



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

SUZANNE BEATRIZ ARAUJO BONFIM

**SITUAÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE PÊNIS NO
ESTADO DO MARANHÃO**

São Luís
2017

SUZANNE BEATRIZ ARAUJO BONFIM

**SITUAÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE PÊNIS NO
ESTADO DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Profa. Dra. Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes

São Luís
2017

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Bonfim, Suzanne Beatriz Araujo.

Situação da mortalidade por câncer de pênis no estado do Maranhão / Suzanne Beatriz Araujo Bonfim. - 2017.
32 p.

Orientador(a): Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Mortalidade. 2. Neoplasias penianas. 3. Saúde do homem. I. Nunes, Flávia Baluz Bezerra de Farias. II. Título.

SUZANNE BEATRIZ ARAUJO BONFIM

**SITUAÇÃO DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE PÊNIS NO
ESTADO DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes

(Orientadora)

Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Dr^a Silvia Cristina Viana Silva Lima

Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Dr^a Elza Lima da Silva

Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo fim desta etapa, pelo seu amor infinito, sem Ele nada sou. Aos meus pais, Milton Brito Bonfim e Erismar Araujo Bonfim pelo amor incondicional e pela paciência. Por terem feito o possível e o impossível para me oferecerem a oportunidade de estudar em São Luís, longe de nossa família, acreditando e respeitando minhas escolhas e nunca deixando que as dificuldades acabassem com meus sonhos, serei eternamente grata.

Aos meus irmãos Milton Brito Bonfim Júnior e William Jackson Araujo Bonfim, por sempre me estenderem os braços nos momentos de dificuldade e me incentivarem a correr atrás dos meus objetivos.

As minhas queridas tias Deronilce Brito Bonfim Souza, Dora Dutra Brito de Assis e Gerusa Costa Silva, por terem acompanhado de perto todos os meus passos, os momentos de felicidade e os de angústia. Obrigada pelas orações, amor, carinho e apoio depositados.

Ao meu namorado Ivo Mendes de Araújo, pelo amor, carinho e dedicação que tem me dedicado. Obrigada pela cumplicidade e suporte nos momentos de dificuldade, você foi essencial.

Ao meu grande amigo Thiago Eulálio, que mesmo com a distância que nos separa, sempre foi presente em minha vida. Obrigada por todo apoio.

Aos amigos Roberth Meireles, Arismar Tavares Júnior, Thayana Aguiar e Jéssica Mendes, pelas ótimas histórias vividas, pela amizade e por terem se tornado minha família em São Luís, levarei vocês comigo para sempre.

À professora Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes Baluz, não tenho palavras para agradecer o acolhimento, paciência, carinho, sua dedicação na orientação deste trabalho, sempre muito atenciosa, obrigada por tudo. Às professoras Elza Lima e Silvia Viana, obrigada pelo apoio, pelas contribuições e por aceitarem participar desse trabalho, fico muito grata.

Aos meus colegas de estágio Débora Freire, Renato Mendes, Rodrigo Martis, Sarah Leite, Suzana Brasil, Tayná Peixoto, a quem eu aprendi a amar e construí laços eternos. Obrigada pelos momentos de estudo, descontração, pela paciência, pelo sorriso, pelo abraço, pela mão que se estendia sempre que eu precisava, vocês foram essenciais nessa caminhada.

Obrigada a todos que, mesmo não citados aqui, contribuíram para a finalização dessa etapa.

RESUMO

A população masculina apresenta altos índices de morbimortalidade, dentre as causas de morte encontra-se a neoplasia de pênis, que apresenta índices elevados nos países subdesenvolvidos. O Estado do Maranhão é um dos estados brasileiros com maior índice de casos de câncer de pênis. Investigar a situação da mortalidade por câncer de pênis no Estado do Maranhão. Estudo descritivo de série histórica com abordagem na neoplasia de pênis realizado no Estado do Maranhão. A população de estudo foi composta por 177 óbitos de homens com neoplasia de pênis nos anos de 2010 a 2014. Os dados foram coletados em base de dados secundários do DATASUS, processados em Excel, analisados e descritos em frequência relativa e apresentados em tabela. No período estudado, o coeficiente de mortalidade variou de 5,51 por 1 milhão de homens (2010) para 8,84 óbitos por 1 milhão de homens (2014). Todas as Regionais de Saúde apresentam casos de óbito por câncer de pênis, sendo as Regiões de Saúde de Itapecuru Mirim e São Luís as que apresentam maior quantitativo, cada uma com 13.33% dos casos. A faixa etária de maior relevância entre os anos de 2010 a 2014 foi 60 anos ou mais (64.70%). A porcentagem de óbitos da raça negra se manteve em aproximadamente 70% em todos os anos analisados. Os anos de 2011 (55.55%), 2013 (42.85%) e 2014 (40%) aproximadamente metade dos óbitos ocorreram em pacientes sem nenhuma escolaridade. Em relação ao estado civil dos indivíduos, verificou-se que a maior proporção dos óbitos ocorreu em homens casados (44.44%) no período de 2010 a 2014. Quanto a distribuição de casos de óbito por câncer de pênis segundo o local de ocorrência houve uma maior concentração dos óbitos em hospitais. O estudo mostrou que o câncer de pênis é uma neoplasia de destaque no Estado do Maranhão, o aumento do número de óbitos constitui-se em um problema de saúde pública, pois é uma doença de fácil prevenção.

Descritores: Neoplasias penianas. Saúde do homem. Mortalidade.

ABSTRACT

Male population shows high levels of morbimortality. Among the causes, it's the penile neoplasia, which has high levels in undeveloped countries. The state of Maranhão is one of the Brazilian states with the most number of cases of penile cancer. Investigate the situation of mortality by penile cancer in the status of Maranhão. Descriptive study of the historical series approaching penile neoplasia made in Maranhão. The population studied was formed by 177 deaths among men with penile neoplasia from 2010 to 2014. The data were collected from secondary data from DATASUS, processed in Excel, analyzed and described in relative frequency and presented in chart. At the studied period, the mortality coefficient varied from 5,51 per million of men (2010) to 8,84 deaths per million of men (2014). All the regional health centers show cases of death by penile cancer, with the health centers from Itapecuru Mirim and São Luís the ones with the most amount of cases, each one with 13,33% of the cases. The age group with the most relevant cases between 2010 and 2014 was the over 60 years old and over (64.70%). The rate of deaths among Black men was about 70% through all years of analysis. Almost half of the deaths in 2011 (55.55%), 2013 (42.85%) and 2014 (40%) were among patients with no education. In relation to their marital status, it was verified that most of the deaths happened to married men (44.44%) between 2010 and 2014. In relation to the places, there was a concentration of deaths at hospitals. The study showed that penile cancer is a relevant neoplasia in the state of Maranhão. The rise of cases is a public health issue, because it's a disease easily prevented.

