



IPTAN - INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR
“PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

JÉSSICA LAÍS RESENDE VIEIRA

A INFLUÊNCIA DO VÍRUS HPV NO CÂNCER PENIANO: AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A ESTE PACIENTE

SÃO JOÃO DEL – REI

2014

JÉSSICA LAÍS RESENDE VIEIRA

A INFLUÊNCIA DO VÍRUS HPV NO CÂNCER PENIANO: AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A ESTE PACIENTE

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN – como requisito parcial à obtenção do título de Graduado, sob orientação da Prof.^a Msc. Jaíne das Graças Oliveira Silva Resende.

SÃO JOÃO DEL – REI

2014

Jéssica Laís Resende Vieira

A INFLUÊNCIA DO VÍRUS HPV NO CÂNCER PENIANO: AÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A ESTE PACIENTE

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN – como requisito parcial à obtenção do título de Graduado, sob orientação da Prof^a. Msc. Jaíne das Graças Oliveira Silva Resende.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Esp. Marcio Antonio Resende (Examinador)

Prof. Msc. Domingos Sávio dos Santos (Examinador)

Prof.^a Msc. Jaíne das Graças Oliveira Silva Resende (Orientadora)

A Deus, a minha mãe Suely, ao meu pai Lourival, ao meu namorado Wesley, aos meus amigos e familiares e a minha família de coração do Hospital Nossa Senhora das Mercês.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, que sempre foi o ser que iluminou e guiou toda a minha vida e que esteve presente sempre como um pilar de sustentação.

Ao meu pai, que me deu o dom da vida e que me ajudou.

Aos meus amigos, que sempre souberam me apoiar quando eu mais precisava.

Ao meu namorado, que me deu forças e me ajudou a superar cada obstáculo, me mostrando cada dia que eu podia sempre mais.

A minha segunda família, do Hospital Nossa Senhora das Mercês, principalmente ao Centro Cirúrgico, que tanto me apoiaram e me mostram sempre um caminho para todos os meus problemas.

A minha orientadora, que tanto fez sacrifícios e se empenhou ao máximo para poder me ajudar a realizar o meu sonho.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. HPV NO HOMEM: PRINCIPAIS INFORMAÇÕES SOBRE O VÍRUS.....	12
1.1. Epidemiologia.....	12
1.2. Bases Conceituais do vírus HPV.....	12
1.3. Fisiopatologia.....	14
1.4. Formas de Transmissão.....	16
1.5. Diagnóstico.....	18
1.6. Tratamento.....	18
1.7. Profilaxia.....	19
2. CÂNCER DE PÊNIS: PRINCIPAIS CONCEITOS SOBRE A DOENÇA...	20
2.1. Epidemiologia e etiologia da doença.....	20
2.2. Histopatologia.....	23
2.3. Estadiamento.....	24
2.4. Tratamento.....	26
3. A ENFERMAGEM E O PACIENTE COM CÂNCER PENIANO.....	29
3.1. Cuidados de Enfermagem.....	29
3.2. Abordagem psicológica realizada pela Enfermagem.....	32
3.3. Prevenção.....	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEC: Carcinoma de Células Escamosas

CP: Câncer de Pênis ou Câncer Peniano

DNA: Ácido Desoxirribonucléico

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

EUA: Estados Unidos da América

HPV: PapilomaVírus Humano

TNM: Sistema de Estadiamento do Câncer

UBS: Unidades Básicas de Saúde

UICC/AJCC: União Internacional Contra o Câncer/ American Joint
Committee on Cancer

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Classificação dos tipos de HPV.....	13
Tabela 02 – Revisão dos produtos dos genes do HPV	15
Tabela 03 – Classificação de Jackson para o estadiamento do câncer de pênis	25
Tabela 04 – Sistema TNM proposto pela UICC/AJCC para estadiamento do câncer de pênis	26

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Lesões no órgão genital de ocorrência na forma clínica	17
Figura 02: Lesão ulcero-infiltrativa, distante 1cm do óstio uretral	26
Figura 03: Pós-operatório de 2 meses	27

RESUMO

O câncer peniano é uma neoplasia rara, cujo tratamento é, muitas vezes, mutilante e devastador para o homem. O objetivo desse estudo foi oferecer ao leitor, através de revisão de literatura, informações relevantes sobre o vírus HPV, o carcinoma do pênis e discriminar algumas ações de enfermagem na orientação dos pacientes e familiares portadores desta neoplasia. Para tanto, realizou-se levantamento de artigos disponibilizados em bases de dados como SCIELO, PUB MED e LILACS, livros, teses e dissertações. O câncer peniano tem uma maior incidência em homens a partir dos sessenta anos de vida e, em relação ao Brasil, é mais comum nas regiões Norte e Nordeste. Dentre os principais fatores de riscos estão a fimose, higienização íntima inadequada e as DST's, como o HPV, que, ao se instalar no hospedeiro, pode influenciar no aparecimento do CP. Sua principal sintomatologia consiste em úlcera de difícil cicatrização ou tumor de pênis associado ao acúmulo de esmegma. Normalmente, o tratamento é feito através da amputação do órgão, pelo médico responsável e sua equipe. Em relação à enfermagem, esta contribui para a reabilitação física e emocional deste paciente. Desta forma, fazem-se necessárias mais pesquisas sobre o tema abordado, para que mais dados sejam coletados e informações possam ser destinadas à população carente por meio de campanhas educativas.

PALAVRAS-CHAVE: Papiloma Vírus Humano, Câncer de Pênis, Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O câncer peniano (CP) é uma das mais antigas doenças conhecidas. Por ter caráter mutilante, afeta aspectos físicos e psicológicos dos pacientes, uma vez que o tratamento é cirúrgico. Os resultados das terapêuticas clínicas aplicadas para esta patologia nem sempre têm eficácia significativa, além de serem altamente tóxicas, fazendo com esta neoplasia seja uma das mais perigosas para o homem.

Os principais fatores de risco relacionados a esta patologia são as doenças sexualmente transmissíveis (DST's), especialmente o Papiloma Vírus Humano(HPV), fimose, má higienização do órgão genital, comportamento sexual inadequado, dentre outros.

O câncer de pênis, por ser uma patologia de ocorrência relativamente rara, é pouco estudado, e a sociedade, pouco informada. Neste sentido, há a necessidade de mais estudos e orientações à população, pois a partir de um diagnóstico precoce, pode-se evitar o crescimento local da lesão e a posterior amputação do órgão genital masculino, o que justifica a realização deste estudo. Para tanto, utilizou-se como metodologia, pesquisa teórica em livros, teses e dissertações, além de periódicos retirados das bases de dados SCIELO, PUB MED, LILACS.

Este trabalho teve como objetivo centraloferecer ao leitor, através de revisão de literatura, informações relevantes sobre o vírus HPV, o carcinoma do pênis e discriminar algumas ações de enfermagem na orientação dos pacientes e familiares portadores desta neoplasia.

Este estudo apresentará em seu primeiro capítulo, os principais conceitos relacionados ao vírus HPV, como este influencia no aparecimento do tumor peniano, sua epidemiologia, fisiopatologia, formas de transmissão, diagnóstico, tratamento e profilaxia.

O segundo capítulo abordará as principais informações sobre a doença, epidemiologia, etiologia, histopatologia, estadiamento, ou seja, a melhor estratégia terapêutica a ser estabelecida para garantir um tratamento mais adequado.

Em relação ao terceiro capítulo, serão abordados os principais cuidados de enfermagem ao paciente com câncer peniano.

De acordo com a Resolução 196/96 que dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, afirma que a pesquisa de caráter bibliográfico não necessita de aprovação do Comitê de Ética.

1. HPV NO HOMEM: PRINCIPAIS INFORMAÇÕES SOBRE O VÍRUS

Atualmente, o HPV é uma das patologias mais divulgadas. Esta tomou proporções alarmantes e, assim, gerou vários incômodos à toda uma sociedade que pouco conhecia e muito tinha a temer.

Sabe-se que mulheres são acometidas por este vírus, mas que, recentemente, muitos homens também portam esta patologia e sua severidade é grande em ambos os sexos, não distinguindo cor, idade, etnia e religião.

1.1. Epidemiologia do HPV

O HPV é a DST mais comum no planeta, e calcula-se, em média, que 75% dos indivíduos sexualmente ativos já tenham tido contato com o vírus, tendo maior prevalência na África, América Central e México e menor na Europa e Ásia (JALIL *et al*, 2009, p.446 e COBO, *et al*, 2009, p.66).

Em relação ao Brasil, não há dados estatísticos significativos de prevalência de infecção por HPV em pessoas sexualmente ativas; a estatística é baseada em pacientes com neoplasias intraepiteliais cervicais e carcinoma de colo de útero (VILLA; *et al*, 2006,p.5579).

