

Câncer de Próstata e Equidade Racial: Análise das Barreiras de Acesso aos Cuidados de Saúde

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n1.5391>

Prostate Cancer and Racial Equity: Analysis of Barriers to Health Care Access

Cáncer de Próstata y Equidad Racial: Análisis de las Barreras de Acceso a la Atención Sanitaria

Ana Deborah Leite de Souza¹; Laura Lira Amorim²; Linda Pietra Gomes Leite³; Ysabele Yngrydh Valente Silva⁴; Ana Beatriz da Silva⁵; Ekarinny Myrela Brito de Medeiros⁶; Ellany Gurgel Cosme do Nascimento⁷

RESUMO

Introdução: No Brasil, o câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais comum entre homens, sendo mais prevalente em idosos. Homens negros, no entanto, apresentam maior incidência e mortalidade, além de diagnóstico mais tardio e menor acesso às terapias adequadas, refletindo desigualdades estruturais de ordem racial, socioeconômica e geográfica. **Objetivo:** Analisar quais são as barreiras de acesso ao cuidado em saúde para o homem negro com câncer de próstata, explorando desde o diagnóstico, a escolha de tratamento até a autogestão do cuidado relacionado à terapêutica. **Método:** Revisão integrativa de literatura a partir de buscas nas bases de dados PubMed, EMBASE, Web of Science, Scopus e BVS. Utilizaram-se os descritores “Prostatic Neoplasms”, “Health Services Accessibility” e “Race Factors”, combinados por operadores booleanos, resultando em 32 estudos incluídos na revisão. **Resultados:** Os estudos foram organizados em seis categorias (1) Epidemiologia e disparidades raciais, (2) Fatores de risco específicos, (3) Acesso e barreiras ao diagnóstico precoce, (4) Tratamento e desfechos clínicos, (5) Aspectos psicosociais e qualidade de vida e (6) Políticas públicas e estratégias de redução de desigualdades. As análises evidenciaram desigualdade sistêmica no acesso ao diagnóstico, tratamento e suporte psicosocial, além da influência do racismo estrutural e da baixa representatividade em pesquisas. **Conclusão:** O acesso à saúde para homens negros com câncer de próstata é limitado por barreiras complexas e interdependentes, exigindo estratégias intersetoriais, políticas públicas inclusivas, formação sensível e ampliação da equidade oncológica.

Palavras-chave: Neoplasias da Próstata/epidemiologia; Fatores Raciais/ética; Acessibilidade aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, prostate cancer is the second most common type of cancer among men, being more prevalent in older adults. However, Black men have higher incidence and mortality rates, as well as later diagnoses and reduced access to appropriate therapies, reflecting structural racial, socioeconomic, and geographic inequalities. **Objective:** To analyze the barriers to health care access for Black men with prostate cancer, exploring the diagnostic process, treatment choices, and adherence to therapy. **Method:** Integrative literature review based on searches at the databases PubMed, EMBASE, Web of Science, Scopus, and BVS. The descriptors “Prostatic Neoplasms,” “Health Services Accessibility,” and “Race Factors” were used, combined with Boolean operators, resulting in 32 studies included in the review. **Results:** The studies were organized into six categories: (1) Epidemiology and racial disparities, (2) Specific risk factors, (3) Access and barriers to early diagnosis, (4) Treatment and clinical outcomes, (5) Psychosocial aspects and quality of life, and (6) Public policies and strategies to reduce inequalities. The analyses revealed systemic inequalities in access to diagnosis, treatment, and psychosocial support, as well as the influence of structural racism and underrepresentation in researches. **Conclusion:** Health care access for Black men with prostate cancer is limited by complex and interdependent barriers, requiring intersectoral strategies, inclusive public policies, culturally sensitive training, and expansion of oncological equity.

Key words: Prostatic Neoplasms/epidemiology; Race Factors/ethics; Health Services Accessibility.

RESUMEN

Introducción: En el Brasil, el cáncer de próstata es el segundo tipo de cáncer más común entre los hombres, siendo más prevalente en los ancianos. Sin embargo, los hombres negros presentan una mayor incidencia y mortalidad, además de un diagnóstico más tardío y menor acceso a terapias adecuadas, lo que refleja desigualdades estructurales de orden racial, socioeconómico y geográfico. **Objetivo:** Analizar cuáles son las barreras de acceso a la atención en salud para el hombre negro con cáncer de próstata, explorando desde el diagnóstico, la elección del tratamiento hasta la adherencia terapéutica. **Método:** Revisión integradora de la literatura a partir de búsquedas en las bases de datos PubMed, EMBASE, Web of Science, Scopus y BVS. Se utilizaron los descritores “Prostatic Neoplasms”, “Health Services Accessibility” y “Race Factors”, combinados mediante operadores booleanos, resultando en 32 estudios incluidos en la revisión. **Resultados:** Los estudios se organizaron en seis categorías: (1) Epidemiología y disparidades raciales, (2) Factores de riesgo específicos, (3) Acceso y barreras al diagnóstico temprano, (4) Tratamiento y resultados clínicos, (5) Aspectos psicosociales y calidad de vida, y (6) Políticas públicas y estrategias para reducir desigualdades. Los análisis evidenciaron desigualdades sistemáticas en el acceso al diagnóstico, tratamiento y apoyo psicosocial, así como la influencia del racismo estructural y la baja representatividad en las investigaciones. **Conclusión:** El acceso a la salud para los hombres negros con cáncer de próstata está limitado por barreras complejas e interdependientes, lo que exige estrategias intersetoriales, políticas públicas inclusivas, formación con sensibilidad cultural y ampliación de la equidad oncológica.

Palabras clave: Neoplasias de la Próstata/epidemiología; Factores Raciales/ética; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

^{1,7}Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró (RN), Brasil.

