

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CÂNCER DE PÊNIS EM MATO GROSSO

VALDETE MARQUES ARNAUT ANTIQUEIRA

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da
Fundação Antônio Prudente em Oncologia em Parceria com
a Associação Mato-grossense de Combate ao Câncer AMCC
para obtenção do Título de Doutor em Ciências**

Área de Concentração: Oncologia

Orientador: Prof. Dr. Fernando Augusto Soares

São Paulo

2020

FICHA CATALOGRÁFICA
Preparada Ensino Apoio ao aluno da Fundação Antônio Prudente*

A633 Antiqueira, Valdete Marques Arnaut
Aspectos epidemiológicos do câncer de pênis em Mato Grosso / Valdete Marques Arnaut Antiqueira - São Paulo; 2020.
77p.
Tese (Doutorado)-Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC
Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.
Orientador: Fernando Augusto Soares

Descritores: 1. Neoplasias Penianas/Penile Neoplasms. 2. Perfil de Saúde/Health Profile. 3. Saúde do Homem/Men's Health. 4. Estudo Observacional/Observational Study 5. Inquéritos e Questionários/Surveys and Questionnaires. 6. Sobrevida/Survival. 7. Epidemiologia/Epidemiology

Elaborado por Suely Francisco CRB 8/2207

*Todos os direitos reservados à FAP. A violação dos direitos autorais constitui crime, previsto no art. 184 do Código Penal, sem prejuízo de indenizações cabíveis, nos termos da Lei nº 9.610/08.

“Os que se encontram com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão, nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.”
(Leonardo da Vinci)

Dedico este trabalho primeiramente ao nosso Pai celestial, «refúgio e fortaleza, socorro bem presente nas horas de angústia». Ele nunca me abandonou nos momentos de necessidade. Dedico também aos meus familiares pelo apoio oferecido.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela minha vida e por concluir mais uma etapa acadêmica em minha vida.

Aos *meus familiares* pela compreensão de tantos dias de ausência na confecção deste estudo e por acreditarem em mim.

À *Ana Claudia, Ricardo e Aurélio* pela colaboração em alguns momentos!

Aos meus pais meu agradecimento especial por terem compreendido a minha ausência em alguns momentos. A eles também agradeço por terem me dado o meu maior patrimônio, o estudo!

Ao *Prof. Dr. Fernando Augusto Soares*, meu orientador, por ter me acolhido desde o início de minha proposta de estudo, pelo estímulo, compreensão, paciência e disponibilidade em todas as fases do curso e que possibilitaram a conclusão desta tese.

Aos Professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em especial à *Luciana Pitombeira* pela atenção, empatia e carinho, e à *Suely Francisco* pelo empenho para adequação das normas acadêmicas.

Aos professores da banca examinadora pelas contribuições.

Ao *Hospital de Câncer de Mato Grosso* por ter me aberto as portas para a realização desta pós-graduação e para a coleta de dados.

Às amigas *Haracelli e Camila Santejo* pela amizade e compartilhamento de momentos de estudo.

Aos funcionários do *SAME* do *Hospital de Câncer de Mato Grosso* por confiarem em me disponibilizar os prontuários.

A todos meu muito obrigada!

RESUMO

Antiqueira VMA. **Aspectos epidemiológicos do Câncer de Pênis em Mato Grosso**. [Tese]. São Paulo. Fundação Antonio Prudente, em parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC; 2020.

Introdução: O Câncer de Pênis configura-se como uma neoplasia maligna do sistema urogenital, diretamente associado ao desenvolvimento socioeconômico de uma população, refletindo dificuldades no acesso ao sistema de saúde e falta de medidas preventivas. Traz consigo sérias implicações de ordem física, emocional, social e familiar. Apresenta desproporcional distribuição geográfica mundial, nacional e regional, com maior magnitude em regiões economicamente desfavorecidas. Sua incidência é maior em homens com idade acima de 50 anos. No Brasil concentra 2% de todos os tipos de câncer masculino, sendo mais frequente nas regiões norte e nordeste. Desta forma, é uma questão de interesse para a saúde pública pelo seu potencial de prevenção por meio de medidas, comportamentais, assistenciais. Seu prognóstico favorável depende da precocidade do diagnóstico em função da estreita relação das características histopatológicas para o adequado tratamento. O conhecimento das características epidemiológicas nacionais, regionais deste câncer é primordial para a proposição de políticas de saúde pública para o seu controle. **Objetivos:** Conhecer o perfil epidemiológico do Câncer de Pênis no estado de Mato Grosso e os seus aspectos histopatológicos nos pacientes diagnosticados em Mato Grosso e no Hospital do Câncer de Mato Grosso na série histórica de 2010 a 2015 (janeiro a dezembro), estabelecendo associações entre as variáveis analisadas: variáveis demográficas; hábitos de vida e variáveis referentes ao tumor; tratamento, seguimento dos casos e mortalidade por Câncer de Pênis. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, longitudinal, analítico de caso-controle (série histórica de 2010 a 2015) com a utilização de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), prontuários, laudos histopatológicos. A amostra foi composta por homens com Câncer de Pênis diagnosticados em Mato Grosso e especificamente na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso. A análise dos dados foi por meio do Teste χ^2 com significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Os resultados da análise dos dados do RHC, revelaram que no período em análise houve o registro de 61 casos de Câncer de Pênis em Mato Grosso sendo 0,68% do total das neoplasias entre os homens, estando aquém dos resultados divulgados pelo INCA que apresenta o Câncer de Pênis com 2,0% do total de

câncer entre os homens. Os indígenas no Mato Grosso foram representados por 1,64% dos casos de Câncer de Pênis, resultado superior ao encontrado em vários outros estudos. Os resultados demonstraram que 91,8% dos casos foram classificados como Câncer de Pênis SOE, portanto acima do recomendado (< 3,0%). Houve diagnóstico microscópico, em 100%, dos diagnósticos, sendo um indicador positivo ($\geq 95,0$) pautado nas padronizações nacionais e internacionais do INCA e da *Canadian Cancer Surveillance*. Em relação à mortalidade por Câncer de Pênis em homens residentes em Mato Grosso, o ano de 2012 foi o que apresentou a maior taxa bruta de mortalidade (0,43/100.000 homens), estando acima da taxa bruta de mortalidade por Câncer de Pênis no Brasil no ano de 2018 com 0,33/100.000 homens, caracterizando-se como situação preocupante, por ser um tipo raro de câncer. Os resultados obtidos demonstram que a Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso foi a responsável por atender 71,44% dos casos de Câncer de Pênis ocorridos em Mato Grosso, sendo a localização primária SOE registrada em 92,50% dos casos. Quanto ao tipo histológico 70,0% dos casos era Carcinoma Epidermóide. Os indígenas representaram 2,5%. Quanto à procedência dos pacientes 77,50% era proveniente de regiões do interior do estado. **Conclusão:** O Câncer de Pênis relaciona-se ao autocuidado, por meio da higiene íntima, busca rotineira pelos serviços de saúde, entre outros fatores. Seu prognóstico depende da precocidade do diagnóstico. É reconhecido que o homem utiliza menos os serviços disponíveis na Atenção Básica à Saúde, se comparado com o segmento feminino, o que determina, entre outros fatores o diagnóstico tardio do Câncer de Pênis. Os resultados apresentados, reforçam as razões para exploração dos aspectos epidemiológicos, e proposições políticas para efetivar a prevenção e diagnóstico precoce desta neoplasia na Atenção Básica.

Descritores: Neoplasias Penianas. Perfil de Saúde. Saúde do Homem. Estudo Observacional. Inquéritos e Questionários.

ABSTRACT

Antiqueira VMA. **Epidemiological aspects of penile cancer in Mato Grosso.** [Tese]. São Paulo. Fundação Antonio Prudente, in partnership with Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC; 2020.

Introduction: Penile Cancer is a malignant neoplasm of the urogenital system, directly associated with the socioeconomic development of a population, reflecting difficulties in accessing the health system and lack of preventive measures. It has serious physical, emotional, social and family implications. It presents a disproportionate geographical distribution worldwide, nationally and regionally, with greater magnitude in economically disadvantaged regions. Its incidence is higher in men over 50 years of age. In Brazil it concentrates 2% of all types of male cancer, being more frequent in the north and northeast regions. Thus, it is a matter of interest to public health because of its potential for prevention through measures, behavioral, assistance. Its favorable prognosis depends on the early diagnosis due to the close relationship of histopathological characteristics for adequate treatment. Knowledge of the national and regional epidemiological characteristics of this cancer is essential for proposing public health policies for its control. **Objectives:** To know the epidemiological profile of Penile Cancer in the state of Mato Grosso and its histopathological aspects in patients diagnosed in Mato Grosso and at the Cancer Hospital of Mato Grosso (HC) in the historical series from 2010 to 2015 (January to December), establishing associations between the variables analyzed: demographic variables; lifestyle and variables related to the tumor; treatment, follow-up of cases and mortality from Penile Cancer. **Materials and Methods:** Observational, longitudinal, analytical case-control study (historical series from 2010 to 2015) using data from the Hospital Cancer Registry (RHC), medical records, histopathological reports. The sample consisted of men with Penile Cancer diagnosed in Mato Grosso and specifically at the Cancer Hospital Foundation of Mato Grosso. Data analysis was performed using the χ^2 test with a 5% significance level ($p < 0.05$). **Results:** The results of the analysis of the RHC data revealed that in the period under analysis there was a record of 61 cases of Penile Cancer in Mato Grosso, being 0.68% of the total neoplasms among men, being below the results published by the INCA that presents Penile Cancer with 2.0% of the total cancer among men. The indigenous people in Mato Grosso were represented by 1.64% of the cases of Penile Cancer, a result superior to that found in several

other studies. The results showed that 91.8% of the cases were classified as WOS Penile Cancer, therefore above the recommended (<3.0%). There was a microscopic diagnosis, in 100% of the diagnoses, being a positive indicator (≥ 95.0) based on the national and international standards of INCA and Candian Cancer Surveillance. Regarding mortality from Penile Cancer in men living in Mato Grosso, 2012 was the year with the highest gross mortality rate of 0.43 / 100,000 men), being above the crude mortality rate from Penile Cancer in Brazil in 2018 with 0.33 / 100,000 men, characterized as a worrying situation, as it is a rare type of cancer. The results obtained demonstrate that the Hospital do Câncer de Mato Grosso Foundation was responsible for attending 71.44% of the Penile Cancer cases that occurred in Mato Grosso, with the primary WOS location being registered in 92.50% of the cases. As for the histological type, 70.0% of the cases were squamous cell carcinoma. The indigenous represented 2.5%. Regarding the origin of the patients, 77.50% came from the interior of the state. **Conclusion:** Penile Cancer is related to self-care, through intimate hygiene, routine search for health services, among other factors. Its prognosis depends on the early diagnosis. It is recognized that men use less of the services available in Primary Health Care, when compared to the female segment, which determines, among other factors, the late diagnosis of Penile Cancer. The results presented, reinforce the reasons for exploring the epidemiological aspects, and political proposals to effectively prevent this neoplasia in Primary Care.

Keywords: Penile Neoplasms. Health Profile. Men's Health. Observational Study. Surveys and Questionnaires.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1	Taxas de mortalidade por Câncer de Pênis, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens, Mato Grosso, entre 2010 e 2015.....	33
Figura 2	Distribuição dos casos de Câncer de Pênis, diagnosticados na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso em Mato Grosso, segundo procedência por Regional de Saúde no período e 2010 a 2015. Mato Grosso.....	38
Tabela 1	Classificação Tumor Nódulo Metástase (TNM).....	13
Tabela 2	Classificação Tumor Nódulo Metástase (TNM) patológica	13
Tabela 3	Classificação de Jackson.....	14
Tabela 4	Distribuição em frequência relativa e absoluta dos registros de casos de câncer de pênis, segundo condição (casos não analíticos e analíticos) ocorridos nos anos de 2010 a 2015 em Mato Grosso.....	24
Tabela 5	Distribuição de casos de câncer de pênis (C60.9), segundo o ano de diagnóstico, 2010 a 2018, Mato Grosso.....	24
Tabela 6	Distribuição dos casos de câncer de pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015, segundo o ano de diagnóstico e a localização primária	25
Tabela 7	Distribuição dos casos de câncer de pênis ocorridos no Brasil no período de 2010 a 2015, segundo o ano de diagnóstico e a localização primária.....	25
Tabela 8	Distribuição dos casos de câncer de pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015 segundo o quesito cor.....	26

Tabela 9	Distribuição dos casos de câncer de pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015 segundo o estado civil	27
Tabela 10	Distribuição dos casos de câncer de pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015 segundo a faixa etária	27
Tabela 11	Distribuição dos casos de câncer de pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015 segundo o grau de instrução	28
Tabela 12	Distribuição dos casos de câncer de pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015 segundo a ocupação.....	28
Tabela 13	Distribuição dos casos de câncer de pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015 segundo o histórico de consumo de bebida alcoólica	29
Tabela 14	Distribuição dos casos de câncer de pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015 segundo o histórico de consumo de tabaco	30
Tabela 15	Número de casos de câncer de pênis, segundo tipo histológico e ano diagnóstico no período de 2010-2015 a 2015 em Mato Grosso.....	30
Tabela 16	Número de casos de câncer de pênis segundo localização primária: detalhada: prepúcio, glândula e corpo do pênis, segundo tipo histológico diagnosticados no período de 2010-2015 a 2015 em Mato Grosso	31
Tabela 17	Distribuição do estadiamento TNM do tumor de pênis (SOE) em Mato Grosso, na série histórica de 2010 a 2015.....	32
Tabela 18	Distribuição da taxa de mortalidade por câncer de pênis em Mato Grosso, segundo o ano de ocorrência nos anos de 2010 a 2015	33
Tabela 19	Distribuição dos óbitos por câncer de pênis em Mato Grosso, segundo o ano de ocorrência no período de 2010 a 2015, segundo a cor/etnia	34

Tabela 20	Distribuição dos óbitos por câncer de pênis em Mato Grosso, segundo o local de residência, escolaridade e estado civil no período de 2010 a 2015	34
Tabela 21	Distribuição em frequência relativa e absoluta dos registros de casos de câncer de pênis, segundo condição (analítico e não analítico) ocorridos nos anos de 2010 a 2015 na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso em Mato Grosso	35
Tabela 22	Distribuição dos registros de casos de Câncer de Pênis, segundo os anos na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso em Mato Grosso, no período de 2010 a 2015	36
Tabela 23	Distribuição em número e porcentagem dos casos de Câncer de Pênis diagnosticados na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso em Mato Grosso, segundo procedência por Regional de Saúde no período de 2010 a 2015. Mato Grosso	37
Tabela 24	Distribuição dos tipos histológicos dos tumores de câncer diagnosticados na Fundação de Hospital do Câncer de Mato Grosso, Cuiabá na série histórica de 2010 a 2015	40
Tabela 25	Apresentação dos casos de Câncer de Pênis ocorridos no Brasil no período de 2010 a 2015, segundo local de lesão ano de diagnóstico	42

LISTA DE ABREVIATURAS

AJCC	American Joint Comite on Cancer
ASR	Age-standardized Incidence Rate
CACONS	Centros de Alta Complexidade em Oncologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.
CEP - SES - MT	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
CEP - UNIC	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade de Cuiabá
CCE	Carcinoma de Células Escamosas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HC	Hospital do Câncer
HCAN - MT	Hospital de Câncer do Estado de Mato Grosso
HPV	Papiloma Vírus Humano
IARC	International Agency for Research on Cancer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MT	Mato Grosso
NIEPS	Núcleo Integrado de Pesquisa e Extensão do Hospital do Câncer de Mato Grosso
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Câncer de Pênis
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RHC	Registros Hospitalares de Câncer
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SOE	Sem Outra Especificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SWA	Sex With Animals

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDCLE	Termo de Dispensa de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	Tumor Nódulo Metastáse
UH	Unidade Hospitalar
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	OBJETIVOS	7
2.1	Objetivo Geral	7
2.2	Objetivo Específico	7
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	8
3.1	Aspectos Epidemiológicos.....	8
3.2	O Câncer de Pênis no Brasil	9
3.3	Características do Câncer de Pênis	10
4	MATERIAIS E MÉTODOS	15
4.1	Coleta de Dados.....	15
4.2	Variáveis do Estudo	17
4.3	Fonte de Dados	18
4.4	Análise dos Dados	18
4.5	População.....	18
4.6	Amostra.....	19
4.7	Local do Estudo	19
4.8	Aspectos Éticos.....	20
4.9	Quanto aos Benefícios do Estudo	20
4.10	Quanto aos Riscos do Estudo	21
4.11	Quanto à Divulgação dos Resultados do Estudo	22
4.12	Critérios de Inclusão e de Exclusão.....	22
4.12.1	Inclusão.....	22
4.12.2	Exclusão.....	22
4.13	Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	22
5	RESULTADOS	24
5.1	O Câncer de Pênis em Mato Grosso no Período de 2010 a 2015	24

5.2	O câncer de pênis em Mato Grosso quanto às questões étnico raciais e sócio demográficas e hábitos de vida.....	26
5.2.1	Análise Quanto às Questões Étnico/Raciais e Sócio Demográficas.....	26
5.2.2	Análise Quanto ao Estado Civil.....	26
5.2.3	Análise Quanto à Idade.....	27
5.2.4	Análise Quanto ao Grau de Instrução.....	27
5.2.5	Análise Quanto à Ocupação.....	28
5.3	O câncer de pênis em Mato Grosso quanto aos hábitos de vida.....	29
5.3.1	Análise Quanto ao Consumo de Bebidas Alcoólicas	29
5.3.2	Análise Quanto ao Consumo de Tabaco.....	30
5.4	O câncer de pênis em Mato Grosso quanto aos tipos histológicos.....	30
5.5	O câncer de pênis em Mato Grosso quanto ao Estadiamento Tumoral.....	31
7	O CÂNCER DE PÊNIS REGISTRADOS NO RHC DA FUNDAÇÃO HOSPITAL DO CÂNCER DE MATO GROSSO	35
7.1	Análise Relativa aos registros de câncer de pênis capturados no RHC.....	35
7.2	Análise Relativa aos registros de câncer de pênis capturados nos Prontuários na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso em Mato Grosso.....	35
7.3	Ano do Diagnóstico	36
7.4	Procedência dos Participantes do Estudo	36
7.5	Análise quanto as variáveis sócio demográficas	38
8	ANÁLISE QUANTO À REALIZAÇÃO DE CIRURGIA.....	39
9	ANÁLISE QUANTO AOS ASPECTOS HISTOLÓGICOS,	40
10	DISCUSSÃO	41
10.1	O Câncer de Pênis em Mato Grosso no Período de 2010 a 2015.....	41
10.2	Quanto às questões étnico/raciais, demográficas e comportamentais	46
10.3	O câncer de pênis em Mato Grosso quanto aos tipos histológicos.....	50
10.4	O câncer de pênis em Mato Grosso quanto ao Estadiamento Tumoral.....	52
11	A MORTALIDADE POR CÂNCER DE PÊNIS EM MATO GROSSO	54

12	O CÂNCER DE PÊNIS REGISTRADOS NO RHC DA FUNDAÇÃO HOSPITAL DO CÂNCER DE MATO GROSSO	58
12.1	Análise Relativa aos registros de Câncer de Pênis capturados no RHC.....	58
12.2	Análise Relativa aos registros de Câncer de Pênis capturados nos Prontuários na Fundação Hospital Do Câncer de Mato Grosso em Mato Grosso	59
12.3	Análise quanto as variáveis étnico raciais, sócio demográficas e comportamentais	60
13	ANÁLISE QUANTO À REALIZAÇÃO DE CIRURGIA.....	63
14	ANÁLISE QUANTO AOS ASPECTOS HISTOLÓGICOS	64
15	CONCLUSÃO.....	65
16	REFERÊNCIAS.....	68

ANEXOS

- Anexo 1** Parecer de Aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa-CEP-Universidade de Cuiabá-UNIC
- Anexo 2** Parecer de Aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa-CEP-Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso-SES/MT

APENDICE

- Apêndice 1** Instrumento para a Coleta de Dados do Prontuário

1 INTRODUÇÃO

Considerações relevantes são registradas acerca do câncer do pênis como uma questão de saúde pública, destacando-se sua desproporcional distribuição geográfica mundial, nacional e regional, com maior magnitude em regiões economicamente desfavorecidas, sendo condição incomum em países desenvolvidos, apresenta-se com maior frequência em homens com idade avançada (Barros e Melo 2009; Koifman et al. 2011; Reis et al. 2010).

O câncer peniano é uma neoplasia que apresenta maior incidência em homens acima de 50 anos de idade, bem como apresenta estreita relação com questões comportamentais (má higiene íntima, não utilização de preservativos, consumo de tabaco) e com questões assistenciais à saúde como a não realização de prostatectomia (Ministério da Saúde 2018b).

O câncer peniano apresenta maior incidência em homens acima de 50 anos de idade, bem como tem estreita relação com questões comportamentais e com a assistência à saúde, como a não realização de prostatectomia (Ministério da Saúde 2018b).

O Câncer do Pênis pode chegar a aproximadamente 10% das neoplasias malignas entre os homens (Calmon et al. 2011). Neste contexto, o Brasil apresenta elevada incidência do Câncer de Pênis em relação ao cenário mundial com frequência variável, dependendo da região estudada (Ministério da Saúde 2011).

No ano de 2010 houve o registro de 363 óbitos por esta causa (Couto et al. 2014). Em 2015 no Brasil foram registrados 402 óbitos por Câncer de Pênis, segundo informações do Atlas de Mortalidade por Câncer, assim vem ocorrendo aumento dos óbitos por esta causa. Entre os anos de 2010 a 2015 a região nordeste apresentou a maior taxa de mortalidade por Câncer de Pênis com 0,48/100.000 homens (Ministério da Saúde 2015, 2020).

Apesar do aumento da mortalidade por câncer no Brasil, o Câncer de Pênis em escala decrescente fica como quarta causa de câncer masculino, ficando após o câncer de próstata, bexiga e rins. Assim, representa 2% dos casos de câncer ocorridos entre os homens, com maior representatividade nas regiões norte e nordeste (Calmon et al. 2011).

As regiões norte e nordeste apresentam a proporção respectiva de 41,9% e 40,4% somando 16% dos casos de Câncer de Pênis registrados no país (Nardi et al. 2008), sendo que a maior incidência ocorre no estado do Maranhão que supera até o câncer de próstata, chegando a média de 26,6 novos casos/100.000 habitantes por ano, com representação de taxa de incidência bruta de 1,17/100.000 homens por ano (Coelho et al. 2018).

Apesar de o câncer peniano apresentar evolução lenta, com início por meio de lesões superficiais, com progressão profunda no tecido peniano e invasão do córion, tecido esponjoso da glândula e corpos cavernosos, vale a pena destacar que a maioria dos pacientes acometidos por ele tem seu diagnóstico tardio. Isto faz com que no Brasil aproximadamente 70% dos homens afetados por este câncer lamentavelmente morrem por volta de dois a três anos após o diagnóstico (Favorito et al. 2008).

Tal situação ocorre, pois sabidamente o êxito do tratamento do Câncer de Pênis depende muito do diagnóstico precoce, pois o prognóstico do câncer peniano é proporcionalmente relacionado ao seu estágio e grau de diferenciação celular (Salsona et al. 2004).

Embora nos últimos anos ter tido aumento da cura do Câncer de Pênis, em função da ampliação do conhecimento acerca da doença, diagnóstico precoce, encaminhamento a centros de referência e aos avanços tecnológicos, a sobrevivência dos pacientes, carrega consequências negativas, entre estas os impactos da própria doença, as repercussões psicológicas e sociais e as consequências de seu tratamento.

Isto porque, apesar da raridade do Câncer de Pênis, seu diagnóstico, nem sempre precoce, culmina em tratamentos agressivos e mutiladores, gerando sérios problemas para a qualidade de vida do homem, repercutindo negativamente em sua sexualidade e masculinidade.

É reconhecido que o diagnóstico precoce, tem estreita relação com prognóstico promissor, além disto, diminui custos para pacientes e sistemas de saúde, reduz sequelas e principalmente, evita a perda de muitas vidas (Jemal et al. 2006).

Apesar disto, há registros científicos de que 90% dos pacientes que apresentam Câncer de Pênis procuram serviço de urologia, tardiamente, estando a doença avançada, com tumor grande e linfonodos aumentados (Ministério da Saúde 2011; Koifman et al. 2011; Scheiner et al. 2008).

Neste contexto, considerando as necessidades específicas da saúde do homem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) reconhece as neoplasias malignas do aparelho urinário como uma questão preocupante e entre estas se destaca o Câncer de Pênis (Ministério da Saúde 2009), determinando assim, o acesso às ações preventivas, de promoção e de proteção, tratamento e recuperação, balizadas na concepção de atendimento integral, de forma interprofissional¹ e transdisciplinar².

¹ A interprofissionalidade ocorre quando duas ou mais profissões atuam entre si, com e sobre as outras, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados (Centro para o Avanço da Educação Interprofissional - CAIPE 2013).

² A interdisciplinaridade considera que embora cada um dos campos do conhecimento guarde suas especificidades, há entre eles um intercâmbio permanente, formando novos campos (Menezes e Santos 2001),

É possível estabelecer alguns fatores como de risco para o Câncer de Pênis, contudo sua etiologia ainda é obscura. Entre os fatores de risco estão: a fimose, a precariedade na higienização do pênis, o tabagismo, as infecções sexualmente transmissíveis associadas a certos subtipos do Papiloma Vírus Humano (HPV) e condições socioeconômicas desfavoráveis, principalmente a baixa escolaridade. Considera-se que aproximadamente 40% dos casos de Câncer de Pênis estão associados ao HPV (Marchi et al. 2017).

São considerados ainda como fatores de risco para o Câncer de Pênis a balanopostite relacionada à fimose, líquen escleroso, tratamento com fotoquimioterapia ultravioleta A, exposição a esporaleno multiplicidade de parceiras sexuais, sexo desprotegido, prática sexual com parceiras com antecedentes de infecção do colo do útero pelo vírus HPV e ou com neoplasia do colo do útero, procedência de zona rural, e estado civil solteiro (Hakenberg,2017).

Há também de se considerar o risco para o Câncer de Pênis (PC) com o hábito de práticas sexuais com animais (zoofilia). Neste sentido, resultados do estudo realizado por Zequi et al. (2012) contou com a participação de 492 participantes, sendo estes recrutados entre os anos de 2009 a 2010 em 16 centros de urologia e oncologia. Por meio do estudo foi possível constatar, a partir dos 118 casos e 374 controles do estudo, que o *Sex With Animals* (SWA) foi informado por 34,8% participantes, sendo prática entre 44,9% dos pacientes com PC e 31,6% dos controles ($P < 0,008$).

