

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

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

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

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

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

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 descriptores “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 sistémicas 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 intersectoriales, 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.

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 descriptores “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 sistemática 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.

^{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>

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



INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es una condición que resulta de alteraciones en la secuencia del ADN, las cuales son marcadas por multiplicación desordenada, alteración en la morfofisiología de la célula afectada y la consiguiente inflamación de la próstata¹. Además del carácter insidioso de desarrollo, la enfermedad tiene un pronóstico multifactorial debido a la capacidad de plasticidad vinculada a las células cancerosas, confiriendo resistencia a la terapéutica utilizada².

En el Brasil, el cáncer de próstata es el segundo más común entre los hombres, por detrás apenas del cáncer de piel no melanoma. Su incidencia es mayor en países desarrollados por la intrínseca relación directamente proporcional entre alta esperanza de vida y el aumento de la incidencia del cáncer en hombres mayores, siendo considerado un cáncer de la tercera edad. Bajo esta óptica, para el trienio de 2023 a 2025, se estiman 71 730 nuevos casos para el Brasil, mientras que, en términos de mortalidad, ocurrieron, en 2020, 15 841 decesos, aproximadamente 15 muertes por cada 100 000 hombres³. Tales datos corroboran la necesidad de la detección en la población asintomática, mediante la prueba del antígeno prostático específico (PSA) y del examen rectal digital, y en el diagnóstico temprano, con el fin de reducir la etapa de presentación de la enfermedad⁴.

No obstante, los hombres negros son afectados en forma diferente por el cáncer de próstata, dados los elevados índices de mortalidad, la presentación más agresiva y precoz de la enfermedad en comparación con los hombres blancos. La discrepancia se agrava cuando se amplía la visión sobre el tratamiento, en que los negros poseen menos acceso a las diversas opciones terapéuticas, así como enfrentan retrasos del diagnóstico hasta el inicio de la terapia⁵. Según la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la Organización Mundial de la Salud, el racismo está incluido como un factor asociado a vulnerabilidades sociales, las cuales se reflejan en la dificultad de acceso a los servicios de salud, así como también tiene una dimensión ideológica y multifactorial que traspasa el plano político y dicta las relaciones de poder en la sociedad^{6,7}.

Frente a lo expuesto y a la naturaleza compleja vinculada, el estudio tuvo como objetivo analizar cuáles son las barreras de acceso al cuidado en salud para el hombre negro con cáncer de próstata, explorando desde el diagnóstico, la elección del tratamiento hasta la adhesión a la terapéutica.

MÉTODO

Revisión de literatura del tipo integradora con búsqueda de alta sensibilidad. La revisión se realizó en seis etapas, las cuales corresponden a: identificación del tema, formulación

de la pregunta guía, de los descriptores y de las bases de datos; establecimiento de los criterios de inclusión y exclusión; identificación de los estudios preseleccionados; categorización de los estudios obtenidos; análisis e interpretación de los resultados; y presentación de la síntesis de conocimiento^{8,9}. La pregunta guía fue: “¿Cuáles son las principales barreras de acceso a los cuidados de salud para hombres negros con cáncer de próstata?”, estructurada a partir del acrónimo PCC (Población, Concepto, Contexto), en que “Población” se refiere a los hombres negros con cáncer de próstata; “Concepto”, a las barreras de acceso a los cuidados de salud; y “Contexto”, a las desigualdades raciales y socioeconómicas en el tratamiento y en la autogestión del cuidado.

Los criterios de inclusión fueron artículos convergentes con la temática de la investigación y la pregunta guía, disponibles en su totalidad y cuya metodología sea cognoscible y evidente. No hubo filtro para temporalidad: se seleccionaron artículos en cualquier período de publicación desde que estuviesen de acuerdo con los parámetros de la investigación. Los criterios de exclusión fueron: artículos de revisión, metaanálisis, cartas, editoriales, estudios con animales, además de artículos duplicados y aquellos cuyo resultado no cumplió con los criterios de la pregunta guía.

