

Câncer de pênis, aspectos epidemiológicos e fatores de risco: tecendo considerações sobre a promoção e prevenção na Atenção Básica

Penile cancer, epidemiologic aspects and risk factors: making considerations about the promotion and prevention in the Primary Attention

Silvia Helena Bastos de Paula^I, Maria José Leonardo Souza^{II}, Juliane Daniee Almeida^{III}

Resumo

O carcinoma de pênis representa 2% dos casos de câncer em homens no país. Embora raro, manifesta-se de forma agressiva por lesões e alterações de coloração da glândula, ou em forma de ferida ou úlcera persistente e tumoração. As lesões situam-se na glândula, no prepúcio ou no corpo do pênis e nos gânglios inguinais. Este artigo explora aspectos epidemiológicos e riscos para câncer de pênis, elabora síntese e breves reflexões a partir de levantamento bibliográfico em fontes disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde. A literatura mostra que o grande desafio seria trazer os homens para o cuidado em saúde, promover autoconhecimento do corpo e higiene adequada do pênis, discutir estilo de vida saudável, evitar o tabagismo e até mesmo parar com essa prática, realizar circuncisão neonatal, assim como estimular os homens quanto à procura de serviços de saúde, uma vez que é necessário conceber espaços de atuação para atender às necessidades da população masculina.

Palavras-chave: Câncer de pênis, Saúde do homem, Masculinidade

Abstract

Penile carcinoma accounts for 2% of the cases of cancer in men in the country. Although rare, it is aggressive and appears as lesions and changes in the coloration of the glans or as wounds or a persistent ulceration and tumor formation. The lesions are situated on the glans, on the prepuce or on the penis body and also in the inguinal nodes. This article explores epidemiologic aspects and risks for penile cancer, and makes a synthesis and a brief reflection based on a review of the literature in available sources in the Virtual Health Library (Biblioteca Virtual de Saúde). Literature shows that the great challenge is to bring men to health care, to promote self-knowledge of the body and appropriated hygiene of the penis, to discuss a healthy lifestyle, to avoid tobaccoism and even to stop this practice, to undergo neonatal circumcision, as well as to stimulate men to seek for health services, once it is necessary to conceive proper spaces for the needs of the men population.

Keywords: Penile cancer, Men's health, Masculinity

^I Silvia Helena Bastos de Paula (silviabastos@isaude.sp.gov.br) é enfermeira, doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado de São Paulo e pesquisadora científica III do Núcleo de Práticas do Instituto de Saúde

^{II} Maria José Leonardo Souza (mjos.leonardi@gmail.com) é biomédica, doutora

em Ciências com concentração em oncologia pelo Hospital do Câncer de São Paulo, pesquisadora em patologia dos tumores e transição epitélio-mesênquima

^{III} Juliane Daniee Almeida (judaniee@hotmail.com) é estagiária da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) no Núcleo de Práticas do Instituto de Saúde e graduanda em enfermagem pela Faculdade Santa Marcelina



Introdução

O carcinoma de pênis é raro e manifesta-se por lesões e alterações de coloração da glande, ou em forma de ferida ou úlcera persistente ou tumoração situada na glande, no prepúcio ou no corpo do pênis e nos gânglios inguinais. O estreitamento do prepúcio é um fator de predisposição para este agravo. Embora se trate de um problema pouco discutido, menos debatido que o câncer de próstata, o qual é prioridade na política de saúde do homem, o câncer de pênis causa sérios problemas em razão do diagnóstico tardio, e há estudos que estabelecem sua relação com a infecção pelo HPV (*human papillomavirus* – papilomavírus humano), que é uma doença sexualmente transmissível²².

Os conflitos subjacentes a esse problema envolvem qualidade de vida, sexualidade e masculinidade. Badinter^{1,9} considera o pênis um símbolo associado à identidade masculina do homem viril e à masculinidade hegemônica – e doenças do pênis ou as consequências da amputação afetam a condição de narciso.

O pênis está envolto com questões delicadas de identidade e crenças com relação à sexualidade⁹. A nossa cultura ainda valoriza o mito de Príapo, deus da antiguidade grega, que relaciona a masculinidade quase que exclusivamente com a forma e a ereção do pênis, e seu tamanho avantajado relaciona-se com fartura nas colheitas, prosperidade e felicidade⁷.