Contudo, a raridade do Câncer de Pênis e sua relação direta com o grau de desenvolvimento da população acabam por limitar os estudos epidemiológicos e a compreensão de seus fatores de risco (Favorito et al. 2008), sendo assim, consideram-se algumas características e fatores de riscos que podem influenciar o surgimento do Câncer de Pênis.

Apesar desta incerteza os aspectos epidemiológicos do Câncer de Pênis são pouco explorados no Brasil, dificultando a compreensão das características associadas ao Câncer de Pênis e a população afetada, pois faltam informações referentes a uma gama de variáveis associadas (Couto et al. 2014). Tais lacunas quanto a este conhecimento requerem investimento científico para sua elucidação (Paiva 2010).

Entre as variáveis a serem exploradas estão a procedência regional, zona de residência, variáveis sócio demográficas (grau de instrução, estado civil, situação sócio econômica, atividade laboral) e aspectos subjetivos da doença (tempo de ocorrência dos sinais e sintomas, queixas relevantes), hábitos de vida (tabagismo) aspectos clínicos progressos (postectomia anterior, tempo decorrido entre o surgimento da lesão e a busca de avaliação médica especializada, tempo de seguimento, estadiamento da lesão primária (Sobin et al. 2009),

diferenciação do tumor, recorrência), coitarca, orientação sexual, número de parceiros sexual morte por Câncer de Pênis (Couto et al. 2014).

O reconhecimento da associação de tais variáveis pode favorecer subsídios políticos para medidas de prevenção, diagnóstico precoce e controle deste agravo, evitando seu avanço e sequelas. Corroborando, este argumento, a PNAISH visa, entre outras questões, a identificação dos determinantes e condicionantes da saúde do homem, ressaltando aspectos da promoção e recuperação da saúde, prevenção de doenças, balizando-se em três eixos: violência, exposição a riscos que repercutem nos indicadores de morbidade e mortalidade e saúde sexual e reprodutiva (Ministério da Saúde 2009).

Por outro lado, são considerados fatores protetores a circuncisão (considerando-se seus riscos e benéficos, a higiene adequada do pênis, relação sexual protegida por meio de preservativo, além de elevado nível de escolaridade e de condição social (Fonseca et al. 2010).

A higienização adequada do pênis é considerada fator protetor, pois o esmegma é uma secreção produzida pelo organismo, que fica acumulada próxima à glândula do pênis, provocando pequenas feridas que evoluem para o câncer a neoplasia de pênis pode ser facilmente prevenida, com a utilização na higiene diária do órgão, água e sabão, e preservativo durante as relações sexuais.

Neste sentido para a profilaxia do Câncer de Pênis, são necessárias limpeza diária e realização do autoexame; com atenção à perda de pigmentação ou manchas esbranquiçadas, presença de feridas ou caroços no órgão que não desaparecem após tratamento médico e que apresentam secreção com odor fétido; tumoração no pênis e/ou na virilha, inflamações de longo período com vermelhidão e coceira, principalmente nos portadores de fimose (Ministério da Saúde 2018a).

Característica relevante do Câncer de Pênis é sua agressividade local, sendo comumente associada a mutilações, com intensas repercussões psicológicas, afetando intensamente a autoestima, a vida sexual e afetiva dos pacientes. Contudo, este câncer é prevenível e tratável, se diagnosticado precocemente (Barros e Melo 2009).

A invasão metastática invade preferencialmente o sistema linfático sendo comum ocorrer invasão nas cadeias inguinais, o seja as cadeias inguinais comumente são o primeiro sítio de acometimento. Além disto, pode provocar processos inflamatórios, infiltrações vasculares entre outras complicações (Horenblas 2001).

Assim, as características histopatológicas têm relação direta com o prognóstico da doença, auxiliando na eleição de adequado tratamento. Portanto, explorar o conhecimento da biologia celular e molecular é imprescindível para esclarecer aspectos obscuros no que tange

sua etiologia e prognóstico. Da mesma forma é imprescindível verificar seu grau de malignidade, a presença de necrose, invasão linfática e vascular, visando favorecer e conduzir a terapêutica (Paiva 2010).

O tratamento do Câncer de Pênis baliza-se no tamanho do tumor, estágio e grau tumoral, localização da lesão e quando possível na preferência do paciente. No caso de lesão primária do CEC peniano o tratamento mais indicado é a ressecção parcial ou total, radioterapia por feixe (EBRT), braquiterapia e ablação a laser. As modalidades de tratamento local para o câncer peniano pequeno e localizado incluem cirurgia excisional, radioterapia (Hakenberg 2017).

No caso de lesões pequenas e invasivas (T1/T2) localizadas na glândula devem receber tratamento conservador, como circuncisão adicional. Como opção tem-se: postectomia radical (tumores de prepúcio), excisão local, glandectomia parcial ou total, radioterapia e cirurgia a laser (Hakenberg 2017).

Em casos de comprometimento linfonodal deve-se efetuar o manejo dos linfonodos regionais, sendo fundamental no tratamento do Câncer de Pênis, e pode ser necessário recorrer a quimioterapia adjuvante, em pacientes com doença pN2/pN3 após linfadenectomia radical. Por fim, há o tratamento sistêmico com quimioterapia a pacientes com tumor pN2-3 (Hakenberg 2017).

Neste contexto, é primordial o conhecimento das características epidemiológicas nacionais, regionais e locais do Câncer de Pênis para a proposição de políticas assertivas, bem como o conhecimento das características histopatológicas dos tumores (Salsona et al. 2004),

Diante disto, conhecer a epidemiologia do Câncer de Pênis em Mato Grosso pode colaborar com a proposição de ações assistenciais e de vigilância do Câncer de Pênis, contribuindo para seu diagnóstico precoce. Poderá ainda fornecer conhecimentos específicos para proposições políticas para promoção de ações educativas para prevenção deste agravo.

Desta forma, o estudo em pauta trouxe o seguinte questionamento: como se configura a epidemiologia do Câncer de Pênis em Mato Grosso.

Assim, a partir das considerações apresentadas, o presente estudo buscou conhecer o perfil epidemiológico do Câncer de Pênis no estado de Mato Grosso e os aspectos histopatológicos desta neoplasia nos pacientes diagnosticados em Mato Grosso e no Hospital do Câncer de Mato Grosso (HC) na série histórica de 2010 a 2015 (janeiro a dezembro) por representar 50% da década de 2010, bem como contempla a metade do acervo do RHC desta década. Desta forma, foi possível estabelecer associações entre as variáveis analisadas: variáveis demográficas; hábitos de vida e variáveis referentes ao tumor; tratamento, seguimento dos casos e mortalidade por Câncer de Pênis.

O recorte histórico eleito também se deve à disponibilidade de dados no integrador de Registro Hospitalar de Câncer (RHC) que atualmente disponibiliza dados categorizados de Mato Grosso, entre outros estados, até o ano de 2017.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as características epidemiológicas do Câncer de Pênis no estado de Mato Grosso na série histórica de 2010 a 2015 segundo as variáveis demográficas; hábitos de vida e variáveis referentes ao tumor; tratamento, seguimento dos casos e mortalidade por Câncer de Pênis.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Descrever o perfil epidemiológico do Câncer de Pênis entre os pacientes diagnosticados no Hospital do Câncer de Mato Grosso na série histórica de 2010 a 2015 (janeiro a dezembro) segundo as variáveis demográficas; hábitos de vida e variáveis referentes ao tumor e tratamento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

O Câncer de Pênis é reconhecido como doença crônica degenerativa (Tonani e Carvalho 2008) com agressividade local delineada, que muitas vezes repercute em mutilação, afetando a autoestima a sexualidade e a relação afetiva dos pacientes (Barros e Melo 2009).

É descrito como neoplasia rara em países desenvolvidos, contudo, paradoxalmente apresenta incidência elevada em regiões em desenvolvimento, chegando a somar de 0,4 a 3% de todas as neoplasias malignas, tendo elvação em sua taxa a partir da sexta década de vida, sendo difícil sua ocorrência em menores de 30 anos e de ocorrência rara em crianças (Frisch et al. 1995; Ficarra et al. 2002; Ramos et al. 2008).

Desta forma, o Câncer de Pênis é uma doença relacionada ao grau de desenvolvimento de uma nação, pois no mundo há concentração do Câncer de Pênis em países em desenvolvimento ou subdesenvolvido como Ásia, América do Sul e África, com incidência de 26.000 novos casos por ano (Djajadiningrat et al. 2014; Gao et al. 2016; Coelho et al. 2018; Olesen et al. 2019).

Nos Estados Unidos, o Câncer de Pênis apresenta incidência de 0,4 a 1/100.000 homens e representa 0,4 a 6% de todas as doenças malignas. Dentre os homens norte-americanos, os hispânicos apresentaram a maior incidência (0,66/100.000 homens), seguido pelos negros 0,42/100.000, índios americanos (0,28/100.000 homens e asiáticos (0,24/100.000 homens). Em homens com idade igual ou superior a 85 anos a incidência é de 4,7 e 3,6/100.000 homens entre os hispânicos e negros respectivamente (Goodman et al. 2007).

Ainda nos Estados Unidos houve diminuição da incidência do Câncer de Pênis em 1,9% ao ano entre os negros e de 1,2% em brancos, no período de 1995 a 2003, sendo esta redução atribuída à detecção e tratamento precoce (Goodman et al. 2007).

Situação diferente é observada nos países em desenvolvimento, chegando o Câncer de Pênis ser uma preocupação para a saúde pública, pois em algumas regiões da África, da Ásia e da América do Sul, o câncer peniano chega a corresponder até 10% das neoplasias malignas no homem (Salvioni et al. 2009).

Fato relevante quanto à incidência dessa neoplasia no mundo é sua ocorrência na Índia, chegando a 3,32/100.000 habitantes. Já os menores índices encontram-se entre os judeus

nascidos em Israel e nos Estados Unidos com expressão de 0/100.000 homens e 0,7/100.000 homens, respectivamente (Gloeckler-Reis et al. 2003).

Os dados epidemiológicos ainda são escassos na literatura, no entanto conhecer melhor os aspectos dos pacientes como procedência, duração de sinais e sintomas, principais queixas, hábitos de vida, nível de instrução e tempo médio de seguimento, pode fornecer dados importantes para melhoria de medidas educativas e preventivas, e permitir o diagnóstico mais precoce.

3.2 O CÂNCER DE PÊNIS NO BRASIL

O Câncer de Pênis no Brasil é um problema de saúde pública segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), representando 2% de todos os tipos de câncer masculino, sendo mais frequente nas regiões Norte e Nordeste, podendo chegar a 17% segundo dados do INCA (Ministério da Saúde 2011).

Estudo realizado por Couto et al. (2014) e por Coelho et al. (2018) revelou que em relação à prevalência do Câncer de Pênis em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, o Brasil se destaca entre eles, sendo que as regiões norte e nordeste concentram a sua prevalência, ocorrendo principalmente em homens heterossexuais, casados, com idade entre 35 a 50 anos.

Coelho et al. (2018) estimaram que a incidência do Câncer de Pênis no Brasil seja a maior do mundo com a ocorrência de 8,3 casos por 100.000 homens, sendo que as regiões norte e nordeste são as mais afetadas, Associa-se à esta situação a condição de extrema pobreza social nestas regiões e ainda soma-se à esta condição social a falta de higiene íntima, fimose, infecção pelo Papiloma Vírus Humano, o consumo de tabaco e a promiscuidade sexual.

As estimativas de câncer do INCA ao Ministério da Saúde em 2010 não revelam o Câncer de Pênis como um dos mais frequentes no país, compondo 2,1% de todos os tipos de câncer entre homens. O que chama a atenção neste cenário epidemiológica é sua elevada ocorrência, 15% mais alta no Norte e Nordeste, onde as condições socio-econômicas são mais precárias, com incidência de 1,3 a 2,7 por 100.000 habitantes (Ministério da Saúde 2011).

Fato preocupante, informado pelo Ministério da Saúde (2018b) no período compreendido entre dezembro de 2006 e novembro de 2007 foi a realização de 407 cirurgias de amputações (40%) do total de casos (Barros e Melo 2009).

Nas regiões de maior ocorrência desta neoplasia, o Câncer de Pênis supera os casos de cânceres de próstata e de bexiga, sendo maior o acometimento em homens economicamente

desfavorecidos, de cor branca, não circuncidado, vivendo nas regiões Norte e Nordeste do país (Favorito et al. 2008).

Apesar de o Câncer de Pênis ser raro, ocorre principalmente em homens vivendo sua 4ª e 5ª décadas de vida, sendo os tipos histológicos mais comuns o Carcinoma “*in situ*” e Carcinoma Epidermóide invasivo e sua variante, o Carcinoma Verrucoso (Ornellas e Brown 1994).

Há refererência de estudos epidemiológicos afirmando que o Carcinoma Epidermóide de pênis acomete homens casados ou previamente casados em estágios iniciais, mais frequentemente que em solteiros (Paula et al. 2005).

No Brasil, no estado de Pará no ano de 2010 a prevalência do Câncer de Pênis revelou que faixa etária acometeu homens de 41 e 70 anos, sendo estes homens de classes sociais baixas e agricultores (Fonseca et al. 2010). Quanto ao período ocorrido entre o aparecimento da lesão e o diagnóstico foi de 11 meses e a maioria das lesões localizavam-se na cavidade prepucial (Fonseca et al. 2010).

A taxa bruta anual de incidência de 1,18/100.000 homens, sendo que os pacientes provenientes de áreas rural representaram 82,1% da amostra. Tal situação reflete uma incidência padronizada por idade (*Age-standardized Incidence Rate - ASR*) de 13,89/1000.000 homens em um período de 11 anos, o que corresponde a um ASR médio de 6,15/100.000 homens em um período de cinco anos (Coelho et al. 2018).

Contudo, Coelho et al. (2018), estimaram que a incidência do Câncer de Pênis em Maranhão é maior do que os resultados apresentados em função de que muitos afetados buscam atendimento em estados da região sudeste. Esta estimativa foi balizada no estudo realizado por Favorito et al. (2008) que evidenciaram em seu estudo que 53,2% dos casos analisados eram provenientes da região nordeste e principalmente do estado do Maranhão.

3.3 CARACTERÍSTICAS DO CÂNCER DE PÊNIS

O Câncer de Pênis é uma lesão nodular de característica ulcerada ou vegetante, de evolução lenta, geralmente indolor, localizada, preferencialmente na glândula (60% dos casos) ou no prepúcio (35% dos casos) que frequentemente acomete pacientes com fimose, higiene genital precária e infecção pelo Papiloma vírus humano. Geralmente o homem encontra-se na faixa etária de 40 a 60 anos (Vieira et al. 2007). Sendo o diagnóstico estabelecido por meio da biópsia da lesão primária (Vieira et al. 2007).

De regra, o carcinoma escamoso de pênis, representa cerca de 95% dos tumores malignos primários, geralmente é previsível. O comprometimento visceral por via hematogênica é raro, ocorrendo em menos de 10% dos casos (Aita 2014).

O tipo mais comum do Câncer de Pênis é o Carcinoma Epidermóide Escamoso. Os demais tipos decorrem de metástases originadas de outros órgãos, Sarcomas e raramente, Melanomas.

O desenvolvimento desse Carcinoma geralmente é previsível, tendo sua origem sob a forma de uma lesão exofítica ou ulcerada e acomete os linfonodos regionais (inguinais pélvicos e raramente, periaórticos). Na falta de tratamento adequado culmina em óbito em média dois anos após o diagnóstico, devido às suas complicações ou em decorrência de metástases (Aita 2014).

Pompeo (2006) afirma que o Carcinoma Escamoso é classificado quanto à histologia, em três categorias: bem diferenciado, equivalente a 70% a 80% dos casos; moderadamente diferenciado; e indiferenciado. A apresentação característica da doença é uma lesão ulcerada na glândula do pênis, no sulco coronário e no prepúcio, entretanto as lesões nodulares ou verrucosas em forma de couve-flor também podem estar presentes.

Alguns casos podem manifestar-se com dor na glândula do pênis, prurido, fluxo purulento ou sanguinolento, presença de disúria e hematúria, indicativos de lesão na uretra (Suaréz 2011).

O crescimento tumoral pode ser superficial, misto de crescimento vertical e multicêntrico, sendo estes dois últimos os de pior prognóstico. O Carcinoma Escamoso representa 48% dos casos. Quanto à localização 21% dos tumores de pênis situa-se na glândula. De forma simultânea na glândula e no prepúcio fica em torno de 6%. No sulco coronal e no prepúcio em torno de 2% (Suaréz 2011).

A disseminação das células cancerígenas geralmente acontece por via linfática (Suaréz 2011). Quanto ao Carcinoma Primário de Pênis há a classificação em cinco tipos: Carcinoma Escamoso, Sarcoma, Melanoma, Carcinoma de Células Basais e Linfoma; sendo o Carcinoma Escamoso o de maior prevalência.

Em 70% dos casos, o tumor encontra-se no trato urogenital. Os locais mais comuns onde ocorrem metástases dessa doença são pulmão, fígado e retroperitônio (Suaréz 2011).

Desta forma, no contexto da avaliação da ocorrência do Câncer de Pênis é primordial fazer o exame físico para avaliar a sensibilidade e especificidade. Sabe-se que o tratamento da doença deve ser realizado após a classificação histopatológica das células envolvidas e o estadiamento do câncer (Hakenberg et al. 2014).

Segundo os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o Câncer de Pênis apresenta vários tipos histológicos sendo eles: carcinoma de células escamosas (CEC) (o mais comum), também denominado de carcinoma epidermóide, carcinoma condilomatoso, carcinoma verrucoso, verrugoso (condilomatoso), carcinoma basalóide³, carcinoma papilar e carcinoma sarcomatóide e adenoescamoso (Sonpavde et al. 2013).

A classificação dos tumores em estádios, consagrado por tradição, considera que as taxas de sobrevivência se diferenciam quando a doença é restrita ao órgão de origem de quando ela se dissemina para outros órgãos (Sobin et al. 2009).

Há uma diversidade de bases ou eixos de classificação dos tumores, tais como a localização anatômica, extensão clínica e patológica da doença, a duração dos sinais ou sintomas, o sexo e idade do paciente, o tipo e grau histológico, e todas estas bases/eixos tem influência na evolução da doença (Sobin et al. 2009).

O estadiamento é de um caso de neoplasia diz respeito à avaliação de seu grau de disseminação, mas para tanto, há regras padronizadas e atualizadas periodicamente. O estadiamento de um tumor oportunista conhecer a taxa de crescimento, a extensão da doença, o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro (Sobin et al. 2009).

O sistema TNM de classificação de tumores, classifica prioritariamente a extensão anatômica da doença por meio da determinação clínica e histológica (quando oportuna).

O Sistema TNM para a avaliação de um tumor fundamenta-se em três componentes: T (extensão do tumor primário), N (ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais), M (ausência ou presença de metástase à distancia) (Sobin et al. 2009).

A classificação Tumor Nódulo Metástase (TNM) para Câncer de Pênis aborda as seguintes fases de estadiamento.

³ Carcinomas basalóides são variantes agressivas, geralmente associadas ao HPV (75%) com caráter infiltrativo, perfazendo aproximadamente 10% dos tumores penianos frequentemente recorrentes e desencadeando metástases para linfonodos e com prognóstico ruim (Sonpavde et al. 2013).

Tabela 1 - Classificação Tumor Nódulo Metastase (TNM)

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA	
T	TUMOR PRIMÁRIO
TX	O TUMOR PRIMÁRIO NÃO PODE SER AVALIADO
T0	NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE TUMOR PRIMÁRIO
TIS	CARCINOMA “ <i>IN SITU</i> ”
TA	CARCINOMA VERRUCOSO NÃO INVASIVO
T1	TUMOR QUE INVADE O TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL
T1A	TUMOR INVADE O TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL SEM INVASÃO VASCULAR LINFÁTICA, E NÃO É POUCO DIFERENCIADO OU INDIFERENCIADO (T1G1-2)
T1B	TUMOR INVADE O TECIDO CONJUNTIVO SUBEPITELIAL COM INVASÃO VASCULAR LINFÁTICA, OU MAL DIFERENCIADO, OU INDIFERENCIADO (T1G3-4)
T2	TUMOR QUE INVADE O CORPO ESPONJOSO OU CAVERNOSO
T3	TUMOR QUE INVADE A URETRA
T4	TUMOR QUE INVADE OUTRAS ESTRUTURAS ADJACENTES
N	LINFONODOS REGIONAIS
NX	OS LINFONODOS REGIONAIS NÃO PODEM SER AVALIADOS
N0	NENHUM LINFONODO INGUINAL PALPÁVEL OU VISIVELMENTE AUMENTADO
N1	LINFONODO INGUINAL UNILATERAL PALPÁVEL E MÓVEL
N2	MÚLTIPLOS LINFONODOS UNILATERAIS PALPÁVEIS OU BILATERAIS
N3	MASSA NODAL INGUINAL FIXA OU LINFADENOPATIA PÉLVICA, UNILATERAL OU BILATERAL
M	METÁSTASE À DISTÂNCIA
M0	SEM METÁSTASE À DISTÂNCIA

Fonte: AMB/CFM 2006.

Tabela 2 - Classificação Tumor Nódulo Metástase (TNM) patológica

CLASSIFICAÇÃO TUMOR NÓDULO METÁSTASE	
PN	LINFONODOS REGIONAIS
PNX	LINFONODOS REGIONAIS NÃO PODEM SER AVALIADOS
PN0	NÃO HÁ METÁSTASE EM LINFONODOS REGIONAIS
PN1	METÁSTASE INTRANODAL EM UM ÚNICO LINFONODO INGUINAL
PN2	METÁSTASE EM MÚLTIPLOS LINFONODOS OU LINFONODOS INGUINAIS BILATERAIS
PN3	METÁSTASE EM LINFONODO(S) PÉLVICO(S), UNILATERAL OU BILATERAL, OU EXTENSÃO EXTRANODAL DAS METÁSTASES LINFONODAIS REGIONAIS
PM	METÁSTASES À DISTÂNCIA
PM0	SEM METÁSTASE À DISTÂNCIA
PM1	METÁSTASE À DISTÂNCIA
G	GRADUAÇÃO HISTOPATOLÓGICA
GX	GRAU OU DIFERENCIAÇÃO NÃO PODEM SER AVALIADOS
G1	BEM DIFERENCIADOS
G2	MODERADAMENTE DIFERENCIADOS
G3-4	POBREMENTE DIFERENCIADOS / INDIFERENCIADOS

Fonte: American Cancer Society.

Quanto à classificação Tumor Nódulo Metástase (TNM) patológica, as categorias pN são baseadas nos achados de biópsia ou excisão cirúrgica (Hakenberg et al. 2014).

Existe ainda a Classificação de Jackson para o estadiamento de Câncer de Pênis, descrita abaixo.

Tabela 3 - Classificação de Jackson.

CLASSIFICAÇÃO DE JACKSON	
ESTÁGIO I	Encontra-se circunscrito à glândula e ao prepúcio, sem envolvimento do corpo do pênis ou do corpo cavernoso
ESTÁGIO II	Apresenta invasão do corpo cavernoso do pênis, mas em disseminação para os linfonodos conforme exame clínico
ESTÁGIO III	Apresenta disseminação clínica nos linfonodos regionais da virilha. A possibilidade de cura depende do número e da extensão dos nodos envolvidos
ESTÁGIO IV	É de natureza invasiva, apresentando extenso movimento dos linfonodos, sem possibilidade de intervenção cirúrgica, na virilha e/ou metástases à distância

Fonte: AMB/CFM (2006).

É consensuado que o diagnóstico histológico e o estadiamento do Câncer de Pênis devem ser feitos de forma adequada, antes da realização da decisão terapêutica (Hakenberg et al. 2014).

Ressalta-se que quando os tumores são pequenos e superficiais, as lesões podem ser retiradas com ou sem o uso de laser, quimioterapia e radioterapia. Lesões extensas são tratadas com intervenção cirúrgica radical (Pompeo 2006; Llapa-Rodríguez et al. 2014).

É interessante observar que há estreita relação entre a extensão das lesões evidenciadas no momento do primeiro exame com os baixos níveis de instrução e educação sanitária dos acometidos pelo Câncer de Pênis, denotando que a população nestas condições sociais, procura por recursos médicos após um período de tempo relativamente longo, desde o aparecimento dos sintomas iniciais, podendo determinar uma doença avançada.

O indicado é verificar a tumoração no pênis, a presença de gânglios inguinais, pois pode caracterizar sinal agravante na progressão da doença (Ministério da Saúde 2018a), pois por meio da via linfática ocorre a disseminação usual desse câncer, sendo acometidos sucessivamente, os linfonodos inguinais superficiais, inguinais profundos, os ilíacos e por fim, os linfonodos periaórticos (Aita 2014).

Por fim, o tratamento do Câncer de Pênis depende principalmente, do estágio da doença, grau histológico e localização do tumor, visando a eliminação do tumor primário e as metástases regionais ou sistêmicas, quando presentes.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo configura-se como observacional, longitudinal, analítico de caso-controle (série histórica de 2010 a 2015) com a utilização de fonte de dados primários (dados físicos e eletrônicos) relativos a homens residentes em Mato Grosso diagnosticados com Câncer de Pênis.

No estudo observacional o investigador não tem controle com a exposição, e muito menos com a designação dos participantes. Assim, recorre a uma situação dada naturalmente e observa os resultados na qual os participantes podem estar expostos ou não a determinada causa potencial da doença. Desta forma, o investigador apenas observa, não interfere na exposição dos participantes (Bloch e Coutinho 2009).

Os estudos longitudinais fundamentam-se no estudo de populações bem definidas, tendo como característica básica a simultaneidade entre tudo, então o que se observa é mensurado em uma única vez (Lakatos e Marconi 2007). Consiste na coleta de dados de uma mesma amostra ao longo do tempo (Richardson 2010).

Hadad (2004) argumenta que em estudos longitudinais existe uma sequência temporal conhecida entre exposição, ausência da mesma ou intervenção terapêutica, e o aparecimento da doença ou fato evolutivo, sendo aplicável para estudar um processo ao longo do tempo para investigar mudanças, ou seja, refletem uma sequência de fatos.

O estudo analítico busca identificar a relação existente entre o fenômeno observado e fatores ou condições diversas, que possa atribuir seu comportamento e distribuição (Almeida-Filho e Rouquayrol, 2006).