Se definieron los siguientes descriptores: “Prostatic neoplasms” y “Race factors”, presentes en los Descriptores de la Salud (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH) y *Emtree*. Después de la definición, los términos de búsqueda y respectivos sinónimos fueron aplicados en las bases de datos PubMed, EMBASE, *Web of Science*, Scopus y BVS por medio de los operadores booleanos AND y OR. A partir del muestreo inicial, los artículos fueron seleccionados por sus títulos y resúmenes. La segunda parte se dio con la lectura del texto completo. Para tal proceso, se utilizó la herramienta *Rayyan*, desarrollada por el *Qatar Computing Research Institute*, vista la capacidad de exportar los artículos, aplicar filtros y, sobre todo, la optimización del proceso de exclusión de los duplicados, que fueron realizados de forma independiente por tres revisoras.

Posteriormente a la identificación de los artículos, siguió la cuarta etapa, marcada por la construcción de un sistema de fichas con todos los artículos seleccionados, teniendo como base el instrumento de Ursi, contenido título, autores, características metodológicas y principales resultados encontrados, con el fin de facilitar la confección de la respectiva revisión. A continuación, se realizó la categorización de los artículos a partir de la selección de los temas centrales más recurrentemente identificados.

Es necesario enfatizar que el trabajo tiene limitaciones, como la escasa publicación científica brasileña respecto de



las causas propulsoras para la desigualdad de acceso a la salud. Además, muchos artículos fueron excluidos debido al enfoque biológico y genético, escogidos como factores causantes de la inequidad racial en el contexto del hombre negro con cáncer de próstata.

El flujoograma (Figura 1) resume cómo se hizo la selección de los estudios a través de las bases de datos.

RESULTADOS

Inicialmente, se identificaron 14 786 artículos, siendo 2025 el período de última búsqueda. Después de la exclusión de duplicados y de la secuencia de lectura del título, resumen y totalidad, fueron seleccionados 32 artículos en inglés para la presente revisión, permitiendo identificar un panorama

