

# Análise do tempo de início do tratamento do câncer de colo de útero no período de 2018-2024 em mulheres entre 25 e 64 anos no Brasil



Artigo Original

Analysis of the time to initiation of cervical cancer treatment from 2018 to 2024 in women aged 25 to 64 years in Brazil

Natália Elisabeth Wagner Müller<sup>1</sup>  
Juliano Casagrande Kumm<sup>1</sup>  
Patrícia Vanzing da Silva<sup>2</sup>  
João Adib Portilho Buainain<sup>3</sup>  
Arthur Afférrri Fernandes Pinto<sup>4</sup>  
Eduardo Sauthier Winter<sup>5</sup>  
Igor Wilke Dalla Rosa<sup>6</sup>  
Césia Santos Jales<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Luterana do Brasil, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Anhanguera Uniderp, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

<sup>4</sup>Faculdade De Medicina do ABC, Santo André, São Paulo, Brasil.

<sup>5</sup>Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>6</sup>Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>7</sup>Universidade Potiguar, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

✉ Natália Müller

Endereço: : R. Octavio Trierweiler, 1520, Jardim do Cedro, Lajeado, RS.  
CEP: 95913-410  
✉ nataliaewmuller@gmail.com

Submetido: 07/11/2025

Aceito: 25/03/2026

## RESUMO

**Introdução:** Apesar de altamente prevenível, o câncer de colo de útero se relaciona com alta morbimortalidade e está entre os 4 tipos de câncer mais incidentes em mulheres. A prevenção primária e secundária, embora eficazes, enfrentam barreiras de adesão e acesso que perpetuam a doença. No Brasil, a lei nº 12.732/2012 garante que pacientes iniciem seu tratamento oncológico em, no máximo, 60 dias após diagnóstico. **Objetivo:** Analisar o tempo entre o diagnóstico e o início de tratamento do câncer de colo de útero, segundo regiões e características sociodemográficas brasileiras, considerando o cumprimento do prazo legal de 60 dias e os desafios inerentes ao rastreamento e prevenção. **Material e Métodos:** Trata-se de estudo ecológico e descritivo que, por meio do PAINEL-Oncologia, do DATASUS, avaliou o tempo de tratamento oportuno da neoplasia maligna de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos no período entre 2018 e 2024. **Resultados:** Foram registrados 81.718 casos com informações completas sobre o início do tratamento. A Região Norte apresentou chance de atraso de 3,42 vezes maior que a Região Sul, que representou maior porcentagem no tratamento em tempo oportuno. Pacientes idosos tiveram maior proporção no tratamento iniciado após 60 dias. A taxa de terapia em até 60 dias manteve-se similar no período analisado, com exceção de 2018 que apresentou chance de 16% maior de atraso no tratamento, usando 2019 como referência. Estágios mais avançados como II, III, IV apresentaram maior prevalência de tratamento oportuno. **Conclusão:** Foram evidenciados desafios no que tange a eficiência do atendimento, disparidades regionais, subnotificações e idade para cumprimento da lei dos 60 dias no câncer de colo de útero. Reforça-se a importância da prevenção combinada e do rastreamento citopatológico de qualidade. Destaca-se a necessidade de políticas públicas para equidade no tratamento oncológico e cumprimento da lei nº 12.732/2012.

Palavras-chave: Brasil; Câncer de Colo Uterino; Epidemiologia; Prevenção de Doenças; Tratamento.

## ABSTRACT

**Introduction:** Although highly preventable, cervical cancer is associated with high morbidity and mortality and remains among the four most incident cancers in women. Primary and secondary prevention, while effective, face adherence and access barriers that perpetuate the disease. In Brazil, Law No. 12,732/2012 guarantees that patients initiate oncological treatment within a maximum of 60 days after diagnosis. **Objective:** To analyze the time between diagnosis and initiation of treatment for cervical cancer according to Brazilian regions and sociodemographic characteristics, considering compliance with the legal 60-day timeframe and the inherent challenges in screening and prevention. **Material and Methods:** This is an ecological and descriptive study that, using data from the Oncology Panel (PAINEL-Oncologia) of DATASUS, evaluated the timeliness of treatment for malignant cervical neoplasms in women aged 25 to 64 years between 2018 and 2024. **Results:** A total of 81,718 cases with complete information on treatment initiation were recorded. The Northern Region showed a 3.42 times higher likelihood of treatment delay compared to the Southern Region, which had the highest percentage of timely treatments. Elderly patients had a higher proportion of treatments initiated after 60 days. The rate of therapy initiation within 60 days remained similar throughout the analyzed period, except for 2018, which showed a 16% higher chance of treatment delay compared with 2019. More advanced stages (II, III, and IV) exhibited a higher prevalence of timely treatment. **Conclusion:** Challenges related to healthcare system efficiency, regional disparities, underreporting, and age-related differences were identified in achieving compliance with the 60-day law for cervical cancer treatment. The importance of combined prevention and high-quality cytopathological screening is reinforced. These findings highlight the need for public policies aimed at ensuring equity in oncological care and full compliance with Law No. 12,732/2012.

