

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

MARCO ANTÔNIO COMPER DE SOUZA

**A EPIDEMIOLOGIA DOS PACIENTES COM
CÂNCER DE PÊNIS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO
DE REFERÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA - 2014

MARCO ANTÔNIO COMPER DE SOUZA

**A EPIDEMIOLOGIA DOS PACIENTES COM
CÂNCER DE PÊNIS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO
DE REFERÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO**

Defesa de Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e à Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim.

Coorientadora:

Prof. Dr^a. Eliana Zandonade.

VITÓRIA - 2014

MARCO ANTÔNIO COMPER DE SOUZA

**A EPIDEMIOLOGIA DOS PACIENTES COM
CÂNCER DE PÊNIS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO
DE REFERÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO**

Defesa de Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e à Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Epidemiologia.

Aprovada em 01 de Setembro de 2014

Comissão Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Costa Amorim - Orientadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^ª. Dr^ª. Eliana Zandonade - Coorientadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Luiz Claudio Santos Thuler - Examinador Externo
Instituto Nacional de Câncer

Prof^ª. Dr^ª. Rosane Alves - Examinadora Interna
Universidade Federal do Espírito Santo

VITÓRIA - 2014

de Souza, Marco Antônio Comper

A epidemiologia dos pacientes com câncer de pênis atendidos em um serviço de referência do Espírito Santo/Marco Antônio Comper de Souza ---- Vitória, 2014. 73 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 2014.

Orientadora: Maria Helena Costa Amorim

Coorientadora: Eliana Zandonade

1. Epidemiologia. 2. Câncer de Pênis. 3. Saúde do Homem. 4. Mortalidade. 5. Sobrevida. I. Título.

—:—

Dedico essa Dissertação a minha Família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus pela oportunidade maravilhosa em minha vida, dando-me força, conforto e sabedoria, mostrando que tudo é no seu devido tempo.

Gostaria de agradecer a minha Orientadora Professora Doutora Maria Helena Costa Amorim, pelos inúmeros momentos onde me passou instruções, conhecimentos e experiências. Demonstrando um imenso carinho, amizade e atenção.

Agradeço a Coorientadora Professora Doutora Eliana Zandonade, que ora perto (Vitória/ES), ora longe (Londres) me apoiou, ajudou e também me passou sua experiência, sempre de forma objetiva e sábia.

Agradeço a Professora Doutora Maria Helena Miotto pelas dicas importantes que ajudaram na realização do estudo e por ter aceitado a participar da minha banca de qualificação.

Agradeço a Professora Doutora Rosane Alves que me transmitiu seus ensinamentos há alguns anos na Faculdade de Medicina e agora novamente me dá a honra de compartilhar os seus conhecimentos na banca de defesa.

Agradeço ao Professor Doutor Luiz Claudio Santos Thuler que aceitou a participar da banca de qualificação e defesa trazendo sua riquíssima experiência e sabedoria, acrescentando comentários importantíssimos com muita humildade.

Agradeço ainda ao meu amigo Sérgio Riguete que me incentivou do início ao fim, sempre colaborando intelectualmente; a Polyanna Lobato pelas trocas de conselhos e cumplicidade, a Kátia Viana pela ajuda fundamental no levantamento dos dados, a todos amigos e professores do Mestrado e do Grupo de Estudo de Câncer.

Agradeço a toda minha Família, principalmente ao meu pai (José Alves) e minha mãe (Lúcia) pelo amor e oportunidade de chegar até aqui; a minha esposa (Kamylle) por toda paciência e compreensão, o qual sem seu apoio não teria conseguido; a minha filha (Antônia) e o nosso bebê que está por chegar, por serem o maior presente da

minha vida; ao meu irmão (Glaydston) pelo companheirismo e minhas afilhadas (Rafaela, Layla e Betina) pelo carinho. Tudo valeu a pena!!!

“Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos.”

Provérbios 16:3

RESUMO

Introdução: O câncer de pênis constitui neoplasia rara em países desenvolvidos, contrariamente ao que ocorre em regiões de baixo padrão socioeconômico.

Objetivos: Determinar o perfil sociodemográfico e clínico, associando ao estadiamento clínico e analisar a sobrevida dos pacientes com câncer de pênis em um serviço de referência.

Metodologia: Trata-se de um estudo retrospectivo, de pacientes com diagnóstico de câncer de pênis, cadastrados no banco de dados do SIS-RHC do Hospital Santa Rita de Cássia/Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer, Vitória/ES, no período de 2000 a 2011. Analisou-se 18 variáveis quanto ao perfil sociodemográfico e clínico. Analisou-se os dados através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 18.0. Para as variáveis que apresentaram significância estatística, calculou-se o *odds ratio* bruto e ajustado pelo modelo de regressão logística multivariada. Para estimar-se a sobrevida, utilizou-se o método de *Kaplan-Meier* e comparação das curvas de sobrevida aplicou-se o teste de *Log-Rank*.

Resultados: Dos 108 pacientes, predominou a faixa etária até 60 anos (58,38%). A raça/cor parda mostrou-se a mais comum com 64% dos casos. 43 (54%) homens eram trabalhadores rurais e 64 (59%) do interior do Espírito Santo. Ocupação não rural apresentaram sobrevida média de 42,14 meses ($p = 0,036$). Provenientes da Grande Vitória (36) com sobrevida média de 26,03 meses ($p = 0,004$). Presença de linfonodo (37) possuíram sobrevida média de 30,59 meses ($p = 0,001$). Após análise multivariada, apenas a variável metástase manteve-se estatisticamente significativa (HR = 5,18, IC 95%: 2,42 - 11,09). **Conclusão:** Devem ser reconhecidos aqueles mais susceptíveis, com maior mortalidade e menor sobrevida, para que haja abordagem mais específica. As variáveis que caracterizam esses pacientes devem ser determinadas desde o início do atendimento, de forma a garantir um melhor acesso ao serviço de saúde e um tratamento eficiente.

Palavras Chave: Câncer de Pênis, Análise de Sobrevida, Saúde do Homem, Políticas Públicas, Mortalidade.

ABSTRACT

Introduction: Cancer of the penis is a rare malignant tumor in developed countries, contrary to what occurs in areas of low socioeconomic standard. **Objectives:** Determine the sociodemographic and clinical profile, associating clinical staging and analyze the survival of patients with penile cancer in a referral service. **Methodology:** This is a retrospective study of patients diagnosed with penile cancer who were registered in the Hospital Cancer Registry of the Santa Rita de Cássia Hospital/Education Association Against Cancer, in the city of Vitória, ES, Brazil during the period from 2000 to 2011. Was analyzed 18 variables as sociodemographic and clinical profile. We analyzed the data using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 18.0. For variables that showed statistical significance, we calculated the crude odds ratio and adjusted by multivariate logistic regression model. For estimating survival, we used the Kaplan-Meier method and comparison of survival curves was applied to the log-rank test. **Results:** Of 108 patients, predominant age group up to 60 years (58.38%). The race / mulatto proved the most common with 64% of cases. 43 (54%) were men and 64 rural workers (59%) of the interior of the Holy Spirit. Not rural occupation showed median survival of 42.14 months ($p = 0.036$). From region metropolitan of the Vitória (36) with a mean survival of 26.03 months ($p = 0.004$). Presence of lymph node (37) patients had a mean survival of 30.59 months ($p = 0.001$). After multivariate analysis, metastasis variable remained statistically significant (HR = 5.18, 95% CI: 2.42 to 11.09). **Conclusion:** Should be recognized those more likely with higher mortality and lower survival, so there is more specific approach. The variables that characterize these patients should be determined from the beginning of the service, to ensure better access to health care and effective treatment.

Keywords: Penile Cancer, Survival Analysis, Men's Health, Public Policy, Mortality.

LISTA DE ABREVIATURAS

AFECC - Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer
AJCC - *American Joint Committee on Cancer*
CACON - Centro de Atendimento de Alta Complexidade em Oncologia
CID - Código Internacional de Doenças
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DST - Doença Sexualmente Transmissível
EC - Estadiamento Clínico
EP - Estadiamento Patológico
HPV - Vírus do Papiloma Humano
HR - *Hazard Ratio*
HSRC - Hospital Santa Rita de Cássia
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA - Instituto Nacional do Câncer
LI - Limite inferior
LS - Limite superior
RHC - Registro Hospitalar de Câncer
SEER - *Survival Epidemiology and End Results Program*
SIS - Sistema de Informação em Saúde
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SPSS - Pacote Estatístico para Ciências Sociais
SUS - Sistema Único de Saúde
UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

LISTA DE FIGURAS

Artigo 2

Figura 1.....61

Função de sobrevida acumulada: evento óbito por câncer de pênis atendidos no HSRC, Vitória-ES, no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011.

Figura

2.....64

Curvas de sobrevida dos homens com câncer de pênis atendidos no HSRC no período entre 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011, segundo as variáveis estatisticamente significantes: ocupação (2A), procedência (2B), presença de linfonodo (2C) e metástase (2D).

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1.....43
Perfil sociodemográfico dos pacientes com câncer de pênis atendidos no HSRC de 2000 a 2011

Tabela 2.....45
Perfil clínico dos pacientes com câncer de pênis atendidos no HSRC de 2000 a 2011.

Tabela 3.....46
Concordância entre o estadiamento clínico e patológico dos pacientes com câncer de pênis atendidos no HSRC de 2000 a 2011.

Tabela 4.....48
associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento clínico dos pacientes com câncer de pênis atendidos no HSRC de 2000 a 2011.

Artigo 2

Tabela 1.....63
Análise da sobrevida (*Kaplan-Meier* e teste *Log-Rank*) em homens com câncer de pênis atendidos no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória-ES, no período 2000 a 2011.

Tabela 2.....65
Análise multivariada da sobrevida (*Hazard Ratio* bruto e ajustado pelo modelo de Regressão de Cox) para desfecho morte por câncer de pênis em homens atendidos no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória-ES, no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro 2011.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Ficha do Registro Hospitalar de Câncer com 44 variáveis	83
Anexo B: Ficha do Registro Hospitalar de Câncer com 54 variáveis.....	84
Anexo C: Declaração de liberação do Hospital Santa Rita de Cássia.....	86
Anexo D: Declaração do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.....	87

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	1
2 - OBJETIVOS	7
2.1 - OBJETIVO 1	8
2.2 - OBJETIVO 2	8
3 - METODOLOGIA	9
3.1 - LOCAL DO ESTUDO	10
3.2 - POPULAÇÃO DO ESTUDO	10
3.2 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	10
3.3 - FONTE DE DADOS	11
3.4 - COLETA DE DADOS	11
3.5 - VARIÁVEIS	12
3.5.1 - Faixa Etária	15
3.5.2 - Raça/Cor da Pele	15
3.5.3 - Grau de Instrução	15
3.5.4 - Estado Conjugal	15
3.5.5 - Procedência	15
3.5.6 - Profissão	16
3.5.7 - Origem do encaminhamento	16
3.5.8 - Estadiamento Clínico	16
3.5.9 - Estadiamento Patológico	16
3.5.10 - Diagnóstico e Tratamentos anteriores	17
3.5.11 - Localização do Tumor	17
3.5.12 - Localização das Metástases	17
3.5.13 - Tipo Histopatológico	17
3.5.14 - Tipo de Tratamento	17
3.5.15 - Tempo entre o Diagnóstico e o Tratamento	17
3.5.16 - Tempo entre o Diagnóstico e o Desfecho	18
3.5.17 - Ano do Diagnóstico	18
3.5.18 - Desfecho	18

3.6 - ASPECTOS ÉTICOS	18
3.7 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	19
3.7.1 - Artigo 1	19
3.7.2 - Artigo 2	19
4 - RESULTADOS	21
4.1 - PROPOSTA DO ARTIGO 1	22
4.1.1 - Resumo	22
4.1.2 - Introdução	23
4.1.3 - Metodologia	24
4.1.4 - Resultados	26
4.1.5 - Discussão	33
4.1.6 - Conclusão	36
4.1.7 - Referências	37
4.2 - PROPOSTA DO ARTIGO 2	41
4.2.1 - Resumo	41
4.2.2 - Introdução	42
4.2.3 - Metodologia	43
4.2.4 - Resultados	45
4.2.5 - Discussão	50
4.2.6 - Conclusão	52
4.2.7 - Referências	53
5 - CONCLUSÃO DO ESTUDO	57
6 - REFERÊNCIAS DO ESTUDO	59
APÊNDICE	64
APÊNDICE: FICHA DE COLETA DE DADOS	65
ANEXOS	66
ANEXO A	67
ANEXO B	68
ANEXO C	70
ANEXO D	71

1 - INTRODUÇÃO

O câncer de pênis constitui neoplasia rara em países desenvolvidos, contrariamente ao que ocorre em regiões de baixo padrão socioeconômico. Apresenta incidência de 0,1 a 0,9/100 mil indivíduos na Europa (MICALI, 2006) e de 0,5 a 0,8/100 mil indivíduos nos Estados Unidos (SOLSANO, 2004; BARNHOLTZ-SLOAN, 2007). No Brasil, nas regiões Norte e Nordeste representavam, na década de 1980, 16% dos tumores malignos em homens adultos e era a terceira neoplasia mais frequente do trato urinário, superada apenas pela neoplasia da bexiga e da próstata. Embora esses índices tenham diminuído expressivamente, sua ocorrência ainda é significativamente maior do que nos países desenvolvidos (BRUNINI, 1982; POMPEO, 1993; POMPEO; MENDONÇA, 2005).

No Brasil, a doença representa menos de 2% de todas as neoplasias malignas em homens. No entanto, casos graves aumentam 10% ao ano, segundo dados do Ministério da Saúde. É mais frequente nas regiões Norte e Nordeste, representando o quarto tipo de câncer mais comum, com taxas de 5,7 e 5,3 % respectivamente. Na região Centro-Oeste representa o oitavo tumor mais frequente, mas não está entre as dez neoplasias malignas mais comuns nas regiões Sul e Sudeste (BARROS, 2009).

A etiologia do câncer de pênis é desconhecida. Estudos epidemiológicos mostraram que os principais fatores de risco para seu desenvolvimento incluem a presença de fimose, tabagismo, processos inflamatórios crônicos, baixas condições socioeconômicas e higiene inadequada (MICALI, 2006).

A presença da fimose esta associada de 7 a 10 vezes maior chance de ter câncer de pênis (DALING, 2005; ZEQUI, 2012). Entretanto o esmegma, embora demonstrado ser carcinogênico em modelos animais, não está claro tratar-se de um agente cancerígeno em humanos ou um fator de risco independente para o câncer de pênis (VAN HOWE, 2006).

Em relação ao Vírus Papiloma Humano (HPV), esse provavelmente representa uma via distinta para carcinogênese peniana (HERNANDEZ, 2014), podendo ser identificado em 30 a 50% dos cânceres de pênis (BEZERRA, 2001; CDC, 2012). Sendo os tipos virais 16, 18, 31 e 33 os de maior risco oncogênico (BOSHART, 1984; GROSS, 1993; GIL, 2001; ORNELLAS, 2004), estando o HPV 16 mais comumente

associado ao câncer de pênis (SCHEINER, 2008; HERNANDEZ, 2014). Sua presença varia de acordo com o tipo histológico do tumor, estando presente em 35% no carcinoma escamoso convencional, 47,4% no carcinoma basalóide e 100% no carcinoma “*in situ*” (GROSS, 1993).