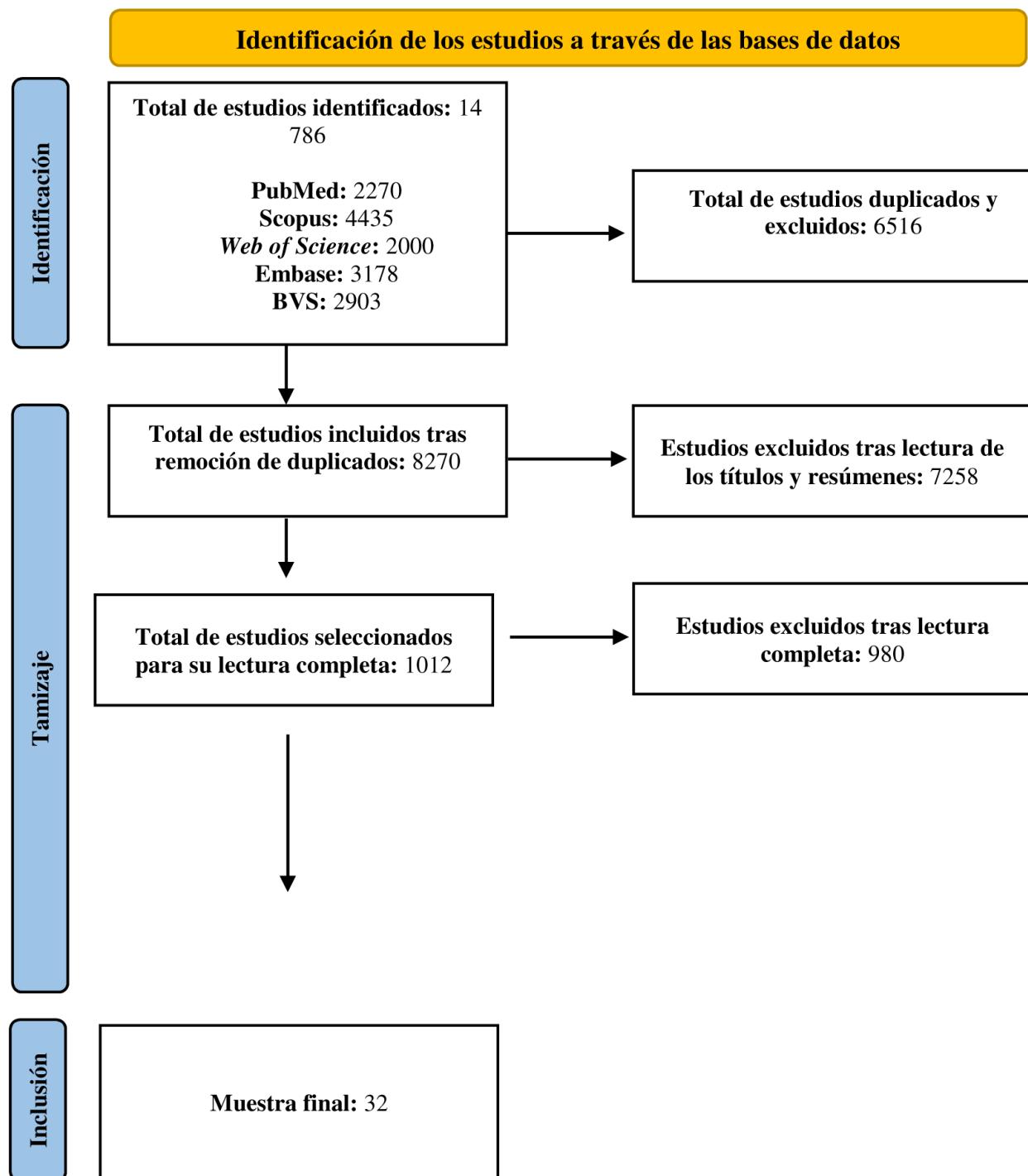


Figura 1. Flujoograma de selección de los estudios
Fuente: Adaptado de PRISMA¹⁰.



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.

extenso de las barreras enfrentadas por el segmento de hombres negros en el acceso a los cuidados con el cáncer de próstata. A partir del análisis, los estudios se sistematizaron en seis categorías temáticas, con el objetivo de facilitar las consideraciones, siendo ellas: (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 de reducción de desigualdades (Figura 2).

La categoría con mayor cantidad de artículos fue “Epidemiología y disparidad raciales” (n=14), los cuales abordaron diferencias en la incidencia, en la mortalidad y en los estadios entre hombres negros y blancos, señalando la influencia de la ubicación geográfica, el *status socioeconómico* y el acceso desigual a los servicios de salud. Además, algunos estudios utilizaron herramientas de análisis espacial para evidenciar “desiertos de salud”, mientras que otros discutieron las desigualdades raciales en la representatividad en estudios clínicos y en la sobrevida después del diagnóstico.

De la misma manera, en “Factores de riesgo específicos”, los resultados demostraron los determinantes individuales y contextuales de mayor destaque presentes en cuatro artículos de la presente revisión, los cuales están asociados al aumento del riesgo entre hombres negros para perfiles agravados, siendo: genética, antecedentes familiares y edad.

La categoría “Acceso y barreras al diagnóstico temprano” incluyó artículos que demostraron los *impasses* enfrentados en la etapa diagnóstica. En este sentido, se identificaron obstáculos relacionados con el

desconocimiento sobre los síntomas y señales, los estigmas que involucran lo masculino, dificultades logísticas, barreras económicas, médicos poco accesibles y prejuicio institucional. Las principales problemáticas identificadas fueron: demora en la atención médica o en la agenda de consultas, identificado como el factor de mayor impacto; falta de información y orientación; miedo, prejuicio o vergüenza de buscar atención, evidenciando barreras culturales y emocionales; y pocos profesionales y falta de urólogos, reflejando la insuficiencia de especialistas disponibles para la atención.

En “Tratamiento y resultados clínicos”, seis artículos destacaron las diferencias en el tipo de tratamiento ofrecido, tasas de abandono terapéutico, elección de opciones menos invasivas y retrasos en el inicio del cuidado. Bajo este sesgo, algunos estudios demostraron que, aunque haya acceso al cuidado en el sistema de salud en determinados casos, factores como la desconfianza y experiencias previas de discriminación contribuyen para el rechazo o retraso en el tratamiento de estos pacientes, según la Figura 3.