¹E-mail: anadeborah.s3@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0001-1162-3794>

²E-mail: laura20230036271@alu.uern.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0007-0639-0918>

³E-mail: lindapietra.educ@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0006-3406-0417>

⁴E-mail: ysabelevalentin@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-8500-1525>

⁵E-mail: bana69796@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-9851-8363>

⁶E-mail: ekarinny20241002020@alu.uern.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0004-9854-1418>

⁷E-mail: ellanygurgel@uern.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-4014-6242>

Endereço para correspondência: Ana Beatriz da Silva. Rua Raimundo Nonato Chaves, 943, Apt. 09 – Aeroporto I. Mossoró (RN), Brasil. CEP 59607-385.
E-mail: bana69796@gmail.com



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é uma condição resultante de alterações na sequência de DNA, as quais são marcadas por multiplicação desordenada, alteração na morfofisiologia da célula afetada e a consequente inflamação da próstata¹. Além do caráter insidioso de desenvolvimento, a doença possui um prognóstico multifatorial em razão da capacidade de plasticidade atrelada às células cancerosas, conferindo resistência à terapêutica utilizada².

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens, atrás apenas do câncer de pele não melanoma. A sua incidência é maior em países desenvolvidos pela intrínseca relação diretamente proporcional entre alta expectativa de vida e o aumento da incidência do câncer em homens idosos, sendo considerado um câncer de terceira idade. Sob essa ótica, para o triênio de 2023 a 2025, estima-se 71.730 novos casos para o Brasil, enquanto, em termos de mortalidade, ocorreram, em 2020, 15.841 óbitos, aproximadamente 15 mortes para cada 100 mil homens³. Tais dados corroboram a necessidade do rastreio na população assintomática, por meio do teste do antígeno prostático específico (PSA) e do exame retal digital, e no diagnóstico precoce, a fim de reduzir o estágio de apresentação da doença⁴.

Entretanto, os homens negros são afetados diferentemente pelo câncer de próstata, haja vista os elevados índices de mortalidade, a apresentação mais agressiva e precoce da doença em comparação com os homens brancos. A discrepância agrava-se quando se amplia a visão sobre o tratamento, em que os negros possuem menos acesso às diversas opções terapêuticas, bem como enfrentam atrasos do diagnóstico até o início da terapia⁵. Segundo a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde da Organização Mundial da Saúde, o racismo está incluído como um fator associado a vulnerabilidades sociais, as quais estão refletidas na dificuldade de acesso aos serviços de saúde, assim como possui uma dimensão ideológica e multifatorial que perpassa o plano político e dita as relações de poder na sociedade^{6,7}.

Diane do exposto, diante da natureza complexa atrelada, o estudo objetivou analisar quais são as barreiras de acesso ao cuidado em saúde para o homem negro com câncer de próstata, explorando desde o diagnóstico, a escolha de tratamento até a adesão à terapêutica.

MÉTODO

Revisão de literatura do tipo integrativa com busca de alta sensibilidade. A revisão foi realizada em seis etapas, as quais correspondem a: identificação do tema, formulação da pergunta norteadora, dos descritores e das bases de

dados; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados; categorização dos estudos obtidos; análise e interpretação dos resultados; e apresentação da síntese de conhecimento^{8,9}. A pergunta norteadora foi: “Quais são as principais barreiras de acesso aos cuidados de saúde para homens negros com câncer de próstata?”, estruturada a partir do acrônimo PCC (População, Conceito, Contexto), em que “População” refere-se aos homens negros com câncer de próstata; “Conceito”, às barreiras de acesso aos cuidados de saúde; e “Contexto”, às desigualdades raciais e socioeconômicas no tratamento e na autogestão do cuidado.

Os critérios de inclusão foram artigos convergentes com a temática da pesquisa e a pergunta norteadora, disponíveis em sua totalidade na íntegra e cuja metodologia seja cognoscível e evidente. Não houve filtro para temporalidade, foram selecionados artigos em qualquer período de publicação desde que estivessem de acordo com os parâmetros da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, metanálises, cartas, editoriais, estudos com animais, além dos artigos duplicados e aqueles cujo resultado não atendeu à questão norteadora.

Foram definidos os seguintes descritores: “Prostatic neoplasms” e “Race factors”, presentes nos Descritores da Saúde (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH) e *Emtree*. Após a definição, os termos de busca e respectivos sinônimos foram aplicados nos bancos de dados PubMed, EMBASE, *Web of Science*, Scopus e BVS por meio dos operadores booleanos AND e OR. A partir da amostragem inicial, os artigos foram selecionados pelos títulos e resumos. A segunda parte sucedeu com a leitura do texto completo. Para tal processo, utilizou-se a ferramenta *Rayyan*, desenvolvida pelo *Qatar Computing Research Institute*, haja vista a capacidade de exportar os artigos, aplicar filtros e, sobretudo, a otimização do processo de exclusão das duplicatas, que foram realizadas de forma independente por três revisoras.

Posteriormente à identificação dos artigos, seguiu-se a quarta etapa, marcada por uma construção de um fichamento com todos os artigos selecionados, tendo como base o instrumento de Ursi, contendo título, autores, características metodológicas e principais resultados encontrados, a fim de facilitar a confecção da respectiva revisão. Em seguida, foi realizada a categorização dos artigos a partir da seleção dos temas centrais mais recorrentemente identificados.

Faz-se necessário enfatizar que o trabalho possui limitações, como a escassa publicação científica brasileira a respeito das causas propulsoras para a desigualdade de acesso à saúde. Além disso, muitos artigos foram excluídos em razão da abordagem biológica e genética, escolhidas como fatores causadores da inequidade racial no contexto do homem negro com câncer de próstata.



O fluxograma (Figura 1) resume como foi feita a seleção dos estudos por meio das bases de dados.