Existem ainda outros fatores que estão associados ao aparecimento desta neoplasia no pênis, que são as lesões pré malignas, divididas em: lesões esporadicamente associadas ao carcinoma escamoso de pênis (corno cutâneo do pênis, papulose bowenóide do pênis), lesões de risco intermediário (balanite xerótica obliterante ou líquen escleroatrófico), lesões com alto risco de desenvolvimento de carcinoma peniano, sendo que mais de um terço se transforma em carcinoma invasivo (neoplasia intra-epitelial peniana ou carcinoma “*in situ*”, eritroplasia de Queyrat e doença de Bowen) (PIZZOCARO, 2010).

O tipo histológico mais comum é o carcinoma epidermóide, correspondendo 93% dos casos em uma revisão de 6.539 pacientes com câncer de pênis (GOODMAN, 2007). Podendo ser classificados ainda como basaloide; verrucoso e suas variantes: carcinoma verrucoso (condilomatoso), carcinoma papilar, carcinoma verrucoso híbrido e carcinoma misto (verrucoso basaloide, carcinoma adenobasaloide); sarcomatoide e adenoescamoso (SOLSONA, 2004).

Microscopicamente os carcinomas epidermóides são constituídos de células escamosas, formando tumorações exofídicas ou ulcerados que infiltram em diferentes profundidades os tecidos vizinhos. A graduação histológica é estabelecida de acordo com o grau de atipia celular, o número relato de mitoses e a presença de “pontes” intercelulares, agregados queratínicos e necrose tecidual. Com base nesse princípio essa neoplasia é classificada em três grupos: bem diferenciados, grau I; moderadamente diferenciados, grau II; mal diferenciado, grau III. A probabilidade de metástase linfonodais aumenta com o grau de indiferenciação celular (25% - grau I; 50% - grau II; 80% - grau III) (CUBILLA, 2001; SOLSONA, 2004).

O paciente pode apresentar lesão peniana com mau aspecto e odor, lesão endurecida, plana, superficial, infiltrativa ou exofídica. Dor e sintomas sistêmicos são sintomas incomuns na apresentação inicial, sendo encontrados 70 a 80% de doença restrita ao

pênis (POMPEO, 2005; LYNCH, 2002). Sendo que 48% acometem a glânde; 21% o prepúcio; 9% a glânde e prepúcio; 6% sulco coronal e 2% o corpo do pênis (LIMA, 2008). O envolvimento de linfonodos inguinais é visto em 10 a 30%, e somente em 1 a 3% a apresentação se acompanha de metástases viscerais para os pulmões, fígado ou ossos. O diagnóstico deve ser confirmado por biópsia da lesão. O diagnóstico diferencial se faz com outras lesões penianas com comportamento biológico distinto (LYNCH, 2002; POMPEO, 2005).

O estadiamento tumoral, além de orientar o tratamento, fornece informações quanto à probabilidade de cura e ao prognóstico. O exame físico criterioso pode levantar suspeita sobre infiltração tumoral e metástase inguinal. O achado de linfadenopatia à inspeção e palpação não é conclusivo, visto que na metade dos casos não tem comprometimento tumoral. Por outro lado, 10 a 20% dos que não apresentam linfadenopatia têm doença microscópica linfonodal (POMPEO, 1993; LONT, 2003).

Com intuito de estabelecer um padrão no estadiamento clínico e patológico, onde possam ser comparados os resultados, a classificação do câncer de pênis segue a recomendação do estadiamento TNM indicado pela *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*:

T referente ao tumor primário:

T0: Não há evidência de tumor primário;

Tis: Carcinoma “*in situ*”;

Ta: Carcinoma verrucoso não invasivo;

T1: Tumor que invade o tecido conjuntivo subepitelial;

T2: Tumor que invade corpo esponjoso ou cavernoso;

T3: Tumor que invade uretra ou próstata;

T4: Tumor que invade outras estruturas adjacentes;

N referente a nódulos regionais de linfonodos:

Nx: Os linfonodos regionais não podem ser avaliados;

N0: ausência de metástase em linfonodos regionais;

N1: Metástase em um único linfonodo inguinal;

N2: Metástase em linfonodos inguinais superficiais múltiplos ou

bilaterais;

N3: Metástase linfonodo (s) inguinal (ais) profundo (s) ou pélvico (s) uni/ou bilateral (ais);

M referente a metástases à distância:

Mx: A presença de metástase à distância não pode ser avaliada;

M0: Ausência de metástase à distância;

M1: Metástase à distância;

Estadio

Estadio 0: Tis, N0, M0; Ta, N0, M0;

Estadio I: T1, N0, M0;

Estadio II: T1, N1, M0; T2, N0 ou N1, M0;

Estadio III: T1 ou T2, N2, M0; T3, N0 ou N1 ou N2, M0;

Estadio IV: T4, Qualquer N, M0; Qualquer T, N3, M0; Qualquer T e N, M1.

O tratamento do câncer de pênis deve ser individualizado, baseando-se nas características da lesão primária e no estadiamento. Em casos bem selecionados (Tis, Ta, T1 bem diferenciado) ou nos casos de pacientes que recusam a penectomia, podem-se usar tratamentos mais conservadores, como radioterapia local, *laser* (gás carbônico, argônio e YAG *laser*) microcirurgia de Mohs e crioterapia (LIMA, 2008).

A cirurgia padrão-ouro para o câncer de pênis é a amputação. Quando esta é total, provoca alterações físicas e emocionais importantes para o paciente. As amputações parciais resultam em um excelente controle local das lesões, com baixas taxas de recorrência e manutenção aceitável das funções miccionais e sexual (KORETS, 2007). Emasculação pode ser necessária em casos de tumores muito volumosos, com extensão para o escroto (POMPEO, 2007).

A linfadenectomia inguinal é indicada a pacientes com linfadenopatia inguinal palpável, que persista depois do tratamento da lesão primária, seguida de um curso de antibioticoterapia que dura de quatro a seis semanas e em tumores de alto grau (T2 ou superior) (LIMA, 2008). A cura dos pacientes com infiltração de linfonodos regionais

está significativamente comprometida. Reconhece-se que a extensão do envolvimento linfonodal constitui o fator preditivo mais importante para a sobrevida destes pacientes. Embora exista tendência ao tratamento cirúrgico ou mesmo radioterápico dos linfonodos após a excisão da lesão primária, este tema ainda permanece controverso pela dificuldade em se avaliar clinicamente o envolvimento dos mesmos de maneira não invasiva (POMPEO, 2007).

Em relação à sobrevida, dados do *Surveillance and Epidemiology End Results* apontaram taxa de sobrevida de 85% em mais de 1.000 homens analisados, entre 1988 e 2001, com câncer confinado ao pênis (estágio I e II). Quando o tumor envolvia tecidos próximos ou gânglios linfáticos (estágio III e alguns estágio IV), passou-se para cerca de 59%. Aqueles com metástase à distância a sobrevida foi de 11% (CANCER.ORG, 2014).

2 – OBJETIVOS

2.1 - OBJETIVO 1

Determinar o perfil sociodemográfico e clínico associando com o estadiamento inicial dos pacientes com diagnóstico de câncer de pênis atendidos no Hospital Santa Rita de Cássia, em Vitória-ES, no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011.

2.2 - OBJETIVO 2

Determinar sobrevida dos pacientes com câncer de pênis atendidos no Hospital Santa Rita de Cássia, em Vitória-ES, no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011.

3 - METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, onde analisou-se dados secundários, dos pacientes com diagnóstico de câncer de pênis cadastrados no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), cuja a mantenedora é a Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC), durante o período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011.

O primeiro estudo trata-se de um estudo observacional, descritivo de natureza transversal, descrevendo de maneira pontual a distribuição das características dos pacientes estudados. O segundo estudo trata-se de um estudo de análise de sobrevivência, com utilização de dados secundários.

3.1 - LOCAL DO ESTUDO

Realizou-se o estudo no Hospital Santa Rita de Cássia, um hospital de caráter geral, particular e filantrópico para o atendimento oncológico; o qual se constitui de um Centro de Atendimento de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), conforme estabelecido pela portaria número 741 de 19 de dezembro de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

3.2 - POPULAÇÃO DO ESTUDO

Pacientes com diagnóstico de câncer de pênis no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011 e que foram atendidos no Hospital Santa Rita de Cássia.

3.2 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Incluiu-se no estudo os casos de homens com câncer de pênis, comprovado por histopatológico, que tenham recebido atendimento no Hospital e incluídos no Sistema de Informação em Saúde – Registro Hospitalar de Câncer (SIS-RHC) no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011.

3.3 - FONTE DE DADOS

Utilizou-se a Ficha de Registro de Tumor e o prontuário médico dos homens com diagnóstico de câncer de pênis atendidos no HRSC no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011 registrados no SIS-RHC do HSRC/AFECC. Obteve-se os dados sobre a mortalidade e sua causa básica a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

3.4 - COLETA DE DADOS

Adquiriu-se do banco de dados do Sistema de Informação em Saúde do Registro de Câncer (SIS-RHC) do HSRC/AFECC. Os casos de neoplasia maligna são cadastrados no sistema hospitalar por meio de Fichas de Registro de Tumor que contemplam dados provenientes dos prontuários e declarações de óbitos. As Fichas do ano de 2000 a 2009 possuem 44 variáveis e as de 2010 em diante 54 variáveis (ANEXO A e B). Consultou-se os prontuários com o objetivo de coletar dados não contemplados na Ficha de Registro de Tumor ou que possam ser anotados após o registro do caso no sistema hospitalar, situação que ocorre anualmente quando completa-se um ano ou mais de seguimento. Para tal utilizou-se uma ficha própria de coleta de dados (APÊNDICE).

Utilizou-se o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Espírito Santo, dos anos de 2000 a 2012, com o objetivo de identificar os casos com desfecho (óbito). A base de dados compõe-se pelas declarações de óbitos coletadas pela Secretaria Estadual de Saúde, com o objetivo de oferecer aos gestores de saúde, pesquisadores e entidades da sociedade informações da maior relevância para a definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças (BRASIL, 2011).

Considerou-se atribuídas ao câncer de pênis as situações nas quais tenha sido especificada a causa básica de morte como C60, segundo a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças, aprovada no ano de 1989 e tendo a sua última atualização no ano de 2008, mantendo o CID C60 correspondente ao câncer de pênis (BRASIL, 2011).

Para a verificação dos óbitos, relacionou-se o banco de dados do RHC do HSRC/AFECC dos pacientes tratados no Hospital e observados neste trabalho com o banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade de forma manual dos anos de 2000 a 2011.

A análise dos prontuários e coleta dos dados foi feita pelo pesquisador, que participou do Curso de Registrador Hospitalar de Câncer, ministrado pela própria instituição (HSRC/AFECC), em junho de 2011.

3.5 - VARIÁVEIS

Analisou-se 18 variáveis que estão descritas no Quadro 1. As variáveis sociodemográficas: faixa etária, raça/cor da pele, grau de instrução, estado conjugal, procedência, profissão e origem do encaminhamento. As variáveis relacionadas ao diagnóstico e tratamento: estadiamento clínico e patológico, diagnóstico e tratamentos anteriores, localização do tumor, tipo histológico, presença de metástases, tratamentos e associações de modalidades. As variáveis temporais e desfecho: tempo entre o diagnóstico e o tratamento, tempo entre diagnóstico e desfecho, ano da primeira consulta e o desfecho.

Quadro 1 – Categorização das variáveis utilizadas no estudo (continua).

Grupos	Variável	Categoria
Fatores sociodemográficos	Faixa etária	Menos de 31 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos 51 a 60 anos 61 a 70 anos 71 anos ou mais
	Raça/cor da pele	Branca Preta Amarela Parda Indígena Sem informação
	Grau de instrução	Analfabeto Ensino fundamental Ensino médio Ensino superior Sem informação
	Estado conjugal	Casado Solteiro Divorciado Viúvo Sem informação
	Procedência	Grande Vitória Interior do ES Outros estados
	Profissão	Metalúrgico, Trabalhador rural Motorista Porteiro Comerciante Pescador Trabalhador da construção civil Mecânico
	Origem do encaminhamento	SUS Não SUS

Variáveis relacionadas	Estadiamento clínico	I II
------------------------	----------------------	---------

as ao diagnóstico e tratamento		III IV
	Estadiamento patológico	I II III IV
	Diagnóstico e tratamentos anteriores	Sem diagnóstico e sem tratamento Com diagnóstico e sem tratamento Com diagnóstico e com tratamento Outros Sem informação
	Localização do tumor	Glande Prepúcio Não especificado
	Localização das metástases	Código Classificação Internacional de Doenças
	Tipo Histológico	Carcinoma de células escamosas Carcinoma verrucoso
	Tipo de tratamento	Nenhum Postectomia Penectomia parcial Penectomia total Emasculação Radioterapia Quimioterapia Linfadenectomia Superficial à Direita Linfadenectomia Superficial à Esquerda Linfadenectomia Superficial Bilateral Linfadenectomia Profunda Bilateral Outro
	Tempo entre o diagnóstico e o tratamento	Meses
	Tempo entre o diagnóstico e o desfecho	Meses
Variáveis temporais e de desfecho	Ano da 1ª consulta	2000 a 2011
	Desfecho	Óbito por câncer de pênis Óbito por outras causas Não óbito

Abaixo, seguem as descrições das variáveis:

3.5.1 - Faixa Etária

As categorias etárias estabeleceram-se conforme a idade do paciente no momento do diagnóstico. Calculou-se pela diferença entre a data do nascimento e a data do diagnóstico

3.5.2 - Raça/Cor da Pele

Utilizou-se a categorização estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por se constituir a classificação empregada nas pesquisas nacionais sobre a população.

3.5.3 - Grau de Instrução

As categorias adotadas pelo INCA dividem-se em: analfabeto, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau completo, nível superior, sem informação. Neste estudo, optou-se por adaptar as categorias citadas à classificação estabelecida pela Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (BRASIL, 1996). Desta forma, utilizou-se a seguinte divisão: analfabeto, nível fundamental incompleto, nível fundamental completo, nível médio completo, nível superior e sem informação.

3.5.4 - Estado Conjugal

Indica, no momento do diagnóstico, a situação do paciente em relação ao matrimônio ou sociedade conjugal: solteiro, casado, divorciado ou viúvo. (IBGE, 2014).

3.5.5 - Procedência

Refere-se ao endereço permanente e respeita o Código de localidades do IBGE. Mesmo em pacientes provenientes de outras cidades que se encontram instaladas na cidade onde se localiza o hospital, deve-se informar o endereço de origem, visto a

possibilidade de a instituição necessitar contatar o paciente para seu acompanhamento (segmento).