Descriptors: Penile neoplasms. Men's health. Mortality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Coeficiente de mortalidade por câncer de pênis nos anos de 2010 a 2014 no Maranhão, São Luís, 2016	19
Tabela 2 - Distribuição dos casos de óbito por neoplasia maligna de pênis no Maranhão em 2014, São Luís, 2016	19
Tabela 3 - Características socioeconômicas dos casos de óbito por câncer de pênis da população maranhense no período de 2014 a 2014, São Luís, 2016	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1 Neoplasia de Câncer.....	11
2.2 Política Nacional de Saúde do Homem	14
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Geral	17
3.2 Específicos	17
4 METODOLOGIA	17
4.1 Tipo de Estudo	17
4.2 Local de Estudo	17
4.3 População de estudo.....	18
4.4 Coleta de dados	18
4.5 Análise dos dados	18
4.6 Aspectos Éticos e Legais	18
5 RESULTADOS	19
6 DISCUSSÕES.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXO A.....	31

1 INTRODUÇÃO

A população masculina apresenta altos índices de morbimortalidade, isso representa um grande problema de saúde pública em que os indicadores e dados básicos para a saúde demonstram que os coeficientes de mortalidade masculina são maiores em relação aos coeficientes de mortalidade feminina (BRASIL, 2009).

As principais causas de morte na população masculina estão ligadas a doenças do aparelho circulatório, ocasionadas por infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, morte por causas externas como traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde, intencionais ou não, com início súbito e como consequência imediata de violência ou uma causa exógena, homicídios, afogamentos, envenenamento, suicídio, além dos acidentes de trânsito que lideram as estatísticas de mortes por causas externas (BROLEZI, 2014).

Outras causas de óbito masculino são as doenças do aparelho respiratório, tais como enfisema pulmonar, bronquite, tuberculose, pneumonia, bronquiectasia asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), relacionados aos seus hábitos de vida, condições culturais e sociais (BROLEZI, 2014).

Dentre as causas de morte masculina, destacam-se as neoplasias, responsáveis por um elevado índice de óbitos na população masculina. O câncer é um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, sendo esperado nas próximas décadas, o impacto de 80% do câncer na população para 2025. O projeto Globocan/larc, realizou em 2012 uma estimativa mundial e apontou que dos 14 milhões de novos casos estimados, mais de 60% ocorreram em países em desenvolvimento (INCA, 2015).

O mesmo estudo apontou os tipos de cânceres mais frequentes nos homens, entre eles próstata (15,0%), pulmão (16,7%), estômago (8,5%). O câncer de próstata é considerado o segundo mais comum na população masculina em todo o mundo, segundo a última estimativa realizada, foram esperados para o ano de 2012 cerca de 1 milhão de novos casos. As maiores incidências são observadas na Austrália/Nova Zelândia, Europa Ocidental e América do Norte, esse aumento pode estar relacionado as práticas de

rastreamento por meio do teste do antígeno prostático específico (PSA), entretanto algumas regiões menos desenvolvidas como o Caribe, países da América do Sul e países do sul da África apresentam altas taxas de incidência. O câncer de próstata representa 6% do total de mortes por câncer no mundo e ocupa a 15ª posição em mortes por câncer (INCA, 2015).

No Brasil, estimam-se 61.200 novos casos de câncer de próstata para o ano de 2016, esses valores correspondem a um risco estimado de 61,82 (taxa bruta) novos casos a cada 100 mil habitantes. É o câncer mais incidente entre os homens em todas as regiões do país, na região Sul apresenta 95,63/100 mil, 67,59/100 mil na região Centro-Oeste, 62,36/100 mil na Sudeste, 51,84/100 mil na Nordeste e 29,50/100 mil na região Norte. O aumento da expectativa de vida, a evolução e melhoria dos métodos diagnósticos podem explicar o aumento da taxa de incidência no país (INCA, 2015).

O câncer de pênis é uma neoplasia rara em países desenvolvidos, mais frequentes em países subdesenvolvidos, onde o nível de desenvolvimento socioeconômico é mais baixo. A Índia apresenta elevados índices da neoplasia, registrando 3,32 casos para 100.000 habitantes, enquanto nos Estados Unidos a incidência varia entre 0,3 e 1,8/100.000 habitantes (AITA, 2014; CURADO et al, 2007).

Na Europa, o câncer de pênis é uma neoplasia rara, apresentando incidência de 0,7/100.000 habitantes, entretanto apresenta elevada incidência na América do Sul, Ásia e África, representando 10% das doenças malignas que acometem os homens (CARVALHO et al, 2011; SILVA, 2016).

O Brasil apresenta 2% da neoplasia, o que torna o país como uma das maiores incidências da doença; sua frequência é variável dependendo da região considerada, sendo mais frequente nas regiões Norte e Nordeste do país (AITA, 2014; BARREIRA et al, 2014).

A região Nordeste está na quarta posição em frequência dos cânceres do sexo masculino com 5,7%, assim como, a região Norte com 5,3%, enquanto a região Centro Oeste está em oitavo lugar com 3,8%. Nas regiões Sudeste e Sul a neoplasia de pênis não é apontada entre as dez primeiras localizações de tipos de câncer masculino primário (BARROS, MELO, 2009). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2015), o Maranhão no ano de 2007

apresentava 1,13% dos casos de câncer de pênis no Nordeste, esse número cresceu para 1,25% em 2012.

No Brasil, esse quadro adquire uma importância fundamental pela sua alta incidência, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país e por estar relacionado a questões de ordem socioeconômicas, sendo o Maranhão um dos estados brasileiros com maior incidência de câncer no país (FAVORITO et al, 2008).

Assim, diante do exposto e considerando como objeto de estudo o câncer de pênis no Estado do Maranhão, elaborou-se a seguinte indagação: Qual a situação de mortalidade por câncer de pênis no Estado do Maranhão?

Esta pesquisa justifica-se pôr o câncer de pênis apresentar alta morbidade, tanto pela doença quanto pelo tratamento, que pode resultar em amputação parcial ou total do órgão, afetando o paciente de forma física e psicológica. Além disso, a representativa taxa de mortalidade da doença varia entre 26,7% a 41%, o que pode ser reduzida com um diagnóstico precoce permitindo um tratamento menos agressivos para um melhor bem-estar aos pacientes (WANICK et al, 2010; SILVA, 2016).