Keywords: Brazil; Disease Prevention; Epidemiology; Therapeutics; Uterine Cervical Neoplasms.



## INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero permanece como um importante problema de saúde pública global, sobretudo em países de baixa e média renda, onde persistem desigualdades no acesso ao rastreamento e ao tratamento oportuno. Em 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou cerca de 604 mil novos casos e 342 mil óbitos pela doença em todo o mundo, configurando-se como a quarta neoplasia mais incidente entre mulheres.<sup>1</sup> Apesar de ser prevenível pela vacinação contra o HPV e de possibilitar o diagnóstico precoce por meio do rastreamento citopatológico, a doença ainda apresenta elevada carga de morbimortalidade, refletindo falhas na cobertura e na oportunidade de diagnóstico e tratamento.<sup>1,2</sup>

Nesse contexto, é imperativo reforçar que o controle da doença perpassa pela prevenção primária e secundária. O uso de métodos de barreira, como o preservativo, é essencial para reduzir a transmissão do HPV e de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) que atuam como cofatores na oncogênese cervical.<sup>2</sup> Complementarmente, o exame citopatológico permanece como a estratégia de rastreamento fundamental, enfrentando, contudo, desafios estruturais como a baixa adesão em certas faixas etárias, dificuldades na coleta e demora na análise laboratorial, o que compromete a detecção de lesões precursoras em tempo hábil.<sup>3</sup>

No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima a ocorrência de aproximadamente 17 mil novos casos anuais para o triênio 2023–2025, com maior incidência nas regiões Norte e Nordeste, evidenciando desigualdades regionais na atenção oncológica.<sup>4</sup> A garantia de diagnóstico precoce e início oportuno do tratamento constitui um indicador essencial da efetividade do Sistema Único de Saúde (SUS) e do cumprimento da Lei nº 12.732/2012, que determina prazo máximo de 60 dias entre o diagnóstico histopatológico e o início da terapia oncológica.<sup>5</sup>

Apesar dos avanços na organização da rede oncológica, estudos apontam atrasos significativos no início do tratamento, agravados por desigualdades territoriais e socioeconômicas.<sup>6</sup> A pandemia de COVID-19 intensificou esse cenário, reduzindo em mais de 40% a realização de exames de rastreamento entre 2020 e 2021 e aumentando a proporção de pacientes que iniciaram tratamento após o prazo legal de 60 dias.<sup>7</sup> No entanto, ainda são escassos estudos nacionais que avaliem, de forma contínua e comparativa, o período de 2018 a 2024, considerando recortes regionais, faixa etária, fatores sociais e o impacto da pandemia e da fase de retomada.

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar o tempo entre a data do diagnóstico e o início do primeiro tratamento do câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos, entre

2018 e 2024, a fim de verificar a proporção de casos tratados dentro do prazo estabelecido pela Lei nº 12.732/2012, além de fatores associados ao início do tratamento após os 60 dias.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, com delineamento ecológico e de base populacional, utilizando dados secundários agregados e de acesso público. Os dados foram extraídos do Painel de Oncologia do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), mantido pelo Ministério da Saúde do Brasil. Esta plataforma consolida informações do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), fornecendo um panorama nacional sobre a assistência oncológica. O período do estudo compreendeu diagnósticos realizados entre 1º de janeiro de 2018 e a data da última atualização disponível na plataforma, em 2024.

A população do estudo foi composta por todos os casos novos de câncer de colo de útero (CID-10 C53) em mulheres de 25 a 64 anos, residentes no Brasil. De um total de 109.177 casos identificados, foram excluídos aqueles sem informação sobre a realização e a data do primeiro tratamento, resultando em uma amostra final de 80.718 casos elegíveis. O processo de seleção da população está detalhado no fluxograma apresentado nos resultados.

A variável de desfecho principal, o Tempo para Início do Tratamento (TPIT), foi definida como o intervalo em dias entre o diagnóstico e o início da primeira terapia, sendo categorizada em “Até 30 dias”, “31 a 60 dias” e “Mais de 60 dias”. Para a análise de regressão, o desfecho foi dicotomizado em “Atraso no Tratamento”, definido como o início da terapia após 60 dias, em conformidade com a Lei Federal nº 12.732/2012. As variáveis independentes incluíram o ano do diagnóstico (2018 a 2024), a região de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste), a faixa etária (em intervalos de cinco anos, de 25 a 64 anos) e o estadiamento clínico ao diagnóstico (0, I, II, III, IV).