3.5.6 - Profissão

Classificou-se as 08 profissões mais comuns no momento do diagnóstico: trabalhador rural, metalúrgico, motorista, porteiro, comerciante, pescador, construção civil, mecânico.

3.5.7 - Origem do encaminhamento

Refere-se à origem do encaminhamento dos pacientes, entrando no serviço vindo do SUS ou da rede privada.

3.5.8 - Estadiamento Clínico

O preenchimento desta variável é proveniente da Ficha de Registro de Tumores e seguirá o Sistema TNM de classificação de tumores. Classificou-se a partir da revisão de todos os prontuários pelo pesquisador, baseado nos resultados dos exames iniciais disponíveis como o exame físico, radiografias de tórax, do esqueleto axial e apendicular, cintilografias ósseas, ultrassonografias abdominais e da região inguinal bilateral, tomografias computadorizadas e ressonância magnética de abdome e pelve.

3.5.9 - Estadiamento Patológico

Analisou-se através do resultado do histopatológico, para os casos que possuíam, seguindo o Sistema TNM de classificação de tumores, junto com a revisão de todos os prontuários pelo pesquisador, baseado nos resultados dos exames como radiografias de tórax, do esqueleto axial e apendicular, cintilografias ósseas, ultrassonografias abdominais e da região inguinal bilateral, tomografias computadorizadas e ressonância magnética de abdome e pelve.

3.5.10 - Diagnóstico e Tratamentos anteriores

Esta variável permitiu avaliar a situação do hospital no que diz respeito ao seu funcionamento como centro de referência ou unidade de diagnóstico.

3.5.11 - Localização do Tumor

Relaciona-se a localização primária do tumor no pênis, podendo ser encontrado na glândula, no prepúcio, no sulco coronal e no corpo do pênis (LIMA, 2008).

3.5.12 - Localização das Metástases

Classificou-se em: inexistente, existente em uma localidade e existente em duas ou mais localidades.

3.5.13 - Tipo Histopatológico

Caracteriza-se pelo resultado do laudo de histopatológico encontrado após análise em laboratório de patologia por exame macroscópico e microscópico.

3.5.14 - Tipo de Tratamento

Consultou-se nos prontuários as modalidades de tratamento realizadas nos pacientes no hospital ou em outra instituição. As modalidades foram categorizadas em: postectomia, penectomia parcial, penectomia total, emasculação, radioterapia, quimioterapia, linfadenectomia superficial bilateral, linfadenectomia profunda bilateral, nenhum e outro tratamento.

3.5.15 - Tempo entre o Diagnóstico e o Tratamento

Tempo decorrido entre a data do diagnóstico do tumor e o início do tratamento.

3.5.16 - Tempo entre o Diagnóstico e o Desfecho

Tempo decorrido entre a data do diagnóstico do tumor e o desfecho, que é considerado como óbito ou a última data de consulta do paciente, 31 de dezembro de 2012.

3.5.17 - Ano do Diagnóstico

Refere-se ao ano em que o paciente recebeu a confirmação histopatológica do diagnóstico de câncer de pênis.

3.5.18 - Desfecho

Refere-se à situação do paciente após dois anos de seguimento, a contar da data do diagnóstico. As categorias são: óbito por câncer de pênis, óbito por outras causas e não óbito (vivos).

As variáveis que correlacionaram ao fator de proteção: postectomia e aos fatores de riscos: fimose, tabagismo, balanopostite crônica, higiene inadequada, infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV), líquen escleroatrófico, corno cutâneo, balanite ceratótica, balanite xerótica obliterante (líquen escleroso) e leucoplaquia, não foram utilizadas devido a sua baixíssima não completude.

3.6 - ASPECTOS ÉTICOS

Encaminhou-se previamente o projeto ao Centro de Ensino e Pesquisa do Hospital Santa Rita de Cássia sendo aprovado (ANEXO C). Posteriormente o projeto foi, via Plataforma Brasil, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012, sob o nº 25962513.3.0000.5060 em 28 de maio de 2014 (ANEXO D).

3.7 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

3.7.1 - Artigo 1

Organizou-se os dados no programa *Microsoft Office Excell 2007* for Windows e analisou-se através do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 18.0. Analisou-se os dados através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. Realizou-se uma análise descritiva univariada da totalidade dos dados obtidos para conhecer o padrão de distribuição dos homens atendidos com câncer de pênis no HSRC/AFECC.

Aplicou-se testes qui-quadrado de associação do estadiamento com as seguintes variáveis: idade, cor da pele, grau de instrução, estado conjugal, procedência, profissão, renda, postectomia, fimose, tabagismo, balanopostite crônica, higiene inadequada, infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV), líquen escleroatrófico, corno cutâneo, balanite ceratótica, balanite xerótica obliterante (líquen escleroso), leucoplaquia, origem do encaminhamento, diagnóstico, tratamentos anteriores. Calculou-se os *odds ratios* brutos e ajustados pelo modelo de regressão logística para todas as variáveis que apresentaram p-valor menor que 5%.

3.7.2 - Artigo 2

Classificou-se os pacientes em óbito e não óbito, subdividindo a variável óbito em óbito por câncer de pênis e óbito por outras causas, avaliando-se a mortalidade e calculando-se os percentuais das variáveis qualitativas nos grupos considerados. Utilizou-se o teste qui-quadrado de associação. Para as variáveis quantitativas, foram calculadas as médias, medianas e desvios-padrão. Para as variáveis do estudo que apresentaram significância estatística, considerando o nível de significância de 0,05, sendo calculado o *odds ratio* bruto e ajustado pelo modelo de regressão logística multivariada.

Para calcular a sobrevida empregou-se o método de *Kaplan-Meier* (ARMITAGE, 1987), no qual foram estimadas curvas agrupando os pacientes segundo as variáveis escolhidas para o estudo. Neste modelo, as probabilidades de óbito e sobrevida são

calculadas no tempo específico em que ocorre o óbito, fornecendo proporções de sobrevivência exatas (TRAPP, 2001).

Para a comparação das curvas de sobrevivência, utilizou-se o teste de *Log Rank*, com significância de 5%. Neste método, compara-se o número de óbitos observados em cada grupo com o número de mortes esperadas com base no número de óbito dos dois grupos combinados (TRAPP, 2001).

Calculou-se a influência das variáveis pela regressão múltipla de Cox. Esse modelo examina o tempo decorrido desde o primeiro evento do indivíduo e as observações sobre as variáveis dependentes (TRAPP, 2001). Para análise estatística utilizou-se o SPSS – Pacote Estatístico para Ciências Sociais – 18.0.

4 – RESULTADOS

4.1 - PROPOSTA DO ARTIGO 1

Perfil sociodemográfico, clínico de pacientes com câncer de pênis e sua associação com o estadiamento clínico.

4.1.1 - Resumo

Introdução: O câncer de pênis é uma doença agressiva e as vezes mutilante, que pode trazer transtornos psicológicos graves aos pacientes, acarretando consequências em sua masculinidade. Ocorre com mais frequência em indivíduos não circuncidados, portadores de fimose e com condições de higiene e nutrição inadequada. **Objetivo:** Determinar o perfil sociodemográfico e clínico associando com o estadiamento clínico dos pacientes com diagnóstico de câncer de pênis atendidos em um hospital de referência estadual, em Vitória/ES. **Metodologia:** Trata-se de um estudo analítico de dados secundários, descritivo de natureza transversal em 108 pacientes com câncer de pênis, cadastrados no Registro Hospitalar de Câncer, do Hospital Santa Rita de Cássia, Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer, situado em Vitória/ES, no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011. Utilizou-se a Ficha de Registro de Tumor, o prontuário médico e o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Espírito Santo, dos anos de 2000 a 2012, com o objetivo de identificar os casos com desfecho (óbito). **Resultados:** O câncer de pênis foi mais observada nos pacientes trabalhadores rurais (54%) e naqueles que não possuíam nenhum grau de instrução (19%) ou possuíam ensino fundamental incompleto (49%). Encontrou-se associação entre as variáveis faixa etária e desfecho com o estadiamento. Dos pacientes que apresentavam estadiamento precoce, 58,38% apresentaram até 60 anos. Para aqueles com estadiamento tardio 4,38% possuíam 60 anos ou mais de idade. Para variável óbito 91% dos pacientes com estadiamento tardio foram a óbito. **Conclusão:** Após análise do banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer de um hospital de referência em oncologia, encontrou-se que o perfil dos pacientes desta referida instituição eram de trabalhadores da área rural, com baixa escolaridade. Observou-se ainda que na população estudada aquela que apresentou o maior risco de estadiamento tardio foi a com idade até 60 anos, cabendo principalmente nesse grupo de pacientes políticas públicas eficazes para prevenção e tratamento do câncer de pênis.

Descritores: Câncer de pênis. Epidemiologia. Estadiamento.

4.1.2 - Introdução

O câncer de pênis é uma doença agressiva e as vezes mutilante, que pode trazer transtornos psicológicos graves aos pacientes, acarretando consequências em sua masculinidade. Esse tipo de neoplasia acomete principalmente pessoas com baixo poder econômico, sendo rara em países desenvolvidos, como Estados Unidos, países da Europa e outros países industrializados. Entretanto é observado com mais frequência naqueles que ainda estão em desenvolvimento, tais como países da África, Ásia e América do Sul, podendo representar entre 10% a 20% de todos os tumores malignos em homens¹. No Brasil representa 2% dos tumores malignos no sexo masculino².

Existe uma maior prevalência naqueles com mais idade³, sendo a idade mais comum aos 60 anos, apesar de ser observado em indivíduos com menos de 40 anos^{4,5}. Estudos epidemiológicos mostram que esse tumor ocorre com mais frequência em indivíduos não circuncidados, portadores de fimose e com condições de higiene e nutrição inadequada^{6,7}.

Constata-se que associado a esses fatores de risco, grande parte dos pacientes procuram o serviço de saúde em estadios avançados⁸, justificando a alta mortalidade dessa doença. O tempo entre o início dos sintomas e a procura de assistência médica é variável, em média de 8 meses, podendo chegar a 12 meses ou mais⁹.

A neoplasia maligna do pênis desenvolve-se sob a forma de lesão exofídica ou ulcerada que pode tornar-se invasiva. A disseminação se faz predominantemente por via linfática para os linfonodos inguinais, pélvicos e para-aórticos. O comprometimento visceral é raro, assim como metástase por via hematogênica¹⁰. A progressão da lesão é lenta e os pacientes não tratados morrem em geral por complicações regionais, como infecção inguinal, sepse, necrose e hemorragia secundária à erosão de vasos femorais^{11,12}.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi determinar o perfil sociodemográfico e clínico associando com o estadiamento inicial dos homens com câncer de pênis atendidos em um hospital de referência estadual.

4.1.3 - Metodologia

Trata-se de um estudo analítico de dados secundários, composta por 108 pacientes com câncer de pênis, cadastrados no Registro Hospitalar de Câncer, do Hospital Santa Rita de Cássia, Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer, situado em Vitória/ES, no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011.

Adotou-se como critérios de inclusão no estudo, homens diagnosticados com câncer de pênis, comprovado após anatomopatológico, que tenham sido atendidos no hospital e incluídos no Sistema de Informação em Saúde – Registro Hospitalar de Câncer (SIS-RHC) no referido período.

A obtenção dos dados ocorreu através da Ficha de Registro de Tumor e o prontuário médico dos homens com diagnóstico de câncer de pênis atendidos no HRSC/AFECC e registrados no SIS-RHC. Analisou-se as variáveis faixa etária, raça/cor da pele, grau de instrução, estado conjugal, procedência, profissão, origem do encaminhamento, estadiamento clínico e patológico, diagnóstico e tratamentos anteriores, localização do tumor primário, presença de metástases, tipos histológicos, tratamentos e associações de modalidades de tratamento, tempo entre o diagnóstico e o tratamento, tempo entre diagnóstico e o desfecho, ano da 1ª consulta e desfecho.

Atribuí-se ao câncer de pênis às situações nas quais tenha sido especificada a causa básica de morte como C60, segundo a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID), aprovada no ano de 1989 e tendo a sua última atualização no ano de 2008, mantendo o CID C60 correspondente ao câncer de pênis¹³.

Variáveis que correlacionam ao fator de proteção: postectomia e aos fatores de riscos: fimose, balanopostite crônica, higiene inadequada, infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV), líquen escleroatrófico, corno cutâneo, balanite ceratótica, balanite xerótica obliterante (líquen escleroso) e leucoplaquia, não foram utilizadas devido ao baixíssimo percentual de não completude, menos que 5%. A variável fator de risco tabagismo apresentou completude 37%, também não sendo utilizada.

Os dados foram incluídos numa planilha do programa *Microsoft Office Excell 2007 for Windows* e posteriormente analisadas no Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 18.0. Calculou-se o percentual das variáveis qualitativas, estudou-se a concordância entre os estadiamento clínico e patológico pelo teste *Kappa e McNemar* e mediu-se a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o estadiamento clínico pelo teste qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%.

Submeteu-se e foi aprovada a pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012, sob o nº 25962513.3.0000.5060 em 28 de maio de 2014.

4.1.4 - Resultados

A amostra foi composta por 108 pacientes com câncer de pênis atendidos no período de 2000 a 2011 no HSRC/AFECC.

A neoplasia maligna do pênis foi mais observada no grupo de pacientes com a faixa etária até 60 anos, sendo 65 pacientes (60,19%) e 43 pacientes com 61 anos ou mais (39,81%). A idade mínima foi de 23 anos e a idade máxima de 86 anos, tendo como idade média 56,4 anos (desvio padrão 15,9). A raça/cor parda mostrou-se a mais comum com 68 casos (63%), seguida de 32 casos (30%) pela raça/cor branca, 4 casos (4%) pela raça/cor preta e 2 casos (3%) pelos indígenas.

Referente a educação escolar 20 pacientes (19%) não possuíam nenhum grau de instrução, 53 pacientes (49%) possuíam ensino fundamental incompleto, 15 pacientes (14%) com fundamental completo e 9 pacientes (8%) com nível médio. Considerando-se o estado conjugal destes homens 62% eram casados, sendo 25% solteiros e 12% separados/viúvos.

Percebeu-se que 43 homens do estudo eram trabalhadores rurais compondo 54% da amostra. A segunda ocupação foi a de profissionais da construção civil com 16%, seguida pelos motoristas com 9%.