Quanto à abordagem quantitativa, segundo Gil (2010) a mesma origina-se da física, epidemiológica e estatística, visando à relação causa-efeito. A coleta de dados é feita por meio de testes, observação simples e aplicação de instrumentos de coleta de dados, com análise de dados realizada com a utilização de métodos estatísticos e a relação entre o pesquisador e o sujeito é de objetividade e neutralidade.

4.1 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi efetuada em duas etapas, sendo primeiramente realizada em julho de 2019 por meio de levantamento de dados acerca do Câncer de Pênis nos prontuários do

Hospital de Câncer de Mato Grosso, sendo subsidiada por um roteiro adaptado do instrumento de coleta de dados utilizado por Paiva (2010).

Para a coleta de dados nos prontuários, após obedecer a todos os trâmites éticos foram solicitados os prontuários pertinentes ao estudo ao setor de Registro Hospitalar de Câncer que levantou junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística os prontuários de interesse do estudo em pauta. Então a partir dos prontuários, foram levantadas as variáveis: ano de diagnóstico, procedência, idade, profissão, morfologia detalhada do tumor, tipo histológico, estadiamento pelo sistema TNM.

Assim, o levantamento de dados em prontuários foi realizado em ambiente privativo e todo cuidado foi tomado para o manuseio e coleta de dados contidos nos documentos.

A segunda etapa foi realizada no período de agosto a setembro de 2019 em fontes eletrônicas disponíveis no Integrador de Registro Hospitalar de Câncer (RHC) com extração de dados de Mato Grosso e da Fundação Hospital do Câncer de Mato por meio de captura de registros de Câncer de Pênis ocorridos na série histórica selecionada e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) na mesma série temporal eleita foram coletados os casos de óbito por neoplasia de pênis.

Os registros de óbitos foram capturados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde 2018b).

A coleta de dados no RHC foi subsidiada por um roteiro estruturado contendo: variáveis demográficas; variáveis referentes ao tumor; variáveis do tratamento; variáveis de seguimento. De igual forma a coleta de dados no SIM foi balizada por um instrumento elaborado para o presente estudo.

A série histórica eleita para a coleta de dados no RHC (2010 a 2015) foi selecionada por ser a série com dados categorizados nos referido sistema, ou seja, deve-se à disponibilidade de dados no Integrador de Registro Hospitalar de Câncer (RHC) que atualmente disponibiliza dados de Mato Grosso, entre outros estados, até o ano de 2017.

Optou-se por selecionar os anos de 2010 a 2015 por representarem 50% da década de 2010 e do curso histórico do RHC e do seu acervo. Assim, para coadunar com o período eleito para os dados do RHC, foi utilizada a mesma série temporal para a coleta de dados do SIM.

4.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis foram compostas por dados extraídos de fontes de dados do RHC e de dados de laudos histológicos, prontuários e do SIM.

Na sequência estão apresentadas as variáveis de estudo, segundo a fonte de coleta de dados:

- **Variáveis obtidas por meio da coleta de dados disponíveis nos prontuários:**
 - Procedência: município; residência;
 - Variáveis sócio demográficas: idade, cor/etnia, grau de instrução, estado civil, atividade laboral;
 - Hábitos de vida: tabagismo; alcoolismo;
 - Aspectos clínicos: estadiamento da lesão primária (Sobin et al. 2009).
- **Variáveis obtidas por meio da coleta de dados disponíveis nos laudos:**
 - Tipo histológico (Carcinoma epidermóide in situ, Carcinoma epidermóide invasivo, Carcinoma verrucoso, Carcinoma condilomatoso, Carcinoma basalóide, Grau histológico);
 - Estadiamento.
- **Variáveis obtidas por meio da coleta de dados disponíveis no sistema de informação (RHC):**
 - Variáveis demográficas: idade na data do diagnóstico; raça/cor da pele; estado civil; escolaridade (anos de estudos concluídos); residência e ocupação/profissão;
 - Variáveis referentes ao tumor: localização de origem; localização da lesão (prepúcio, glândula, glândula e prepúcio, haste e base do pênis) número do exame; topografia; morfologia; meio de diagnóstico; extensão da doença; estadiamento; TNM;
 - Variáveis do tratamento: estágio do tumor primeiro tratamento.
- **Variáveis obtidas por meio da coleta de dados disponíveis no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM):**
 - Variáveis coletadas no SIM: variáveis demográficas: faixa etária, raça/cor da pele; estado civil; escolaridade (anos de estudos concluídos).

4.3 FONTE DE DADOS

As fontes de dados eleitas são de natureza primária: prontuários, obtidos no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), e acervo de registro no banco de dados do RHC (dados de domínio público), no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados obtidos compõem-se de dados extraídos de fontes eletrônicas: Registro Hospitalar de Câncer (RHC) referentes a homens com diagnóstico de câncer, estabelecido nos anos de 2010 a 2015 em Mato Grosso e de dados extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade, relacionados aos óbitos por Câncer de Pênis em homens residentes em Mato Grosso, bem como de dados capturados no Sistema de Informação Hospitalar, acerca das internações por Câncer de Pênis em Mato Grosso ocorridas nos anos eleitos para o presente estudo.

Os dados coletados seguiram os seguintes passos: seleção, codificação, tabulação, e por fim foram apresentados em tabelas e figuras. Para tanto, foi necessário o emprego da estatística analítica.

A análise dos dados ocorreu por meio do *software* MiniTab17.0. Assim, foi pautada em critérios estatísticos, observando-se a significância dos resultados obtidos, por meio do Teste χ^2 com significância de 5% ($p < 0,05$), buscando associação entre as variáveis analisadas. Também foi feita análise por meio da frequência relativa e média. Por último os dados foram interpretados à luz da literatura consultada.

4.5 POPULAÇÃO

Fizeram parte da população os participantes (indiretos) com diagnóstico de Câncer de Pênis.

4.6 AMOSTRA

A amostra foi constituída por conveniência (não probabilística por meio de participantes (indiretos) que atenderam aos critérios de inclusão), ou seja, composta por participantes com diagnóstico de Câncer de Pênis, na série histórica eleita.

Também fazem parte da amostra os casos de Câncer de Pênis diagnosticados na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso em Mato Grosso, contemplando tanto os registros de dados extraídos de fonte eletrônica (RHC) fontes físicas (prontuários de pacientes com câncer na série histórica eleita).

4.7 LOCAL DO ESTUDO

Estudo realizado em Mato Grosso situado na região oeste do Centro oeste do Brasil, ocupando uma área de 906. 806,9 Km², sendo Cuiabá sua capital.

Mato Grosso divide-se em 141 municípios, distribuídos em 5 mesorregiões, subdivididas em 22 microrregiões. Sua população é de 3.441.998 habitantes, com densidade populacional de 3,36 hab/km² (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE 2017).

Grande parte dos mato-grossenses reside em áreas urbanas (84%). A maioria dos municípios apresenta população com menos de 20 mil pessoas. Em relação à cor dos seus habitantes: os pardos representam 52,7%, os brancos 37,5%, os pretos 9%, os amarelos 0,5% e os indígenas 0,3 % (<https://bit.ly/397UKni>).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado é de 0,725 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD 2013). O analfabetismo em Mato Grosso é de 7,8%, a mortalidade infantil, é de 19,2%, a expectativa de vida é de 72,4 anos (IBGE 2017).

Mato Grosso tem seis unidades hospitalares cadastradas como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)⁴.

Com relação à Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso, instituído em 1999 é cadastrado como CACON, considerado como porte “A” entre os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do país, de acordo com a portaria nº 2947, publicada em dezembro de

⁴Associação de Proteção à Maternidade e à Infância Cuiabá, Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso, Hospital da Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, Hospital Universitário Júlio Muller, Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis.]

Sinop: Hospital Santo Antonio/Fundação de Saúde Comunitária de Sinop.

Fonte: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/selecionaTabulador.action?initial=1&local=uf&unidFed=MT>.

2012 pelo Ministério da Saúde. Localiza-se na Avenida Historiador Rubens de Mendonça, nº 5.500 - Cuiabá - Mato Grosso (Hospital de Câncer de Mato Grosso 2020).

O hospital conta com alta tecnologia, seja na área de diagnóstico como de tratamento, oferecendo atendimento em diversas especialidades da oncologia. Dispõe de 126 leitos, distribuídos nas enfermarias de clínica médica, cirúrgica, pediátrica e UTI (<https://bit.ly/3h0H28k>), sendo serviço de Anatomia Patológica terceirizado (<https://bit.ly/38XVvPJ>).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização do estudo foram considerados os aspectos éticos determinados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) visando garantir a dignidade dos participantes do estudo.

O projeto de pesquisa foi indexado à Plataforma Brasil para seguimento da apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade de Cuiabá (CEP - UNIC) obtendo o parecer de aprovação número 3.292.687. Também foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (CEP - SES - MT) por ser o Hospital de Câncer de Mato Grosso vinculado ao CEP-SES-MT sob o número de parecer de aprovação 3.385.369. Neste sentido, foi garantido o anonimato dos participantes. Assim, a ficha de coleta de dados foi identificada por número sequencial os dados coletados no prontuário foram anonimizados (Anexo 1).

Ao diretor técnico do Hospital do Câncer foi solicitada formalmente autorização para o acesso aos prontuários, laudos histológicos. O projeto foi enviado na íntegra ao diretor técnico para sua autorização. A referida autorização encontra-se disponível em anexo.

A coleta de dados foi iniciada após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade de Cuiabá (CEP - UNIC) e do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (CEP - SES - MT).

4.9 QUANTO AOS BENEFÍCIOS DO ESTUDO

Os benefícios do estudo são indiretos aos participantes, uma vez que contemplam subsídios para a fomentação de políticas de saúde para a promoção da saúde sexual e

reprodutiva do homem, ações de diagnóstico precoce e prevenção do Câncer de Pênis no estado de Mato Grosso, estabelecendo o perfil do Câncer de Pênis dos pacientes atendidos no HC - MT na série histórica definida.

Soma-se a estes benefícios o conhecimento das características epidemiológicas do Câncer de Pênis no Mato Grosso, assim, os resultados deste estudo propiciam o conhecimento da realidade da vigilância do câncer em Mato Grosso corroborando com a melhoria no atendimento e demais procedimentos ao homem acometido por Câncer de Pênis, possibilitando futuras medidas de prevenção, controle e tratamento mais eficazes, além de fornecer subsídios para a melhoria na política de atenção oncológica.

Os resultados também podem subsidiar a programação de capacitação para os profissionais do (HC) quanto ao registro de informações no RHC entre outras.

4.10 QUANTO AOS RISCOS DO ESTUDO

Os riscos de participação no estudo, foram indiretos aos participantes, uma vez que a coleta de dados não foi efetuada diretamente com os mesmos. Desta forma, caracterizam-se como riscos mínimos e inerentes à possibilidade de identificação dos participantes, no entanto, todos os cuidados foram tomados para assegurar o anonimato dos dados individuais, conforme preconizado pela Resolução nº 466, homologada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde em 2012.

Outros riscos potenciais foram perda/avaria de prontuário, mas medidas de controle de retirada e devolução (romaneio, protocolo de entrega e recebimento) dos prontuários foram instituídas visando eliminar tal possibilidade.

Foram investidos todos os esforços possíveis quanto à preservação dos prontuários, evitando assim a danificação e perda dos mesmos. Assim, o acesso e manuseio dos prontuários e laudos de histologia, e manuseio no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Hospital de Câncer de Mato Grosso, foi efetuado pela pesquisadora, com respeito às disposições ético/legais e normativas pertinentes, preservando-se a privacidade em seu manuseio, o sigilo e preservação da identidade dos participantes e integridade dos prontuários em formato físico ou eletrônico.

4.11 QUANTO À DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

Os resultados do estudo serão divulgados nos meios científicos e acadêmicos, e apresentados às autoridades de saúde de Mato Grosso e gestores do Hospital de Câncer de Mato Grosso, e aos órgãos legitimados pelo Controle Social, em especial aqueles que podem contribuir para a melhoria das condições de vida da coletividade, visando subsidiar estratégias de educação em saúde para a população em geral quanto ao diagnóstico precoce do Câncer de Pênis e sua prevenção, porém assegurando que os participantes da pesquisa não sejam estigmatizados visando subsidiar.

4.12 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

4.12.1 Inclusão

- Quanto aos prontuários: foram incluídos os prontuários de participantes de todas as etnias/cor, com diagnóstico de Câncer de Pênis realizado no Hospital de Câncer de Mato Grosso;
- Quanto aos registros no RHC: foram incluídos todos os participantes com diagnóstico de Câncer de Pênis notificados em Mato Grosso na série histórica eleita;
- Quanto aos registros no SIM: foram incluídos todos os participantes que faleceram por Câncer de Pênis notificados em Mato Grosso na série histórica eleita.

4.12.2 Exclusão

- Quanto aos prontuários: foi proposto de serem excluídos os participantes cujo prontuário em formato impresso apresentasse avarias, dificultando a leitura de dados de interesse para o estudo. Contudo, nenhum prontuário foi excluído pois todos estavam em boas condições;
- Quanto aos registros no RHC, SIM: Não houve necessidade de exclusão de nenhum registro.

4.13 CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Apesar de a pesquisa caracterizar-se como uma pesquisa retrospectiva com abordagem quantitativa, fundamentada em fontes documentais primárias pertencentes aos participantes do

estudo: prontuários, laudos de exames histológicos e dados primários extraídos do DATA - SUS (de domínio público) foi necessário pedir dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Tal solicitação se fez necessário pelas dificuldades de efetuar contato com os participantes para obtenção do TCLE por (incipientes dados de registro e de meios de contato, difícil localização dos participantes, mudança de endereço dos participantes, omissão do endereço por muitos participantes e ainda pela ocorrência de óbito de alguns dos participantes do estudo. Assim, foi solicitada ao CEP - UNIC e ao CEP - SES - MT a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por meio do Termo de Dispensa de Consentimento Livre e Esclarecido (TDCLE).

Os argumentos descritos quanto à impossibilidade de obter o TCLE foram corroborados pela responsável pelo Núcleo Integrado de Pesquisa e Extensão do Hospital do Câncer de Mato Grosso (NIEPS).

Os argumentos descritos quanto à impossibilidade de obter o TCLE foram corroborados pela responsável pelo Núcleo Integrado de Pesquisa e Extensão do Hospital do Câncer de Mato Grosso (NIEPS).

5 RESULTADOS

5.1 O CÂNCER DE PÊNIS EM MATO GROSSO NO PERÍODO DE 2010 A 2015

Com relação ao câncer de Câncer de Pênis em Mato Grosso no período de 2010 a 2015, os resultados estão distribuídos na Tabela 4, conforme registro de dados capturados no Registro Hospitalar de Câncer - Tabulador Hospitalar.

Tabela 4 - Distribuição em frequência relativa e absoluta dos registros de casos de Câncer de Pênis em Mato Grosso segundo condição (casos não analíticos⁵ e analíticos⁶) ocorridos nos anos de 2010 a 2015.

TIPO	Nº	%	P- VALOR
ANALÍTICO	47 ^a	77,04	
NÃO ANALÍTICO	14 ^b	22,95	< 0,001
TOTAL	61	100	

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer - Tabulador Hospitalar. Letras diferentes indicam diferença estatística ($p < 0,05$).

A análise revela significância estatística nos resultados obtidos com $p < 0,001$. Observa-se que 77,04% dos pacientes com Câncer de Pênis chegam aos hospitais sem tratamento oncológico prévio (Ministério da Saúde 2010).

Tal situação evidencia que a rede de saúde tem utilizado mecanismo de referência para diagnóstico e tratamento do câncer peniano nas unidades hospitalares do estado.

Tabela 5 - Distribuição em frequência relativa e absoluta dos registros de casos de Câncer de Pênis, segundo condição (casos não analíticos e analíticos ocorridos nos anos de 2010 a 2015 em Mato Grosso).

TIPO	Nº	%	P- VALOR
ANALÍTICO	47 ^a	77,04	
NÃO ANALÍTICO	14 ^b	22,95	< 0,001
TOTAL	61	100	

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer - Tabulador Hospitalar. Teste χ^2 com significância de 5%. Letras diferentes indicam diferença estatística ($p < 0,05$).

⁵ Caso analítico para a Unidade Hospitalar (UH) é quando a mesma planeja e/ou realiza o tratamento do paciente (Ministério da Saúde 2010).

⁶ Caso não analítico é quando a UH apenas realiza complementação de tratamento ou quando há diagnóstico no momento da necropsia (Ministério da Saúde 2010).

A distribuição dos casos de Câncer de Pênis, no período de 2010 a 2015 está disposta na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição de casos de Câncer de Pênis (C60.9), segundo o ano de diagnóstico, 2010 a 2015, Mato Grosso.

ANO DE DIAGNÓSTICO	Nº	%	p- valor
2010	17 ^a	27,86	0,138
2011	7 ^a	11,47	
2012	7 ^a	11,47	
2013	13 ^a	21,31	
2014	10 ^a	16,39	
2015	7 ^a	11,47	
TOTAL	61	100	

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer - Tabulador Hospitalar. Teste χ^2 com significância de 5%. Letras iguais indicam ausência de diferença estatística ($p > 0,05$).

Observa-se ainda que a ocorrência do Câncer de Pênis e a sua relação com a série temporal registra a média de 10,2 casos. É possível observar pela análise estatística que não há valor de significância entre a ocorrência desta afecção e a série de anos em análise.

A distribuição dos casos de Câncer de Pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015, segundo o ano de diagnóstico e a localização primária pode ser observada na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos casos de Câncer de Pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015, segundo o ano de diagnóstico e a localização primária.

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA DETALHADA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total	p- valor
TOTAL	17^a	7^a	7^a	13^a	10^a	7^a	61	0,138
C60.0 Prepúcio	0	1	0	0	1	0	2	
C60.1 Glande	0	0	0	1	1	0	2	
C60.2 Corpo do pênis	0	0	0	0	0	1	1	
C60.9 Pênis, SOE ⁷	17	6	7	12	8	6	56	

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer - Tabulador Hospitalar. Letras iguais indicam ausência de diferença estatística ($p > 0,05$).

⁷ SOE é registrado quando não há especificação da localização do tumor, ou seja, a descrição da localização do tumor ficou generalizada ou pouco específica, sendo necessário usar a opção SOE (Ministério da Saúde, 2010).

A análise quanto a correlação entre ocorrência do Câncer de Pênis em Mato Grosso e os anos em estudo, demonstrou que não há significância estatística dos casos, expressando $p = 0,138$ ($p > 0,05$).

Quanto à localização primária do Câncer de Pênis em Mato Grosso os resultados demonstram que entre os casos registrados 56 (91,8%) foram Câncer de Pênis classificados como SOE.

5.2 O CÂNCER DE PÊNIS EM MATO GROSSO QUANTO À QUESTÕES ÉTNICO RACIAIS, SÓCIO DEMOGRÁFICAS E HÁBITOS DE VIDA

5.2.1 Análise quanto às Questões Étnico/Raciais e Sócio Demográficas

A apresentação do Câncer de Pênis em Mato Grosso relacionado à questões étnico raciais encontra-se disposta na Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos casos de Câncer de Pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015 segundo o quesito cor, 2019.

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA	AMARELA		BRANCA		INDÍGENA		PARDA		PRETA		SI		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TOTAL	1	1,64	11	18,03	1	1,64	27	44,26	3	4,92	18	29,5	61	100
C60 PENIS	1	1,64	11	18,04	1	1,64	27	44,26	3	4,92	18	29,5	61	100

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer - Tabulador Hospitalar.

Legenda - SI: Sem Informação.

Apesar de em relação ao quesito cor, não haver significância estatística, os indígenas no Mato Grosso foram representados por 1,64% do Câncer de Pênis, resultado superior ao encontrado em outros estudos.

5.2.2 Análise Quanto ao Estado Civil⁸

⁸ Solteiro: nunca possuiu companheiro(a) com a qual manteve relacionamento sexual estável. Casado: pessoa que possui companheiro(a) com quem mantém relacionamento sexual por período acima de seis meses. Viúvo indivíduo que após a morte do parceiro(a), fosse legalmente casado ou não, tenha permanecido sozinho, sem assumir novo estado marital. Separado Judicialmente: aquele que durante um período superior a seis meses teve relacionamento sexual com um mesmo parceiro e cujo relacionamento foi desfeito, permanecendo sem novo relacionamento estável. Sem Informação: pacientes dos quais não se dispõe desta informação (Ministério da Saúde 2010).

Tabela 9 - Distribuição dos casos de Câncer de Pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015 segundo o estado civil.

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA	CASADO	SEM INFORMAÇÃO	SEPARADO JUDICIALMENTE	SOLTEIRO	VIÚVO	TOTAL	P-VALOR
TOTAL	27 ^a	9 ^b	2 ^c	19 ^b	4 ^c	61	< 0,001
C60 PENIS	27	9	2	19	4	61	

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer - Tabulador Hospitalar.
Letras diferentes indicam diferença estatística ($p < 0,05$).

Os resultados referentes à correlação entre o Câncer de Pênis e estado civil apresentam que 44,30% dos homens são casados, assim houve significância estatística $p = 0,001$ ou seja ($p < 0,05$). Desta forma, os percentuais do processo não diferem do alvo de significância de 0,05.

5.2.3 Análise Quanto à Idade

Tabela 10 - Distribuição dos casos de Câncer de Pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015 segundo a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	
							N	%
TOTAL	17	7	7	13	10	7	61	100
<De25	1	0	0	0	0	0	1	1,64
25-39	1	1	1	0	0	0	3	4,92
40-49	5	5	1	0	1	1	13	21,31
50-59	3	1	3	4	5	3	19	31,15
60-69	4	0	1	7	0	2	14	22,95
>De70	3	0	1	2	4	1	11	18,03

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer - Tabulador Hospitalar.

Observa-se na Tabela 10 que o Câncer de Pênis em homens com mais de 40 anos (57) representou 93,44%. A faixa etária acima de 50 anos somou 72,13% dos casos.

5.2.4 Análise Quanto ao Grau de Instrução⁹

⁹ Nenhuma: não sabe ler e escrever. Fundamental incompleto cursou a alfabetização de adultos, ou o antigo curso primário, ou o curso elementar incompleto, ou cursou do 1º ao 5º ano (antiga 1ª a 4ª série); ou ainda que não tenha completado o ciclo do 6º ao 9º ano (antiga 5ª a 8ª série). Fundamental completo: concluiu o antigo ginásio ou o antigo 1º grau e o ensino fundamental completo (do 1º ao 9º ano); ou ainda com ensino médio incompleto. 4 Nível médio (antigo 2º grau): concluiu os antigos cursos de 2º grau, o colegial, o clássico, o curso normal ou o ensino médio. 5 Nível superior incompleto: iniciou o curso superior sem tê-lo concluído. 6 Nível superior completo: concluiu o curso superior. 9 Sem informação: não foi possível obter informação referente à escolaridade (Ministério da Saúde, 2010).

Tabela 11 - Distribuição dos casos de Câncer de Pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015 segundo o grau de instrução.

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA	FUN. COM.		FUN. INCOM.		NENHUMA		NÍVEL MÉDIO		NÍVEL SUP. INCOM.		SEM. INFOR.		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TOTAL	10	16,39	9	14,75	3	4,92	1	1,64	1	1,64	37	60,66	61	100
C60 PENIS	10	16,39	9	14,75	3	4,92	1	1,64	1	1,64	37	60,66	61	100

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer -Tabulador Hospitalar.

Legenda: Fund. Com: Fundamental Completo; Fund. Incom: Fundamental Incompleto; Nível sup. Incom: Nível Superior incompleto; Sem. Infor: Sem informação

A análise quanto ao grau de escolaridade revela que houve falta de registro quanto ao grau de instrução em 60,66% dos casos. Assim, excluindo-se os casos não informados, os resultados, demonstram que os homens acometidos pelo Câncer de Pênis 12 (50%) tem baixa escolaridade, ou seja, menos de 8 anos de estudo. Os homens com mais de 8 anos de estudo (2) representaram 8,33%.

5.2.5 Análise Quanto à Ocupação¹⁰

Tabela 12 - Distribuição dos casos de Câncer de Pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015 segundo a ocupação.

OCUPAÇÃO	C60 PENIS	TOTAL	
		N	%
TOTAL	61	61	100
Carpinteiro	1	1	1,64
Comerciante	1	1	1,64
Eletricista	2	2	3,27
Mecânico	2	2	3,27
Não se aplica	5	5	8,19
Trabalhador agropecuário	8	8	13,11
Pedreiro/estucador	3	3	4,91
Sem informação	25	25	40,98
Trabalhador na aquicultura	1	1	1,64
Trabalhador de beneficiamento mineral	1	1	1,64
Trabalhador não classificado na segurança ocupacional	12	12	19,71

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer -Tabulador Hospitalar.

¹⁰ Ocupação é entendida como um conceito sintético não natural, artificialmente construído pelos analistas ocupacionais. Porém o que existe no mundo concreto são as atividades exercidas pelo cidadão em um emprego ou outro tipo de relação de trabalho (autônomo, por exemplo). Ocupação é a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas (Brasil/MTE 2002).

A análise quanto ao exercício laboral dos homens com câncer de Câncer de Pênis diagnosticados em Mato Grosso entre os anos de 2010 a 2015 (excluindo-se os casos tidos como não se aplica e sem informação), revelou que 32,3% atuam no setor primário¹¹, sendo que 29,03% atuam em atividades agrícolas e 3,22% em atividades de beneficiamento de minerais.

No setor secundário¹² atuam 9,7% dos homens, sendo 1 carpinteiro e 2 pedreiros. Já no setor terciário¹³, atuam 19,4% dos homens.

5.3 O CÂNCER DE PÊNIS EM MATO GROSSO QUANTO AOS HÁBITOS DE VIDA

5.3.1 Análise Quanto ao Consumo de Bebidas Alcoólicas¹⁴

Tabela 13 - Distribuição dos casos de Câncer de Pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015, segundo o histórico de consumo de bebidas alcoólicas.

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA	EX-CONSUMIDOR		NÃO AVALIADO		NUNCA		SEM INFOR.		SIM		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TOTAL	10	16,4	2	3,28	6	9,83	38	62,3	5	8,19	61	100
C60 PENIS	10	16,4	2	3,28	6	9,83	38	62,3	5	8,19	61	100

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer -Tabulador Hospitalar.

Legenda: SEM INF. Sem informação.

Não foi possível correlacionar estatisticamente os resultados da Tabela 13 em função de que 62,3% dos registros não contemplarem a informação quanto ao consumo de bebidas alcoólicas.