Desta forma, o Brasil pode ser considerado um país com alta incidência de infecções por HPV, tendo em média 137 mil novos casos por ano (GIULLIANO; *et al*, 2008, p.23).

De acordo com Dunne; *et al* (2006, p.1053) e Partridge; Koutsky (2006, p.26), a infecção masculina contribui bastante para a infecção em mulheres e acredita-se que mais de 70% de parceiros de mulheres com infecção cervical por HPV são portadores do DNA desse vírus.

1.2. Bases conceituais do vírus HPV

O vírus HPV pertence à família Papovaviridae e apresenta mais de 100 tipos reconhecidos. Ele causa DSTs e pelo seu poder oncológico, divide-se em três grupos: vírus de baixo, potencialmente e alto risco, como mostra a Tabela 01 (SATYAPRAKASH; TYRING, 2010, p.16 e REZAZADEH; *et al*, 2009, p.64).

Tabela 01: Classificação dos tipos de HPV

Grupo	Tipo de HPV
Alto Risco	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59
Potencialmente de alto risco	26, 53, 66, 68, 73, 82
Baixo risco	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108

FONTE: Adaptado de Muñoz, *et al*, (2006, s.p.)

Por obter vários subtipos de HPV e estes poderem ser ou não de alto índice oncogênico, podem atingir várias partes do corpo humano, como mucosa oral e faríngea, regiões genitais e ânus. Desta forma, quando o subtipo é oncogênico, pode levar à formação de várias lesões e nódulos na região afetada ou nas proximidades (ANIC, G. M. *et al*, 2014, p.2).

Em HPV de baixo risco, pode-se encontrar lesões de alto grau. Quando há casos como este, é complicado diagnosticar a causalidade a um determinado genótipo de HPV, pois os métodos utilizados para genotipagem não preservam a arquitetura tecidual, impedindo a determinação do tipo de HPV da lesão e assim, constatar se o vírus encontra-se no subtipo que leva uma infecção assintomática (DE SANJOSÉ, *et al*, 2010, p.1053 e OLIVEIRA, *et al*, 2012, p.18).

Os 18 tipos mais comuns de HPV que infectam o trato anogenital, determinando com precisão a presença ou ausência de DNA de vírus dos grupos de baixo, alto e potencialmente de alto risco são detectados pela captura híbrida, um teste sensível, capaz de identificar vários agentes etiológicos de doenças infecciosas como o HPV (ROSENBLATT; *et al*, 2005, p.6).

Mesmo com o conhecimento de qual vírus infectou seu hospedeiro, ainda existem poucas informações sobre esta infecção em indivíduos do sexo masculino; mas, estudos mostram que estes contribuem para propagação do vírus, podendo assim experimentar morbidades e potencial mortalidade nas doenças por HPV (SZULCZEWSKI, 2009, p.44).

1.3. Fisiopatologia

De acordo com Muños, *et al* (2006, p.5), os papilomavirus são organismos obrigatoriamente intracelulares, adaptáveis ao tecido do hospedeiro e dependentes da máquina celular.

Os papilomavírus são de uma espécie específica e possuem tropismo pelo epitélio escamoso da pele e das mucosas. Por haver vários tipos que infectam uma espécie, mostram preferência pela contaminação de mãos, pés, mucosas orais e genitais e, assim, essas lesões estarão associadas ao tipo de vírus, como HPV6 e 11 que causam verrugas genitais, HPV6 e 18 que são encontrados em neoplasias e carcinomas escamosos de colo de útero e de pênis (BOCCARDO; VILLA, 2003, p.93).

O HPV afeta somente células epiteliais e sua multiplicação está relacionada ao processo de diferenciação dessas células no hospedeiro. Sua replicação e montagem viral ocorrem em tempo suficiente, porque os queratinócitos basais¹ sofrem diferenciação completa e descamação, assim não há indução de morte citopática ou necrose celular e, conseqüentemente, ausência de resposta imune (FELLER; *et al*, 2009, p.16).

Este vírus entra na célula pela membrana basal, através dos microporos, começando a replicar no núcleo da célula infectada, enquanto a produção dos vírus maduros ocorre na membrana suprabasal e, desta forma, o genoma viral é mantido nessas células como plasmídeo, que é formado por aproximadamente 8.000 pares de bases associadas a histonas, e possui uma região regulatória(LCR-“longcontrolregion”), envolvida na resistência e replicação viral, expressando assim antecipadamente (E: “Early”), e posteriormente (L: “Late”) formadora do capsídeo viral (LEHOUX,*et al*, 2009,p.273 e FELLER, *et al*, 2009, p.16).

Esta se diferencia em L1 e L2, como apresentada na Tabela 02, juntamente com as proteínas da região E. Destas proteínas, somente E6 e E7são referidas em progressão maligna, indispensáveis para manutenção do fenótipo alterado e para o ciclo de vida viral. As características desses genes instituem fibroblastos e queratinócitos, mostrando a capacidade do vírus, de interação com algumas proteínas celulares. Assim, E6 é capaz de se ligar e promover a degradação dap53

¹É a camada mais profunda da epiderme, delimitando-se com a derme (BARBANTI,*et al*, 2005, p.19).

Tabela 02: Revisão dos produtos dos genes do HPV

Produto do gene	Descrição
E1	Atividade de helicase dependente de ATP; necessária para a replicação viral e controle da transcrição gênica.
E2	Fator de transcrição viral; necessária para a replicação viral e controle da transcrição gênica.
E4	Parece interagir com a rede de citoqueratina celular; sugere-se seu envolvimento na montagem viral.
E5	Pode interagir com receptores de fatores de crescimento; pode diminuir a expressão de moléculas de HLA de Classe I e alterar a expressão na superfície de moléculas MHC de Classe II.
E6	Envolvida no processo de transformação e imortalização celular; degrada p53; pode ativar a telomerase; efeito anti-apoptótico; induz a instabilidade genômica.
E7	Envolvida no processo de transformação e imortalização celular; interação com pRB; induz a instabilidade genômica.
L1	Principal proteína do capsídeo.
L2	A proteína viral menos abundante; contribui na encapsidação do DNA viral; envolvida no transporte nuclear do DNA viral.

FONTE: Adaptado de Boulet, *et al*, (2007, p.2009)

(fator de supressão tumoral) e a telomerase (responsável pela transdução de sinais), estimulando a regulação da transcrição e apoptose. A E7 degrada a proteína do retinoblastoma e modifica fatores que regulam a proliferação celular (entre a fase G1 e S, período de síntese e duplicação do DNA) (CID-ARREGUI, 2009, p.80 e STERLINKO, *et al*, 2009, p.280).

Após a entrada do vírus HPV na célula hospedeira, inicia-se os estágios iniciais da infecção viral que incluem a adsorção, contato entre receptor celular e uma proteína viral, penetração, perda do capsídeo viral e liberação do conteúdo genômico. Assim, agentes patogênicos acabam utilizando vias celulares existentes para transporte de nutrientes, terminando seu percurso em lisossomos e organelas capazes de matar microrganismos (GRUENBERG; VAN DER GOOT, 2006, p.497).

Seu período de incubação é de 2 a 3 semanas antes do início das lesões, permanecendo o DNA do HPV em qualquer célula antes ou depois de uma infecção produtiva. Porém, o genoma pode ficar dentro da célula sob forma circular, não íntegro ao genoma celular. E nas primeiras fases da infecção, o DNA episossômial se replica na camada basal, concomitante ao DNA celular, gerando vinte a cinquenta cópias por célula (SZULCZEWSKI, 2009, p.43).

A célula hospedeira utiliza o processo de endocitose na captura das partículas virais. Estas, por sua vez, dentro da célula utilizam sua maquinaria para iniciar a sua replicação e infectar novas células.

Como corrobora com os autores supracitados, o papilomavírus utiliza a via endocítica do ferro e a transcitose para infectar células hospedeiras do sangue; após a replicação viral, um número maior de partículas seria liberado, transmitindo a outros organismos hospedeiros. O ferro está quase sempre presente em processos essenciais para células hospedeiras quanto para seus patógenos, como na síntese de DNA; pois no momento em que o ferro é absorvido pela célula, alguns vírus aproveitam para infectar durante a entrada celular, através da ligação com o receptor de transferina (TfR), enquanto outros patógenos virais alteram a expressão de proteínas do metabolismo do ferro, sendo este elemento necessário para replicação viral (SZULCZEWSKI, 2009, p.46 e 47).

Assim, os vírus entram em contato com os seus hospedeiros e realizam sua instalação e replicação, para assim darem início a uma longa jornada de contaminação local ou total de um organismo que teve contato com o HPV.