Quanto a procedência, 64 pacientes eram do interior do Estado, representando 59% da amostra, 39 pacientes eram da Grande Vitória e 6 pacientes eram de outros estados. A grande maioria da origem do encaminhamento foi via SUS, com 77% dos casos, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos pacientes com câncer de pênis atendidos no HSRC de 2000 a 2011

Variável	Categoria	N	%
Faixa etária	Até 60 anos	65	60,19%
	61 ou mais	43	39,81%
Raça/cor de pele	Branca	32	30%
	Preta	4	4%
	Parda	68	63%
	Indígena	2	2%
	Sem informação	2	2%
Grau de instrução	Nenhuma	20	19%
	Fundamental incompleto	53	49%
	Fundamental completo	15	14%
	Nível médio	9	8%
	Sem informação	11	10%
Estado conjugal	Solteiro	27	25%
	Casado	67	62%
	Separado, viúvo	13	12%
	Sem informação	1	1%
Profissão	Trabalhador rural	43	54%
	Trabalhador da construção civil	13	16%
	Motorista	7	9%
	Comerciante	6	8%
	Porteiro	5	6%
	Pescador	2	3%
	Mecânico	2	3%
	Metalúrgico	1	1%
Procedência	Grande vitória	39	36%
	Interior do Estado	64	58%
	Outros estados	6	6%
Origem do encaminhamento	Sus	77	71%
	Não sus	22	20%
	Sem informação	9	8%

O estadio clínico na fase inicial constatou-se como o mais encontrado, ao diagnóstico, com 70 (65%) indivíduos no estadio clínico I, 27 (25%) indivíduos no estadio II, 4 (4%) indivíduos no estadio III e 7 (6%) indivíduos no estadio IV. O estadio patológico na fase inicial também averiguou-se como o mais encontrado, porém com uma diminuição no estadio I para 47 (47%) indivíduos; aumento do estadio II para 28 (26%) indivíduos e estadio III para 10 (9%) indivíduos; e diminuição do estadio IV para 4 (4%) indivíduos. Dois pacientes apresentaram estadio 0, devido ao achado no histopatológico de carcinoma “*in situ*”.

Referente a entrada destes pacientes no serviço do HSRC, 52 pacientes apresentavam-se com diagnóstico e sem tratamento, correspondendo a 48% dos casos avaliados. Aqueles sem diagnóstico e sem tratamento apareceram 31% das vezes e os homens com diagnóstico e com tratamento 21%.

Para localização do tumor 75% não foram especificados, seguido de 18% localizado na glândula, 4% no prepúcio.

Observou-se que 98% dos casos eram carcinoma de células escamosas e 2% carcinoma verrucoso. Para as metástases as mais comuns foram as para linfonodos com 36 casos (33%), acompanhadas com 6 casos (6%) para escroto, 4 (4%) para pulmão e 1 (1%) para pele, conforme encontrado na Tabela 2. observou-se também, em relação ao desfecho, 56 (51,9%) óbitos por causa do câncer de pênis.

Tabela 2: Perfil clínico dos pacientes com câncer de pênis atendidos no HSRC de 2000 a 2011

Variável	Categoria	N	%
Estadio clínico	I	70	65%
	II	27	25%
	III	4	4%
	IV	7	6%
Estadio patológico	0	2	2%
	I	47	44%
	II	28	26%
	III	10	9%
	IV	4	4%
	Sem informação	17	16%
Diagnóstico anterior	SEM diagnóstico e SEM tratamento	33	31%
	COM diagnóstico e SEM tratamento	52	48%
	COM diagnóstico e COM tratamento	23	21%
Tipo histológico	Carcinoma verrucoso	2	2%
	Carcinoma de células escamosas	106	98%
Localização primária do tumor	C60.0 - Neoplasia maligna do prepúcio	4	4%
	C60.1 - Neoplasia maligna da glândula	20	19%
	C60.2 - Neoplasia maligna do corpo do pênis	1	1%
	C60.8 - Neoplasia maligna do pênis com lesão invasiva	2	2%
	C60.9 - Neoplasia maligna do pênis, não especificado	81	75%

Realizou-se concordância do estadiamento clínico com o estadiamento patológico, em 91 pacientes da amostra, posto que 17 pacientes não apresentavam histopatológico. Observou-se que 60 pacientes possuíam estadio clínico I, após o estadiamento patológico 45 pacientes permaneceram com estadio I, 13 pacientes passaram para estadio II e 2 pacientes para estadio 0. Em relação ao estadio II, 15 pacientes apresentavam o mesmo estadio clínico e patológico, entretanto 6 pacientes passaram para o estadio III e 2 para o estadio I. Para os estadio III e IV ambos tiveram 04 pacientes que não diferenciaram após estadiamento patológico, conforme demonstrado Tabela 3. O coeficiente *Kappa* foi igual a 0,5624; $p = 0,001$, que indica a concordância moderada entre os dois critérios de estadiamento. O teste do *McNemar* indica para os pacientes com estadiamento clínico e patológico diferentes, que o estadiamento patológico é estatisticamente mais avançado que o estadiamento clínico ($p = 0,001$).

Tabela 3: Concordância entre o estadiamento clínico e patológico dos pacientes com câncer de pênis atendidos no HSRC de 2000 a 2011

Estadio clínico	Estadio patológico					Total
	0	I	II	III	IV	
0	0	0	0	0	0	0
I	2	45	13	0	0	60
II	0	2	15	6	0	23
III	0	0	0	4	0	4
IV	0	0	0	0	4	4
Total	2	47	28	10	4	91

Kappa = 0,5624; $p = 0,001$

McNemar, $p = 0,001$

O tempo médio em meses entre a data do diagnóstico e a data do primeiro tratamento foi de 2,5 meses, com desvio padrão de 3,1 meses. O tempo mínimo foi de 0 meses, onde 25 pacientes (24,5%) foram tratados no mês do diagnóstico e o tempo máximo foi de 21 meses. O tempo mediano foi de 2 meses (50% dos pacientes foram tratados até o segundo mês). 90,2% da amostra foi tratada antes de 6 meses do diagnóstico.

A maioria dos pacientes realizaram o primeiro tratamento pela Urologia (65%), sendo também a especialidade mais comum de entrada (69%) no serviço do HSRC. E ainda 69% dos pacientes se submeteram a algum tipo de tratamento cirúrgico. Em relação

ao tipo de tratamento submetido a Penectomia parcial foi o procedimento cirúrgico mais realizado (63%).

Realizou-se associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento precoce e tardio, o que observa-se na tabela 4. Não encontrou-se associação entre essas variáveis e os estadiamentos, exceto para a variável faixa etária ($p=0,028$) e desfecho ($p=0,006$). Dos pacientes que apresentavam estadiamento precoce, 58,38% apresentaram até 60 anos. Para aqueles com estadiamento tardio 4,38% possuíam 61 anos ou mais. Para variável óbito 91% dos pacientes com estadiamento tardio foram a óbito.

Tabela 4: Associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com o estadiamento precoce e tardio nos pacientes com câncer de pênis atendidos no HSRC de 2000 a 2011.

Variável	Categoria	Precoce (1 e 2)		Tardio (3 e 4)		p
		N	%	N	%	
Faixa etária	até 60 anos	55	58,38%	10	6,62%	0,028
	61 anos e mais	42	38,62%	1	4,38%	
Raça/cor de pele	branca	27	28%	5	50%	0,152
	não branca	69	72%	5	50%	
Instrução	0 a 7 anos de estudo	66	75%	7	78%	0,854
	8 anos e mais	22	25%	2	22%	
Profissão	rural	38	39%	5	45%	0,687
	não rural	59	61%	6	55%	
Procedência	grande Vitória	34	35%	5	45%	0,605
	interior do ES	57	59%	6	55%	
	outros estados	6	6%	0	0%	
Estado conjugal	solteiro	24	25%	3	30%	0,926
	casado	61	63%	6	60%	
	separado, viúvo	12	12%	1	10%	
Origem do encaminhamento	sus	69	77%	8	89%	0,4
	não sus	21	23%	1	11%	
Diagnóstico anterior	SEM diagnóstico e SEM tratamento	29	30%	4	36%	0,707
	COM diagnóstico e SEM tratamento	48	49%	4	36%	
	COM diagnóstico e COM tratamento	20	21%	3	27%	
Desfecho	óbito	46	47%	10	91%	0,006
	não óbito	51	53%	1	9%	

4.1.5 - Discussão

O câncer de pênis é uma neoplasia maligna considerada rara, entretanto o Brasil apresenta uma das maiores casuísticas no cenário mundial, 2,9 - 6,8/100.000 habitantes¹⁴, com número de mortos de 363 em 2010², podendo essa estatística estar subnotificada. Ocorre ainda uma variação entre as regiões do país, sendo 5,7% das neoplasias malignas no Nordeste; 5,3% no Norte; 3,8% no Centro-Oeste; 1,4% no Sudeste e 1,2% no Sul¹⁴. Diante de tal frequência o presente estudo faz uma análise dos pacientes com câncer de pênis, traçando o seu perfil epidemiológico junto ao estadiamento clínico. Onde se observa, diferença da literatura, cuja faixa etária mais comum de acometimento é acima dos 70 anos^{9,14,15,16}.

O baixo grau de escolaridade encontrado nos pacientes deste estudo reforça o argumento de que este fator contribui como risco^{17,18}. Entre as profissões mencionadas pelos pacientes neste estudo foram os trabalhadores rurais a mais encontrada, sendo o mesmo observado em um estudo no estado da Bahia¹⁷. Ressalta-se que também foram declaradas as profissões da construção civil, motorista, porteiro, comerciante, pescadores, mecânicos e metalúrgico.

No último censo do IBGE de 2010 a população de pessoas pardas no Espírito Santo foi de 48,6%, representando a maioria da população, seguido de 42,2% de brancos e 8,4% de negros²⁹. No estudo também foi observado uma maioria de indivíduos com raça/cor da pele não branca. Diferente deste, um estudo epidemiológico realizado no Brasil, apontou que o maior número de casos eram em indivíduos da raça/cor da pele branca¹⁹. Nos Estados Unidos um estudo apontou uma maior incidência em indivíduos de raça hispânica (6,58 por milhão), seguido de negros (4,02 por milhão), após observação de 6.539 casos²⁰. Por conseguinte existem dados limitados na literatura científica que possa preponderar entre as varias raças, sugerindo não ser um fator de risco¹⁴.

No presente estudo percebeu-se que a maioria dos homens eram casados ou possuíam união consensual estável, assim como em outro estudo observou-se que a maioria dos óbitos ocorreram em pacientes casados¹⁸. Chamando a atenção para esse grupo de pacientes que podem está apresentando uma falsa impressão que não possuem

doenças sexualmente transmissíveis ou algum outro fator de risco, já que são casados.

Outro fator importante observado foi que a maioria dos indivíduos entraram no serviço de saúde do HSRC via SUS (Sistema Único de Saúde), possivelmente devido ao fato que esses pacientes são de baixa renda e não possuem plano de saúde. Vale ressaltar ainda que a maior incidência apresentada por este estudo, assim como outros estudos^{15,18}, foi observada naqueles procedentes do interior, podendo está relacionado a maior exposição aos fatores de risco (fimose, tabaco, DST, higiene inadequada) e menor acesso a informação sobre medidas de prevenção.

A maioria dos pacientes apresentaram carcinoma de células escamosas e estadiamento clínico I ou II, sendo o mesmo observado em outro estudo²⁰. Contudo após análise do histopatológico dos pacientes com estadio clínico I, alguns destes migraram para estadio patológico II, demonstrando um dado subestimado pelo estadiamento clínico. Este aspecto implica diretamente no evoluir da doença, já que no estadio II ocorre uma invasão aos corpos cavernosos e esponjosos pelo tumor, sendo considerado fator importante ao desenvolvimento de metástase linfonodais em 61% a 75% dos casos^{21,22}.

A invasão linfática é o principal fator prognóstico no carcinoma do pênis^{23,24,25}, o que ocorreu em alguns casos deste estudo, confirmado por histopatológico. Aqueles casos de pacientes com linfonodos palpáveis e não examinados histologicamente não foram considerados. Semelhantemente foi encontrado em outro estudo onde 20% a 30% dos casos de câncer de pênis apresentam metástase linfonodais²⁶. Esta bem estabelecido que estadio avançado está fortemente correlacionado com grau de invasão e da probabilidade de metástases regionais e sistêmicos, sugerindo pior prognóstico para esses pacientes¹⁴.

Notou-se que dos pacientes encaminhados ao HSRC, a maioria tinham o primeiro atendimento realizado pelo serviço de urologia, seguido por número menor pelo serviço de radiologia e oncologia clínica, o que pode justificar apenas a presença no prontuário da biópsia incisional em alguns casos. Já que para realização de tratamento radioterápico e/ou quimioterápico é necessário apenas o diagnóstico patológico.

O tratamento do câncer de pênis consiste na abordagem da lesão primária e quando

necessário das regiões inguinais, sendo o padrão-ouro a amputação, quando esta é parcial resulta em um excelente controle local das lesões²⁷. Após levantamento dos dados foram observado que a maioria dos pacientes foram submetidos a Penectomia, porcentagem próxima ao encontrado em outro estudo com 86,6% dos casos¹⁸. Outra intervenção realizada foi a linfadenectomia, sendo indicado um menor número de casos em relação ao observado em um estudo com 230 pacientes com câncer de pênis realizado no Rio de Janeiro, onde 67,4% dos pacientes foram submetidos ao procedimento bilateralmente³⁰. A literatura mostra que o emprego de linfadenectomia inguinais e pélvicas apresentam inúmeras controvérsias relacionadas a sua indicação, extensão e momento oportuno da sua realização^{26,28}. Esses dados podem corresponder a um atraso no diagnóstico e tratamento, provavelmente devido as condições socioeconômicas nesses pacientes.

4.1.6 - Conclusão

A importância de ter uma atenção sobre os pacientes com câncer de pênis é notória, pois ocorre principalmente em uma parcela carente da população. Além de poder levar a alterações físicas e psicológicas irreparáveis, causando impacto direto em sua qualidade de vida. Essa parte da população vive uma iniquidade que se faz presente rotineiramente, sem políticas públicas eficazes, capazes de prevenir o aparecimento de uma moléstia tão agressiva. A necessidade da compreensão do perfil dos pacientes com câncer de pênis possibilita um melhor planejamento de ações em saúde.

Para ajudar no maior conhecimento desse perfil este estudo analisou o banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer de um hospital referência em oncologia, concluindo que o perfil dos pacientes desta referida instituição eram de trabalhadores da área rural e com baixa escolaridade. Observou-se ainda que na população estudada aquela que apresentava o maior risco de estadiamento tardio era a com idade até 60 anos, cabendo principalmente nesse grupo de pacientes medidas preventivas, como o uso de preservativos, a higiene adequada e a possibilidade de circuncisão.

Os achados corroboram para uma necessidade de estratégias mais contundentes, onde possa educar, principalmente essa população exposta. Devendo ser criada ainda uma estrutura no SUS que possa absorver de forma efetiva aqueles com diagnóstico desse tumor. Diretrizes na Política de Atenção a Saúde do Homem mais concretas devem ser estimuladas para o tema, afim de proporcionar uma melhor qualidade na saúde do homem.