¹¹ O setor primário refere-se a todas as atividades produtivas envolvidas com a agricultura, pecuária e o extrativismo (mineral, animal e vegetal) (Freitas 2020).

¹² O setor secundário contempla atividades industriais, produção de bens de consumo, construção civil e geração de energia (Freitas 2020).

¹³ O setor terciário representa as atividades ligadas à prestação de serviços e ao comércio e prestação de serviços (serviços públicos, empresas de prestação de serviços, distribuição de mercadorias, financeiras, profissionais liberais, como advogados, professores, engenheiros dentre outros) (Freitas 2020).

¹⁴ Alcoolismo: é definido pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como um conjunto de fenômenos (comportamentais, cognitivos e fisiológicos) desenvolvidos após o uso repetido do consumo de álcool. É associado a forte desejo de beber, dificuldade de controlar o consumo, uso continuado, sendo dada prioridade ao uso da substância em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância para atingir o mesmo efeito obtido com doses anteriormente inferiores ou efeito cada vez menor com uma mesma dose da substância e por vezes um estado de abstinência física (sintomas como sudorese, tremores e ansiedade) quando a pessoa está sem o álcool (<https://cisa.org.br/index.php/sua-saude/informativos/artigo/item/61-o-que-e-alcoolismo>).

5.3.2 Análise Quanto ao Consumo de Tabaco¹⁵

Tabela 14 - Distribuição dos casos de Câncer de Pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015 segundo o histórico de consumo de tabaco.

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA	EX-CONSUMIDOR		NÃO AVALIADO		NUNCA		SEM INF.		SIM		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TOTAL	10	16,4	2	3,28	10	16,4	36	59,01	3	4,91	61	100
C60 PENIS	10	16,4	2	3,28	10	16,4	36	59,01	3	4,91	61	100

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer -Tabulador Hospitalar.

Legenda: SEM INF. Sem informação.

Em relação ao consumo de tabaco, não foi possível associar relação entre as variáveis estabelecidas, uma vez que 59,01% dos registros não consta informação sobre o consumo de tabaco.

5.4 O CÂNCER DE PÊNIS EM MATO GROSSO QUANTO AOS TIPOS HISTOLÓGICOS

Tabela 15 - Número de casos de Câncer de Pênis, segundo tipo histológico e ano diagnóstico no período de 2010-2015 a 2015 em Mato Grosso.

TIPO HISTOLÓGICO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	
							N	%
TOTAL	17	7	7	13	10	7	61	100
8000/3 - Neoplasia Maligna - CID-O3	0	0	0	0	1	0	1	1,64
8010/2 - Carcinoma "in situ", SOE - CID-O3	1	0	0	1	0	0	2	3,27
8010/3 - Carcinoma SOE - CID-O3	0	0	3	2	1	0	6	9,84
8041/3 - Carcinoma de Células Pequenas, SOE - CID-O3	0	0	0	0	1	0	1	1,64
8070/3 - Carcinoma Escamocelular, SOE - CID-O3	15	7	4	10	6	7	49	80,33
8081/2 - Doença de Bowen (C44) - CID-O3	0	0	0	0	1	0	1	1,64
8720/3 - Melanoma Maligno, SOE - CID-O3	1	0	0	0	0	0	1	1,64

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer -Tabulador Hospitalar.

Os resultados apresentados na Tabela 15 demonstram que 100% dos casos tiveram diagnóstico microscópico, refletindo positivamente nos indicadores de qualidade dos dados e acesso ao diagnóstico, segundo os indicadores de qualidade dos dados e de acesso a

¹⁵ Considera-se derivados de tabaco: cigarro, charuto, cachimbo, cigarro de palha, cigarrilha, bidi, tabaco para narguilé, rapé, fumo-de-rolô, dispositivos eletrônicos para fumar e outros (Ministério da Saúde,2017).

diagnóstico/tratamento que definem que o acesso ao diagnóstico microscópico deve ser $\geq 95,0$, pautado nas padronizações nacionais e internacionais do INCA e da *Candian Cancer Surveillance* (Ministério da Saúde 2011).

De forma detalhada segundo a localização primária: prepúcio, glande e corpo do pênis, os resultados estão distribuídos na Tabela 16.

Tabela 16 - Número de casos de Câncer de Pênis segundo localização primária: detalhada: prepúcio, glande e corpo do pênis, segundo tipo histológico diagnosticados no período de 2010 a 2015 em Mato Grosso.

TIPO HISTOLÓGICO	C60.0	C60.1	C60.2	C60.9	TOTAL	
	PREPÚCIO	GLANDE	CORPO DO PÊNIS	PÊNIS, SOE	N	%
TOTAL	2	2	1	56	61	100
8000/3 - Neoplasia Maligna - CID-O3	0	0	0	1	1	1,64
8010/2 - Carcinoma “ <i>in situ</i> ”, SOE - CID-O3	0	0	0	2	2	3,27
8010/3 - Carcinoma SOE - CID-O3	0	1	0	5	6	9,84
8041/3 - Carcinoma de Células Pequenas, SOE - CID-O3	0	0	0	1	1	1,64
8070/3 - Carcinoma Escamocelular, SOE - CID-O3	1	1	1	46	49	80,32
8081/2 - Doença de Bowen (C44) - CID-O3	1	0	0	0	1	1,64
8720/3 - Melanoma Maligno, SOE - CID-O3	0	0	0	1	1	1,64

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer -Tabulador Hospitalar.

Observa-se na Tabela 16 que o Carcinoma “*in situ*” foi registrado em apenas 3,27% dos casos.

5.5 O CÂNCER DE PÊNIS EM MATO GROSSO QUANTO AO ESTADIAMENTO TUMORAL

Os resultados relativos ao estadiamento do tumor de Pênis - SOE, e os registros relacionados estão apresentados na Tabela 17.

Tabela 17 - Distribuição do estadiamento TNM do tumor de pênis (SOE) em Mato Grosso, na série histórica de 2010 a 2015.

ESTADIAMENTO O TNM	C60.0 PREPÚCIO	C60.1 GLANDE	C60.2 CORPO DO PÊNIS	C60.9 PÊNIS, SOE	TOTAL	
					N	%
TOTAL	2	2	1	56	61	100
1 ¹⁶	1	0	0	3	4	6,55
2 ¹⁷	0	1	0	0	1	1,64
2B ¹⁸	0	0	0	1	1	1,64
2C ¹⁹	0	0	0	1	1	1,64
3 ²⁰	0	0	0	4	4	6,56
4 ²¹	0	0	0	7	7	11,47
88 ²²	0	1	1	18	20	32,8
99 ²³	1	0	0	22	23	37,7

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer -Tabulador Hospitalar.

A Tabela 17 revela que entre os registros de Câncer de Pênis 20 (32,8%) deles tinha o código 88, ou seja, não tinham informação sobre o TNM e 37,7% tinham o código 99, isto é, não era estadiável. Excluindo-se os tumores não estadiáveis e os sem informação sobre TNM, observa-se na Tabela 17 que o estadiamento do tumor sugere demora no diagnóstico e dificuldade na assistência médica, visto que 12 (66,66%) dos casos apresentavam metástase à distância ou foram classificados em estados invasivos.

¹⁶ T1 - Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão, que invade o tecido conjuntivo sub-epitelial.

¹⁷ T2 - Tumor com mais de 2 cm, até 5 cm em sua maior dimensão que invade o corpo esponjoso ou cavernoso.

¹⁸ T2b – Tumor que envolve mais da metade de um dos lobos, mas não ambos os lobos.

¹⁹ T2c – Tumor que envolve ambos os lobos.

²⁰ T3 - Tumor que invade a uretra ou a próstata.

²¹ T4 -Tumor que invade outras estruturas adjacentes (Ministério da Saúde 2010).

²² Quando o tumor não for estadiável, utilizar o código 88.

²³ Se não houver a informação, utilizar o código 99 (Ministério da Saúde,2012).

6 A MORTALIDADE POR CÂNCER DE PÊNIS EM MATO GROSSO

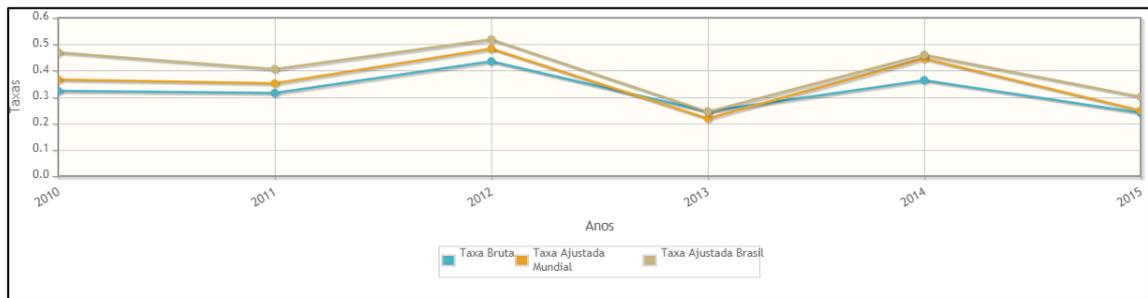
Na sequência está apresentada a taxa de mortalidade por Câncer de Pênis em Mato Grosso nos anos de 2010 a 2015.

Tabela 18 - Distribuição da taxa de mortalidade bruta por Câncer de Pênis em Mato Grosso, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens, Mato Grosso, entre 2010 e 2015.

ANO	ÓBITOS VALOR ABSOLUTO	TAXA BRUTA	TAXA AJUSTADA MUNDIAL	TAXA AJUSTADA BRASIL
2010	5	0,32	0,37	0,47
2011	5	0,31	0,35	0,41
2012	7	0,43	0,48	0,52
2013	4	0,25	0,22	0,24
2014	6	0,36	0,45	0,46
2015	4	0,24	0,25	0,30

Fonte: <https://bit.ly/2ZyEd8s>.

Os resultados apresentados na Tabela 18 para melhor visualização encontram-se a Figura 1.



Fonte: <https://bit.ly/2ZunT8O>

Figura 1 - Taxas de mortalidade por câncer de pênis, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens, Mato Grosso, entre 2010 e 2015.

A ocorrência de óbitos por Câncer de Pênis no período de 2010 a 2015, segundo a cor/etnia está disposta na Tabela 19.

Tabela 19 - Distribuição dos óbitos por Câncer de Pênis em Mato Grosso, segundo o ano de ocorrência no período de 2010 a 2015, segundo a cor/etnia.

ANO	BRANCA		PRETA		PARDA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2010	1	20	0	0	4	80	5	16,13
2011	3	60	1	20	1	20	5	16,13
2012	1	14,3	2	28,57	4	51,14	7	22,6
2013	0	0	2	50	2	50	4	12,90
2014	4	66,7	0	0	2	33,33	6	19,34
2015	0	0	0	0	4	100	4	12,90
TOTAL	9	29	5	16,13	17	54,84	31	100

Fonte: SIM (2010 a 2015).

Observa-se que 54,83% dos óbitos registrados ocorreram entre os homens de cor parda. A análise quanto aos óbitos segundo o local de residência, revelou que 16,12% dos óbitos ocorreram em homens residentes em Cuiabá, seguidos por 9,7% de homens residentes em Sinop.

Tabela 20 - Distribuição dos óbitos por Câncer de Pênis em Mato Grosso, segundo o local de residência, escolaridade e estado civil no período de 2010 a 2015.

ESCOLARIDADE	SOLTEIRO		CASADO		VIÚVO		SEPARADO JUDICIALMENTE		OUTRO		IGNORADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
NENHUMA	1	8,33	7	58,34	3	25	0	0	1	8,33	0	0	12	38,71
1 A 3 ANOS	2	28,57	1	14,29	2	28,57	2	28,57	0	0	0	0	7	22,58
4 A 7 ANOS	3	42,84	1	14,28	1	14,28	1	14,28	1	14,28	0	0	7	22,58
8 A 11 ANOS	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,23
IGNORADO	1	25	1	25	0	0	0	0	2	25	1	25	4	12,90
TOTAL	8	25,81	10	32,25	6	19,35	3	9,68	33	9,68	1	3,23	31	100

Fonte: SIM (2010 a 2015).

Os resultados apresentados na Tabela 20, excluindo-se os casos ignorados, demonstram que 44,44% dos homens que morreram por Câncer de Pênis em Mato Grosso no período compreendido pelos anos de 2010 a 2015 não tinham nenhuma escolaridade e 51,9% deles tinham menos de oito anos de estudo.

Além disto, os resultados quanto à análise dos dados do SIM revelaram que a mortalidade por esta causa concentrou-se entre os homens analfabetos e com menos de 4 anos (70,4%) de estudo e entre os homens casados (37,03%) como apresentado na Tabela 20.

7 O CÂNCER DE PÊNIS REGISTRADO NO RHC DA FUNDAÇÃO HOSPITAL DO CÂNCER DE MATO GROSSO

7.1 ANÁLISE RELATIVA AOS REGISTROS DE CÂNCER DE PÊNIS CAPTURADOS NO RHC

Os resultados quanto ao diagnóstico de Câncer de Pênis na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso, em Mato Grosso no período de 2010 a 2015, segundo registros do RHC, revelaram que 40 novos casos foram diagnosticados, conforme apresentado na Tabela 21.

Tabela 21 - Distribuição em frequência relativa e absoluta dos registros de casos de Câncer de Pênis, segundo condição (analítico e não analítico) ocorridos nos anos de 2010 a 2015 na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso.

TIPO	Nº	%	p- VALOR
ANALÍTICO	33 ^a	82,5	
NÃO ANALÍTICO	7 ^b	17,5	< 0,001
TOTAL	40	100	

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer - Tabulador Hospitalar. Teste χ^2 com significância de 5%. Letras diferentes indicam diferença estatística ($p < 0,05$).

Observa-se que 82,5% dos casos registrados na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso na série em estudo são analíticos.

Os resultados obtidos no presente estudo demonstram que a Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso foi a responsável por atender 71,437% dos casos ocorridos em Mato Grosso entre os anos de 2010 a 2015.

7.2 ANÁLISE RELATIVA AOS REGISTROS DE CÂNCER DE PÊNIS CAPTURADOS NOS PRONTUÁRIOS NA FUNDAÇÃO HOSPITAL DO CÂNCER DE MATO GROSSO EM MATO GROSSO

A análise quanto ao número de casos de Câncer de Pênis extraídos dos prontuários da Fundação Hospital Do Câncer de Mato Grosso em Mato Grosso foi compatível com os dados

extraídos do RHC, portanto, não houve discrepância entre ambas fontes de dados, nos anos em análise.

7.3 ANO DO DIAGNÓSTICO

Em relação a análise relativa aos anos de diagnóstico não houve divergência entre os dados do RHC e os dados dos prontuários. Os resultados quanto ao ano de diagnóstico a partir de dados dos prontuários estão na Tabela 22.

Tabela 22 - Distribuição dos registros de casos de Câncer de Pênis, segundo os anos na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso em Mato Grosso, no período de 2010 a 2015.

ANO DE DIAGNÓSTICO	N	%
2010	9	22,50
2011	7	17,50
2012	5	12,5
2013	5	12,5
2014	7	17,50
2015	7	17,50
TOTAL	40	100

Fonte: Prontuários.

Como observado na Tabela 22, a maioria dos casos de Câncer de Pênis com relação à localização primária foi SOE chegando a 92,50%. Os resultados demonstram que houve uma tendência à redução do Câncer de Pênis entre os anos de 2011 a 2013, porém ocorreu seu recrudescimento a partir do ano de 2013.

7.4 PROCEDÊNCIA DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A análise quanto à procedência dos participantes foi efetuada segundo municípios e regional de saúde. Os resultados revelaram que os casos diagnosticados no período de 2010 a 2015 foram provenientes de 26 municípios de Mato Grosso.

Observa-se que 22,5% dos casos diagnosticados na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso ocorreram na região metropolitana do estado de Mato Grosso (Cuiabá e Várzea Grande), municípios pertencentes à Regional Baixada Cuiabana que somou 30% dos casos. Sequencialmente está a Regional de Saúde de Cáceres que concentrou 10% dos casos.

Tabela 23 - Distribuição em número e porcentagem dos casos de Câncer de Pênis diagnosticados na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso em Mato Grosso, segundo procedência por Regional de Saúde no período de 2010 a 2015. Mato Grosso.

REGIONAL/MUNICÍPIOS	N	%
Regional Cuiabá	5	12,5
Planalto da Serra	1	2,5
Poconé	2	5
Várzea Grande	4	10
TOTAL	12	30
Regional Rondonópolis		
Campo Verde	1	2,5
Jaciara	2	5
TOTAL	3	7,5
Regional Barra do Garças		
Nova Xavantina	1	2,5
Pontal do Araguaia	1	2,5
TOTAL	2	5
Regional Cáceres		
Mirassol D' Oeste	1	2,5
Araputanga	1	2,5
Reserva do Cabaçal	1	2,5
Porto Esperidião	1	2,5
TOTAL	4	10
Regional Juína		
Aripuanã	1	2,5
Juína	2	5
TOTAL	3	7,5
Regional Porto Alegre do Norte		
Confresa	1	2,5
TOTAL	1	2,5
Regional Sinop		
Claudia	1	2,5
TOTAL	3	7,5
Regional Tangará da Serra		
Barra do Bugres	1	2,5
Campo Novo do Parecis	1	2,5
TOTAL	2	5
Regional Diamantino		
São José do Rio Claro	1	2,5
Nobres	1	2,5
TOTAL	2	5
Regional Pontes e Lacerda		
Pontes e Lacerda	1	2,5
Total	1	2,5
Regional Colíder		
Colíder	1	2,5
TOTAL	1	2,5
ALTA FLORESTA		
Apiacás	1	2,5
TOTAL	1	2,5
Regional Juara		
Porto dos Gaúchos	2	5
TOTAL	3	7,5
Regional Peixoto de Azevedo		
Guarantã do Norte	2	5
Peixoto de Azevedo	1	2,5
TOTAL	3	7,5
Total	40	100

Fonte: Prontuários e COGIS/SUPS/SES-MT.

8 ANÁLISE QUANTO À REALIZAÇÃO DE CIRURGIA

Os dados extraídos dos prontuários quanto à informação sobre a realização de cirurgia registraram que 37,5% dos pacientes tiveram amputação total do pênis e 30,0% sofreram amputação parcial. Houve 27,50% dos prontuários sem informação quanto à cirurgia e 5,0% tiveram como registro apenas a ida ao hospital para quimioterapia.

9 ANÁLISE QUANTO AOS ASPECTOS HISTOLÓGICOS

Na Tabela 24 estão apresentados os tipos histológicos dos tumores de câncer diagnosticados na Fundação de Hospital do Câncer de Mato Grosso, Cuiabá na série histórica de 2010 a 2015.

Tabela 24 - Apresentação dos tipos histológicos dos tumores de câncer diagnosticados na Fundação de Hospital do Câncer de Mato Grosso, Cuiabá na série histórica de 2010 a 2015.

TIPO HISTOLÓGICO	%
Carcinoma Epidermóide Bem Diferenciado Invasivo Neoplasia Maligna Do Prepúcio	2,5
Carcinoma Em Células Escamosas	2,5
Carcinoma Epidermóide Ulcerado Grau I Invasivo	2,5
Carcinoma Epidermóide Bem Diferenciado	2,5
Carcinoma Epidermóide Bem Diferenciado Infiltrativo Em Prepúcio	2,5
Carcinoma Epidermóide Bem Diferenciado Verrucoso	2,5
Carcinoma Epidermóide Grau I	2,5
Carcinoma Epidermóide Grau I Da Pele- Invasivo	2,5
Carcinoma Epidermóide Grau II Invasivo Lesão Vegetante Em Glande	2,5
Carcinoma Epidermóide Grau II Moderadamente Diferenciado	2,5
Carcinoma Epidermóide Infiltrativo	2,5
Carcinoma Epidermóide Infiltrativo Acomete Glande E Prepúcio	2,5
Carcinoma Epidermóide Infiltrativo Bem Diferenciado	2,5
Carcinoma Epidermóide Invasivo Verrucoso	2,5
Carcinoma Epidermóide Invasor Grau III	2,5
Carcinoma Epidermóide Invasor Moderadamente Diferenciado	2,5
Carcinoma Epidermóide Moderadamente Diferenciado	2,5
Carcinoma Epidermóide Moderadamente Diferenciado Ulcerado Invasivo Do Prepúcio	2,5
Carcinoma Epidermóide Moderadamente Diferenciado Ulcerativo Invasivo	2,5
Carcinoma Epidermóide Tipo Verrucoso	2,5
Carcinoma Epidermóide Grau I Invasivo	7,5
Carcinoma Epidermóide Grau II Invasivo	7,5
Carcinoma Epidermóide Bem Diferenciado Invasivo	7,5
Carcinoma Escamocelular De Pele Moderadamente Dif. Invasivo	2,5
Carcinoma Escamoso Verrucoso Não Invasivo	2,5
Carcinoma Espino Celular Bem Diferenciado E Ulcerado	2,5
Melanoma De Pênis De Padrão Lentiginoso	2,5
Neoplasia Intraepitelial De Alto Grau NIC 3	2,5
Neoplasia Maligna Do Pênis Não Especificado	2,5
Neoplasia Maligna Do Prepúcio	2,5
Neoplasia Maligna Do Prepúcio Carcinoma Epidermóide	2,5
TOTAL	100

Fonte: Prontuários.

A análise quanto ao tipo histológico dos dados extraídos dos prontuários demonstrou que 70,0% dos casos era Carcinoma Epidermóide.

10 DISCUSSÃO

A discussão será efetuada respeitando a sequência na qual foram apresentados os resultados.

10.1 O CÂNCER DE PÊNIS EM MATO GROSSO NO PERÍODO DE 2010 A 2015

O Brasil apresenta elevada incidência do Câncer de Pênis em relação ao cenário mundial com frequência variável, dependendo da região estudada (Ministério da Saúde 2011).

Os resultados do presente estudo, identificaram 8.929 casos de câncer na população masculina de Mato Grosso entre os anos de 2010 a 2015, sendo que houve o diagnóstico de 61 casos de Câncer de Pênis, representando 0,68% do total das neoplasias entre os homens, sendo o ano de 2010 o ano com maior ocorrência com 27,9% dos casos.

Considerando que houve significância estatística nos resultados obtidos com $p < 0,001$ com relação aos casos analíticos e não analíticos, tal situação evidencia que a rede de saúde tem utilizado mecanismo de referência para diagnóstico e tratamento do câncer peniano nas unidades hospitalares do estado (Ministério da Saúde 2010).

Assim em Mato Grosso os pacientes com diagnóstico de câncer peniano chegam aos hospitais sem tratamento oncológico prévio, tendo sido anteriormente estabelecido o diagnóstico de câncer ou não, ou seja, são casos analíticos, objeto principal do Registro Hospitalar de Câncer (Ministério da Saúde 2010).

Contudo, conforme apresentado na Tabela 6 não houve significância estatística, em função de se tratar de uma doença crônica assim, não ocorrem picos de variação do número de casos entre os anos.

Desta forma, os resultados analisados estão aquém dos resultados divulgados pelo INCA que apresentam o Câncer de Pênis com 2,0% de representação de todo os tipos de câncer que afetam os homens.

O Brasil apresenta elevada incidência do Câncer de Pênis em relação ao cenário mundial com frequência variável, dependendo da região estudada (Ministério da Saúde 2011). No ano de 2010 houve o registro de 363 óbitos por esta causa (Couto et al. 2014).

Tabela 25 - Distribuição dos casos de Câncer de Pênis ocorridos no Brasil no período de 2010 a 2015, segundo local de lesão ano de diagnóstico.

ANO DIAGNÓSTICO	C60.0 PREPÚCIO	C60.1 GLANDE	C60.2 CORPO DO PÊNIS	C60.8 LESÃO SOBREPOSTA DO PÊNIS	C60.9 PÊNIS, SOE	TOTAL
TOTAL	323	1157	363	166	2753	4762
2010	57	189	75	30	421	772
2011	54	181	57	27	497	816
2012	54	196	63	26	450	789
2013	42	199	66	28	463	798
2014	67	195	52	32	509	855
2015	49	197	50	23	413	732

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer -Tabulador Hospitalar.

Interessante é comparar os resultados da Tabela 7, com a distribuição dos casos de Câncer de Pênis ocorridos no Brasil no período de 2010 a 2015, segundo local de lesão, ano de diagnóstico apresentados na Tabela 25.

Os resultados apresentados neste estudo também divergem dos achados no estudo de Correia et al. (2018) que revelaram que o Câncer de Pênis representa 2% das neoplasias masculinas.

No Maranhão na série histórica de 2004 a 2014 foram registrados 392 casos de Câncer de Pênis com uma taxa de incidência de 1,18/100.000 homens (Lindoso et al. 2018) obtendo uma média de 36 casos desta neoplasia por ano (Coelho et al. 2018).

No Brasil (exceto São Paulo) entre os anos de 2010 a 2015, houve o registro de 4762 casos de Câncer de Pênis, sendo que o ano de 2014 concentrou 17,95% dos casos de Câncer de Pênis nesta série de anos (<https://bit.ly/2Ot8fEr>).

Sendo assim, o Brasil tem elevadas taxas de Câncer de Pênis, podendo ser de 6 a 14 casos/1000.000 homens, chegando até 6% das neoplasias masculinas (Favorito et al. 2008; Cubilla 2009).

No mundo a taxa de taxa de incidência padronizada de Câncer de Pênis no ano de 2018 foi de 0,80/100.00 homens. O Caribe e a América do Sul, segundo dados do IARC (2019) apresentaram em 2018 a maior taxa de incidência de Câncer de Pênis do mundo, com incidência de 1,5/100.00 homens (<https://bit.ly/32qFrof>).

Na América do Sul os países com maior taxa de incidência de Câncer de Pênis em 2018 foram a Bolívia e o Paraguai. Na Bolívia ocorreram 143 novos casos de Câncer de Pênis, ocupando, assim, a 19ª posição entre todos os tipos de câncer no país, representando 0.96% de todos os tipos de cânceres na população (<https://bit.ly/2OpzMGW>).

No Paraguai foram notificados 85 novos casos de câncer peniano, ocupando a 25ª posição entre os cânceres, totalizando 0.76% (<https://bit.ly/2B73BJk>).

O país da América do Sul com menores taxas de incidência e taxa de mortalidade proporcional por 100.00 homens por Câncer de Pênis é o Chile (<https://bit.ly/30iLdWx>).

No ano de 2018 no Brasil foram notificados 1 840 novos casos de Câncer de Pênis representando 0,33% de todos os tipos de câncer no Brasil (<https://bit.ly/3fB7JAb>).