A análise estatística iniciou-se com a descrição da população por meio de frequências absolutas e relativas. Para avaliar o potencial viés de seleção devido à exclusão de 26,1% dos casos, foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson para comparar as características entre os grupos incluídos e excluídos. O mesmo teste foi empregado na análise inferencial para verificar a associação entre as variáveis de exposição e o desfecho categórico. Subsequentemente, foram construídos modelos de regressão logística univariada para cada variável, a fim de quantificar o risco de atraso no tratamento. Os resultados foram expressos como Razão de Chances (Odds Ratio - OR) bruta, com Intervalos de Confiança (IC) de 95%. As categorias de referência

foram selecionadas com base nos melhores indicadores da análise descritiva. Todas as análises foram realizadas na linguagem de programação Python, utilizando as bibliotecas pandas, statsmodels e scipy.stats, com um nível de significância de  $p < 0,05$ .

Por se tratar de uma análise de dados secundários, anônimos e de acesso público, o estudo foi isento de apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

## RESULTADOS

No período do estudo, foram identificados 109.177 casos novos de câncer de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos. Destes, 28.459 (26,1%) não possuíam informação sobre a realização de tratamento, sendo excluídos da análise temporal. A população final do estudo consistiu em 80.718 casos com dados completos sobre o início da terapia. A proporção de casos sem informação foi significativamente maior na Região Norte (32,9%) em comparação com a Sul (21,5%) ( $\chi^2, p < 0,001$ ). Da mesma forma, casos com estadiamento ignorado no momento do diagnóstico tiveram uma proporção de perdas muito superior (50,1%) à dos casos com estadiamento clínico definido ( $\chi^2, p < 0,001$ ). Tais achados sugerem que as perdas podem estar concentradas em locais com maior fragilidade no sistema de notificação, e os resultados subsequentes devem ser interpretados considerando uma possível sub-representação das populações mais vulneráveis.

A caracterização da coorte final revelou uma concentração de casos de câncer de colo de útero nas regiões Sudeste (33,4%) e Nordeste (29,3%). A faixa etária mais acometida foi a de 40 a 44 anos, que representou 17,3% do total de casos. Quanto ao estadiamento clínico no momento do diagnóstico, a maioria dos casos foi identificada em estágios avançados, sendo 27,7% em estágio III, 18,2% em estágio II e 14,2% em estágio IV.

### Tendência temporal e fatores associados ao acesso ao tratamento

A distribuição do tempo para início do tratamento variou significativamente ao longo do período ( $\chi^2(12)=152.70, p < 0.001$ ). A análise de regressão logística, utilizando 2019 como ano de referência, revelou que 2018 apresentou uma chance 16% maior de atraso no tratamento (OR 1,16). Nos anos subsequentes (2020-2024), a chance de atraso permaneceu estatisticamente similar à de 2019, indicando uma estabilização após a melhora inicial (Tabela 1).

**Tabela 1:** Tendência temporal do atraso no início do tratamento segundo ano de referência (2019).

| <b>Categoria (Ref: 2019)</b> | <b>Odds Ratio (OR)</b> | <b>Intervalo de Confiança (95%)</b> |
|------------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| 2019 (Ref)                   | 1,00                   | -                                   |
| 2018                         | 1,16                   | 1,10 - 1,22                         |
| 2020                         | 0,97                   | 0,92 - 1,03                         |
| 2021                         | 1,02                   | 0,96 - 1,07                         |
| 2022                         | 1,05                   | 1,00 - 1,11                         |
| 2023                         | 1,09                   | 1,04 - 1,15                         |
| 2024                         | 1,04                   | 0,99 - 1,10                         |

### Disparidades regionais na espera para o tratamento

A associação mais forte observada foi entre a região de residência e o tempo para o tratamento ( $\chi^2(8)=2256,79, p < 0,001$ ). A análise de regressão logística, tendo a Região Sul como referência, quantificou a magnitude da desigualdade, a chance de uma paciente na Região Norte apresentar um atraso superior a 60 dias foi 3,42 vezes maior em comparação com uma paciente na Região Sul. Todas as outras regiões também apresentaram uma chance significativamente aumentada de atraso (Tabela 2).