RESULTADOS

Inicialmente, foram identificados 14.786 artigos, sendo 2025 o período de última busca. Após a exclusão de duplicados e da sequência de leitura do título,

resumo e na íntegra, 32 artigos na língua inglesa foram selecionados para a presente revisão, permitindo identificar um panorama abrangente das barreiras enfrentadas pelo segmento de homens negros no acesso aos cuidados com o câncer de próstata. A partir da análise, os estudos foram sistematizados em seis categorias temáticas, com o fito de facilitar as considerações, sendo elas: (1) Epidemiologia e disparidades raciais, (2) Fatores de risco específicos, (3)

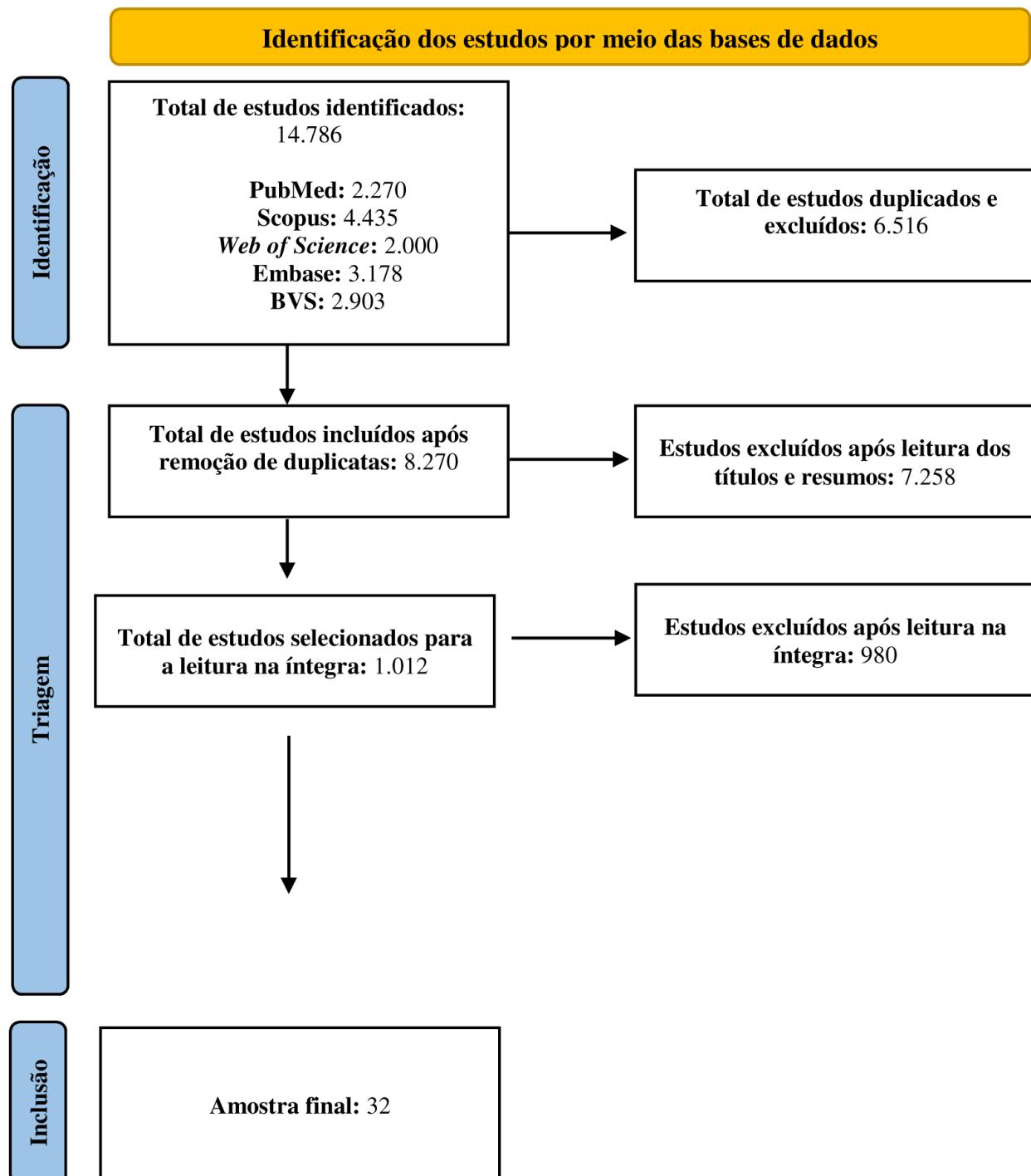


Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos
Fonte: Adaptado de PRISMA¹⁰.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Acesso e barreiras ao diagnóstico precoce, (4) Tratamento e desfechos clínicos, (5) Aspectos psicossociais e qualidade de vida e (6) Políticas públicas e estratégias de redução de desigualdades (Figura 2).

A categoria com maior quantidade de artigos foi “Epidemiologia e disparidade raciais” (n=14), os quais abordaram diferenças na incidência, na mortalidade e nos estágios entre homens negros e brancos, apontando a influência da localização geográfica, o *status socioeconômico* e o acesso desigual aos serviços de saúde. Ademais, alguns estudos utilizaram ferramentas de análise espacial para evidenciar “desertos de saúde”, enquanto outros discutiram as desigualdades raciais na representatividade em estudos clínicos e na sobrevida após o diagnóstico.

Outrossim, em “Fatores de risco específicos”, os resultados demonstraram os determinantes individuais e contextuais de maior destaque presentes em quatro artigos da presente revisão, os quais estão associados ao aumento do risco entre homens negros para perfis agravados, sendo: genética, histórico familiar e idade.

A categoria “Acesso e barreiras ao diagnóstico precoce” incluiu artigos que demonstraram os impasses enfrentados na etapa diagnóstica. Nesse sentido, foram identificados empecilhos relacionados ao desconhecimento sobre os sintomas e sinais, os estigmas que envolvem o masculino, dificuldades logísticas, barreiras financeiras, médicos pouco acessíveis e preconceito institucional. As principais problemáticas identificadas foram: demora no atendimento médico ou na marcação de consultas, identificado como o fator de maior impacto; falta de

informação e orientação; medo, preconceito ou vergonha de buscar atendimento, evidenciando barreiras culturais e emocionais; e poucos profissionais e falta de urologistas, refletindo a insuficiência de especialistas disponíveis para o atendimento.

Em “Tratamento e desfechos clínicos”, seis artigos destacaram diferenças no tipo de tratamento oferecido, taxas de abandono terapêutico, escolha por opções menos invasivas e atrasos no início do cuidado. Sob esse viés, alguns estudos demonstraram que, embora haja acesso ao cuidado no sistema de saúde em determinados casos, fatores como a desconfiança e experiências prévias de discriminação contribuem para a recusa ou atraso no tratamento desses pacientes, conforme a Figura 3.