O mito da invulnerabilidade masculina é contestado desde a década de 1970^{1,31,32}, quando apareceram questões e estudos sobre masculinidade. Desde 1984 a legislação brasileira registra conquistas de saúde sexual e reprodutiva obtidas inicialmente pela inclusão de direitos das mulheres na assistência integral à saúde e posteriormente ampliada para atender a reivindicações de outros movimentos sociais, principalmente de homossexuais e lésbicas, juntos na luta contra a Aids. Assim, esses movimentos contribuíram para incorporação da sexualidade e direitos na política de saúde, mas somente em 2008, no Sistema Único de Saúde (SUS), consolidou-se proposta para os homens ao se proverem cuidados de saúde sexual e reprodutiva em política específica¹⁴.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)⁴, regulada pela Portaria do Ministério da Saúde n. 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem como diretriz central a integralidade da atenção à saúde da população masculina em dois eixos de atenção: atendimento às necessidades de saúde do homem, ao promover o acesso a graus de crescente utilização de complexidade tecnológica pelo SUS, garantindo acesso a ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação; e entendimento transdisciplinar das questões de saúde do homem como fenômenos biopsicossociais e culturais.

A instituição de política específica para tratar de questões de saúde do homem deve considerar que a popula-

ção masculina tem valores e símbolos que incluem força, potência, competição, poder e patrimônio como elementos próprios de sua identidade^{1,7,9,26}. Partindo desta constatação, a enfermidade pode ser percebida como estado depreciativo, pois é situação que denota fragilidade e pode causar insegurança e dependência. Portanto, é natural que se constitua em barreira para a busca e utilização de serviços de saúde de significativa parte desta população¹⁷.

Quando o homem adocece e precisa ir ao serviço de saúde, o que está em jogo é muito mais que sua saúde física ou mental. Trata-se de população ligada à força de trabalho e à produção de riquezas; e ainda por ser o homem o principal provedor da sua família, estar apto ao trabalho é condição socialmente reconhecida para se ter dignidade humana³¹.

Ainda que o câncer de pênis (CP) seja um evento raro, a associação dele com HPV – que também infecta 25% das mulheres²³ – e os tratamentos agressivos mutiladores, quando os casos são diagnosticados em estádios avançados, são razões para explanação do tema quanto a aspectos epidemiológicos, riscos e efetivas estratégias de prevenção.

Método

Trata-se de um estudo exploratório sobre câncer de pênis, seus aspectos epidemiológicos, fatores de risco e estratégias de promoção e prevenção específica de saúde masculina.

Realizou-se levantamento na Biblioteca Virtual de Saúde, por meio dos descritores câncer de pênis e fatores de risco. Obtiveram-se 226 trabalhos, dos quais foram selecionados inicialmente 34 de acesso livre; destes, 11 foram incluídos pelo critério de edição nos últimos cinco anos (2008-2012), nos idiomas português, espanhol e inglês. Incluiu-se também busca no PubMed por trabalhos de referência e em outras fontes para a busca por legislações, manuais de sociedades científicas e livros cujos temas contribuíssem para descrição ou compreensão do problema. Os achados foram ordenados segundo: aspectos epidemiológicos, fatores de risco, masculinidade, repercussões para a saúde e estratégias de prevenção.

Resultados

Aspectos epidemiológicos do carcinoma de pênis

O carcinoma de pênis não é doença frequente nos países desenvolvidos, correspondendo de 0,4% a 3%

de todas as neoplasias malignas. O aumento da incidência ocorre a partir da sexta década de vida, sendo infrequente em adultos abaixo de 30 anos, e raramente descrito em crianças^{15,13,31}.

Nos Estados Unidos, esse tipo de câncer tem incidência de 0,4 a 1 por 100.000 e representa 0,4% a 6% de todas as doenças malignas⁵. Para países em desenvolvimento é problema importante de saúde, pois em algumas regiões da África, da Ásia e da América do Sul chega a corresponder até 10% das neoplasias malignas no homem³³.