4.1.7 - Referências

- 1 – Ornellas AA. Management of penile cancer. J Surg Oncol. 2008 Mar 1;97(3):199-200.
- 2 – Brasil. Instituto Nacional do Câncer.
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/penis>
- 3 - Brenda Y. Hernandez, Jill Barnholtz-Sloan, Robert R. German, Anna Giuliano, Marc T. Goodman, Jessica B. King, Serban Negoita, Jose M. Villalon-Gomez. Burden of Invasive Squamous Cell Carcinoma of the Penis in the United States, 1998–2003. Cancer. 2008 November 15; 113 (10 Suppl): 2883–2891.
- 4 - Association of Urology guidelines. BJU International 2006, 98: 526–531.
- 5 - Luciano A. Favorito, Aguinaldo C. Nardi, Mario Ronalsa, Stenio C. Zequi, Francisco J. B. Sampaio, Sidney Glina. Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. Int Braz J Urol. 2008 Oct; 34(5): 587–593.
- 6 - Pompeo AC, et al. Carcinoma epidermóide do pênis. Algoritmos em Uro-oncologia. 2007;225.
- 7 - Micali G, Nasca MR, Innocenzi D, Schwartz RA. Penile cancer. J Am Acad Dermatol. 2006;54:369-91.
- 8 - Neveu RC, et al. Experiencia de 10 años em el manejo Del câncer de pene, Instituto Nacional Del Câncer (1997-2006). Rev. Chilena de Cirugia, v.60, n.2, p.103-107, 2008.
- 9 - Narayama AS, et al. Carcinoma of the penis, analysis of 219 cases. Cancer, v.15, n.10, may, p. 2185-2191. 1982.
- 10 - CoBEU (Comitê Brasileiro de Estudos em Uro-oncologia). Carcinoma do Pênis. 2007. Cap 8;299.

11 - Lynch BF, et al. Tumor of the penis. In: Walsh PC, et al. Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia, Saunders, 2002:2945-82.

12 - Horenblas S, et al. Squamous cell carcinoma of the penis. III. Treatment of regional lymph nodes. J Urol. 1993;149(3):492-7.

13 - Brasil. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>

14 - Glina S, et al. Epidemiologic Study on Penile Cancer in Brazil. International Braz J Urol Vol. 34 (5): 587-593, September - October, 2008

15 - Fonseca AG, et al. Estudo epidemiológico do câncer de pênis no Estado do Pará, Brasil. Rev. Pan-Amaz. Saúde, v.1, n.2, p.85-90, 2010.

16 - Mosconi AM, et al. Cancer de penis. Criticals Rewies In Oncology/Hematology, vol. 53, n.2, feb, p. 165-177. 2005.

17 - Barbosa Junior AA, et al. Câncer de pênis: estudo da sua patologia geográfica no Estado da Bahia, Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, vol. 8, n. 6, 1984.

18 - Barros EN, et al. Câncer de pênis: perfil sociodemográfico e respostas emocionais à penectomia em pacientes atendidos no Serviço de Psicologia do Hospital de Câncer de Pernambuco. Rev. SBPH v. 12 n. 1 Rio de Janeiro jun. 2009

19 - Favorito LA, et al. Epidemiologic Study on Penile Cancer in Brazil. Int Braz. J.Urol., v. 34, p.587-593, 2008.

20 - Goodman MT, et al. Demographic and pathologic Differences in the incidence of invasive penile câncer in the United States, 1995-2003. Cancer Epidemiology Biomarkers Prev. September 2007, 16;1833.

21 - Solsona E, Algaba F, Horenblas S, Pizzocaro G, Windahl T. EAU Guidelines on Penile Cancer. Eur Urol 2004;46(1):1-8.

22 - McDougal WS. Carcinoma of the penis: improved survival by early regional lymphadenectomy based on the histological grade and depth of invasion of primary lesions. J Urol 1995; 154(4): 1364-6.

23 - Ornellas AA, et al. Surgical treatment of invasive squamous cell carcinoma of the penis: Brazilian National Cancer Institute long-term experience. J Surg Oncol. 2008 May 1; 97(6): 487-495

24 - Pandey D, et al. Prognostic factors in node-positive carcinoma of the penis. J Surg Oncol. 2006 February 1; 93(2): 133-138.

25 - Marconnet L, et al. Long-term followup of penile carcinoma with high risk for lymph node invasion treated with inguinal lymphadenectomy. J Urol. 2010 June; 183(6): 2227-2232.

26 - Pompeo AC, et al. Extended linphadenectomy in penile cancer. Cn J Urol 2005;12(Suppl 1):30-6.

27 - Hassan E, Carvalhal GF. Câncer de Pênis. In: Rhoden EL, et al. Urologia no consultório. São Paulo, Ed. Artmed. 2009. P 651-662.

28 - Machado T, et al. Video endoscopic inguinal linphadenectomy (VEIL): initial case report and comparison with open radical procedure. Arch Esp Urol. 2006;59:849-52.

29 - Brasil. IBGE 2010:

http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2011/11/a_gazeta/minuto_a_minuto/102838_8-diminui-o-numero-de-pessoas-brancas-no-espírito-santo.html

30 - Koifman L, Vides JA, Koifman N, Carvalho JP, Ornellas AA. Epidemiological aspects of penile cancer in Rio de Janeiro: evaluation of 230 cases. *International Braz J Urol* 2011, vol. 37 (2) 231-243.

4.2 - PROPOSTA DO ARTIGO 2

Análise da sobrevida dos pacientes com câncer de pênis em um hospital de referência em oncologia.

4.2.1 - Resumo

Introdução: O Câncer de pênis é uma neoplasia rara em países desenvolvidos, entretanto aparece com maior frequência em países em desenvolvimento. **Objetivo:** Determinar a sobrevida dos pacientes com câncer de pênis atendidos em um hospital de referência estadual em oncologia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de análise de sobrevida, com dados secundários, de 108 casos de pacientes com câncer de pênis que receberam tratamento no Hospital Santa Rita de Cássia - HSRC/Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer - Afec, Vitória/ES, no período de 2000 a 2011. Utilizou-se como fonte de dados a Ficha de Registro de Tumor e o prontuário. Usou-se o método de *Kaplan-Meier* para cálculo de sobrevida. Para a comparação das curvas de sobrevida, empregou-se o teste de *Log Rank*. Aplicou-se o modelo *Forward Stepwise (Likelihood Ratio)* para entrada das variáveis no modelo de Regressão de Cox. **Resultados:** Os pacientes com ocupação rural (39) apresentaram sobrevida média de 75,02 meses, superior ao grupo com ocupação não rural (61) de 42,14 meses ($p = 0,036$). Provenientes da Grande Vitória (36) com sobrevida média de 26,03 meses e aqueles vindo do interior do Estado do Espírito Santo/outros Estados com 71,41 meses ($p = 0,004$). Presença de linfonodo (37) possuíram sobrevida média de 30,59 meses e ausência de linfonodo comprometido 75,83 meses ($p = 0,001$). Após análise multivariada, apenas a variável metástase manteve-se estatisticamente significativa (HR = 5,18, IC 95%: 2,42 - 11,09). **Discussão:** O resultado da sobrevida neste estudo é compatível com a sobrevida dos casos mais avançado encontrado na literatura. Após análise de sobrevida pelo método de *Kaplan-Meier* e aplicação do teste de *Log-Rank* as variáveis que apresentaram significância estatística foram ocupação, procedência, presença de linfonodo e metástase. Verificou-se após análise multivariada, que apenas a variável metástase manteve-se estatisticamente significativa (HR = 5,18; IC 95%: 2,42 - 11,09). **Conclusão:** Portanto este estudo mostra sobrevida pior em trabalhadores não rurais, proveniente da Grande Vitória, com presença de linfonodo acometido e metástase. Torna-se necessário campanhas educativas, diagnóstico precoce e tratamento na fase inicial eficiente em indivíduos com essas características a fim de aumentar a sobrevida.

Descritores: Câncer de pênis. Análise de sobrevivência. Políticas de saúde.

4.2.2 - Introdução

O câncer de pênis possui uma incidência diversificada pelo mundo, constituindo uma neoplasia rara em países desenvolvidos, menos de 1% dos cânceres em homens^{1,2}. Contudo em países em desenvolvimento aparece com maior frequência^{1,3,4}, apresentando relação de 3,32/100.000 habitantes na Índia⁴ e 2,9 a 6,8/100.000 habitantes no Brasil⁵, principalmente em regiões com poder socioeconômico desfavorecido, como no Norte e Nordeste do Brasil, onde é cinco vezes mais prevalente, que o resto do país⁶.

A referida neoplasia possui também alta mortalidade⁷, variando entre 26,7 a 41%⁸. Esse índice é elevado devido a demora pela procura do tratamento, que ocorre em média um ano após os primeiros sintomas^{9,10,11}. A sua progressão em pacientes não tratados leva ao óbito na maioria dos casos em dois anos¹², por complicações locais decorrentes do crescimento tumoral nas áreas de disseminação linfática, como necrose, sepse, caquexia e hemorragia por erosão dos vasos femorais¹³.

Essa disseminação linfática é o principal fator prognóstico no câncer de pênis¹⁴, embora existam outros fatores que influenciam na sobrevida dessa doença, como estadió local avançado, invasão perineural, localização e tamanho do tumor, padrão de crescimento e alto grau histológico¹⁵. A sobrevida em cinco anos para pacientes sem metástase linfonodal é de 65 a 90%. Para aqueles com comprometimento de linfonodos inguinal, isso diminui para 30 a 50% e quando há invasão de linfonodos ilíacos chega menos de 20%¹⁶.

Diante do exposto sentiu-se a necessidade de se realizar um estudo com objetivo de determinar a sobrevida dos pacientes com câncer de pênis atendidos em um hospital de referência estadual em oncologia.

4.2.3 - Metodologia

Trata-se de um estudo de análise de sobrevivência, com utilização de dados secundários. A população do estudo foi composta de 108 casos de pacientes com diagnóstico de câncer de pênis que receberam tratamento no Hospital Santa Rita de Cássia - HSRC/Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer - Afecc, situado em Vitória/ES, no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011. Excluíram-se do estudo oito homens, por terem menos de seis meses de acompanhamento, totalizando 100 casos.

Coletou-se os dados da pesquisa no setor de Registro Hospitalar de Câncer do HSRC/Afecc, instituição de referência no tratamento de câncer, sendo um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), instituído pela Portaria do Ministério da Saúde número 741, de 19 de dezembro de 2005.

Utilizou-se como fonte de dados a Ficha de Registro de Tumor e o prontuário dos homens com diagnóstico de câncer de pênis atendidos no HSRC, registrados no Sistema de Informação em Saúde, SIS-RHC do hospital. A partir desses dados puderam-se definir as variáveis sociodemográficas e clínicas (faixa etária, raça/cor da pele, grau de instrução, ocupação, procedência, estado conjugal, origem do encaminhamento, diagnóstico anterior, estadiamento, presença de invasão de linfonodo e metástase).

Outras variáveis relacionadas aos fatores de riscos (fimose, tabagismo, balanopostite crônica, higiene inadequada, infecção pelo HPV, líquen escleroatrófico, corno cutâneo, balanite ceratótica, balanite xerótica obliterante, leucoplaquia)^{3,17} não foram utilizadas no estudo, devido a baixíssima completude dos dados.

Identificou-se os casos com desfecho (óbito) e sua causa básica a partir do SIM do Espírito Santo dos anos de 2000 a 2012. Sendo definido como causa básica de óbito por câncer de pênis aqueles com CID C60, conforme a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID), aprovada no ano de 1989 e atualizada em 2008, mantendo-se o CID C60.

Verificou-se os óbitos, relacionou-se o banco de dados dos pacientes tratados no hospital e observados neste estudo com o banco de dados do SIM dos anos de 2000 a 2012. Utilizou-se as variáveis nome do paciente, data de nascimento e nome da mãe para a comparação entre os bancos.

Calculou-se o tempo de sobrevida em meses, iniciando na data do diagnóstico por meio de histopatológico até o óbito por causa básica de câncer de pênis, como o evento de interesse, ou óbito por outras causas, considerado como censura. Para os não óbitos, utilizou-se como data final a última consulta registrada no prontuário ou de algum procedimento realizado no hospital.

Organizou-se os dados no programa *Microsoft Office Excell 2007 for Windows*. Para se estimar a sobrevida, aplicou-se o método do produto de *Kaplan-Meier*. Para a comparação das curvas de sobrevida, empregou-se o teste de *Log Rank*, com significância de 5%. Utilizou-se como evento de interesse a morte por câncer de pênis. Calculou-se a influência das variáveis pela regressão múltipla de Cox. Para análise estatística utilizou-se o *Social Package Statistical Science (SPSS)* versão 18.0.

Aplicou-se o modelo *Forward Stepwise (Likelihood Ratio)* para a escolha das variáveis após testar outros métodos de entrada de variáveis no modelo de Regressão de Cox, sendo este o que apresentou os melhores resultados. O método *Forward Stepwise* consiste na entrada de cada variável individualmente no modelo, observando-se a significância e descartando-se as variáveis não significantes. O nível de significância para as variáveis entrarem na regressão de Cox foi de 20% e o nível de significância final, de 5%.

Esta pesquisa encontra-se em consonância com as determinações éticas previstas na Resolução n.º 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sendo submetida e aprovada, via Plataforma Brasil, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob o número 25962513.3.0000.5060.

4.2.4 - Resultados

A amostra constituiu-se por 100 casos de homens com diagnóstico de câncer de pênis, admitidos durante o período de 11 anos. Ao término do estudo 39 (39%) pacientes evoluíram para óbito por câncer de pênis, 17 (17%) pacientes faleceram de outras causas e 44 (44%) pacientes encontravam-se vivos. O tempo de sobrevida mediano foi de 49 meses, o que significa óbito de 50% da amostra nesse período. A Figura 1 apresenta a curva de sobrevida acumulada, calculada pelo método de *Kaplan-Meier* para o desfecho óbito por câncer de pênis. Onde observa-se na linha das abscissas a sobrevida acumulada e na linha das ordenadas o tempo entre o diagnóstico e o desfecho (meses). O tempo médio de sobrevida foi de 57,79 meses (IC 95%: 46,3 - 69,29).

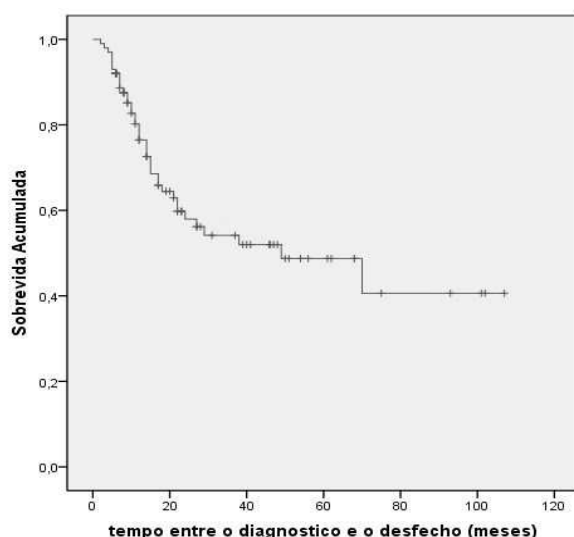


Figura 1 - Função de sobrevida acumulada: evento óbito por câncer de pênis atendidos no HSRC, Vitória-ES, no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011.

