	Não informado.	Na perspectiva de redução das disparidades sociais e raciais, espera-se redução do gradiente de desigualdades observadas nessas variáveis estudadas	—
Percentual de cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero, segundo raça ou cor (PNS)	Apresenta o percentual de mulheres de 25 a 64 anos que informaram ter realizado exame citopatológico do colo do útero há menos de três anos da data da entrevista, segundo raça ou cor, no Brasil e nas regiões	Permite avaliar as desigualdades raciais no acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero, segundo raça ou cor	$(\text{Número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico do colo do útero há menos de três anos, segundo raça ou cor/número de mulheres de 25 a 64 anos}) \times 100$	—	—		
Percentual de cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero, segundo rendimento domiciliar per capita (PNS)	Apresenta o percentual de mulheres de 25 a 64 anos que informaram ter realizado exame citopatológico do colo do útero há menos de três anos da data da entrevista, segundo rendimento domiciliar per capita, no Brasil e nas regiões	Permite avaliar as desigualdades sociais no acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero, segundo rendimento domiciliar per capita	$(\text{Número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico do colo do útero há menos de três anos, segundo rendimento domiciliar per capita/número de mulheres de 25 a 64 anos}) \times 100$	—	—		

Controle do câncer do colo do útero no Brasil: dados e números 2026

continua

continuação

Nome do indicador	Conceito	Relevância	Fórmula de cálculo	Fonte	Parâmetro	Limitações	Observações
Percentual de cobertura do rastreamento do câncer do colo do útero, segundo rede de financiamento (PNS)	Apresenta o percentual de mulheres de 25 a 64 anos que informaram ter realizado exame citopatológico do colo do útero há menos de três anos da data da entrevista, segundo rede de financiamento do exame (público ou privado) no Brasil e nas regiões	Permite avaliar as desigualdades sociais no acesso ao rastreamento do câncer do colo do útero, segundo rede de financiamento do exame	$(\text{Número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram exame citopatológico do colo do útero há menos de três anos segundo rede de financiamento} / \text{número de mulheres de 25 a 64 anos}) \times 100$	—	—	—	—
Percentual de mulheres sem realizar rastreamento do câncer do colo do útero (PNS)	Apresenta o percentual de mulheres de 25 a 64 anos que informaram nunca ter realizado exame citopatológico do colo do útero, no Brasil, nas regiões e nas UF	Permite estimar o número de mulheres que precisam ser rastreadas para o câncer do colo do útero nas UF	$(\text{Número de mulheres de 25 a 64 anos que informaram nunca ter realizado exame citopatológico do colo do útero} / \text{número de mulheres de 25 a 64 anos}) \times 100$	—	—	—	—
<b>Indicadores de monitoramento do rastreamento no SUS</b>							
Cobertura de rastreamento do câncer do colo do útero no SUS	Apresenta o percentual da população na faixa etária de 25 a 64 anos com registro citopatológico para rastreamento no Siscan nos últimos três anos, em determinado local e ano	Permite avaliar a cobertura de rastreamento na população de 25 a 64 anos usuária do SUS	$(\text{Número de mulheres de 25 a 64 anos que realizaram citopatológico para rastreamento, por local de residência, nos últimos três anos/população feminina de 25 a 64 anos*}) \times 100$ *Subtraída a população com cobertura de planos privados de saúde Filtros: motivo do exame – rastreamento ano/competência – selecionar os três anos da análise	Siscan População IBGE ANS	Segundo a OMS, a cobertura do rastreamento deve alcançar 70% da população na faixa etária alvo	O Siscan não está ainda implantado plenamente em todas as UF, o que limita a análise para o país e as regiões. Em 2022, 90% dos laboratórios de citopatologia credenciados no SUS tinham o Siscan implantado	Dado obtido a partir do total de mulheres examinadas nos últimos três anos. Selecionam-se os anos de resultado de interesse acrescidos do período posterior de um ano, para que possa ser contemplado o máximo de laudos relativos ao período analisado (ano do resultado)