1.4. Formas de Transmissão

O vírus pode ser contraído pelo contato entre pele e mucosa ou em qualquer região do corpo quando há abrasões. Seu contágio pode ser por lesões genitais no ato sexual, incluindo também o contágio perinatal, que em literaturas, há a indicação de presença de DNA do HPV no fluído amniótico, nas membranas fetais, nas células trofoblásticas (células que agem nos mecanismos de defesa imunológica inata na interface materno-fetal) placentárias, no trato orofaríngeo de crianças nascidas de parto cesáreo e em materiais de aborto espontâneo (FAVRE, *et al*, 1998, p.335; XU, *et al*, 1998, p.30).

Ainda não se conhece o intervalo entre a contaminação e a detecção de DNA viral ou estabelecimento de lesão subclínica. Mas especula-se que, o período de incubação e a permanência do estado de latência ocorrem por períodos prolongados sem nenhuma manifestação (ROSENBLATT, *et al*, 2005, p.4).

Na forma clínica os locais de preferência no homem são glândula, frênulo, corona e prepúcio. Como mostra a Figura01, ainda podem aparecer, no meato uretral e região perianal. O condiloma acuminado aparece como uma lesão

verrucosa, com superfície granulomatosa, da cor da pele, eritematosa ou hiperpigmentada, com aspecto de “couve-flor”, pois esta patologia pode gerar ulcerações em qualquer área próxima, por causa de sua alta virulência (GIULIANO, SALMON, 2008, p.806).

Já na forma subclínica, as lesões são melhor visualizadas na peniscopia, que é o exame do pênis, bolsa escrotal e região perianal do homem utilizando um colcoscópio ou uma lente de aumento e após a aplicação de uma substância reagente, após aplicação de solução de ácido acético a 5% nas áreas suspeitas. Assim, este ácido coagula e precipita proteínas intracelulares, revelando relevos e coloração branca nas lesões. Depois de localizar as lesões pelo exame, coleta-se o material, que foi possível de se obter, para análise. As lesões que podem ser encontradas na peniscopia podem estar pouco elevadas, borda irregular, acetobrancas, superfície áspera, puntiformes ou mosaico, denominada condiloma plano (ROSENBLATT, *et al*, 2005, p.4).

A fase latente representa o período de incubação do vírus, que pode prolongar por tempo indeterminado, pois ainda não se sabe o tempo mínimo de contaminação até o surgimento das primeiras lesões, sendo possível que o vírus permaneça em estado latente sem se manifestar, dificultando a determinação de um tempo provável de contaminação. Demonstra-se que nesta forma de infecção, o DNA aparece em forma episomal, não funcional, replicando-se apenas uma vez a cada ciclo celular. Por isso fatores imunológicos podem ser determinantes dessa condição (ROSENBLATT, *et al*, 2005, p.4).

Figura 01: Lesões no órgão genital, de ocorrência na forma clínica



FONTE: Adaptado de Rosenblatt, *et al*, (2005, p.6)

1.5. Diagnóstico

A grande maioria das infecções por HPV no homem apresentam lesões, podendo ser benignas ou malignas, e para essa confirmação, faz-se necessário um diagnóstico correto quanto ao seu poder de ser ou não oncogênico.

Este é realizado inicialmente por uma anamnese precisa do paciente, questionamento sobre sua vida e prática sexual, exame físico e laboratorial, de imagem e anatomopatológicos. Dentre os exames histopatológicos, podemos citar a peniscopia, que resulta em imagens inespecíficas; a colposcopia, citologia e histologia, que também não trazem resultados específicos, e captura híbrida, que também traz resultados insatisfatórios. Assim, o pesquisador Rosenblatt, *et al* (2005, p.5), através de suas revisões bibliográficas, observou que o diagnóstico da infecção por HPV deve ser confirmado por método preciso como microscopia eletrônica e métodos de biologia molecular.

Quando o paciente se encontra infectado pelo vírus do HPV, no exame histológico, pode-se visualizar acantose (efeito citopático do vírus nas células da epiderme) (SOLOMON; NAYAR, 2005, s.p).

Mesmo com toda a tecnologia para se diagnosticar o HPV ainda há um inequívoco papel no desenvolvimento do carcinoma escamoso de colo uterino e muitas evidências na participação do câncer peniano, com incidência muito elevada em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, locais onde há populações com baixa escolaridade e com nível sócio-econômico mais reduzido (SZULCZEWSKI, 2009, p.25).

Assim, após um diagnóstico correto, inicia-se o tratamento que consiste de várias formas, dependendo do grau da lesão ou expansão da patologia.

1.6. Tratamento

Há vários métodos de tratamento para o HPV, dentre eles, os não invasivos, que se referem a uma toxina com propriedades citotóxicas, a podofilina e o ácido tricloroacético, utilizadas no combate às verrugas. Utiliza-se também, o cidofovir, um agente antiviral, de uso oral, usado em tumores por HPV, provocando a morte celular entre as células tumorais (YANG, *et al*, 2009, p. 156).

Porém, o método mais confiável é o cirúrgico, utilizado tanto para uma única lesão como em múltiplas. Em relação à criocirurgia (técnica de tratamento por congelamento, atualmente realizada por meio do nitrogênio líquido, que diminui a temperatura dos tecidos ou das células) é uma técnica fácil e acessível, utilizada em verrugas, levando a necrose da epiderme, mas que pode gerar recorrência em até 75% dos casos. O laser tem eficácia de 60% a 77%, mas seu custo é muito elevado e ainda pode liberar o DNA viral na vaporização das lesões no procedimento (TCHERNEV, 2009, p.380).

Independente do tratamento ou até combinações de terapias, é difícil obter a cura. Por isso, faz-se necessário a interação entre paciente e a equipe de saúde, pois o mesmo necessita ter consciência que seu tratamento tem como objetivo oferecer uma melhor qualidade de vida.

1.9. Profilaxia

Há vários métodos de prevenção do HPV, como uso de preservativo em toda e qualquer relação sexual, heterossexual ou homossexual, abster-se ao um número mínimo de parceiros sexuais, fazer exames laboratoriais e visitas ao médico rotineiramente, observar sempre o órgão genital e suas proximidades, quanto a presença e aspectos de lesões e verrugas.

Atualmente estão disponíveis vacinas contra o HPV, a quadrivalente Gardasil® (tipos 6,11,16 e 18) e a bivalente Cervarix® (tipos 16 e 18) para a vacinação de meninas de 11 a 15 anos de idade e mulheres de 16 a 26 anos de idade, que ainda não tenham sido imunizadas. Já em homens, há estudos indicando que esta seja utilizada para reduzir a incidência de câncer cervical, diminuindo as chances de o homem transmitir o vírus (LEPIQUE, RAABACHINI, VILLA, 2010, p.6).

Desta forma, faz-se necessário a prevenção do HPV para evitar futuras complicações, como o câncer de pênis, que pode ser adquirido a partir do comprometimento orgânico pelo HPV.

2. CÂNCER DE PÊNIS: PRINCIPAIS CONCEITOS SOBRE A DOENÇA

O câncer é uma palavra de origem grega e significa caranguejo, pois as patas deste animal são como o símbolo da característica infiltrativa da doença (HAVRECHAK, 2002, p.5).

O tumor maligno inicia-se sempre com uma multiplicação desordenada e pela mutação genética do DNA celular, originando um clone (SILVA, SILVA, 2005, p.12).

Conhecido também como neoplasia maligna, o câncer que atinge o pênis é, na realidade, uma doença relativamente rara, que, normalmente acomete homens que estão na terceira idade, ou até mesmo aqueles acima da segunda década de vida.

2.1. Epidemiologia e etiologia da doença

O câncer peniano tem sua incidência aumentada a partir da sexta década de vida, sendo muito pouco frequente em adultos com menos de 30 anos e raramente encontrado em crianças (BEZERRA, 2001, p.2318).

Em países desenvolvidos como Estados Unidos e Europa, dados mostram que menos de 0,4% correspondem a doenças malignas em homens e sua incidência nestes países vem diminuindo nos últimos trinta anos (CULKIN, BEER, 2003, p.361).

Em relação ao Brasil, dados mostram que, o câncer de pênis corresponde a aproximadamente 2,0% dentre as neoplasias malignas e é cerca de cinco vezes mais comum nas regiões Norte e Nordeste, onde são piores as condições sócio-econômicas. Nestas regiões, os tumores de pênis chegam a superar, em números, as neoplasias de próstata e bexiga (BRASIL, 2010, s.p).

Na Índia, encontra-se a maior incidência desta patologia, principalmente nas regiões de Barshi, Paranda e Bhum (3,32 casos/100000 habitantes) e os menores índices são, entre os judeus que nasceram em Israel e EUA (0/100000 e 0,07/100000, respectivamente), indicando a possibilidade de que a circuncisão é uma boa estratégia para a prevenção deste tumor (GUIMARÃES, 2010, p.6).

Os principais fatores de risco para o CP são a presença de fimose, maus hábitos de higiene, além do baixo padrão sócio-econômico (DILLNER, 2000, p.191).