**Tabela 2:** Disparidades regionais no atraso para início do tratamento (referência: Região Sul)

| <b>Categoria (Ref: Sul)</b> | <b>Odds Ratio (OR)</b> | <b>Intervalo de Confiança (95%)</b> |
|-----------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| Sul (Ref)                   | 1,00                   | -                                   |
| Centro-Oeste                | 1,42                   | 1,34 - 1,51                         |
| Nordeste                    | 1,59                   | 1,53 - 1,66                         |
| Sudeste                     | 1,76                   | 1,69 - 1,83                         |
| Norte                       | 3,42                   | 3,24 - 3,62                         |

### Influência da faixa etária e do estadiamento clínico

A idade da paciente demonstrou uma forte associação com o tempo de espera ( $\chi^2(14)=1086,76, p < 0,001$ ). O modelo logístico revelou uma clara relação de "dose-resposta": quanto maior a idade, maior a chance de atraso. Mulheres na faixa de 60 a 64 anos apresentaram uma chance duas vezes maior de iniciar o tratamento após 60 dias em comparação com o grupo de 25 a 29 anos (Tabela 3 e figura 1). De forma notável, a análise do estadiamento clínico ( $\chi^2(8)=542,32, p < 0,001$ ) revelou uma associação não linear com o atraso. Comparado ao estadiamento 0, o estadiamento I apresentou uma chance 53% maior de atraso, enquanto o estadiamento IV apresentou uma chance 20% menor, sugerindo uma possível priorização de casos de maior gravidade (Tabela 4 e figura 2).

**Tabela 3:** Influência da idade no atraso superior a 60 dias para início do tratamento

| Categoria (Ref: 25-29 anos) | Odds Ratio (OR) | Intervalo de Confiança (95%) |
|-----------------------------|-----------------|------------------------------|
| 25 a 29 anos (Ref)          | 1,00            | -                            |
| 30 a 34 anos                | 1,13            | 1,05 - 1,22                  |
| 35 a 39 anos                | 1,23            | 1,15 - 1,32                  |
| 40 a 44 anos                | 1,26            | 1,17 - 1,35                  |
| 45 a 49 anos                | 1,28            | 1,20 - 1,38                  |
| 50 a 54 anos                | 1,55            | 1,44 - 1,66                  |
| 55 a 59 anos                | 1,90            | 1,76 - 2,04                  |
| 60 a 64 anos                | 2,03            | 1,88 - 2,19                  |

**Tabela 4:** Influência do estadiamento clínico no atraso superior a 60 dias para início do tratamento

| Categoria (Ref: Estadiamento 0) | Odds Ratio (OR) | Intervalo de Confiança (95%) |
|---------------------------------|-----------------|------------------------------|
| Estadiamento (Ref)              | 1,00            | -                            |
| Estadiamento 1                  | 1,53            | 1,37 - 1,71                  |
| Estadiamento 2                  | 1,18            | 1,07 - 1,30                  |
| Estadiamento 3                  | 0,98            | 0,90 - 1,08                  |
| Estadiamento 4                  | 0,80            | 0,72 - 0,88                  |

