

AVALIAÇÃO DAS TAXAS DE INCIDÊNCIA DE CÂNCER DE COLO UTERINO NO MUNICÍPIO DE ANÁPOLIS EM 10 ANOS

Jean de Bessa Melo¹
Gabriella Moraes Alves¹
Marcela de Andrade Silvestre¹
Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA¹

RESUMO

O câncer do colo uterino é um relevante problema de saúde pública, fortemente associado à infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV). Este estudo teve como objetivo analisar as taxas de incidência de neoplasias intraepiteliais cervicais, adenocarcinoma in situ, carcinoma epidermoide invasivo e adenocarcinoma invasivo em Anápolis, entre 2014 e 2024. Trata-se de um estudo ecológico, utilizando dados secundários do Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero. Foram incluídos 512 laudos histopatológicos, sendo 157 (30,7%) de NIC II, 221 (43,2%) de NIC III, 16 (3,1%) de adenocarcinoma in situ, 104 (20,3%) de carcinoma invasivo e 14 (2,7%) de adenocarcinoma invasivo. A maior prevalência ocorreu entre 30 e 34 anos para NIC II e III, e entre 40 e 54 anos para carcinoma epidermoide invasivo. Quanto à raça/cor, predominou a autodeclaração parda e amarela, enquanto a escolaridade apresentou poucos registros. O principal motivo para realização do exame histopatológico foi citopatologia alterada. Os achados reforçam a importância da vigilância epidemiológica, da continuidade do rastreamento e da ampliação da cobertura vacinal contra o HPV, visando reduzir a incidência e o impacto dessa neoplasia na população.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero; Epidemiologia; Programas de Rastreamento.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino representa um grave problema de saúde pública, estando fortemente associado à infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV). Desde a confirmação do vírus como fator determinante da doença, avanços importantes ocorreram, como o desenvolvimento de vacinas eficazes e a introdução de métodos diagnósticos precoces, como o teste de Papanicolaou. A clonagem molecular na década de 1990 consolidou a presença do DNA do HPV em quase todos os carcinomas invasivos, reforçando seu papel como agente etiológico primário (Bosch e Munoz, 2002; Galloway, 2003).

O HPV, pertence à família Papovaviridae e possui diferentes tipos capazes de infectar pele e mucosas, sendo os sorotipos 16 e 18 os mais relacionados ao carcinoma cervical. Enquanto a maioria das infecções tendem a regredir espontaneamente, uma parcela pode evoluir para lesões precursoras e invasivas. Estima-se que cerca de 291 milhões de mulheres no mundo carregam o DNA do HPV, e mais de 100 milhões já tenham sido infectadas pelos sorotipos de maior risco. A infecção é mais prevalente entre jovens adultas sexualmente ativas, especialmente

no início da vida sexual, o que reforça a importância de estratégias de prevenção (Febrasgo, 2017; Fiocruz, 2020).

Avanços significativos também foram alcançados no diagnóstico precoce e tratamento do câncer de colo de útero, com a implementação de programas de rastreamento populacional, como o teste de Papanicolaou e o teste de DNA do HPV. Essas estratégias têm sido fundamentais na detecção de lesões precursoras do câncer cervical, permitindo intervenções médicas antes que a doença progrida para estágios mais avançados. Além disso, o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas menos invasivas e aprimoradas, como a cirurgia a laser e a cirurgia robótica, tem melhorado significativamente os resultados e a qualidade de vida das pacientes com câncer cervical (Lima et al., 2023).

Nos últimos anos, o rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil tem passado por uma importante transição: o exame de Papanicolaou, amplamente utilizado para identificar alterações celulares, está gradualmente sendo substituído por um teste molecular de DNA-HPV como método primário de rastreamento no Sistema Único de Saúde (SUS). A incorporação dessa tecnologia foi oficialmente aprovada em março de 2024, segundo a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) devido à maior sensibilidade, que permite ampliar o intervalo entre os exames quando o resultado for negativo e evitar intervenções desnecessárias (Brasil, 2025).

Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo identificar os fatores que influenciam as taxas de incidência dos cânceres de colo de útero e identificar se houve aumento, redução ou estabilidade da taxa de incidência dos cânceres de colo de útero entre os anos de 2014 e 2024.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo ecológico que analisou as taxas de incidência do câncer de colo uterino no município de Anápolis, utilizando dados do Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (SISCAN/SISCOLO) referentes ao período de 2014 a 2024. Também foram coletados dados sociodemográficos, como raça, faixa etária e escolaridade, além do motivo do encaminhamento para exame.

Os resultados foram tabulados em frequências absolutas e relativas, com análise descritiva no Microsoft Excel®, permitindo a comparação entre as incidências ao longo do período estudado. Para os dados sociodemográficos e clínicos foram aplicados cálculos básicos de estatística, como média. Por se tratar de informações secundárias, disponíveis em bases oficiais do Ministério da Saúde, sem possibilidade de identificação dos indivíduos, o estudo não apresentou implicações éticas e, portanto, não necessitou de avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniEVANGÉLICA.

RESULTADOS

Os dados relativos às incidências de laudos histopatológicos de acordo com o ano avaliado (2014-2024) mostraram 157 laudos de NIC II, 221 laudos de NIC III, 16 laudos de adenocarcinoma in situ, 104 laudos de carcinoma invasivo e 14 laudos para adenocarcinoma invasivo, exemplificados na tabela 01.

| | NIC II n (%) | NIC III n (%) | ADENO CARCINOMA IN SITU n (%) | CARCINOMA INVASIVO n (%) | ADENO CARCINOMA INVASIVO n (%) | TOTAL n |
|-------------|-----------------|------------------|--|--------------------------------|---|------------|
| 2014 | 16 (37,2) | 18 (41,9) | 01 (2,3) | 06 (14,0) | 02 (4,7) | 43 (8,4) |
| 2015 | 17 (28,3) | 21 (35,0) | 04 (6,7) | 15 (25,0) | 03 (5,0) | 60 (11,7) |
| 2016 | 16 (28,1) | 24 (42,1) | 01 (1,8) | 11 (19,3) | 05 (8,8) | 57 (11,1) |
| 2017 | 15 (27,8) | 28 (51,9) | 03 (5,6) | 07 (13,0) | 01 (1,9) | 54 (10,5) |
| 2018 | 17 (32,7) | 21 (40,4) | 01 (1,9) | 12 (23,1) | 01 (1,9) | 52 (10,2) |
| 2019 | 11 (18,3) | 34 (56,7) | 02 (3,3) | 12 (20,0) | 01 (1,7) | 60 (11,7) |
| 2020 | 7 (20,0) | 15 (42,9) | - | 13 (37,1) | - | 35 (6,8) |
| 2021 | 15 (31,3) | 20 (41,7) | 03 (6,3) | 10 (20,8) | - | 48 (9,4) |
| 2022 | 16 (27,6) | 28 (48,3) | 01 (1,7) | 13 (22,4) | - | 58 (11,3) |
| 2023 | 15 (51,7) | 9 (31,0) | - | 04 (13,8) | 01 (3,4) | 29 (5,7) |
| 2024 | 12 (75,0) | 3 (18,8) | - | 01 (6,3) | - | 16 (3,1) |

Tabela 01 – Frequências absoluta e relativa de incidência por laudo histopatológico

Fonte: Os próprios autores (2024).

Além disso, foram coletados dados sobre a raça das pacientes que realizaram a coleta do exame durante os anos analisados, descritas na tabela 02.

Tabela 02 – Frequências absoluta e relativa de raças por laudo histopatológico

| | BRANCA n (%) | PRETA n (%) | AMARELA n (%) | PARDA n (%) | SEM INFORMAÇÃO n (%) |
|--------------------------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|----------------------------|
| NIC II | 37 (23,6) | 05 (3,2) | 57 (36,3) | 53 (33,8) | 05 (3,2) |
| NIC III | 63 (28,5) | 04 (1,8) | 75 (33,9) | 63 (28,5) | 16 (7,2) |
| ADENOCARCINOMA IN SITU | 05 (31,3) | 0 (0,0) | 04 (25,0) | 05 (31,3) | 02 (12,5) |
| CARCINOMA EPIDERMÓIDE INVASIVO | 30 (28,8) | 09 (8,7) | 32 (30,8) | 30 (28,8) | 03 (2,9) |
| ADENOCARCINOMA INVASIVO | 04 (30,8) | 0 (0,0) | 03 (23,1) | 05 (38,5) | 01 (7,7) |

Fonte: Os próprios autores (2024).