A Tabela 1 apresenta descrição do tempo de sobrevida de acordo com as variáveis independentes de interesse. As Figuras 2A, 2B, 2C, 2D demonstram as curvas de *Kaplan-Meier*, observando-se o tempo médio de sobrevida entre as categorias das variáveis que apresentaram resultados com significância estatística da Tabela 1, (ocupação, procedência, presença de linfonodo e metástase).

O grupo de 39 pacientes com ocupação rural apresentaram tempo médio de sobrevida de 75,02 meses, superior ao grupo de 61 pacientes com ocupação não rural onde observou-se 42,14 meses ($p = 0,036$) (Figura 2A).

Constatou-se para variável procedência considerável diferença na sobrevida, sendo aqueles provenientes da Grande Vitória (36 pacientes) com sobrevida de 26,031 meses e aqueles vindo do interior do Estado do Espírito Santo e outros Estados 71,418 meses ($p = 0,004$) (Figura 2B).

Em relação a invasão linfonodal, 37 pacientes apresentaram comprometimento de linfonodo com sobrevida de 30,59 meses e os 63 sem presença de linfonodo possuíram sobrevida de 75,83 meses ($p = 0,001$) (Figura 2C). Em 41 pacientes com presença de metástase a sobrevida foi de 28,77 meses e naqueles com presença de metástase a sobrevida foi de 83,07 meses ($p = 0,001$) (Figura 2D).

Os resultados do teste *Log-Rank* mostraram que as variáveis raça/cor da pele, grau de instrução, estado conjugal, origem do encaminhamento e diagnóstico anterior não apresentaram significância estatística.

Tabela 1: Análise da sobrevida (*Kaplan-Meier* e teste *Log-Rank*) em homens com câncer de pênis atendidos no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória-ES, no período 2000 a 2011.

Variável	Categoria	N	Óbitos	Tempo sobrevida (meses)			log-rank P
				Médiana	LI 95%	LS 95%	
Total		100	39	57,79	46,3	69,29	-
Faixa etária	Até 40 anos	18	12	40,12	19,52	60,71	0,066
	41 até 60 anos	42	18	54,91	39,2	70,62	
	61 anos ou mais	40	9	59,43	41,08	77,77	
Raça/cor da pele	Branca	29	12	31,75	23,21	40,29	0,385
	Não branca	69	26	61,8	48,63	74,96	
Grau de instrução	0 a 7 anos de estudo	67	24	58,86	44,44	73,28	0,805
	8 anos ou mais	23	11	52,32	32,61	72,03	
Ocupação	Rural	39	10	75,02	58,53	91,51	0,036
	Não rural	61	29	42,14	30,59	53,69	
Procedência	Grande Vitória	36	21	26,03	19,3	32,76	0,004
	Interior do ES e outros	64	18	71,42	57,58	85,25	
Estado conjugal	Solteiro	25	11	47,62	27,16	68,08	0,278
	Casado, união estável	62	25	58,44	44,57	72,32	
	Separado, viúvo	12	3	48,29	36,15	60,42	
Origem do encaminhamento	SUS	70	30	52,93	40,64	65,22	0,165
	Não SUS	21	5	76,62	54,06	99,18	
Diagnóstico anterior	SEM diagnóstico e SEM tratamento	30	11	57,38	38,9	75,87	0,49
	COM diagnóstico e SEM tratamento	48	18	63,19	48,09	78,3	
	COM diagnóstico e COM tratamento	22	10	36,65	14,45	58,84	
Estadiamento	Estadio I ou II	89	32	61,11	48,91	73,32	0,084
	Estadio III ou IV	11	7	21,96	12,82	31,09	
Linfonodo	Sim	37	24	30,59	20,98	40,2	0,001
	Não	63	15	75,83	62,41	89,25	
Metástase	Sim	41	28	28,77	20,21	37,32	0,001
	Não	59	11	83,07	70,44	95,7	

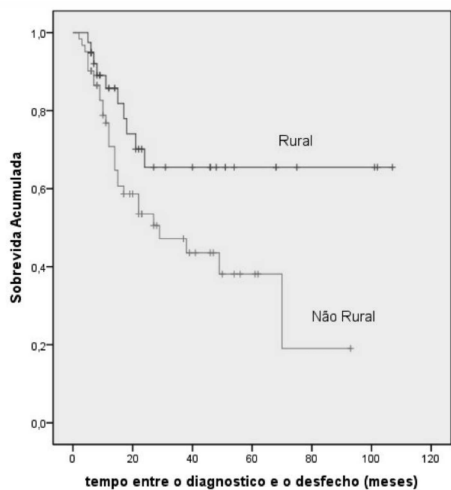


Figura 2A

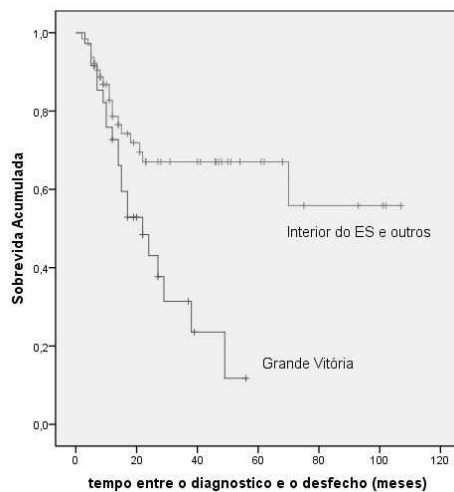


Figura 2B

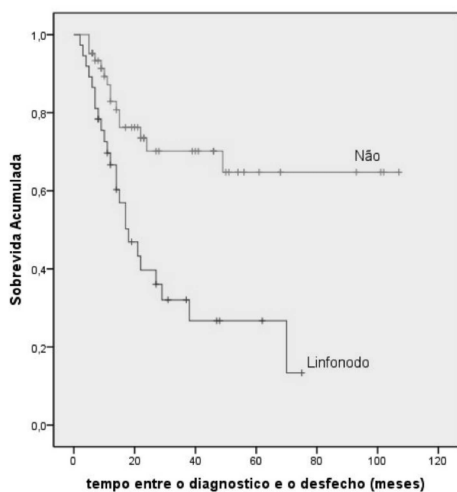


Figura 2C

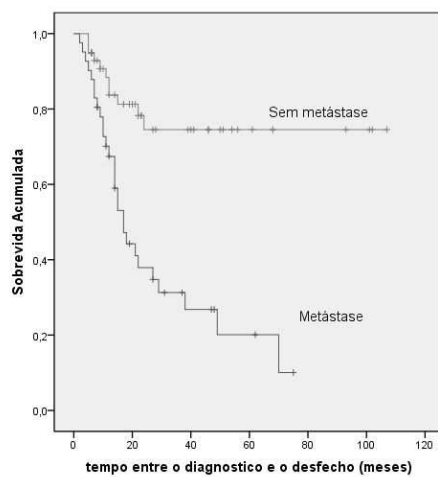


Figura 2D

Figura 2: Curvas de sobrevida dos homens com câncer de pênis atendidos no HSRC no período entre 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011, segundo as variáveis estatisticamente significantes: ocupação (2A), procedência(2B), presença de linfonodo (2C) e metástase (2D).

A Tabela 2 apresenta os valores dos *Hazards Ratios* (HR) bruto e ajustado pelo modelo de Regressão de Cox. Considerou-se referência as categorias de variáveis que apresentaram valor igual a 1. Verificou-se após análise multivariada, que apenas a variável metástase manteve-se estatisticamente significativa (HR = 5,18; IC 95%: 2,42 - 11,09).

Tabela 2: Análise multivariada da sobrevida (*Hazard Ratio* bruto e ajustado pelo modelo de Regressão de Cox) para desfecho morte por câncer de pênis em homens atendidos no Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória-ES, no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro 2011.

Variável	Categori a	<i>Hazard ratio</i> bruto				<i>Hazart ratio</i> ajustado Cox(a)			
		p	estimativ a	LI	LS	p	estimativ a	LI	LS
Faixa etária	Até 40 anos	0,026	2,68	1,12	6,38	0,211			
	41 até 60 anos	0,273	1,57	0,7	3,49	0,441			
	61 anos ou mais		1						
Ocupação	Rural		1						
	Não rural	0,042	2,11	1,03	4,35	0,1			
Procedên- cia	Grande Vitória	0,006	2,49	1,3	4,75	0,052			
	Interior do ES e outros		1						
Origem do encaminhamento	SUS	0,176	1,92	0,75	4,97	0,742			
	Não SUS		1						
Estadia- mento	Estadio I/II		1						
	Estadio III/IV	0,094	2,04	0,89	4,68	0,33			
Linfonodo	Sim	0,001	3,08	1,61	5,88	0,59			
	Não		1						
Metástase	Sim	0,001	4,12	2,05	8,3	0,001	5,18	2,42	11,09
	Não		1				1		

Utilizou-se 91% dos dados na análise

(a) Método *Forward Stepwise (Likelihood Ratio)* para escolha das variáveis.

4.2.5 - Discussão

Este estudo apresenta dados referentes a sobrevida dos pacientes com câncer de pênis, notando-se um número escasso de estudos sobre o tema, após revisão de literatura levantada. Não sendo observado estudo que correlacionasse câncer de pênis e ocupação ou procedência.

Apesar de ser considerado um câncer raro, observou-se um número considerável de pacientes acometidos, com sobrevida global da amostra em estudo compatível com a sobrevida dos casos mais avançados encontrados na literatura^{18,19}. Outro estudo também apontou uma mortalidade semelhante (38%) e uma baixa taxa de sobrevida global (38 meses)²⁰. Nota-se que a maioria dos pacientes deste estudo eram de estadios I e II, diagnosticados em uma fase não tardia da doença, o que mostra um bom acesso dos pacientes nesses estadios ao HSRC.

A disseminação do câncer de pênis ocorre principalmente por via linfática, para linfonodos superficiais e posteriormente para linfonodos profundos. A disseminação para linfonodos pélvicos e a distância ocorre mais em casos avançados, assim como a disseminação hematogênica²¹. Na amostra do presente estudo encontrou-se um *Hazard Ratio* (HR) bruto para desfecho óbito por câncer de pênis aumentado para aqueles com invasão linfonodal. Outros estudos encontraram HR ajustado aumentado para pacientes com linfonodo positivo de 2,45 ($p = 0,001$)²² e 3,0 ($p < 0,01$)¹⁷. Corroborando portanto que pacientes com linfonodos positivos possuem pior prognóstico¹⁷.

Observou-se após análise multivariada de sobrevida que a variável metástase foi a única que manteve-se estatisticamente significativa na amostra em estudo. Em análise semelhante um estudo Holandês também apresentou metástase como fator de risco para óbito, sendo identificado HR de 2,6 ($p = 0,01$; IC 95%: 1,3 - 5,4)¹⁷.

Destaca-se assim como a faixa etária, as variáveis raça/cor da pele, grau de instrução, estado conjugal, origem do encaminhamento e diagnóstico anterior, não apresentaram significância estatística, podendo está relacionado ao número de casos da amostra. Observa-se ainda uma limitação do presente estudo sobre estimativas de sobrevida

para câncer de pênis, assim como a maioria dos estudos publicados, pois baseiam-se em um pequeno número de casos de registros hospitalares, que podem ser afetados por viés de seleção devido a padrões de tratamento e encaminhamento^{23,24}.

Após análise dos dados do Registro Hospitalar de Câncer do HSRC/Afecc e dos prontuários clínicos, observou-se diversas variáveis relacionadas ao câncer de pênis pouco mencionadas, ou até mesmo não relatadas, como fimose, tabagismo e HPV, entre outras. Chama atenção para a não valorização de fatores de riscos importantes, que ajudariam no maior conhecimento da amostra em estudo.

O maior entendimento daqueles com o acometimento dessa doença ajudaria no direcionamento das políticas públicas eficazes no combate ao câncer de pênis. A proposta para execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é trazer uma melhora na qualidade da saúde do homem, com conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção²⁵. Orientando a população com cuidados na higiene íntima, na transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, na vacinação para o vírus HPV, desestimulando o tabagismo, disponibilizando a postectomia para aqueles com fimose, o ensinamento para percepção de lesão suspeita e possibilitando atendimento médico especializado de acordo com a demanda. Evitando assim o aparecimento de uma doença cujo sequelas psicológicas podem ser irreparáveis, proporcionando um tratamento o mais precoce possível e eficiente.

4.2.6 - Conclusão

O câncer de pênis no Brasil atinge mais comumente pessoas de baixa condição socioeconômicas e baixo grau de escolaridade²⁶. Tornando necessário campanhas educativas e preventivas direcionadas a essa população. Contudo devido aos resultados deste estudo que mostram sobrevida pior em trabalhadores não rurais, proveniente da Grande Vitória, com presença de linfonodo acometido e metástase, acreditamos ser necessário também diagnóstico precoce e tratamento na fase inicial afim de aumentar a sobrevida. Devendo-se ainda estimular a melhor completude dos dados para entendimento da população atendida com essa neoplasia.

4.2.7 - Referências

1 - Barnholtz-Sloan JS, Maldonado JL, Pow-sang J, Giuliano AR. Incidence trends in primary malignant penile cancer. *Urol Oncol* 2007; 25:361.

2 - Hernandez BY, Barnholtz-Sloan J, German RR, et al. Burden of invasive squamous cell carcinoma of the penis in the United States, 1998-2003. *Cancer* 2008; 113:2883.

3 - Micali G, Nasca MR, Innocenzi D, Schwartz RA. Penile cancer. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:369-91.

4 - Solsona E, Algaba F, Horenblas S, Pizzocaro G, Windahl T. EAU Guidelines on Penile Cancer. *Eur Urol* 2004;46(1):1-27.

- Burgers JK, Badalament RA, Drago JR: Penile cancer. Clinical presentation, diagnosis, and staging. *Urol Clin North Am.* 1992; 19: 247-56.

6 - Fonseca Aluizio Gonçalves da, Pinto José Augusto Silva de Araújo, Marques Márcio Carmona, Drosdoski Fábio Santos, Fonseca Neto Luis Otávio Ribeiro da. Estudo epidemiológico do câncer de pênis no Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* [periódico na Internet]. 2010 Jun [citado 2014 Fev 17] ; 1(2): 85-90. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232010000200010&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S2176-62232010000200010>.

7 - Spiess PE. New treatment guidelines for penile cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 2013, 11(5S), 659-662.

8 - Rippentrop JM, Joslyn SA, Konety BR. Squamous cell carcinoma of the penis: evaluation of data from the surveillance, epidemiology and end results program. *Cancer.* 2004;101:1357-63.