O câncer, em seus diferentes tipos, é um problema de saúde pública e, especificamente, o de pênis, pode ser evitado eliminando a exposição aos fatores de risco, como também minimizados as consequências com o tratamento mais eficaz e com maiores chances de cura se a detecção for precoce. Torna-se necessário a prevenção e o controle do câncer para que mortes prematuras e desnecessárias sejam evitadas (FACINA, 2014).

Assim, fica claro a importância de conhecer a situação de mortalidade por câncer de pênis para direcionar as ações de educação em saúde pelos profissionais enfermeiros, com o propósito de reduzir os fatores de risco, incidência da doença e taxa de mortalidade, além de orientar a população masculina sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação da saúde e dos seus agravos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Neoplasia de Câncer

A neoplasia de pênis é um grave problema de saúde pública, por ser uma doença agressiva, que causa lesões mutilantes e pode levar a perda do órgão devido o avanço da doença, afetando a auto-estima, a vida sexual e afetiva do doente (COSTA, 2013), o que torna relevante as pesquisas nesta área.

O carcinoma epidermóide, escamoso ou espinocelular é o tipo mais comum e representa aproximadamente 95% das neoplasias do pênis, as restantes decorrem de metástases originadas de outros órgãos, sarcomas e raramente, melanomas. O desenvolvimento desse carcinoma é, em grande maioria, previsível; se inicia sob a forma de uma lesão exofítica ou ulcerada, e acomete os linfonodos regionais (inguinais, pélvicos e raramente, paraaórticos). Sem tratamento adequado, os pacientes falecem dois anos após o diagnóstico, devido a complicações ou em decorrência de metástases (AITA, 2014).

Segundo Pompeo et al (2006), o carcinoma escamoso, tipo mais comum, é classificado quanto à histologia, em três categorias a saber: bem diferenciado, equivalente a 70% a 80% dos casos, moderadamente diferenciado e indiferenciado.

A apresentação característica da doença é uma lesão ulcerada na glândula do pênis, sulco coronário e no prepúcio, entretanto as lesões nodulares ou verrucosas em forma de couve-flor também podem estar presentes. Alguns casos se apresentam com dor na glândula do pênis, prurido, fluxo purulento ou sanguinolento, presença de disúria e hematúria, indicativo de lesão na uretra (SUARÉZ, 2011).

O padrão de crescimento do tumor pode ser extensivo superficial, misto, crescimento vertical e multicêntrico, sendo estes dois últimos os de pior prognóstico. O carcinoma escamoso, em 48% dos casos, encontra-se na glândula do pênis, 21% no prepúcio, 9% simultaneamente na glândula e no prepúcio, 6% no sulco coronal e 2% no corpo. A disseminação das células cancerígenas geralmente acontece por via linfática (SUARÉZ, 2011).

O carcinoma primário de pênis pode ser classificado em cinco tipos: carcinoma escamoso, sarcoma, melanoma, carcinoma de células basais e linfoma; sendo o carcinoma escamoso o de maior prevalência. Em 70% dos casos, o tumor se encontra no trato urogenital. Os locais mais comuns onde ocorrem metástases dessa doença são pulmão, fígado e retroperitônio (SUARÉZ, 2011).

O exame físico é o principal método para a avaliação da extensão local, além de avaliar a sensibilidade e especificidade. O tratamento da doença deve ser realizado após a classificação histopatológica das células envolvidas e o estadiamento do câncer (LLAPA-RODRIGUEZ, 2014).

Segundo Hakenberg et al (2014), a classificação Tumor Nódulo Metastáse (TNM) para câncer de pênis aborda as seguintes fases de estadiamento:

Classificação clínica
T – Tumor Primário
TX: O tumor primário não pode ser avaliado
T0: Não há evidência de tumor primário
Tis: Carcinoma <i>in situ</i>
Ta: Carcinoma verrucoso não invasivo
T1: Tumor que invade o tecido conjuntivo sub-epitelial
T1a: Tumor invade o tecido conjuntivo subepitelial sem invasão vascular linfática e não é pouco diferenciado ou indiferenciado (T1G1-2)
T1b: Tumor invade o tecido conjuntivo subepitelial com invasão vascular linfática ou mal diferenciado ou indiferenciado (T1G3-4)
T2: Tumor que invade o corpo esponjoso ou cavernoso
T3: Tumor que invade a uretra
T4: Tumor que invade outras estruturas adjacentes
N – Linfonodos Regionais
Nx: Os linfonodos regionais não podem ser avaliados
N0: Nenhum linfonodo inguinal palpável ou visivelmente aumentado
N1: Linfonodo inguinal unilateral palpável e móvel
N2: Múltiplos linfonodos unilaterais palpáveis ou bilaterais

N3: Massa nodal inguinal fixa ou linfadenopatia pélvica, unilateral ou bilateral
M – Metástase à distância
M0: Sem metástase à distância
M1: Metástase à distância

Existe ainda a classificação Tumor Nódulo Metástase (TNM) patológica, as categorias pN são baseadas nos achados de biópsia ou excisão cirúrgica (HAKENBERG et al, 2014).

pN – Linfonodos regionais
pNX: Linfonodos regionais não podem ser avaliados
pN0: Não há metástase em linfonodos regionais
pN1: Metástase intranodal em um único linfonodo inguinal
pN2: Metástases em múltiplos linfonodos ou linfonodos inguinais bilaterais
pN3: Metástase em linfonodo(s) pélvico, unilateral ou bilateral ou extensão extranodal das metástases linfonodais regionais
pM – Metástases á distância
pM0: Sem metástase à distância
pM1: Metástase à distância
G – Graduação histopatológica
GX: Grau ou diferenciação não podem ser avaliados
G1: Bem diferenciados
G2: Moderadamente diferenciados
G3-4: Pobremente diferenciados / indiferenciados

O diagnóstico histológico e o estadiamento da doença deve ser feita de forma adequada, antes da realização da decisão terapêutica (HAKENBERG et al, 2014). Quando os tumores são pequenos e superficiais, as lesões podem ser retiradas com ou sem o uso de laser, quimioterapia e radioterapia. Lesões extensas são tratadas com intervenção cirúrgica radical (POMPEO et al, 2006; LLAPA-RODRIGUEZ et al, 2014).