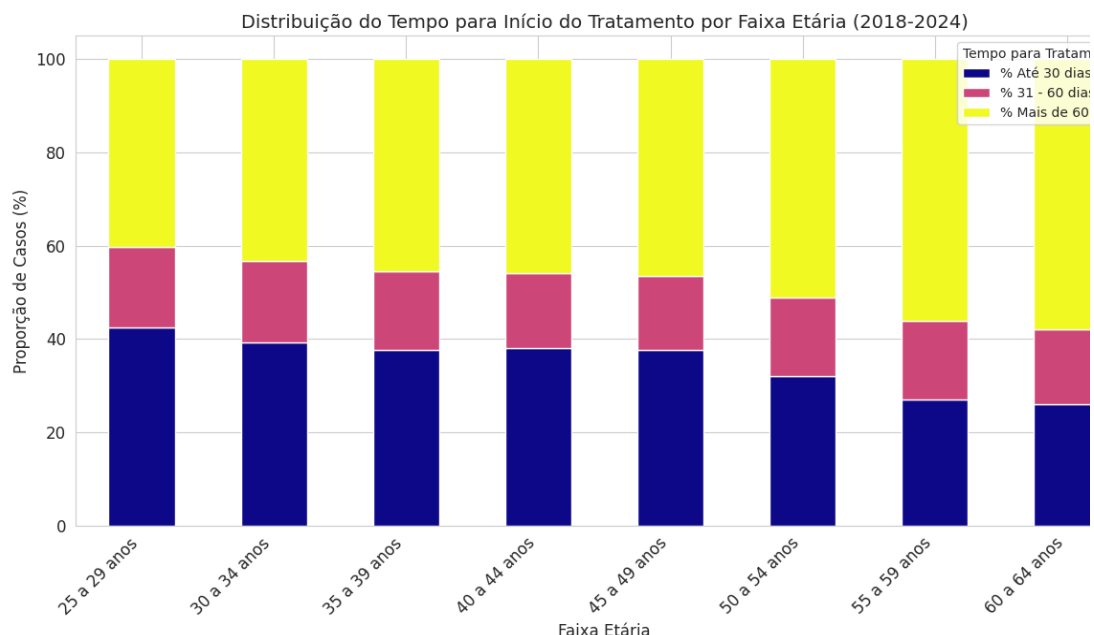
### Nota metodológica

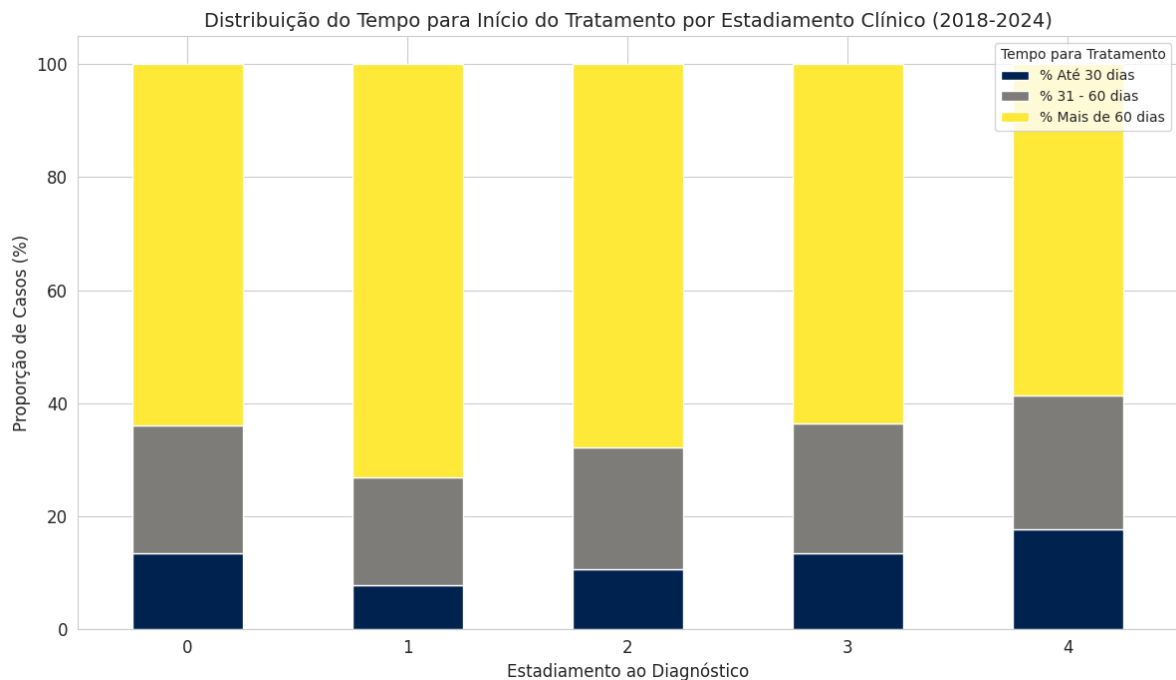
É importante ressaltar que, devido à natureza agregada dos dados, foram calculados os Odds Ratios brutos (não ajustados) em modelos univariados. Portanto, os efeitos aqui demonstrados para cada variável não foram ajustados para os possíveis efeitos de confusão das outras variáveis.

## DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que, apesar dos avanços normativos e do fortalecimento gradual da política oncológica no Brasil, persistem barreiras significativas para o início oportuno do tratamento do câncer do colo do útero. Essa neoplasia continua representando um importante desafio em saúde pública, sobretudo em países de renda média e baixa, nos quais as desigualdades regionais e limitações estruturais do sistema de saúde comprometem a efetividade das estratégias de rastreamento e tratamento precoce.<sup>8,9,10</sup> No cenário brasileiro, embora a Lei nº 12.732/2012 tenha estabelecido o prazo máximo de 60 dias para início da terapêutica, estudos prévios demonstram que a legislação, por si só, não garante acesso equânime nem reduz integralmente os atrasos.<sup>11,12,13</sup> Os resultados apresentados reforçam essa perspectiva, ao revelar que quase metade das mulheres iniciaram o tratamento fora do prazo legal, com marcadas variações regionais e socioeconômicas, em consonância com a literatura nacional e internacional.<sup>14,15,16,17</sup>