- 9 - Soto Delgado M., Arredondo Martínez F., Pedrero Márquez G., Basquero González B., Zurera Cosano A., Linares Armada R.. Cancer of the penis: A review of 18 cases. *Actas Urol Esp* [serial on the Internet]. 2003 Dec [cited 2014 Feb 17]; 27(10): 797-802. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021048062003001000006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4321/S0210-48062003001000006>.
- 10 - Santos Arrontes Daniel, Fernández Arjona Manuel, Castro Barbosa Fernando de, Begara Morillas Francisco, Cortés Aránguez Ignacio. Análisis epidemiológico del carcinoma epidermoide de pene en un área sanitaria de 90,000 habitantes. *Arch. Esp. Urol.* [revista en la Internet]. 2005 Nov [citado 2014 Feb 17]; 58(9): 898-902. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000406142005000900006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0004-06142005000900006>.
- 11 - Neveu CR, Bórquez MP, Trujillo LC, Fernández RR, Buchholtz F. Experiencia de 10 años en el manejo del cáncer de pene, Instituto Nacional del Cáncer (1997-2006). *Rev Chil Cir* [revista en la Internet]. 2008 Abr [citado 2014 Feb 17]; 60(2): 103-107. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071840262008000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262008000200004>.
- 12 - Curtis AP, Donald FL, John W. Tumors of the Penis. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA. *Campbell – Walsh Urology*. 9th ed. Philadelphia: Saunders; 2007. p. 967.
- 13 - Lima SVC, Pontes FA, Lima RS. Tumor de Pênis. In: Netto Jr. NR. *Urologia Prática*. 5ª ed. São Paulo: Roca; 2008. p. 313.
- 14 - Novara G, Galfano A, De Marco V, Artibani W, Ficarra V. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the penis. *Nat Clin Pract Urol*. 2007 Mar;4(3):140-6
- 15 - High CRP values predict poor survival in patients with penile cancer. Steffens S, Al Ghazal A, Steinestel J, Lehmann R, Wegener G, Schnoeller TJ, Cronauer MV,

Jentzmik F, Schrader M, Kuczyk MA, Schrader AJ. BMC Cancer. 2013 May 3;13:223. doi: 10.1186/1471-2407-13-223.

16 - Presti JC. Genital Tumors. In: Tanagho EA, MaAninch JW. Smith's General Urology. 17ª ed. Califórnia: McGraw Hill; 2008. p386.

17 - Hassan E, Carvalhal GF. Câncer de Pênis. In: Rhoden EL, et al. Urologia no consultório. São Paulo, Ed. Artmed. 2009. P 650-662.

18 - Graafland, N. M., Verhoeven, R. H.A., Coebergh, J.-W. W. and Horenblas, S. (2011), Incidence trends and survival of penile squamous cell carcinoma in the Netherlands. Int. J. Cancer, 128: 426–432. doi: 10.1002/ijc.25355

19 - American Cancer Society. Survival rates for penile câncer [Internet]. EUA; 12/06/2013. [acesso em 2014 fev 16]. Disponível em:
<http://www.cancer.org/cancer/penilecancer/detailedguide/penile-cancer-survival-rates>

20 - Morrison BF, B Hanchard, Graham RP, Reid ME. Penile cancer in jamaicans managed at the university hospital of the West Indies. West Indian med. j. [periódico na Internet]. 2011 Out [citado 2014 Abr 02] ; 60(5): 525-530. Disponível em:
http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0043-31442011000500005&lng=pt.

21 - Pompeo ACL. Linfadenectomia inguinal estadiada em câncer do pênis: avaliação prospectiva de 50 pacientes [Tese de Livre Docência]. São Paulo:Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;1993. 124p.

22 - Djajadiningrat RS, Graafland NM, van Werkhoven E, Meinhardt W, Bex A, van der Poel HG, van Boven HH, Valdés Olmos RA, Horenblas S. Contemporary management of regional nodes in penile cancer-improvement of survival? J Urol. 2014 Jan;191(1):68-73.

23 - Mistry T, Jones RW, Dannatt E, Prasad KK, Stockdale AD. A 10-year retrospective audit of penile cancer management in the UK. *BJU Int* 2007;100:1277–81.

24 - Soria JC, Fizazi K, Piron D, et al. Squamous cell carcinoma of the penis: multivariate analysis of prognostic factors and natural history in monocentric study with a conservative policy. *Ann Oncol* 1997;8:1089–98.

25 - Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, 2008. [citado 2014 abril 3].

Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>

26 - Costa S, Rodrigues R, Barbosa L, Silva JO, Branão JOC, Medeiros CSQ. Câncer de Pênis: epidemiologia e estratégias de prevenção. *Cad. de Grad.* [Internet]. 2013 [acesso em 2014 fev 15];1(2):23-33. Disponível em:

<https://periodicos.set.edu.br/index.php/facipesaude/issue/current/showToc>

5 - CONCLUSÃO DO ESTUDO

O câncer de pênis frequentemente ocorre em uma parcela carente da população, com baixa condição socioeconômica e baixa escolaridade. Tornando-se portanto uma questão de saúde pública. Devendo ser reconhecidos aqueles mais susceptíveis, com maior mortalidade e menor sobrevida, para que haja abordagem mais específica. As variáveis que caracterizam esses pacientes devem ser determinadas desde o início do atendimento, de forma a garantir um acesso ao serviço de saúde com equidade e um tratamento eficiente.

Observa-se um menor número de trabalhos científicos nessa área, principalmente tratando-se de epidemiologia. Isso ocorre, possivelmente, por ser uma doença que aparece principalmente em pessoas de baixa renda, em países em desenvolvimento. A necessidade da realização de pesquisa, para melhor entendimento das características dessa doença e ações voltadas para realidade masculina está baseada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. A qual coloca uma promoção de saúde com a intenção de proporcionar possibilidades que aumentem a expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas evitáveis e passíveis de prevenção. Direcionando estratégias preventivas após o conhecimento dos locais mais acometidos.

Ações concretas devem ser realizadas nas escolas, locais de trabalho e na mídia, com ensinamentos didáticos para o conhecimento desta doença e suas consequências. Mostrando quais são os fatores de riscos que influenciam no surgimento do câncer de pênis, também possivelmente traria uma diminuição em sua incidência.

São necessários estudos para ajudar no entendimento dos sistema de saúde estadual, buscando determinar os principais fatores de riscos e o entendimento da relação do vírus HPV com câncer de pênis. Associado a isso, campanhas que reforcem uma maior conscientização dos médicos para que registrem em prontuário as informações sobre os pacientes, ajudará no direcionamento de investimentos e estratégias de cunho educacional e curativas.

6 - REFERÊNCIAS DO ESTUDO

- AMERICAN CANCER SOCIETY. Disponível em:
<http://www.cancer.org/cancer/penilecancer/detailedguide/penile-cancer-survival-rates>.
Acessado em: 02 de junho 2014.

- ARMITAGE, P; BERRY, G. Statistical Methods in Medical Research. 2.ed. Oxford: **Oxford Scientific Publications**; Survival Analysis; 1987. p.469-492.

- BARNHOLTZ-SLOAN, J.S. et al. Incidence trends in primary malignant penile câncer. **Urol Oncol**. 2007 Sep-Oct;25(5):361-7.

- BARROS, E.N; MELO, M.C.B. Câncer de pênis: perfil sociodemográfico a respostas emocionais à penectomia em pacientes atendidos no Serviço de Psicologia do Hospital de Câncer de Pernambuco. **Rev. SBPH**, v. 12, n.1, p. 99-11, jan. 2009.

- BEZERRA, A.L. et al. Human papillomavirus as a prognostic factor in carcinoma of the penis: analysis of 82 patients treated with amputation and bilateral lymphadenectomy. **Cancer** 2001; 91:2315.

- BOSCHART, M. et al. A new type of papillomavirus DNA, its presence in genital cancer biopsies and in cell lines derived from cervical cancer. **EMBO J**. 1984;3:1151.

- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE **Censo Demográfico** 2010. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/notas_resultados_preliminares_amostra.pdf. Acessado em 02-06-2104.

- BRASIL. Data-SUS. **Classificação Internacional de Doenças**. Disponível em
<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid_10.htm>

- BRASIL. Data-SUS. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Disponível em:
<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>

- BRASIL. **Lei n 9394** de 20 de dezembro de 1996. Disponível em:
<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 741** de 19 de dezembro de 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-741.htm>

- BRUNINI R. Câncer no Brasil: dados histopatológicos 1976-80: resultados. Rio de Janeiro. **Campanha Nacional de Combate do Câncer de Pênis**, Ministério da Saúde. 1982. p. 118.

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Human papillomavirus-associated cancers - United States, 2004-2008. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 2012; 61:258.

- CUBILLA, A.L. et al. Histologic classification of penile carcinoma and its relation to outcome in 61 patients with primary resection. **Int J Surg Pathol** 2001;9:111-20.

- DALING, J. R. et al. Penile cancer: importance of circumcision, human papillomavirus and smoking in in situ and invasive disease. *Int J Cancer*. 2005 September 10; 116(4): 606-616

- GIL, A.O. et al. Analysis of the association between Human Papillomavirus with penile carcinoma. **Braz J Urol** 2001; 27(5):461-468.

- GOODMAN, M.T. et al. Demographic and pathologic differences in the incidence of invasive penile cancer in the United States, 1995-2003. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**. 2007 Sep;16(9):1833-9.

- GROSS, G. et al. Role of human papillomavirus in penile cancer, penile intraepithelial squamous cell neoplasias and in genital warts. **Med Microbiol Immuno (Berl)**. 1993;193(1):35-44.

- HASSAN, E. CARVALHAL, G. F. Câncer de Pênis. RHODEN, E. L. **In: Urologia no Consultório**. 2009;654.

- HERNANDEZ, B.Y. et al. Human papillomavirus genotype prevalence in invasive penile cancers from a registry-based United States population. HPV Typing of Cancer Workgroup. *Front Oncol.* 2014 Feb 5;4:9.
doi: 10.3389/fonc.2014.00009. eCollection 2014. PMID: 24551592 [PubMed]
- KORETS, R. Partial penectomy for patients with squamous cell carcinoma of the pênis: The Memorial Sloan-Kettering experience. *Ann Surg Oncol.* 2007 Dec; 14(12):3614-9.
- LIMA, S.V.C. et al. Tumores do Pênis. NETTO JR, N.R. *Urologia Prática*, 2008(28)313-14.
- LONT, A. P. et al. A comparison of physical examination and imaging in determining the extent of primary penile carcinoma. *BJU Int.* 2003;91:493-5.
- LYNCH, B. F. et al. Tumors of the pênis. In: Walsh, P. C. et al. **Campbell's Urology**. 8th ed. Philadelphia: Saunders, 2002. p. 2945-82.
- MALONE, P. et al. Medical aspects of male circumcision. *BMJ.* 2007 Dec 8; 335:1206-90.
- MICALI, G. et al. Penile câncer. *J. Am Acad Dermatol.* 2006;54:369-91.
- ORNELLAS, A.A. et al. Câncer urológico (câncer de pênis). In: Ferreira CG, Rocha JC. **Oncologia molecular**. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 224-229.
- PIZZOCARO, G. et al. Diretrizes para o câncer de pênis. *Eur Urol* 2010 Jun;57(6):1002-12
- POMPEO, A. C. L. Linfadenectomia inguinal estadiada em câncer do pênis: avaliação prospectiva de 50 pacientes. (**Tese Livre-Docência**). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1993.

- POMPEO, A.C.L. et al. Diretrizes em uro-oncologia – **Sociedade Brasileira de Urologia**, Carcinoma de Pênis. São Paulo, 2005. p 233-61.
- POMPEO. A. C. L. et al. Carcinoma epidermóide do pênis. **Algoritmo de uro-oncologia**. 2007;230.
- SCHEINER, M. A. et al. Human papiloma vírus and penile cancers in Rio de Janeiro, Brazil: HPV Typing and clinical features. July - August, 2008, Volume 34, Number 4 P. 467-476.
- SOBIN LH, Wittekind CH. *TNM Classification of Malignant Tumors*. 6th ed. **New York: Wiley-Liss** 2002.
- SOLSANO, E. et al. European Association of Urology: EAU Guidelines on Penile Cancer. **Eur Urol**, 2004;46:1-27.
- TORNERO, R.J.I. et al. Penile sarcoma: a rare tumor. **Arch Esp Urol**. 2007 Sep;60(7):810-2.
- TRAPP, R. G. **Biostatística**: básica e clínica. 3. Ed Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 2001.
- VAN HOWE, R.S. et al. The carcinogenicity of smegma: debunking a myth. **J Eur Acad Dermatol Venereol**. 2006 Oct;20(9):1046-54.
- ZEQUI, S. C. et al. Sex with animals (SWA): behavioral characteristics and possible association with penile cancer. A multicenter study. **J Sex Med**. 2012 Jul;9(7):1860-7


APÊNDICE

APÊNDICE: FICHA DE COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO	Nome:		
	Nome da Mãe:		
	Prontuário:		MV:
	Data de Nascimento: / /		
FATOR DE RISCO	Tipo	Sim	Não
	1 - Fimose		
	2 - Tabagismo		
	3 - Balanopostite Crônica		
	4 - Higiene inadequada		
	5 - Infecção pelo HPV		
	6 - Líquen escleroatrófico		
	7 - Corno cutâneo		
	8 - Balanite ceratótica		
	9 - Balanite xerótica obliterante		
	10 - Leucoplaquia		
ESTADIO CLÍNICO	T ___ N ___ M ___ EC ___		
ESTADIO PATOLÓGICO	T ___ N ___ M ___ EP ___ () não se aplica – casos sem tto cirúrgico		
TRATAMENTO	Tipo de Tratamento	Data	Margem Cirúrgica*
	1 - () Nenhum	(/ /)	
	2 - () Postectomia	(/ /)	
	3 - () Penectomia parcial	(/ /)	
	4 - () Penectomia total	(/ /)	
	5 - () Emasculação	(/ /)	
	6 - () Radioterapia	(/ /)	
	7 - () Quimioterapia	(/ /)	
	8 - () Linfadenect Sup à Direita	(/ /)	
	9 - () Linfadenect Sup à Esquerda	(/ /)	
	10 - () Linfadenect Sup Bilat	(/ /)	
	11 - () Linfadenect Prof Bilat	(/ /)	
	12 - () Outro	(/ /)	
METÁSTASE	1 - () Pulmão	(/ /)	
	2 - () Fígado	(/ /)	
	3 - () Ossos	(/ /)	
	4 - () Cérebro	(/ /)	
	5 - () Linfonodos	(/ /)	
	6 - () Escroto/períneo	(/ /)	
	7 - () pelve/abdome	(/ /)	
DESFECHO	1 - () s/ evidência de doença ou progressão (estável)	(/ /)	
	3 - () recidiva local	(/ /)	
	4 - () metástase	(/ /)	
	6 - () óbito	(/ /) CIDs: / /	
	7 - () em tratamento	(/ /)	