A maior incidência dessa neoplasia no mundo é nas regiões de Barshi, Paranda e Bhum, na Índia (3,32/100.000 habitantes), e os menores índices encontram-se entre os judeus nascidos em Israel e nos Estados Unidos (0/100.000 e 0,07/100.000, respectivamente)¹⁶. Em estudo realizado nos registros de câncer de pênis da Dinamarca no período de 1943 a 1990, em 1.523 homens com câncer epidermoide, de 22 a 95 anos na ocasião do diagnóstico, verificou-se decréscimo de 0,5% a cada ano no número de casos novos e associação significativa para homens solteiros. Em judeus postectomizados no nascimento, a incidência de câncer de pênis é nula. Nos homens em geral, há aumento da incidência a partir da sexta década de vida^{13,15,18,33,40}.

As estimativas de câncer do Instituto Nacional de Câncer (Inca)²² do Ministério da Saúde para 2010 não apontavam o CP como um dos mais frequentes no país, pois representa 2,1% de todos os tipos de câncer entre homens, mas sua ocorrência é 15% mais alta no Norte e no Nordeste, em que existem condições socioeconômicas mais precárias, com incidência de 1,3 a 2,7 por 100 mil. O levantamento aponta ainda que 90% dos pacientes que apresentam CP, quando procuram pelo serviço de urologia, o fazem com doença avançada, com tumor grande e linfonodos aumentados^{5,35}.

Em 2006 e 2007, a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), ao realizar um estudo epidemiológico, identificou 283 novos casos de CP no Brasil – destes, 53,02% ocorreram no Norte e no Nordeste, e 45,54% no Sudeste. A maioria dos pacientes (78%) tinha mais de 46 anos, e 7,41% menos de 35 anos. Um dado chama a atenção: 60,4% tinham fimose, o que dificultava a exposição da glândula e sua higiene. Entre os 283 participantes da pesquisa, 6,36% estavam infectados pelo HPV, e 73,14% eram tabagistas. Em algumas regiões de maior incidência, o CP corresponde de 2,9% a 6,8% casos/100.000

habitantes. Nessas regiões de maior ocorrência, o câncer de pênis supera os casos de cânceres de próstata e de bexiga. De acordo com este estudo, o perfil do homem com CP no país é predominantemente de baixa renda, branco, não circuncidado, vivendo nas regiões Norte e Nordeste do país^{12,22}.

O Inca registrou 4.637 casos de câncer de pênis em 2009; destes, 363 homens morreram no ano de 2010. Ainda segundo estimativas do Inca, ocorrerão no país, em 2012, 257.870 casos novos de câncer em homens, e destes estima-se que 2% serão de câncer de pênis²².

Os fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma de pênis

Os fatores de risco que aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar câncer de pênis são: falta de higiene, produção de esmegma e retenção de células descamativas e resíduos da urina na glândula – que podem causar irritação crônica com ou sem infecção bacteriana na glândula ou no prepúcio –, persistência de fimose, baixo padrão socioeconômico, efeitos de irritação crônica da pele e o número de parceiros sexuais²².

O esmegma é referido em alguns estudos^{30,37}, segundo os quais essa substância produzida por secreção lubrificante e por descamação das células epiteliais da face interna do prepúcio, e que se acumula em homens com má higiene íntima, particularmente aqueles que têm fimose, seria um agente carcinogênico, pela conversão de esteróis esmegmáticos em esteróis carcinogênicos pelo *Mycobacterium smegmatis*^{30,40}. Ainda não há consenso científico quanto a esta associação causal³⁹.

Antecedentes de doenças venéreas, infecção pelo papilomavírus humano (HPV), uso de tabaco, radiação ultravioleta, líquen crônico e balanite xerótica obliterante pelo HPV estão associadas com a doença. Entre as complicações diretas também está o aumento de gânglios nas virilhas (linfonodos aumentados), que podem ser sinais de metástases com trágicas repercussões^{3,6,12,18,22}.

Muitos estudos sugerem que HPV tipo 16 é de alto risco para a mucosa do pênis e estaria envolvido na patogênese de um grupo de carcinomas do pênis. Estudos

recentes indicam cerca de 40% de prevalência do HPV em lesões neoplásicas penianas^{3,5,15,24,37}.