Nessa perspectiva, na categoria “Aspectos psicossociais e qualidade de vida”, sete estudos exploraram as repercussões emocionais, sociais e familiares do câncer de próstata em homens negros. Relatos de ansiedade, depressão, medo da impotência sexual, estigmas e sensação de perda da identidade masculina foram frequentes. Além disso, a falta de suporte psicossocial adequado nesse contexto e culturalmente sensível às demandas foi apontada como uma lacuna importante na realidade desses pacientes.

Também, em “Políticas públicas e estratégias de redução de desigualdades”, oito trabalhos propuseram soluções estruturais e institucionais para mitigar as desigualdades, com ênfase na inclusão de tecnologias, capacitação dos profissionais de saúde, campanhas direcionadas à população negra, maior representatividade em ensaios clínicos e acesso equitativo à informação.

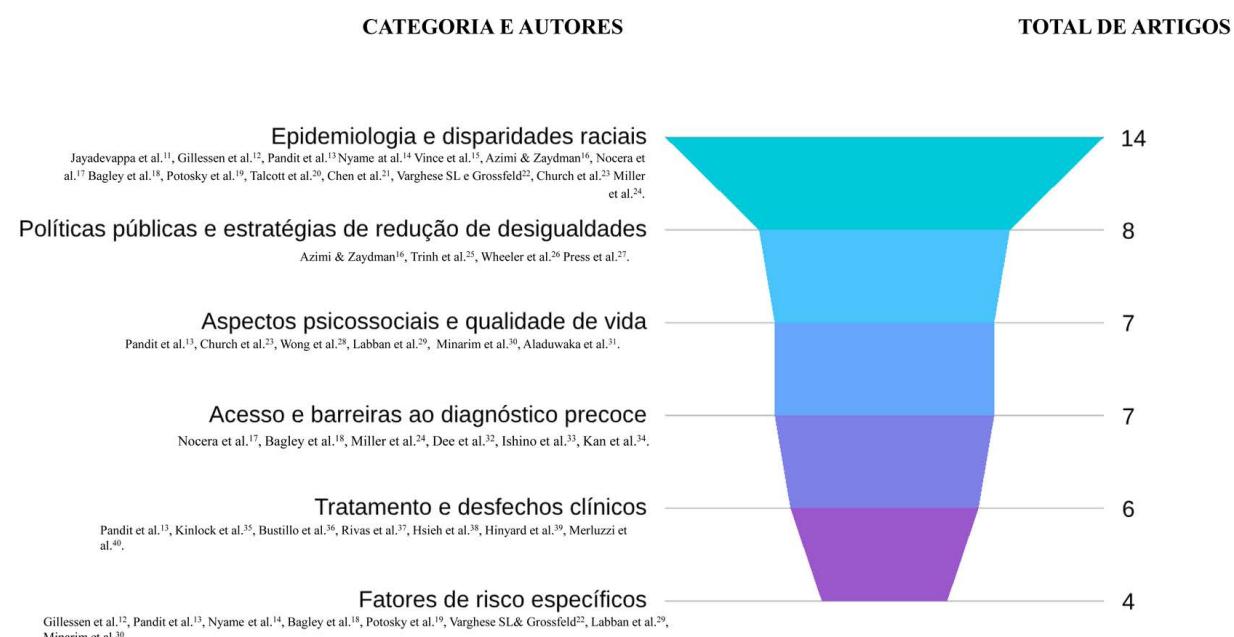


Figura 2. Perfil dos artigos conforme categorização temática dos estudos incluídos na amostra



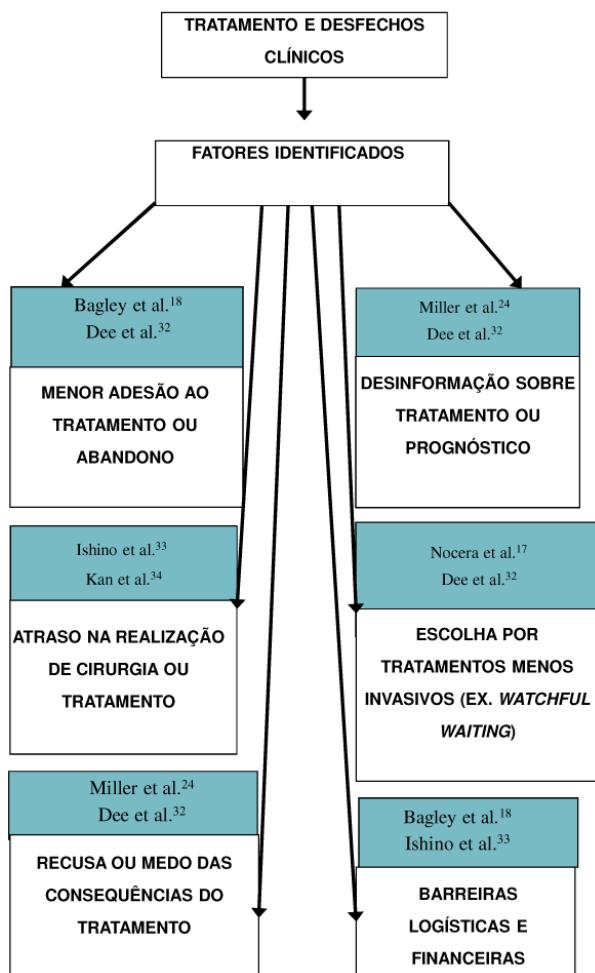


Figura 3. Fluxograma do tratamento e desfechos clínicos

DISCUSSÃO

Observou-se, a partir dos estudos, um cenário preocupante e uma necessidade urgente de intervenções estruturais e educativas como ferramentas potencialmente eficazes de mudança deste panorama e voltadas à população negra, já que grande parte das evidências sugere as desigualdades persistentes no acesso, na informação e no cuidado do câncer de próstata. Ademais, verificou-se uma maior incidência e mortalidade entre os homens negros, assim como pouco conhecimento sobre fatores de risco, barreiras relevantes ao diagnóstico precoce e limitações no acesso ao tratamento adequado.