A etiologia do câncer de pênis ainda é incerta, apesar de ser considerada multifatorial. Sua ocorrência está ligada à higiene inadequada, presença de fimose, que se caracteriza pelo alongamento do prepúcio com dificuldade ou impossibilidade de expor a glândula; infecções pelo papilomavírus humano; condições socioeconômicas como baixa renda familiar e escolaridade (POMPEU et al, 2006; COSTA et al, 2013; PAIVA, 2010).

As baixas condições socioeconômicas relacionadas a presença do câncer foram observadas em estudos realizados por Figliuolo et al (2015) e Allebrandt et al (2013), os quais retrataram que mais da metade da população estudada possuía renda familiar inferior a três salários mínimos e escolaridade classificada em ensino fundamental incompleto, gerando maior incidência em câncer de pênis.

A higiene íntima é um fator relevante devido sua ausência ser responsável por 35% dos casos de câncer de pênis como mostra o estudo realizado por Allebrandt et al em 2013 na cidade de Teresina, no Nordeste brasileiro. Esta condição estar relacionada a falta de conhecimento e acesso à informação, bem como as baixas condições de renda e escolaridade. A presença de fimose entre os pacientes acometidos pela neoplasia representa 74%, isso pode ser justificado pela ausência de circuncisão, o que dificulta uma boa higiene da glândula (COSTA et al, 2013).

Outro aspecto importante é a presença do papilomavírus humano (HPV) que é identificado em 40 a 50% dos casos de câncer de pênis sendo tipo 16 identificado em 60% dos casos (SANTOS, MAIORAL, HAAS, 2011). O HPV pode atuar na oncogênese, junto com oncogênese e genes supressores tumorais (AITA, 2014). A prevenção da neoplasia deve ser realizada pela higiene íntima diária com água e sabão, especialmente após a ejaculação. O uso de preservativo nas relações sexuais reduz as chances de infecção pelo papilomavírus, além da realização do autoexame do pênis em busca de lesões (LLAPA-RODRIGUEZ et al, 2014).

2.2 Política Nacional de Saúde do Homem

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada para promover melhorias nas condições de saúde do

homem desenvolvendo ações de saúde que ajudem na compreensão da singularidade masculina nos seus diferentes contextos socioculturais e político-econômicos, o foco da área de atenção à saúde masculina é entre 20 e 59 anos, permitindo o contato com faixas etárias limítrofes (adolescentes e idosos) com ênfase na prevenção, promoção e proteção básica à saúde (BRASIL, 2009). Os objetivos da PNAISH buscam a qualificação da atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado, resguardando a integralidade da atenção (SCHWARZ et al, 2012).

Essa política tem como princípios a humanização e a qualidade, que resulta na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, além de reconhecer as suas peculiaridades socioculturais. As diretrizes da política devem ser base para a elaboração de programas, planos, projetos e atividades na área da saúde do homem. Elas foram elaboradas tendo em vista a integrabilidade, factibilidade, viabilidade e coerência e são norteadas pela humanização e qualidade da assistência, que são princípios que devem estar presentes em todas as ações (BRASIL, 2009).

A PNAISH está inserida no contexto de atuação da Política Nacional de Atenção Básica, publicada pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, regida pela humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde desenvolvido pela Estratégia Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas. Dessa forma, tem-se uma mudança de paradigma em que a inserção dos homens no sistema de saúde não ocorreria por meio da atenção especializada, o que ocasiona o agravamento da doença pelo atraso na atenção e maior custo para o SUS. Nesta perspectiva muitos agravos poderiam ser evitados se os homens utilizassem medidas de prevenção primária regularmente (BRASIL, 2012).

A atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. A unidade básica de saúde deve ser de fácil acesso e resolutiva para evitar superlotar serviços de saúde de média e alta complexidade. Segundo Medeiros (2013) a procura pelos serviços de Atenção Básica depende do acolhimento, da boa resolutividade das equipes, de uma prática humanizada e

da capacidade de determinar os recursos necessários para resolver os problemas de saúde.

Para promover a saúde e prevenir a doença, bem como atender aos princípios fundamentais da Política Nacional de Atenção Básica (integralidade, equidade, participação social), torna-se fundamental possibilitar ao homem o conhecimento e percepção sobre seus cuidados com a saúde. No entanto, percebe-se que os serviços de atenção básica não estão estruturados para receberem os homens em suas diversas formas de masculinidade e atenderem suas necessidades. A população masculina deve sentir-se acolhida e integrada nesses serviços, a fim de terem suas demandas de cuidado (MEDEIROS, 2013).

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (BRASIL, 2009), os homens não buscam os serviços de saúde por serem “avessos” a prevenção e ao autocuidado, como também falta unidades de saúde preparadas para atendimento com qualidade aos homens.

Além disso, os homens não se reconhecem como “alvo” do atendimento de programas de saúde porque a maioria dos serviços de saúde tem suas ações voltadas prioritariamente para a população feminina. Os serviços públicos serem frequentados principalmente por mulheres e possuírem equipes de profissionais compostas em sua maioria por mulheres são condições que provoca nos homens a sensação de não pertencerem a esse espaço (GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007).

Outros aspectos a serem considerados, a exemplo da violência, do alcoolismo e do tabagismo, como alguns dos principais fatores de morbimortalidade, são determinantes sociais que resultam numa vulnerabilidade masculina, que associada as representações sobre masculinidade, podem dificultar o acesso ao cuidado, aumentando as situações de risco e vulnerabilidade e expondo a situações de violência (BRASIL, 2009).

Nesta perspectiva das vulnerabilidades masculina, os serviços de saúde precisam oferecer condições de diagnosticar essas vulnerabilidades para ser possível conhecer a realidade do homem, tomar decisões e contribuir para modificações futuras, levando em consideração os determinantes socioculturais, biológicos e comportamentais (BRASIL, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever a situação da mortalidade por câncer de pênis no Estado do Maranhão no período de 2010 a 2014.

3.2 Específicos

- Identificar as características socioeconômicas dos óbitos por câncer de pênis da população maranhense.
- Verificar a distribuição dos óbitos por neoplasia de pênis nas Regionais de Saúde do Estado.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo foi tipo descritivo de série histórica com abordagem na neoplasia de pênis.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem descritiva das características de determinada população ou fenômeno detalhadamente, buscando abranger as características de um indivíduo, uma situação ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos, a partir de uma técnica padronizada para a coleta de dados (OLIVEIRA, 2011).