Entre as notificações de DST ao Ministério da Saúde, a infecção pelo HPV foi de 23,4%, sendo atualmente a mais comum em nosso país, e considerada doença pré-cancerígena em muitos casos assintomáticos ou quando apresenta apenas prurido persistente²¹. A infecção pelo HPV em carcinomas de pênis foi demonstrada pela primeira vez no Brasil na década de 1980 e relacionada com o aumento da expressão da proteína citoplasmática p53, que atua na manutenção da integridade das moléculas e impede a multiplicação de células defeituosas ativando mecanismos de apoptose^{IV} ou senescência^{IV}, e esta alteração influi no pior prognóstico dos pacientes^{3,23}.

O HPV afeta o epitélio escamoso da genitália masculina da mesma forma que a feminina, incluindo a formação de condilomas e a transformação neoplásica^{32,34}. Os HPV 6 e 11 são os mais comumente ligados a lesões não displásicas, como verrugas genitais, podendo ser encontrados no carcinoma verrucoso, enquanto os tipos 16, 18, 31 e 33, entre outros, estão relacionados com carcinoma *in situ* e invasivo. O HPV 16 é o mais frequentemente identificado na lesão primária, tendo sido descrito em lesões metastáticas^{18,26,38,39}.

O uso do tabaco também tem sido apontado como um fator etiológico^{19,28,29}, ratificando ainda mais a hipótese de que o fumo causa câncer em todo o epitélio malpighiano (pavimentoso, estratificado e não-queratinizado), independentemente do contato direto das substâncias do fumo com o tecido. Há indícios, inclusive, de que se trata de um fator dose dependente, embora essa relação careça ainda de melhores estudos¹⁹.

Outro comportamento de risco é a zoofilia, referido por estudo de caso-controle realizado em 16 centros de urologia do país, com 118 pacientes e 374 controles sadios entrevistados entre 2009 e 2010, para investigar as características de comportamento com relação a sexo com animais e suas associações com câncer de pênis. Verificou-se que 171 (34%) tiveram contato sexual com animais de 4,4 a 5,3 anos antes da pesquisa; desses, 44,9% tinham câncer de pênis, e 31,6% eram entrevistados sadios⁴¹.

^{IV} Apoptose é morte celular programada e fragmentação de células defeituosas que são fagocitadas sem causar processo inflamatório. Senescência é um processo metabólico ativo do envelhecimento celular. Ocorre por meio de programa genético que envolve deterioração dos telômeros e ativação de genes supressores

Repercussões do carcinoma de pênis na saúde e na masculinidade

Geralmente o câncer de pênis inicia-se como uma lesão na glândula, que, ao não ser tratada, estende-se para o prepúcio e se infiltra nos tecidos adjacentes, como o tecido subepitelial conjuntivo, o corpo esponjoso e o corpo cavernoso, até invadir órgãos próximos como próstata e bexiga, levando, além da amputação, a danos mais extensos¹¹.

Os padrões morfológicos de crescimento e o desenvolvimento do carcinoma epidermoide de pênis apresenta-se em quatro padrões principais: crescimento superficial, crescimento vertical, verrucoso e multicêntricos. O “crescimento superficial” ocorre quando o tumor é plano, de padrão epidermoide pouco invasivo, e corresponde a 1/3 dos casos; o “crescimento vertical” é uma grande lesão ulcerada com padrão de crescimento sólido, agressivo e invasivo, ocorrendo em 20% dos pacientes; o “verrucoso” é lento, com três padrões histológicos: verrucoso propriamente dito, papilar e condilomatoso, que apresentam baixo índice de metástases; os “multicêntricos” são definidos por duas ou mais lesões separadas por tecido benigno. São tumores raros, sendo mais comuns no prepúcio, e podem estar associados a líquen escleroso²⁹.

O sistema de classificação de câncer de pênis segundo o American Joint Committee se baseia no critério TNM³⁷, ou seja: T = extensão tumoral; N = extensão do comprometimento do linfonodo; e M = presença de metástase. Esses são característicos importantes na determinação quanto ao prognóstico que visa avaliar a doença em vários aspectos, principalmente em relação à invasão angiolinfática^{11,37}.