A análise da incidência por faixa etária dos laudos histopatológicos revelou que as lesões de NIC II, NIC III e carcinoma epidermóide invasivo predominaram entre indivíduos de 20 a 64 anos, com maior concentração de NIC II e NIC III na faixa etária de 30 a 34 anos (17,83% e 21,26%, respectivamente). O carcinoma epidermóide invasivo apresentou maior prevalência nas faixas etárias de 40-44 e 50-54 anos (15,38% cada). O adenocarcinoma in situ concentrou-se na faixa de 50-54 anos (37,35%), enquanto o adenocarcinoma invasivo apresentou distribuição etária heterogênea. Em relação à escolaridade, apenas seis casos continham informações disponíveis, sendo dois casos de NIC II associados a escolaridade fundamental incompleta, e dois casos de NIC II e dois de NIC III relacionados à escolaridade fundamental completa.

Os dados referentes ao motivo que levaram a realização do exame histopatológico foram descritos em frequências na tabela 03.

Tabela 03 – Frequências absoluta e relativa do motivo para realização do histopatológico

| | CITOPATOLÓGICO O ALTERADO n (%) | LESÃO SUGESTIVA n (%) | CITOPATOLÓGICO BENIGNO n (%) |
|--------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| NIC II | 147 (93,6) | 06 (3,8) | 04 (2,5) |
| NIC III | 198 (89,6) | 15 (6,8) | 08 (3,6) |
| ADENOCARCINOMA IN SITU | 13 (81,3) | 01 (6,3) | 02 (12,5) |
| CARCINOMA EPIDERMÓIDE INVASIVO | 36 (34,6) | 64 (61,5) | 04 (3,8) |
| ADENOCARCINOMA INVASIVO | 08 (61,5) | 04 (30,8) | 01 (7,7) |

Fonte: Os próprios autores (2024).

CONCLUSÃO

A análise das incidências de câncer do colo uterino em Anápolis entre 2014 e 2024 demonstra a persistência de casos relevantes, sobretudo nas faixas etárias de maior risco, reforçando a importância da manutenção de estratégias de prevenção, como o rastreamento citopatológico, o diagnóstico precoce e a vacinação contra o HPV. Os achados apontam para a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde, fortalecer a vigilância epidemiológica e investir em políticas públicas de educação em saúde, a fim de reduzir a incidência e o impacto dessa neoplasia na população local.

AGRADECIMENTOS

À UniEVANGÉLICA e ao Programa de Bolsas de Iniciação Científica: o fomento recebido não foi apenas um auxílio financeiro, mas também um voto de confiança para um pesquisador em formação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOSCH Xavier; MUNOZ Nubia. The viral etiology of cervical cancer. **Virus Research**, v. 89, p. 183-190, 2002.

BRASIL. **Ministério da Saúde oferta tecnologia inovadora 100% nacional para detectar câncer do colo do útero no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/agosto/ministerio-da-saude-oferta-tecnologia-inovadora-100-nacional-para-detectar-cancer-do-colo-do-utero-no-sus>.

GALLOWAY Denise. Papillomavirus vaccines in clinical trials. **Lancet Infect Dis**, v. 03, p. 469-475, 2003.

HPV. **FEBRASGO**, 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/120-hpv>.

LIMA, Hyale Melo et al. Screening for Cervical Cancer by HPV DNA. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 06, n. 02, 2023.

PRINCIPAIS Questões sobre HPV: prevenção, diagnóstico e abordagem. **FIOCRUZ**, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-hpv-prevencao-diagnostico-e-abordagem/>