Em relação à circuncisão, esta pode apresentar fator protetor para o desenvolvimento desta neoplasia. Por motivo religioso e cultural, os judeus tinham seus prepúcios retirados cirurgicamente logo após o nascimento, o que parece anular a incidência desta neoplasia nesta população. Na Índia, os meninos mulçumanos são operados entre 3 e 12 anos de idade. Assim, a incidência de CP é de 0,15%, mas os hindus não operados podem chegar a 3,1% (LOPES, *et al*, 2000, p.690), mostrando assim que a circuncisão pode sim, ser um método para prevenir CP, embora a *American Cancer Society* (1999) não considera a circuncisão uma estratégia benéfica para a prevenção ou redução dos riscos de CP.

Aquelas populações com nível socioeconômico e culturais melhores e práticas da boa higiene têm apresentado menores índices desta neoplasia.

Na Dinamarca, a taxa de postectomia é de 1,6% e o índice de carcinoma de pênis caiu de 1,15/100000 homens para 0,82/100000 homens. Esta baixa se dá pela boa higiene, que aumentou 35% em sua utilização em 1940 para 90% em 1990, pois mais habitações já possuíam água encanada. Há também a relação não bem estabelecida entre o cigarro e o CP. Apesar de alguns trabalhos mostrarem que há um aumento do risco entre fumantes (FRISCH, *et al*, 1995, p.1471).

Fatores de risco que estão associados ao CP são: infecções relacionadas ao HPV, comportamento sexual inadequado, como por exemplo, número extenso de parceiros sexuais sem o uso de preservativos, DST's, tabagismo, dentre outros.

Mas as DST's têm relação freqüente com o carcinoma epidermóide de pênis, mostrando sempre que o comportamento sexual promiscuo pode sim aumentar a incidência do aparecimento desta patologia.

Estudos mostram que mais de 50% dos casos de CP apresentam DNA de HPV, prevalecendo os tipos virais oncogênicos 16 e 18 (CHAN, 1994, p.825).

No CP, o aparecimento do HPV pode ter sido facilitado pela presença de fimose, apresentando em torno de 35% do carcinoma escamoso, quase se igualando ao *in situ* (THEODORESCU, 1996, p.1629).

Ainda não se sabe ao certo como é o mecanismo de introdução do HPV no homem, mas especula-se que o HPV afeta o epitélio escamoso da genitália masculina, igualmente na feminina, podendo gerar a formação de condilomas e transformação neoplásica. Os HPV's 6 e 11 são mais associados a verrugas genitais, podendo ser visualizado no carcinoma verrucoso, enquanto os tipos 16, 18, 31 e 33

são os carcinomas “*in situ*” e invasivo. Já o HPV 16 é o mais frequente em lesões primárias e podem-se detectar metástases (CRUZ, *et al*, 2004, p.282).

De acordo com Young, Srigley, Amin (2000, s.p.), a maioria dos tumores de pênis é originada na glândula (80%), que quando não tratada estende-se para o prepúcio (15%) e o sulco coronal (5%), invadindo corpos cavernosos, esponjosos e uretra chegando à auto-amputação. Metástases linfonoidais da região inguinal e ilíaca podem ser vias de disseminação precoce para o CP (LOPES, *et al*, 2000, s.p.). Aquela por via hematogênica tem muito pouca ocorrência, variando de 1% a 10%.

Em casos avançados, as complicações locais-regionais com ocorrência em locais específicos do organismo geram infiltração do tumor no feixe vasculonervoso, conjunto de vasos e nervos enfeixados (reunidos) por uma bainha conjuntiva comum, podendo gerar hemorragias e sepse, que mais causam a morte (POMPEO, 1993, s.p.).

Há quatro padrões de crescimento e evolução dos tumores de pênis de acordo com CUBILLA, *et al*, (2001, p.116):

1. Crescimento superficial: tumor plano com mínima alteração e superfície do epitélio, que cresce horizontalmente, movendo difusamente a glândula, o sulco coronal e o prepúcio, invadindo a lâmina própria superficialmente. Normalmente é tumor epidermóide bem diferenciado do padrão usual, correspondendo a um terço dos casos. Estes pacientes normalmente apresentam baixa incidência de metástases inguinais, podendo apresentar nos casos mais avançados nodulação com invasão de corpo cavernoso e aumentando o risco de disseminação tumoral;
2. Crescimento vertical: grande lesão ulcerada com padrão de crescimento sólido. Ocorre em 20% dos pacientes. Normalmente são tumores invasivos no corpo cavernoso com alto índice de metástase;
3. Verrucoso: de 20% a 30% dos tumores de pênis são exofíticos com crescimento lento e com baixo índice de metástases. Os três padrões histológicos são: verrucoso propriamente, papilar e condilomatoso;
4. Multicêntrico: definido como duas ou mais lesões separadas por tecido benigno. São tumores raros, sendo mais comuns no prepúcio e podem estar associados a líquen escleroso. São tumores que costumam recidivar

localmente após ressecção da lesão primária, porém, o índice de metástase é baixo.

2.2. Histopatologia

O CP é mais comumente graduado histologicamente pelo sistema de Broders. Este é baseado no grau de queratinização, número de mitoses e pleomorfismos nucleares. Contêm 04 graus identificáveis, sendo que o grau I relaciona-se a lesões bem diferenciadas e o grau IV a tumores indiferenciados. Normalmente, a graduação de Broders correlaciona o grau de profundidade do tumor ao risco de metástase inguinal. Quanto maior o grau das lesões, maior o comprometimento dos linfonodos e, conseqüentemente, maior o risco de morte (POMPEO, 1993, s.p).

Embora o pênis seja um órgão vascularizado, as metástases de câncer ocorrem por via linfática, e, raramente, por via hematogênica.

O sistema linfático peniano drena para os linfonodos inguinais superficiais e profundos, gerando assim metástases para esses linfonodos e, em seguida, para linfonodos ilíacos, e assim, metástases à distância. Assim, a avaliação dos linfonodos inguinais é de suma importância no exame inicial, pois pode mostrar a presença ou não de metástases nos linfonodos, ajudando assim na sobrevida de pacientes (POMPEO, 2010, p.173).

Existem diferentes tipos histológicos de CP, como carcinoma epidermóide (espinocelular ou escamoso – CEC), que é o mais frequente e representa 95% dos tumores malignos de pênis. O carcinoma verrucoso, uma diferenciação do CEC de CP, que é menos agressivo, sua lesão é vegetante, seu crescimento é lento e tem menor potencial de metástase, além de outros tipos mais raros, como o carcinoma baso-celular, sarcoma de Kaposi, melanoma e linfoma (RIPPENTROP; JOSLYN e KONETY, 2004, p.1359).

A eritroplasia de Queyrat e a doença de Bowen eram consideradas lesões pré-malignas, mas, na verdade, são tumores malignos, mas não invasivos (RIPPENTROP; JOSLYN, *et al*, 2004, s.p).

De acordo com Cubilla, Velazques, Reuter (2000, p.507), o desenvolvimento de metástases regionais nos tumores penianos é dividido em três grupos identificados:

1. Tumores com bom prognóstico: papilares, verrucosos e epidermóides da variante verrucosa. Metástases para linfonodos. Forma encontrada em apenas um paciente com o tipo condilomatoso e nenhum paciente deste grupo morreu devido ao tumor.
2. Tumores com prognóstico intermediário: carcinoma epidermóide com 54% de incidência de metástases regionais e mortalidade de 36%, aproximadamente.
3. Tumores com mau prognóstico: carcinomas basalóides e sarcomatóides, os quais são invasivos e de alto grau, com incidência alta de metástases e mortalidade.

Os carcinomas verrucosos são tumores exofíticos diferenciados pela borda, empurrando assim o tecido normal, mas sem características relacionadas ao HPV.

Carcinomas epidermóides, verrucoso do pênis, são muito raros e com uma morfologia distinta, mas similar ao carcinoma vulvar. Os pacientes afetados têm idade similar aos com carcinoma epidermóide usual, mas são maiores e envolvem mais o prepúcio e o sulco coronal. A duração destes tumores é longa, antes do diagnóstico, por isso, o maior risco de metástases regionais, ao contrário do condiloma gigante e carcinoma verrucoso (MICALI, *et al*, 2006, p.374).

O carcinoma de pênis do tipo condilomatoso é um tumor exofítico que cresce lentamente formando massas, como uma couve flor. As lesões são papilomatosas à superfície do corte, invadindo assim o corpo esponjoso e cavernoso, contendo ainda bordas irregulares, associando-se então ao HPV.

Tumores sarcomatóides de pênis têm uma grande variante, com apenas 1% a 2% dos carcinomas, que acometem jovens e seu prognóstico é mais reservado (CUBILLA, *et al*, 2000, p.506).

A partir do reconhecimento da patologia, inicia-se a corrida para a verificação de seu estadiamento, mostrando realmente qual a fase que o CP se encontra.