O tratamento cirúrgico convencional para carcinoma peniano envolve penectomia parcial ou radical com margem de segurança de 2 cm. Essa abordagem é realizada no Brasil em 60% dos casos, o que demonstra a elevada morbidade existente no diagnóstico de câncer de pênis em nosso meio⁴¹. Ambas as opções cirúrgicas conseguem controle local adequado, mas tanto a doença quanto seu tratamento causam grande repercussão psicológica na vida do homem afetado por ela. A questão da identidade sexual e a baixa qualidade de vida ou a diminuição do seu bem-estar são alguns dos efeitos negativos.

Os pacientes com CP submetidos à cirurgia de penec-

tomia, entre outras cirurgias, também podem apresentar distúrbios psiquiátricos²⁴. Em um estudo realizado em 2007 e 2008, no qual foram acompanhados 15 homens submetidos à penectomia no Hospital do Câncer de Pernambuco², as principais queixas verbalizadas pelos homens foram de natureza emocional, como insônia, ideia de suicídio, medo e tristeza intensa.

Discussão

A atenção à saúde do homem, pela característica desta população e por sua inserção social no campo da produção e da economia do país, de forma prioritária, tem sido objeto de preocupações quanto a evitar equívocos cometidos quando da inserção e medicalização^{17,27,36} dos corpos femininos com a Política Integral de Saúde da Mulher [Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher] (PAISM), que afetou a autonomia das pessoas, tanto pela medicalização quanto pelo desprezo de práticas culturais da comunidade e do cuidado autônomo de saúde.

A identificação oportuna do CP influi de maneira decisiva no seu prognóstico, pois se for feita logo no início, o câncer de pênis é tratável e tem grande possibilidade de cura. No entanto, considerando os aspectos culturais da masculinidade^{17,31,38} e a natureza das barreiras para busca e utilização de serviços de saúde, deve-se levar em conta que muitos sentem medos, receios e vergonha relacionados à descoberta de doenças e se intimidam diante de situações como, por exemplo, um tratamento injetável ou um sangramento e intervenções no órgão sexual, o que lhes pareceria particularmente ameaçador, adiando assim a busca por ajuda.

É importante refletir o que seriam serviços acessíveis e culturalmente aceitáveis para a dinâmica de vida da população masculina em determinado território. As unidades de saúde estão estruturadas para atender preferentemente a população feminina^{17,36}, em especial a que não trabalha fora do lar. Os profissionais de saúde mais atentos verificam o desconforto que os homens sentem quando estão na sala de espera desses serviços, condição que de fato se constitui em barreira para acesso e vínculo com o serviço, pela estranheza da situação, pelo tempo despendido e impessoalidade que pode ocorrer nos serviços.

O problema de acesso e também de gestão já se estabelece nos atendimentos que são oferecidos apenas em horário diurno e em expediente de trabalho, o que deixa os homens reféns do pronto atendimento ou dos

balcões de farmácias. É necessário levar em conta que significativa parte da população de homens e mulheres está em seu lugar de trabalho nos mesmos horários em que os serviços abrem suas portas e iniciam suas atividades internas ou de campo no seu território¹⁷.

É necessário pensar que quando um homem com uma DST ou com problemas a esclarecer no pênis ou na genitália deseja atendimento, um critério de acolhimento é a privacidade, o sigilo, a confiança e a discrição, num atendimento ágil com a menor exposição possível, e jamais por meio de agendamento de consulta ou intermediação de agentes comunitários.

Também é necessário que as ações de promoção dialoguem com as concepções de saúde da população masculina, sobre suas doenças ou possibilidades de adoecimento, que não são uniformes de um bairro para outro. Mesmo nas diferentes faixas de idade o perfil do homem está mudando e incorporando novas configurações, adotando novos valores, embora ainda predominem valores da masculinidade hegemônica^{1,4,17,27,36}.

Considerações finais

Os estudos consultados convergem para a influência do HPV na questão do câncer de pênis – tabagistas, homens incircuncidados e com higiene insuficiente estão sob maior risco. A busca tardia pelos serviços é apontada como causa de diagnósticos de tumores em estadiamento avançado e menor sobrevida.

Para envolver os usuários na atenção básica e nos cuidados de saúde para prevenir o CP e promover a saúde sexual dos homens, a literatura aponta para a importância da busca regular por cuidados de saúde, pois o aconselhamento junto da prevenção de DST e uso de preservativo previne e favorece o diagnóstico oportuno, ampliando as chances de cura e reduzindo a necessidade de procedimentos que levam necessariamente à mutilação.