4.2 Local de Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Estado do Maranhão que possui uma população estimada em 2014 de 6.850.884 habitantes, área de 332.936,948 km², densidade demográfica de 19,81 hab/km², tem 217 municípios sendo São Luís a capital do Estado (IBGE, 2014). Em 2012, a população masculina

maranhense correspondeu a 3.330.774 habitantes, sendo 1.645.913 homens da faixa etária de 20 a 59 anos (DATASUS, 2016).

4.3 População de estudo

A população de estudo foi composta por 177 óbitos de homens com neoplasia de pênis nos anos de 2010 a 2014. Os critérios de exclusão foram homens menores de 18 anos e residentes fora no Estado.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2016. Os dados foram coletados em base de dados secundários do DATASUS, sendo utilizado a classificação CID C60 neoplasia maligna de pênis, referentes ao ano de 2010 a 2014. As variáveis do estudo selecionadas foram escolaridade, cor/raça, estado civil e faixa etária e local de ocorrência do óbito.

O coeficiente de mortalidade por neoplasia de pênis foi calculado da seguinte forma (RIPSA):

$$TME = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de óbitos residentes por neoplasia maligna}}{\text{população total residente ajustada ao meio do ano}} \times 100.000$$

4.5 Análise dos dados

Os dados foram processados no Microsoft Excel e, em seguida, descritos em frequência relativa apresentadas em tabelas, sendo por fim analisados a partir das publicações científicas.

4.6 Aspectos Éticos e Legais

Quanto aos aspectos éticos e legais, considerando que a pesquisa foi em base de dados secundários e não envolveu diretamente seres humanos, não foi necessário a submissão deste projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme estabelece a Resolução CNS n°. 466/2012.

5 RESULTADOS

O coeficiente de mortalidade de câncer de pênis aumentou entre os anos de 2010 a 2014, a tabela 1 mostra o maior coeficiente estimado de 8,84 óbitos por 1 milhão de homens para o ano de 2014, correspondendo a 30 óbitos, aumento considerável se comparado ao ano de 2010, onde o coeficiente é 5,51 óbitos por 1 milhão de homens.

Tabela 1. Coeficiente de mortalidade de câncer de pênis nos anos de 2010 a 2014 no Maranhão. São Luís, 2016.

ANO	POPULAÇÃO	ÓBITOS	COEFICIENTE (1.000.000)
2010	3.261.515	18	5,51
2011	3.296.716	18	5,45
2012	3.330.774	23	6,90
2013	3.368.426*	28	8,31
2014	3.393.607*	30	8,84

*Projeção da população maranhense masculina, período de 2010 a 2030, IBGE

Todas as Regionais de Saúde são acometidas pela neoplasia de pênis, sendo o maior quantitativo de casos de óbito encontrado nas Regiões de Saúde de Itapecuru Mirim e São Luís, cada uma correspondendo a 13.33% dos casos, seguido de Imperatriz e Pedreiras com 10%, conforme a tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos casos de óbito por neoplasia maligna de pênis por Regionais de Saúde do Estado do Maranhão em 2014. São Luís, 2016.

REGIÃO DE SAÚDE (CIR)	F	%
BACABAL	2	6.66
BALSAS	1	3.33
BARRA DO CORDA	1	3.33
CAXIAS	2	6.66
CHAPADINHA	2	6.66
CODÓ	2	6.66
IMPERATRIZ	3	10.00
ITAPECURU MIRIM	4	13.33
PEDREIRAS	3	10.00
PINHEIRO	1	3.33
PRESIDENTE DUTRA	1	3.33
SANTA INÊS	1	3.33
SÃO LUÍS	4	13.33
TIMON	2	6.66
VIANA	1	3.33
TOTAL	30	100

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SI

A tabela 3 descreve as características socioeconômicas dos casos de óbito, os resultados obtidos revelam que a faixa etária de 20 a 29 anos teve um destaque no ano de 2013, 17.85% de óbitos, diferente dos outros anos. A faixa etária de maior relevância entre os anos de 2010 a 2014 foi 60 anos ou mais (64.70%), sendo o ano de 2014 o que apresentou maior número de casos correspondendo a 56.66%.

A cor parda e preta quando somadas representam a raça negra, como mostrado no estudo de Silva, Oliveira, Bonfim (2012). No estudo, a porcentagem de óbitos da raça negra se manteve em aproximadamente 70% em todos os anos analisados.

Os anos de 2011 (55.55%), 2013 (42.85%) e 2014 (40%) aproximadamente metade dos óbitos ocorreram em homens sem nenhuma escolaridade. A baixa escolaridade (1 a 3 anos de estudo) foi relevante nos anos de 2010 (50%) e 2014 (40%) para os óbitos por câncer de pênis. Poucos óbitos ocorreram em homens com mais de 8 anos de estudo correspondendo a 5.12% de toda a população masculina estudada.

Após a análise do estado civil dos indivíduos, verificou-se que a maior proporção dos óbitos ocorreu em homens casados (44.44%) considerando toda a população em estudo. Destaca-se esta condição para o ano de 2010 que representou 50% dos casos, seguido pelos solteiros com 27,77%. Houve um aumento do percentual de óbitos em homens casados do ano de 2012 (39,13%) para o ano de 2014 (46,66%).

Observou-se ainda ocorrência de variações ao longo dos anos de 2010 a 2014 para os diferentes estados civis. Destaca-se os óbitos em viúvos no ano de 2010 representado por 5.55% dos casos com um aumento importante em 2012 de 17,39% mantendo-se até o ano de 2014.

A distribuição dos óbitos por câncer de pênis segundo o local de ocorrência mostrou que uma maior concentração dos óbitos ocorreu em hospitais, com predomínio de 73,91% no ano de 2012, mantendo-se neste padrão nos demais anos estudados. A ocorrência de óbitos no domicílio apresentou variações discretas no decorrer dos anos e um aumento de 2010 (27.77%) a 2014 (40%).

Tabela 3. Características socioeconômicas dos casos de óbito por câncer de pênis da população maranhense no período de 2010 a 2014. São Luís, 2016.