Um dos achados mais contraintuitivos deste estudo foi a relação não linear entre o estadiamento e o tempo de início do tratamento. Observou-se menor risco de atraso entre mulheres diagnosticadas em estágio IV, quando comparadas às portadoras de doença em estágios iniciais (0 e I). Esse resultado pode estar relacionado a um possível “viés de urgência”, no qual pacientes com sintomas graves, como dor intensa ou sangramento persistente, buscam atendimento emergencial e conseguem acesso mais rápido ao sistema oncológico, muitas vezes contornando o fluxo regular de encaminhamentos.<sup>14,17</sup>

**Figura 1:** Distribuição do tempo para início do tratamento por faixa etária (2018-2024).



**Figura 2:** Distribuição do tempo para início do tratamento por estadiamento clínico (2018-2024).

Por outro lado, mulheres diagnosticadas em fases iniciais, frequentemente assintomáticas e detectadas por rastreamento, enfrentam percursos mais burocráticos e lentos até a confirmação diagnóstica e o encaminhamento para serviços especializados, o que retarda o início do tratamento.<sup>18,19</sup> Esse paradoxo revela falhas estruturais que comprometem a efetividade do rastreamento, já que a detecção precoce só é vantajosa se acompanhada por tratamento oportuno.

Aprofundando essa questão, é necessário destacar a importância central do rastreamento citopatológico e os desafios para sua realização efetiva. A baixa cobertura do exame em populações vulneráveis, somada a falhas na cadeia de custódia das lâminas e na qualidade da coleta na Atenção Primária, contribui para diagnósticos tardios.<sup>18</sup> Além disso, a prevenção primária via métodos de barreira e vacinação contra o HPV é subestimada como estratégia complementar de redução de carga da doença, sendo fundamental reforçar que o uso de preservativos, ao reduzir a carga viral e a coinfeção por outras ISTs, desempenha papel protetor mesmo em mulheres já expostas ao vírus.<sup>2,20</sup>

A análise temporal mostrou uma melhora nos indicadores de início de tratamento em 2019, seguida por estabilização nos anos subsequentes, ainda com altos percentuais de atraso. Esse padrão sugere que a Lei nº 12.732/2012 exerceu impacto inicial, mas não foi suficiente para garantir o acesso universal dentro do prazo legal.<sup>11</sup> Estudos anteriores já demonstraram que a legislação, isoladamente, não cria infraestrutura, tampouco resolve a escassez de especialistas ou organiza fluxos assistenciais.<sup>8,12</sup> Os achados atuais reforçam a hipótese de que o sistema alcançou um

limite de capacidade, incapaz de absorver a demanda crescente, sobretudo nas regiões mais vulneráveis, onde deficiências estruturais, barreiras geográficas e desigualdades sociais contribuem para prolongar os atrasos.<sup>9,16</sup>

A análise regional revelou iniquidades importantes na oferta de tratamento em tempo oportuno. A Região Norte apresentou chance 3,4 vezes maior de atraso quando comparada à Região Sul, configurando dado alarmante e apontando para um cenário de segregação territorial no tratamento do câncer de colo de útero no Brasil, em contradição ao princípio organizacional de descentralização do SUS. As características regionais que implicam nesse desfavorecimento incluem a vasta extensão territorial com baixa densidade de centros de alta complexidade (CACONs/UNACONs), a dependência de transporte fora do domicílio (TFD) muitas vezes precário e a carência de serviços de radioterapia, que força pacientes do Norte a buscarem tratamento em outros estados, gerando filas de espera interestaduais.<sup>16,21</sup> Diferentemente do Sul e Sudeste, onde a rede oncológica é mais capilarizada, o Norte enfrenta o desafio da "distância do cuidado", onde o tempo de deslocamento físico soma-se ao tempo burocrático de regulação.<sup>22</sup> Esse fato reflete a concentração de infraestrutura oncológica nas regiões Sul e Sudeste, em detrimento do Norte e Nordeste.<sup>16,21</sup> Apesar de abordar o câncer de mama, Oliveira et al<sup>22</sup> também destacam a carência de serviços na Região Norte, com maior dificuldade de acesso em áreas menos densamente povoadas.

Outro achado relevante foi a clara relação "dose-resposta" entre idade e atraso para início do

tratamento. Mulheres de 60 a 64 anos apresentaram risco duas vezes maior de atraso em relação ao grupo mais jovem. Obstáculos adicionais enfrentados por idosas, como presença de múltiplas comorbidades, menor independência funcional, adoção de condutas mais conservadoras e falta de suporte familiar, podem explicar esse resultado.<sup>23,24</sup> Tais barreiras reforçam a necessidade de estratégias específicas de cuidado para essa população.