O acesso equitativo ao tratamento do câncer de próstata tem sido uma discussão crescente na literatura médica, especialmente no que diz respeito às disparidades raciais no acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença em questão. Homens negros apresentam taxas mais altas de incidência e mortalidade da doença, o que levanta questões sobre os fatores que dificultam o acesso a cuidados de saúde adequados¹¹. Entre

os principais desafios identificados estão os obstáculos socioeconômicos, barreiras culturais e psicológicas, dificuldades de acesso geográfico, menor participação em ensaios clínicos e a desconfiança histórica no sistema de saúde^{14,36}. Nesse cenário, é perceptível, então, que a interseção entre esses fatores contribui, fortemente, para que a população negra tenha um diagnóstico tardio e uma maior morbimortalidade em relação ao câncer de próstata.

Outro fator crítico a ser citado é o impacto da localização geográfica. Muitos homens negros vivem em regiões com menor infraestrutura médica, necessitando de longos deslocamentos para receber atendimento especializado²⁸. O estudo de Azimi e Zayzman¹⁶ revelou que pacientes negros têm menos acesso a exames preventivos em razão de limitações no transporte e na distribuição de serviços de saúde. Outrossim, a dificuldade em obter consultas rápidas agrava a detecção tardia da doença, comprometendo a eficácia do tratamento¹³. A análise geoespacial de Vince et al.¹⁵ revelou que certas áreas habitadas majoritariamente por populações negras apresentam “desertos de saúde”, onde a falta de serviços especializados contribui para piores prognósticos. Consoante a isso, outra análise geoespacial, realizada por Labban et al.²⁹, sugeriu que a distribuição desigual de serviços médicos reduz as chances desses pacientes receberem atendimento em tempo hábil para eles. Aladuwaka et al.³¹, a partir do uso do Sistema de Informação Geográfica (SIG) no Estado do Alabama, também conseguiram ampliar a discussão sobre a desigualdade espacial, visto que tal software fornece uma análise espacial e explicita a distribuição da assistência médica, bem como a presença de fatores socioeconômicos.

Percebeu-se que existe uma correlação direta entre baixo *status* socioeconômico e alta taxa de incidência e mortalidade por câncer de próstata, evidenciada pela relação proporcional entre taxa de pobreza e quantidade de casos de câncer de próstata, contrapondo o resultado observado em regiões compostas por pessoas com maior poder aquisitivo em que se observa menor incidência de câncer de próstata. Ainda, somado a uma baixa escolaridade encontrada nessa região, vê-se que consequentemente esses pacientes possuem um acesso limitado ao rastreamento precoce, resultando em diagnósticos tardios e prognóstico ruim da doença, além da presença de estigmas, vinculados à baixa educação, em procurar cuidados médicos.

Os determinantes socioeconômicos são uma das principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde, sendo a desigualdade financeira um dos aspectos mais marcantes da diferença racial no tratamento do câncer de próstata. Diante disso, homens negros têm maior probabilidade de depender de sistemas de saúde públicos e de não possuírem planos privados, o que limita sua acessibilidade a terapias modernas e acompanhamentos



especializados^{12,29}. ressaltam que dificuldades financeiras afetam diretamente a adesão ao tratamento e contribuem para piores desfechos clínicos.

Trabalhadores negros, de maneira recorrente, exercem funções que não permitem ausências frequentes para que possam ir a consultas e procedimentos médicos, o que impacta, de forma abjeta, a continuidade do tratamento desses homens¹⁶. Somado a isso, a falta de informação sobre os direitos dos pacientes e sobre as possibilidades de suporte financeiro também é um fator limitante, haja vista que bastantes homens negros não buscam programas de assistência por desconhecimento ou por desconfiança no sistema³³.

Sob a ótica do tempo entre diagnóstico e início efetivo do tratamento cirúrgico, segundo Ishino et al.³³, percebe-se que há uma relação paradoxal entre acesso e seguro saúde, visto que, embora ambos os grupos de atraso médio e alto para início da terapêutica tenham alta probabilidade de ter seguro saúde privado, ainda assim há um atraso na busca por cuidados em função dos altos custos de copagamento, sobretudo quando se compara com aqueles com seguros públicos. Logo, constatou-se que os homens negros de meia-idade, apesar do seguro, eram menos propensos a receber cirurgia, o que denota uma gravidade, haja vista que a maioria dos casos de câncer de próstata em negros possui um caráter avançado, sendo mandatória a cirurgia.

A desigualdade no acesso e o consequente aumento de mortalidade entre negros com câncer de próstata não se restringe ao atraso da terapia, como também nos fatores associados à escolha do paciente para o tipo de terapêutica, isto é, viu-se que os negros eram mais propensos a considerar o tempo de recuperação, o tratamento e custo como aspectos mandatórios na tomada de decisão em comparação com brancos⁴¹. Entretanto, a análise de Nocera¹⁷, em divergência à discussão do impacto da etnia no acesso ao tratamento, desmistifica o papel desse fator, visto que as disparidades iniciais analisadas na taxa de tratamento não foram explicadas pelo viés racial intrínseco, mas pelo *status socioeconômico* e institucional.

Dessa forma, amplia-se a discussão a respeito da complexidade multifatorial no que tange às barreiras de acesso, evidenciando que, embora o racismo seja um fenômeno estrutural permeando todas as relações sociais, econômicas e políticas – resultando em formas de exclusão e opressão legitimadas pelo Estado –, ele, por si só, não explica as dificuldades de acesso⁴².

A variedade de tratamento da radioterapia em homens negros com câncer de próstata também é uma condição motora para a desistência da terapêutica, dado que Dee et al.³² elucidam uma maior taxa de não conclusão da radioterapia convencional – a qual é fracionada, enquanto a radioterapia estereotáxica corporal consiste em uma alta

dose precisa e com menor fracionamento – associada a motivos de custos quanto à logística e deslocamento do paciente. No que se refere à adesão ao tratamento, o nível de confiança entre os pacientes negros está diretamente relacionado às dificuldades de acesso, ou seja, a insegurança não é intrínseca à etnia ou às diferenças culturais, mas sim, às experiências negativas vividas pelos homens negros no que tange às desigualdades estruturais⁴³.