2.3. Estadiamento

O estadiamento dos tumores indica a melhor opção terapêutica a ser estabelecido, o prognóstico mais adequado e sobrevida dos pacientes. Atualmente, entre os vários sistemas de estadiamento disponíveis, os mais utilizados são o sistema de Jackson e o TNM 2004 da UICC (União Internacional Contra o Câncer), em que o tamanho tumoral (T) depende da profundidade da lesão e não do tamanho em cm e os outros componentes (N) e (M) representam a

presença de metástases nos linfonodos regionais e à distância, respectivamente (POMPEO, 2010, p.174).

A limitação observada no sistema TNM é que este é um estágio estritamente patológico, sendo que é impossível determinar clinicamente e com bastante precisão o nível de invasão tumoral e o verdadeiro status do linfonodo.

O modelo de Jackson, o mais antigo e mais usado, descreve a situação clínica e a classificação histopatológica das neoplasias malignas em quatro estádios clínicos, como mostra a Tabela 03:

O estágio do tumor está relacionado com sua agressividade biológica, visto que, pela primeira vez, até 56% dos pacientes são classificados como estágio I de Jackson, 14% como estágio II, 27% em estágio III e 3% em estágio IV. Este é confirmado patologicamente com uma associação do estado clínico e patológico, a qual ocorre superestadiamento clínico de 22% e um subestadiamento de 14,6% (FRALEY, *et al*, 1985, p.1620).

Tabela 03: Classificação de Jackson para o estadiamento do câncer de pênis.

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

FONTE: adaptado de Reis, *et al*, (2008, p.1107)

Segundo Sobin e Wittekind, (2002, s.p.), o sistema TNM leva em consideração o tamanho das lesões, quantidade das mesmas e a ausência ou presença de metástase. Para o carcinoma de pênis, o sistema TNM, proposto pela UICC/AJCC está demonstrado na Tabela 04:

Logo, a estrutura anatômica envolvida no tumor primário é precisamente descrita a partir de suas características histológicas.

Tabela 04: Sistema TNM – proposto pela UICC/AJCC para estadiamento do câncer de pênis.

Estágio	Descrição
Tumor (T)	
Tx	Tumor primário não é passível de avaliação
T0	Sem evidência de tumor primário
Tis	Carcinoma <i>in situ</i>
Ta	Tumor verrucoso não invasivo
T1	Tumor invade tecido conectivo subepitelial
T2	Tumor invade corpo cavernoso
T3	Tumor invade a uretra ou a próstata
T4	Tumor invade outras estruturas adjacentes
Linfonodos regionais (N)	
NX	Linfonodos regionais não são passíveis de avaliação
N0	Sem evidências de infiltração
N1	Metástase unical
N2	Metástase múltiplas ou bilaterais superficiais
N3	Metástase em linfonodos profundos pélvicos ou inguinais
Metástase distante (M)	
MX	Presença de metástases distantes não é passível de avaliação
M0	Nenhuma metástase distante
M1	Metástase à distância

FONTE: adaptado de Reis, *et al*, (2008, p.1107)

2.4. Tratamento

O tratamento do CP consiste na abordagem das lesões, ulcerações ou traumas primários, como demonstra as figuras 02 e 03. A lesão primária, normalmente, é tratada com procedimento cirúrgico, que consiste na amputação parcial ou total do órgão. Com o objetivo de se evitar a mutilação, esforços têm sido feitos no sentido de efetuar procedimentos alternativos, por exemplo, criocirurgia, radioterapia, cirurgia a laser, dentre outros, cujo objetivo sempre é a excisão total do tumor primário (POMPEO, *et. al*, 2006, p.5).

Figura 02: Lesão úlcero-infiltrativa, distante 1cm do óstio uretral.



FONTE: Adaptado de Carvalho, *et al*, (2011, p.45)

No tratamento cirúrgico, a amputação parcial também necessita de uma margem de segurança de 2cm como utilizado tradicionalmente. Após estudar limites cirúrgicos em 64 pacientes, recomendou 1cm de margem negativa para tumores graus I e II e para grau III, 1,5cm. Se possível, utilizar a biópsia de congelação para detecção de margens cirúrgicas livres de doenças. Já na amputação total, evita-se a permanência de cotos, por risco de recidiva e a disfunção sexual, tendo sempre que avaliar, histologicamente, as margens cirúrgicas e a necessidade de uretostomia perineal² (AGRAWAL, *et al*, 2000, p.300).

Cirurgias conservadoras em pacientes selecionados chegam a apresentar resultados parecidos aos das cirurgias convencionais, como mostram as figuras 04 e 05, em séries isoladas (BISSADA, *et al*, 2003, p.501).

Na cirurgia micrográfica de Mohs, preserva-se o tecido peniano, mas ocorre 20% e 30% de recorrência local. Já a criocirurgia é outro tratamento que, em pequenas lesões, pode ser utilizado, como em carcinomas verrucosos (MICALI, *et al*, 2004, p.317).

Em relação a radioterapia, o tratamento pode ser intersticial ou externo. Este tem maior eficácia em lesões primárias e superficiais, mas é pouco eficaz no carcinoma epidermóide invasivo, pois a dosagem de radiação necessária para surtir efeito é alta, provocando complicações como fístulas, estenoses de uretra,³ fibrose, necrose peniana, edema e danos testiculares. Esta também é indicada para

Figura 03: Pós-operatório de 2 meses.



FONTE: Adaptado de Carvalho, *et al*, (2011, p.46)

² É um método cirúrgico de desvio urinário permanente em que a uretra peniana é excisada e a uretra pélvica, suturada à pele perineal (PEIXOTO, *et al*, 1997, p.630).

³ É um estreitamento de um segmento da uretra, que pode resultar em diminuição ou mesmo interrupção completa do fluxo urinário, acarretando em uma série de complicações (REIS, *et al*, 2003, p.49).

carcinoma *in situ*, para aqueles pacientes que não querem realizar a cirurgia padrão e em pacientes jovens com pequenas lesões (ROZAN, *et al*; 1995, p.86).

O laser pode ser utilizado no tratamento de lesões benignas e malignas, nos estágios Tis, Ta, T1 e eventualmente T2. Este possui vantagens, mas promove a destruição da lesão com preservação da função e da anatomia; não podendo ser utilizado em lesões grandes (HOLLAND, FREI, 2003, s.p.).

De acordo com Lynch e Pettaway (2002, s.p), há outra modalidade para o tratamento do CP, que é a linfadenectomia inguinal bilateral (remoção da parte linfática na região inguinal, dos lados direito e esquerdo), indicada para pacientes com câncer epidermóide, nas situações: linfonodos inguinais palpáveis; tumores de alto grau (histopatológico II e III); estadiamento local avançado (T2 ou superior). Em outras situações, não há indicação precisa de linfadenectomia e estes pacientes devem ser acompanhados regularmente. Aqueles que se encontram com carcinoma verrucoso (Ta) não precisam de linfadenectomia, pois não irá evoluir para metástases regionais (POMPEO, 2010, p.176).

Outras terapêuticas, mas com menor eficácia, só podem ser propostas para pacientes em más condições clínicas ou que se recusam a fazer linfadenectomia.

Desta forma, faz-se necessário o reconhecimento precoce da doença, evitando-se a escolha terapêutica mais severa.

Juntamente como tratamento físico, é indicado o tratamento psicológico, que conta com uma equipe multidisciplinar que ajuda o paciente e a sua família a superar ou, pelo menos, amenizar as dores desta patologia.

3. A ENFERMAGEM E O PACIENTE COM CÂNCER PENIANO

O câncer de pênis, patologia que acomete a população masculina em pequena escala é bastante agressivo e mutilante e o tratamento cirúrgico afeta o físico e o emocional do paciente. Desta forma, os profissionais da saúde necessitam fornecer cuidados físicos, psíquicos e preventivos. Para tal assistência, é necessário um vasto conhecimento sobre a patologia, incluindo evolução, tratamento e suporte psicológico ao paciente e seus familiares.

Esta situação ultrapassa o cuidado físico, pois necessita de uma equipe multiprofissional, que colaboram em várias atividades junto ao paciente. Esta equipe deve ser composta por enfermeiro, psicólogo, assistente social, médico, dentre outros. Vale salientar que, muitas das vezes, a equipe de enfermagem também oferece assistência psicológica e social.

Desta forma, os profissionais da enfermagem abraçam o cuidado físico, a assistência psicológica aos pacientes e familiares e a orientação preventiva aos homens para o câncer de pênis.

3.1. Cuidados de Enfermagem

De acordo com vários artigos lidos para a confecção deste trabalho, sugerimos a divisão dos cuidados de enfermagem ao paciente portador de câncer de pênis em algumas etapas, que vão desde o reconhecimento da doença até a radioterapia/quimioterapia, se necessário.