Além disso, deve-se considerar o contexto da pandemia de COVID-19 em parte do período analisado (2019 a 2022). Evidências apontam que o atendimento à saúde foi impactado por restrições na realização de exames diagnósticos, adiamento de cirurgias e dificuldades de acesso a consultas médicas, contribuindo para atrasos no início do tratamento oncológico.<sup>25,26</sup>

A principal força deste estudo é seu escopo nacional, baseado em ampla amostra de casos registrados entre 2018 e 2024, o que garante elevado poder estatístico e relevância externa para a realidade brasileira. Entretanto, limitações devem ser reconhecidas. O uso de dados secundários impossibilitou análises multivariadas ajustadas para potenciais fatores de confusão, como nível socioeconômico e comorbidades, o que pode introduzir falácia ecológica. Além disso, a exclusão de aproximadamente um quarto dos casos devido à ausência de informações sobre tratamento, especialmente mais frequente em determinadas regiões, pode ter subestimado a real magnitude das disparidades, configurando viés de seleção. Ainda assim, os achados convergem com a literatura nacional e internacional, reforçando a consistência das conclusões.

Em síntese, o acesso ao tratamento do câncer de colo de útero no Brasil permanece desigual e frequentemente tardio, com quase metade das mulheres iniciando a terapêutica além do prazo legal. As diferenças regionais refletem iniquidades históricas no sistema de saúde e revelam falhas estruturais que vão além da simples existência de legislação protetiva.<sup>8,9,10</sup> Deve-se compreender que o atraso não é apenas um problema de gestão local, mas um reflexo da distribuição desigual de poder e recursos no território brasileiro, onde o CEP da paciente determina sua chance de cura.<sup>13</sup> Para transformar o direito previsto em lei em acesso efetivo, é imprescindível ampliar a rede oncológica em regiões desassistidas, otimizar fluxos de referência e fortalecer os sistemas de informação. Ações estratégicas e investimentos direcionados são urgentes, uma vez que cada mês de atraso no tratamento está associado a um aumento significativo da mortalidade por câncer.<sup>10,14</sup> Assim, garantir o início oportuno do tratamento representa não apenas uma questão de gestão, mas também um imperativo ético e de equidade em saúde pública.

## CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que, apesar da existência da Lei dos 60 dias, o acesso ao tratamento oportuno do câncer de colo do útero no Brasil permanece limitado. Quase metade das mulheres iniciou a terapêutica após o prazo legal, com importantes desigualdades regionais, maior risco de atraso entre mulheres idosas e dificuldades específicas nos casos detectados em estágios iniciais. Esses achados revelam que, embora existam marcos legais e instrumentos normativos que assegurem o direito ao tratamento em tempo adequado, barreiras estruturais e socioeconômicas ainda comprometem sua efetividade.

Conclui-se que a redução da morbimortalidade exige um compromisso com a prevenção primária, incentivando o uso de métodos de barreira e vacinação, e o aprimoramento do rastreamento citopatológico na Atenção Primária. A discrepância entre o Norte e o Sul do país exige uma regionalização real da oncologia para que o diagnóstico precoce não seja interrompido por barreiras geográficas. Diante disso, destaca-se a necessidade de ampliar e regionalizar a rede de atenção oncológica, fortalecer a atenção primária e os fluxos de encaminhamento, além de implementar políticas públicas que promovam maior equidade no acesso. Tais medidas são fundamentais para melhorar a eficiência do sistema, garantir o cumprimento da legislação e reduzir a mortalidade por câncer de colo do útero, transformando um direito previsto em lei em um acesso real e oportuno.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization, Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem, Geneva: WHO [Internet]; 2020 [citado em 2025 ago 10]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>.
2. Aggarwal S, Agarwal P, Singh AK. Human papilloma virus vaccines: a comprehensive narrative review. *Cancer Treat Res Commun.* 2023; 37:100780. doi:10.1016/j.ctarc.2023.100780.
3. Instituto Nacional de Câncer (INCA), Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero [Internet], 2, ed, Rio de Janeiro: INCA; 2016 [citado em 2025 ago 10]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/>
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil [Internet], Rio de Janeiro: INCA; 2022 [citado em 2025 ago 10]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/>

estimativa-2023.pdf.

5. Brasil, Lei nº 12,732. de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília: 22 de novembro de 2012 [citado em 2025 ago 10]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm)

6. Sobral GS, Araújo YB, Kameo SY, Silva GM, Santos DKC, Carvalho, LLM. Análise do tempo para início do tratamento oncológico no Brasil: fatores demográficos e relacionados à neoplasia. *Rev Bras Cancerol.* 2023; 69(2):e-5200. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2354.