ANEXOS

ANEXO A

		FICHA DE REGISTRO DE TUMOR	
01. Nº DO PRONTUÁRIO:		02. Nº DE REGISTRO RHC:	
CASO ANALÍTICO: () 1. SIM () 2. NÃO			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
03. NOME:			
04. SEXO: () 1. MASCULINO () 2. FEMININO () 3. IGNORADO			
ENDEREÇO: RUA / Nº / COMPLEMENTO:			
BAIRRO:			
CIDADE:		UF:	TELEFONE:
05. IDADE:		07. LOCAL DE NASCIMENTO:	
06. DATA DE NASCIMENTO: / /			
08. RAÇA/COR: () 1. BRANCA () 3. AMARELA () 5. INDÍGENA () 2. NEGRA () 4. PARDA () 9. SEM INFORMAÇÃO		09. GRAU DE INSTRUÇÃO: () 1. ANALFABETO () 3. 1º GRAU COMP. () 5. NÍVEL SUPERIOR () 2. 1º GRAU INCOMP. () 4. 2º GRAU COMP. () 9. SEM INFORMAÇÃO	
10. OCUPAÇÃO:		11. PROCEDÊNCIA:	
12. CLÍNICA DE ENTRADA:		13. CLÍNICA DO 1º ATENDIMENTO:	
14. REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL CPF/CARTÃO DO SUS: -			
INFORMAÇÕES SOBRE: A DOENÇA, TRATAMENTO, ÓBITO E REGISTRO HOSPITALAR			
15. DATA DA CONSULTA: / /		17. DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS ANTERIORES () 1. SEM DIAG. / SEM TRAT. () 3. COM DIAG. / COM TRAT. () 5. SEM INFORMAÇÃO () 2. COM DIAG. / SEM TRAT. () 4. OUTROS	
16. DATA DO DIAGNÓSTICO: / /			
18. BASE MAIS IMPORTANTE DO DIAGNÓSTICO () 1. EXAME CLÍNICO E/OU PATOLOGIA CLÍNICA () 4. CIRURGIA EXPLORADORA/NECRÓPSIA () 7. HISTOLOGIA DO TUMOR PRIMÁRIO () 2. EXAMES POR IMAGEM () 5. CITOLOGIA OU HEMATOLOGIA () 8. SEM INFORMAÇÃO () 3. ENDOSCOPIA () 6. HISTOLOGIA DA METÁSTASE			
19. LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO:		20. TIPO HISTOLÓGICO:	
21. MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO: () 1. NÃO () 2. SIM () 3. DUVIDOSO		22a. ESTADIAMENTO:	
22b. OUTRO ESTADIAMENTO (PARA < 18 ANOS):		23. TNM:	24. pTNM:
25. LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE À DISTÂNCIA: - - -			
26. DATA DO INÍCIO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL: / /			
27. PRINCIPAL RAZÃO PARA NÃO REALIZAÇÃO DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL () 1. RECUSA DO TRATAMENTO () 2. DOENÇAS AVANÇADAS, FALTA DE CONDIÇÕES CLÍNICAS () 3. OUTRAS DOENÇAS ASSOCIADAS () 4. ABANDONO DE TRATAMENTO () 5. COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO () 6. ÓBITO () 7. OUTRAS () 8. NÃO SE APLICA () 9. SEM INFORMAÇÃO		28. PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL () 1. NENHUM () 2. CIRURGIA () 3. RADIOTERAPIA () 4. QUIMIOTERAPIA () 5. HORMONIOTERAPIA () 6. TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA () 7. IMUNOTERAPIA () 8. OUTROS () 9. SEM INFORMAÇÃO	
29. ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO 1º TRATAMENTO NO HOSPITAL () 1. S/ EVIDÊNCIA DA DOENÇA (REMISSÃO COMPLETA) () 2. REMISSÃO PARCIAL () 3. DOENÇA ESTÁVEL () 4. DOENÇA EM PROGRESSÃO () 5. FORA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA () 6. ÓBITO () 8. NÃO SE APLICA () 9. SEM INFORMAÇÃO			
30. DATA DO ÓBITO: / /		31. CAUSA IMEDIATA DA MORTE:	
32. CAUSA BÁSICA DA MORTE:			
33. SEGUIMENTO: () 1. SIM () 2. NÃO		34. CÓDIGO DO REGISTRADOR:	
35. DATA DO PREENCHIMENTO DA FICHA: / /			
ITENS OPCIONAIS			
36. ESTADO CONJUGAL ATUAL: () 1. CASADO () 2. SOLTEIRO () 3. DESQUITADO/SEPARADO/DIVORCIADO () 4. VIÚVO () 5. SEM INFORMAÇÃO			
37. DATA DA TRIAGEM: / /		38. HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER: () 1. SIM () 2. NÃO () 9. SEM INFORMAÇÃO	
39. ALCOOLISMO: () 1. SIM () 2. NÃO () 8. NÃO SE APLICA () 9. SEM INFORMAÇÃO			
40. TABAGISMO: () 1. SIM () 2. NÃO () 8. NÃO SE APLICA () 9. SEM INFORMAÇÃO			
INFORMAÇÕES SOBRE DOENÇA			
41. ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO: () 1. SUS () 2. NÃO SUS () 3. VEIO POR CONTA PRÓPRIA () 9. SEM INFORMAÇÃO			
42. EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR: () 1. EXAME CLÍNICO E PATOLOGIA CLÍNICA () 3. ENDOSCOPIA E CIRURGIA EXPLORADORA () 9. SEM INFORMAÇÃO () 2. EXAMES POR IMAGEM () 4. ANATOMIA PATOLÓGICA			
43. LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA PROVÁVEL:			
44. LATERALIDADE: () 1. DIREITA () 2. ESQUERDA () 3. BILATERAL () 8. NÃO SE APLICA () 9. SEM INFORMAÇÃO			

FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

FORM. 001 RC



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

01 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO: _____		03 - TIPO DE DOCUMENTO	
02 - NÚMERO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL: _____		<input type="checkbox"/> 1- Cartão SUS	<input type="checkbox"/> 5- PIS/PASEP
04 - NOME COMPLETO DO PACIENTE: _____		<input type="checkbox"/> 2- CPF	<input type="checkbox"/> 6- Certidão de nascimento
05 - NOME COMPLETO DA MÃE: _____		<input type="checkbox"/> 3- Identidade (RG)	<input type="checkbox"/> 7- Outro
06 - SEXO		<input type="checkbox"/> 4- Título de eleitor	<input type="checkbox"/> 9- Sem informação
<input type="checkbox"/> 1- Masculino	<input type="checkbox"/> 2- Feminino	11 - ESCOLARIDADE NA ÉPOCA DA MATRÍCULA	
07 - DATA DO NASCIMENTO		<input type="checkbox"/> 1- Nenhuma	12 - OCUPAÇÃO PRINCIPAL
[][][][][][][][][]		<input type="checkbox"/> 2- Fundamental incompleto	[][][][][][][][][]
08 - IDADE NA DATA DA PRIMEIRA CONSULTA		<input type="checkbox"/> 3- Fundamental completo	13 - PROCEDÊNCIA (CÓDIGO DO IBGE)
[][][][][][][][][]		<input type="checkbox"/> 4- Nível médio	_____
09 - LOCAL DE NASCIMENTO		<input type="checkbox"/> 5- Nível superior incompleto	
[][][][][][][][][]		<input type="checkbox"/> 6- Nível superior completo	
10 - RAÇA / COR DA PELE		<input type="checkbox"/> 9- Sem informação	
<input type="checkbox"/> 1- Branca	<input type="checkbox"/> 2- Preta		
<input type="checkbox"/> 3- Amarela	<input type="checkbox"/> 4- Parda		
<input type="checkbox"/> 5- Indígena	<input type="checkbox"/> 9- Sem informação		

ITENS DE LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE

14 - ENDEREÇO PERMANENTE: _____	18 - TELEFONE DE REFERÊNCIA: _____
_____	_____
15 - BAIRRO DA RESIDÊNCIA: _____	19 - CEP DA RESIDÊNCIA: _____
_____	_____
16 - CIDADE DA RESIDÊNCIA: _____	20 - CORREIO ELETRÔNICO PARA CONTATO: _____
_____	_____
17 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO DA RESIDÊNCIA: _____	

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - DATA DA 1ª CONSULTA NO HOSPITAL:	23 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES	24 - BASE MAIS IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO DO TUMOR
____/____/____	<input type="checkbox"/> 1- Sem diag./Sem trat.	<input type="checkbox"/> 1- Clínica
22 - DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DO TUMOR	<input type="checkbox"/> 2- Com diag./Sem trat.	<input type="checkbox"/> 2- Pesquisa clínica
____/____/____	<input type="checkbox"/> 3- Com diag./Com trat.	<input type="checkbox"/> 3- Exame por imagem
	<input type="checkbox"/> 4- Outros	<input type="checkbox"/> 4- Marcadores tumorais
	<input type="checkbox"/> 9- Sem informação	<input type="checkbox"/> 5- Citologia
		<input type="checkbox"/> 6- Histologia da metástase
		<input type="checkbox"/> 7- Histologia do tumor primário
		<input type="checkbox"/> 9- Sem informação

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR

25 - LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO: _____	26 - TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO: _____ / _____
27 - TNM: _____	28.a - ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR (TNM): _____
	29 - pTNM: _____
28.b - OUTRO ESTADIAMENTO (DIFERENTE DO TNM E IDADE ATÉ 18 ANOS)	30 - LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA
_____	_____
_____	_____

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

31 - CLÍNICA DO INÍCIO DE TRATAMENTO NO HOSPITAL

32 - DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL

_____ / _____ / _____

33 - PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO NO HOSPITAL

- 1- Recusa do tratamento
- 2- Tratamento realizado fora
- 3- Doença avançada, falta de condições clínicas ou outras doenças associadas
- 4- Abandono do tratamento
- 5- Complicações de tratamento
- 6- Óbito
- 7- Outras razões
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

34 - PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

- 1- Nenhum
- 2- Cirurgia
- 3- Radioterapia
- 4- Quimioterapia
- 5- Hormonioterapia
- 6- Transplante de medula óssea
- 7- Imunoterapia
- 8- Outras
- 9- Sem informação _____

35 - ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL

- 1- Sem evidência da doença (remissão completa)
- 2- Remissão parcial
- 3- Doença estável
- 4- Doença em progressão
- 5- Suporte terapêutico oncológico
- 6- Óbito
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

36 - DATA DO ÓBITO DO PACIENTE

_____ / _____ / _____

37 - ÓBITO POR CÂNCER

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Ignorado

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

38 - CASO ANALÍTICO 1- Sim 2- Não

39 - INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO 1- Sim 2- Não

ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

40 - CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

ITENS OPCIONAIS

41 - ESTADO CONJUGAL ATUAL

- 1- Solteiro
- 2- Casado
- 3- Viúvo
- 4- Separado judicialmente
- 5- União consensual
- 9- Sem informação

42 - DATA DA TRIAGEM

_____ / _____ / _____

43 - HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Sem informação

44 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

- 1- Nunca
- 2- Ex-consumidor
- 3- Sim
- 4- Não avaliado
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

45 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO

- 1- Nunca
- 2- Ex-consumidor
- 3- Sim
- 4- Não avaliado
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

46 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

- 1- SUS
- 2- Não SUS
- 3- Veio por conta própria
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

47 - CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE NO HOSPITAL

48 - EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR

- 1- Exame clínico e patologia clínica
- 2- Exames por imagem
- 3- Endoscopia e cirurgia exploradora
- 4- Anatomia patológica
- 5- Marcadores tumorais
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

49 - LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO

_____ ■ _____

50 - LATERALIDADE DO TUMOR

- 1- Direita
- 2- Esquerda
- 3- Bilateral
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

51 - OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

- 1- Não
- 2- Sim
- 3- Duvidoso

52 - CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL

- 1- Público (SUS)
- 2- Plano de saúde
- 3- Particular
- 4- Outros
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

53 - CUSTEIO DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL

- 1- Público (SUS)
- 2- Plano de saúde
- 3- Particular
- 4- Outros
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

54 - CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE

_____ • _____



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado: **“Estudo epidemiológico dos pacientes com câncer de pênis atendidos em um serviço de referência do Espírito Santo”**, do mestrando Marco Antônio Comper de Souza, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo foi autorizado para ser desenvolvido nesta instituição, no período de Setembro 2013 a Março 2014, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Vitória/ES, 27 de Agosto de 2013.

Weslene Vargas Moura
Diretora das Unidades Ambulatoriais – AFECC/HSRC

Av. Marechal Campos 1579, Santa Cecília, Vitória - ES
Cep.: 29043-260 • Tel.: 3334-8000



ANEXO D

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EPIDEMIOLOGIA DOS PACIENTES COM CÂNCER DE PÊNIS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO

Pesquisador: Marco Antônio Comper de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25962513.3.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 665.505

Data da Relatoria: 30/04/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado de Saúde Coletiva

Autor: Marco Antonio Comper de Souza

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Costa Amorim

Co-Orientadora: Prof. Dr^ª. Eliana Zandonade

O câncer de pênis constitui neoplasia rara em países desenvolvidos, contrariamente ao que ocorre em regiões de baixo padrão socioeconômico. No Brasil, a doença representa menos de 2% de todas as neoplasias malignas em homens, no entanto, casos graves aumentam 10% ao ano. O presente projeto tem como objetivo determinar o perfil epidemiológico, a mortalidade e a sobrevida dos pacientes com câncer de pênis em um serviço de referência. Serão analisados, retrospectivamente, os dados dos pacientes com diagnóstico de câncer de pênis, cadastrados no banco de dados do Sistema de Informação em Saúde do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital Santa Rita de Cássia, durante o período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011. Serão analisados 25 variáveis para avaliar o perfil epidemiológico. Os dados serão organizados no programa Microsoft Office Excell 2007 for Windows e serão analisados através do Pacote

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

Continuação do Parecer: 665.505

Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 18.0. Os resultados serão analisados através de cálculos de frequência, média, mediana e desvio padrão. Será utilizado o teste qui-quadrado de associação. Para as variáveis quantitativas, será calculada as médias, medianas e desvios-padrão. Para as variáveis do estudo que apresentam significância estatística, considerando o nível de significância de 0,10, sendo calculado os Odds ratio brutos e ajustados pelo modelo de regressão logística multivariada, uma vez que foram utilizadas as três categorias de variáveis acima definidas. Para estimar-se a sobrevida, será utilizado o método de Kaplan-Meier.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a epidemiologia do câncer de pênis em pacientes atendidos no Hospital Santa Rita de Cássia, em Vitória-ES, no período de 01 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2011.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe um risco mínimo, segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, pela identificação do indivíduo e sua patologia. por isso foi anexado o termo de confiabilidade e sigilo que expressa a manutenção do sigilo e privacidade das informações dos dados contidos nos bancos.

Benefícios:

Ao término do estudo, propõe-se melhor entendimento do câncer de pênis em paciente atendidos em um hospital de referência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa potencialmente relevante, com benefícios prevalecendo sobre os riscos.

Foram corrigidas as considerações feitas pelo parecer do CEP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: adequada

Projeto: adequado

TCLE: dispensado pelo uso de dados secundários

Termo de dispensa do TCLE: adequado

Carta de anuência da Instituição: adequado

Termo de confidencialidade e sigilo: adequado

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

Continuação do Parecer: 665.505

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITORIA, 28 de Maio de 2014

Assinado por:
Cynthia Furst Leroy Gomes Bueloni
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br