continua

continuação

Nome do indicador	Conceito	Relevância	Fórmula de cálculo	Fonte	Parâmetro	Limitações	Observações
Percentual de exames citopatológicos de rastreamento do câncer do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos	Apresenta o percentual de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos entre o total de exames citopatológicos do colo do útero registrados em determinado local e período	Permite avaliar a adesão às diretrizes nacionais de faixa etária do rastreamento do câncer do colo do útero pela unidade responsável pela solicitação do exame	Número de exames citopatológicos de rastreamento do câncer do colo do útero registrados na faixa etária de 25 a 64 anos, por local de atendimento/ número total de exames citopatológicos do colo do útero registrados) $\times$ 100 Filtro: motivo do exame – rastreamento	Siscan	Não estabelecido, porém é esperado que a maior parte dos exames citopatológicos do colo do útero seja na faixa etária do rastreamento	—	—
Percentual de exames citopatológicos do colo do útero de primeira vez	Apresenta o percentual de exames citopatológicos realizados pela primeira vez na faixa etária de 25 a 64 anos	Permite avaliar a captação no rastreamento	(Número de exames realizados pela primeira vez/ número de exames com informação sobre a realização de exame anterior) $\times$ 100		Não há parâmetro definido, porém se espera que, em locais de baixa cobertura, seja crescente	Se houver alto percentual de casos “sem informação” ou “não sabe” para a variável “exame anterior”, o resultado do indicador pode ficar comprometido	Para o denominador, utilizar o filtro “exame anterior”, incluindo apenas as opções “sim” e “não”
Razão de exames com lesão de alto grau e carcinoma invasivo do colo do útero	Apresenta a relação entre o número de exames com diagnóstico citológico de lesão intraepitelial de alto grau e diagnósticos de carcinoma invasor	Permite medir a capacidade do programa de controle do câncer do colo do útero em detectar precocemente lesões precursoras (lesão de alto grau)	Número de exames com resultado de lesão de alto grau/ número de exames com resultado de carcinoma epidermoide invasor		Maior que dez	Seu resultado é dependente da capacidade do laboratório na identificação das lesões	O diagnóstico “lesão de alto grau não podendo excluir microinvasão” não deve ser incluído
Distribuição percentual das alterações citopatológicas do colo do útero no rastreamento	Apresenta a distribuição percentual das lesões identificadas no rastreamento, de acordo com a faixa etária e o local de residência	Permite avaliar a prevalência de lesões identificadas no rastreamento	(Número de pessoas rastreadas com determinado diagnóstico por local de residência e período/número total de pessoas rastreadas com resultado alterado no mesmo local de residência e período) $\times$ 100 Filtro: motivo do exame – rastreamento		Não há		Esse indicador utilizou dados de pessoas e não de exames, considerando o resultado mais grave Categorias: • ASC-US • ASC-H • Atípicas de significado indeterminado: células glandulares atípicas de significado indeterminado e AIO • LSIL • HSIL e HSIL não podendo excluir microinvasão • Câncer: carcinoma epidermoide invasor, adenocarcinoma <i>in situ</i> , adenocarcinoma invasor e outras neoplasias