Nesta primeira fase, a do reconhecimento, há uma observação das lesões em seu órgão genital que o fará procurar ajuda em UBS's. Neste momento, a enfermagem irá encaminhá-lo a um urologista, para uma melhor avaliação da situação atual do órgão comprometido (MENEZES; *et al*, 2007, p.5).

Após o reconhecimento, faz-se necessário a solicitação médica de exames para confirmação ou não da patologia. Caberá, então, a enfermagem orientar quanto aos exames e seus possíveis diagnósticos. Os exames mais utilizados são: a peniscopia, que é a introdução de um aparelho pelo canal peniano para possível visualização e retirada de material para biópsia. Se necessário, é retirado parte das lesões do corpo cavernoso externo. A enfermagem também orientará este homem sobre a importância da limpeza íntima para estes procedimentos, a possível dor ou

incômodo ao introduzir o aparelho no canal uretral e a cicatrização da ferida cirúrgica realizado para a retirada de parte da lesão (GARCIA; *et al*, 2013, p.534).

Com a confirmação, o enfermeiro assume um papel mais importante, pois o mesmo deverá mostrar aos pacientes os possíveis tratamentos e suas dificuldades, podendo orientar também os familiares sobre a doença e como poderão ajudá-lo a vencer esta etapa. O mais preocupante nesta etapa, é que, ao tomarem conhecimento sobre os possíveis procedimentos, não dão continuidade ao tratamento (RECCO; LUIZ; PINTO, 2005, p.87-88).

Desta forma, iniciam-se os métodos primários, ou seja, o paciente terá seu primeiro tratamento, como cauterização das lesões ou até mesmo se possível, a crioterapia. A enfermagem é importante no sentido de mostrar a este homem como fazer a higiene íntima adequada e explicá-lo sobre possíveis reações pós-cauterização. É relevante mencionar que nem todos os homens serão submetidos a este procedimento, pois o mesmo só será empregado em pacientes que podem se curar somente com cauterizações ou aqueles que se recusam a fazer a emasculação, que se define como a extirpação da genitália externa masculina, podendo incluir pênis, escroto e testículos (GARCIA; *et al*, 2013, p.535).

Posteriormente, o paciente poderá necessitar de cirurgia, o que requer todo o cuidado possível, pois neste momento, é informado sobre a amputação total ou parcial de seu órgão genital. A enfermagem participa do processo pré-operatório, fazendo a tricotomia do local da cirurgia, de acordo com a prescrição médica, orientando-o sobre o procedimento, observando possíveis alergias medicamentosas e fazendo uma breve anamnese sobre doenças preexistentes e medicações que faz uso (GARCIA; *et al*, 2013, p.535).

Já no pós-cirúrgico, a enfermagem tem sua atuação mais ativa, pois será necessária a limpeza da sonda vesical de demora até a prescrição médica para retirá-la. Também será necessário, após a retirada da mesma, ensinar o paciente a urinar sentado e, em casos extremos, em que não houve a possibilidade de conservação da uretra por causa da amputação total, mostrar ao paciente como o mesmo irá se portar diante de sua cistostomia⁴, que será permanente. Também é de suma importância a troca do curativo, de acordo com a prescrição médica ou de

⁴ Abertura cirúrgica feita acima do osso púbico até a bexiga com a introdução de um cateter com a qual se cria um trajeto alternativo para a saída da urina contida na bexiga (BERTERO, *et al*, 2000, p.296).

enfermagem (se na instituição houver protocolo para tal). Por se tratar de uma ferida oncológica, o curativo deverá ser feito utilizando a técnica correta para esta ferida. Os outros cuidados são aqueles aplicados a todos os pacientes vindos de raque-anestesia (NETTINA, 2012, p.812).

O início do pós-cirúrgico dá-se com a readaptação deste cliente, fazendo-se necessário a enfermagem mostrar ao paciente suas novas limitações e como será sua vida pós-cirurgia. É pertinente também, dependendo da situação, ensiná-lo a fazer a limpeza do curativo ou até mesmo de sua cistostomia, e sempre que sentir necessidade ou desconforto em qualquer área cirúrgica, comunicar ao médico referente (RECCO; LUIZ; PINTO, 2005, p.89).

Esta fase do tratamento do CP não precisa ser necessariamente a última. A quimioterapia/radioterapia pode-se encontrar após a confirmação, em qualquer ordem, pois este tratamento será de escolha médica, podendo começar a qualquer momento, pós-resultado positivo ao CP. A enfermagem irá orientá-lo quanto ao seu tratamento e suas reações adversas (MENEZES; *et al*, 2007, p.6).

Vale ressaltar que é necessária, no primeiro contato com este paciente, a avaliação de enfermagem, que de acordo com Nettina (2012, p.812), é dividida em três etapas: primeiramente, obtêm-se a história total do paciente, juntamente com a possível data do aparecimento da lesão; se possui alguma DST e como se encontra sua higiene íntima, a seguir, realizar-se-á um exame genital minucioso, observando bem as características das lesões, se há presença de fimose e se os linfonodos inguinais estão aumentados; a última etapa envolve a habilidade do enfermeiro em perceber como o paciente enfrenta essa nova realidade em sua vida e se há algum apoio familiar.

A partir da avaliação, utiliza-se a SAE, que é a sistematização de assistência de enfermagem, que proporciona um direcionamento e funciona como um norteador das ações da equipe de enfermagem, fornecendo visibilidade e cientificidade, ao aproximar a teoria da prática, desencadeando assim, um cuidado sequencial e de qualidade.

Assim, a SAE proporciona ao paciente anamnese e exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem, tentando sempre levar a um bom prognóstico da patologia, voltando sempre para a promoção e conforto humano, pois este cliente necessitará de um suporte ofertado por um profissional especializado. Mas também

será necessário um suporte psicológico tanto para este cliente, quanto para sua esposa e familiares de convivência mais próxima.

3.2. Abordagem psicológica realizada pela Enfermagem

A enfermagem, na psicologia, atua de acordo com sua formação e procura entender os pacientes que se encontram fragilizados, pois é de grande importância para este profissional saber como seu paciente se encontra emocionalmente.

Como relata Gomes *et al*, (2007, p.569), perder o pênis para o homem, que é o símbolo maior de sua masculinidade, o faz se sentir menor, não lembrando assim de outros valores que mesmo obtêm para ser homem. É necessário então orientá-lo que é possível conviver com este novo “cenário” em sua vida, e que o mesmo não perderá sua masculinidade pela retirada de seu órgão genital, mostrando que este possui muitos outros valores e caráter, que o definem como homem perante a sociedade.

Todos os tipos de câncer geram um desequilíbrio emocional ao paciente; mas o câncer de pênis, especialmente, gera grandes traumas e enorme sofrimento ao paciente e seus familiares, gerando uma grande fragilidade psicológica, muitas vezes expressa através de gestos, expressões e até atos suicidas. Outras vezes, este sentimento permanece contido. Neste momento, o enfermeiro necessita “perceber o imperceptível, a arte de perceber o todo e não apenas parte dele” (SÁ, 2001, s.p).

Desta forma, a equipe de enfermagem necessita ler através das palavras e gestos, percebendo sempre o sentimento envolvido no momento. Quando se cuida verdadeiramente, o profissional deixa transparecer sua emoção, mas é necessário administrar os próprios sentimentos, para conseguir lidar com os sentimentos alheios e procurar sempre estreitar as relações com o paciente.

A enfermagem, além de procurar entender o lado emocional do paciente, também tem a função de avaliar a dor deste cliente, ou seja, analisar se este sofrimento faz parte da doença/tratamento, e tratá-la de forma adequada. No cuidado de enfermagem, a dor e o sofrimento podem ser evitados, ou atenuados, pelo conforto, visando sempre o bem-estar do mesmo e de seus familiares, que necessitam ser assistidos de forma holística, minimizando suas tristezas, angústias, medos e depressões (BARROS, MELO, 2009, p.108).

Como relata SILVA, ZANGO (2001, p.49): “Para cuidar do paciente oncológico é preciso: conhecer, saber o que o outro necessita e como podemos ajudá-lo”.

Porém, não são todas as equipes de saúde que estão preparadas para auxiliar o paciente com câncer, principalmente os que possuem tumores penianos; necessitando assim aumentar sua bagagem de conhecimentos, adaptando-as para a prática, e facilitando a relação paciente/famíliares/equipe de saúde.

3.3. Prevenção

O enfermeiro é um educador em saúde e contribuir com medidas sócio-preventivas para o câncer de pênis, tendo em vista que, esta neoplasia está associada aos inadequados hábitos de higiene, baixa renda familiar e escolaridade. A educação tem um papel muito importante para o futuro da enfermagem, pois especializa estes profissionais. Deste modo, faz-se necessário sempre renovar os conhecimentos, ampliando metas e alcançando melhor as necessidades dos pacientes e familiares.

Como educador, o enfermeiro direciona o cuidado, para a promoção, manutenção e prevenção de doenças e agravos.