Características	2010		2011		2012		2013		2014	
	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%
Faixa etária										
20 a 29	-	-	-	-	1	4.34	5	17.85	-	-
30 a 39	1	5.55	-	-	4	17.39	3	10.71	2	6.66
40 a 49	7	38.88	3	16.66	2	8.69	2	7.14	3	10.00
50 a 59	2	11.11	1	5.55	5	21.73	4	14.28	8	26.66
60 ou mais	8	44.44	14	77.77	11	47.82	14	50	17	56.66
Cor/ raça										
Branca	2	11.11	2	11.11	7	30.43	4	14.28	8	26.66
Preta	2	11.11	4	22.22	5	21.73	1	3.57	2	6.66
Parda	14	77.77	12	66.66	11	47.82	20	71.42	20	66.66
Ignorada	-	-	-	-	-	-	3	10.71	-	-
Escolaridade (em anos)										
Nenhuma	4	22.22	10	55.55	8	34.78	12	42.85	12	40.00
1 a 3	9	50.00	4	22.22	5	21.73	6	21.42	12	40.00
4 a 7	2	11.11	1	5.55	6	26.08	5	17.85	4	13.33
8 a 11	-	-	-	-	3	13.04	1	3.57	2	6.66
Ignorado	3	16.66	3	16.66	1	4.34	4	14.28	-	-
Estado civil										
Solteiro	5	27.77	6	33.33	6	26.08	5	17.85	6	20.00
Casado	9	50.00	8	44.44	9	39.13	12	42.85	14	46.66
Viúvo	1	5.55	2	11.11	4	17.39	3	10.71	3	10.00
Separado judicialmente	1	5.55	-	-	1	4.34	-	-	1	3.33
Outro	-	-	2	11.11	3	13.04	7	25	4	13.33
Ignorado	2	11.11	-	-	-	-	1	3.57	2	6.66
Local de ocorrência										
Hospital	13	72.22	11	61.11	17	73.91	18	64.28	18	60.00
Domicílio	5	27.77	7	38.88	6	26.08	10	35.71	12	40.00
Total	18	100	18	100	23	100	28	100	30	100

6 DISCUSSÕES

O coeficiente de mortalidade por câncer de pênis no estado do Maranhão variou de 5,51 óbitos por 1 milhão de homens em 2010 a 8,84 óbitos por 1 milhão de homens em 2014, o que mostra um aumento considerável dos óbitos. Esse resultado entra em concordância com os estudos realizados por Silva, Oliveira, Bonfim (2012) e Allebrandt et al (2013) sobre o perfil da mortalidade por neoplasia de pênis, os quais citam como fatores agravantes a dificuldades de acesso aos serviços de saúde, menor nível social e condições higiênicas precárias.

O aumento desse coeficiente pode estar associado a baixa frequência dos homens no serviço de saúde, segundo Barros, Melo (2009), essa baixa frequência está relacionada ao medo de descobrir-se doente e o receio de expor o corpo à investigação, pois a sociedade percebe o homem como um ser forte e viril e o processo de adoecimento traz uma ideia de fragilidade e fraqueza.

Nesse contexto, os serviços de atendimento à saúde do homem estão vinculados as Unidades Básicas de Saúde da Família, onde são desenvolvidas as ações propostas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem que visa ampliar e facilitar o acesso do público masculino aos serviços de saúde, contribuindo para reduzir a mortalidade dessa população (SILVA, OLIVEIRA, BONFIM, 2012).

O desenvolvimento de cuidados essenciais para o homens jovens e adultos na atenção básica é fundamental para o alcance de melhores indicadores de qualidade de vida e padrões de vida mais longas. As Equipes Saúde da Família, atuantes nas Unidades Básicas de Saúde, devem facilitar o enfrentamento dos agravos que são específicos do sexo masculino ou que apresentem maiores taxas de ocorrência nessa população (BRASIL, 2009).

A distribuição dos óbitos por câncer de pênis nas Regionais de Saúde mostra as Regiões de São Luís e Itapecuru Mirim com o maior quantitativo de casos, seguido das Regiões de Imperatriz e Pedreiras. Essa grande concentração pode estar relacionada a uma maior densidade demográfica existente, além de uma maior disponibilidade de serviços especializados que possibilitem o diagnóstico, considerando que em outras

localidades a doença não tenha sido detectada (SILVA, OLIVEIRA, BONFIM, 2012).

O presente estudo evidenciou que a faixa etária de 60 anos ou mais é a mais acometida pela doença. Os trabalhos científicos consultados mostram que as maiores incidências ocorrem entre a quarta e a sexta décadas da vida (RODRIGUES, VERONEZE, VARGAS, 2013; BATISTA et al 2014; ALLEBRANDT et al, 2013). Importante destacar a ocorrência de óbitos na faixa etária dos 20 aos 29 anos, sugerindo a associação da doença aos fatores de risco, tais como papilomavírus humano (HPV), fimose, ausência de higiene íntima (AITA, 2014; COSTA et al, 2013; ALLEBRANDT et al, 2013).

No estudo de Allebrandt et al (2013), os pacientes mais acometidos por câncer de pênis foram de cor/raça parda e preta, além de possuírem situações socioeconômicas menos favoráveis, o que também se evidenciou nesse estudo, onde o número de casos por câncer de pênis foi maior em homens de raça negra.

Segundo Brasil (2009), a PNAISH deve considerar as diferenças étnico-raciais do homem, como também idade, condição socioeconômica, local de moradia em meio urbano ou rural e orientações sexuais para propor medidas de acesso dos homens aos serviços de atenção primária, essenciais para promover equidade na atenção à saúde da população masculina (BRASIL, 2009).

A maioria dos casos de óbito por câncer de pênis acometem homens que não possuem escolaridade, resultado compatível com o estudo realizado por Fugliuolo et al (2015) onde a neoplasia acometeu principalmente homens de classe social e nível de instrução baixo, os autores relacionaram a demora na procura de atendimento médico ao baixo nível de instrução dos pacientes, um fator prejudicial ao tratamento.

A escola é um local de construção de sujeitos críticos e autônomos, isso a torna um lugar essencial para a promoção de saúde, promover saúde nas escolas visa garantir oportunidades a todos os educandos a fazerem escolhas que sejam favoráveis à saúde, buscando melhorias na sua qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Os óbitos ocorreram em pacientes com maior escolaridade, entre 8 e 11 anos de estudo, não é frequente. Sugere-se que quanto maior nível de

instrução dos homens menor é a incidência da doença, pois o analfabetismo e a baixa escolaridade tem predominado e são índices relevantes em pesquisa (ALLEBRANDT et al, 2013).

Foi constatado que a maioria dos óbitos por câncer de pênis ocorreu em homens casados, esse resultado também foi encontrado por Silva et al (2014) em seu estudo realizado no estado de Pernambuco, onde indica que o casamento não é um obstáculo para a multiplicidade de parceiros, condição que favorece o acometimento por doenças sexualmente transmissíveis, consideradas fatores de risco para desenvolvimento do câncer de pênis. Nesta perspectiva, é necessário que as ações desenvolvidas pela PNAISH sejam direcionadas para os homens casados e que sejam efetivas para redução dos casos morbimortalidade pela neoplasia de pênis.