7. Ribeiro CM, Atty ATM. Efeitos da Covid-19 na atenção ao câncer no Brasil: impactos do rastreamento ao tratamento. *Rev Bras Cancerol.* 2025. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n1.4848.

8. Corrêa FM, Migowski A, Almeida LM, Soares MA. Cervical cancer screening, treatment and prophylaxis in Brazil: current and future perspectives for cervical cancer elimination. *Front Med (Lausanne).* 2022; 9:945621. DOI: 10.3389/fmed.2022.945621.

9. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008 [cited 2026 Apr 16]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf).

10 Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2020; 371:m4087. DOI: 10.1136/bmj.m4087.

11. Lombardo MS, Popim RC. Acesso do paciente à rede oncológica na vigência da "Lei dos Sessenta Dias": revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(5):e20190406. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0406.

12. Guerra MR, de Moura L, et al, O desafio do diagnóstico precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde, *Rev Saude Publica,* 2019; 53:50.

13. Giovannella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI Políticas e sistema de saúde no Brasil, 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

14. Neal RD, Tharmanathan P, France B, Din NU, Cotton S, Fallon-Fergusom J, et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review, *Br J Cancer,* 2015; 112(Suppl 1):S92-S107. DOI: 10.1038/bjc.2015.48.

15. Silva LGSD, Silva PVS, Chaves MFD, Oliveira NPD, Barbosa IR, Cruz-Ku GDL, et al. Spatial distribution of timely treatment for cervical cancer: socioeconomic inequalities and disparities in healthcare service availability in Brazil. *Cancer Epidemiol.* 2026; 101:103010. DOI: 10.1016/j.canep.2026.103010.

16. Moreira DP, Santos MAC, Pilecco FB, Dumont-Pena E, Reis IA, Cherchiglia ML, et al. Tratamento ambulatorial do câncer do colo do útero em tempo oportuno: a influência da região de residência de mulheres no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2022; 38(10):e00277521. DOI: 10.1590/0102-311XPT277521.

17. Lopez MS, Baker ES, Maza M, Fontes-Cintra G, Syrjänen K, et al. Cervical cancer prevention and treatment in Latin America. *J Surg Oncol.* 2017; 115(5):615-18. DOI: 10.1002/jso.24544.

18. Carvalho PG, O'Dwer G, Rodrigues NCP. Health assistance path of women between diagnosis and treatment initiation for cervix cancer. *Saude Debate.* 2018; 42(118):687-701. DOI: 10.1590/0103-1104201811812.

19. World Health Organization, Guide to early diagnosis [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [citado em 2025 ago 10]. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/9789241511940-eng.pdf>

20. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med.* 2006; 354(25):2645-54. DOI: 10.1056/NEJMoa053284.

21. Ministério da Saúde (BR). Plano de Expansão da Radioterapia no SUS – Julho [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2026 Apr 16]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/per-sus/2018/julho-2018.pdf/view>.

22. Oliveira EXG, Melo ECP, Pinheiro RS, Noronha CP, Carvalho MS. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais, O caso do câncer de mama. *Cad Saúde Pública,* 2011; 27(2):317-26. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000200013.

23. Krasovitsky M, Porter I, Tuch G, The impact of ageism in the care of older adults with cancer. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2023; 17(1):8-14. DOI: 10.1097/

SPC.0000000000000629.

24. Rule J, Birtwistle M, Day R, Holding J, Matarredona A, Zeideman M, et al. The impact of patient age on clinical decision-making in oncology [Internet]. *J Geriatr Oncol*. 2012 [citado em 2025 ago 10]; 3(S2):S24. Disponível em: [https://www.geriatriconcology.net/article/S1879-4068\(12\)00324-4/abstract](https://www.geriatriconcology.net/article/S1879-4068(12)00324-4/abstract).

25. Riera R, Bagattini AM, Pacheco RL, Pachito DV, Roitberg F, Ilbawi A. Delays and disruptions in cancer health care due to COVID-19 pandemic: systematic review. *JCO Glob Oncol*. 2021; 7:311–23. DOI: 10.1200/GO.20.00639.

26. Ribeiro CM, Corrêa FM, Migowski A. Efeitos de curto prazo da pandemia de COVID-19 na realização de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento do câncer no Brasil: estudo descritivo 2019-2020. *Epidemiol Serv Saude*. 2022; 31(1):e2021405. DOI: 10.1590/S1679-49742022000100010.