Portanto, é importante oferecer assistência, mas educar indivíduos para campanhas preventivas e aos hábitos culturais, respeitando valores, crenças e orientando-o a realizar práticas de prevenção e ações sobre tal patologia também é estritamente necessário.

Logo, faz-se necessário intensificar as campanhas para a população em geral. As mulheres necessitam de informações para prevenirem ou até cuidarem de seus companheiros, e os homens devem estar cientes de que uma das formas de adquirir o câncer de pênis é a associação da patologia com baixos ou precários hábitos de higiene e sua relação estreita com o HPV.

Diante de tais informações, a atuação da enfermagem na prevenção tem ajudado bastante no diagnóstico precoce e assim, contribuindo para a redução da incidência e gravidade da doença, aumentando as chances de cura e sobrevida (ELLIS, HARTLEY, 1998, s.p.)

Há ainda, uma ferramenta importante, apropriada e exclusiva do enfermeiro, que é a Sistematização da Assistência de enfermagem. Esta proporciona uma

melhor elaboração e implementação do cuidado personalizado, como requisito primordial à promoção, prevenção e o tratamento humanizado.

Por isso, é imprescindível que o homem faça o check-up periódico para sua avaliação clínica, diminuindo os altos índices de indivíduos masculinos acometidos por doenças. É importante também a assistência social, pois esta pode contribuir na educação permanente dos familiares daquele homem, fazendo-o a se comprometer mais com sua saúde, sabendo dos riscos que pode correr se não diagnosticar a tempo qualquer minuciosidade diferente em seu corpo.

O fato é que o homem não procura os serviços de saúde, pois no imaginário masculino acha-se muito forte, viril e invulnerável. O medo da descoberta de alguma doença pode levá-lo ao conceito de fragilidade e fraqueza, fazendo com que a ida ao serviço de urgência só aconteça quando não suportam mais o incômodo, a dor, ou quando a automedicação já não está mais trazendo o efeito esperado (GOMES, *et al*, 2007, p.567)

Assim, faz-se necessário uma maior integração dos serviços de saúde para com os homens, aumentando o número de campanhas, de palestras, de consultas e até mesmo o aumento do horário de atendimento, pois muitos não procuram uma UBS's devido ao horário de atendimento das mesmas. É importante salientar que, esses pacientes acometidos por CP são, na maioria das vezes, aqueles com baixa renda e escolaridade, por isso necessitam trabalhar para sustentar sua família, não podendo deixar seus empregos para ir às consultas (XAVIER, 2013, p.718)

Logo, cabe a enfermagem iniciar sua assistência desde a atenção primária, até a terciária, melhorando a integração de homens.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, foram desenvolvidos estudos bastante significativos sobre o HPV em mulheres, mas ainda não existem muitas informações sobre a ação desse vírus no homem. Muitas vezes, isso acontece por motivos culturais, históricos, sociais, tornando-se um problema de saúde pública, pois o HPV é uma DST cuja transmissão é preferencialmente sexual, ou seja, os dois grupos sexuais (masculino e feminino) necessitam receber tratamento com o mesmo empenho, para que assim, seja possível diminuir os índices de cânceres associados ao vírus HPV.

Na mulher, o HPV está associado à neoplasia intraepitelial e ao câncer de colo uterino e no homem, representa um dos fatores de risco para o câncer de pênis, uma patologia grave, que atinge, especialmente, homens com baixa escolaridade, condição sócio-econômica precária, localizados preferencialmente, nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.

O câncer peniano é uma neoplasia rara nos países desenvolvidos e sua incidência está relacionada à área de residência do paciente e não ao local de origem. Pode-se apresentar na forma clínica como uma lesão verrucosa, com superfície granulomatosa, da cor da pele, eritematosa ou hiperpigmentada, com aspecto de “couve-flor”, e também na forma subclínica, em que as lesões podem estar pouco elevadas, bordas irregulares, acetobranças, superfície áspera, puntiformes ou mosaicos, após serem encontradas a partir da peniscopia.

Mesmo sua incidência não sendo muito elevada, para tentar reduzir o número de casos, faz-se necessário fornecer maiores informações à sociedade. Desta forma, o enfermeiro pode ser um educador em saúde, contribuindo com medidas sócio-educativas para a prevenção do câncer de pênis, tendo em vista que esta neoplasia está associada aos inadequados hábitos de higiene, baixa renda familiar e escolaridade. O enfermeiro deve utilizar conhecimentos adquiridos para orientar os pacientes e familiares desde o reconhecimento das lesões, exames, confirmação de diagnóstico, métodos primários, cirurgia e pós-cirurgia, readaptação e os tratamentos mais adequados que se fizerem necessários.

Logo, é pertinente que, recursos financeiros sejam destinados às campanhas educativas preventivas à população carente de informações sobre esta patologia, como a confecção e distribuição de folhetos explicativos sobre a doença.

Fazem-se necessários também mais estudos e pesquisas relacionados ao tema abordado, no sentido de esclarecer a sociedade sobre o problema em questão, reduzir a incidência e a gravidade da patologia, aumentando assim as chances de cura e sobrevida.

REFERÊNCIAS

- AGRAWAL, A, *et al.* The histological extent of the local spread of carcinoma of the penis and its therapeutic implications. *BJU Int.* 2000, p.299-301.
- ANIC, G.M. *et al.* Incidence and Human Papillomavirus (HPV) type distribution of genital warts in a multinational cohort of men: the HPV in men study. *J Infect. Dis.* México, 2014, p.1-7.
- BARBANTI, S.H; ZAVAGLIA, C.A.C; DUEK, E.A. Polímeros bioabsorvíveis na engenharia de tecidos. *Polímeros: Ciência e Tecnologia.* 2005, p.13 a 21.
- BARROS, É.N; MELO, M.C.B. Câncer de pênis: perfil sócio-demográfico e respostas emocionais à penectomia em pacientes atendidos no Serviço de Psicologia do Hospital do Câncer de Pernambuco. *Rev. SBPH.* Pernambuco: 2009, p.99-111.
- BERTERO, E.B; *et al.* Penile Fracture with urethral injury. *Brazilian Journal of Urology.* 2000, p.295 a 297.
- 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, p. 2315-2321.
- BISSADA, N.K, *et al.* Multi-institutional long-term experience with conservative surgery for invasive penile carcinoma. *J Urol.* 2003, p.500-502.
- BOCCARDO, E; VILLA, LL. Vírus e câncer. *Bases da Oncologia.* São Paulo, 2003, p.87-104.
- BOULET, G, *et al.* Human papillomavirus: E6 and E7 oncogenes. *Int. J. Biochem. Cell Biol.* 2007, p.2006-2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Tipos de câncer: pênis* [Internet]. [citado 2010 set.18]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pênis>.
- CARVALHO, J.J.M; *et al.* Câncer de Pênis em Jovem de 23 Anos Associado a Infecção por HPV 62 – Relato de Caso. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2011, p.44-47.
- CHAN, K.W; *et al.* Prevalence of human papillomavirus types 16 and 18 in penile carcinoma: a study of 41 cases using PCR. *J Clin Pathol.* 1994, p.823-826.
- CID-ARREGUI, A. A. Therapeutic vaccines against human papillomavirus and cervical cancer. *Open Virol J*, Germany, 2009, p.67-83.
- COBO, F; CONCHA, A; OTRIZ, M. Human Papillomavirus (HPV) Type distribution in females with abnormal cervical cytology. A correlation with histological study. *Open Virol J.* 2009, p.60-66.
- CRUZ, M.R; *et al.* Prevalence of human papillomavirus type 16 variants in the Federal District, Central Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz.* Rio de Janeiro: 2004, p.281-282.

CUBILLA, A.L; REUTER, U.E; VELAZQUES, E.F. Mistologic classification of penile carcinoma and relation to outcome in 61 patients with primary resection. *Inst J SurgPathol*.2001, p.111-120.

CUBILLA, A.L; VELAZQUES, E.F; REUTER, U.E. Warty (condylomatous) squamous cell carcinoma of the pênis.A report of 11 cases and proposed classification of verruciform penile tumors.*Am J SurgPathol*.2000, p.505-512.

CULKIN, D.J; BEER, T.M. Advanced penile carcinoma. *J Urol*. 2003, p.359-365.

DE SANJOSÉ, S; *et al*. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical câncer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol*, Sapin, 2010, p.1048-1056.

DILLNER, J; *et al*. Etiology of squamous cell carcinoma of the penis. *Scand J Urol Nephrol Suppl*. Stockholm: 2000, p.189-193.

DUNNE, E. F; *et al*. Prevalence of HPV infection among men: a systematic review of the literature. *J Infect Dis*. Atlanta, 2006, p.1044-1057.

ELLIS, J.R; HARTLEY, C.L. *Enfermagem contemporânea*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

FAVRE, M.S; *et al*. A possible vertical transmission of human papillomavirus genotypes associated with epidermodysplasia verruciformis. *J. Investig. Dermatol*, France, 1998, p.333-336.