O local de ocorrência dos casos de óbito foi predominantemente em ambiente hospitalar. O tempo médio entre o início dos sintomas e busca por assistência médica varia entre 8 a 12 meses ou mais, o medo, a vergonha, a ignorância, a negligência e a culpa são fatores que impedem os homens a não buscarem assistência médica imediata, ocasionando uma progressão da doença, o pênis é um órgão associado a virilidade e o medo de ver esse órgão ameaçado também impede a busca por ajuda especializada no início dos sintomas, período onde as chances de cura são maiores (PAIVA, 2010; BARROS, MELO, 2009).

A baixa frequência de óbitos no domicílio pode estar ligada a uma ação efetiva da atenção primária de saúde a partir da PNAISH, no fornecimento de informações e orientações da população masculina sobre a promoção, proteção, prevenção e tratamento da enfermidade.

A resistência masculina à atenção primária aumenta os custos financeiros da sociedade e em especial, o sofrimento físico e emocional do paciente e da sua família no tratamento e por uma melhor qualidade de vida. Isso seria evitado se os homens realizassem as medidas de prevenção primária (BRASIL, 2009).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que o câncer de pênis é uma neoplasia de destaque no Estado do Maranhão, ocorrendo em todas as Regionais de Saúde, o aumento considerável do número de óbitos no presente estudo constitui-se em um problema de saúde pública, pois é uma doença de fácil prevenção, detecção e bons resultados com o tratamento precoce.

A situação de mortalidade por câncer de pênis durante o período analisado apresentou aumento do coeficiente de mortalidade, os maiores quantitativos de óbitos encontrados foram nas Regiões de Itapecuru Mirim e São Luís, o grupo mais acometido foram os homens na faixa etária de 60 anos ou mais, negros, sem nenhuma escolaridade, casados e com local de ocorrência hospitalar.

O aumento do número de óbito por câncer de pênis no Maranhão identificado no período de estudo, remete as baixas condições socioeconômicas, que podem estar associados a diferentes fatores de risco como a ausência de higiene íntima, presença de fimose e papilomavírus humano (HPV), o que chama a atenção à necessidade de fomentar medidas de prevenção e promoção do autocuidado, bem como sensibilizar o homem para importância da manutenção de sua saúde biopsicossocial.

A promoção da saúde mental dos pacientes acometidos pela neoplasia de pênis é essencial. A doença causa desgaste emocional e afeta psicologicamente o homem, pois o pênis está diretamente relacionado a sua sexualidade e virilidade.

As ações de educação em saúde desenvolvidas na Atenção Primária a Saúde pela equipe multidisciplinar devem ser voltadas para o perfil dos portadores do câncer de pênis, as orientações sobre a promoção, a prevenção, a proteção, diagnóstico precoce, o tratamento e a recuperação da saúde devem ser claras.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem alinhada Política Nacional de Atenção Básica devem chamar a atenção dos homens a cuidarem da sua saúde, a enfrentarem os determinantes e condicionantes de saúde e os agravos que são específicos do sexo masculino ou que apresentem maior taxa de ocorrência na população masculina.

As Redes de Atenção a Saúde, uma estratégia para o cuidado integral, devem identificar os riscos, a clínica deve ser ampliada e capaz de identificar as necessidades e demandas do usuário para que as intervenções propostas sejam eficazes.

Os atores da gestão pública são responsáveis por desenvolver mecanismos técnicos de qualificação da forma do trabalho para a gestão e atenção à saúde, e, neste contexto, os profissionais de saúde devem ser valorizados e qualificados para acolher e integrar os homens nos serviços de saúde, com atenção a saúde reprodutiva e riscos e vulnerabilidades comuns ao homem.

REFERÊNCIAS

AITA, G.A. Características clinicopatológicas e fatores prognósticos em portadores de câncer de pênis com linfonodos negativos submetidos ou não a linfadenectomia inguinal. São Paulo: **Coleciona SUS (Brasil)**, 2014. 114p.

ALLEBRANDT, A.P.; ROCHA, F.C.V.; SILVA, K.M.D.; ARAÚJO, T.M.D.O. Caracterização de pacientes com câncer de pênis em um Hospital Filantrópico. **Rev. Multip. Saúde HSM**, v. 1, n. 2, p. 14-25, 2013.

BARREIRA, M. A.; LIMA, L. O.; JÚNIOR, J.J.A.; SILVA, L.F.G.; LIMA, M.V.A. Experiência do hospital Haroldo Juaçaba com reconstrução utilizando retalhos miocutâneos em cirurgia para tratamento do câncer de pênis locorregionalmente avançado. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 1, p., 2014.

BARROS, E.N; MELO, M.C.B. Câncer de pênis: perfil sócio-demográfico a respostas emocionais à penectomia em pacientes atendidos no Serviço de Psicologia do Hospital de Câncer de Pernambuco. **Rev. SBPH**, v. 12, n. 1, p. 99-111, 2009.

BATISTA, L.L.; FONSECA, A.G.D.; ANDRADE FILHO, J.F.A.; MOREIRA, R.R.; REGIS, J.S.; FERREIRA, P.R.C. Estudo das linfadenectomias inguinais realizadas em pacientes portadores de câncer de pênis em Hospital de Referência da Amazônia. **Revista Paraense de Medicina** - v.28, n.3, p. 33-41, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem : princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BROLEZZI, E.A.; MARQUES, G.D.O.; MARTINEZ, L.C.B. As principais causas de adoecimento e morte em homens no Brasil. **Revista eletrônica**. Disponível em <http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/saude_do_homem.pdf>. Acesso em 09 dez 2016.

CARVALHO, J.J.M.; MOREIRA, R.D.J.; VEDOVATO, B.C.; SILVA, D.B.; CARVALHO, J. Z.M.; TREVIZOL, A.P.; SIMABUKURO, A.M. Câncer de pênis em jovem de 23 anos associado a infecção por HPV 62 – Relato de caso. **J Bras Doenças Sex Trans**, v. 23, n. 1, p. 44-47, 2011.

COSTA, S.; RODRIGUES, R.; BARBOSA, L.; SILVA, J.O.; BRANDÃO, J.O.D.C.; MEDEIROS, C.S.Q.D. Câncer de pênis: epidemiologia e estratégias de prevenção. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde** Facipe, Recife, v. 1, n.2, p. 23-33, 2013.