A saúde mental também é um fator determinante no engajamento do tratamento. Homens negros diagnosticados com câncer de próstata apresentam altos níveis de ansiedade e depressão, o que pode afetar sua capacidade de entender a importância de seguir os protocolos médicos recomendados⁴⁴. O suporte psicológico oferecido pelas instituições é frequentemente inadequado, principalmente quando se fala em serviços públicos, resultando em uma possível piora do estado emocional do paciente²⁴. Homens negros que enfrentam essas dificuldades emocionais associadas ao tratamento também relataram menor suporte familiar e comunitário, o que amplifica, ainda mais, as barreiras psicológicas no acesso à saúde¹³.

Ainda, a desconfiança no sistema de saúde é um fator recorrente, exacerbado pelo histórico de abusos médicos contra populações negras, como o infame estudo de Tuskegee, de Bustillo et al.³⁶, noticiou. A percepção de que o sistema de saúde trata homens negros de maneira inferior leva muitos pacientes a evitarem procurar atendimentos em hospitais ou a recusarem tratamentos sugeridos pelos médicos³². Minarim et al.³⁰ demonstraram que a percepção de discriminação na saúde está associada a piores resultados clínicos, uma vez que esses pacientes tendem a postergar ou evitar tratamentos necessários.

Rivas et al.³⁷ também apontam que barreiras culturais e crenças sobre masculinidade impactam a disposição de buscar ajuda, uma vez que a próstata é associada a questões de virilidade e sexualidade, o que pode gerar desconforto em discussões sobre sintomas. Alguns estudos também indicam que a falta de médicos negros ou profissionais de saúde que compreendam a cultura afrodescendente e que transmitam informações sensíveis às especificidades culturais de cada povo afeta negativamente a qualidade do atendimento e a confiança na instituição¹⁴.

A qualidade do atendimento recebido também difere entre os grupos raciais. Mesmo quando são diagnosticados na mesma fase da doença, homens negros têm menor probabilidade de receber tratamentos definitivos, como cirurgia e radioterapia, em comparação a homens brancos¹⁵. O estudo de Nyame et al.¹⁴ demonstrou que, quando os fatores socioeconômicos são equalizados, os desfechos entre os diferentes grupos raciais tornam-se semelhantes, sugerindo que as barreiras ao tratamento estão mais relacionadas a questões institucionais do que a diferenças biológicas.



Além disso, foi notada que a participação limitada de homens negros em ensaios clínicos é outro obstáculo de importância significativa na busca por tratamentos mais eficazes e personalizados para essa população. Muitos estudos clínicos apresentam sub-representação de minorias raciais, o que acaba comprometendo a capacidade de desenvolver terapias específicas que levem em consideração as necessidades biológicas e socioeconômicas desses pacientes²⁵. A falta de diversificação nas amostras clínicas também dificulta a identificação de diferenças de resposta a tratamentos entre grupos raciais distintos²⁵. Esse panorama sórdido de desigualdade e exclusão reforça a necessidade de políticas públicas que incentivem a inclusão de populações sub-representadas em pesquisas científicas, assegurando que os avanços na medicina beneficiem todos os grupos de maneira equitativa.

Ademais, tal panorama de sub-representação ressoa como uma lacuna no conhecimento específico da população afrodescendente sobre a sua condição, déficit já existente entre esse segmento. As causas dessa deficiência impactam não só no primeiro momento de prevenção, rastreio e diagnóstico, mas também nas escolhas terapêuticas a serem adotadas, seus efeitos colaterais, riscos e benefícios, e prognósticos⁴⁵. Nesse sentido, pacientes negros, sob um recorte socioeconômico mais desfavorecido, tornam-se mais vulneráveis a, a partir dessa falha de acessibilidade à informação, menor adesão ao tratamento, impactos negativos em suas vidas pessoais, pior prognóstico e consumo de conteúdos não voltados a este público, corroborando as problemáticas elencadas⁴⁵.

Portanto, nota-se que o acesso equitativo ao tratamento desta neoplasia em pacientes negros é atravessado por diversos determinantes sociais, econômicos, culturais e institucionais que influenciam toda a trajetória desses indivíduos. Nesse sentido, as barreiras encontradas constituem uma estrutura que prolonga desigualdades e afeta significativamente os desfechos clínicos do segmento em questão. A junção de fatores, como a ausência de políticas direcionadas, a invisibilidade desse segmento social nas campanhas de saúde, a baixa inclusão em estudos clínicos e as experiências prévias de discriminação no serviço, reforça a desconfiança e promove o afastamento da continuidade do cuidado. Assim, urge a necessidade de estratégias específicas direcionadas ao enfrentamento de tais impasses sociais, estruturais e culturais.

CONCLUSÃO

Homens negros com câncer de próstata enfrentam uma diversidade de entraves relacionados ao cuidado em saúde, desde o acesso ao diagnóstico precoce até o tratamento adequado e acompanhamento da doença. Ademais, a interligação entre determinantes sociais, econômicos,

geográficos e culturais revela a magnitude e a complexidade das desigualdades que essa população enfrenta, comumente, em seu cuidado oncológico. Dessarte, os resultados demonstram que essas barreiras não se restringem apenas a aspectos individuais, mas também refletem um sistema de saúde carente em vários aspectos, ainda marcado pelo racismo estrutural e por diversas falhas institucionais, inseridos em um contexto de exclusão e marginalização racial.

Nesse prisma, fica evidente a urgência de políticas públicas que assegurem não apenas o acesso, como também a equidade no cuidado de pacientes negros com câncer de próstata. Para isso, é necessário realizar a ampliação da cobertura territorial, a fim de diminuir as barreiras geográficas de acesso, investir em formação e contratação de profissionais que tenham habilidade em lidar com diferenças culturais, associada à realização de campanhas educativas que sejam culturalmente sensíveis.