Tais resultados remetem ao contexto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que visa melhorar os indicadores relacionados à saúde do homem por meio da qualificação da atenção à saúde da população masculina (Coelho et al. 2018).

Esta atenção deve ser fundamentada nas linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade, oportunizando o acesso hierárquico aos níveis de complexidade à atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, com medidas de promoção da saúde, prevenção da doença, proteção, cura e reabilitação, colocando-os na posição de sujeitos o objetos do cuidado, a partir de suas diversas vulnerabilidades e tipificação masculina (Coelho et al. 2018).

Isto implica levar em consideração as ações voltadas à saúde do homem, e educação em saúde, visando atendimento das diversas necessidades de sua saúde. Para tanto, é necessário pensar em horários alternativos ou estendidos para o atendimento ao homem (Coelho et al. 2018).

Observa-se na Tabela 6 que há menor registro de casos de Câncer de Pênis no ano de 2015, se comparado com os anos de 2014 e 2013. Contudo, isto não significa que houve diminuição dos casos, pois esta diferença pode estar associada à espera de pelo menos um ano para a inclusão de caso novo na base do RHC, tempo requerido para compilar e garantir maior qualidade dos dados, por meio de maior número de informações sobre o tumor, tratamento instituído, evolução do caso após a terapêutica recebida (São Paulo 2019).

Quanto à localização primária do Câncer de Pênis em Mato Grosso os resultados demonstram que entre os casos registrados 56 (91,8%) foram classificados como Câncer de Pênis SOE. Assim, implica que não há especificação da localização do tumor, ou a localização ficou inespecífica ou generalizada. Os resultados revelam que a codificação SOE (morfologia 8000/1-8000/3) somou 91,8%, portanto está acima do recomendado (< 3,0%) (Ministério da Saúde 2011).

Os resultados apresentados quanto à distribuição dos casos de Câncer de Pênis ocorridos em Mato Grosso no período de 2010 a 2015, segundo o ano de diagnóstico e a localização primária, conforme Tabela 6 remetem à reflexão sobre a possível falha no registro de

prontuários ou na alimentação do banco de dados, pela elevada frequência de localização primária SOE (Ministério da Saúde 2011).

Isto é digno de nota, visto que nos resultados encontrados no estudo realizado por Miranda (2018) referentes ao Câncer de Pênis no Brasil na série de histórica de 1985 a 2018, revelaram que as lesões sem especificações representaram 58,80%.

A lesão em prepúcio e na glândula ocupou 3,27% respectivamente e a lesão no corpo do pênis representou 0,016%. Os resultados revelam que não houve significado estatístico quanto à localização primária do Câncer de Pênis, sendo $p = 0,138$ ($p > 0,05$).

Os resultados apresentados na Tabela 7 chamam à atenção, quanto à baixa representação da ocorrência da localização na glândula, pois o acometimento do Câncer de Pênis ocorre principalmente na glândula, seguida do prepúcio, contudo tem evolução e invasão tissular lentas (Pettaway 2018).

Ainda de acordo com Miranda (2018) a lesão no prepúcio foi identificada em 7,30%. As lesões da glândula representaram 22,8%. As lesões no corpo do pênis somaram 7,50%. Já a lesão sobreposta do pênis representou 3,20%. No entanto, segundo Cubilla (2009) aproximadamente 48% dos casos de Câncer de Pênis a lesão é diagnosticada na glândula e 21% no prepúcio e 9% em ambas as áreas. No sulco coronal há em torno de 6% de diagnóstico das lesões.

Ainda de acordo com Cubilla (2009), frente ao diagnóstico tardio a lesão tende a se estender para o prepúcio, com infiltração em tecidos adjacentes, podendo invadir a próstata e bexiga, mas é rara a metástase à distância.

No Brasil nos anos de 2010 a 2018 os casos de Câncer de Pênis classificados como Câncer de Pênis SOE tiveram o percentual de 57,80%. Neste período houve o registro de Câncer de Pênis em lesão sobreposta de pênis com 3,49% dos casos, conforme apresentado na Tabela 7 expressando que não há especificação da localização do tumor, ou a localização ficou inespecífica ou generalizada. Os resultados revelam que a codificação SOE (morfologia 8000/1-8000/3) somou 91,8%, portanto está acima do recomendado ($< 3,0\%$) (Ministério da Saúde 2011).

Apesar da baixa incidência do Câncer de Pênis, sua relevância é constituída principalmente pelas repercussões psicossociais e pela sua evitabilidade com medidas simples de higiene íntima, uso de preservativo e a vacinação contra o Papiloma Vírus Humano.

Assim, a prevenção do Câncer de Pênis está relacionada ao autocuidado, isto inclui a responsabilidade pela higiene íntima diária (após a eliminação urinária e relação sexual), busca

dos serviços de saúde, entre outros fatores. Além disto, seu prognóstico favorável depende da precocidade do diagnóstico.

Resultados de um estudo realizado por meio de uma revisão sistematizada das bases de dados referenciais LilaCs/Scielo (Bireme) publicados até 2012, revelaram que a doença está intimamente relacionada com a ausência de circuncisão e de autoexame, falta de prevenção específica, infecções sexualmente transmissíveis, qualidade de higiene íntima. Desta forma, fica claro que campanhas educativas podem diminuir a incidência da doença (Syvoney et al. 2013).

Contudo, a circuncisão como prevenção do Câncer de Pênis ainda é alvo de polêmica, visto que a maioria dos estudos são inconclusivos e defendem que a postectomia não pode ser feita de forma indiscriminada, por ser uma opção de natureza invasiva (Di Pietro et al. 2017) e pode trazer complicações. Então é necessário avaliar seus potenciais riscos e benefícios e jamais recomendá-la indiscriminadamente em áreas de risco.

Há evidências de que a circuncisão previne o Câncer de Pênis somente se for realizada no período neonatal, visto que o homem que é submetido à circuncisão no período pós-neonatal tem 3,2 vezes mais o risco de desenvolver o Câncer de Pênis (Favorito et al. 2008).

É reconhecido que o homem utiliza e frequenta menos os serviços disponíveis na Atenção Básica ²⁴se comparado com o segmento feminino. As razões para tal comportamento deve-se a vários fatores, que levam ao aumento da morbidade e mortalidade masculina por causas evitáveis (Silva et al. 2013).

Entre as causas apontadas pelo retardo na busca pelos serviços de saúde, estão a negligência pelo autocuidado, gerada pelo medo, vergonha, bem como a crucial penectomia total e a retirada de órgãos adjacentes (Silva et al. 2014).

Entre os atendimentos relativos ao Câncer de Pênis realizados em Mato Grosso no período alvo deste estudo, os registros do RHC detalham que 83,60% dos casos são pacientes do SUS, estando acima do observado no Brasil, visto que os resultados quanto ao perfil dos

²⁴ A Atenção Básica (AB) caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, que se concretiza por meio de ações de saúde individuais, familiares e coletivas por meio de ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Assim, suas ações são permeadas de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária, sendo um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que tenha alta resolutividade, capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras, além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da Rede de Assistência à Saúde (RAS). A prática profissional disponibilizada à pode ser por meio de equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) (Portaria N° 2.436/2017) (https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm).l

casos que chegaram nas unidades hospitalares (UH) CACON, a partir das divulgações contidas no manual intitulado Integrador RHC, apontam que cerca de 76% dos casos registrados chegaram nas UH encaminhados pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (<https://bit.ly/2CDfRSg>). Neste sentido, o estudo realizado por Favorito et al. (2008) evidenciou que mais de 90% dos pacientes são provenientes dos serviços públicos de saúde

10.2 QUANTO ÀS QUESTÕES ÉTNICO/RACIAIS, DEMOGRÁFICAS E COMPORTAMENTAIS

Segundo Favorito et al. (2008) a análise quanto à associação entre o Câncer de Pênis e o quesito cor sugere que não há relação direta entre estas variáveis. Contudo, situação que merece atenção nos resultados apresentados na Tabela 8 é a frequência relativa (1,64%) de casos de Câncer de Pênis entre indígenas no Mato Grosso. O caso de indígena registrado no RHC é proveniente de Nova Xavantina.

Além disto, ressalta-se a concentração de casos entre homens de cor parda com 44,26%, seguido pelos homens de cor branca com 18,03%.

Miranda (2018) identificou que os indígenas somaram 0,3% do total de casos. No Brasil no período de 2010 a 2015 os indígenas representaram 0,42% dos casos do câncer peniano.

Ressalta-se que a condição do indígena neste contexto é preocupante, uma vez que além de estar acima da média nacional, Fonseca et al. (2010), não identificaram em seu estudo casos de Câncer de Pênis entre indígenas, apesar de a população no Pará ser de aproximadamente 20 mil índios.

Houve discordância entre os registros do RHC (de Mato Grosso e da Fundação Hospital de Câncer de Mato Grosso) e os dados contidos nos prontuários sobre a ocorrência do Câncer de Pênis entre indígenas. No RHC há apenas um caso de indígena, enquanto nos prontuários há dois casos.

Embora existam estudos relatando que solteiros ou divorciados apresentam maior risco de Câncer de Pênis, ainda não há nenhuma evidência voltada para esta associação (Torbrand et al. 2017).

Os resultados com relação ao quesito estado civil revelaram que os resultados do presente estudo aproximam-se dos resultados obtidos no estudo realizado por Couto et al. (2014) em Pernambuco que evidenciou que 57% dos homens acometidos por Câncer de Pênis eram casados, 33% solteiros e 10% eram viúvos.

O câncer peniano é uma neoplasia que apresenta maior incidência em homens acima de 50 anos de idade (Ministério da Saúde 2018b). Favorito et al. (2008) em seu estudo relataram que os homens na faixa etária maior de 45 anos representaram 78,96% e os da faixa etária menor de 35 anos representaram 7,41%.

Os resultados do presente estudo revelaram que os homens com idade superior a 60 anos representaram 40,98% dos casos. A faixa etária compreendida entre 20 a 29 anos acometeu 5% dos homens, com concentração de 6,66% em homens menores de 40 anos. A maior ocorrência de Câncer de Pênis foi entre os homens com idade de 55 anos a 69 anos somando 39,34%.

Corroboram os achados do estudo em pauta os achados do estudo realizado por Miranda (2018) que encontrou em seu estudo que o Câncer de Pênis acometia 7,0% dos homens com idade até 35 anos, e os homens acima de 66 anos representaram 39,0%. Portanto, a faixa etária de 60 anos e mais em Mato Grosso está praticamente com o mesmo valor encontrado por Miranda (2018).

A análise acerca da idade e a ocorrência do Câncer de Pênis realizada por Fonseca et al (2010) no Pará são semelhantes dos resultados do presente estudo, visto que no estudo em pauta a faixa etária de 20 a 30 anos teve 5,0% de representação e no estudo de Fonseca et al. (2010) a faixa etária de 21 a 30 anos tem 5,80% de representação.

Ressalta-se que no Brasil, no estado de Pará no ano de 2010 a prevalência do Câncer de Pênis acometeu principalmente homens de 41 e 70 anos (Fonseca et al. 2010).

Os resultados obtidos no presente estudo não coadunam com os resultados do estudo realizado por Reis et al. (2010) visto que identificaram que 22,0% dos casos de câncer ocorreram em homens com idade menor de 40 anos, contra 6,51% identificado no estudo em pauta.

Os resultados de Reis et al. (2010) estão distantes também dos resultados divulgados por Couto et al. (2014) que apresentaram que em Pernambuco entre os homens acometidos por Câncer de Pênis 86,3% deles tinham idade maior que 45 anos, corroborando com os resultados do presente estudo que identificou que os homens com idade superior a 45 anos representaram 82,8%.

Couto et al. (2014) identificaram ainda que 13,6% dos homens acometidos por Câncer de Pênis tinham idade entre 25 a 45 anos. Os homens com idade de 46 a 65 anos compuseram 42% dos casos e 25% dos acometidos tinham idade entre 66 a 75 ano. Por último os homens com idade superior a 75 anos somaram 19,3% dos casos.

Observação importante com relação aos resultados apresentados na Tabela 11 é o elevado número de casos sem informação quanto à escolaridade, compondo 60,66%. Desta

forma é necessário instituir medidas para a melhoria do preenchimento de dados nos prontuários.

Sabe-se que o Câncer de Pênis tem estreita relação com o grau de desenvolvimento socioeconômico do país. Assim, em países caracterizados como subdesenvolvidos e em desenvolvimento há elevadas taxas de câncer peniano, podendo variar de 3 a 7 casos/100.000 homens. Desta forma, países sul-americanos e da África do Norte, apresentam taxa de Câncer de Pênis que varia de 6 a 14 casos/100.000 homens.

Estudo realizado em Pernambuco por Couto et al. (2014) demonstrou que 50% dos pacientes era analfabetos e 43,2% tinha apenas a primeira série e somente 6,8% estudaram concluíram o colegial.

Estudos tem resultados semelhantes ao presente estudo como o de Paiva (2010) que mostram que existe forte relação entre o grau de escolaridade e as condições socioeconômicas. Sendo assim, a baixa renda familiar, o consumo de tabaco, péssimos hábito de higiene, retardo em procurar a assistência médica são considerados fatores de risco, e estes são relacionados ao baixo grau de escolaridade.

No contexto do grau de instrução, é preocupante o que resultou do estudo realizado por Siqueira et al. (2019) acerca do conhecimento de universitários da Universidade de Mato Grosso em 2017 sobre o Câncer de Pênis que constatou que as medidas preventivas contra este câncer ainda não eram suficientes para sua prevenção, pois apenas 26,09% do entrevistados com parceiras fixas usavam preservativos e aqueles com parceiras eventuais, apenas 41,30% praticavam sexo de forma protegida.

Considerando que grande parte dos participantes deste estudo tem baixa escolaridade sendo, portanto, pertencentes à classe econômica menos favorecida, repercutindo principalmente na ocupação dos mesmos, caracterizada principalmente como primária, sendo possível estabelecer associação entre estas variáveis, como apresentado na Tabela 12.

No contexto do RHC a informação sobre a ocupação refere-se -se à atividade exercida por uma pessoa economicamente ativa nos últimos cinco anos ou na qual trabalhou (nos casos de aposentados ou desempregados), mas não deve ser confundida com a formação ou qualificação profissional do paciente.

É imprescindível o preenchimento dos registros hospitalares quanto ao quesito ocupação, uma vez que há relação de alguns tumores a causas ocupacionais. Assim, é necessário investir esforços para a obtenção desta informação de forma detalhada (Ministério da Saúde 2010). Observa-se no presente estudo que não houve o registro do quesito ocupação em 49,2% dos registros.

No Brasil, no estado de Pará no ano de 2010 a prevalência do Câncer de Pênis acometeu homens de classes sociais baixas e agricultores (Fonseca et al. 2010).

Os resultados do presente estudo no que tange à ocupação apresentam-se diferentes dos resultados do estudo realizado por Couto et al. (2014) em Pernambuco que revelou que a maioria dos homens com diagnóstico de Câncer de Pênis tinha emprego no âmbito informal (67%), e 25% trabalhavam de maneira formal e 8% estavam desempregados.

Há fortes razões para reconhecer que a prevalência do Câncer de Pênis associa-se a diversos fatores de risco, como o tabagismo, alcoolismo, má higiene íntima, fimose e infecção pelo Papiloma Vírus Humano, diversidade de parcerias sexuais, falta de uso de preservativo, baixo nível educacional. Contudo, estes fatores configuram-se como interdependentes, sendo necessária associação de pelo menos três destes fatores de risco para serem considerados fatores de risco relevantes (Couto et al. 2014; Gao et al. 2016; Coelho et al. 2018).

É reconhecido que o Câncer de Pênis apresenta estreita relação com questões comportamentais (má higiene íntima, não utilização de preservativos, consumo de tabaco) e com questões assistenciais à saúde como a não realização de postectomia.

Apesar da importância da associação do consumo tabaco no contexto do Câncer de Pênis, não foi possível estabelecer associação estatística por falta de preenchimento adequado dos registros hospitalares. Assim, é necessário investir na capacitação profissional para o preenchimento no prontuário de tão importante variável no contexto em análise.

Embora não tenha sido possível analisar a relação estabelecida entre o consumo de tabaco e o Câncer de Pênis, é reconhecido que os fumantes apresentam risco de serem acometidos por Câncer de Pênis na proporção de três a quatro vezes e meia a mais quando comparados aos não fumantes (Pow-Sang et al. 2010).

A falta de registro deste dado impede melhor compreensão de fatores de risco associado ao Câncer de Pênis, uma vez que há fortes razões para associar o Câncer de Pênis ao tabaco, além de outros fatores.

Tal associação é reconhecida porque a nicotina e substâncias cancerígenas acumuladas em secreções penianas sugerem que a ação oncogênica do tabaco em células não é desencadeada apenas pelo contato direto, como também por via circulatória (Winkelstein et al. 1977). Esta situação leva a crer que a carcinogênese consequente ao tabaco se dá tardiamente, onde primeiramente ocorre a infecção pelo HPV e promovido por agentes carcinogênicos em destaque a nicotina.

Estudos apontam que não há evidência quanto à associação do etilismo e a ocorrência do Câncer de Pênis, mas há evidência entre o uso abusivo de álcool e a doença em estágio mais

avançado. Contudo, não foi possível estabelecer associação entre estas variáveis pela limitação dos dados fornecidos. Por outro lado, observa-se o risco reduzido da doença entre os homens que não são etilistas (Mcintyre et al. 2011) e piores prognósticos em consumidores de álcool.

10.3 O CÂNCER DE PÊNIS EM MATO GROSSO QUANTO AOS TIPOS HISTOLÓGICOS

A constituição do pênis é configurada por tecidos da pele, nervos, musculatura e vasos sanguíneos. O pênis é extremamente vascularizado, porém são raras as metástases por via hematogênica, sendo observada em torno de cerca de 3% a 5% dos casos Heyns et al. (2010).

Desta forma, a apresentação clínica do tumor está associada às diferenças histológicas disponíveis no pênis, assim ocorre diferenciação dos diversos tipos de neoplasias de acordo com as células afetadas.

Considera-se que o tipo histológico de maior frequência no Carcinoma de Pênis é o Carcinoma Epidermóide, igualmente conhecido por espinocelular ou escamoso, atingindo 95% dos Tumores Malignos do Pênis (Micali et al. 2006) sendo que o Carcinoma Verrucoso é uma variante do CEC de Câncer de Pênis.

A diferenciação histológica é traduzida no tipo de câncer possibilitando determinar o seu tratamento. Para tanto, é necessário para o diagnóstico de malignidade, a avaliação da profundidade da invasão obtida por meio da biopsia e análise microscópica.

A classificação histológica do Carcinoma de Pênis frequentemente é de origem escamosa. O Carcinoma “*in situ*”, sendo este conhecido como eritroplasia de Queyrat e doença de Bowen, apresentando-se como modificações celulares epiteliais não invasivas modificações celulares epiteliais não invasiva. O Carcinoma de Células Escamosas (CCE) é responsável por 95% dos casos, e seu prognóstico está relacionado com o estadiamento tumoral (Ornellas e Brown 2004).

O Carcinoma representa aproximadamente 95% das neoplasias malignas penianas. Dos casos de Carcinoma Epidermóide aproximadamente 50% são do tipo usual. Outros tipos histológicos são o Carcinoma Verrucoso, Basocelular, Melanoma, Sarcoma, e o mais recentemente descrito, Pseudoglandular (Cunha et al. 2009).

Contudo, os resultados da Tabela 15 possibilitam levantar algumas inferências, como a possível falha na atenção básica à saúde, pois somente 3,3% dos casos registrados estão na condição de Carcinoma “*in situ*”.

Contudo, os resultados da Tabela 15 possibilitam levantar algumas inferências, como a possível falha na atenção básica à saúde, pois somente 3,3% dos casos registrados estão na condição de Carcinoma “*in situ*”.

É reconhecido que além dos fatores de risco para o Câncer de Pênis, há também a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, horário restrito de trabalho e funcionamento dos serviços de saúde, pouca veiculação da questão do Câncer de Pênis nos meios de comunicação, falta de tempo e sensibilidade do homem para o autocuidado (Leal et al. 2012).

Tais dificuldades justificam o retardo do homem pela procura dos serviços de atenção na assistência primária (Carneiro et al. 2016). Além disto, concorrem como fatores de risco para o Câncer de Pênis as causas relacionadas às questões econômicas e socioculturais (questão de gênero).

No estudo realizado por Fonseca et al. (2010) no estado do Pará tal situação foi identificada em apenas 2% dos casos. Contudo, considera-se que a Eritroplasia de Queyrat e doença de Bowen são termos empregados para Carcinoma Epidermóide “*in situ*” (Mosconi et al. 2005). Então a partir dos dados da Tabela 15, observa-se que há um caso de doença de Bowen, sendo assim, os carcinomas *in situ* chegam a 4,9% dos casos.

Situação que chama a atenção no presente estudo é a descrição da localização primária do Câncer de Pênis com 56% como SOE, sendo apresentado em estudos como a principal localização primária do Câncer de Pênis ser na glândula (48%) no prepúcio (21%) e 9% em ambas as áreas (Cubilla 2009).

Os dois casos de registros de lesão no prepúcio representam (3,28%) dos casos das neoplasias de pênis. Entre os registros 75,0% destes foi caracterizado histologicamente como Carcinoma Escamocelular, SOE e 1,60% como Doença de Bowen.

Em relação aos casos de neoplasia da glândula (dois casos) 50% deles foi caracterizado como Carcinoma SOE e 50,0% como Carcinoma Escamocelular, SOE. A localização no corpo do pênis (um caso) foi descrita como Carcinoma Escamocelular, SOE.

A avaliação quanto aos tipos histológicos evidenciou que os tipos mais comuns quanto à localização primária foram C 60 pênis: Carcinoma Escamocelular, SOE com 49 registros representando 80,32% dos casos, seguido do Carcinoma SOE que totaliza 9,832%.

Wanick et al. (2011) ao estudarem o Câncer de Pênis no ambulatório de Dermatologia Genital no Rio de Janeiro, por meio de um estudo clínico patológico em 34 pacientes, identificaram que o Carcinoma Epidermóide, “*in situ*” ou invasivo teve como localização a glândula em 55,90% dos casos, seja de forma isolada, ou associada a outras regiões do pênis,

somando 91,10%. Seguidamente, estava a lesão no prepúcio que teve 8,80% dos casos e associado a outras regiões 41,1%.

Comumente os tipos histológicos de Câncer de Pênis são o Carcinoma Escamoso o que corrobora os resultados do presente estudo, como apresentado na Tabela 16.

10.4 O CÂNCER DE PÊNIS EM MATO GROSSO QUANTO AO ESTADIAMENTO TUMORAL

É fundamental a classificação tumoral e o estadiamento como estratégias para subsidiar a perspectiva do prognóstico e terapêutica. Assim, os tumores de classe 1, limitados à pele e tecidos superficiais do pênis, tem poucas chances de invasão da região inguinal. Por outro lado, os tumores pertinentes à classe 2 ou 3 independentemente do grau de invasão na morfologia do pênis, tem grandes chances e metástase em linfonodos inguinais (Ornellas e Brown 2004).

Segundo a classificação o Câncer de Pênis TNM, instituído em 2010 pelo *American Joint Comitee on Cancer* (AJCC) tem como fundamento a avaliação da extensão tumoral (T), extensão do comprometimento linfonodal (N) e a ocorrência de metástases (M), o tumor então é classificado a partir de suas características histológicas, por meio de uma descrição mais precisa da estrutura anatômica envolvida.

A classificação TNM determina o tamanho do tumor, quantidade e tamanho dos nódulos regionais comprometidos e a ocorrência metastática a distância. A combinação destes elementos determina o estadiamento sendo descrito em números romanos que variam de I a IV (Ministério da Saúde 2010).

Considera-se o Câncer de Pênis avançado quando ao estadiamento do tumor atinge os estádios T2, T3 ou T4. Estes estádios relacionam-se ao grau de invasão e a probabilidade de metástases regionais e sistêmicas, o que repercute em prognóstico ruim (Ministério da Saúde 2010).

É interessante observar que no estadiamento inicial com base no TNM quando o tumor não for estadiável deve-se usar o código 88 e se não houver informação sobre TNM utiliza-se o código 99 (Ministério da Saúde 2010).

Neste sentido, o Câncer de Pênis, apesar de ter baixa incidência, culmina em grande agressividade ao acometido pelo diagnóstico tardio. Tal situação difere da encontrada por Couto et al. (2014) que constatou no seu estudo realizado em Pernambuco que 36,4% e 50% dos pacientes com Câncer de Pênis apresentou estágio T1; T2 de forma respectiva. No presente

estudo os casos classificados como T1 representaram 6,56% e T2 representaram 1,63% dos casos.

Os resultados do estudo em pauta diferem dos resultados do estudo de Paiva (2010), que evidenciou que 83,85% dos estadiamentos do Câncer de Pênis foram classificados como T1 e T2. Em contraposição no presente estudo apenas 8,2% dos estadiamentos compunha-se de T1 e T2, revelando elevado atraso no diagnóstico.

Pode-se atribuir ao diagnóstico tardio do Câncer de Pênis a busca morosa pelo atendimento médico e o remoto aparecimento de sintomas dolorosos, como também à falta de informação quanto à necessidade da realização do auto exame peniano. Soma-se a estes fatores o constrangimento em buscar atendimento, o medo e negação da doença.

11 A MORTALIDADE POR CÂNCER DE PÊNIS EM MATO GROSSO

As informações acerca da mortalidade tanto para os estudos epidemiológicos, como para o planejamento, avaliação e gestão de políticas públicas e de saúde são de suma importância. Para tanto, é necessário que as informações sejam fidedignas e acessíveis (Felix et al. 2012; Lucena et al. 2014).

Reconhecendo a morbidade por Câncer de Pênis um agravo de interesse para a saúde pública pela sua agressividade, e pela mortalidade evitável, se diagnosticado precocemente, este agravo, impõe-se como desafio para a saúde pública, sendo conveniente conhecer a sua taxa de mortalidade.

No mundo, no ano de 2018 a taxa de mortalidade padronizada por Câncer de Pênis foi de 0,35 óbitos/100.000 homens. A América do Sul teve a maior taxa de mortalidade por Câncer de Pênis, representada por de 0,46 óbitos /100.00 homens, segundo informações da *International Agency for Research on Cancer* (IARC) (<https://bit.ly/30jbxzy>).

Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) revelam que no Brasil no período compreendido pelos anos de 2009 a 2014, ocorreram mais de 2 mil mortes e 3 mil amputações por Câncer de Pênis. Desta forma, os dados contidos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) possibilitaram conhecer a frequência de óbitos por Câncer de Pênis e sua taxa em Mato Grosso.