Assim, a integralidade que se busca na política pública de saúde do homem poderia se fortalecer por meio da construção de redes intersetoriais para promoção de saúde em que a iniciativa privada e a ideia de “ir aonde os homens estão” poderia se tornar um eixo para o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde com parceria social.

Por fim, profissionais que trabalham com homens poderiam privilegiar dinâmicas em pequenos grupos de reflexão, nos quais os usuários pudessem ser ouvidos com mútuo enriquecimento e aumento da compreensão de todos quanto a necessidades de saúde e à própria

natureza dos serviços e dos cuidados a serem dispensados por eles. Essas dinâmicas deveriam incluir questões sobre respeito à vida, violência em geral, uso de drogas, paternidade e sexualidade, compartilhando experiências e criando caminhos para resolução dos problemas.



Referências bibliográficas

1. Badinter E. XY: sobre a identidade masculina. Estrada MID, tradutor. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993. O homem mutilado; cap.1, p.131-142.
2. Barros EM, Melo MCB. 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*. 2009;12(1):99-111.
3. Bezerra ALR, Lopes A, Landman G, Alencar GN, Torloni H, Villa LL. Clinicopathologic features and human papillomavirus DNA prevalence of warty and squamous cell carcinoma of the penis. *Am J Surg Pathol*. 2001;25:673-8.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília; 2008. [acesso em 20 de junho de 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html
5. Carvalho JJM, Moreira R, Vedovato BC, Silva DB, Carvalho JZM, Trevizo AP, et al. Câncer de pênis em jovem de 23 anos associado a infecção por HPV-62: relato de caso. *DST J bras Doenças Sex Transm*. 2011; 23(1):44-47.
6. Carvalho NS, Kannenberg AP, Munaretto C, Yoshioka D, Absy MCV, Ferreira, MA, Tambara Filho R. Associação entre HPV e câncer peniano: revisão de literatura. *DST J bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(2):92-5.
7. Cavalcanti M. Sexualidade humana: uma perspectiva histórica. *Rev Bras Sexual Hum*. 1990; 1:43-51.
8. Dennis EJ, Heins HC, Latham E, Mciver FA, Pratt-Thomas HR. The carcinogenic effector human smegma: an experimental study. I. Preliminary report. *Cancer*. 1956;9:671-80.
9. Dorais M. O erotismo masculino. Gonçalves ME, Sobral AU, tradutores. São Paulo: Loyola;1994.
10. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA. Pathology and genetics tumours of the urinary system and male genital organs. Lyon: IARC; 2004. (IARC WHO Classification of Tumours, 6).
11. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti. *AJCC cancer staging manual*. 7.ed. New York: Springer-Verlag; 2009. Penis; p.447-55.
12. Favorito LA, Nardi AC, Ronalsa M, Zequi SC, Sampaio FJ, Gliina S. Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. *Int Braz J Urol* 2008; 34:587-93.
13. Ficarra V, Martignoni G, Maffei N, Cerruto MA, Novara G, Cavalleri. S, et al. Predictive pathological factors of lymphnode involvement in the squamous cell carcinoma of the penis. *Int Urol Nephrol*. 2002; 32:245-50.
14. Figueiredo R, Bastos S. Saúde e direitos sexuais e reprodutivos: o Poder Judiciário deve garantir o acesso à contracepção de emergência. In: Keinert TMM, Bastos de Paula SH, Bonfim JRA, organizadores. *As ações judiciais no SUS e a promoção do direito saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009. p.119-126. (Série Temas em Saúde Coletiva, 10)
15. Frisch M, Friis S, Kjaer SK, Melbye M. Falling incidence of penis cancer in an uncircumcised population. *BMJ* 1995; 311:1471.
16. Gloeckler-Reis LA, Reichman ME, Lewis DR, Hankey BF, Edwards BK. Cancer survival and incidence from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) program. *Oncologist*. 2003;8(6):541-52.
17. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. 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*. 2007; 23:565-74.
18. Guimarães GC, Rocha RM, Zequi SC, Cunha IW, Soares FA. Penile cancer: epidemiology and treatment. *Curr Oncol Rep*. 2011; 13:231-9.
19. Hellberg D, Valentin J, Eklund T, Nilsson S. Penile cancer: is there an epidemiological role for smoking and sexual behavior? *Br Med J*. 1987; 1295:1306-8.
20. Hospital A.C. Camargo. Pênis [monografia na internet]. São Paulo;2012 [acesso em 10 maio 2012]. Disponível em: <http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/penis/46/21>.
21. Hossne R S. Prevalência de papiloma vírus (HPV) perianal assintomático em pacientes portadores de HPV genital tratados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu *Rev bras colo-proctol [periódico na internet]*. 2008 [20 de maio de 2012]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802008000200011>.
22. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: Inca; 2011. 118 p.
23. Koifman L, Vides AJ, Koifman J, Carvalho JP, Ornellas AA. Epidemiological aspects of penile cancer in Rio de Janeiro: evaluation of 230 cases. *Int braz j urol*. 2011; 37(2):231-243.
24. Maddineni SB, Lau MM, Snagar VK. Identifying the needs of penile cancer sufferers: a systematic review of the quality of life, psychosexual and psychosocial literature in penile cancer. *BMC Urol [periódico na internet]*. 2009. [2 de maio de 2012]; 9:8. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2490/9/8>.
25. Minhas S, Manseck A, Watya S, Hegarty PK. Penile cancer: prevention and premalignant conditions. *Urology*. 2010; 76(2 Suppl): S24-35.
26. Moscicki AB, Palefsky JM. HPV in men: an update. *J Low Genit Tract Dis*. 2011;15(3): 231-4.