En esta perspectiva, en la categoría “Aspectos psicosociales y calidad de vida”, siete estudios exploraron las repercusiones emocionales, sociales y familiares del cáncer de próstata en hombres negros. Fueron frecuentes relatos de ansiedad, depresión, miedo a la impotencia sexual, estigmas y sensación de pérdida de la identidad masculina. Además, la falta de soporte psicosocial adecuado en ese contexto y culturalmente sensible a las demandas fue señalado como un vacío importante en la realidad de estos pacientes.

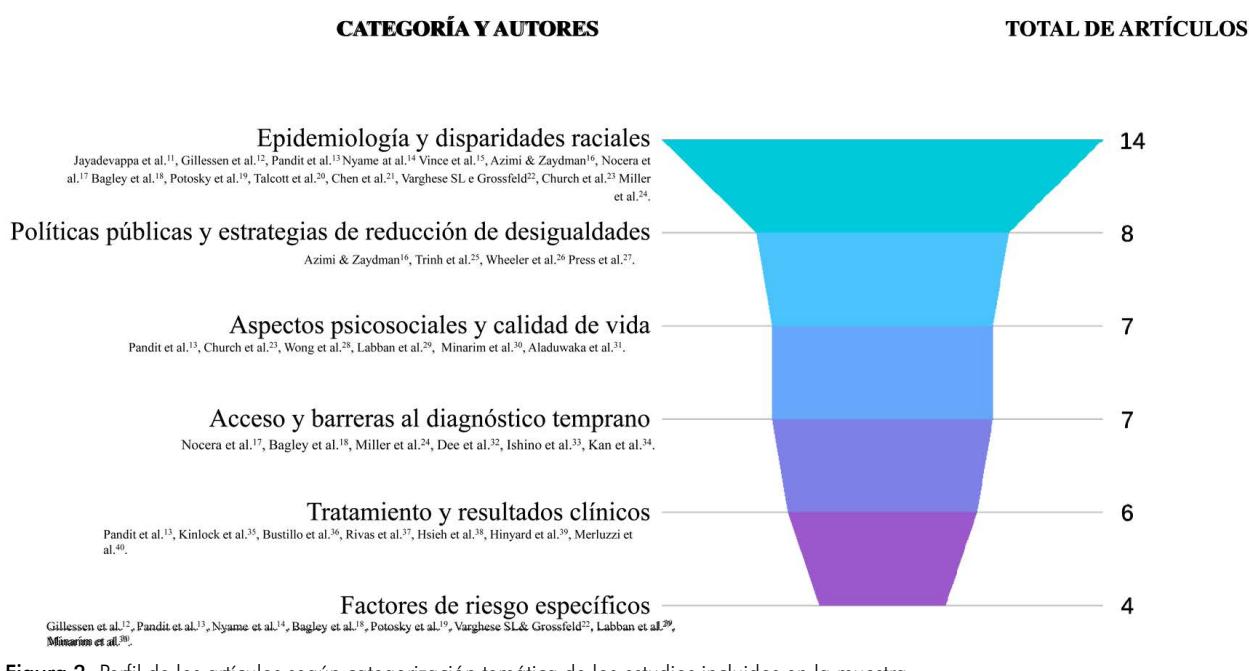


Figura 2. Perfil de los artículos según categorización temática de los estudios incluidos en la muestra



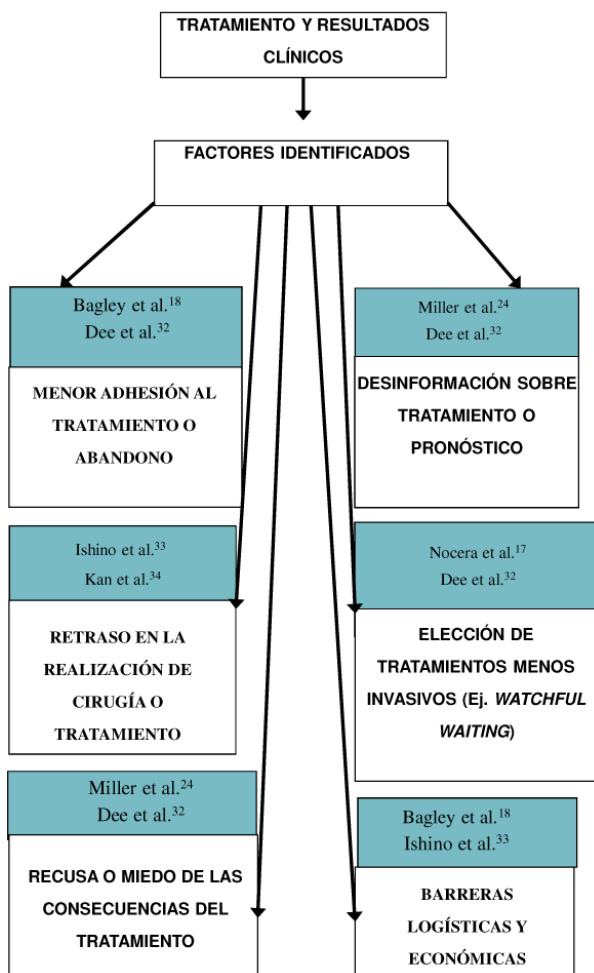


Figura 3. Flujograma del tratamiento y resultados clínicos

También, en “Políticas públicas y estrategias de reducción de desigualdades”, ocho trabajos propusieron soluciones estructurales e institucionales para mitigar las desigualdades, con énfasis en la inclusión de tecnologías, capacitación de los profesionales de salud, campañas dirigidas hacia la población negra, mayor representatividad en ensayos clínicos y acceso equitativo a la información.

DISCUSIÓN

Se observó, a partir de los estudios, un escenario preocupante y una necesidad urgente de intervenciones estructurales y educativas como herramientas potencialmente eficaces de cambio de este panorama y orientadas hacia la población negra, ya que gran parte de las evidencias sugiere las desigualdades persistentes en el acceso, en la información y en el cuidado del cáncer de próstata. Además, se verificó una mayor incidencia y mortalidad entre los hombres negros, así como poco conocimiento sobre factores de riesgo, barreras relevantes al diagnóstico temprano y limitaciones en el acceso al tratamiento adecuado.

El acceso equitativo al tratamiento del cáncer de próstata ha sido una discusión creciente en la literatura médica, especialmente en lo que respecta a las disparidades raciales en el acceso al diagnóstico, tratamiento y acompañamiento de la enfermedad en cuestión. Hombres negros presentan tasas más altas de incidencia y mortalidad de la enfermedad, lo que levanta cuestiones sobre los factores que dificultan el acceso a cuidados de salud adecuados¹¹. Entre los principales desafíos identificados están los obstáculos socioeconómicos, barreras culturales y psicológicas, dificultades de acceso geográfico, menor participación en ensayos clínicos y la desconfianza histórica en el sistema de salud^{14,36}. En este escenario, se puede percibir que la intersección entre estos factores contribuye, fuertemente, para que la población negra tenga un diagnóstico tardío y una mayor morbilidad con relación al cáncer de próstata.

Otro factor crítico para citar es el impacto de la ubicación geográfica. Muchos hombres negros viven en regiones con menor infraestructura médica, necesitando de largos desplazamientos para recibir atención especializada²⁸. El estudio de Azimi y Zayzman¹⁶ reveló que pacientes negros tienen menos acceso a exámenes preventivos debido a limitaciones en el transporte y en la distribución de servicios de salud. Adicionalmente, la dificultad en obtener consultas rápidas agrava la detección tardía de la enfermedad, comprometiendo la eficacia del tratamiento¹³. El análisis geoespacial de Vince et al.¹⁵ reveló que ciertas áreas habitadas mayoritariamente por poblaciones negras presentan “desiertos de salud”, donde la falta de servicios especializados contribuye para peores pronósticos. Consonante con esto, otro análisis geoespacial, realizado por Labban et al.²⁹, sugirió que la distribución desigual de servicios médicos reduce las probabilidades de estos pacientes de recibir atención en tiempo hábil para ellos. Aladuwaka et al.³¹, a partir del uso del Sistema de Información Geográfica (SIG) en el estado de Alabama, lograron también ampliar la discusión sobre la desigualdad espacial, puesto que tal software proporciona un análisis espacial y hace explícita la distribución de la asistencia médica, así como la presencia de factores socioeconómicos.

Se percibió que existe una correlación directa entre bajo nivel socioeconómico y alta tasa de incidencia y mortalidad por cáncer de próstata, evidenciada por la relación proporcional entre tasa de pobreza y cantidad de casos de cáncer de próstata, contraponiendo el resultado observado en regiones compuestas por personas con mayor poder adquisitivo en donde se observa menor incidencia de cáncer de próstata. Además, sumado a una baja educación encontrada en esa región, se ve que consecuentemente estos pacientes poseen un acceso limitado a la detección



temprana, resultando en diagnósticos tardíos y mal pronóstico de la enfermedad, además de la presencia de estigmas, vinculados a la baja educación, para procurar cuidados médicos.

Los determinantes socioeconómicos son una de las principales barreras en el acceso a los cuidados de salud, siendo la desigualdad económica uno de los aspectos más marcantes de la diferencia racial en el tratamiento del cáncer de próstata. Frente a esto, hombres negros tienen mayor probabilidad de depender de sistemas de salud públicos y de no contar con seguros privados, lo que limita su accesibilidad a terapias modernas y acompañamientos especializados^{12,29}. Resaltan que las dificultades económicas afectan directamente al compromiso con el tratamiento y contribuyen para peores resultados clínicos.

Trabajadores negros, de manera recurrente, ejercen funciones que no permiten ausencias frecuentes para que puedan ir a consultas y procedimientos médicos, lo que impacta, de forma abyecta, en la continuidad del tratamiento de estos hombres¹⁶. Sumado a esto, la falta de información sobre los derechos de los pacientes y sobre las posibilidades de ayuda económica también es un factor limitante, dado que bastantes hombres negros no buscan programas de asistencia por desconocimiento o por desconfianza en el sistema³³.

Bajo la óptica del tiempo entre diagnóstico y comienzo efectivo del tratamiento quirúrgico, según Ishino et al.³³, se percibe que hay una relación paradójica entre acceso y seguro de salud, puesto que, aunque ambos grupos de retraso medio y alto para el inicio de la terapéutica tengan alta probabilidad de tener seguro de salud privado, incluso así hay un retraso en la búsqueda por cuidados en función de los altos costos de copago, sobre todo cuando se compara con aquellos con seguros públicos. Por tanto, se constató que los hombres negros de mediana edad, a pesar del seguro, eran menos propensos a recibir cirugía, lo que denota una gravedad, puesto que la mayoría de los casos de cáncer de próstata en negros tiene un carácter avanzado, siendo obligatoria la cirugía.

La desigualdad en el acceso y el consiguiente aumento de mortalidad entre negros con cáncer de próstata no se restringe al retraso de la terapia, sino también en los factores asociados a la elección del paciente para el tipo de terapéutica, esto es, se vio que los negros eran más propensos a considerar el tiempo de recuperación, el tratamiento y costo como aspectos forzosos en la toma de decisión en comparación con los blancos⁴¹. No obstante, el análisis de Nocera¹⁷, en divergencia a la discusión del impacto de la etnia en el acceso al tratamiento, desmitifica el papel de este factor, puesto que las disparidades iniciales analizadas en la tasa de tratamiento no fueron explicadas por el sesgo racial intrínseco, sino por el nivel socioeconómico e institucional.

De esa forma, se amplía la discusión respecto a la complejidad multifactorial en lo tocante a las barreras de acceso, evidenciando que, aunque el racismo sea un fenómeno estructural permeando todas las relaciones sociales, económicas y políticas –resultando en formas de exclusión y opresión legitimadas por el Estado–, por sí solo, no explica las dificultades de acceso⁴².

La variedad de tratamiento de la radioterapia en hombres negros con cáncer de próstata también es una condición motriz para la desistencia de la terapéutica, dado que Dee et al.³² dilucidan una mayor tasa de no conclusión de la radioterapia convencional –la cual es fraccionada, mientras que la radioterapia estereotáctica corporal consiste en una alta dosis precisa y con menor fraccionamiento– asociada a motivos de costos respecto a la logística y desplazamiento del paciente. En lo que se refiere al compromiso con el tratamiento, el nivel de confianza entre los pacientes negros está directamente relacionado con las dificultades de acceso, o sea, la inseguridad no es intrínseca a la etnia o a las diferencias culturales, sino a las experiencias negativas vividas por los hombres negros en lo que atañe a las desigualdades estructurales⁴³.

La salud mental también es un factor determinante en el compromiso con el tratamiento. Hombres negros diagnosticados con cáncer de próstata presentan altos niveles de ansiedad y depresión, lo que puede afectar su capacidad de entender la importancia de seguir los protocolos médicos recomendados⁴⁴. El soporte psicológico ofrecido por las instituciones es frecuentemente inadecuado, principalmente cuando se habla en servicios públicos, resultando en un posible empeoramiento del estado emocional del paciente²⁴. Hombres negros que enfrentan estas dificultades emocionales asociadas al tratamiento también informaron menor ayuda familiar y comunitaria, lo que amplifica, aún más, las barreras psicológicas en el acceso a la salud¹³.

Además, la desconfianza en el sistema de salud es un factor recurrente, exacerbado por la historia de abusos médicos contra poblaciones negras, como el infame estudio de Tuskegee, de Bustillo et al.³⁶ dio a conocer. La percepción de que el sistema de salud trata a los hombres negros de manera inferior lleva a muchos pacientes a evitar buscar atenciones en hospitales o a recusar tratamientos sugeridos por los médicos³². Minarim et al.³⁰ demostraron que la percepción de discriminación en la salud está asociada a peores resultados clínicos, dado que estos pacientes tienden a postergar o evitar tratamientos necesarios.

Rivas et al.³⁷ también señalan que barreras culturales y creencias sobre masculinidad impactan en la disposición de buscar ayuda, dado que la próstata está asociada a cuestiones de virilidad y sexualidad, lo que puede generar



incomodidad en discusiones sobre síntomas. Algunos estudios también indican que la falta de médicos negros o profesionales de salud que comprendan la cultura afrodescendiente y que transmitan informaciones sensibles a las especificidades culturales de cada pueblo afecta negativamente la calidad de la atención y la confianza en la institución¹⁴.

La calidad de la atención recibida también difiere entre los grupos raciales. Aun cuando son diagnosticados en la misma fase de la enfermedad, los hombres negros tienen menor probabilidad de recibir tratamientos definitivos, como cirugía y radioterapia, en comparación con los hombres blancos¹⁵. El estudio de Nyame et al.¹⁴ demostró que, cuando los factores socioeconómicos se ecualizan, los resultados entre los diferentes grupos raciales se vuelven semejantes, sugiriendo que las barreras al tratamiento están más relacionadas a cuestiones institucionales que a diferencias biológicas.

Además, se notó que la participación limitada de hombres negros en ensayos clínicos es otro obstáculo de importancia significativa en la búsqueda por tratamientos más eficaces y personalizados para esta población. Muchos estudios clínicos presentan subrepresentación de minorías raciales, lo que acaba comprometiendo la capacidad de desarrollar terapias específicas que tomen en consideración las necesidades biológicas y socioeconómicas de estos pacientes²⁵. La falta de diversificación en las muestras clínicas también dificulta la identificación de diferencias de respuesta a tratamientos entre grupos raciales distintos²⁵. Este panorama sórdido de desigualdad y exclusión refuerza la necesidad de políticas públicas que incentiven la inclusión de poblaciones subrepresentadas en investigaciones científicas, asegurando que los avances en la medicina beneficien a todos los grupos de manera equitativa.

Además, tal panorama de subrepresentación resuena como una laguna en el conocimiento específico de la población afrodescendiente sobre su condición, déficit ya existente entre este segmento. Las causas de esta deficiencia impactan no solo en el primer momento de prevención, detección y diagnóstico, sino también en las elecciones terapéuticas a ser adoptadas, sus efectos colaterales, riesgos y beneficios, y pronósticos⁴⁵. En este sentido, pacientes negros, bajo un recorte socioeconómico menos favorecido, se vuelven más vulnerables a, partiendo de esta falla de accesibilidad a la información, un menor compromiso con el tratamiento, impactos negativos en sus vidas personales, peor pronóstico y consumo de contenidos no orientados hacia este público, corroborando las problemáticas listadas⁴⁵.

Por lo tanto, se nota que el acceso equitativo al tratamiento de esta neoplasia en pacientes negros

está atravesado por diversos determinantes sociales, económicos, culturales e institucionales que influyen en toda la trayectoria de estos individuos. En este sentido, las barreras encontradas constituyen una estructura que prolonga desigualdades y afecta significativamente los resultados clínicos del segmento en cuestión. La conjunción de factores, como la ausencia de políticas dirigidas, la invisibilidad de este segmento social en las campañas de salud, la baja inclusión en estudios clínicos y las experiencias previas de discriminación en el servicio, refuerza la desconfianza y promueve el alejamiento de la continuidad del cuidado. Así, urge la necesidad de estrategias específicas dirigidas hacia el enfrentamiento de tales *impasses* sociales, estructurales y culturales.

CONCLUSIÓN

Hombres negros con cáncer de próstata enfrentan una diversidad de trabas relacionadas con el cuidado en salud, desde el acceso al diagnóstico temprano hasta el tratamiento adecuado y acompañamiento de la enfermedad. Además, la interconexión entre determinantes sociales, económicos, geográficos y culturales revela la magnitud y la complejidad de las desigualdades que esta población enfrenta, comúnmente, en su cuidado oncológico. De esta forma, los resultados demuestran que estas barreras no se restringen solo a aspectos individuales, sino que también reflejan un sistema de salud carente en varios aspectos, todavía marcado por el racismo estructural y por diversas fallas institucionales, insertados en un contexto de exclusión y marginalización racial.

Bajo este prisma, se hace evidente la urgencia de políticas públicas que aseguren no solo el acceso, sino también la equidad en el cuidado de pacientes negros con cáncer de próstata. Para esto, es necesario realizar la ampliación de la cobertura territorial, con el fin de disminuir las barreras geográficas de acceso, invertir en formación y contratación de profesionales que tengan habilidad para lidiar con diferencias culturales, asociada a la realización de campañas educativas que sean culturalmente sensibles.

Además, es crucial que los cursos de graduación y posgraduación del área de la salud incorporen, cubriendo lo más posible, contenidos sobre racismo estructural, determinantes sociales de la salud y competencias culturales en sus mallas curriculares, así como incluyan, en sus agendas de investigación científica, la representación de la población negra. De esta forma, la formación crítica de estudiantes y profesionales podrá ser incentivada, para que los miembros de la comunidad académica se preparen para reconocer y enfrentar las desigualdades raciales, dado que tales capacidades son factores implicados en los resultados en cuidados de salud.



Bajo esta perspectiva, también se hace necesaria la creación de lugares dirigidos para el diálogo y la escucha activa de la población negra en los servicios de salud, permitiendo la adaptación de las prácticas clínicas a la realidad vivida por esos pacientes y promoviendo un ambiente más acogedor y confiable para ellos. Por lo tanto, garantizar el derecho a la salud, de manera integral, para hombres negros con cáncer de próstata demanda una transformación estructural en el modelo de atención, enfocado en la equidad social y en el respeto a la diversidad cultural.

Se refuerza la necesidad de investigaciones futuras que exploren de manera más profunda las relaciones del cáncer de próstata con los factores raciales. Tales estudios podrán ampliar el alcance de las evidencias y fortalecer estrategias de intervención, sirviendo de referencia para nuevas prácticas e investigaciones en el área.

AGRADECIMIENTOS

A los colaboradores y pacientes que aceptaron participar del estudio. Al Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) y a la Liga de Mossoró de Estudios y Combate al Cáncer por el financiamiento para la ejecución de la investigación.

APORTES

Ana Deborah Leite de Souza, Laura Lira Amorim y Linda Pietra Gomes Leite contribuyeron en la concepción y en la planificación del estudio; en el análisis e interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica. Ana Beatriz da Silva e Ysabele Yngrydh Valente Silva contribuyeron en la concepción y análisis de los datos; en la redacción y revisión crítica. Ekarinny Myrela Brito de Medeiros contribuyó en la redacción y revisión crítica del manuscrito. Ellany Gurgel Cosme do Nascimento contribuyó en la concepción y en la planificación del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica. Todos los autores aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nada a declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todos los contenidos subyacentes al texto del artículo están dentro del manuscrito.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Apoyo del CNPq.

REFERENCIAS

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/cdgsaudade/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/10.1590/1413-812320222710.08212022>
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, Nayaoan 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