No Brasil no período de 2010 a 2015 ocorreram 2.250 óbitos por Câncer de Pênis representando 0,055% do total de óbitos masculino (Ministério da Saúde 2018b) (<https://bit.ly/38YZxHs>).

As taxas de mortalidade no Brasil por câncer de pênis, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 homens, entre os anos de 2010 a 2015 registraram casos de óbitos em homens em idade precoce. Assim, a região nordeste apresentou taxa de 0,01/100.000 homens na faixa etária de 10 a 14 anos (<https://bit.ly/32kmR16>). As regiões nordeste e sul apresentaram respectivamente a taxa de 0,01/100.000 homens na faixa etária de 15 a 19 anos.

A faixa etária acima de 50 anos no Brasil foi a que apresentou a maior taxa de mortalidade por câncer de pênis, sendo que a taxa na idade acima de 80 anos foi de 5,82/100.000.

A região centro oeste neste período apresentou taxa bruta de mortalidade por Câncer de Pênis de 0,44/100.000 homens, perdendo apenas para a região nordeste que apresentou taxa bruta de 0,48 óbitos /100.000 homens, segundo informações do INCA (<https://bit.ly/32j8had>).

Embora os dados da Tabela 18 revelem que o ano de 2012 foi o que apresentou a maior taxa de mortalidade por Câncer de Pênis (0,43/100.000 homens), observa-se entre os anos de 2010 e 2011 uma tendência à decréscimo da mortalidade com menos de 1 óbito/100.000/homens.

Mesmo com aparente tendência a decréscimo na taxa de mortalidade por Câncer de Pênis, como apresentado na Tabela 18, a preocupação quanto ao controle do câncer de pênis em Mato Grosso se justifica, pois apesar de se tratar de um câncer raro, é passível de prevenção e tratável, se diagnosticado precocemente, culminando na evitabilidade dos óbitos por esta causa.

Os óbitos de homens residentes em Mato Grosso somaram 16% dos óbitos por Câncer de Pênis da região centro oeste nos anos de 2010 a 2015. Ressalta-se que a população de Mato Grosso representa 21,12% da população desta região.

A regionais de saúde em Mato Grosso com registro de óbitos por local de residência são as de Alta Floresta, Barra do Garças, Cáceres, Cuiabá, Diamantino, Juína, Porto Alegre do Norte, Rondonópolis, Sinop, Sorriso, Tangará da Serra. As regionais de saúde com maior representatividade dos óbitos somaram 51,61% sendo a de Cuiabá com 22,59%, Rondonópolis com 16,12%, e Sinop com 12,90%.

Os resultados da Tabela 18 trazem a interessante observação, em relação aos dados de ocorrência do Câncer de Pênis em Mato Grosso, ou seja, se na série histórica em análise, a grande maioria dos diagnósticos de Câncer de Pênis ocorreu tardiamente, acarretando fatalmente prognóstico desfavorável, então será que realmente houve a redução dos óbitos por esta afecção, ou houve subnotificação destes óbitos.

Tal questionamento procede uma vez há o conhecimento de que na maioria dos casos o diagnóstico é realizado em estágio avançado o que fatalmente culmina em sobrevida geral baixa.

Assim, devem ser reforçadas medidas para identificação precoce do Câncer de Pênis, bem como ações preventivas para o seu controle.

Desta forma, a mortalidade por Câncer de Pênis no estado de Mato Grosso deve ser alvo de preocupação para o estabelecimento de políticas de saúde fundamentada nas prerrogativas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, pautando-se principalmente em ações e práticas de responsabilidade da atenção básica, visto que esta deve ser a porta

privilegiada do SUS para questões de educação em saúde tais como, higiene íntima, auto exame do pênis, sexo protegido, vacinação contra o HPV e identificação precoce das lesões.

Reconhecendo que os homens postergam a busca pelos serviços de saúde, a atenção básica tem papel fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças, evitando que o contato do homem com o sistema de saúde se dê primeiramente com a atenção especializada, pois entre outras questões, estudos sugerem associação entre infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) e o Câncer de Pênis, reforçando a importância do uso de preservativo nas relações sexuais.

Considerando que a busca pelo tratamento do Câncer de Pênis ocorre por volta de um ano após a instalação dos primeiros sinais e sintomas, situação que acaba culminando na elevada mortalidade por esta causa, com evolução de dois a três anos para o desfecho do óbito (Neveu et al. 2008).

Então, os profissionais da atenção básica à saúde devem, além de informar sobre a prática indispensável do preservativo em todas as relações sexuais, devem também orientar sobre os cuidados com a higiene íntima, auto inspeção peniana rotineiramente, importância do exame físico, vacinação contra o HPV. Devem ainda informar sobre hábitos de vida saudáveis, principalmente sobre os efeitos deletérios do consumo do tabaco (Ministério da Saúde 2018b).

Ressalta-se que a mortalidade por Câncer de Pênis relaciona-se principalmente ao diagnóstico tardio, condições socioeconômicas desfavoráveis, dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Os resultados acerca da mortalidade por Câncer de Pênis quanto ao quesito idade são semelhantes ao perfil de mortalidade por Câncer de Pênis divulgados pelo INCA que destaca elevada mortalidade por Câncer de Pênis em homens acima com idade de 50 anos.

Considerando que a mortalidade por Câncer de Pênis em Mato Grosso na séria anual eleita neste estudo, teve concentração entre os homens analfabetos e com menos de 4 anos de estudo (70,4%) e entre os homens casados (37,03%) como apresentado na Tabela 20.

Os resultados do presente estudo estão acima dos encontrados por Pereira et al (2017) que identificaram no Ceará entre os anos de 2003 a 2012 que 54,4% dos homens que faleceram por Câncer de Pênis eram analfabetos ou tinham menos de quatro anos de estudo.

Os resultados da Tabela 20 vão parcialmente ao encontro dos resultados do estudo de Paiva (2010) que revelou que 82,9% dos homens que faleceram por Câncer de Pênis era a analfabeto e 42,4% tinha menos de oito anos de estudo.

Contudo, Paiva (2010) não apresentou a associação entre o grau de escolaridade com o diagnóstico de câncer peniano pois a análise estatística obteve $p = 0,603$ ($p > 0,05$).

No que diz respeito ao estado civil, os resultados da Tabela 20, apresentam um percentual de 32,3% de homens casados e de 25,8% de solteiros.

Paiva (2010) observou em seu estudo que 44,6% dos homens era casado e 44,9% era solteiro. Pereira et al. (2017) verificaram que 58,1% dos homens que faleceram no Ceará em decorrência do Câncer de Pênis entre os anos de 2003 a 2012 eram casados.

Considerando que a busca pelo tratamento do Câncer de Pênis ocorre por volta de um ano após a instalação dos primeiros sinais e sintomas, situação que acaba culminando na elevada mortalidade por esta causa, com evolução de dois a três anos para o desfecho do óbito (Neveu et al. 2008).

Então, os profissionais da atenção básica à saúde, além de informar sobre a prática indispensável do preservativo em todas as relações sexuais, devem também orientar sobre os cuidados com a higiene íntima, auto inspeção peniana rotineiramente, importância do exame físico com inspeção do pênis, vacinação contra o HPV. Devem ainda informar sobre hábitos de vida saudáveis, principalmente sobre os efeitos deletérios do consumo do tabaco (Ministério da Saúde 2018b). É extremamente importante a avaliação da inspeção do pênis pelos profissionais de saúde por ocasião da consulta aos homens, e no novembro azul, deixar de pensar apenas no câncer de próstata e focar também o Câncer de Pênis, tratar lesões iniciais ou providenciar o encaminhamento oportuno a centros de maior complexidade.

12 O CÂNCER DE PÊNIS REGISTRADOS NO RHC DA FUNDAÇÃO HOSPITAL DO CÂNCER DE MATO GROSSO

12.1 ANÁLISE RELATIVA AOS REGISTROS DE CÂNCER DE PÊNIS CAPTURADOS NO RHC

O conhecimento da somatória dos casos analíticos e não analíticos possibilita o identificar o perfil do paciente com neoplasia maligna por ocasião de sua procura pela instituição, ou seja, sua condição de chegada e os recursos empreendidos para seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento (Ministério da Saúde 2010).

Os casos analíticos como dito, possibilitam a avaliação da eficiência e efetividade da instituição, com relação aos cuidados ofertados ao paciente com diagnóstico de neoplasia maligna (Ministério da Saúde 2010).

Diante destes resultados, ao observar os resultados do estudo realizado por Miranda (2018) fundamentado no Código Internacional de Doenças (CIE - 10C60) o prepúcio foi identificado como local da lesão em 7,30%. Na glândula foi 22,80%, e no corpo do pênis 7,50%. Já a lesão sobreposta do pênis foi 3,20%. As lesões SOE ocuparam 58,80% dos casos.

Então, os resultados do presente estudo sugerem que é necessário investir mais na qualificação da codificação dos dados para alimentação do RHC na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso em Mato Grosso, visto que os registros da localização primária codificados como SOE estão 1,57 vezes maior do que os dados apresentados nos resultados do estudo realizado por Miranda (2018).

Uma série de estudos apontam a cavidade prepucial como sendo a principal localização primária do Câncer de Pênis e raramente ocorrem tumores primários na haste do pênis.

O estudo de Fonseca et al. (2010) na avaliação epidemiológica do Câncer de Pênis no Pará encontraram como localização mais frequente a lesão da glândula e prepúcio (33,2%), seguida de glândula (31,7%) e prepúcio com (7,2%). Apenas 15% das lesões primárias originaram-se na haste ou base do pênis.

No estudo em pauta, a análise, em relação à lateralidade segundo estadiamento TNM registrou que 90,0% foi registrado como não se aplica e 10,0% como sem informação.

Em relação ao tratamento recebido 37,5,0% foram submetidos à cirurgia. Os que receberam tratamento duplo composto por tratamento cirúrgico e quimioterapia chegaram a

5,0%, como também os que receberam quimioterapia e radioterapia de forma concomitante chegaram a 5,0%.

No que tange ao tratamento recebido apenas com radioterapia foram 7,50%. Os pacientes que receberam tratamento triplo (cirurgia, quimioterapia e radioterapia), alcançaram 10%. O tratamento duplo com a utilização de cirurgia e radioterapia contemplou 2,50%. O esquema de tratamento somente com quimioterapia foi de 10,0%. Há registro de que 12,50% não recebeu nenhum tipo de tratamento e 10,0% não foi informado nada a respeito.

No que diz respeito aos registros de submissão à radioterapia e quimioterapia, há o registro de que 12,50% passaram por radioterapia e 17,5% por quimioterapia. Os demais não constam informação neste sentido.

Os dados registrados na Unidade Hospitalar (UH) Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso em Mato Grosso possibilitaram identificar que 92,50% dos casos foram classificados quanto à localização da lesão como C60.9 Pênis.

Os resultados quanto aos exames relevantes: exames por imagem, exame clínico e patologia clínica, anatomia patológica, marcadores tumorais constam em 100% dos tratamentos. Há predominância da histologia do tumor como base do diagnóstico, representando 85% dos registros (RHC).

É interessante ressaltar que 90,0% dos pacientes atendidos na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso, são usuários do Sistema Único de Saúde. Segundo estudo realizado por Miranda (2018) a análise em relação à origem do encaminhamento dos casos (SUS ou não SUS) realizados pelo SUS somaram 59,40% e 6,80% foram provenientes de serviços privados e 3,60% vieram por conta própria ao atendimento terciário.

12.2 ANÁLISE RELATIVA AOS REGISTROS DE CÂNCER DE PÊNIS CAPTURADOS NOS PRONTUÁRIOS NA FUNDAÇÃO HOSPITAL DO CÂNCER DE MATO GROSSO EM MATO GROSSO

Apesar dos resultados apresentados na Tabela 23 apresentarem uma tendência a declínio dos casos de Câncer de Pênis, não se pode afirmar que houve redução do número de casos pois pode ser que os dados disponibilizados no RHC ainda aguardam atualização.

Além disto, é normal ocorrer a defasagem dos dados, uma vez que há espera de pelo menos um ano para inclusão do caso no RHC, podendo ter defasagem de três anos em relação ao calendário (São Paulo 2019).

Tal situação não pode ser considerada impeditiva para avaliação e planejamento, até mesmo porque sendo o câncer uma doença crônica, não ocorrem flutuações abruptas em curtas séries históricas (São Paulo 2019).

Observa-se que 22,5% dos casos diagnosticados na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso ocorreram na região metropolitana do estado de Mato Grosso (Cuiabá e Várzea Grande), municípios pertencentes à Regional Baixada Cuiabana que somou 30% dos casos. Sequencialmente está a Regional de Saúde de Cáceres que concentrou 10% dos casos.

Ressalta-se que Mato Grosso está dividido em 16 regionais de saúde²⁵ e somente as regionais de Água Boa e São Felix do Araguaia não apresentaram nenhum registro de Câncer de Pênis no RHC da Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso, bem como no registro RHC de Mato Grosso nos anos em análise. Situação que merece investigação mais apurada para identificar fatores que contribuíram para sua não ocorrência.

A maior ocorrência de registro de Câncer de Pênis foi identificada na região metropolitana e isto pode ser devido a maior sua densidade demográfica, pois as condições climáticas das regiões do estado são semelhantes. Situação semelhante foi descrita por Fonseca et al. (2010) que identificou que no estado do Pará os pacientes oriundos da região metropolitana representaram prevalência de 35,6%.

12.3 ANÁLISE QUANTO AS VARIÁVEIS ÉTNICO RACIAIS, SÓCIO DEMOGRÁFICAS E COMPORTAMENTAIS

A análise demonstrou que a idade mais precoce foi de 22 anos e a mais avançada 82 anos. Com relação aos casos ocorridos entre os idosos os resultados demonstraram que 35,0% dos registros estavam acima de 60 de idade.

Segundo Favorito et al. (2008); Reis et al. (2010) a faixa etária de maior risco para o Câncer de Pênis é a compreendida entre os 50 e 70 anos, com maior incidência na terceira idade a partir dos 70 anos. Contudo, aproximadamente 22% dos casos ocorrem em homens com idade inferior a 40 anos e 7% em homens com menos de 30 anos.

²⁵ 1. Escritório Regional de Saúde de Água Boa, 2. Escritório Regional de Saúde de Alta Floresta, 3. Escritório Regional de Saúde da Baixada Cuiabana, 4. Escritório Regional de Saúde de Barra do Garças, 5. Escritório Regional de Saúde de Cáceres, 6. Escritório Regional de Saúde de Colíder, 7. Escritório Regional de Saúde de Diamantino, 8. Escritório Regional de Saúde de Juara, 9. Escritório Regional de Saúde de Juína, 10. Escritório Regional de Saúde de Peixoto de Azevedo, 11. Escritório Regional de Saúde de Pontes e Lacerda, 12. Escritório Regional de Saúde de Porto Alegre do Norte, 13. Escritório Regional de Saúde de Rondonópolis, 14. Escritório Regional de Saúde de São Félix do Araguaia, 15. Escritório Regional de Saúde de Sinop, 16. Escritório Regional de Saúde de Tangará.

A situação conjugal não foi informada em 55,0% dos casos, merecendo melhor atenção no preenchimento deste quesito no prontuário.

Os resultados do presente estudo coadunam com os resultados do estudo realizado por Couto et al. (2014) em Pernambuco que revelou que entre os homens com diagnóstico de Câncer de Pênis 57% eram casados e 33% solteiros e 10% viúvos.

Considerando que a concentração da cor parda ocorreu em 35,0%, dos casos, então observa-se que estes resultados são diferentes dos encontrados no estudo realizado por Favorito et al. (2008) que revelou que 75,64% dos casos de Câncer de Pênis eram em homens de cor branca e somente 22,26% eram em negros, e por fim 2,1% eram orientais. Contudo em relação aos resultados do presente estudo, deve-se levar em consideração a concentração da população parda em Mato Grosso representada por 52,7% da população.

Assim, temos o estudo de Paiva (2010) realizado na Bahia que identificou concentração de casos de Câncer de Pênis entre os pardos, e raros casos em branco.

Há poucos estudos que exploram o aspecto cor/etnia por parecer não ser um fator de risco relacionado ao Câncer de Pênis (Favorito et al. 2008).

Os achados em relação à variável cor no presente estudo revelaram que a concentração da cor parda ocorreu em 35,0%, dos casos. Então, observa-se que estes resultados são diferentes dos encontrados no estudo realizado por Favorito et al. (2008) que revelou que 75,64% dos casos de Câncer de Pênis eram em homens de cor branca e somente 22,26% dos casos eram em negros, e por fim 2,1% eram orientais.

O estudo de Paiva (2010) realizado na Bahia identificou concentração de casos de Câncer de Pênis entre os pardos, e foram raros casos em brancos

Assim, ressalta-se que o quesito cor deve ser analisado com cautela, para evitar vieses, uma vez que pode haver concentração de uma determinada cor em uma dada região.

Assim, ressalta-se que o quesito cor deve ser analisado com cautela, para evitar vieses, uma vez que pode haver concentração de uma determinada cor em uma dada região, como é o caso de Mato Grosso no qual a população parda é composta por 52,7%, (<https://bit.ly/32t0Du1>).

Contudo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra determina o emprego do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades, e ainda reforça a necessidade de incluir o recorte racial em pesquisas envolvendo seres humanos, com deferência a outros documentos. Desta forma entende-se negros como o conjunto de pessoas formada por pretos e pardos (Ministério da Saúde 2007).

Neste sentido, no presente estudo os negros perfazem 42,5%, de forma detalhada de acordo com a variável cor proposta pelo IBGE, os brancos somaram 7,5%, os pardos 35%, os

índios 5%, os pretos 7,5% e 45% dos prontuários não continha informação quanto ao quesito cor.

A análise quanto ao quesito escolaridade os resultados demonstram que nenhum dos homens tinha ensino superior e apenas 5% tinha o segundo grau completo. Outros tinham o primeiro grau completo (20%) e primeiro grau incompleto. Os homens com primeiro e segundo grau incompleto ficaram representados com 2,5% respectivamente. Os demais (70%) não contemplavam informação quanto à escolaridade.

Assim, observa-se a necessidade de sensibilizar os profissionais para o correto preenchimento dos dados de internação para melhor alimentação dos dados no RHC.

Apesar das falhas no preenchimento dos dados de internação, a análise quanto ao grau de instrução permite reconhecer que o Câncer de Pênis associa-se a homens com baixa escolaridade, o que dificulta o reconhecimento da importância do auto exame do pênis e da adequada higiene íntima. Tais condições somam-se às dificuldades no acesso ao diagnóstico médico e ao tardio diagnóstico (Favorito et al. 2008; Reis et al. 2010).

Neste contexto, observa-se a necessidade de sensibilizar os profissionais para o correto preenchimento dos dados de internação para melhor alimentação dos dados no RHC.

Quanto à ocupação 47,5% não continham informação, os trabalhadores do setor primário representaram 10%, os do setor secundário 7,5% os do setor terciário 17,5%. Os aposentados representaram 12,5% e os do lar totalizaram 5%, contudo estes não se enquadram como ocupação.

De forma específica a ocupação se configurou da seguinte forma alfaiate, motorista e chapa somaram respectivamente 2,5% e 5,0 % era do lar. Trabalhadores autônomos somaram 10%, pedreiro 7,5%, trabalhadores rurais 10% e os aposentados chegaram a 12,5%. Não havia registro da ocupação em 47,50% dos prontuários, impossibilitando efetuar análise de significância estatística quanto à ocupação.

O estudo de Paiva (2010) revelou que a profissão comumente declarada era de lavrador, somando 32%.

13 ANÁLISE QUANTO À REALIZAÇÃO DE CIRURGIA

É comum o diagnóstico tardio do Câncer de Pênis, culminando na penectomia, concebida como a retirada parcial ou total do órgão (Sousa et al. 2014).

Por outro lado, é reconhecido que o diagnóstico precoce contribui para o controle, redução do crescimento local da doença evitando a amputação do órgão, que traz consigo danos para a vida sexual, emocional, familiar e social do homem (Rapôso et al. 2016).

Baseado nos resultados, podemos inferir que houve o atraso no diagnóstico e oportuno tratamento, o que levou a penectomia parcial ou total em 67,5% dos casos, pois quando se trata de diagnóstico de tumores superficiais pequenos, o sucesso pode ser obtido por meio de excisão cirúrgica local, quimioterapia, cirurgia a laser ou radioterapia superficial (Holland e Frei 2003).

Tais achados reforçam a importância de prevenção do Câncer de Pênis desde a adolescência por meio de atividades educativas realizadas pelas equipes de saúde da família, com o envolvimento pleno dos agentes comunitários de saúde no desenvolvimento de ações para melhorar e garantir o acesso e acolhimento dos homens nas unidades de saúde, para que ele possa identificar os sinais e sintomas desta afecção para que ocorra o diagnóstico precoce.

Neste contexto a equipe deverá estar capacitada para levantar junto à população masculina, sinais e sintomas do Câncer de Pênis, orientar como deve ser feita diariamente a higienização do pênis e em que momentos (em especial após relações sexuais ou masturbação), orientar quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais, deve ser orientar também, se necessário, sobre a cirurgia de fimose.

É reconhecido que tumores profundamente invasivos, em especial os que apresentam lesões com o envolvimento do eixo distal ou que deforma a glândula, são passíveis de controle por meio da penectomia parcial. Porém, as lesões metastáticas, ou tumores com comprometimento da base e a parte uretral bulbar do pênis requerem penectomia total ou a cistoprostatectomia ou excepcionalmente o esvaziamento pélvico anterior ou total, com diversificação urinária (Holland e Frei 2003).

Entre as amputações de pênis por câncer realizadas no período de 2010 a 2015 pelo Sistema Único de Saúde (62), a Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso realizou 51,61% das referidas amputações (DATASUS) (Ministério da Saúde 2018c).

14 ANÁLISE QUANTO AOS ASPECTOS HISTOLÓGICOS

Os resultados revelaram que 70,0% dos Carcinomas era Carcinoma Epidermóide, assim coadunam com o estudo realizado por Fay (2014) que identificou que aproximadamente 95% dos tumores malignos de pênis, constituem-se em Carcinoma Epidermóide, sendo raras as neoplasias caracterizadas por Melanoma, Carcinoma Basocelular, Sarcomas e os Tumores Metastáticos são raras, sendo de origem principalmente da bexiga, próstata e colón.

A análise histopatológica dos tumores de pênis apresenta cerca de mais de 95% classificados como Carcinoma Epidermóide (CCE), reconhecido também como Carcinoma Epidermóide ou espinocelular. Há também outros tipos histológicos como o Melanoma maligno, Sarcoma e Carcinoma Basocelular (Fay 2014).

Ressalta-se que para melhor compreensão/avaliação dos aspectos histológicos a adoção da classificação em subgrupos de acordo com a descrição efetuada pela Organização Mundial da Saúde que inclui 12 subtipos de Carcinoma Escamoso Peniano pode ser adotada.

Complementando a classificação histológica os critérios descritos por Velazquez e Cubilla (2007) deixam claro nos laudos se os tumores bem diferenciados apresentaram semelhanças com células escamosas normais ou hiperplásicas, diferenciando-se apenas em relação à presença de níveis basais ou mínimos ou atipia parabasal, conforme estudo realizado por Aita et al. (2016).

15 CONCLUSÃO

O estudo permitiu conhecer as características epidemiológicas do Câncer de Pênis no estado de Mato Grosso na série histórica de 2010 a 2015, conforme objetivos propostos.

Possibilitou identificar a frequência deste câncer nos municípios e regionais de saúde do estado, e questões relacionadas à mortalidade por Câncer de Pênis,

Foi possível descrever o perfil epidemiológico do Câncer de Pênis entre os pacientes diagnosticados no Hospital do Câncer de Mato Grosso (HC) na série histórica de 2010 a 2015 (janeiro a dezembro) segundo as variáveis étnico raciais, demográficas e comportamentais e variáveis referentes ao tumor; tratamento.

Na série histórica em estudo, os resultados do RHC, revelaram que neste período o Câncer de Pênis representou 0,68% do total das neoplasias entre os homens, estando aquém dos resultados divulgados pelo INCA que apresenta o Câncer de Pênis com 2,0% do total de câncer entre os homens.

A maior parte dos pacientes com diagnóstico de câncer peniano chegam aos hospitais sem tratamento oncológico prévio, evidenciando que a rede de saúde tem utilizado mecanismo de referência para diagnóstico e tratamento do câncer peniano nas unidades hospitalares do estado.

Apesar de não ter sido possível verificar associação do tabaco e a ocorrência do Câncer de Pênis, há fortes razões na literatura pesquisada para associar o Câncer de Pênis ao tabaco.

Os resultados quanto aos exames relevantes: exames por imagem, exame clínico e patologia clínica, anatomia patológica, marcadores tumorais constam em 100% dos tratamentos.

Houve predominância da histologia do tumor como base do diagnóstico, representando 85% dos registros (RHC). A análise quanto ao tipo histológico demonstrou que 70,0% dos casos era Carcinoma Epidermóide.

Quanto à procedência dos pacientes 77,50% era proveniente de regiões do interior do estado. As regionais de Água Boa e São Felix do Araguaia não apresentaram nenhum registro de Câncer de Pênis diagnosticados na Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso nos anos em análise, situação que merece investigação mais apurada para identificar fatores que contribuíram para sua ocorrência.

Atenção especial deve ser dada à Regional de Saúde da Baixada Cuiabana que contemplou 30% dos casos, sendo 22,5% dos casos provenientes dos municípios de Cuiabá e de Várzea Grande.

É necessário investir em capacitações e sensibilização dos profissionais quanto ao preenchimento de dados para a alimentação do RHC, uma vez que os resultados revelam que a codificação SOE (morfologia 8000/1-8000/3) está acima do recomendado (91,8%) devendo ser < 3,0%, segundo recomendações do RHC

Situação preocupante é a diferença da frequência do Câncer de Pênis em indígenas em comparação com a sua frequência no Brasil apontada por outros estudos. Devendo ser pontuada como uma questão a ser investigada, pois os indígenas no Mato Grosso foram representados por 1,64% do Câncer de Pênis, resultado superior ao encontrado em vários outros estudos.

Também é motivo de maior investimento em educação em saúde na Atenção Básica, para prevenção de Câncer de Pênis desde a pré-adolescência, por ter tido registro de casos de Câncer de Pênis em homens com idade inferior a 25 anos.

Outro fator importante é que apesar de o Câncer de Pênis ser raro, os resultados deste estudo evidenciaram que na maioria dos casos o diagnóstico foi tardio.

Considerando o prontuário como fonte imprescindível de informações, a falta de preenchimento de dados neste documento, indica falha na coleta ou registro de informações pelos profissionais responsáveis pela matrícula, médicos e demais profissionais envolvidos da Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso.

Neste contexto, a insuficiência de dados nos prontuários não permitiu, como dito, explorar muitos aspectos que poderiam contribuir para as políticas de saúde para o controle do Câncer de Pênis em Mato Grosso, ou seja, registros no prontuário relativo à investigação entre os pacientes sobre prática sexual com animais, coitarca, hábitos de vida, entre outros questionamentos. É interessante também oportunizar atualização da classificação dos tipos histológicos para os patologistas.

Conhecer melhor os aspectos dos pacientes como procedência, duração de sinais e sintomas, principais queixas, hábitos de vida, nível de instrução práticas sexuais, antecedentes de infecções sexualmente transmissíveis e tempo médio de seguimento, variáveis de seguimento (data do óbito; tipo de óbito; *status* vital; e data do último contato) podem fornecer dados importantes para melhoria de medidas educativas e preventivas, e permitir o diagnóstico precoce.

O instrumento idealizado para a coleta de dados em prontuário foi o adaptado do Protocolo de Estudo de Carcinoma de Pênis proposto por Paiva (2010). Contudo, ficou limitada

a exploração de dados contidos no formulário proposto para este estudo pela falta de preenchimento dos dados nos prontuários ou pelo preenchimento incorreto, ou mesmo por nos prontuários não contemplarem algumas variáveis contidas no instrumento de Paiva(2010).

Então, sugere-se a melhoria no preenchimento de dados nos prontuários, bem como a complementação de algumas variáveis, fundamentadas no formulário de Paiva (2010).

Considerando que ocorreram 31 óbitos por Câncer de Pênis no período de 2010 a 2015, representando 2,6% dos óbitos masculinos por neoplasia maligna dos órgãos genitais masculinos, então considerando-se que o Câncer de Pênis é raro, a mortalidade por Câncer de Pênis no estado de Mato Grosso deve ser alvo de preocupação para o estabelecimento de políticas de saúde fundamentada nas prerrogativas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

O presente estudo pode oferecer visibilidade à importância do Câncer de Pênis em Mato Grosso, assim os resultados apresentados, reforçam as razões para maior exploração do tema na rotina da Atenção Básica. Apesar da baixa incidência do Câncer de Pênis, sua relevância é constituída principalmente pelas repercussões psicossociais e pela sua evitabilidade.

Assim, fica a responsabilidade dos profissionais da Atenção Básica no que tange aos aspectos preventivos por meio de ações educativas acerca da higiene diária do pênis, orientação quanto uso de preservativos em todas as relações sexuais, encaminhamento para cirurgia de fimose (em casos específicos), vacinação contra o Papiloma Vírus Humano, além de estabelecimento de diagnóstico precoce das lesões por meio das atividades rotineiras das Unidades Básicas de Saúde.

Também podem ser realizadas campanhas para detecção de lesões iniciais da doença, controlando/reduzindo a incidência deste câncer e suas complicações, enfocando as questões de gênero pelos profissionais dos serviços de saúde, pois o homem, no contexto de gênero é o provedor da família, assim negligência o cuidado com sua própria saúde. Além da questão de gênero o homem pode demorar a buscar avaliação médica por vergonha, timidez, postergando a assistência médica, implicando no diagnóstico tardio do Câncer de Pênis, entre outros.

Por estas razões, é interessante pensar em horários estendidos ou alternativos nas unidades básicas de saúde, ou até mesmo, instituir parcerias com as empresas com ações de educação em saúde e rastreio de lesões indicativas de câncer peniano na perspectiva de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno e eficaz.

16 REFERÊNCIAS

Aita GA. Características clinicopatológicas e fatores prognósticos em portadores de Câncer de Pênis com linfonodos negativos submetidos ou não a linfadenectomia inguinal. [Dissertação]. São Paulo. Fundação Antônio Prudente; 2014.

Aita GA, Zequi SC, Costa WH, Guimarães GC, Soares FA, Giuliangelis TS. Tumor histologic grade is the most important prognostic factor in patients with penile cancer and clinically negative lymph nodes not submitted to regional lymphadenectomy. *Int Braz J Urol.* 2016;42(6):1136-43.

Almeida FN, Rouquayrol MZ. Introdução à epidemiologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006.

Barros EM, Melo MCB. Câncer de Pênis: perfil sócio demográfico a respostas emocionais à penectomia em pacientes atendidos no Serviço de Psicologia do Hospital de Câncer de Pernambuco. *Rev SBPH.* 2009;12(1):99-111.

Bloch KV, Coutinho ESF. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In: Medronho RA, Bloch KV, organizadores. *Epidemiologia.* 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p.107-13.

Calmon MF, Tasso Mota M, Vassallo J, Rahal P. Penile Carcinoma: risk factors and molecular alterations. *ScientificWorldJournal* 2011;11:269-82.

Carneiro LMR, Santos MPAS, Macena RHM, Vasconcelos TB. Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. *Rev Bras Promoção Saúde.* 2016;29(4):554-63.

Centro para o Avanço da Educação Interprofissional-CAIPE. Introdução à educação interprofissional. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3ccAMrl>. [2019 out 13]

Coelho EBS, Schwarz E, Bolsoni CC, Conceição TB. Política nacional de atenção integral a saúde do homem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3fxE2zS>. [2019 jan 12]

Correia AS, Silva GVF, Chagas HM, Nascimento ÍMR, Lessa MHC, Costa Júnior TR. Câncer de Pênis: resultados de uma campanha de prevenção. *Rev Port Saúde Soc.* 2018;3(1):628-38.

Coelho RWP, Pinho JD, Moreno JS, Garbis DVO, Nascimento ANT, Larges JS, et al. Penile câncer in Maranhão, Northeast Brazil: the highest incidence globally? *BMC Urol.* 2018;18:(50):1-7.

Cubilla AL. The role of pathologic prognostic factors in squamous cell Carcinoma of the penis. *World J Urol.* 2009;27(2):169-77.

Cunha IW, Guimaraes GC, Soares F, Velazquez E, Torres JJ, Chaux A, et al. Pseudoglandular (adenoid, acantholytic) penile squamous cell carcinoma: a clinicopathologic and outcome study of 7 patients. *Am J Surg Pathol* 2009; 33:551-5.

Di Pietro ML, Teleman AA, Di Pietro ML, Poscia A, González-Melado FJ, Panocchia N. Preventive newborn male circumcision: what is the child's best interest? *Cuad Bioet.* 2017; 28(94):303-16.

Djajadiningrat RS, van Werkhoven E, Meinhardt W, van Rhijn BW, Bex A, van der Poel HG, et al. Penile sparing surgery for penile cancer-does it affect survival? *J Urol.* 2014;192(1):120-5.

Couto TC, Arruda RM, Couto MC, Barros FD. Epidemiological study of penile cancer in Pernambuco: experience of two reference centers. *Int Braz J Urol.* 2014;40(6):738-44.

Favorito LA, Nardi AC, Ronalsa M, Zequi SC, Sampaio FJ, Glina S. Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. *Int Braz J Urol.* 2008;34(5):587-91;591-3.

Fay CES. Avaliação da expressão imunohistoquímica do fator tecidual no carcinoma de pênis Porto Alegre: PUCRS; 2014. [Dissertação]. Porto Alegre. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2014.

Felix JD, Zandonade E, Amorim MH, Castro DS. Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste: Brasil (1998 a 2007). *Cien Saude Colet.* 2012;17(4):945-53.

Ficarra V, Martignoni G, Maffei N, Cerruto MA, Novara G, Cavalleri S, et al. Predictive pathological factors of lymphnode involvement in the squamous cell carcinoma of the penis. *Int Urol Nephrol.* 2002; 32:245-50.

Fonseca AG, Nascimento SS, Alencar RV, Cordeiro HP. Câncer de Pênis: estudo epidemiológico no estado do Pará. *Rev Para Med.* 2010;14(1):11-6.

Freitas E. Setores da economia. *Brasil Escola.* Disponível em: <https://bit.ly/2M9pxoZ>. [2020 jun14]

Frisch M, Friis S, Kjaer SK, Melbye M. Falling incidence of penis cancer in an uncircumcised population (Denmark 1943-90). *Br Med J* 1995;311(7018):1471.

Gao W, Song LB, Yang J, Song NH, Wu XF, Song NJ, et al. Risk factors and negative consequences of patient's delay for penile carcinoma. *World J Surg Oncol.* 2016;14:124.

Gil A. Como elaborar um projeto de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Gloeckler-Reis LA, Lewis DR, Hankey BF, Edwards BK. Cancer survival and incidence from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) program. *Oncologist.* 2003;8(6):541-52.

Goodman MT, Hernandez BY, Shvetsov YB. Demographic and pathologic differences in the incidence of invasive penile cancer in the United States, 1995–2003. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2007;16(9):1833-9.

- Haddad N. Metodologia de estudos em ciências da saúde. São Paulo: Roca; 2004.
- Hakenberg OW, Minhas ES, Necchi A, Protzel C, Watkin N. EAU Guidelines on Penile Cancer. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/32mveZS>. [2019 out 20]
- Hakenberg OW, Compérat EM, Minhas S, Necchi A, Protzel C, Watkin N. EAU guidelines on penile cancer: 2014 update. *Eur Urol*. 2015;67:142-50.
- Heyns CF, Mendoza-Valdés A, Pompeo ACL. Diagnosis and staging of penile cancer. *Urology*. 2010; 6(2 Suppl 1):15-23.
- Horenblas S. Lymphadenectomy for squamous cell carcinoma of the penis. Part 2: the role and technique of lymph node dissection. *BJU Int*. 2001;88:473-83.
- Holland JF, Frei E. Penile cancer. In: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, Bast Jr. RC, Gansler TS, Holland JF, et al. editors. *Cancer Medicine* 6. London: BC Decker Inc; 2003. Disponível em: <https://bit.ly/2XbJ5iU>. [2019 set 20]
- Hospital de Câncer do Estado de Mato Grosso. Quem somos. Disponível em: <https://bit.ly/3dhCAAD>. [2019 jul 20]
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Panorama Mato Grosso. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3c9mZSo>. [2019 nov 17]
- Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69-90.
- Leal AF, Figueiredo WS, Nogueira Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2607-16.
- LLapa-Rodríguez EO, Oliveira ASA de, Oliveira DDS, Gois C, Euzebio D, Mattos M. Análise de variáveis socioeconômicas e o risco que apresentam frente ao câncer de pênis. *Rev Enferm UFPE, Recife*, 2014;8(7):2013-9.

Lucena L, Cagliari GHB, Tanaka J, Bonamigo EL. Declaração de óbito: preenchimento pelo corpo clínico de um hospital universitário. *Rev Bioét.* 2014;22(2):318-24.

Koifman L, Vides AJ, Koifman N, Carvalho JP, Ornellas AA. Epidemiological aspects of penile cancer in Rio de Janeiro: evaluation of 230 cases. *Int Braz J Urol.* 2011;37(2):231-43.

Lakatos EM, Marconi MA. *Metodologia do trabalho científico.* São Paulo: Atlas; 2010.

Lindoso GS, Barros EGD, Miranda LFN, Campelo BC, Moura KCF, Freitas LA, et al. Epidemiologia e estratégias de prevenção do Câncer de Pênis no estado do Maranhão. *Rev Investig Bioméd.* 2018;10(3):237-42.

Marchi FA, Martins DC, Barros-Filho MC, Kuasne H, Busso Lopes AF, Brentani H, et al. Multidimensional integrative analysis uncovers driver candidates and biomarkers in penile carcinoma. *Sci Rep.* 2017;7(1):6707.

Mcintyre M, Weiss A, Wahlquist A, Keane T, Clarke H, Savage S. Penile cancer: an analysis of socioeconomic factors at a southeastern tertiary referral center. *Can J Urol.* 2011;18(1):5524-8.

Menezes ET, Santos TH. *Verbete interdisciplinaridade. Dicionário Interativo da Educação Brasileira-Educabrazil.* São Paulo: Midiamix; 01/01/2001. Disponível em: <https://bit.ly/3deuIzL>. [2020 jan 12]

Micali G, Nasca MR, Innocenzi D, Schwartz RA. Penile cancer. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54(3):369-94.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.* 3ª ed. Brasília; 2007. Disponível em: <https://bit.ly/2C7J9sm>. [2019 jan 14]

Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.* Brasília; 2008. Disponível em: <https://bit.ly/30ciIcV>. [2019 nov 18]

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília-DF; 2009.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Registros Hospitalares de Câncer - planejamento e gestão. 2ª ed. rev. Rio de Janeiro: INCA; 2010.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010/incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://bit.ly/2TQKuJC>. [2019 nov 12]

Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Manual de rotinas e procedimentos para registros de câncer de base populacional. 2ª ed. rev. Rio de Janeiro: INCA; 2012.

Ministério da Saúde. Atlas on-line de mortalidade por câncer. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3fJZHow>. [2019 jul 12]

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer: pênis. Última modificação: 30/10/2018a. Disponível em: <https://bit.ly/3j17el0>. [2019 set 12]

Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: saúde do homem. Brasília: 2018b. Disponível em: <https://bit.ly/3eBo1Yq>. [2019 set 12]

Ministério da Saúde. DATASUS-Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Mortalidade Mato Grosso. 2018c. Disponível em: <https://bit.ly/38Z3yvD>. [2019 ago 12]

Miranda MCL. Análise epidemiológica do câncer de pênis no Brasil entre os anos de 1985 a 2015. Vitória. [Dissertação]. Escola Superior de Ciências da Saúde Casa de Misericórdia de Vitória; 2018.

Mosconi AM, Roila F, Gatta G, Theodore C. Cancer of the penis. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2005;53(2):165-77.

Neveu RC, Borquez PM, Trujillo CL, Fernandez RR, Buchholtz MF. Experiencia de 10 anos em el manejo del cancer de pene, Instituto Nacional del Câncer (1997-2006). *Rev Chil Cir*. 2008;60(2):103-7.

Nardi A, Glina S, Favorito L. A. Primeiro estudo epidemiológico sobre Câncer de pênis no Brasil. *Int Braz J Urol*. 2007;(33):1-7.

Olesen TB, Sand FL, Rasmussen CL, Albieri V, Toft BG, Norrild B, et al. Prevalence of human papillomavirus DNA and p16INK4a in penile cancer and penile intraepithelial neoplasia: a systemetic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2019;20(1):145-58.

Ornellas AA, Brown GA. Câncer urológico (Câncer de Pênis). In: Ferreira CG, Rocha JC, editores. *Oncologia molecular*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.224-9.

Paiva GR. Carcinoma de pênis: panorama da doença no estado da Bahia: considerações epidemiológicas e histopatológicas. Salvador. [Dissertação]. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz; 2010.

Paula AAP, Almeida Netto JC, Cruz AD, Freitas Junior R. Carcinoma epidermóide do pênis: considerações epidemiológicas, histopatológicas, influência viral e tratamento cirúrgico. *Rev Bras Cancerol*. 2005;51(3):243-52.

Pereira FSF. Evolução histórica da mortalidade por câncer de pênis no estado do Ceará na última década. *RETEP - Rev Tendên Enferm Profis*. 2017;9(2):2153-7.

Pettaway CA. Carcinoma of the pênis: epidemiology, risks, factors and pathology. May 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3gxIoIh>. [2019 dez 13]

Pompeo ACL. Projeto diretrizes- Carcinoma do pênis - parte I. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo, Brasília: AMB/CFM: 2006.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios. Disponível em <https://bit.ly/36HWaDC>. [2019 ago 13]

Pow-Sang MR, Ferreira U, Pow-Sang JM, Nardi AC, Destefano V. Epidemiology and natural history of penile cancer. *Urology*. 2010;76(2 Suppl 1):S2-6.

Ramos MZ, Tittoni J, Nardi HC. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cad Psicol Trab*. 2008;11(2):209-16.

Rapôso MCL, Rodrigues PARA, Miranda LN, Tenório GM. A educação em saúde e a prevenção do câncer de pênis. *Cadernos Graduação-Ciências Biol Saúde-UNIT, Alagoas*. 2016;3(3):177-88.

Reis AA, Paula LB, Paula AAP, Saddi VA, Cruz AD. Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao Câncer de Pênis. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(1):1105-11.

Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 4ª ed. rev atual. São Paulo: Atlas, 2010.

Salsona E, Algaba F, Horenblasc S, Pizzocarod G, Windahle T. EUA Guidelines on penile câncer. *Eur Urol*. 2004;46(1):1-8.

Salvioni R, Necchi A, Piva L, Colecchia M, Nicolai N. Penile cancer. *Urol Oncol*. 2009;27(6):677-85.

São Paulo. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo. Registro Hospitalar de Câncer de São Paulo: análise dos dados e indicadores de qualidade. 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2XKN7Oj>. [2019 set 12]

Scheiner MA, Campos MM, Ornellas AA, Chin EW, Ornellas MH, Andrada-Serpa MJ. Human papillomavirus and penile cancers in Rio de Janeiro, Brazil: HPV typing and clinical features. *Inter Braz J Urol*. 2008;34(4):467-76.

Silva DRG, Vasconcelos TB, Vidal MPB. Olhe para mim, escute-me: necessidades em saúde de homens. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2013;37(4):835-51.

Silva RS, Silva ACM, Nascimento SG, Oliveira CM, Bonfim CV. Aspectos demográficos e epidemiológicos da mortalidade. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(1):44-7.

Siqueira MFC, Silva-Álvares MB, Costa Júnior RR, Lemes AG, Oliveira PR, Rocha EM. Universitários sobre câncer de pênis e práticas preventivas. *J Health NPEPS*. 2019;4(1):92-112.

Sobin LH, Gospodariwicz M, Wittekind C. TNM classification of malignant tumors. 7th ed. New York: Wiley-Blackwell; 2009. Penile; p.239-42.

Sonpavde G, Pagliaro LC, Buonerba C, Dorff TB, Lee RJ, Di Lorenzo G. Penile cancer: current therapy and future directions. *Ann Oncol*. 2013;24(5):1179-89.

Sousa JERB, Soares LS, Reis EMA, Carvalho MR, Silva GFR. Conhecimento do homem sobre a prevenção de câncer de pênis. *Rev Enferm UFPI, Teresina*. 2014;1(3):79-84.

Suaréz LR. Câncer de pene. *Rev Medica Costa Rica Centro America*. 2011;598(LXVIII):271-5.

Syvoney C, Rodrigues R, Barbosa L, Silva J, Brandão JOC, Medeiros CSQ. Câncer de pênis: epidemiologia e estratégias de prevenção. *Cadernos Graduação-Ciências Biol Saúde FACIPE, Recife*. 2013;1(2):23-33.

Tonani M, Carvalho EC. Risco de câncer e comportamentos preventivos: a persuasão como estratégia de intervenção [periódico on-line]. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008;16(5). Disponível em: <https://bit.ly/2CcToLK>. [2020 jul 14]

Torbrand C, Wigertz A, Drevin L, Folkvaljon Y, Lambe M, Håkansson U, et al. Socioeconomic factors and penile cancer risk and mortality; a population-based study. *BJU Int*. 2017; 119(2):254-60.

Velazquez EF, Cubilla AL. Penile squamous cell carcinoma: anatomic, pathologic and viral studies in Paraguay (1993-2007). *Anal Quant Cytol Histol.* 2007;29(4):185-98.

Vieira SC, Feitosa Neto R, Matos PL. Câncer de Pênis: estudo retrospectivo de 99 casos. *J Bras Med. São Paulo.* 2007;93(4):54-4.

Zequi SC, Guimarães GC, da Fonseca FP, Ferreira U, de Matheus WE, Reis LO, et al. Sex with animals (SWA): behavioral characteristics and possible association with penile cancer: a multicenter study. *J Sex Med.* 2012;9(7):1860-7.

Wanick FB, Teichner TC, Silva R, Magnanini MM, Azevedo LM. Squamous cell Carcinoma of the penis: clinicopathologic study of 34 cases. *An Bras Dermatol.* 2011;86(6):1082-91.

Winkelstein W. Smoking and cancer of the uterine cervix: hypothesis. *Am J Epidemiol.* 1977;106(4):257-9.

Anexo 1 - Parecer de Aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa-CEP – Universidade de Cuiabá – UNIC

UNIVERSIDADE DE CUIABÁ -
UNIC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Epidemiologia do Câncer Peniano em Mato Grosso e Seus Aspectos Histológicos.

Pesquisador: Valdete Marques Arnaut Antiqueira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10088919.5.0000.5165

Instituição Proponente: IUNI EDUCACIONAL S.A.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.292.687

Apresentação do Projeto:

o êxito do tratamento do câncer de pênis depende muito do diagnóstico precoce, pois o prognóstico do câncer peniano é proporcionalmente relacionado ao seu estadio e grau de diferenciação celular.(SOLSONA et al., 2004).A invasão metastática invade preferencialmente o sistema linfático sendo comum ocorrer invasão nas cadeias inguinais, podendo provocar processos inflamatórios, infiltrações vasculares entre outras. complicações. Assim, as características histopatológicas tem relação direta com o prognóstico da doença, auxiliando na eleição de adequado tratamento, e, portanto, explorar o conhecimento da biologia celular e molecular é imprescindível para esclarecer aspectos obscuros no que tange sua etiologia e prognóstico (PAIVA, 2010), verificar seu grau de malignidade, a presença de necrose, invasão linfática e vascular, visando favorecer e conduzir a terapêutica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Conhecer a magnitude do câncer de pênis no estado de Mato Grosso e o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de pênis no Hospital do Câncer de Mato Grosso (HCAN-MT) na série histórica de 2010 a 2015 (janeiro a dezembro), estabelecendo associações entre as variáveis analisadas: características histopatológicas dos tumores de pênis; registros do RCBP e RHC, laudos histológicos, lâminas histológicas e

Endereço: Avenida Beira Rio, 3100, Bloco de Saúde II, Nímeo - Coordenação Mestrado

Bairro: Jardim Europa

CEP: 78.065-900

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3363-1271

E-mail: cep.unic@lepton.com.br

Continuação do Parecer: 3.292.667

prontuários.

Objetivo Secundário: Identificar as características histopatológicas dos tumores de pênis, ocorridos no ano de 2010 a 2015 (janeiro a dezembro); Reclasificar a morfologia dos tumores com a utilização da técnica de coloração por Hematoxilina e Eosina (HE).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: são considerados riscos mínimos e inerentes à possibilidade de identificação dos participantes, no entanto, todos os cuidados serão tomados para assegurar o anonimato dos dados individuais, conforme preconizado pela Resolução nº 466. Outros riscos potenciais, são: quebra/perda da lâmina de histologia, mas medidas de controle de retirada e devolução (romaneio, protocolo de entrega e recebimento) das lâminas serão instituídas visando eliminar tal possibilidade. Serão investidos todos os esforços possíveis quanto à preservação das lâminas/blocos histológicos. Quanto ao acesso e manuseio dos prontuários e laudos de histologia, e no Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) na série histórica de 2010 a 2015, por ser a série histórica com dados disponíveis e no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Hospital de Câncer de Mato Grosso. Ressalta-se que o manuseio destes será efetuado pela pesquisadora, com respeito às disposições ético/legais e normativa. Assim, garantida a privacidade em seu manuseio, o sigilo e preservação da identidade dos participantes e integridade dos prontuários em formato físico ou eletrônico. Pode ocorrer o risco adicional de incompatibilidade diagnóstica na morfologia de tecido tumoral após a reclassificação das lâminas. A partir da identificação desta incoerência, as situações serão discutidas entre os profissionais envolvidos nas análises histológicas para estabelecimento de um consenso e instituição de medidas apropriadas, incluindo novas formulações diagnósticas e de conduta terapêutica, se aplicável. Na iminência da ocorrência de qualquer risco ao participante do estudo, previsto, ou não, que fuja à possibilidade de controle a pesquisadora responsável interromperá o estudo.

Benefícios: serão indiretos aos participantes, e contemplarão subsídios para a fomentar políticas de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva do homem, ações de diagnóstico precoce do câncer de pênis e prevenção do câncer de pênis no estado de Mato

Grosso. Conhecer as características histopatológicas dos tumores e estabelecer o perfil do câncer de pênis nos pacientes atendidos no HC-MT na série histórica definida. conhecer as características epidemiológicas estadual, conhecendo a realidade da vigilância do câncer em Mato Grosso corroborando com a melhoria no atendimento e demais procedimentos ao homem acometido por câncer de pênis possibilitando futuras medidas de controle e tratamento

mais eficazes. Fortalecer a qualidade diagnóstica do câncer de pênis por meio da reclassificação

Endereço: Avenida Beira Rio, 3100, Bloco de Saúde II, Várzea - Coordenação Mestrado

Bairro: Jardim Europa

CEP: 78.065-900

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3383-1271

E-mail: cep.unic@leitor.com.br

Continuação do Parecer: 3.292.687

das lâminas/ blocos de histologia, portuando a necessidade de investimentos quanto à padronização de técnicas de leitura. Os resultados poderão subsidiar a programação de capacitação para os profissionais do (HC-MT) quanto ao registro de informações no RHC ente outras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo observacional transversal retrospectivo (série histórica de 2010 a 2015) descritivo com abordagem quantitativa, com a utilização de fonte de dados primários com homens diagnosticados com câncer de pênis residentes em Mato Grosso. O orientador fará a coleta de dados das lâminas/ blocos de histologia e comunicará os resultados de sua análise à pesquisadora para o devido registro no instrumento de coleta de dados específico e

padronizado pelo Hospital. A.C. Camargo, São Paulo SP. Assim, a coleta de dados da revisão das lâminas será subsidiada pelo Protocolo de Estudo de Carcinoma de Pênis. Hospital. A.C. Camargo, São Paulo SP por meio do instrumento de coleta de dados intitulado instrumento para a coleta de dados do prontuário disponível no (APÊNDICE 3). A pesquisadora fará a coleta de dados relativos ao câncer de pênis ocorridos na série histórica de

2010 a 2015 nos prontuários do Hospital de Câncer de Mato Grosso. O instrumento de coleta de dados referentes aos dados contidos no prontuário foi adaptado do instrumento de coleta de dados utilizado por Paiva (2010). De igual forma a pesquisadora fará a coleta na ficha de histologia dos referidos pacientes. Por fim a pesquisadora fará a coleta de dados sobre o câncer de pênis em Mato Grosso no Registro de Câncer em Base Populacional (RCBP) e no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer de Mato Grosso (RHC) ocorridos na série histórica selecionada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram cuidadosamente anexados de acordo com o que preconiza a Resolução nº 466.

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende a Resolução nº 466, sendo o parecer favorável para sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

aprovado

Endereço: Avenida Bela Rio, 3100, Bloco de Saúde II, Várzea - Coordenação Mestrado

Bairro: Jardim Europa

CEP: 78.065-900

UF: MT

Município: CUIABÁ

Telefone: (65)3363-1271

E-mail: cep.unic@lepton.com.br

Continuação do Parecer: 3.292.687

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831324.pdf	16/04/2019 14:18:11		Aceito
Outros	oficiooordenadoracepunicparateum.pdf	16/04/2019 14:15:09	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	OficioValdeteCEPUnic.pdf	16/04/2019 13:44:50	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	oficiooordenacaoCEPPARTEdois.pdf	16/04/2019 13:33:40	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	termodeconsentimentlivreesclarecidofamiliaratual.pdf	16/04/2019 13:30:59	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	termodeconsentimentlivreesclarecido.pdf	16/04/2019 13:29:55	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	valdetemarquesamautantiqueiracvplataformamalattes.docx	21/03/2019 17:59:38	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	DECLARACAOGERAL.pdf	07/03/2019 18:42:23	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	CURRICULUMVITAESIMPLIFICADOFERNANDOALGUSTOSOARES.docx	07/03/2019 18:27:27	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	CURRICULUMVALDETESIMPLIFICADOATUALIZADOEM07032019.doc	07/03/2019 18:18:16	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	curriculumvitaesimplificadofernandosoares.docx	26/02/2019 15:56:52	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	curriculumvaldeteresumido.doc	26/02/2019 15:56:18	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	solicitacaodedispensadetcle.pdf	26/02/2019 15:25:53	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Folha de Posto	folhadepostotual.pdf	26/02/2019 14:56:34	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodegarantiadeinfrastrukturacomassinaturavaldeefernandosenido.pdf	26/02/2019 14:56:02	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetcancordeperis.docx	26/02/2019 11:56:55	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	OFICIODEAUTORIZACAODASESMTPARACOLETADADOS.pdf	26/02/2019 11:38:55	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	declaracao_de_aluna_regular.pdf	26/02/2019 11:37:50	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	autorizacaohorrt.pdf	26/02/2019 11:37:22	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Declaração de Pesquisadores	apendice7celaracaodrfernando.pdf	26/02/2019 11:34:41	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito

Endereço: Avenida Bela Rio, 3100, Bloco de Saúde II, Vimeo - Coordenação Mestrado
 Bairro: Jardim Europa CEP: 78.065-900
 UF: MT Município: CUIABÁ
 Telefone: (65)3363-1271

E-mail: cep.unic@teoton.com.br

Continuação do Parecer: 3.292.667

Declaração de Pesquisadores	declaracaodesigiliodete.pdf	25/02/2019 11:29:21	Valdete Marques Amaut Antiqueira	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	25/02/2019 23:53:56	Valdete Marques Amaut Antiqueira	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	25/02/2019 23:53:25	Valdete Marques Amaut Antiqueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CUIABA, 29 de Abril de 2019

Assinado por:

Deise Helena Peloso Borghesan
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Beira Rio, 3100, Bloco de Saúde II, Várzea - Coordenação Mestrado

Bairro: Jardim Europa

CEP: 78.065-900

UF: MT Município: CUIABA

Telefone: (65)3365-1271

E-mail: oep.unic@koton.com.br

Anexo 2 - Parecer de Aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa-CEP – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES/MT

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Epidemiologia do Câncer Peniano em Mato Grosso e Seus Aspectos Histológicos.

Pesquisador: Valdete Marques Arnaud Antiqueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 10088919.5.3001.5164

Instituição Proponente: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - SES / MT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.385.389

Apresentação do Projeto:

Considerações relevantes são registradas acerca do câncer do pênis como uma questão de saúde pública, destacando-se sua desproporcional distribuição geográfica mundial, nacional e regional, com maior magnitude em regiões economicamente desfavorecidas, e com maior frequência em homens com idade mais avançada (BARROS et al, 2009; KOIFMAN et al, 2011); (SILVA REIS et al., 2010).

Neste contexto o câncer peniano representa aproximadamente 10% das neoplasias malignas entre os homens (Calmon et al,2011), sendo o Brasil campeão em sua incidência no mundo (BRASIL, 2010) com frequência variável, dependendo da região estudada. No ano de 2010 houve o registro de 363 óbitos por esta causa (COUTO et al,2014.). No Brasil no ano de 2015 houve o registro de 402 óbitos por câncer de pênis, segundo informações do Atlas de Mortalidade por Câncer (<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-penis>), assim vem ocorrendo aumento dos óbitos por esta causa.

Apesar do aumento da mortalidade por câncer no Brasil, esta neoplasia em escala decrescente fica como quarta causa de câncer masculino, após o câncer de próstata, bexiga e rins. Assim, representa 2% dos cânceres ocorridos entre os homens, com maior representatividade nas regiões Norte e Nordeste (CALMON et al,2011), com respectiva proporção de 41,9% e 40,4% somando 16% dos casos de câncer de pênis registrados no país (NARDI; GLINA; FAVORITO, 2007), sendo que a

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP CEP: 78.065-200
UF: MT Município: CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 Fax: (65)3613-2204 E-mail: cep@ses.mt.gov.br

Continuação do Parecer: 3.365.369

maior incidência ocorre no estado do Maranhão que supera até o câncer de próstata chegando a média de 26,6 novos casos por ano.

Considerando as necessidades específicas da saúde do homem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) reconhece as neoplasias malignas do aparelho urinário como uma questão preocupante e entre estas se destaca o câncer de pênis (BRASIL, 2009).

A raridade do câncer de pênis e sua relação direta com o grau de desenvolvimento da população acabam por limitar os estudos epidemiológicos e a compreensão de seus fatores de risco (FAVORITO et al, 2008). Sendo assim, consideram-se algumas características e fatores de riscos que podem influenciar o surgimento do câncer de pênis.

Apesar desta incerteza os aspectos epidemiológicos do câncer de pênis são pouco explorados no Brasil, dificultando a compreensão das características associadas ao câncer de pênis e a população afetada, pois faltam informações referentes a uma gama de variáveis associadas (COUTO et al, 2014). Tais lacunas quanto a este conhecimento requerem investimento científico para sua elucidação (PAIVA, 2010).

Entre as variáveis a serem exploradas estão a procedência regional, zona de residência, variáveis sócio demográficas (grau de instrução, estado civil, situação sócio econômica, atividade laboral) e aspectos subjetivos da doença (tempo de ocorrência dos sinais e sintomas, queixas relevantes), hábitos de vida (tabagismo) aspectos clínicos progressivos (postectomia anterior, tempo decorrido entre o surgimento da lesão e a busca de avaliação médica especializada, tempo de seguimento, estadiamento da lesão primária (TNM2010), diferenciação do tumor, recorrência), coitarca, orientação sexual, número de parceiros sexual morte por câncer de pênis (COUTO et al, 2014).

O reconhecimento da associação de tais variáveis pode favorecer subsídios políticos para medidas de prevenção, diagnóstico precoce e controle deste agravo, evitando seu avanço e sequelas. Corroborando, este argumento, a (PNAISH) visa, entre outras questões, a identificação dos determinantes e condicionantes da saúde do homem, ressaltando aspectos da promoção e recuperação da saúde, prevenção de doenças, balizando-se em três eixos: violência, exposição a riscos que repercutem nos indicadores de morbidade e mortalidade e saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2009).

É possível estabelecer alguns fatores como de risco para o câncer de pênis, contudo sua etiologia ainda é obscura. Entre os fatores de risco estão: a fimose, doenças sexualmente transmissíveis, precariedade na higienização do pênis, além de vulnerabilidades socioeconômicas. Por outro lado, são considerados fatores protetores a circuncisão, higiene adequada do pênis, relação sexual protegida por meio de preservativo, além de elevado nível de escolaridade e de condição social.

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP CEP: 78.065-200
UF: MT Município: CUIABA
Telefone: (65) 3613-2306 Fax: (65) 3613-2204 E-mail: oep@ses.mt.gov.br

Continuação do Parecer: 3.365.369

(FONSECA et al., 2010).

Além disto, entre suas características ressalta-se sua agressividade local, sendo comumente associada a mutilações, com intensas repercussões psicológicas, afetando intensamente a autoestima, a vida sexual e afetiva dos pacientes. Contudo, este câncer é prevenível e também tratável, se diagnosticado precocemente (BARROS et al,2009)

Embora o câncer peniano apresentar evolução lenta, com início por meio de lesões superficiais, com progressão profunda no tecido peniano e invasão do córion, tecido esponjoso da glândula e corpos cavernosos, vale a penas destacar que a maioria dos pacientes acometidos por ele tem seu diagnóstico tardio. Isto faz com que no Brasil aproximadamente 70% dos homens afetados por este câncer lamentavelmente morrem por volta de dois a três anos após o diagnóstico (FAVORITO et al, 2008). Tal situação ocorre, pois sabidamente o êxito do tratamento do câncer de pênis depende muito do diagnóstico precoce, pois o prognóstico do câncer peniano é proporcionalmente relacionado ao seu estágio e grau de diferenciação celular (SOLSONA et al., 2004).

A invasão metastática invade preferencialmente o sistema linfático sendo comum ocorrer invasão nas cadeias inguinais, o seja as cadeias inguinais comumente são o primeiro sítio de acometimento. Além disto, pode provocar processos inflamatórios, infiltrações vasculares entre outras complicações (HORENBLAS,2001).

Assim, as características histopatológicas tem relação direta com o prognóstico da doença, auxiliando na eleição de adequado tratamento. Portanto, explorar o conhecimento da biologia celular e molecular é imprescindível para esclarecer aspectos obscuros no que tange sua etiologia e prognóstico. Da mesma forma é verificar seu grau de malignidade, a presença de necrose, invasão linfática e vascular, visando favorecer e conduzir a terapêutica (PAIVA, 2010).

Quanto ao tratamento do câncer de pênis é interessante destacar que o mesmo pode contemplar cirurgia, radioterapia e quimioterapia, dependendo do estágio do tumor (SOLSONA et al., 2004), sendo primordial o conhecimento das características epidemiológicas nacionais, regionais e locais do câncer de pênis para a proposição de políticas assertivas, bem como o conhecimento das características histopatológicas dos tumores.

O câncer de pênis no Brasil é um problema de saúde pública segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), representando 2% de todos os tipos de câncermasculino, sendo mais frequente nas regiões Norte e Nordeste, podendo chegar a 17% segundo dados do INCA (BRASIL 2011).

As estimativas de câncer do INCA ao Ministério da Saúde em 2010 não revelam o câncer de pênis como um dos mais frequentes no país, compondo 2,1% de todos os tipos de câncer entre

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP CEP: 78.065-200
UF: MT Município: CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 Fax: (65)3613-2204 E-mail: oep@ses.mt.gov.br

Continuação do Parecer: 3.365.369

homens. O que chama a atenção neste cenário epidemiológica é sua elevada ocorrência, 15% mais alta no Norte e Nordeste, onde as condições socio-econômicas são mais precárias, com incidência de 1,3 a 2,7 por 100.000 habitantes (BRASIL 2011).

Fato preocupante, informado pelo Ministério da Saúde (DATASUS 2008) no período compreendido entre dezembro de 2006 e novembro de 2007, foi a realização de 407 cirurgias de amputação de pênis (penectomia) na principalmente na região Nordeste que apresentou 163 do total de casos (BARROS et al. 2009).

Nas regiões de maior ocorrência desta neoplasia, o câncer de pênis supera os casos de cânceres de próstata e de bexiga, sendo maior o acometimento em homens economicamente desfavorecido, de cor branca, não circuncidado, vivendo nas regiões Norte e Nordeste do país (FAVORITO et al. 2008).

O câncer de pênis é uma lesão nodular de característica ulcerada ou vegetante, de evolução lenta, geralmente indolor, localizada, preferencialmente na glândula (60% dos casos) ou no prepúcio (35% dos casos) que frequentemente acomete pacientes com fimose, higiene genital precária e infecção pelo Papiloma vírus humano. Geralmente o homem encontra-se na faixa etária de 40 a 60 anos (VIEIRA et al. 2007). O seu diagnóstico é estabelecido por meio da biópsia da lesão primária (VIEIRA et al. 2007).

De regra, o diagnóstico inicial do carcinoma de pênis, cerca de 80% dos tumores, estão restritos ao pênis 15% com envolvimento ganglionar regional (inguinal e pélvico) e 1% a 10% apresentam disseminação sistêmica (DALL'OGGIO et al. 2005).

O tipo mais comum do câncer de pênis é o carcinoma epidermóide, escamoso. Os demais tipos decorrem de metástases originadas de outros órgãos, sarcomas e raramente, melanomas.

A apresentação característica da doença é uma lesão ulcerada na glândula do pênis, no sulco coronário e no prepúcio, entretanto as lesões nodulares ou verrucosas em forma de couve-flor também podem estar presentes.

Alguns casos podem manifesta-se com dor na glândula do pênis, prurido, fluxo purulento ou sanguinolento, presença de disúria e hematuria, indicativos de lesão na uretra (SUARÉZ 2011).

Métodos

O estudo proposto configura-se estudo observacional transversal retrospectivo (série histórica de 2010 a 2015) descritivo com abordagem quantitativa, com a utilização de fonte de dados primários com homens diagnosticados com câncer de pênis residentes em Mato Grosso. A especificidade do estudo em pauta será de acordo com os objetivos específicos

No estudo observacional o investigador não tem controle com a exposição, e muito menos com a

Continuação do Parecer: 3.365.369

designação dos participantes. Assim, ocorre a uma situação dada naturalmente e observa os resultados na qual os participantes podem estar expostos ou não a determinada causa potencial da doença. Desta forma, o investigador apenas observa, não interfere na exposição dos participantes. Desta maneira (BLOCH e COUTINHO, 2009).

Os estudo transversal fundamenta-se no estudo de populações bem definidas, tendo como característica básica a simultaneidade entre tudo o que se observa é mensurado em uma única vez (MARCONI; LAKATOS, 2007).

O estudo descritivo busca descrever determinado fenômeno ou mesmo situação com estabelecimento de relações entre variáveis observadas. Para tanto, envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados tais como questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A coleta de dados referentes às lâminas de histologia/ blocos de histologia será compartilhada pela pesquisadora e seu orientador (doutor em Patologia Humana). O orientador fará a coleta de dados das lâminas/ blocos de histologia e comunicará os resultados de sua análise à pesquisadora para o devido registro no instrumento de coleta de dados específico e padronizado pelo Hospital. A.C. Camargo, São Paulo SP. Assim, a coleta de dados da revisão das lâminas será subsidiada pelo Protocolo de Estudo de Carcinoma de Pênis. Hospital. A.C. Camargo, São Paulo SP por meio do instrumento de coleta de dados intitulado instrumento para a coleta de dados do prontuário disponível no (APÊNDICE 3).

A pesquisadora fará a coleta de dados relativos ao câncer de pênis ocorridos na série histórica de 2010 a 2015 nos prontuários do Hospital de Câncer de Mato Grosso. O instrumento de coleta de dados referentes aos dados contidos no prontuário foi adaptado do instrumento de coleta de dados utilizado por Paiva (2010). De igual forma a pesquisadora fará a coleta na ficha de histologia dos referidos pacientes.

Por fim será feita pela pesquisadora fará a coleta de dados sobre o câncer de pênis em Mato Grosso no Registro de Câncer em Base Populacional (RCBP) e no Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Câncer de Mato Grosso (RHC) ocorridos na série histórica selecionada. A série histórica eleita foi selecionada por ser a série com dados categorizados nos referidos sistemas.

A coleta de dados no RCBP e RHC será subsidiada por um roteiro estruturado contendo: variáveis demográficas; variáveis referentes ao tumor; variáveis do tratamento; variáveis de seguimento. Todas estas variáveis estão apresentadas no item variáveis do estudo.

Endereço: Avenida Adauto Botelho SN

Bairro: Bairro Cophema - ESP

CEP: 78.065-200

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3613-2306

Fax: (65)3613-2204

E-mail: cep@ses.mt.gov.br

Continuação do Parecer: 3.365.369

Objetivo da Pesquisa:

I) conhecer a magnitude do câncer de pênis no estado de Mato Grosso e o perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados esta neoplasia no Hospital do Câncer de Mato Grosso (HC) na série histórica de 2010 a 2015 (janeiro a dezembro), estabelecendo associações entre as variáveis analisadas.

II) identificar as características histopatológicas dos tumores de pênis, diagnosticados no Hospital de Câncer de Mato Grosso nos anos de 2010 a 2015 (janeiro a dezembro);(a) reclassificar a morfologia dos tumores com a utilização da técnica de coloração por Hematoxilina e Eosina (HE), pois com esta técnica permitirá (b) identificar a concordância dos achados histopatológicos com os achados encontrados na revisão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indiretos aos participantes, uma vez que a coleta de dados não será diretamente com os mesmos. Desta forma, são considerados riscos mínimos e inerentes à possibilidade de identificação dos participantes, no entanto, todos os cuidados serão tomados para assegurar o anonimato dos dados individuais, conforme preconizado pela Resolução nº 466, homologada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde em 2012.

Outros riscos potenciais, são: quebra/perda da lâmina de histologia. Desta forma, medidas de controle de retirada e devolução (romaneio, protocolo de entrega e recebimento) das lâminas serão instituídas visando eliminar tal possibilidade. Serão investidos todos os esforços possíveis quanto à preservação das lâminas/blocos histológicos, evitando assim, a quebra, danificações das mesmas.

Pode ocorrer o risco adicional de incompatibilidade diagnóstica na morfologia de tecido tumoral após a reclassificação das lâminas. A partir da identificação desta incoerência, as situações serão discutidas entre os profissionais envolvidos nas análises histológicas para estabelecimento de um consenso e instituição de medidas apropriadas, incluindo novas formulações diagnósticas e de conduta terapêutica, se aplicável.

Os benefícios do estudo serão indiretos aos participantes, uma vez que contemplarão subsídios para a fomentação de políticas de saúde para a promoção da saúde sexual e reprodutiva do homem, ações de diagnóstico precoce do câncer de pênis e prevenção do câncer de pênis no estado de Mato Grosso. Além disto, terá como benefício o conhecimento das características histopatológicas dos tumores e estabelecerá o perfil do câncer de pênis nos pacientes atendidos no HC-MT na série histórica definida.

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP CEP: 78.065-200
UF: MT Município: CUIABA
Telefone: (65)0613-2306 Fax: (65)0613-2204 E-mail: oep@ses.mt.gov.br

Continuação do Parecer: 3.385.369

Soma-se a estes benefícios o conhecimento das características epidemiológicas estadual Assim, os resultados deste estudo propiciarão o conhecimento da realidade da vigilância do câncer em Mato Grosso corroborando com a melhoria no atendimento e demais procedimentos ao homem acometido por câncer de pênis possibilitando futuras medidas de controle e tratamento mais eficazes, além de fornecer subsídios para a melhoria na política de atenção oncológica.

Espera-se também que os resultados fortaleçam a qualidade diagnóstica do câncer de pênis por meio da reclassificação das lâminas/ blocos de histologia, pontuando a necessidade de investimentos quanto à padronização de técnicas de leitura.

Os resultados poderão subsidiar a programação de capacitação para os profissionais do (HC-MT) quanto ao registro de informações no RHC ente outras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante; encontra-se em coerente apresentação quanto aos cuidados éticos. Na prática os objetos/sujeitos da pesquisa são: i) os prontuários- participantes de todas as etnias/cor, com diagnóstico de câncer de pênis realizado no Hospital de Câncer de Mato Grosso (HC-MT), desde que sua lâmina/bloco de corte histológico esteja em posse do laboratório de patologia do (HC-MT);ii)

registros no RCBP e RHC - todos os participantes com diagnóstico de câncer de pênis notificados em Mato Grosso na série histórica eleita.

iii) lâminas/blocos de histologia- blocos de pacientes em tratamento ou em seguimento no Hospital de Câncer de Mato Grosso (HC-MT).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão em presentes no projeto;exceto por adequação de natureza ortográfica e textual em alguns pontos.

Recomendações:

Recomenda-se que se retire o TCLE destinado aos familiares dos pacientes respectivos dos prontuários e lâminas, haja vista o pedido de dispensa do mesmo aos pacientes, acatado por este comitê, cujas justificativas originam-se do próprio Hospital do Câncer, para assim adequar-se a natureza do estudo, qual seja: estudo observacional transversal retrospectivo (série histórica de 2010 a 2015) descritivo com abordagem quantitativa, com a utilização de fonte de dados primários.

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N

Bairro: Bairro Cophema - ESP

CEP: 78.065-200

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3613-2306

Fax: (65)3613-2204

E-mail: cep@ses.mt.gov.br

**SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT**



Continuação do Parecer: 3.365.369

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- a) Retirar o último parágrafo do subtítulo "Quanto aos riscos do estudo" por inadequar-se a natureza do estudo.
- b) No item critérios de inclusão, último parágrafo, substituir a palavra "inviáveis" pela palavra "viáveis"; ou retirar a expressão "não se encontram", adequando a coerência a intenção da frase.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com as orientações previstas pela resolução do CONEP, é necessário que sejam apresentados os relatórios parciais e, por fim, o relatório final para que este CEP possa continuar acompanhando o projeto aprovado, em sua fase de execução.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	oficiocoordenadoracepunicparateum.pdf	16/04/2019 14:15:09	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	OficioValdeteCEPUnic.pdf	16/04/2019 13:44:50	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	oficiocoordenacaoCEPPARTEdois.pdf	16/04/2019 13:33:40	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	termodeconsentimentilivre esclarecido de am iliar atual.pdf	16/04/2019 13:30:59	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	termodeconsentimentilivre esclarecido.pdf	16/04/2019 13:29:55	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	valdetemarquesamautantiquiera cvplataf ormalattes.docx	21/03/2019 17:59:38	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	DECLARACAOGERAL.pdf	07/03/2019 18:42:23	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	CURRICULUMVITAESIMPLIFICADOFE RNANDO AUGUSTO SOARES.docx	07/03/2019 18:27:27	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	CURRICULUMVALDETESIMPLIFICAD O ATUALIZADO EM 07/03/2019.doc	07/03/2019 18:18:16	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	curriculumvitaesimplificadofernandosoar es.docx	26/02/2019 15:56:52	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Outros	curriculumvaldeteresumido.doc	26/02/2019 15:56:18	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	solicitacaodedispensadetcle.pdf	26/02/2019 15:25:53	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projetcancerdepenis.docx	26/02/2019 11:56:55	Valdete Marques Amaut Antiquiera	Aceito

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Copenhaga - ESP CEP: 78.085-200
UF: MT Município: CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 Fax: (65)3613-2204 E-mail: cep@ses.mt.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DE MATO GROSSO -
SES / MT



Continuação do Parecer: 3.365.369

Investigador	projetcancerdepenis.docx	26/02/2019 11:56:55	Valdete Marques Amaut Antiqueira	Aceito
Outros	OFICIODEAUTORIZACAODASESMTP ARACOLETAEDEDADOS.pdf	26/02/2019 11:38:55	Valdete Marques Amaut Antiqueira	Aceito
Outros	declaracao_de_aluna_regular.pdf	26/02/2019 11:37:50	Valdete Marques Amaut Antiqueira	Aceito
Outros	autorizacaoohcmt.pdf	26/02/2019 11:37:22	Valdete Marques Amaut Antiqueira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CUIABA, 11 de Junho de 2019

Assinado por:
Aristides Januario da Costa Neto
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Adauto Botelho S/N
Bairro: Bairro Cophema - ESP CEP: 78.065-200
UF: MT Município: CUIABA
Telefone: (65)3613-2306 Fax: (65)3613-2204 E-mail: cep@ses.mt.gov.br

Apêndice 1 - Instrumento para a Coleta de Dados do Prontuário

Dados de Prontuário

Identificação do participante (por meio de número)

Cor/etnia () Branca () Amarela () preta () Ignorado () Parda () indígena

Admissão:

Data de nascimento:

Procedência:

Naturalidade:

Profissão/atividade laboral: ----- renda familiar-----

Instrução: () Analfabeto () Fundamental incompleto () I completo () Médio incompleto () completo () Superior incompleto () completo()

Estado civil:() Solteiro () Casado () Separado () Ignorado () Viúvo Vive sozinho ()

Religião: Ateu () Agnóstico() Católico() , Evangélico/ protestante, umbandista,

Orientação sexual: () Hetero () Homo () Bi () Ignorado

Hábitos sexuais: () Parceiro único () Parceiros múltiplos () Ignorado

Coitarca: Zoofilia ()

Doença prévia:() Ferida () Dor() Inflamação () Disúria () Prurido () Sangramento () outros () qual-----

Tempo de ocorrência dos sinais e sintomas e diagnóstico

Queixas relevantes: -----

Antecedentes de IST's: Não () Sim()

Postectomia:() Não () Não referido () Sim () Ao nascimento () Idade adulta () Recente () Ignorado

Fimose: () Sim () Não () Não referido

Tabagismo: () Não () Sim cigarros/ dia; anos; () Ignorado

Etilismo: () Não () Sim

Data da cirurgia: -----

Cirurgia: () Amputação parcial () Amputação total () Exérese da lesão () Postectomia ()

Emasculação () Não descrita Complicações da amputação: () Não

Complicações da amputação: () Não Sim()

() Infecção () Deiscência () Estenose () Hemorragia () Ignorado

Recidiva: () Não () Sim Data //

Local da recidiva: Coto Regional Pulmão Ossos Fígado

Outros

Metástase linfonodal: Sim

Inguinal Inguino-iliaco ignorado

Direito Esquerdo

Esvaziamento linfonodal: Sim Não

Data do esvaziamento: //

Inguinal Inguino-iliaco ignorado

Direito Esquerdo

Complicações da linfadenectomia: Não

Infecção Deiscência Hematoma Necrose Linfedema

Rotura de vasos.

Radioterapia: Sim tempo/ciclos Não

Quimioterapia: Sim tempo/ciclos Não

Data do último seguimento:

Tempo de seguimento -----

Situação do seguimento: Vivo s/doença Vivo c/doença por Câncer de Pênis() ()

Óbito por outras causas sem seguimento.

Estadiamento cT: T1 T2 T3 T4 T5 Tx

Estadiamento cN: N0 N1 N2 N3 N4 Nx

Estadiamento cM: M0 M1 Mx 70

Fonte: Paiva (2010) adaptado para o presente estudo.