Além disso, é crucial que os cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde incorporem, de forma abrangente, conteúdos sobre racismo estrutural, determinantes sociais da saúde e competências culturais em suas grades curriculares, assim como incluem, em suas agendas de pesquisa científica, a representação da população negra. Assim, a formação crítica de estudantes e profissionais poderá ser incentivada, para que os membros da comunidade acadêmica se preparem para reconhecer e lidar com as desigualdades raciais, haja vista que tais capacidades são fatores implicados nos desfechos em cuidados de saúde.

Nessa perspectiva, também se faz necessária a criação de locais direcionados ao diálogo e à escuta ativa da população negra nos serviços de saúde, permitindo a adaptação das práticas clínicas à realidade vivida por esses pacientes e promovendo um ambiente mais acolhedor e confiável para eles. Portanto, garantir o direito à saúde, de maneira integral, para homens negros com câncer de próstata demanda uma transformação estrutural no modelo de atendimento, com foco na equidade social e no respeito à diversidade cultural.

Reforça-se a necessidade de investigações futuras que explorem de maneira mais aprofundada as relações do câncer de próstata com os fatores raciais. Tais estudos poderão ampliar o alcance das evidências e fortalecer estratégias de intervenção, servindo de referência para novas práticas e pesquisas na área.

AGRADECIMENTOS

Aos colaboradores e pacientes que aceitaram participar do estudo. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Liga de Mossoró de Estudos e Combate ao Câncer pelo financiamento para execução da pesquisa.



CONTRIBUIÇÕES

Ana Deborah Leite de Souza, Laura Lira Amorim e Linda Pietra Gomes Leite contribuíram na concepção e no planejamento do estudo; na análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica. Ana Beatriz da Silva e Ysabele Yngrydh Valente Silva contribuíram na concepção e análise dos dados; na redação e revisão crítica. Ekarinny Myrela Brito de Medeiros contribuiu na redação e revisão crítica do manuscrito. Ellany Gurgel Cosme do Nascimento contribuiu na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO INTERESSES

Nada a declarar.

DECLARAÇÃO DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todos os conteúdos subjacentes ao texto do artigo estão contidos no manuscrito.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Apoio do CNPq.

REFERÊNCIAS

1. Sekhoacha M, Riet K, Motloung P, et al. Prostate cancer review: genetics, diagnosis, treatment options, and alternative approaches. *Molecules*. 2022;27(17):5730. doi: <https://doi.org/10.3390/molecules27175730>
2. Markl AM, Nieder D, Sandoval-Bojorquez DI, et al. Heterogeneity of tumor biophysical properties and their potential role as prognostic markers. *arXiv*. 2024. doi: <https://doi.org/10.48550/arXiv.2411.19532>
3. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2000. Câncer de próstata, 2022 jun 4 [acesso 2025 maio 29]. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/prostata>
4. World Health Organization. Guide to cancer early diagnosis [Internet]. WHO: Geneva; 2017 [acesso 2025 jun 25]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/guide-to-cancer-early-diagnosis>
5. Lillard Junior JW, Moses KA, Mahal BA, et al. Racial disparities in black men with prostate cancer: a literature review. *Cancer*. 2022;128(21):3787-95. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.34433>
6. Souza ASVR, Melo RL, Araújo BRO. Raça, gênero e classe uma revisão integrativa sobre os impactos dos determinantes sociais da saúde na infecção por covid-19. \CBS [Internet]. 2022[acesso 2025 jun 26];7(2):99. Disponível em: <https://periodicosgrupotiradentes.emnuvens.com.br/cdgsaudae/article/view/9934>
7. Anunciação D, Pereira LL, Silva HP, et al. (Des) caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(10):3861-70. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022710.08212022>
8. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *GeS*. 2011;5(11):121-36. doi: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
11. Jayadevappa R, Malkowicz SB, Chhatre S, et al. Racial and ethnic variation in health resource use and cost for prostate cancer. *BJU Int*. 2010;106(6):801-8. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09227.x>
12. Gillessen S, Omlin A, Attard G, et al. Management of patients with advanced prostate cancer: recommendations of the St Gallen Advanced Prostate Cancer Consensus Conference (APCCC) 2015. *Ann Oncol*. 2015;26(8):1589-604. doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv257>
13. Pandit AA, Gressler LE, Halpern MT, et al. Differences in racial/ethnic disparities in patient care experiences between prostate cancer survivors and males without cancer: a SEER-CAHPS study. *J Geriatr Oncol*. 2023;14(6):101554. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2023.101554>
14. Nyame YA, Gulati R, Heijnsdijk EAM, et al. The impact of intensifying prostate cancer screening in Black men: a model-based analysis. *J Natl Cancer Inst*. 2021;113(10):1336-42. doi: <https://doi.org/10.1093/jnci/djab072>
15. Vince RA Jr, Jamieson S, Mahal B, et al. examining the racial disparities in prostate cancer. *Urology*. 2022;163:107-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2021.08.004>
16. Azimi MS, Zayzman AM. Access to preventive health services among Black patients: transportation and systemic distribution barriers. *J Natl Med Assoc* [Internet]. 2023[acesso 2025 jun 26];115(1):23-30. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15483526/>



17. Nocera L, Wenzel M, Collà Ruvolo C, et al. The effect of race/ethnicity on active treatment rates among septuagenarian or older low risk prostate cancer patients. *Urol Oncol.* 2021;39(11):785.e11-785.e17. doi: <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2021.04.004>
18. Bagley A, Anscher MS, Choi S, et al. Factors affecting receipt of non-definitive therapy for high-risk prostate cancer: a National Cancer Database analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2019;105(1):E452. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2019.06.1498>
19. Potosky AL, Davis WW, Hoffman RM, et al. Five-year outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(18):1358-67. doi: <https://doi.org/10.1093/jnci/djh259>
20. Talcott JA, Spain P, Clark JA, et al. Hidden barriers between knowledge and behavior: the North Carolina prostate cancer screening and treatment experience. *Cancer.* 2007;109(8):1599-606.
21. Chen X, Cao Y, Katz AJ, et al. Effect of income on patient decision-making in localized prostate cancer. *J Clin Oncol.* 2021;39(sup 15):6552.
22. Varghese SL, Grossfeld GD. The prostatic gland: malignancies other than adenocarcinomas. *Radiol Clinics North Am.* 2000;38(1):179-202.
23. Church SJ, Pulianmackal AJ, Dixon JA, et al. Oncogenic signaling in the Drosophila prostate-like accessory gland activates a pro-tumorigenic program in the absence of proliferation. *Dis Model Mech.* 2025;18(4):dmm052001. doi: <https://doi.org/10.1242/dmm.052001>
24. Miller DB, Markt SC, Nguyen CT, et al. Prostate cancer screening and young Black men: can early communication avoid later health disparities? *J Cancer Educ.* 2022;37(5):1460-5. doi: <https://doi.org/10.1007/s13187-021-01984-6>
25. Trinh QD, Li H, Meyer CP, et al. Determinants of cancer screening in Asian-Americans. *Cancer Causes Control.* 2016;27(8):989-98. doi: <https://doi.org/10.1007/s10552-016-0776-8>
26. Wheeler SB, Reeder-Hayes KE, Carey LA. Disparities in breast cancer treatment and outcomes: biological, social, and health system determinants and opportunities for research. *Oncologist.* 2013;18(9):986-93. doi: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0243>
27. Press DJ, Shariff-Marco S, Lichtensztajn DY, et al. Contributions of social factors to disparities in prostate cancer risk profiles among Black men and non-Hispanic White men with prostate cancer in California. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2022;31(2):404-12. doi: <https://doi.org/10.1158/1055-9965.epi-21-0697>
28. Wong MS, Grande DT, Mitra N, et al. Racial differences in geographic access to medical care as measured by patient report and geographic information systems. *Med Care.* 2017;55(9):817-22. doi: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000774>
29. Labban M, Stone BV, Steele GL, et al. A qualitative approach to understanding the drivers of unequal receipt of definitive therapy for black men with prostate cancer in Massachusetts. *Cancer.* 2024;130(Sup20):3590-601. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.35366>
30. Minarim DS, Riviere P, Deshler LN, et al. The impact of perceived healthcare discrimination on health outcomes among patients with prostate cancer across racial and ethnic groups. *J Clin Oncol.* 2024;42(4 Suppl):268. doi: https://doi.org/10.1200/JCO.2024.42.4_suppl.268
31. Aladuwaka S, Alagan R, Singh R, et al. Health burdens and SES in Alabama: using geographic information system to examine prostate cancer health disparity. *Cancers (Basel).* 2022;14(19):4824. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers14194824>
32. Dee EC, Arega MA, Yang DD, et al. Disparities in refusal of locoregional treatment for prostate adenocarcinoma. *JCO Oncol Pract.* 2021;17(7):e1017-28. doi: <https://doi.org/10.1200/OP.20.00839>
33. Ishino FA, Rowan C, Das R, et al. Identifying risk profiles of malignant prostate cancer surgical delay using a person-centered approach to understand prostate cancer disparities: the constellation of health determinants using latent class analysis on cancer registry data. *Am J Mens Health.* 2020;14(6):1557988320984282. doi: <https://doi.org/10.1177/1557988320984282>
34. Kan CK, Qureshi MM, Gupta A, et al. Risk factors involved in treatment delays and differences in treatment type for patients with prostate cancer by risk category in an academic safety-net hospital. *Adv Radiat Oncol.* 2017;3(2):181-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.adro.2017.12.002>
35. Kinlock BL, Parker LJ, Bowie JV, et al. High levels of medical mistrust are associated with low quality of life among Black and White men with prostate cancer. *Cancer Control.* 2017;24(1):72-7. doi: <https://doi.org/10.1177/107327481702400112>
36. Bustillo NE, McGinty HL, Dahn JR, et al. Fatalism, medical mistrust, and pretreatment health-related quality of life in ethnically diverse prostate cancer patients. *Psychooncology.* 2017;26(3):323-9. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.4030>
37. Rivas C, Matheson L, Nayoan J, et al. Ethnicity and the prostate cancer experience: a qualitative metasynthesis. *Psychooncology.* 2016;25(10):1147-56. doi: <https://doi.org/10.1002/pon.4222>



38. Hsieh CC, Thanos A, Mitropoulos D, et al. Risk factors for prostate cancer: a case-control study in Greece. *Int J Cancer.* 1999;80:699-703.
39. Hinyard LJ, Schwartz T, Keller J. Differences in psychosocial stressors between Black and White cancer patients. *J Community Support Oncol.* 2017;15(6):e314-20. doi: <https://doi.org/10.12788/jcs.0366>
40. Merluzzi TV, Philip EJ, Zhang Z, et al. Perceived discrimination, coping, and quality of life for African-American and Caucasian persons with cancer. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2015 Jul;21(3):337-44. doi: <https://doi.org/10.1037/a0037543>
41. Gordon B-BE, Basak R, Carpenter WR, et al. Factors influencing prostate cancer treatment decisions for African American and white men. *Cancer.* 2019;125(10):1693-700. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.31932>
42. Bersani H. Aportes teóricos e reflexões sobre o racismo estrutural no Brasil. *Rev Extraprensa.* 2018;11(2):175-96. doi: <https://doi.org/10.11606/extraprensa2018.148025>
43. Do YK, Carpenter WR, Spain P, et al. Race, healthcare access and physician trust among prostate cancer patients. *Cancer Causes Control.* 2010;21(1):31-40. doi: <https://doi.org/10.1007/s10552-009-9431-y>
44. Kinlock BL, Parker LJ, Bowie JV, et al. High levels of medical mistrust are associated with low quality of life among Black and White men with prostate cancer. *Cancer Control.* 2017;24(1):72-7. doi: <https://doi.org/10.1177/107327481702400112>
45. Daum LM, Reamer EN, Ruterbusch JJ, et al. Patient knowledge and qualities of treatment decisions for localized prostate cancer. *J Am Board Fam Med.* 2017;30(3):288-97. doi: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.03.160298>

Recebido em 28/7/2025
Aprovado em 8/9/2025