Controle do câncer do colo do útero no Brasil: dados e números 2026

continua

continuação

Nome do indicador	Conceito	Relevância	Fórmula de cálculo	Fonte	Parâmetro	Limitações	Observações
Intervalo da coleta	Apresenta o intervalo entre a coleta do material do exame citopatológico do colo do útero e o recebimento pelo laboratório	Permite avaliar o tempo entre a coleta da amostra e a entrega do material ao laboratório que vai realizar o exame	(Número de exames de acordo com o intervalo de coleta/número total de exames) $\times$ 100 Selecionar local de atendimento – município da unidade de saúde	Siscan	—	—	Selecionam-se o ano de resultado de interesse e o respectivo ano de competência, acrescidos do período posterior de um ano, para que possa ser contemplado o máximo de exames relativos ao período analisado (ano do resultado)
<b>Qualidade do exame citopatológico</b>							
Percentual de exames insatisfatórios	Apresenta o percentual de amostras classificadas como insatisfatórias para análise em relação ao total de exames	Permite identificar locais com falhas na coleta ou no processamento das amostras, visando à orientação de ações corretivas junto à unidade de saúde	(Número de exames insatisfatórios por ano/total de exames satisfatórios) $\times$ 100 Pelo local de atendimento (UF) do prestador de serviço (laboratório)	Siscan	< 5%	—	Esfregaços considerados insatisfatórios para análise são aqueles que apresentam material acelular ou hipocelular (menos de 10% da superfície da lâmina recobertos por células escamosas), fatores de obscurecimento que prejudiquem a interpretação de mais de 75% das células epiteliais, ou ainda outras causas, que devem ser especificadas
Representatividade do epitélio na amostra na faixa etária de 25 a 64 anos	Informa sobre a representatividade do epitélio nas amostras na faixa etária de 25 a 64 anos	Contribui para a avaliação da qualidade da coleta dos exames citopatológicos do colo do útero. A presença de epitélio da zona de transformação nesse exame aumenta a chance de identificação de lesões, pois é nessa região que a maior parte das lesões se inicia	(Número de exames com representatividade da zona de transformação por ano/número de exames satisfatórios) $\times$ 100 Selecionar local de atendimento – município da unidade de saúde Filtro: adequabilidade – satisfatórios		—	Esse indicador é influenciado pela idade. Em pessoas mais velhas, é menor a representatividade da zona de transformação. A análise deve ser desagregada por faixa etária de 25 a 49 anos e de 50 a 64 anos	O esfregaço ideal para a realização do exame citopatológico é aquele que tem a representação dos epitélios escamoso, glandular e/ou metaplásico. Considera-se o exame com representatividade da zona de transformação quando apresenta células dos epitélios glandular e/ou metaplásico do colo do útero

continua

continuação

Nome do indicador	Conceito	Relevância	Fórmula de cálculo	Fonte	Parâmetro	Limitações	Observações
Índice de positividade	Expressa a prevalência de alterações celulares nos exames	Permite avaliar a sensibilidade do processo do rastreamento em detectar lesões na população examinada	(Número de exames alterados por ano/número de exames satisfatórios) $\times$ 100 No denominador, apenas exames satisfatórios Pelo local de atendimento (UF) do prestador de serviço (laboratório) Ano-competência 2023-2024 e ano-resultado 2023	Siscan	Igual ou maior que 3%	—	Deve ser analisado em conjunto com os indicadores referentes às atípicas de significado indeterminado
Percentual de ASC entre os exames satisfatórios	Expressa o percentual de resultados que representam dúvidas diagnósticas de atípicas escamosas (ASC-US e ASC-H) em relação ao total de exames satisfatórios	Permite avaliar a capacidade dos laboratórios na identificação de lesões, sendo útil para identificar necessidade de capacitação profissional	(Número de ASC/número de exames satisfatórios) $\times$ 100 Pelo local de atendimento (UF) do prestador de serviço (laboratório) Filtro: adequabilidade – satisfatórios		Espera-se que, no máximo, de 4% a 5% de todos os exames sejam classificados como ASC	—	Valores elevados podem representar ônus para a pessoa e para a rede assistencial, pela necessidade de oferta de um maior número de exames destinados à repetição para melhor investigação diagnóstica ou o encaminhamento desnecessário à colposcopia
Percentual de células escamosas atípicas de significado indeterminado entre os exames alterados	Expressa o percentual de resultados que representam dúvidas diagnósticas (ASC-US e ASC-H) em relação ao total de exames alterados		(Número de ASC/número de exames alterados) $\times$ 100 No denominador, apenas exames satisfatórios Pelo local de atendimento (UF) do prestador de serviço (laboratório)		Menor que 60%	—	Esse indicador deve ser analisado em conjunto com o índice de positividade, pois esse índice aparentemente adequado pode conter um elevado percentual de exames compatíveis com ASC

Controle do câncer do colo do útero no Brasil: dados e números 2026

continua

continuação

Nome do indicador	Conceito	Relevância	Fórmula de cálculo	Fonte	Parâmetro	Limitações	Observações
Percentual de lesão intraepitelial de alto grau	Expressa o percentual de lesões de alto grau em relação ao total de exames satisfatórios	Permite medir a capacidade de detecção de lesões precursoras	$(\text{Número de HSIL} / \text{número de exames satisfatórios}) \times 100$ No denominador, apenas exames satisfatórios Pelo local de atendimento (UF) do prestador de serviço (laboratório)	Siscan	Maior ou igual a 0,4%	—	As HSIL representam as lesões verdadeiramente precursoras do câncer do colo do útero, ou seja, aquelas que apresentam efetivamente potencial para progressão, tornando sua detecção o objetivo primordial da prevenção secundária do câncer do colo do útero
Razão entre ASC de significado indeterminado e lesão intraepitelial escamosa	Expressa a relação entre resultados que configuram dúvida diagnóstica (ASC-US e ASC-H) e resultados com diagnóstico de lesão de baixo ou alto grau	Permite avaliar a dificuldade técnica para a identificação das alterações que são lesões intraepiteliais de baixo e alto graus	Número de ASC/número de exames (lesões intraepiteliais) No denominador, apenas exames satisfatórios Pelo local de atendimento (UF) do prestador de serviço (laboratório) Ano-competência 2024-2025 e ano-resultado 2024		Recomenda-se uma relação ASC/lesões intraepiteliais não superior a três	—	Laboratórios com razão ASC/lesões intraepiteliais muito alta necessitam determinar a causa desse resultado, e pode ser necessário rever os critérios citológicos tanto de ASC quanto de lesões intraepiteliais
Percentual de exames liberados em até 30 dias	Expressa o percentual de exames com resultado liberado em até 30 dias após a entrada dos materiais no laboratório	Permite avaliar o tempo de liberação do resultado, que é um importante componente da qualidade do exame citopatológico do colo do útero	$(\text{Número de exames liberados em até 30 dias} / \text{total de exames}) \times 100$ No denominador, apenas exames satisfatórios Pelo local de atendimento (UF) do prestador de serviço (laboratório) Selecionar a variável "tempo resultado"	—	Recomenda-se que, no máximo em 30 dias, o resultado do exame citopatológico seja liberado pelo laboratório	—	Apesar de o exame citopatológico ser utilizado para rastreamento, não havendo urgência em sua realização, recomenda-se que o tempo de entrega do laudo não seja elevado, para reduzir o risco de descontinuidade do cuidado e de perda de interesse por parte da população em realizar o exame

continua

continuação

Nome do indicador	Conceito	Relevância	Fórmula de cálculo	Fonte	Parâmetro	Limitações	Observações
Número e produção dos laboratórios que realizam o exame citopatológico	Apresenta o número de laboratórios e a produção no ano de exames citopatológicos registrados em determinado local e período	Permite avaliar a distribuição dos laboratórios e sua produção correspondente. A produção é um dos indicadores recomendados para avaliar a qualidade do laboratório	Número total de laboratórios com registro de exames citopatológicos por UF e número de produção de exames registrados	SIA/SUS	Recomenda-se que a produção anual dos laboratórios seja superior a 15 mil exames	São contabilizados apenas os exames realizados para o SUS	—
<b>Investigação diagnóstica</b>							
Número de procedimentos diagnósticos para câncer do colo do útero (colposcopia e biópsia) realizados no SUS	Apresenta a quantidade de procedimentos realizados no SUS para a investigação diagnóstica dos casos suspeitos de câncer do colo do útero (colposcopia e biópsia), em determinado local e período	Permite verificar a disponibilidade de procedimentos para confirmação diagnóstica no período analisado	Número de procedimentos realizados e apresentados pelo local de atendimento Procedimentos: colposcopia 02.11.04.002-9 e biópsia do colo uterino 02.01.01.066-6	SIA/SUS	Não há parâmetros. Avaliar se a quantidade realizada atende às necessidades estimadas pelos parâmetros para o rastreamento do câncer do colo do útero	Possível subnotificação dos registros do SIA/SUS	Análise pelo local de atendimento, para avaliar a capacidade de produção da UF
Número de procedimentos para tratamento da lesão precursora do câncer do colo do útero (EZT tipos 1, 2 e 3) realizados no SUS	Apresenta a quantidade de procedimentos realizados no SUS para o tratamento da lesão precursora de câncer do colo do útero (EZT tipos 1, 2 e 3), em determinado local e período	Permite verificar a disponibilidade de procedimentos para o tratamento da lesão precursora no período analisado	Número de procedimentos realizados e apresentados pelo local de atendimento – códigos: excisão tipo 1 do colo uterino 04.09.06.008-9, excisão tipo 2 do colo uterino 04.09.06.030-5 e excisão tipo 3 do colo uterino 04.09.06.003-8	SIA/SUS SIH/SUS	—	Possível subnotificação dos registros do SIA/SUS e SIH/SUS	—
Número de serviços que ofertam procedimentos de investigação diagnóstica e tratamento da lesão precursora	Apresenta o número de serviços que registraram a realização de procedimentos de investigação diagnóstica (colposcopia e biópsia) e tratamento da lesão precursora (EZT tipos 1 e 2)	Permite verificar a distribuição dos serviços que realizam os procedimentos de diagnóstico e tratamento e avaliar a oferta integral em um mesmo serviço	Número de estabelecimentos que realizam colposcopia 02.11.04.002-9, biópsia do colo uterino 02.01.01.066-6, excisão tipo 1 do colo uterino 04.09.06.008-9 e excisão tipo 2 do colo uterino 04.09.06.030-5	SIA/SUS	Não há parâmetros, mas se espera que os procedimentos estejam disponíveis nos mesmos serviços de saúde, para maior integralidade do cuidado	Possível subnotificação dos registros no SIA/SUS	Foram desconsiderados serviços que apresentaram menos de cinco procedimentos no ano

Controle do câncer do colo do útero no Brasil: dados e números 2026

continua

continuação

Nome do indicador	Conceito	Relevância	Fórmula de cálculo	Fonte	Parâmetro	Limitações	Observações
Tempo de liberação do laudo do exame anatomopatológico – biópsia do colo do útero no SUS	Apresenta a proporção de laudos de exames anatomopatológicos do colo do útero, segundo tempo transcorrido entre a data da coleta da biópsia e a liberação do laudo, em determinado local e período	Permite avaliar o tempo em dias para a liberação do laudo dos exames anatomopatológicos do colo do útero após a realização de biópsia	(Número de laudos de exames anatomopatológicos de biópsia de colo do útero no SUS, segundo tempo de liberação/ número de laudos de exames anatomopatológicos de biópsia do colo do útero no SUS) × 100	Siscan	A Lei n.º 13.896/2019 estabelece que os casos suspeitos de câncer devem ter a confirmação diagnóstica no prazo máximo de 30 dias	O tempo de liberação do laudo do exame anatomopatológico do colo do útero pode contribuir para um proxy do tempo de investigação diagnóstica	Dado obtido a partir do total de pessoas examinadas nos últimos dois anos. Selecionam-se o ano de resultado de interesse e o respectivo ano de competência, acrescidos do período posterior de um ano, para que possa ser contemplado o máximo de laudos relativos ao período analisado (ano do resultado)
Distribuição dos diagnósticos anatomopatológicos por faixa etária	Apresenta a distribuição percentual dos laudos histopatológicos nas pessoas submetidas a biópsia e EZT “ver e tratar” do colo do útero, de acordo com a faixa etária e o local de residência	Permite avaliar a distribuição da confirmação diagnóstica dos casos suspeitos identificados no rastreamento ou sintomáticos	(Número de pessoas com exame histopatológico em cada categoria de resultado/ total de pessoas com exame histopatológico) × 100 Filtro: tipo de procedimento – EZT “ver e tratar”	—	—	—	Os resultados foram agrupados em câncer (carcinoma e/ou adenocarcinoma), outras neoplasias, NIC I, NIC II, NIC III e benigno
<b>Tratamento</b>							
Distribuição dos hospitais habilitados em oncologia no SUS	Apresenta o número de hospitais habilitados para o tratamento de câncer do colo do útero e a produção de procedimentos, de acordo com a modalidade terapêutica, em determinado local de atendimento e período	Permite dimensionar a disponibilidade de estabelecimentos habilitados que realizam cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia	Número de hospitais habilitados com registro de cirurgia <sup>1</sup> , quimioterapia <sup>2</sup> ou radioterapia <sup>3</sup> <sup>1</sup> Cirurgia oncológica do colo do útero (04.16.06) <sup>2</sup> Quimioterapia: procedimentos de quimioterapia (03.04. de 02 a 08) <sup>3</sup> Radioterapia: (03.04.01.042-1, 03.04.01.043-0) com filtro pelos CID-C53 e D06	SIH/SUS Apac Lista de hospitais habilitados	Hospitais habilitados como Unacon, com ou sem radioterapia, e Cacon devem oferecer serviço de ginecologia	Alguns hospitais podem apresentar subnotificação. Não é possível verificar se a produção informada atende à demanda	—

continua

## conclusão

Nome do indicador	Conceito	Relevância	Fórmula de cálculo	Fonte	Parâmetro	Limitações	Observações
Estadiamento do câncer do colo do útero no SUS	Apresenta a distribuição percentual dos casos de câncer do colo do útero, segundo estadiamento clínico no RHC, em determinado local e ano	Permite avaliar o estadiamento clínico da doença no momento da primeira consulta na unidade hospitalar e verificar a capacidade de identificação dos casos em estádios iniciais	(Número de casos* de câncer do colo do útero, segundo estadiamento clínico/número de casos de câncer do colo do útero com estadiamento registrado) × 100 *Selecionar os casos analíticos (casos que fazem todo o tratamento ou a maior parte dele na unidade hospitalar)	IntegradorRHC	Espera-se maior percentual de casos em estádios iniciais ( <i>in situ</i> e I), refletindo as ações de detecção precoce para o câncer do colo do útero. Entretanto, os casos <i>in situ</i> (NIC III) podem estar subnotificados no RHC, uma vez que são tratados em unidades secundárias	Elevados percentuais de casos sem informação (estádio ignorado ou classificado como “não se aplica”) podem comprometer a análise	Para o estadiamento do câncer do colo do útero, utiliza-se a classificação TNM
Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer do colo do útero no SUS	Apresenta o percentual de casos de câncer do colo do útero, segundo intervalo entre a data do diagnóstico e o primeiro tratamento oncológico, em determinado local e período	Permite avaliar a rede assistencial do SUS quanto ao cumprimento da lei dos 60 dias para início do tratamento do câncer	(Número de casos de câncer do colo do útero com informação de data de diagnóstico e tratamento, por intervalo de tempo até o primeiro tratamento oncológico/número de casos de câncer do colo do útero com informação de data de diagnóstico e tratamento) × 100 Diagnóstico: CID-C53	Painel-oncologia	A Lei n.º 12.732/2012 estabelece que o prazo máximo entre o diagnóstico e o primeiro tratamento oncológico deve ser de 60 dias	Os dados limitam-se aos casos com informação nos sistemas de informação do SUS. Não incluem casos diagnosticados ou tratados na rede privada	—

Fonte: elaboração do INCA.

Legenda: ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar; AOI – células atípicas de origem indefinida; Apac – Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade; ASC – célula escamosa atípica; ASC-H – célula escamosa atípica de significado indeterminado, não se pode afastar lesão de alto grau; ASC-US – célula escamosa atípica de significado indeterminado, possivelmente não neoplásica; Cacon – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; EZT – excisão da zona de transformação; HPV – papilomavírus humano; HSIL – lesão intraepitelial escamosa de alto grau; IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; INCA – Instituto Nacional de Câncer; IntegradorRHC – Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer; LSIL – lesão intraepitelial escamosa de baixo grau; NIC – neoplasia intraepitelial cervical; OMS – Organização Mundial da Saúde; PNS – Pesquisa Nacional de Saúde; RCBP – Registro de Câncer de Base Populacional; RHC – Registros Hospitalares de Câncer; SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde; SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde; Siscan – Sistema de Informação do Câncer; SUS – Sistema Único de Saúde; UF – Unidade da Federação; Unacon – Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia; Vigitel – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Nota: o termo “mulheres” pode incluir pessoas com diferentes identidades de gênero que tenham útero.

Conte-nos o que pensa  
sobre esta publicação.



**CLIQUE AQUI**  
e responda a pesquisa

Fonte: Book Antiqua, corpo 10,5

Rio de Janeiro, 2026.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

**Governo  
Federal**