27. Nascimento ARA, Trindade ZA, Gianordoli-Nascimento, IF, Pereira, FB, Silva, SA T, Cerello A C. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte - MG. *Saúde Soc.* 2011; 20(1):182-194.
28. Nolasco S. O mito da masculinidade. Rio de Janeiro: Rocco; 1995.
29. Sociedade Brasileira de Urologia. Carcinoma do pênis - Parte II. (Projeto Diretrizes) [monografia na internet]. 2006 [acesso em 12 março 2012]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/13-CarcinomaPenisPartell.pdf.
30. Raju GC, Naraynsingh V, Venu PS. Carcinoma of the penis in the West Indies: a Trinidad Study. *Trop Geogr Med.* 1985;37(4):334-6.
31. Ramos M Z, Tittoni J, Nardi H C. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cad Psicol Trab.* 2008;11(2):209-216.
32. Reis AAS, Paula LB, Paula AAP, Saddi VA, Cruz AD. Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. *Ciêns Saúde Coletiva* 2010;15(Suppl 1):1105-11.
33. Salvioni R, Necchi A, Piva L, Colecchia M, Nicolai N. Penile cancer. *Urol Oncol.* 2009;27:677-85.
34. Sarkar FH, Miles BJ, Plieth DH, Crissman JD. Detection of human papillomavirus in squamous neoplasm of the penis. *J Urol.* 1992;147:389-92.
35. Scheiner MA, Campos MM, Ornellas AA, Chin EW, Ornellas MH, Andrada-Serpa MJ. Human papillomavirus and penile cancers in Rio de Janeiro, Brazil: HPV typing and clinical features *Int Braz J Urol.* 2008;34:467-76.
36. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(5):961-970.
37. Shabad AL. Some aspects of etiology and prevention of penile cancer. *J Urol.* 1964; 92:696-702.
38. Sobin LH, Wittekind C. TNM classificação de tumores malignos. 6.ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004. Tumores urológicos: pênis; p.187-9.
39. Souza K W, Reis Paula E D, Gomes I P, Carvalho E C. Estratégias de prevenção para câncer de testículo e pênis: revisão integrativa. *Rev esc. enferm. USP.* 2011;45(1):277-282.
40. Tsen HF, Morgenstern H, Mack T, Peters RK. Risk factors for penile cancer: results of a population based case-control study in Los Angeles County (United States). *Cancer Causes Control.* 2001; 12:267-77.
41. Zequi SD, Guimarães GC, Fonseca FP, Ferreira U, Matheus WE, Reis LO, et al. Sex with Animals (SWA): behavioral characteristics and possible association with penile cancer. A Multi-center Study. *Journal of Sexual Medicine.* doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02512.x