FELLER, L. L; *et al*. Epithelial maturation and molecular biology of oral HPV. *Infect Agent Cancer*, África do Sul, 2009, p.16.

FRALEY, E. E; *et al*. Câncer of the pênis Prognosis and treatment plans. *Câncer*.1985, p.1618-1624.

FRISCH, M; *et al*. Falling incidence of pênis câncer in an uncircumcised population (Denmark 1943-1990). *BMJ*. London: 1995, p.1471.

GARCIA, *et al*. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente com câncer de pênis. *Ver. Da Universidade Vale do Rio Verde*. Minas Gerais: 2013, p.531 – 541.

GIULIANO, A.R; *et al*. Epidemiology of human papillomavirus infection in men, cancers other than cervical and benign condicions. *Vaccine*. USA, 2008, p.17-28.

GIULIANO, A.R; SALMON, D. The case for a gender-neutral (universal) human papillomavirus vaccination policy in the United States: Point. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. USA, 2008, p.805-808.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; ARAÚJO, F. C. Porque 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: 2007, p.565-574.

GRUENBERG, J; VAN DER GOOT, FG. Mechanisms of pathogen entry through the endosomal compartments. *Nat. Ver. Mol. Cell Biol.*, Geneva, 2006, p.495-504.

GUIMARÃES, G.C. Análise De Fatores Prognósticos e da Expressão Imunoistoquímica DaInvolucrina, e das Proteínas da Placa Desmossômica: Desmogleína, Plakoglobina e

Desmoplakina Através da Técnica de “Tissue Microarray” Em Pacientes Portadores de Carcinoma Epidermóide do Pênis. São Paulo: 2010, p.1-198.

HAVRECHAK, G.C. O Papiloma Vírus Humano (HPV) e a sua influência no Câncer do Colo do Útero. *UNICEUB*. Brasília: 2002, p.1-46.

HOLLAND, J.F.;FREI, E. *Penis e cancer. Cancer Medicine*.6 ed. BC Decker Inc, London: 2003.

JALIL, E.M, *et al.* High prevalence of human papillomavirus infection among Brazilian pregnant women with and without human immunodeficiency vírus type 1.*Int J GynacolObstet*, Brasília, 2009, p.423-485.

LEHOUX, M; DABRAMO, C.M; ARCHAMBAUKT, J. Molecular mechanisms of human papillomavirus-induced carcinogenesis.*Public Health Genomics*, 2009, p.268-280.

LEPIQUE, A. N; RABACHINI, T; VILLA, L. L. HPV vaccination: the beginning of the end of cervical cancer?-A Review. *Mem.Inst.Oswaldo Cruz*, 2009, p.1-10.

LOPES, A; *et al.* Iliac nodal metastases from carcinoma of the penis treated surgically.*BJU Int*. 2000,p.690-693.

LYNCH, D.F.J, PETTAWAY, C.A. Tumors of the penis. *Campbell’s Urology*. Philadelphia: 2002. p. 2945-81.

MENEZES, M. F. B, *et al.* Câncer, pobreza e desenvolvimento humano: desafios para assistência de enfermagem em oncologia. *Rev. Latino – Americana de Enfermagem*. São Paulo: 2007, p.1-7.

MICALI, G; *et al.* Invasive penile carcinoma: a review. *Dermatol Surg*. 2004, p.311-320.

MICALI, G; *et al.* Penile Cancer.*Journal Am. Acad. Dermatology*. 2006, p.369-391.

MUÑOS, N; *et al.* Chapter 1: HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine*, France, 2006, p.1-10.

NETTINA, S. M. BRUNNER *Prática de Enfermagem*. 9ed; 2 vol. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2012, p.465-1079.

OLIVEIRA, C. M; *et al.* HPV-11 associated metastatic cervical cancer. *Gynecologic Oncology Reports*, São Paulo, 2012, p.18-19.

PARTRIDGE, J. M.A; KOUTSKY, L. Genital human papillomavirus infection in men.*Lancet InfectDis*.Seattle, 2006, p.21-31.

PEIXOTO, E.C.T.M, *et al.* Urethrostomia peniana e perineal em felinos domésticos. *Ciência rural*. 1997, p.629 a 633.

POMPEO, A.C.L. Câncer de pênis. Cap.19. *Urologia Fundamental*. São Paulo: 2010, p.172 - 177.

POMPEO, A.C.L. Linfadenectomia inguinal estadiada em câncer do pênis: avaliação prospectiva de 50 pacientes. *Projeto Diretrizes II*. São Paulo:1993, p.1-124.

POMPEO, A.C.L; *et al.* Projeto Diretrizes II. *Soc. Brasileira de Urologia*.São Paulo: 2006, p.1-9.

RECCO, D. C; LUIZ, C. B; PINTO, M. H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte no interior de SP. *Arq. Ciência Saúde*. São Paulo: 2005, p.85-90.

REIS, A.M.B; *et al.* Prevalência de infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) em Homens Sexualmente Ativos, portadores de Câncer de Pênis do Estado de Goiás-GO. *Int. de Patologia Tropical e Saúde Pública*. Goiás: 2008, p.1105-1109.

REIS, R.B; *et al.* Incontinência Urinária no Idoso. *Acta Cir. Bras*. São Paulo: 2003, p.47 a 51.

REZAZADEH, A; *et al.* The role of human papillomavirus in lung cancer: a review of the evidence. *Clin Exp Pathol*. 2009, p.64.

RIPPENTROP, J.M; JPSLYN, S.A; KONETY, B.R. Squamous cell carcinoma of the penis evaluation of data from the surveillance, epidemiology, and results program. *Cancer*. 2004, p.1357-1363.

ROSENBLATT, C; *et al.* HPV no homem. *HPV na Prática Clínica*. 1ed, Atheneu: São Paulo, 2005, p.1-9.

ROZAN, R, *et al.* Interstitial brachytherapy for penile carcinoma: a multicentric survey (259 patients). *Radiother Oncol*. 1995, p.83-93.

SÁ, A.C. O cuidado emocional em enfermagem. Robe. São Paulo: 2001.

SATYAPRAKASH, A. K; TYRING, S. K. Human papillomavirus e vaccine: a dermatologic perspective. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, Texas ,2010, p.14-19.

SIECZKARSKI, S. B; WHITTAKER, G. R. Dissecting virus entry via endocytosis. *J.Gen. Virol*, New York, 2002, p.1535-1545.

SILVA, L.M.H; ZAGO, M.M.F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ética do enfermeiro. *Rev. Latino Am Enfermagem*. São Paulo: 2001, p.44-49.

SILVA, M.M; SILVA, V.H. Envelhecimento: importante fator de risco para o câncer. *Arq.Med. ABC*. São Paulo: 2005, p.11-18.

SOBIN, L.H; WITTEKIND, C.H. TNM Classification of Malignant Tumors. 6 ed. Nova Iorque: 2002.

SOLOMON, D; NAYAR, R. Sistema Bethesda para citopatologia cervicovaginal: definições, critérios e notas explicativas. *Revinter*. 2ed. Rio de Janeiro, 2005.

STERLINKO, M.G; BERGANT, M; BANKS, L. Human papillomavirus infection, cancer e therapy. *Indian J Med Res.*, Italy, 2009, p.277-285.

SZULCZEWSKI, Vivian. Estudo *in vitro* sobre a interação celular e vias endocíticas de papilomavírus humano (HPV) em leucócitos do sangue periférico. São Paulo, 2009, p.23-48.

TCHERNEV, G. Sexually transmitted papillomavirus infections: epidemiology, pathogenesis, clinic, morphology, important differential diagnostic aspects, current diagnostic and treatment options. *As Bras Dermatol*, Germany, 2009, p.377-389.

THEODORESCU, P; *et al.* Outcomes of initial surveillance of invasive squamous cell carcinoma of the penis and negative modes. *J Urol.* 1996, p.1626-1631.

VILLA, L.L, *et al.* Immunologic responses following administration of a vaccine targeting human papillomavirus types 6, 11, 16 and 18. *Vaccine*, 2006, p.5571-5583.

XAVIER, E. C. L; *et al.* As representações sociais dos homens penectomizados: a amputação, a religiosidade e a família. *17º SENPE*. Natal: 2013, p.717-719.

XU, S; *et al.* Clinical observation on vertical transmission of human papillomavirus. *Chin.Med.Sci. J*, China, 1998, p.29-31.

YANG, J; *et al.* Interferon for the treatment of genital warts: a systematic review. *BMC Infect Dis.*, China, 2009, p.156.

YOUNG, R.H; SRIGLEY, J.R; AMIN, M.B. Tumors of the prostate gland, seminal vesicles, male urethra and penis. *Armed Forces Institute of Pathology* Washington DC: 2000.