CURADO et al. **Cancer incidence in five continents**, volume IX. Lyon: IARC; 2007, p. 570-571.

Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

FAVORITO, L.A.; NARDI, A.C.; RONALSA, M.; ZEQUI, S.C.; SAMPAIO, F.J.B.; GLINA, S. Epidemiologic Study on Penile Cancer in Brazil. **International Braz J Urol**, v.34, n.5, p. 587-593, 2008.

FACINA, T. Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.60, n.3, p.63, 2014.

FIGLIUOLO, G.; LIMA, S.N.P.; COSTA, S.P.D.; SILVA, J.M.D.; PAIVA, C.S.; BEZERRA, J.N.A.; SILZA, K.L.T. Perfil clínico-epidemiológico associado a fatores de risco de pacientes com câncer de pênis atendidos em um Hospital de Referência Oncológica em Manaus. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 11, n.40, p.60-65, 2015.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C.D. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.565-574, 2007.

HAKENBERG, O.W.; COMPÉRAT, E.; MINHAS, S.; NECCHI, A.; PROTZEL, C.; WATKIN, N. Guidelines on Penile Cancer. **European Association of Urology**, 2014. Disponível em <https://uroweb.org/wp-content/uploads/12-Penile-Cancer_LR.pdf>. Acesso em 25 nov 2016.

LLAPA-RODRIGUÉZ, E.O.; OLIVEIRA, A.S.A.D.; OLIVEIRA, D.D.S.D.; GOIS, C.F.L.; EUZÉBIO, D.M.; MATTOS, M.C.T.D. Análise de variáveis socioeconômicas e o risco que apresentam frente ao câncer. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.8, n.7, p.2013-2019, 2014.

MEDEIROS, R.L.S.F.M.D. Dificuldades e estratégias de inserção do homem na Atenção Básica à Saúde: a fala dos enfermeiros. João Pessoa, 2013. Disponível <<http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/5133/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em 20 dez 2016.

OLIVEIRA, M.F.D. Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em administração. Catalão, UFG, 2011, 72 p.: il. Disponível em <https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf>. Acesso em 02 dez 2016.

PAIVA, G.R. Carcinoma de pênis: panorama da doença no Estado da Bahia: considerações epidemiológicas e histopatológicas. Bahia, 2010. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4208/1/Geise%20Paiva.%20Carcinoma%20de%20p%C3%AAnis.pdf>>. Acesso em 31 dez 2016.

POMPEO, A.C.L.; KOFF, W.; DAMIÃO, R.; CARRERETTE, F.B.; MARTINS, P.C.V.; ORNELLAS, A.A.; MATTOS, J.D.; GIL, A.O.; DUBOURCQ, F.; CARVALHAL, G.; SABANEEFF, J.; CAPONERO, R.; RUI FILHO, R.T.F.; CLARCK, O. **Projeto Diretrizes: Carcinoma de Pênis – Parte I**. Associação Médica Brasileira, 2006. Disponível em <http://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/carcinoma-do-penis-parte-i.pdf>. Acesso em 06 jun 2016.

RIPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008. 349p.

RODRIGUES, D.H.V.; VERONEZE, M.C.G.; VARGAS, D.R.M.D. A saúde integral do homem e a prevenção do câncer de pênis em uma instituição militar do município de Araguaína – TO no ano de 2012. **Convibra**, 2013. Disponível em <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/77/2013_77_7667.pdf>. Acesso em 19 dez 2016.

SANTOS, I.M.; MAIORAL, M.F.; HAAS, P. Infecção por HPV em homens: Importância na transmissão, tratamento e prevenção do vírus. **Estud Biol**. 2010/2011 jan/dez;32/33(76-81):111-18. Disponível em <www2.pucpr.br/reol/index.php/BS?dd1=5951&dd99=pdf>. Acesso em 14 jul 2016.

SCHWARZ, E.; GOMES, R.; COUTO, M.T.; MOURA, E.C.D.; CARVALHO, S.D.A.; SILVA, S.F.C.D. Política de saúde do homem. **Rev Saúde Pública**, n. 46(Supl), p.108-116.

SILVA, R. S. D.; SILVA, A.C.M.D.; NASCIMENTO, S.G.D.; OLIVEIRA, C.M.D.; BONFIM, C.V.D. Aspectos demográficos e epidemiológicos da mortalidade por câncer no pênis. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 44-47, 2014.

SILVA, C.S.D. Câncer peniano: fatores causadores e percepção do homem diagnosticado com câncer peniano. Teresina, 2016. Disponível em <http://www.famep.com.br/repositorio/2016.2/monografias/enfermagem/cancer_peniano_fatores_causadores.pdf>. Acesso em 21 dez 2016.

SUARÉZ, L.R. Câncer de pene. **Revista Médica de Costa Rica y CentroAmérica**, n. LXVIII, v.598, p. 271-275, 2011.

WANICK, F.B.F.; TEICHNER, T.C.; SILVA, R.; AZEVEDO, L.M.S.D.;
MAGNANINI, M.M.F. Squamous cell carcinoma of the penis: clinicopathologic
study of 34 cases. **An Bras Dermatol**, n.86, v.6, p.1082-91, 2011.

ANEXO

ANEXO A - Parecer de aprovação do colegiado



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

APÊNDICE 1- PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

- 1- TÍTULO: Situação da mortalidade por câncer de pâncreas no Estado do Maranhão.
- 2- DISCENTE: Suzanne Beatriz Araújo Bonfim
- 3- ORIENTADOR: Flávia Baluz B. de Farias
- 4- INTRODUÇÃO: Contextualizado, coerente e coerente, abordando o problema da pesquisa.
- 5- JUSTIFICATIVA: Condizente com a atualidade e atendida à problemática da pesquisa.
- 6- OBJETIVOS: Parâmetros de serem alcançados
- 7- PROCESSO METODOLÓGICO: Atende aos critérios existentes para atender os objetivos propostos.
- 8- CRONOGRAMA: Atualizado e condizente com o período atual da pesquisa
- 9- TERMO DE CONSENTIMENTO: Assente, por se tratar de dados dispostos em base de dados secundária.
- 10- CONCLUSÃO DO PARECER: Sumo de parecer favorável para aprovação.

São Luís (MA), 06 de Abril de 2016.

Rafael de Abreu Lima.
Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 06/04/2016
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .

Lena Maria Barros Fonseca
Profª Drª Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem