



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS
CAMPUS ERECHIM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS
HUMANAS

ÁLVARO ALBINO DA SILVA BAGESTON

HOMENS NEGROS COM CÂNCER DE PROSTATA NA REGIÃO SUL DO BRASIL:
PERSPECTIVAS GEOGRÁFICAS DA SAÚDE

Erechim
2025

ÁLVARO ALBINO DA SILVA BAGESTON

**HOMENS NEGROS COM CÂNCER DE PRÓSTATA NA REGIÃO SUL DO BRASIL:
PERSPECTIVAS GEOGRÁFICAS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Erechim como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas sob orientação do Prof. Dr. Jeferson Santos Araújo.
Linha de pesquisa: Saberes, Processos e Práticas Sociais.

Erechim
2025

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Bageston, Álvaro Albino da Silva
HOMENS NEGROS COM CÂNCER DE PRÓSTATA NA REGIÃO SUL DO
BRASIL: PERSPECTIVAS GEOGRÁFICAS DA SAÚDE / Álvaro
Albino da Silva Bageston . -- 2025.
148 f.:il.

Orientador: Doutor Jeferson Santos Araújo

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da
Fronteira Sul, Programa de Pós-Graduação
Interdisciplinar em Ciências Humanas, Erechim,RS, 2025.

1. Homens Negros. 2. Câncer de Próstata. 3. Geografia
da Saúde. 4. Desigualdades Raciais. 5. Determinantes
Sociais da Saúde.. I. Araújo, Jeferson Santos, orient.
II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III. Título.

ÁLVARO ALBINO DA SILVA BAGESTON

**HOMENS NEGROS COM CÂNCER DE PRÓSTATA NA REGIÃO SUL DO BRASIL:
PERSPECTIVAS GEOGRÁFICAS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal da Fronteira Sul – Campus Erechim como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências Humanas sob orientação do Prof. Dr. Jeferson Santos Araújo. Linha de pesquisa: Saberes, Processos e Práticas Sociais.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 27/08/2025.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 JEFERSON SANTOS ARAÚJO
Data: 08/09/2025 22:55:11-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Jeferson Santos Araújo – UFFS
Presidente da banca/Orientador

Documento assinado digitalmente
 CAMILO DARSIE DE SOUZA
Data: 08/09/2025 16:35:31-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Camilo Darsie – UNISC
Avaliador Externo

Documento assinado digitalmente
 REGINALDO JOSE DE SOUZA
Data: 05/09/2025 19:14:04-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dr. Reginaldo José de Souza – UFFS
Avaliador Interno

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui não foi uma jornada solitária. Este trabalho é resultado de uma longa caminhada que só foi possível graças ao apoio, incentivo, parceria e afeto de muitas pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste sonho. Cada capítulo desta dissertação carrega um pouco de cada um de vocês.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, a Xangô e aos Exus e a todos meus guias espirituais, sem deixar de mencionar meus antepassados, pela força, pela saúde e pela resiliência que me permitiram continuar mesmo nos momentos mais confusos e difíceis.

Ao meu maior e mais puro amor que essa vida me deu, meu pequeno, admirável e lindo filho Thomás: teus olhos verdes e brilhantes são o motor desse papai que se encanta com cada gesto teu, tudo que desenvolvo é para ser um bom pai e buscar ser teu espelho, ser o teu ponto de partida, pois você é meu amor e meu ponto de chegada. Por você e para você, meu amor, que você possa se orgulhar de seu papai. Te amo infinitamente, te amo...

Aos meus pais, meus mais sinceros votos de gratidão pelo apoio, mesmo sem nunca saberem ao certo o que significa isso. Ver vocês, me move; ter vocês, me dá força! Minha mãezinha querida, é por ti, é “pra” ti! Teus olhos que brilham trazem toda a ancestralidade que busco. Mesmo sem saber, você é meu porto e eu sou o teu. Meu juramento continua de pé, jamais esquecerei o que te prometi aos 10 anos. Serei, sim, minha mãe, alguém que você irá se orgulhar sempre. Que esse seja só o início dessa trajetória. Te amo, minha “véinha”. Meu pai querido, sei que não faz ideia do que isso significa também, mas sei que, mesmo sem falar muito, me apoia e torce por mim. Mesmo no teu silêncio, sei que tuas orações são por mim e saibas que as minhas também são por você. Eu me orgulho muito de você também, te amo...

Ao meu orientador, professor Dr. Jeferson Santos Araújo, minha gratidão sincera por ter aceitado caminhar comigo nesta jornada. A sua escuta generosa, suas críticas construtivas e, sobretudo, sua confiança no meu trabalho foram fundamentais para que eu pudesse crescer como pesquisador e como sujeito. Obrigado por me ajudar mesmo quando tudo parecia confuso, por abrir caminhos quando tudo parecia fechado.

À querida, e sempre pronta para ouvir, professora Dr^a. Paula Lindo, minha eterna gratidão por cada palavra dada, cada apontamento e norte sugerido. És uma inspiração para essa jornada que se inicia; é e sempre será lembrada por mim por todo o carinho disposto para comigo.

Aos professores e professoras do PPGICH, meu muito obrigado por cada aula, cada leitura sugerida, cada provocação e contribuição que ampliaram meu olhar e enriqueceram

minha formação. O ambiente crítico e acolhedor construído por vocês foi essencial para que este trabalho ganhasse forma e profundidade.

Aos colegas e amigos(as) de turma, companheiros(as) de tantos desafios, risadas, cafés e desabafos, minha gratidão pelo companheirismo. Estar ao lado de vocês foi um presente. Cada conversa, cada troca e cada momento vivido juntos fez essa caminhada mais leve e significativa.

Ao professor Dr. Camilo Darsie, que foi membro da minha banca, uma pessoa a qual eu tenho uma admiração inestimável. Vibro sempre ao ler seus trabalhos! O senhor é um dos espelhos que possuo dentro desse mundo; quisera um dia que eu possa ser um terço desse pesquisador e professor que és! Sou grato ao senhor por aceitar compor minha banca e pelas valorosas contribuições que fez!

Ao professor Dr. Reginaldo José de Souza, minha gratidão sincera por ter aceitado mais uma vez participar dessa banca. A sua sempre engajada e generosa ajuda por meio de seus apontamentos e sua disponibilidade. Acredito que suas contribuições e suas críticas construtivas ajudaram e muito ao resultado desse trabalho. Com certeza, o senhor é uma pessoa que inspira muitos que, de alguma maneira, conhecem esse ser fantástico, seja pelos seus trabalhos e obras ou pelo ser humano ímpar que é! Obrigado por me ajudar com suas observações e colocações, sinto-me enormemente satisfeito e amparado com suas contribuições e sua presença nesse trabalho.

Aos amigos(as) de longa data que, mesmo à distância, acompanharam com carinho essa jornada, meu sincero agradecimento. Saber que eu podia contar com vocês foi um conforto imenso.

Por fim, dedico este trabalho a todos(as) que vieram antes de mim, que abriram caminhos com resistência e sabedoria, mesmo quando a universidade ainda não nos reconhecia como pertencentes a ela. Que esta dissertação seja mais um tijolo na construção de um saber comprometido com a transformação social, a equidade e a justiça.

A cada um e cada uma que, de alguma forma, foi parte desta história: minha eterna gratidão. Laroyê Exu Pantera Negra! Kaô Kabecilê Xangô!

RESUMO

Esta dissertação analisa as perspectivas geográficas da saúde de homens negros com câncer de próstata na região Sul do Brasil, entre os anos de 2018 até 2025. Buscando compreender como fatores raciais, territoriais e socioeconômicos influenciam a incidência, a mortalidade e o acesso aos serviços de saúde. Adota abordagem interdisciplinar que articula conceitos da Geografia da Saúde e dos Determinantes Sociais da Saúde, utilizando exclusivamente dados secundários provenientes de sistemas oficiais como DATASUS e IBGE. Foram realizadas análises descritivas que possibilitaram identificar relações entre variáveis demográficas, socioeconômicas e raciais, evidenciando desigualdades na ocorrência e nos desfechos da doença. Os resultados apontam que homens negros apresentam taxas mais elevadas de mortalidade e diagnóstico tardio, condicionadas por barreiras geográficas, desigualdade na distribuição de recursos e manifestações do racismo estrutural e institucional. Observa-se que essas disparidades se associam a contextos históricos de exclusão social e fragilidade na oferta de serviços de saúde, reforçando a importância do território como elemento ativo na conformação da saúde. As conclusões indicam que compreender a interação entre raça/cor, território e condições sociais é fundamental para subsidiar políticas públicas interseccionais e territorialmente sensíveis, voltadas à redução de iniquidades e à ampliação do acesso a ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. O estudo contribui para a reflexão acadêmica ao integrar dimensões raciais, sociais e geográficas, destacando a geografia como instrumento para a promoção da justiça social em saúde.

Palavras-chave: Homens Negros; Câncer de Próstata; Geografia da Saúde; Desigualdades Raciais; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the geographical health perspectives of Black men with prostate cancer in Southern Brazil between 2018 and 2025, aiming to understand how racial, territorial, and socioeconomic factors influence incidence, mortality, and access to healthcare services. It adopts an interdisciplinary approach that combines concepts from Health Geography and the Social Determinants of Health, relying exclusively on secondary data from official systems such as DATASUS and IBGE. Descriptive analyses were carried out to identify relationships between demographic, socioeconomic, and racial variables, highlighting inequalities in the occurrence and outcomes of the disease. The results show that Black men present higher mortality rates and late diagnoses, conditioned by geographic barriers, unequal distribution of resources, and manifestations of structural and institutional racism. These disparities are associated with historical contexts of social exclusion and fragile healthcare provision, reinforcing the importance of territory as an active element in shaping health outcomes. The conclusions indicate that understanding the interaction between race/color, territory, and social conditions is essential to support intersectional and territorially sensitive public policies aimed at reducing inequities and expanding access to prevention, diagnosis, and treatment. This study contributes to academic reflection by integrating racial, social, and geographical dimensions, highlighting geography as a tool for promoting social justice in health.

Keywords: Black Men; Prostate Cancer; Health Geography; Racial Inequalities; Social Determinants of Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Determinantes sociais da saúde. Adaptação da obra de Dahlgren & Whitehead, 1991	45
Figura 2 – Localização da Próstata.....	48
Figura 3 – Atravessamentos entre Ciências Humanas e Ciências da Saúde.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Principais Produções sobre CaP e Raça/Cor	19
Quadro 2– Histórico de acontecimentos até a Criação do SUS	59
Quadro 3– Finalidades e Objetivos da PNAISH	66
Quadro 4 – Atuação dos Movimentos Negros na Construção e Implementação da PNSIPN..	71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de Mortalidade por CaP, na região sul do Brasil entre os anos de 2018 até 2024.....	23
Gráfico 2 – Internações por Neoplasia Maligna da Próstata na Região Sul do Brasil, de acordo com a faixa etária de risco (40 anos até 80 anos ou mais), entre 2018 e 2024.....	79
Gráfico 3 – Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna da Próstata de acordo com a raça/cor nos anos de 2018 até 2024 na região Sul do Brasil	83
Gráfico 4 – Óbitos por Neoplasia Maligna da Próstata, de acordo com a raça/etnia, na Região Sul do Brasil, nos anos de 2018 até 2024.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Taxa de Mortalidade por CaP no Brasil por Região de acordo com a Raça/cor.....	21
Tabela 2:Número de Internações por CaP no Brasil por Região de acordo com a Raça/cor entre os anos de 2018 até 2024.....	21
Tabela 3: Características dos óbitos por CaP na região Sul do Brasil, por raça/cor de acordo com a faixa etária (40 anos até 80 anos ou mais) por estado-UF, nos anos de 2018 até 2023	88
Tabela 4:População Masculina por Raça/cor de acordo com a faixa etária (40 anos até 80 anos ou mais) na Região Sul do Brasil, de acordo com os anos de 2018 até 2023 (variável-distribuição percentual)	92
Tabela 5: Variável - Rendimento médio mensal real na Região Sul do Brasil, nos anos de 2018 até 2024, de pessoas de 14 anos ou mais de idade, por Raça/Cor	98
Tabela 6: Diagnóstico de CaP, de acordo com a região e residência de diagnóstico, segundo faixa etária (40 anos até 80 anos ou mais), nos anos de 2018 até 2025.	108
Tabela 7: Dados preliminares acerca dos casos de internação, TX. Mortalidade e Óbitos para na Região Sul -2025	148

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CaP	Câncer de Próstata
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
HNCPRSB	Homens Negros com Câncer de Próstata na Região Sul do Brasil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IVC	Instituto Vencer o Câncer
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PSA	Antígeno Prostático Específico
SUS	Sistema Único de Saúde
UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
PR	Paraná
SC	Santa Catarina
RS	Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Justificativa.....	18
1.2 OBJETIVOS.....	23
1.2.1 Objetivo Geral	23
1.2.2 Objetivos Específicos.....	24
1.3 Procedimentos Metodológicos	24
1.4 Estrutura	28
2. GEOGRAFIA DA SAÚDE, TERRITÓRIO, DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS), E O CÂNCER DE PRÓSTATA: Considerações Teóricas de uma Área Interdisciplinar	31
2.1 Da Geografia Médica a Geografia da Saúde	31
2.2 Território e território da Saúde	37
2.3 A interação entre determinantes Sociais de Saúde (DSS) e Geografia da Saúde	42
2.4 Aspectos gerais do Câncer de Próstata	46
2.5 Interdisciplinaridade	51
3. A SAÚDE COLETIVA E A POPULAÇÃO NEGRA: Limites e Possibilidades para Homens Negros no SUS.....	57
3.1 A Política nacional de atenção integral da saúde do homem e a Saúde (PNAISH) dos Homens Negros	63
3.2 A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): um marco de resistência e equidade no SUS.....	70
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS: TERRITÓRIO, RAÇA E AS DESIGUALDADES NOS DESFECHOS DO CÂNCER DE PRÓSTATA EM HOMENS NEGROS NA REGIÃO SUL DO BRASIL	78
4.1 Análise de Tabelas e Dados: Dos números das Internações por CaP (Câncer de Próstata) até o Percentual da População Masculina por Raça/cor.....	78
4.2 Homens Negros com CaP na Região Sul do Brasil: Discussão Crítica dos Dados	95
4.3 O Atravessamento da Geografia da Saúde Acerca dos Dados Sobre CaP em Homens ...	113

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS	126
ANEXO A – Solicitação de Acesso à Informação - Plataforma "Fala.BR" - Protocolo NUP nº 18800.152043/2024-03.	145
APÊNDICE A – ESTIMATIVAS E NÚMEROS PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA (CaP) 2025	148

1 INTRODUÇÃO

Diante da necessidade de uma maior representatividade de pesquisadores negros(as), sinto a necessidade de iniciar esse estudo fazendo um atravessamento da minha própria história para, a partir dela, contextualizar o motivo pelo qual esse estudo também me atravessa e o porquê da escolha dessa temática. Portanto, esse estudo nasceu de inquietações profundas, tanto pessoais quanto sociais. A motivação se ancora em experiências de vida marcadas pela negação de oportunidades, racismo estrutural e exclusão social.

Ser negro e pobre marcou minha trajetória desde a infância, impondo desafios que ultrapassaram a esfera individual para revelar padrões coletivos de desigualdade. Essa vivência moldou uma consciência crítica que se expressa em luta e desejo de transformação social. Como pesquisador, busco compreender e dar visibilidade a uma parcela da população que recorrentemente é marginalizada e esquecida em vários aspectos, principalmente no que tange à sua saúde: essa parcela são as pessoas negras, principalmente os homens negros, que estarão aqui como sujeitos dessa pesquisa.

A partir dessas inquietudes que, em mim, são contínuas e relutantes, trago para o debate, nesse estudo, a saúde de homens negros da região Sul do Brasil, focando especificamente sobre a neoplasia maligna do câncer de próstata, onde faremos atravessamentos com a geografia da saúde, território e os DSS (Determinantes Sociais da Saúde), para que possamos entender como as variantes sociais de raça/cor podem influenciar ou não nas taxas de mortalidade e internação em homens com neoplasia maligna de próstata na região Sul do Brasil, bem como na aplicabilidade de políticas de saúde coletiva voltadas à população masculina, sobretudo homens negros acometidos por CaP (Câncer de Próstata). Para tanto, consideraremos os dados referentes aos anos de 2018 a 2025.

No que diz respeito à escolha pelo viés da geografia da saúde e do conceito de território, percebemos que a interação dessas vertentes da geografia tem se mostrado uma área de atuação interdisciplinar indispensável para pesquisas que visem, assim como o nosso estudo, abordar temáticas sobre saúde coletiva em diversas perspectivas, como demonstram Pehouskei e Benaduce (2007).

No que se refere aos trabalhos em relação à saúde, especialmente no planejamento da mesma, os especialistas nesta área tem notado a interferência significativa do território em suas ações. Isso posto, os estudos têm se desenvolvido de tal maneira que a Geografia tem contribuído em muito, com os estudos geográficos no âmbito da saúde no Brasil. (Pehouskei; Benaduce, 2007, p. 34).

A intervenção da geografia da saúde, juntamente ao conceito de território, vai além do planejamento em saúde, pois, segundo afirmam Araújo, Franco e Neto (2019, apud Coelho Neto, 2013), o conceito de território vem encontrando uma ampla utilização na ciência e no campo da formulação de políticas públicas e nas estratégias socioespaciais de uma variada gama de ações coletivas.

Entendemos, a partir disso, que tanto a geografia da saúde quanto o território, juntamente com os DSS, permitem uma análise crítica acerca da funcionalidade ou não da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) para que, a partir desses atravessamentos, possamos identificar se as taxas de mortalidade e de internação por CaP que acometem homens negros na região Sul do país estão ligadas a questões que envolvem diretamente a sua etnia.

Julgamos necessário o entendimento dessas políticas públicas de saúde, uma vez que reafirmam que há, no Brasil, disparidades raciais, como afirmado por Camargo-Cruz (2023). Quando falamos especificamente da Política Nacional de Saúde integral da População Negra (PNSIPN); as diretrizes desta política indicam o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como potencializador dos determinantes sociais das condições de saúde, assim como condições primordiais para a conquista da equidade na saúde destas populações.

Ao mesmo tempo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em seus princípios e diretrizes, ressalta a importância de reconhecer os agravos que afetam a saúde masculina. O que nos leva a percepção que, de acordo com esses princípios, e que essa própria política entende que a saúde do homem deve ser visto como um problema de saúde pública (BRASIL, 2008). Ao considerar os DDS, conforme propõem tanto o PNSIPN quanto o PNAISH, nosso trabalho parte também do entendimento de que as diferenciações dos números por trás das taxas de internações e mortalidade entre homens na região Sul do país por CaP não são fruto de escolhas individuais ou questões biológicas, mas refletem processos históricos, sociais e institucionais de dificuldades no acesso à saúde ou mesmo de exclusão dessa população.

A relação entre os determinantes sociais da saúde, o racismo estrutural e as taxas de mortalidade por câncer de próstata revela como as desigualdades raciais impactam diretamente os desfechos da doença. Mais do que fatores biológicos, são os contextos sociais, territoriais e institucionais que condicionam a maior vulnerabilidade da população negra (RIBEIRO, 2014; CAMARGO-CRUZ, 2023). Nesse sentido, compreender a articulação entre racismo, território

e saúde é fundamental para explicar por que homens negros apresentam maior mortalidade por câncer de próstata.

1.1 JUSTIFICATIVA

O câncer de próstata é uma doença que afeta pessoas do sexo biológico masculino, e tem sido objeto de preocupação global devido à sua prevalência e impacto na saúde pública (Raychaudhuri et al., 2025; INCA, 2023). Vale destacar que o câncer de próstata também pode afetar homens cis e mulheres trans que tenham mantido a próstata após a transição de gênero. No entanto, o recorte deste estudo considera, em função dos dados disponibilizados, a incidência nos homens negros cisgênero.

No Brasil, segundo o INCA (2023), o câncer de próstata é a segunda causa de morte por câncer entre os homens. Portanto, nosso estudo foca, com preocupação, nos elevados números de casos de CaP em HNCPRSB (Homens Negros com Câncer de Próstata na Região Sul do Brasil), buscando apresentar a temática dentro de um contexto que se justifique acadêmica e socialmente pela sua relevância nos estudos acerca das DSS, geografia da saúde, território, raça/cor e CaP, de forma a fortalecer pesquisas na área da geografia da saúde.

Diante disso, considerando que o CaP é um tema amplamente estudado e com um expressivo número de pesquisas que se propõem a discutir essa doença, percebemos que os trabalhos que se debruçam sobre a temática diminuem quando ligados a questões de raça, saúde, território e políticas públicas de saúde, evidenciando como a literatura nacional ainda se mostra incipiente quando se trata das análises que englobam, principalmente, raça/cor.

Portanto, na busca por validar a necessidade desse tema, demonstramos, por meio do Quadro 1, as principais produções feitas sobre CaP com a variável raça/etnia, para que possamos identificar quais são os fatores que esses trabalhos têm buscado abordar sobre a temática. Em vista disso, ressaltamos que os trabalhos apresentados no Quadro 1 são apenas aqueles que mais se aproximam dessa pesquisa e de algumas das variáveis como as questões de cor/raça, e questões socioeconômicas que abordamos em nosso estudo.

Na busca por esse fortalecimento acadêmico, definimos o material usado para a elaboração do Quadro 1, orientando a busca nos bancos de dados das plataformas SciELO e PubMed, além de sites de organizações de pesquisa e saúde, como ASCO Publications, American Cancer Society, Zero Cancer, Fred Hutch, ResearchGate, Frontiers, Oxford Academic, Instituto Nacional do Câncer (INCA), Google Acadêmico e Bio-IT World. Utilizamos, como descritores, termos que fizessem relação com o CaP, raça/cor, racismo e

homens negros. Os termos utilizados para essa busca foram: (câncer de próstata, neoplasia maligna da próstata, homens negros, população negra com CaP, mortalidade por câncer de próstata e políticas públicas de saúde e população negra). Foram selecionados quatro trabalhos, os quais são demonstrados no Quadro 1.

Quadro 1– Principais Produções sobre CaP e Raça/Cor

(continua)

Nome do Trabalho/Autor	Foco do Estudo/Revisão	Lacunas/Limitações da Pesquisa	Fonte
ZEIGLER-JOHNSON, CHARNITA et al. Trends in prostate cancer incidence among Black men in the Caribbean and the United States.	Tendências do Câncer de Próstata em Homens Negros da Diáspora Africana (EUA e Caribe)	Falta de diretrizes claras e consistentes de rastreamento no Caribe.	Trends in Prostate Cancer Incidence among Black Men in the Caribbean and the United States – PMC. Acesso: 29 maio 2025. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11256998/
ODEDINA, Folakemi T et al. "Disparidades de câncer de próstata em homens negros de ascendência africana: uma revisão comparativa da literatura sobre a carga de câncer de próstata entre homens negros nos Estados Unidos, Caribe, Reino Unido e África Ocidental.	Carga do Câncer de Próstata em Países Ligados pelo Comércio Transatlântico de Escravos. Alta carga na Nigéria, Gana, Caribe, Reino Unido.	Nenhuma literatura publicada encontrada para Benin, Gâmbia, Senegal.	Prostate cancer disparities in Black men of African descent: a comparative literature review of prostate cancer burden among Black men in the United States, Caribbean, United Kingdom, and West Africa - PubMed Central. Acesso em: 29 maio 2025. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2638461/
TORRES-ROMÁN, J. S. et al. Prostate cancer in Latin America and the Caribbean: mortality trends from 1997 to 2017 and predictions to 2030.	Tendências de Mortalidade por Câncer de Próstata na América Latina e Caribe (1997-2017); maiores taxas de mortalidade em Trinidad e Tobago, Cuba, Venezuela. Aumentos no Brasil, Cuba, Guatemala, Venezuela.	Implicitamente, o foco está nas tendências de mortalidade, não no volume de pesquisa sobre homens afrodescendentes especificamente.	Prostate cancer in Latin America and the Caribbean: mortality trends from 1997 to 2017 and predictions to 2030 – ResearchGate. Acesso em: 29 maio 2025. https://www.researchgate.net/publication/379409615_Prostate_cancer_in_Latin_America_and_theCaribbean_mortality_trends_from_1997_to_2017_and_predictions_to_2030

(conclusão)

Nome do Trabalho/Autor	Foco do Estudo/Revisão	Lacunas/Limitações da Pesquisa	Fonte
ROMERO, F. R. et al. The prevalence of prostate cancer in Brazil is higher in Black men than in White men: systematic review and meta-analysis.	Revisão sistemática com meta-análise da prevalência de câncer de próstata em homens negros X brancos, pardos X brancos e negros X pardos brasileiros. Conclui que há uma maior prevalência em homens negros em comparação com homens brancos ou pardos brasileiros.	Amostra relativamente pequenos na maioria dos estudos incluídos.	The prevalence of prostate cancer in Brazil is higher in Black men than in White men: systematic review and meta-analysis – SciELO. Acesso em: 29 maio 2025. https://www.scielo.br/j/ibju/a/s8PhyQS8rTYsKCWg43xMHnz/?lang=en

Fonte: Autoria Própria

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos aspectos importantes acerca do CaP em homens negros, enfatizando questões sobre desigualdades, tendências, incidências de mortalidade e disparidades raciais, além de apontar lacunas importantes, como a falta de diretrizes específicas de rastreamento e a escassez de dados em determinadas regiões.

As lacunas e limitações apresentadas no Quadro 1, foram identificadas a partir de uma leitura crítica orientada pelos critérios definidos para este trabalho, como abrangência geográfica, recorte racial, enfoque nos determinantes sociais da saúde e pertinência ao contexto da saúde dos homens negros. Dessa forma, ao apontar tais lacunas, buscamos evidenciar não apenas os limites internos de cada pesquisa, mas também os vazios existentes no conjunto da produção científica sobre câncer de próstata em homens negros, especialmente no que se refere à região Sul do Brasil.

Partindo da busca pelo fortalecimento das pesquisas existentes sobre a temática, o presente estudo busca oferecer uma análise interdisciplinar feita por meio da geografia da saúde,

considerando gênero, raça, território e DSS, tendo como pretensão dar visibilidade a um grupo social frequentemente negligenciado pelas políticas públicas e pelas estatísticas oficiais. Essa problemática é evidenciada por meio dos dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que apontam para um maior índice na taxa de mortalidade em homens negros, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1: Taxa de Mortalidade por CaP no Brasil por Região de acordo com a Raça/cor

Região	Raça/cor	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Norte	Branco	22,03	14,12	9,09	15,87	16,67	13,54	17,24
	Preto	21,43	8,33	16,22	12,12	19,35	15,91	18,46
	Pardo	13,04	14,51	13,78	13,75	15,8	13,16	14,81
Nordeste	Branco	7,1	8,66	9,98	10,84	8,93	8,09	7,95
	Preto	7,42	6,83	9,7	10,11	10,39	5,43	7,66
	Pardo	7,55	7,42	7,65	7,5	6,95	6,67	7,22
Centro-Oeste	Branco	12,06	12,26	13,6	16,96	9,77	9,02	10,32
	Preto	7,02	10,26	9,3	8,16	11,29	11,35	10,04
	Pardo	11,86	11,37	12,97	11,02	10,02	8,99	9,22
Sudeste	Branco	10,03	9,57	10,65	10,4	10,39	9,77	8,74
	Preto	9,43	10	8,67	9,79	9,01	9,07	8
	Pardo	9,09	8,26	8,31	8,92	8,16	8,24	7,65
Sul	Branco	10,64	10,43	11,6	12,1	11,07	9,76	9,51
	Preto	6,15	11,95	10,74	11,66	8,24	9,41	4,71
	Pardo	9,28	9,46	11,97	13,72	13,1	10,56	8,56

Fonte: DataSUS, 2025. Org.: Álvaro A. da S. Bageston

Analisando os dados, observamos uma tendência consistente da taxa de mortalidade ser maior entre a população negra. Vale ressaltar que as categorias de raça/cor são determinadas pelo IBGE, com base na autodeclaração, sendo classificados em cinco grupos: branca, amarela, indígena, parda e preta. Considera-se como população negra os aglomerados da população negra e parda. (SARAIVA, 2025; IBGE, 2022).

Ao relacionarmos os números acerca da taxa de mortalidade aos números de internações, que é o nosso propósito, identificamos que os números são muito distintos em nossa região de análise. Na Tabela 2, podemos verificar e comparar esses dados.

Tabela 2: Número de Internações por CaP no Brasil por Região de acordo com a Raça/cor entre os anos de 2018 até 2024

(continua)								
Região	Raça/cor	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Norte	Branca	59	85	99	63	60	96	87
	Preta	14	24	37	33	31	44	65
	Parda	552	648	595	698	785	1.003	1.188
Nordeste	Branca	620	647	471	526	627	841	1.119
	Preta	458	439	608	712	674	847	1.123
	Parda	5.353	5.608	4.747	5.334	6.543	8.191	9.225
Centro-Oeste	Branca	199	261	272	289	440	543	562

Sudeste	Preta	57	78	86	98	186	229	229
	Parda	548	642	586	708	1.059	1.546	1.653
	Branca	7.091	7.867	6.440	6.116	7.093	7.821	8.698
	Preta	1.687	2.040	1.731	1.768	1.976	2.415	2.714
	Parda	5.446	6.086	5.127	5.057	6.432	7.899	8.932
	Branca	4.022	4.266	3.648	3.447	4.219	5.165	5.427
Sul	Preta	260	226	242	223	255	340	361
	Parda	474	465	426	401	542	606	654

(conclusão)

Fonte: DataSUS, 2025. Org.: Álvaro A. da S. Bageston.

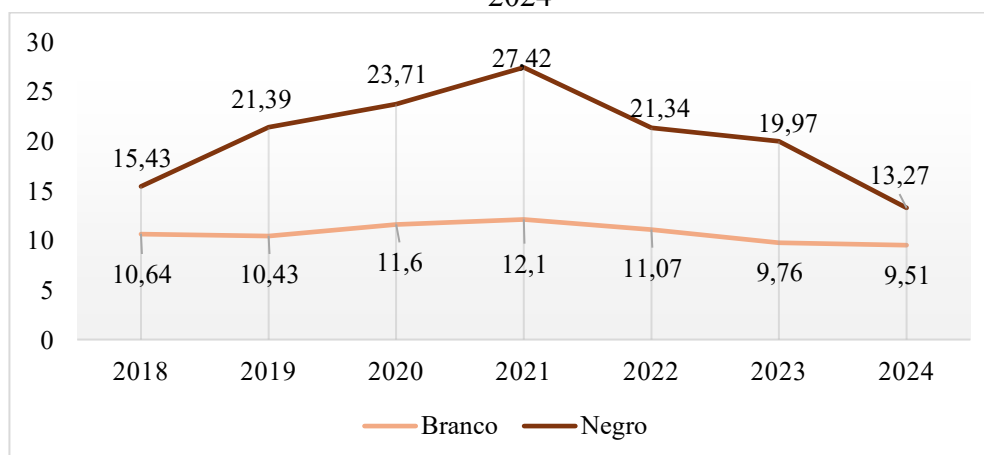
Ao compararmos os números de internações e as taxas de mortalidade por CaP, podemos identificar uma desigualdade, demonstrando que homens negros são afetados de maneira desigual, principalmente na região Sul, nosso campo de análise. Fica evidente que a população negra vem apresentando altas taxas de mortalidade, porém o número de internações é desproporcionalmente menor, o que aponta para possíveis disparidades no acesso ao diagnóstico e tratamento da doença.

Essa discrepância entre os dados demonstra, ainda, que pode haver indicadores de um racismo institucional, além de uma necessidade de análise a ser feita a partir das políticas de saúde coletiva dessa população específica. Em um comparativo entre os dados das regiões do Brasil, observa-se que a região Sul é a região brasileira com o maior número de habitantes autodeclarados brancos, representando 72,6% da sua população, conforme apontado pelo Censo Demográfico de 2022 (IBGE, 2022).

Ao agregar os números da população parda e preta, percebemos que o número de internações desses grupos é menor que as internações de homens brancos, porém a taxa de mortalidade apresenta maiores índices na região Sul.

Com o intuito de demonstrar a disparidade entre os números acerca do CaP em homens negros na região Sul do Brasil, extraímos os dados referentes à taxa de mortalidade somente dessa região, para que seja possível verificar diretamente a discrepância na letalidade da doença entre homens brancos e negros, conforme apresentado no Gráfico 1.

Gráfico 1: Taxa de Mortalidade por CaP, na região sul do Brasil entre os anos de 2018 até 2024



Fonte: DataSUS, 2025. Org.: Álvaro A. da S. Bageston

Os dados apresentados corroboram a afirmação do INCA, que indica que o CaP é uma das principais causas de mortalidade e morbidade no Brasil, evidenciando, ainda, uma incidência particularmente alta da doença na população negra (INCA, 2019).

Dessa forma, buscamos analisar como os DSS em determinados territórios ocupados podem influenciar os números de internações e as taxas de mortalidade por câncer de próstata em homens negros na região Sul do Brasil, na expectativa de contribuir na identificação dos motivadores que levam a essas disparidades entre internação e mortalidade, bem como na formulação de políticas públicas de saúde mais justas e eficazes, que reduzam as desigualdades existentes.

Diante desse panorama e das lacunas existentes, a presente pesquisa busca responder à seguinte questão: quais determinantes sociais da saúde e dinâmicas territoriais estão associados aos elevados índices de mortalidade por câncer de próstata em homens negros na região Sul do Brasil, e como se articulam para (re)produzir essas desigualdades?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar, por meio da geografia da saúde, como determinantes sociais da saúde e as dinâmicas territoriais se associam à elevada mortalidade por câncer de próstata entre homens negros na região Sul do Brasil, considerando as desigualdades estruturais que impactam esse grupo populacional.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Investigar os indicadores de mortalidade (taxa de mortalidade e óbitos) e internações por câncer de próstata em homens negros na região Sul do Brasil, no período de 2018 até 2025, identificando padrões e tendências.
- Analisar como os determinantes sociais da saúde (DSS), incluindo fatores socioeconômicos, educacionais e de acesso aos serviços de saúde, articulam-se às dinâmicas territoriais, contribuindo para a (re)produção de desigualdades nos desfechos do câncer de próstata.
- Discutir as implicações dos resultados para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde que visem reduzir as desigualdades e promover uma saúde mais equitativa para homens negros na região Sul do Brasil.

1.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Metodologicamente, o estudo se destaca pela utilização de dados secundários de órgãos governamentais e pela articulação de diferentes métodos de análise, buscando uma compreensão abrangente do fenômeno investigado. Diante disso, adotamos para esse trabalho uma metodologia descritiva-retrospectiva, realizada com dados disponibilizados no sistema DATASUS e IBGE.

Apontamos, ainda, que o estudo retrospectivo é um delineamento metodológico amplamente utilizado na pesquisa científica, sobretudo em áreas como a medicina, saúde coletiva e ciências sociais aplicadas à saúde. Trata-se de uma abordagem que se fundamenta na análise de dados preexistentes, coletados em momentos anteriores ao início do estudo, a fim de identificar associações, padrões ou desfechos em determinada população.

De acordo com Hulley et al. (2015), um estudo retrospectivo investiga relações entre exposições e desfechos já ocorridos, analisando dados passados como registros médicos, bases institucionais ou entrevistas. Nesse sentido, o estudo retrospectivo difere dos estudos prospectivos, pois não há acompanhamento futuro de participantes, mas sim a reconstrução do histórico de exposição e resultado.

O estudo abordará o recorte espacial e temporal da região Sul do Brasil, composta pelos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, no período entre 2018 e 2025. A determinação pela região Sul justifica-se pela sua demografia, caracterizada pela predominância da população branca. Conforme dados do IBGE (2023), a região Sul possui o maior percentual de pessoas brancas, sendo 72,6% de sua população. Ainda segundo o IBGE

(2022), na região Sul, menos de 30% da população se declara negra. Essa particularidade racial torna a região um recorte espacial relevante para a investigação proposta.

A escolha pelo recorte temporal, que vai de 2018 até o ano de 2025, explica-se por uma prerrogativa que envolve as questões de DSS e a dinâmica existente por trás das taxas de CaP dois anos antes da pandemia de covid-19, o período pandêmico, e os anos que a sucederam. Como mostra Santos et al. (2020),

A pandemia da Covid-19 está revelando que os grupos populacionais que historicamente foram negligenciados, aqueles com baixa proteção ao emprego e as populações sem acesso adequado a cuidados de saúde acessíveis estão entre os mais atingidos, especialmente ao maior risco de óbito. (Santos et al, 2020, p. 236).

Indo de encontro ao que retratam os autores, Ribeiro, Correa e Migowski (2021), retratam que o covid-19, pode ter sido um dos fatores relacionados para uma alta nos atrasos ao diagnóstico e tratamento por CaP, que adicionados as dificuldades de atendimentos, atendimentos de saúde, distanciamento social e por medidas de isolamento social. O que corrobora com o que é afirmado por Lima, Bizerra e Barbanti (2024) sobre essa neoplasia em tempo de covid-19.

Com a pandemia, ficou comprovado que pacientes oncológicos, sob tratamento ou não da doença, estão mais propensos a se infectar com SARS-CoV-2 e ainda possuem riscos maiores de terem complicações decorrentes do vírus. [...] utilizando bases de dados do Sistema Único de Saúde (SUS), observou-se que no Brasil entre 2019 e 2020 houve uma redução nos procedimentos de rastreamento (45%), de diagnóstico (35%) e tratamento de câncer (queda de cerca de 15% nas cirurgias oncológicas). Nota-se que o rastreamento e o diagnóstico do câncer foram os procedimentos mais afetados, evidenciando a principal lacuna deixada pela pandemia. [...] Quando se trata especificamente do câncer de próstata, dados do Ministério da Saúde, apontam que, em uma comparação entre 2019 e 2020, o número de consultas urológicas no SUS caiu 33,5%. Além disso, a coleta de antígeno prostático específico (PSA) e de biópsia de próstata reduziram 27% e 21%, respectivamente. O número de cirurgias para retirada do câncer de próstata também caiu de 2019 para 2020, diminuindo em 21,5%. (Lima, Bizerra, Barbanti, 2024, p 2).

Assim, evidencia-se como a pandemia de covid-19 escancarou desigualdades sociais, que historicamente estão relacionadas à estrutura social na qual estamos inseridos, demonstrando que a análise acerca das disfuncionalidades das políticas públicas em época de pandemia pode ou não ter influenciado taxas de mortalidade sobre CaP.

A busca foi realizada no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); todos os dados foram coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), realizando-se o primeiro acesso aos dados em 15 de dezembro de 2023, e

repetindo-se o procedimento em 30 de maio de 2025, limitando o resgate dos registros disponíveis entre o período de 2018 até o ano de 2024.

Ressaltamos, porém, que os dados sobre o ano de 2025 serão expostos à luz de uma previsibilidade, pois esses ainda não estão disponíveis nas bases de dados governamentais, senão por estimativas. Por isso, também, é que esses dados aparecerão em alguns dos tratamentos e levantamentos de dados, mas irão constar como possíveis estimativas.

Outro detalhe importante que consideramos neste estudo é a faixa etária, que vai de 40 anos até 80 anos ou mais, sendo essas idades consideradas como de risco. A associação de Urologia Americana recomenda que pacientes com história familiar de câncer de próstata e da raça negra devem começar a avaliação para rastreamento a partir dos 40 anos (Instituto Vencer o Câncer, 2020). Ainda sobre o motivo pelo qual consideramos essas faixas etárias para a análise em nosso estudo, visto que raça é um dos fatores de risco que devem ser considerados e esse estudo busca identificar a diferenciação existentes também a partir da raça/etnia, Sarris et al. (2018) descreve que, entre os fatores de riscos ligados ao CaP, estão: a etnia negra, a idade avançada e o histórico familiar. Portanto, a adoção de uma faixa etária de risco se justifica pelo aumento exponencial do risco com o avanço da idade.

Para estruturação dos dados, realizou-se o processo de inferência das informações contidas no setor de registros de dados e, posteriormente, a compilação em um banco de dados no Microsoft Office Excel® 2025, a fim de auxiliar o processo de análise.

A coleta de dados foi conduzida por dois pesquisadores, de forma independente (orientador e orientando). O cegamento do processo foi assegurado, e as possíveis discordâncias foram resolvidas por consulta a um terceiro revisor (colaborador externo).

Foram incluídos no estudo todos os dados sobre os homens diagnosticados com neoplasia maligna da próstata, independentemente do seu estadiamento, e que realizaram ou realizam tratamento, dentro do intervalo temporal previamente estabelecido.

As variáveis investigadas foram: sexo, taxa de mortalidade, internações, estado civil, raça/cor, idade, óbito, nível de escolaridade, estado procedente e estimativa populacional.

Os dados representavam uma população composta por 45.256 mil homens diagnosticados com CaP, atendidos na região Sul do Brasil entre o período de 2018 até 2024. Os dados foram analisados pela estatística descritiva, contendo a caracterização dos participantes, tendo sido calculadas as frequências absolutas (%).

A estatística descritiva foi escolhida por proporcionar um panorama geral dos dados e organizá-los em diversas formas de apresentação como tabelas, quadros, gráficos e medidas

numéricas que possibilitam descrever e avaliar certo grupo por melhor sintetização do assunto (Pagano; Grauvreau, 2014).

De posse dos dados analisados, estes foram compilados e apresentados em forma de tabelas e gráficos nos resultados e, posteriormente, interpretados pela perspectiva da geografia da saúde.

É importante destacar ainda que, no contexto desse trabalho, a geografia da saúde vai além da mera localização de doenças, dedicando-se à análise das interações que ocorrem entre o território, as populações e os processos de saúde-doença, como afirmado por Almeida e Luz (2023):

A Geografia da Saúde se concentra na compreensão da distribuição geográfica de doenças, unidades de saúde e condições de saúde, bem como nas desigualdades e disparidades regionais em relação à saúde, a análise regional e territorial da saúde (Almeida; Luz, 2023, n.p).

Estando longe de uma visão determinista e visando compreender o espaço como um produto da interação social, onde diversas dinâmicas se materializam, inclusive as de raças e aspectos econômicos, influenciando diretamente no acesso a serviços de saúde, a exposição a riscos e a vulnerabilidade de grupos específicos, o território emerge como categoria central de análise, não apenas como uma delimitação espacial, mas como um campo de relações de poder e apropriação que molda as condições de vida e de saúde. Sobre a condição do território nos estudos de geografia da saúde e, portanto, norteador desse estudo, Gottmann (2012, p. 523) assinala que “Território é uma porção do espaço geográfico que coincide com a extensão espacial da jurisdição de um governo”. Por meio dessa sinalização do conceito de território, entendemos que o território dialoga diretamente com a geografia da saúde, ao evidenciar que a organização espacial dos serviços de saúde é diretamente influenciada pelas delimitações políticas e administrativas, demonstrando que a análise sobre homens negros com CaP necessita de uma abordagem que revele como as disparidades raciais, manifestadas pelo racismo estrutural e suas repercussões sociais, são reproduzidas no território, determinando distintas realidades de adoecimento e influenciado as taxas de mortalidade de uma população.

Sobre os dados que serão usados na presente pesquisa, destacamos que, conforme a Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, estudos com dados secundários, de acesso público, estão isentos da necessidade de análise ética (Brasil, 2016).

1.4 ESTRUTURA

O presente estudo está organizado em quatro capítulos, além da introdução e das considerações finais, visando apresentar, de forma sistemática, a problemática, os fundamentos teóricos, a metodologia adotada e os resultados obtidos no decorrer da pesquisa. Sua estrutura foi pensada de modo a favorecer uma compreensão ampla e interdisciplinar da realidade vivenciada por homens negros com câncer de próstata na região Sul do Brasil, a partir das interfaces entre geografia da saúde, território e DSS.

Na introdução, apresentamos as motivações que originaram o estudo, destacando tanto aspectos pessoais quanto implicações sociais e científicas da temática. Fazemos, também o delineamento da pergunta norteadora, as justificativas, os objetivos, (geral e específicos), e os procedimentos metodológicos.

O primeiro capítulo, denominado “Conceitos fundamentais: câncer de próstata, geografia da saúde e desigualdades raciais em saúde”, aborda os principais eixos conceituais e bibliográficos que sustentam o desenvolvimento da pesquisa. Inicia-se com uma breve exposição sobre os aspectos gerais do câncer de próstata, incluindo fatores de risco, incidência, mortalidade e desigualdades observadas segundo raça/cor, conforme apontam Romero et al. (2012), Odedina et al. (2009) e INCA (2023).

Em seguida, introduz-se o campo da geografia da saúde, destacando sua origem na geografia médica clássica e sua posterior reformulação como uma área interdisciplinar comprometida com as dimensões sociais, espaciais e políticas do processo saúde-doença. Referências como Andrade (2000), Junqueira (2009), Peiter (2005) e Guimarães (2015) são fundamentais para compreender essa evolução epistemológica.

O capítulo também aborda a importância da interdisciplinaridade para a análise crítica das desigualdades em saúde, sobretudo no que tange a população negra, propondo uma leitura que articula conhecimentos de ciências humanas e de saúde coletiva. Por fim, discute-se a ausência histórica de recortes étnico-raciais nas políticas de saúde, argumentando-se pela necessidade de um olhar interseccional que considere os atravessamentos entre raça, território e acesso ao cuidado, como propõe Galvão et al. (2021).

O segundo capítulo, intitulado “Geografia da saúde como forma de evidenciar as dinâmicas espaciais e territoriais da saúde coletiva”, aprofunda a discussão sobre os fundamentos teóricos que sustentam a análise geográfica das desigualdades em saúde. Inicialmente, recupera-se o percurso histórico da geografia da saúde, desde a sua origem hipocrática até sua consolidação como campo que considera os aspectos sociais, ambientais e

territoriais do processo saúde-doença. Autores como Ribeiro (2014), Santos (2010) e Guimarães (2015) contribuem para a compreensão desse percurso.

Na sequência, o conceito de território é explorado enquanto categoria analítica que ultrapassa sua dimensão física, sendo entendido como espaço de poder, disputa e desigualdade, conforme discutem Raffestin (1993), Santos (2011), Haesbaert (2007) e Faria e Bortolozzi (2009). A territorialização das políticas públicas e a organização desigual dos serviços de saúde são interpretadas como estratégias que operam na produção das iniquidades em saúde.

Por fim, discute-se a interação entre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a geografia da saúde, apresentando modelos explicativos (como o de Dahlgren e Whitehead, 1991) que evidenciam a influência de fatores como escolaridade, renda, ocupação, habitação, racismo e acesso a serviços no perfil de adoecimento da população. Os aportes de Buss e Filho (2007) e Alves et al. (2019), reforçam a necessidade de uma análise crítica e territorializada das desigualdades em saúde.

Já o terceiro capítulo, nomeado “A saúde coletiva e a população negra: limites e possibilidades para homens negros no SUS” é centrado na análise crítica das políticas públicas de saúde destinadas à população negra, com foco nas intersecções entre racismo estrutural, institucionalidade do SUS e a invisibilização dos homens negros. Discute-se a ausência de políticas eficazes que considerem as especificidades dessa população, o que contribui para a manutenção de barreiras no acesso, diagnóstico e tratamento do câncer de próstata.

Inicialmente, apresenta-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) como uma política que, apesar de relevante, é marcada por uma visão biomédica, pouco sensível às questões de raça e desigualdade. Referências como o Ministério da Saúde (2008) e Figueiredo (2020) apontam os limites dessa política em lidar com os marcadores sociais da diferença.

Na sequência, discute-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) como uma conquista dos movimentos sociais negros e como tentativa institucional de reconhecer o racismo como um agente que potencializa as discrepâncias dos determinantes sociais da saúde. A literatura de Camargo-Cruz (2023), permite identificar os desafios enfrentados na sua implementação, destacando as tensões entre intenção normativa e prática institucional. O capítulo também aborda o racismo institucional como um operador silencioso e persistente na gestão pública da saúde, contribuindo para o subdiagnóstico, o subtratamento e a letalidade desproporcional do câncer de próstata entre homens negros. Essa discussão evidencia os limites do SUS na efetivação de uma política de saúde verdadeiramente universal, equitativa e racialmente justa.

E para tratar da análise e discussão dos dados, trazemos o capítulo quatro: “Análise dos dados e discussões: desigualdades territoriais e raciais nas taxas de internação e mortalidade por câncer de próstata”, no qual são analisados os dados referentes às taxas de internação e mortalidade por câncer de próstata em homens negros na região Sul do Brasil, entre os anos de 2018 até 2025. A análise quantitativa baseia-se em dados secundários provenientes do DATASUS, SIM, SIH e IBGE, organizados e sistematizados de forma a evidenciar padrões territoriais e raciais de desigualdade.

2. GEOGRAFIA DA SAÚDE, TERRITÓRIO, DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS), E O CÂNCER DE PRÓSTATA: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS DE UMA ÁREA INTERDISCIPLINAR

No presente capítulo, adentraremos nas ponderações teóricas que estruturam essa pesquisa, para que possamos identificar como as interações da geografia da saúde, do conceito de território e das DSS se interrelacionam com o CaP em homens negros da região Sul brasileira, buscando demonstrar como a geografia da saúde evoluiu ao longo de suas análises, tornando-se cada vez mais um campo interdisciplinar e relacionando com os estudos em torno da saúde coletiva. Além disso, abordaremos como ocorrem as relações de poder e discriminação, através do território e das DSS.

2.1 DA GEOGRAFIA MÉDICA À GEOGRAFIA DA SAÚDE

No presente capítulo, adentraremos nas ponderações teóricas que estruturam o campo de estudo da geografia da saúde, juntamente com o conceito de território e de DSS, para que, a partir dessas noções, possamos estabelecer a estrutura de nosso trabalho. Com o intuito de enriquecer a estruturação do assunto abordado, estabelecendo as ligações necessárias para que possamos entender as diferenciações e mazelas encontradas na implementação de políticas públicas voltadas a pessoas em situação vulnerável, que, em nosso caso, são homens negros acometidos com câncer de próstata.

Para realizarmos isso, é necessário, primeiramente, entender como se dá o desenvolvimento da geografia da saúde ao longo do tempo e como ocorre sua evolução, que tem intuito de trazer uma abordagem interdisciplinar para o campo de análise sobre HNCPRSB, buscando destacar os entrelaces da participação do conceito geográfico de território e DSS e como esses influenciam as condições de acesso e promoção da saúde. Faz-se necessário, ainda, referenciar como a geografia da saúde é uma área do conhecimento que adota métodos específicos acerca de diversas problemáticas que envolvem a saúde, conforme apontado por Ribeiro (2014).

[...] A Geografia da Saúde se renova e se expande com inovadores métodos de pesquisa e tratamento de dados, trazendo novas reflexões [...], ela tem adquirido um papel crucial para o planejamento e organização de serviços de saúde e de ações de promoção da saúde no território, de forma mais eficiente, baseando-se em dados e demandas reais (Ribeiro, 2014, p. 123).

As inovações trazidas pela geografia da saúde permitem compreender, com mais precisão, as dinâmicas territoriais da saúde e os DSS, considerando as desigualdades sociais e

orientando ações que corroborem com as reais necessidades da população, uma vez que a geografia da saúde, por ser uma área do conhecimento ampla, é compreendida por alguns teóricos como uma disciplina interdisciplinar, tendo em vista sua dinamicidade de análises, como explicitado por Fogaça (2024, p. 25) “[...] Apenas refletindo sobre as áreas da geografia, é possível visualizar a interdisciplinaridade existente nos assuntos de geografia da saúde”.

Ao pensarmos em saúde, primeiramente precisamos definir que o termo saúde não apenas remonta à abundância ou à falta dessa por parte do ser humano, mas também é compreendida a partir de uma série de determinantes sociais e territoriais que a influenciam profundamente. Ao alinhar essa temática com DSS e território, identificamos que a geografia, em sua busca pelo fortalecimento das análises no campo da saúde, constituiu a geografia médica como braço do conhecimento geográfico que, ao contrário do que se imagina, é muito antiga. Como apontado por Andrade (2000, p.151). “A primeira obra referente ao tema, publicada em torno do ano 480 a.C., atribui-se a Hipócrates e denomina-se *Ares, Águas e Lugares*”. A mesma autora, ao citar Pessoa (1978 apud Andrade, 2000, p.151), descreve que foi esse o primeiro estudo a ligar as enfermidades dos homens a condicionantes externos, sendo esse um dos grandes feitos da antiguidade.

Sobre a demonstração da grandiosidade da obra de Hipócrates e o estagnamento das pesquisas em geografia médica, é apontado por Pessoa (1960, p. 14 apud Santos, 2010, p. 44) que, [...] até o século XVII, nada de importante apareceu sobre Geografia Médica que não fosse explicitado no livro “*Ares, Águas e Lugares*”, indo ao encontro da afirmação de Andrade (2000):

É importante observar que, no cerne da análise de Hipócrates, em sua obra principal, residia a relação entre o homem e o meio – embora de forma determinista –, análise esta que hoje é tida como geográfica. Portanto, pode-se dizer que a origem da geografia ou do conhecimento geográfico, que se tornou científico em fins do século XIX, encontrava-se em alguns dos seus aspectos na obra de Hipócrates e, deste modo, também, na geografia médica (Andrade, 2000, p. 152).

Essa concepção hipocrática, ainda que marcada por um viés determinista ambiental, já expressava uma preocupação fundamental com a espacialização dos fenômenos de saúde e doença, ao considerar os efeitos do clima, da topografia e das águas sobre o corpo humano, antecipando uma lógica analítica que seria retomada séculos depois pela geografia médica, especialmente a partir do século XIX, como também é explicitado por Junqueira (2009), ao descrever a antiguidade dos estudos que envolvem a saúde e a geografia:

A relação entre a Geografia e a Saúde não é nova remonta ao final do século XIX, quando era baseada no pensamento Hipocrático (“pai” da Medicina) e não havia

conhecimento dos processos de transmissão de doenças. Pensava-se que estas se propagariam através dos fluídos (água, ar, sangue...) e a forma de controlá-las passaria a ser feita a partir da intervenção do homem no espaço, baseada no princípio da capacidade do homem em tornar um ambiente estéril, o que dificultaria a transmissão de doenças. Esse pensamento ficou conhecido como Teoria do higienismo. (Junqueira, 2009, p. 02).

Esse momento histórico é fundamental para compreender os primeiros passos da geografia médica, que via a saúde como resultado direto das condições naturais e urbanas. Entretanto, tal perspectiva não abordava satisfatoriamente as dimensões sociais, econômicas e culturais da produção da saúde e da doença. Sendo formulada como um método científico que visa fazer análises espaciais das doenças, como explanado por Junqueira (2009), as informações eram utilizadas na elaboração de diagnósticos, permitindo que os pacientes pudessem ser persuadidos a procurar tratamento para suas enfermidades e a modificar os hábitos de vida ou ambientais, procurando aquele que melhor se adequasse a seu quadro.

Ainda sobre o surgimento da geografia médica, ressalta-se que, no século XIX, a busca pela compreensão da relação entre as condições ambientais e saúde fez com que esse campo emergisse, em um contexto em que doenças epidêmicas eram frequentes e desafiavam as infraestruturas das cidades e dos sistemas de saúde da época. Como exemplo notável desse tipo de investigação dentro da área geográfica, está o estudo de John Snow, que empregou métodos cartográficos para mapear a distribuição dos casos de cólera em Londres. Este estudo marcou uma revolução no entendimento da relação entre ambiente e saúde, lançando as bases para o uso da análise espacial na saúde (Guimarães, 2015, p. 18).

Autores como Santos (2010) e Junqueira (2009) expõem que a produção de conhecimento na geografia médica ganha notoriedade a partir das grandes navegações, pois com o movimento de exploração e expansão territorial, tornou-se vital reconhecer as doenças que circulavam entre as populações nativas e evitar que essas mazelas se disseminassem. O objetivo era manter tanto os viajantes quanto o setor mercantil.

Porém, nas últimas décadas do século XIX, a geografia médica sofreu um declínio devido a implementação dos estudos da microbiologia, como apontado por Santos (2010):

Nas últimas décadas do século XIX, com os trabalhos de Pasteur, que falava da origem das doenças infecciosas, o argumento de Hipócrates da influência do meio físico sobre o homem e as doenças de que eles eram acometidos foram de certa forma esquecidas. (Santos, 2010, p. 45)

Com os avanços da microbiologia, especialmente os estudos de Pasteur, houve uma reconfiguração do olhar sobre a origem das enfermidades. A ênfase deslocou-se da influência

do meio físico e ambiental, como defendia Hipócrates, para uma explicação biológica e microscópica, centrada nos microrganismos como agentes causadores de doenças.

Esse novo entendimento, embora tenha sido crucial para o desenvolvimento da medicina moderna e das práticas de controle sanitário mais eficazes, deixou em segundo plano as abordagens da geografia médica. No entanto, essa “diminuição” na geografia médica não significou seu apagamento definitivo. Como afirmado por Andrade (2000),

A partir de 1900, com o advento da microbiologia, publicaram-se poucas obras sobre geografia médica como um todo; porém, alguns de seus temas, como a climatologia médica, por exemplo, desenvolveram-se paulatinamente. Este fato relacionava-se sobretudo ao advento da Segunda Guerra Mundial, quando se tornava necessário o conhecimento dos climas e demais aspectos relacionados à geografia médica para a proteção, em diferentes ambientes, dos soldados em guerra. (Andrade, 2000, p. 152)

Este cenário evidencia como a geografia médica, mesmo em momentos de retração teórica, manteve uma função instrumental importante, o que contribuiu para sua sobrevivência e posterior transformação em geografia da saúde, que viria a incorporar uma abordagem mais abrangente, interdisciplinar e comprometida com as questões sociais.

Já no século XX, percebeu-se que explicações exclusivamente biológicas não eram suficientes para analisar a complexidade dos processos de adoecimento, especialmente em contextos sociais marcados por desigualdades, ao mesmo tempo que a geografia médica e epidemiologia aproximam-se, devido ao campo de suas análises.

A geografia empirista, naturalista, cujos procedimentos de análise baseavam-se na observação e na descrição, iria contribuir para as descrições e interpretações epidemiológicas, primordialmente, com o uso da base cartográfica para estudar a distribuição espacial das doenças, enfocando sobretudo os aspectos físicos da natureza (clima, solo, relevo etc.). (Andrade, 2000, p. 153)

Sobre a aproximação entre as duas áreas, Perehouskei e Benaduce (2007) descrevem que:

Nesse período, verificam-se alguns estudos dentro da Geografia Médica com avaliações da importância do clima, relevo, hidrografia, paisagem e também, formas de habitação, aspectos culturais e humanos, como o de Lacaz et. al (1972), porém, eram análises fragmentadas, não apresentavam ainda uma visão integradora entre os conhecimentos médicos e geográficos, contudo, foram estudos representativos, à medida em que estreitaram relações entre a Epidemiologia e a Geografia. (Perehouskei; Benaduce, 2007, p. 36)

Essa evolução epistemológica se intensifica a partir da segunda metade do século XX, especialmente com o fortalecimento do campo da saúde coletiva e com a incorporação de paradigmas críticos na análise do processo saúde-doença (Nunes, 1998; Vargas, 2022). A geografia da saúde, campo ampliado em relação à geografia médica, emerge desse cenário como

resposta à necessidade de superar leituras deterministas, adotando uma abordagem que compreende a saúde como resultado da interação entre múltiplos fatores, sejam sociais, econômicos, ambientais, culturais ou políticos. (Guimarães, 2015).

Diferente da tradicional geografia médica, centrada sobretudo na distribuição espacial das doenças e em abordagens biomédicas, a geografia da saúde amplia seu escopo analítico ao incorporar determinantes sociais e territoriais da saúde. Diante da evolução no campo da geografia médica, surge a necessidade de uma nova nomenclatura, passando a ser chamada de geografia da saúde.

A mudança da denominação de Geografia Médica para Geografia da Saúde só ocorreu bem mais tarde, em 1976, em Moscou, através de um pedido à Comissão de Geografia Médica da UGI, devido à ampliação dos temas, questões e abordagens que esta foi desenvolvendo ao longo do tempo. A mudança do nome foi solicitada e justificada por ser a Geografia da Saúde considerada mais abrangente por relacionar a qualidade de vida, a educação, à moradia, o saneamento básico, infraestrutura em saúde e outros com a saúde das populações. (Junqueira, 2009, p.5).

Portanto, a geografia da saúde assume o território não apenas como cenário, mas como categoria analítica fundamental, já que ele é entendido como espaço socialmente produzido, sendo reconhecido como o “território usado”, onde se expressam desigualdades e se configuram processos históricos que influenciam o adoecer, o viver e o morrer das populações (Faria; Bortolozzi, 2009).

Essa virada teórica e metodológica promove também a ampliação do diálogo, não só com a epidemiologia, mas também com outras áreas do conhecimento, como a sociologia da saúde, a antropologia e o planejamento urbano, consolidando uma perspectiva interdisciplinar essencial para compreender as múltiplas formas de produção da saúde e da doença nos diferentes territórios (Guimarães, 2015; Faria; Bortolozzi, 2009).

Com isso, ao resgatar os aportes iniciais da geografia médica e os esforços de articulação realizados, reconhece-se que a geografia da saúde não surge de forma abrupta, mas como resultado de um percurso histórico que deslocou gradualmente o foco do ambiente natural para os processos sociais, estabelecendo uma base sólida para análises mais abrangentes e comprometidas com a transformação das condições de vida das populações (Faria; Bortolozzi, 2016; Czeresnia e Ribeiro, 2000).

Assim, a geografia da saúde, em sua evolução, afirma-se como uma área do conhecimento de natureza interdisciplinar, buscando a colaboração e complementação de diversas áreas, principalmente de tecnologia.

Nesse sentido, com a interferência da corrente neopositivista, a Geografia da Saúde procurou identificar regularidades nos modos de propagação de doenças no tempo e no espaço, ganhando enorme força na década de 1980, com os avanços da Informática e as novas ferramentas de software e de estatística, e para o mapeamento digital, Sistema de Informação Geográfica. (Peiter, 2005, apud Junqueira, 2009, p. 5).

Como apontado pela autora, na década de 80, a geografia da saúde ampliou consideravelmente a capacidade de análise e visualização dos fenômenos de saúde no território já que, ao considerar o uso da tecnologia para a elaboração de mapas, as análises puderam gerar uma melhor interpretação dos dados referentes a saúde. A ampliação do seu escopo de análise trouxe, também, uma popularização dos estudos de geografia da saúde, sobretudo daqueles que utilizam dos Sistema de Informação Geográfica (SIG).

Assim, popularizou-se o uso de geoprocessamento e de Sistemas de Informação Geográfica – SIG, para se entender a distribuição espacial dos riscos à saúde e se fazer hipóteses etiológicas, mas, também para enfrentá-los de forma mais eficiente no território, pois permitem identificar as desigualdades e as iniquidades espaciais em saúde. (Ribeiro, 2014, p. 1123).

Dada a afirmação da autora, percebemos que essa movimentação não apenas fortaleceu a capacidade técnica da geografia da saúde, mas também colaborou para uma mudança de paradigma na forma de pensar os fenômenos saúde-doença, incorporando uma leitura mais crítica e “territorializada” acerca das questões socioespaciais. Isso permitiu uma maior visibilidade às condições estruturais que determinam o acesso, a permanência e a qualidade da atenção à saúde em diferentes territórios. Assim, o território deixa de ser um simples cenário e passa a ser compreendido como elemento constitutivo dos processos sociais que produzem saúde e adoecimento. Como explicitado por Maciel (2017), o território passou a ser compreendido como uma expressão das relações políticas, sociais e culturais, o que contribuiu para o surgimento de estudos na geografia da saúde voltados à análise de como essas dinâmicas de poder influenciam a apropriação do espaço pela sociedade e como o planejamento urbano pode atuar na prevenção de doenças.

É através desse entendimento sobre geografia da saúde que percebemos como esse campo traz consigo o arcabouço necessário para abordar os fatores que determinam as maiores taxa de mortalidade em homens negros, pois o território se mostra como conceito primordial para a avaliação do impacto dos serviços de saúde prestados a uma determinada população, levando em conta o espaço em que habitam. (Mendonça; Araújo; Fogaça, 2014).

Diante disso, quando pensamos no recorte territorial desse estudo, é fundamental apontar que o Sul é a região que possui, entre todas as regiões do Brasil, o maior percentual de pessoas brancas em sua população, mais de 70 % da população da região Sul do Brasil é branca.

Com isso, perpassamos o seguinte questionamento: como uma região na qual a maioria da população é branca e que possui o maior número de internações por CaP em homens brancos, como apontado na Tabela 2, demonstra uma maior taxa de mortalidade em homens negros e não em homens brancos, conforme aponta o gráfico 1?

Para que consigamos buscar elementos e entendimentos acerca dessa pergunta é que abordaremos a seguir o conceito de território, visando compreender o conceito e como ele se atravessa dentro das questões voltadas à saúde e, conseqüentemente, ao nosso estudo.

2.2 TERRITÓRIO E TERRITÓRIO DA SAÚDE

Com o intuito de responder ao questionamento feito anteriormente é que recorreremos ao conceito de território, por ser essencial na geografia da saúde, servindo tanto como causa quanto como efeito dos problemas de saúde. Além da influência territorial, aspectos como condições socioeconômicas, etnia e gênero exercem um impacto direto sobre o acesso aos serviços de saúde e sobre a qualidade dos cuidados recebidos (Santana, 2014). Essa afirmação nos leva à interação do sujeito pesquisado com o objeto de análise dessa área do conhecimento, pois, como a mesma autora afirma, a geografia da saúde e os cuidados de saúde estão condicionados à oferta e à disponibilidade de serviços de saúde, bem como à avaliação das inequidades na saúde.

Com isso, reafirma-se que, nesse trabalho, o que se entende por saúde está ligado à condição de bem-estar individual e coletivo, analisando-se também pelas questões sociais e não somente pelo teor biológico, como afirmado por Santana (2014), que aponta os conceitos fundamentais em geografia da saúde.

A saúde é hoje entendida não como um conceito objetivo ou como um estado de expressão exclusivamente biológico, mas, antes, como um modelo complexo em que a qualidade de vida individual e as suas componentes psíquicas e sociais, reflexos dos “estilos de vida”, são cada vez mais relevantes. Mais do que uma definição ligada exclusivamente à medicina, a saúde deve ser entendida numa dimensão sociocultural (Santana, 2014, p. 22).

Compreende-se, assim, que a saúde deve ser analisada também como uma construção social, atravessada por DSS, que influenciam o acesso e a qualidade dos serviços prestados à população. Por se relacionar a conceitos fundamentais para a geografia da saúde, essa perspectiva será adotada em nosso trabalho. Para a população masculina negra da região Sul do país, a saúde não pode ser tratada apenas em termos clínicos ou biomédicos, sendo necessário incorporar fatores como o racismo, a precariedade dos serviços de saúde, a invisibilidade desses homens nas políticas públicas e, a partir daí, realizar uma análise que trabalhe não só com os

números acerca das taxas de mortalidade e internações dos homens na região Sul, mas, também, com o reconhecimento de fatores como condicionantes de saúde, políticas públicas e território.

O conceito de território é fundamentado como um dos pilares dos conceitos geográficos e das ciências sociais. Ao longo da história, ele passou por um processo de evolução significativa, sendo inicialmente associado a questões de poder, soberania e domínio político. Na tradição clássica, o território era visto principalmente como uma porção de espaço delimitada e controlada por um Estado ou autoridade política, refletindo uma visão cartesiana e estatística do espaço. Essa visão reducionista considerava o território apenas como um substrato físico, uma extensão de terra delimitada por fronteiras.

Sobre essa visão clássica, Haesbaert (2007, p. 42) afirma que, na tradição mais antiga da geografia, o território era visto como uma entidade estática, delimitada por fronteiras claras e controlada por um poder central, geralmente um Estado. Nesse modelo, o território era algo fixo, imutável e essencialmente ligado ao domínio e controle político, o que limitava sua análise a aspectos puramente espaciais e não considerava as dinâmicas sociais e culturais que ocorriam nesse espaço.

No entanto, essa concepção limitada foi amplamente expandida nas últimas décadas, à medida que os geógrafos e cientistas sociais começaram a incorporar aspectos sociais, culturais e econômicos na análise do território. Um dos principais pensadores que contribuiu para essa mudança paradigmática, foi Claude Raffestin, (1993, p. 125), que argumenta: “o território é o resultado de uma ação conduzida por um ator-sujeito sobre um espaço”, destacando o território como uma construção social e introduzindo a ideia de que o território é moldado pela interação entre atores sociais, tornando-o uma entidade dinâmica e mutável.

Portanto, pensando nesse conceito e como ele adentra nossa pesquisa relacionando-se com a geografia da saúde, deparamo-nos com mais um questionamento, que é pensar como o território é importante para analisar fatores que envolvam o CaP em homens negros da região Sul do Brasil.

Já sabemos que o território se expressa como um dos fatores relevantes para a evolução no campo da geografia da saúde, uma vez que é por meio dele que se pode delimitar a relação causa-efeito de doenças dentro dos olhares da geografia da saúde (Barcellos et al, 2002), possibilitando a compreensão dos espaços e suas inter-relações regionais, além de evidenciar como a população se vincula ao território e, não sendo estático, mas sim construído e reconstruído de forma contínua, entendemos que o território seria, portanto, a materialização dessas relações em sua forma mais concreta e cotidiana.

É justamente nessas dinâmicas que se estabelecem condições tanto para a propagação quanto para o controle de doenças, configurando, assim, os motivos que levam à necessidade de utilizar conceito de território, uma vez que é nesse que acontece também, a interação entre as dinâmicas de implementação e distribuição das políticas públicas voltadas para a saúde e, conseqüentemente, como os fatores relativos à condição social, raça, escolaridade podem influenciar de forma contundente nas taxas elevadas de mortalidade.

Uma vez que a interação de território com a saúde coletiva perpassa como já mencionado anteriormente refletirá na efetivação ou não das políticas públicas, como demonstrado por Faria e Bortolozzi (2009, p. 36 a 37).

A abordagem do território nessa perspectiva permite estabelecer as relações entre os territórios em diferentes escalas. Assim, é possível transitar entre as escalas territoriais locais (acesso aos serviços, qualidade de vida, moradia, etc.) e sua relação com os mecanismos territoriais globais (políticas públicas, infraestrutura, economia, etc.) e, a partir daí, estabelecer a relação com os processos sociais como saúde, educação, renda, etc. (Faria; Bortolozzi, 2009, p. 36-37).

Por isso, o conceito de território em sua diversidade no campo de análises, expressa-se de maneira ampla, permitindo que sejam feitas diversas interações, pois, como afirma Haesbaert (2007), o conceito de território ganha novas formas de significação à medida que as escalas locais, regionais e globais interagem e se sobrepõem. E, ao tencionar esse conceito a estudos sobre saúde coletiva, temos o território como um elemento estruturante das condições de vida e de saúde, destacando a importância de se considerar as desigualdades que nele existem.

Ainda sobre a importância da análise territorial em saúde, Guimarães (2015, p. 11) afirma que, compreendendo o território como estratégia de ação, a geografia da saúde terá condições para identificar os lugares e as situações de risco, permitindo que haja, a partir disso, ações de prevenção e promoção da saúde, tendo em vista que é esse um dos principais compromissos buscados no país, por meio de políticas nacionais de saúde e, conseqüentemente, redução das desigualdades sociais.

Nessa perspectiva, o território é visto como um elemento estruturante das condições de vida e de saúde, destacando a importância de se considerar as desigualdades territoriais no planejamento e na implementação de políticas de saúde coletiva. Portanto, o território é um fator decisivo para a promoção de políticas públicas, servindo para agregar ou segregar recursos, enquadrando a população em graus de importância de acordo com o território que habita ou transita. Conforme afirmado por Santos (2011),

Cada homem vale pelo lugar onde está: o seu valor como produtor, consumidor, cidadão, depende de sua localização no território. Seu valor vai mudando,

incessantemente, para melhor ou para pior, em função das diferenças de acessibilidade (tempo, frequência, preço), independentes de sua própria condição. (Santos, 2011, p. 161).

Quando analisada sob a égide da saúde coletiva, a citação acima alude sobre como o território habitado influencia na capacidade e qualidade do acesso a serviços de saúde, bem como na alimentação, nas oportunidades de trabalho, no transporte e lazer, fatores esses que estão diretamente ligados ao impacto direto da saúde e bem-estar de uma população.

Assim, é possível identificar que é a partir do território que acontece a funcionalidade de um determinado espaço, principalmente sendo expostas as relações de poder exercidas nele e, conseqüentemente, como são delegadas ações e funções a serem realizadas para com a população.

Demonstrar a relação entre território e poder é central, pois, como afirma Raffestin (1993), o território é o resultado de uma ação conduzida por um ator-sujeito sobre um espaço, o que significa que o território só existe a partir da ação intencional de um ator que se apropria, organiza e controla o espaço geográfico. Esse controle do espaço implica em relações de poder, uma vez que a organização do território reflete quem tem o direito de decidir sobre seu uso e apropriação, além de quem se beneficia de seus recursos. Nessa linha de pensamento, Colussi e Pereira (2016) complementam afirmando que o território não deve ser visto apenas como uma delimitação geográfica, mas como uma manifestação de controle e poder sobre um espaço, ampliando a perspectiva de Raffestin sobre a função política do território.

Além disso, a relação entre território e poder se expressa de diversas maneiras, principalmente através da posse e do controle de determinadas áreas. Conforme argumentam Babo e Coronato (2024), a posse de territórios estratégicos pode não apenas fortalecer a posição de um Estado, mas também enfraquecer seus adversários.

Essa ideia é fundamental para entender as dinâmicas de poder que moldam os contextos sociopolíticos ao longo da história, normalizando as relações intrínsecas que exercem o poder sobre o território. Tais relações são profundas e multifacetadas, moldando as dinâmicas de poder em diversos contextos, sejam eles históricos ou contemporâneos. Sobre isso, Guedes (2016) descreve que, as lutas pelo controle territorial ultrapassam a mera disputa por espaço físico e recursos, configurando-se, em essência, como lutas pelo poder. Isso porque o território representa não apenas uma área material, mas também um espaço de poder simbólico, político e social, onde se expressam conflitos por legitimidade, reconhecimento e controle.

Controlar um território significa ter acesso a seus recursos, sua população e suas riquezas naturais. A relação entre poder territorial e recursos naturais é um tema central para

entender as dinâmicas de controle sobre o espaço, especialmente em contextos geopolíticos, nos quais a posse de territórios ricos em recursos naturais confere não apenas soberania política, mas também vantagens estratégicas nas relações de poder entre nações. A geopolítica contemporânea é marcada pela crescente demanda por recursos naturais, o que transforma regiões ricas em recursos em pontos focais de interesse econômico e político, influenciando as relações internacionais e a regionalização geopolítica (Rodrigues, 2015; Dorneles; Ventura; Almeida, 2021; Fuccille; Bragatti; Leite, 2017).

Nesse sentido, o controle sobre territórios ricos em recursos naturais não se restringe apenas ao domínio físico do espaço, mas também à sua capacidade de moldar as interações econômicas entre países. Conforme argumenta Policarpo (2024), esses territórios se tornam epicentros geoeconômicos, influenciando os fluxos comerciais globais e a interdependência econômica entre nações.

Assim, a disputa territorial por áreas ricas em recursos reflete não apenas a busca por poder político, mas também o desejo de controlar as dinâmicas de comércio e desenvolvimento econômico em escala global, demonstrando a importância estratégica que os territórios exercem na interdependência entre as negociações entre Estados que possuem grandes fontes de recursos naturais ou localizações espaciais privilegiadas. Seguindo essa mesma ideia, Arroyo (2001) aponta que o poder sobre um território pode definir a política externa de um país, influenciando diretamente suas alianças comerciais e estratégias econômicas. Ainda sobre a perspectiva de território, Saquet (2009) insere o território em uma dimensão mais social, destacando que ele não se limita apenas às fronteiras políticas, mas envolve as relações sociais e os processos de produção que ocorrem dentro dele, os quais continuamente transformados pela ação de diferentes atores que nele exercem o poder.

Partindo das afirmações de diversos autores que usamos para demonstrar as relações de poder encontradas na manutenção de determinado território, iremos demonstrar como as inequidades influencia nas disparidades do sistema de saúde, podendo agravar ainda mais essas discrepâncias quando relacionadas à saúde as altas taxas de CaP em homens negros.

Assim, o território delimitado na pesquisa, ou seja, a região Sul do Brasil, pode através do poder exercido sobre as populações vulneráveis reafirmar práticas de exclusão ou até mesmo de não efetivação de conceitos estruturais que, de alguma forma, podem diminuir a equidade dos serviços oferecidos a população.

Como afirmado por Monken (2024), o território é a base material e simbólica para a vivência humana, já que é o palco onde a vida e os corpos são produzidos. Nesse mesmo território, o poder estatal demarca as áreas onde a saúde coletiva vai interferir na cobertura da

saúde de sua população. Indo de encontro à importância do território, Lima (2016) afirma que, quando esse conceito geográfico é condicionado a questões de saúde, precisamos reconhecer que:

[...] A vida é tecida por relações, e daí a territorialidade da saúde pode ser definida como um conjunto de relações que se originam num sistema tridimensional sociedade – espaço – tempo, que determina as condições de saúde dos sujeitos e da população. Por isso, precisamos discutir mais o território e as territorialidades para entender melhor a doença, a saúde e a qualidade de vida, a partir das relações entre os sujeitos em seu cotidiano, no lugar em que vivem, sempre considerando suas necessidades e experiências. (Lima, 2016, p.42-43)

Assim, segundo o autor, discutir território e territorialidades implica em reconhecer que as condições de saúde são moldadas pelo ambiente físico e pelas relações sociais que se desenrolam nesse espaço, incluindo fatores como habitação, saneamento, além das dinâmicas sociais como apoio comunitário, discriminação, e desigualdade econômica. Além disso, reconhece-se que a territorialização é também um dos princípios organizacionais de assistência mais importante para o SUS, pois é a partir dela que ocorre a estruturação das necessidades populacionais, demarcando o que se julga essencial para a oferta acerca dos serviços de atenção à saúde (Monken, 2024). A territorialidade da saúde, portanto, é um conceito que enfatiza a interdisciplinaridade entre a geografia da saúde, as DSS e as condições de vida impostas aos usuários dos sistemas públicos de saúde.

Portanto, por meio desses conceitos, juntamente com a geografia da saúde, percebemos que enfatizar a problemática acerca das altas taxas sobre o CaP implica, também, reconhecer como as condições territoriais e exercício do poder são atores ativos na construção das desigualdades na saúde coletiva em nosso país.

Assim, é a partir dessa leitura acerca do território que se torna possível avançar para o próximo tópico desse capítulo, que trata da compreensão dos DSS e de como a geografia da saúde se interrelaciona com os DSS dentro da perspectiva que adotamos em nosso estudo.

2.3 A INTERAÇÃO ENTRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (DSS) E GEOGRAFIA DA SAÚDE

Ao pensarmos nosso estudo acerca do CaP em homens negros, estamos quase que diretamente posicionados sobre os questionamentos acerca dos DSS e como se interrelacionam com a geografia da saúde dentro da perspectiva que adotamos em nosso estudo, pois identificamos que, ao tratarmos das questões acerca do CaP em homens negros, estamos fazendo diretamente um atravessamento sobre os DSS, que em nosso trabalho, está relacionado

com a questão de nossos sujeitos serem negros. Portanto, estabelece-se, assim, que o principal determinante social dessa pesquisa é a raça/etnia.

Como afirmado por Galvão et al. (2021), os DSS ampliam a visão do processo saúde-doença ao intensificar as articulações com outros setores e saberes. Dessa forma, a compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde por meio de um prisma da Geografia da Saúde permite uma abordagem mais holística e eficiente na produção de estudos e pesquisas sobre políticas públicas de saúde, reforçando a análise integrada de fatores sociais, culturais e espaciais, algo essencial para o desenvolvimento de estudos críticos sobre sua implementação e aplicabilidade na sociedade” (DUMMER, 2008; CEPI-DSS/Fiocruz, 2025; PENAFORTE, 2024).

Assim, estamos demonstrando que a geografia da saúde e os DSS se relacionam sobretudo na sua forma de identificar e trabalhar com a saúde. Ao tratar da denominação sobre o campo de atuação dos DSS, Buss e Filho (2007, p. 78), afirmam que:

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde (Buss; Filho, 2007, p. 78).

Alves et al. (2019) apontam que os estudos sobre os DSS têm como objetivo compreender as iniquidades em saúde, destacando as desigualdades entre grupos populacionais distintos e como essas disparidades podem influenciar o processo de adoecimento, especialmente considerando o contexto social em que os indivíduos estão inseridos.

Diante disso, a integração dos conhecimentos da geografia da saúde e os DSS demonstra que a saúde de uma população não é determinada apenas por fatores biológicos ou genéticos, como apontado por Buss e Filho (2007, p.79). Ao demonstrar que embates entre medicina e saúde coletiva acerca dos condicionantes biológicos e de saúde-doença marcaram o avanço dos DSS, aponta-se a importância desse cruzamento de análises para a busca de melhores resultados. Na mesma perspectiva, a geografia da saúde faz conexões entre os processos de saúde e doença de forma ampla e multifatorial, abrangendo aspectos sociais, ambientais, políticos, culturais, comportamentais, históricos, humanos e biológicos.

Destaca-se, ainda, que os DSS e a geografia da saúde se complementam e, ao mesmo passo, atravessam-se. Esse entrelaçamento, é possível supor, é causado pelas complexas relações com a saúde e as condições sociais, econômicas e ambientais. A respeito desse atravessamento, é possível supor, que pode ser causado pelas complexas relações com a saúde e as condições sociais, econômicas e ambientais (CARDOSO, 2020), evidenciando que regiões com

semelhanças socioeconômicas podem manifestar diferenças substanciais em saúde devido a variações no ambiente físico e social.

Com isso, entendemos que esse atravessamento se faz necessário, tendo em vista que os DSS vão, em seu escopo de análise, trabalhar especificamente com o condicionante raça. Como apontado por Buss e Filho (2007), ao tratar da definição dos DSS ao citar a CNDSS¹ (Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais em Saúde), o órgão entende que os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. E nossa pesquisa visa identificar os possíveis motivadores sociais e territoriais por trás das altas taxas de mortalidade e as taxas baixas de internação por CaP em homens negros na região Sul do Brasil, quando comparados aos homens brancos da mesma região.

Perante as interações dispostas entre DSS, percebemos que um dos modelos que trata dessa área torna mais didático o entendimento sobre a relação saúde-doença. O modelo constituído por Dahlgren e Whitehead² (1991) tem como intuito representar tal conceito referente a diferentes fatores que, direta ou indiretamente, influenciam a saúde e o bem-estar das pessoas, como demonstrado na Figura 1.

¹ A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) foi criada por decreto presidencial, em março de 2006, e é composta por dezesseis especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país. Sua criação e composição expressam o reconhecimento de que a saúde é um bem público, a ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/10006001341.pdf>. Acesso em: abril de 2025.

² Göran Dahlgren e Margaret Whitehead são pesquisadores renomados na área da saúde pública, especialmente conhecidos por seu trabalho sobre os determinantes sociais da saúde e as desigualdades em saúde. Tendo como uma de suas obras mais conhecidas “Políticas e Estratégias para Promover a Equidade Social em Saúde” publicado no ano de 1991, no qual eles apresentam o “Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde” (frequentemente chamado de “camadas da saúde de Dahlgren e Whitehead”), que descreve os diferentes fatores que afetam a saúde, desde condições individuais até políticas públicas.

Figura 1 – Determinantes sociais da saúde. Adaptação da obra de Dahlgren & Whitehead, 1991



Fonte: Santana, P. (2014) - Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-Estar, 1ª edição, Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra (p.78)

Diante do modelo apresentado na Figura 1, podemos perceber de maneira mais clara por qual motivo as discussões sobre o CaP em homens negros na região Sul do Brasil, ancoradas na geografia da saúde e sua relação com os DSS, requerem ligações entre o território, a saúde coletiva, bem como questões de raça e a qualidade ou disparidade ao acesso aos serviços de saúde pública. Por exemplo, a camada externa do diagrama, que aborda as condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais, está intimamente ligada às análises da geografia da saúde, pois contribui para identificar áreas de maior vulnerabilidade, para que haja reflexões e de possíveis alterações nas aplicações de políticas públicas, buscando a equidade.

Essas implicações se materializam diante de uma realidade acerca também do tratamento de doenças e a perspectiva de condições às quais os pacientes são expostos, pois, quando comparamos com a distribuição territorial dos recursos para o tratamento podemos verificar que sem uma análise acerca dessas áreas as quais estamos trazendo, nosso estudo não daria conta de extrair os determinantes por trás dos números, como demonstrado por Abreu et al., (2019) quando fala da distribuição da infraestrutura (ex.: radioterapia) concentra-se em regiões mais urbanizadas, deixando o Sul com apenas cerca de 19% do total, o que reforça barreiras geográficas no acesso a tratamento. Reforçando a concentração desigual de recursos e ações, o que piora as vulnerabilidades territoriais. Compreendendo que os DSS, carecem de análises a respeito da produção social do espaço e do território e as suas influências na saúde,

uma vez que tanto indivíduos e grupos sociais transformam os ambientes, impactando as condições de saúde-doença.

Com isso ressaltamos que, através de um atravessamento entre DSS e geografia da saúde e território possibilita decifrar as múltiplas camadas de vulnerabilidade que recaem sobre as camadas marginalizadas da população, sobretudo em homens negros com câncer de próstata no sul do país. Considerando que reconhecer o território como categoria analítica e agir sobre as determinantes sociais especialmente o racismo estrutural constitui-se como um determinante para promover equidade, diagnóstico precoce e melhoria dos desfechos dessa doença.

Portanto, ao passo que discutimos os DSS a luz da sua interação com o nosso campo de pesquisa, identificamos que se faz necessário o entendimento acerca dessa doença que assola parte dos homens em todo o mundo. Perante isso, na próxima sessão, iremos adentar nas características e aspectos gerais do CaP.

2.4 ASPECTOS GERAIS DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Para iniciarmos essa seção, pensamos que, por mais simples que seja, torna-se essencial para nossa pesquisa realizar os seguintes questionamentos: o que é neoplasia? Ao que se refere esse termo? E o que é a próstata?

A neoplasia, também conhecida como câncer, é uma doença que, de modo geral, altera o organismo afetado, reproduzindo-se e afetando o corpo em que se instala. Segundo Willis (1960), neoplasma ou neoplasia é uma massa anormal de tecido, cujo crescimento excede e é descoordenado com o dos tecidos normais e persiste de maneira excessiva mesmo após cessado o estímulo que provocou a alteração.

Os números, crescentes no mundo todo, de diversos tipos de neoplasia, assustam e causam impactos na sociedade em sua totalidade.

O crescente número de casos e a sua diversidade, faz com que muitas pessoas acreditem que essa anomalia é algo novo, porém estudos como o de Silva (2020) comprovam o contrário, trazendo à tona uma história longa e complexa, que remonta a milhares de anos. O câncer é uma doença documentada desde 2500 a.C., com evidências de sua existência encontradas em registros médicos, como apontado por Silva (2020):

O câncer é uma doença conhecida dos médicos desde a antiguidade. Atualmente, considerando aquilo que a arqueologia tem nos oferecido, o que parece ser a primeira descrição data de aproximadamente 2500 a.C. Trata-se do “*Papiro de Edwin Smith*”. O papiro digitalizado encontra-se disponível na página eletrônica dos Institutos Nacionais de Saúde (NIH) onde encontramos a informação de que foi escrito em

hierático egípcio por volta do século XVII a.C. podendo, inclusive, ter sido baseado em um conhecimento transmitido por gerações. (Silva, 2020, p. 282)

Com essa descoberta, podemos identificar a longevidade das neoplasias na humanidade. No entanto, o entendimento e o tratamento do câncer mudaram drasticamente ao longo dos séculos. Durante grande parte da história registrada, o câncer era amplamente incompreendido e frequentemente considerado uma sentença de morte.

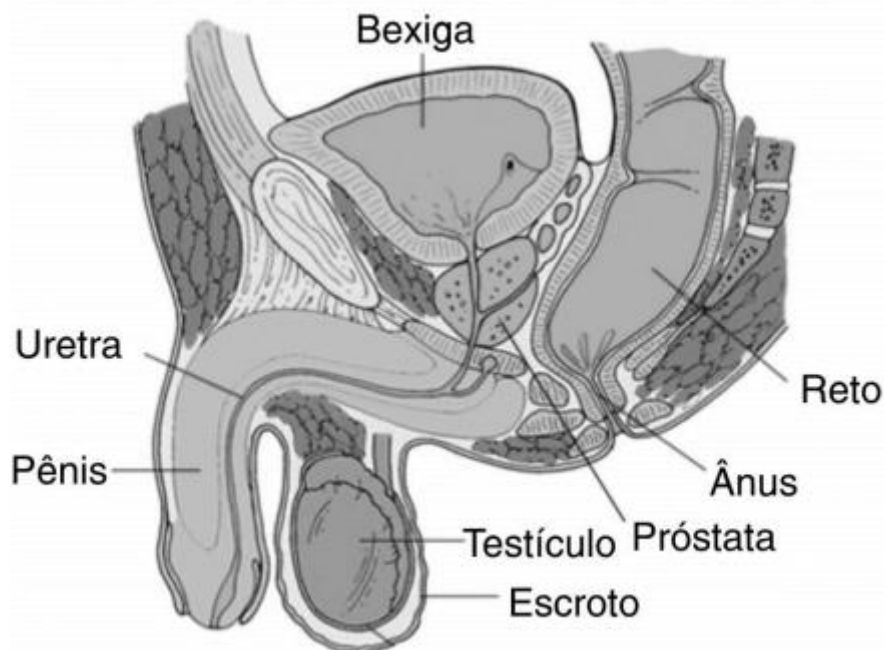
Hipócrates, considerado o “pai da medicina ocidental”, fez algumas das primeiras descrições conhecidas do câncer em seus escritos. Ele cunhou o termo “*carcinos*”, que significa “caranguejo” em grego, para descrever tumores cancerígenos devido à semelhança deles com as patas de um caranguejo. É importante ressaltar que as informações sobre o câncer na Antiguidade são limitadas e baseadas em relatos históricos, uma vez que os registros médicos da época são escassos e as práticas médicas variavam amplamente entre diferentes regiões e culturas.

Na Idade Média, houve avanços significativos sobre o desenvolvimento das doenças (Maciel, 2017). Contudo, desde a Antiguidade, aproximadamente 480 a.C., o filósofo grego Hipócrates já havia ressaltado, na obra “*Ares, Águas e Lugares*”, a importância do meio ambiente saudável e preservado como requisito fundamental à qualidade de vida e saúde. Essa relação demonstra a importância de território, lugar e espaço habitado para a análise sobre determinadas doenças que atingem os corpos humanos.

No entanto, foi apenas no século XIX que os estudos científicos modernos sobre o câncer começaram a se desenvolver. O advento da microscopia permitiu aos cientistas observar as células cancerosas e entender melhor sua natureza. Um marco importante foi da “teoria da semente e do solo”, proposta por Rudolf Virchow, em 1855, que postulava que o câncer surgia do crescimento desordenado de células normais.

Seguindo para o questionamento sobre o que é a próstata, Sarris et al. (2018) apontam, ao citar Hall (2011) e Silverthorn (2010), que a próstata é uma glândula exclusiva do organismo masculino, com função secretora responsável por produzir um líquido de pH básico. Esse fluido é importante no processo de alcalinização vaginal, além de conferir ao sêmen sua coloração esbranquiçada e odor típico. Está localizada na região posterior da glândula, conforme ilustrado na Figura 2 e, como apontado por Sampaio (1999, apud Oliveira, 2014), na região posterior da glândula localizam-se as vesículas seminais, que formam a maioria do fluido de sêmen e se ligam à próstata pelo ducto ejaculatório.

Figura 2 – Localização da Próstata



Fonte: OLIVEIRA, P. C de. Ancestralidade genética e genes de susceptibilidade em portadores de câncer de próstata do Estado da Bahia, 2014. p.14.

Como demonstrado pela Figura 2, devido à sua localização, faz-se necessário o toque via retal para que seja feito o exame da próstata. De uma maneira geral, as dimensões da próstata são de 3 cm de comprimento, 4 cm de largura e 2 cm de profundidade anteroposterior, sendo classicamente mencionada como sendo do tamanho de uma “noz”. O peso médio da próstata em um homem de 20 anos é de 20g e há um crescimento de 0,4g/ano a partir dos 30 anos (Berman et al, 2012, apud Sarris et al, 2018, p. 138).

Já sobre o CaP, que representa atualmente um dos maiores desafios da saúde coletiva voltado à saúde do homem, a prevalência da doença cresce de forma significativa com o aumento da expectativa de vida da população masculina. É mais incidente em países desenvolvidos, mas vem sendo detectado cada vez mais em países de média e baixa renda (em desenvolvimento), como o Brasil. A distribuição geográfica da doença reflete não apenas fatores biológicos, mas, também, o acesso aos serviços de saúde e aos métodos de rastreamento (INCA, 2023).

A estimativa mais recente do INCA aponta que, para o triênio 2023–2025, haverá 71.730 casos novos ao ano, correspondendo a 29,2% de todos os cânceres masculinos, excluindo os de pele não melanoma (INCA, 2024). No cenário internacional, segundo o Sung et al. (2021), o câncer de próstata é o segundo mais comum entre homens, atrás apenas do câncer de pulmão.

Contudo, o CaP difere em letalidade: muitos casos têm evolução indolente e apresentam boa resposta ao tratamento, quando detectados precocemente.

No que se refere sobre o estadiamento clínico do CaP, essencial para a definição da conduta terapêutica, utiliza-se principalmente o sistema TNM (Tumor, Nódulo, Metástase), associado aos níveis de PSA e ao escore de Gleason³, que avalia a diferenciação histológica da neoplasia. O escore de Gleason, variando de 6 a 10, é construído pela soma dos dois padrões histológicos mais comuns no tumor. Tumores com escore ≥ 7 indicam maior agressividade e pior prognóstico (Epstein et al, 2016).

É importante ressaltar, ainda, que existem diversas formas de tratamento, que devem ser definidas levando em consideração o estadiamento, idade, comorbidades, expectativa de vida e preferências do paciente. As modalidades incluem:

- a. **Vigilância ativa:** indicada em casos de baixo risco, em pacientes mais idosos ou com comorbidades importantes. Consiste em monitoramento com PSA, toque retal e biópsias periódicas (Souza et al., 2020);
- b. **Prostatectomia radical:** cirurgia de remoção total da próstata e vesículas seminais. Indicada em tumores localizados e pacientes com boa expectativa de vida. Pode causar efeitos adversos como incontinência urinária e disfunção erétil (Harrison et al., 2022);
- c. **Radioterapia externa ou braquiterapia:** alternativa à cirurgia em casos localizados ou localmente avançados. Pode ter efeitos semelhantes aos da cirurgia, com menor taxa de complicações cirúrgicas;
- d. **Terapia hormonal (bloqueio androgênico):** indicada em tumores localmente avançados ou metastáticos. Consiste em reduzir a produção de testosterona, que alimenta o crescimento tumoral. Pode ser realizada com análogos de LHRH ou antiandrogênicos;
- e. **Quimioterapia e terapias-alvo:** reservadas para estágios avançados ou castração-resistentes. Novos fármacos, como inibidores de PARP e imunoterapia, vêm sendo estudados, especialmente em pacientes com mutações específicas (Loeb et al., 2012).

³Teoricamente, as escalas variam de 2 a 10, mas não são consideradas pontuações abaixo de 6. Através dessa escala, podemos classificar os cânceres de próstata, em 3 grupos: (i) Gleason 6: tumores de baixo grau; (ii) Gleason 7: tumores de grau intermediário; (iii) Gleason de 8 a 10: tumores de alto grau. Disponível em: <https://www.takanourologia.com.br/blog/escala-de-gleason-entenda-seu-significado-no-diagnostico-do-cancer-de-prostata/>. Acesso em: maio 2025.

Além disso, é fundamental que o tratamento considere os aspectos psicossociais da doença, incluindo o impacto emocional do diagnóstico, o medo da impotência e da incontinência, bem como as barreiras no acesso ao tratamento, muitas vezes negligenciadas na prática clínica (Nammur, 2019; Gomes et al., 2021; De Sousa et al., 2015).

Assim, quando associamos, neste estudo, algumas das características do CaP, temos como intuito relacioná-las com o nosso sujeito de estudos, já que homens negros, especialmente os afrodescendentes, sobre essa afirmação é necessário que possamos entender, que embora a maior parte dos homens negros no Brasil sejam afrodescendentes, nem todos os homens negros necessariamente se identificam ou são reconhecidos como afrodescendentes, dado o contexto étnico-racial diverso e complexo. A expressão 'homens negros, especialmente os afrodescendentes' busca enfatizar o grupo que possui ancestralidade direta africana, que enfrenta desigualdades sociais específicas relacionadas a essa origem. (Hita, 2017). Esses homens negros e os afrodescendentes, não apenas apresentam maior risco de desenvolver câncer de próstata, como também têm maior probabilidade de serem diagnosticados em estágios avançados da doença e de sofrerem com piores desfechos clínicos (Chowdhury-Paulino et al., 2022; Dess et al., 2019).

Diante disso, entendemos que essa doença não pode ser explicada apenas por fatores genéticos. Não adentraremos nessa seara no presente estudo; concentraremos nosso foco nos determinantes sociais da saúde (DSS), pois, como enfatizam Buss e Filho (2007), os DSS, como acesso a serviços de saúde, condições socioeconômicas, moradia, escolaridade e racismo estrutural, são centrais para compreender a produção das iniquidades em saúde no Brasil.

Neste contexto, o território deve ser compreendido não apenas como um espaço físico ou geográfico, mas como uma categoria analítica central para que haja a intervenção da geografia da saúde, trazendo a possibilidade de revelar a distribuição desigual dos recursos, dos riscos e das vulnerabilidades. O território é um importante determinante social da saúde (DSS), que em nosso estudo torna-se central para a compreensão das desigualdades em saúde, pois reflete as condições sociais, econômicas, culturais e ambientais que influenciam diretamente o processo saúde-doença e o acesso aos serviços de saúde (Solar & Irwin, 2010). Na saúde coletiva, o território é compreendido não apenas como espaço geográfico, mas como espaço social produzido, onde se configuram relações de poder, exclusão e desigualdade, impactando especialmente populações vulneráveis, como os homens negros com câncer de próstata, foco deste estudo. Assim, a análise territorial permite evidenciar como a organização do espaço, associada aos determinantes estruturais, influencia a incidência e o tratamento do câncer de próstata, reforçando a necessidade de políticas públicas territoriais e intersetoriais para enfrentar

tais desigualdades (Buss e Pellegrini Filho, 2007). Uma vez que esses territórios, carregam marcas históricas, sociais e políticas que influenciam diretamente o acesso a bens e serviços, inclusive os de saúde, especialmente para populações racializadas, como os homens negros (Monken 2024) Além disso, o estigma racial incide diretamente na relação entre profissionais de saúde e usuários, produzindo uma desumanização do cuidado. Conforme aponta Werneck (2016), os serviços de saúde frequentemente operam a partir de um modelo biomédico que ignora os marcadores sociais da diferença, especialmente a racialidade, o que invisibiliza as demandas específicas da população negra. Corroborando com isso os motivadores pelos quais pretendemos entender, pois, ao integrarmos variáveis espaciais e sociais, poderemos identificar padrões territoriais por trás dos demarcadores sobre os quais iremos nos debruçar e, assim, analisar os Homens Negros com Câncer de Próstata na Região Sul (HNCPRS), por exemplo. (Alves et al., 2019).

Neste sentido, reforça-se que compreender o câncer de próstata exige considerar as dimensões sociais, raciais e geográficas que impactam diretamente a experiência do adoecimento e os desfechos em saúde. O reconhecimento do território como categoria analítica e do racismo estrutural como ator dos determinantes sociais da saúde são elementos cruciais para a compreensão da distribuição desigual da doença, especialmente entre homens negros.

2.5 INTERDISCIPLINARIDADE

Ao abordar a problemática do câncer de próstata em homens negros, sob a perspectiva da Geografia da Saúde e dos Determinantes Sociais da Saúde, este estudo se depara com um fenômeno multifacetado, que ultrapassa os limites explicativos de uma única disciplina. A escolha por uma ciência que considera a interdisciplinaridade não é apenas metodológica, mas epistemológica e, pode-se também dizer, política. A saúde, especialmente em contextos marcados por desigualdades raciais e territoriais, exige leituras que articulem saberes diversos, possibilitando uma compreensão mais ampla das múltiplas dimensões que atravessam o adoecimento, os marcadores de saúde e as políticas públicas (Werneck, 2016; Fazenda, 2017; Philippi; Fernandes, 2021).

Nesse sentido, compreender as dinâmicas que afetam os homens com CaP, especialmente homens negros na região Sul do Brasil, demanda o diálogo entre ciências da saúde, ciências humanas e ciências sociais aplicadas como a geografia, a sociologia, a epidemiologia, a saúde coletiva e a antropologia. Essa convergência de saberes torna-se imprescindível para que se possa analisar, de forma integrada, os aspectos biomédicos da

doença, os marcadores sociais da diferença que, em nosso estudo, são gênero e raça, além do papel do território na distribuição da morbimortalidade e os obstáculos que impedem o acesso equitativo aos serviços de saúde.

Conforme apontam autores como Fazenda (2017), Thiesen (2008), Philippi e Fernandes (2021), entre outros, a interdisciplinaridade representa um esforço deliberado de superação da fragmentação do saber. Ao invés de somar conhecimentos de forma mecânica, a proposta é construir uma visão integrada, em que diferentes campos dialoguem e transpassem mutuamente, gerando novas possibilidades de análise e intervenção. Como será apresentado ao longo deste tópico, essa perspectiva interdisciplinar não apenas contribui para enriquecer o debate científico, mas também para que possamos demonstrar a interação entre as áreas das ciências humanas, aqui representada pela geografia da saúde e pelo conceito de território, com a área das ciências da saúde, representadas pelos DSS e pelo envolvimento da pesquisa acerca das taxas de internações e mortalidade por CaP.

A interdisciplinaridade na pesquisa científica tem se consolidado nas últimas décadas, promovendo a convergência de múltiplas áreas do conhecimento para obter resultados mais inovadores e abrangentes. Segundo Fazenda (2017, p. 34), essa prática “[...] ganha uma legitimidade muito grande e pauta o currículo e a formação de professores e alunos em todo um país.”, demonstrando o impacto da interdisciplinaridade no ambiente acadêmico e social. Assim, a colaboração entre disciplinas diversas pode proporcionar uma visão mais ampla dos problemas complexos da sociedade, como mencionado por Fazenda (2017). Os estudos interdisciplinares têm se destacado, especialmente em respostas às limitações do conhecimento disciplinar tradicional. Como apontado por Thiesen (2008),

A interdisciplinaridade, como um movimento contemporâneo que emerge na perspectiva da dialogicidade e da integração das ciências e do conhecimento, vem buscando romper com o caráter de hiperespecialização e com a fragmentação dos saberes (Thiesen, 2008, p. 546).

Nessa perspectiva, reconhecemos que as novas formas de estudos contemporâneos exigem a colaboração entre diferentes disciplinas para serem compreendidos e solucionados de forma eficaz, buscando superar as limitações do olhar compartimentado e promover uma visão mais ampla e integrada.

A abordagem interdisciplinar valoriza a construção coletiva do saber e abre espaço para uma prática que estimule a reflexão crítica e a conexão entre diferentes áreas. Por isso, seguindo a égide da importância de produções no campo interdisciplinar, Philippi e Fernandes (2021) defendem que:

Não é à toa que a interdisciplinaridade é entendida como uma forma essencial, não a única, de inovação. Esta surge quando diferentes perspectivas se somam e revelam muito mais nuances do fenômeno estudado do que a simples soma de perspectivas. É nesse sentido que a interdisciplinaridade passa a ser identificada como uma necessidade das ciências modernas, em especial para análise e compreensão de fenômenos transversais, como tecnologia e sociedade, porque ela provoca a reflexão sincrônica, com o tempo e espaço atual, e diacrônica, com o tempo e espaço futuro. (Philippi; Fernandes, 2021, p. 194).

Esse enfoque é particularmente relevante para fenômenos transversais, como a relação entre as ciências da saúde e a geografia, pois, ao aderirmos a essa perspectiva em nosso estudo, tal integração se expressa na articulação entre as análises territoriais e os indicadores de saúde, como as taxas de internações e de mortalidade por CaP. Essa capacidade de refletir sincronicamente e diacronicamente torna a interdisciplinaridade uma necessidade no contexto das ciências modernas, ampliando a nossa capacidade de responder aos desafios complexos do nosso tempo.

O movimento de uma busca integralizada dos conhecimentos científicos remete ao século passado, como demonstrado por Mangini e Bianchetti (2020),

Com a excessiva fragmentação da ciência e a perda da referência de unidade entre os saberes, em meados do século XX, surge o conceito de interdisciplinaridade, que interpela em novas bases o debate das relações entre as disciplinas e os diferentes tipos de saberes (Mangini; Bianchetti, 2020, p. 22)

Esse conceito surge como uma resposta à necessidade de superar a compartimentação do conhecimento, buscando estabelecer novas bases para o diálogo entre disciplinas. Ainda sobre a evolução do conceito de interdisciplinaridade, Thiesen (2008) apresenta que tanto as formulações filosóficas do materialismo histórico e dialético quanto as teorias críticas trouxeram contribuições significativas para o novo enfoque epistemológico, impulsionando a discussão sobre interdisciplinaridade em diversos campos do saber, principalmente na área das ciências humanas e sociais. Diante da interação entre geografia da saúde e as ciências da saúde, reafirmamos a relevância de se abordar o estudo de forma interdisciplinar, garantindo, assim, uma análise simultânea entre os DSS, território e os dados

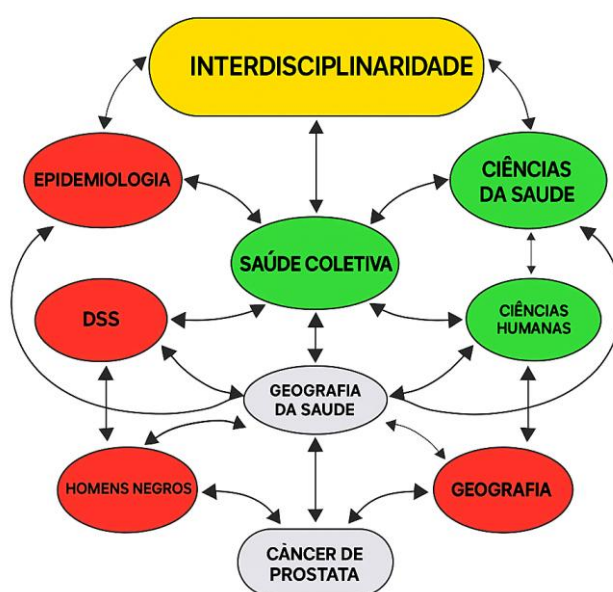
Esse enfoque é particularmente relevante ao abordar a relação entre saúde coletiva, geografia e câncer de próstata em homens negros; visto ser necessária uma análise que considere simultaneamente os determinantes sociais, o território e os dados epidemiológicos acerca dos HNCPRSB.

No campo das ciências humanas, a geografia oferece subsídios teóricos sobre os efeitos do território na saúde; já, no campo das ciências da saúde, analisam-se os desfechos clínicos e o acesso às políticas públicas de saúde. Como argumentam Klein (1990) e Gibbons et al. (1994),

a interdisciplinaridade promove sinergias e novas perspectivas de conhecimento, rompendo com a lógica fragmentada do saber e contribuindo para uma ciência mais conectada com as demandas sociais.

Na busca por representar essa sinergia, demonstramos, por meio da Figura 3, a articulação entre essas diferentes áreas do conhecimento, evidenciando como a produção de saberes interdisciplinares amplia a capacidade de compreensão e intervenção sobre os problemas de saúde que afetam populações vulnerabilizadas.

Figura 3 – Atravessamentos entre Ciências Humanas e Ciências da Saúde



Fonte: Autoria Própria.

No contexto das ciências humanas, a geografia da saúde, visando compreender como fatores territoriais influenciam a incidência e os cuidados em saúde, permite identificar determinantes sociais que afetam a ocorrência e o tratamento do câncer de próstata em homens negros, levando em consideração as dinâmicas territoriais, de raça e gênero. Já, no campo das ciências da saúde, o foco se volta para a saúde coletiva, onde são abordadas questões acerca dos dados epidemiológicos, do acesso às políticas públicas de saúde, do câncer de próstata e dos desafios enfrentados pelos homens negros. Nessa perspectiva, podemos compreender, de maneira mais concisa, as disparidades que essa parte da população enfrenta, tanto no diagnóstico quanto no tratamento do câncer de próstata.

No entanto, a interdisciplinaridade também enfrenta desafios, como a dificuldade de comunicação entre disciplinas, que muitas vezes possuem linguagens e paradigmas diferentes.

Como apontado por Repko (2008), essa barreira pode dificultar a colaboração eficaz entre pesquisadores de diferentes áreas. Além disso, há resistência institucional e dificuldades na avaliação de pesquisas interdisciplinares que, muitas vezes, não se enquadram nos padrões estabelecidos pelas disciplinas tradicionais.

Diferentes campos de pesquisa não apenas adotam metodologias diversas, mas também possuem pressupostos e abordagens variadas sobre o que constitui uma evidência válida ou um problema relevante. Tais diferenças podem dificultar a integração coerente de dados e teorias, e requerem um nível significativo de flexibilidade e abertura dos pesquisadores para considerar e respeitar outras perspectivas (Jacobs; Frickel, 2009). Essas diferenças dificultam a integração coerente de teorias e dados, exigindo dos pesquisadores uma atitude de abertura e flexibilidade. Portanto, embora a interdisciplinaridade tenha grande potencial de contribuição para avanços significativos no conhecimento, ainda há obstáculos estruturais e epistemológicos que precisam ser superados para que o diálogo entre as disciplinas seja realmente produtivo.

Em síntese, ao conectar geografia da saúde e ciências da saúde, este trabalho busca demonstrar como a análise interdisciplinar é capaz de iluminar as desigualdades no cuidado oncológico e propor caminhos para práticas mais justas e efetivas, fundamentadas no reconhecimento das múltiplas dimensões do adoecimento de homens negros no Brasil contemporâneo.

Dito isso, o presente capítulo buscou reunir os fundamentos teóricos que orientam a compreensão das desigualdades em saúde no Brasil, especialmente no que se refere à população negra masculina acometida pelo câncer de próstata na região Sul do país. Para isso, foi proposta uma articulação entre os campos da geografia da saúde, o conceito de território e os DSS, de modo a evidenciar como esses elementos interagem e produzem efeitos concretos sobre os processos de adoecimento e morte.

Partindo da evolução histórica da geografia médica até sua consolidação como geografia da saúde, foi possível compreender como essa área se constituiu como um campo interdisciplinar, sensível às dinâmicas socioespaciais que moldam as condições de vida e saúde dos sujeitos. O território, por sua vez, foi apresentado não apenas como base física ou administrativa, mas como categoria analítica capaz de revelar desigualdades estruturais, relações de poder e exclusões produzidas e reproduzidas no espaço. Os DSS, integrados a essa leitura, são fundamentais para demonstrar como fatores como raça, renda, escolaridade, acesso aos serviços e políticas públicas interferem diretamente nos desfechos em saúde.

Diante disso, torna-se necessário aprofundar a compreensão acerca de um elemento que atravessa silenciosamente todas essas camadas analíticas: o racismo. A persistente desigualdade

no acesso à saúde e os desfechos desiguais entre pessoas brancas e negras não são apenas indícios de falhas no sistema, mas reflexos de uma estrutura social marcada por práticas de discriminação, negação de direitos e apagamento de subjetividades.

O próximo capítulo será dedicado a discutir o racismo no Brasil em suas diferentes expressões, estrutural, institucional e interpessoal, buscando compreender como ele atua como um determinante social da saúde e influencia o acesso de homens negros ao SUS. Esse aprofundamento permitirá uma análise mais abrangente e crítica das disparidades em saúde, situando os homens negros acometidos por câncer de próstata em um contexto histórico de violência simbólica e material que persiste na estruturação do acesso aos serviços de saúde no país.

3. A SAÚDE COLETIVA E A POPULAÇÃO NEGRA: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA HOMENS NEGROS NO SUS

A Saúde Coletiva não se define apenas como um campo de práticas, mas como um campo de saberes e produção de conhecimento que emerge no Brasil como um movimento crítico à Medicina Preventiva e ao modelo biomédico hegemônico. A saúde coletiva busca a compreensão do processo saúde-doença em sua totalidade, historicidade e determinação social, rompendo com a visão simplificada que o reduz a fatores puramente biológicos ou comportamentais.

Segundo Paim (2008), a saúde coletiva se constitui justamente a partir do entendimento de que a saúde e a doença não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica, permitindo alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade social. Este movimento, fortemente influenciado pela medicina social Latino-Americana, que tem em sua gênese a crítica à incapacidade do modelo tradicional de saúde pública de responder às profundas iniquidades sociais do país. Como define Nunes (1998), a Saúde Coletiva é uma "invenção brasileira" que articula o conhecimento de diversas áreas (ciências sociais, epidemiologia e planejamento) para intervir na realidade social, sendo o Conceito Ampliado de Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) seus principais legados.

O principal arcabouço da saúde coletiva é a determinação social do processo saúde-doença. Conforme a perspectiva crítica desenvolvida por autores como Breilh (2003) e Laurell (1982), a saúde é determinada pelas estruturas sociais de produção e reprodução da vida. No contexto deste estudo, essa perspectiva permite analisar o racismo estrutural como uma categoria que estrutura a desigualdade no acesso e na qualidade do cuidado, atuando como um poderoso vetor de vulnerabilidade para os homens negros no contexto do câncer de próstata. Portanto, no presente capítulo, será discutida a relação entre a população negra e a saúde coletiva, com ênfase nos homens negros e nas barreiras estruturais e sociais que dificultam o seu acesso aos serviços básicos de saúde.

É nesse contexto que buscamos problematizar o acesso à saúde por parte dos homens negros, sobretudo os Homens Negros com Câncer de Próstata na Região Sul do Brasil (HNCPRSB), identificando os obstáculos que enfrentam ao buscar atendimento no SUS, e como as políticas públicas voltadas para a promoção da saúde dos homens negros influenciam nas taxas de internações e mortalidade por CaP. Além disso, busca-se refletir sobre possíveis mudanças e melhorias nas políticas públicas que contemplam essa parcela da população, proporcionando um ambiente de saúde mais justo e equitativo.

Portanto, nessa seção do estudo, exploraremos as dimensões dos desafios enfrentados pelos HNCPSB. Partimos, assim, de duas questões primordiais, que orientarão o capítulo: como o racismo institucional e estrutural perpetuam o afastamento dessa população diante as políticas públicas de saúde? E como funcionam as políticas públicas afirmativas voltadas para essa população, principalmente a PNAISH e a PNSIPN?

Diante desses questionamentos, julgamos necessário analisar questões acerca da institucionalização do SUS e de como esse sistema atua, para que possamos, a partir dessas reflexões, traçarmos uma ponte entre o que nos propomos discutir no presente estudo.

Partindo da ideia de que o acesso equitativo e universal à saúde é um direito fundamental em nosso país, assegurado pela Constituição Federal de 1988, que consagra a saúde como um dever do Estado e um direito de todos os cidadãos brasileiros, é necessário reconhecer que esse dever só foi efetivamente institucionalizado a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido como uma das principais políticas públicas do país, marcando o início de uma nova era democrática no Brasil.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido analisada como a mais bem-sucedida reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático. Em sua gênese, pode-se identificar a organização de expressivo movimento sanitário em meados da década de 1970, em contexto profundamente marcado pela resistência social e política ao regime autoritário. A questão da saúde, assim como outras demandas da sociedade brasileira por liberdades civis e bens coletivos que fossem capazes de diminuir as profundas desigualdades de renda e de acesso a serviços públicos, foi um dos eixos da luta social e política durante as décadas de 1970 e 1980. (Lima et al., 2005, p. 15).

Evidencia-se, assim, que o SUS não foi apenas uma política pública, mas o resultado de uma intensa mobilização social protagonizada pelo movimento sanitário, que ganhou força durante a década de 1970. Porém, essa política pública voltada a saúde, por mais necessária que seja, não foi o primeiro debate a ser consolidado pela nossa população.

Ao longo da história brasileira, diferentes momentos revelaram a politização do debate sobre as condições de saúde. Já na Primeira República, lideranças da saúde pública propunham o saneamento como um elemento central para a construção da nacionalidade, (SANTOS, 1985). A partir da década de 1930, o Estado brasileiro passou a exercer maior intervenção na área da saúde, especialmente com a criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP). Nesse contexto, foi estruturada uma Política Nacional de Saúde fundamentada em dois pilares principais: a saúde pública e a medicina previdenciária, vinculada aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e suas respectivas categorias. Posteriormente, entre as décadas de 1950 e 1960, destacou-se a associação entre saúde e desenvolvimento, embora

houvesse divergências quanto à relação causal entre essas dimensões. No entanto, o movimento sanitaria contemporâneo trouxe, como principal inovação, a articulação entre saúde e democracia (Lima et al. 2005; Maciel, 2017). Essa movimentação dos poderes federais marca o início de institucionalização mais formal e abrangente das responsabilidades do Estado com a saúde da população.

A dualidade entre os enfoques em saúde pública e previdência, entretanto, aponta para a coexistência de objetivos distintos: atender às necessidades coletivas e oferecer serviços mais restritos aos contribuintes dos IAPs. Essa estrutura inicial revelou as bases para desafios que seriam enfrentados nas décadas seguintes, como a necessidade de universalizar o acesso à saúde e equilibrar a distribuição de recursos. Além disso, a criação do MESP e sua atuação dentro de um contexto político e social turbulento mostram uma tentativa de responder às demandas de modernização do Estado brasileiro e às pressões sociais e econômicas daquele período.

Ao longo do tempo, o sistema promotor de saúde no Brasil passou por várias modificações, como apresentado no Quadro 2, extraído de Paim et. al. (2011) e posteriormente organizado de acordo com o que nosso trabalho busca demonstrar, que é o avanço temporal das ações até a implementação do SUS.

Quadro 2 – Histórico de acontecimentos até a Criação do SUS

(continua)

Data	Contexto Político	Sistema de Saúde
(1930-1945)	(Era Vargas) - Estado autoritário entre 1937 e 1938 identificado com o nazifascismo.	➤ Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública; ➤ Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio; ➤ Campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose; ➤ Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38).
(1945-1964)	Governos liberais e populistas.	➤ Criação do Ministério da Saúde (1953); ➤ Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960); ➤ Expansão da assistência hospitalar; ➤ Surgimento de empresas de saúde.

(conclusão)

Data	Contexto Político	Sistema de Saúde
(1964–1985)	•Golpe militar, ditadura (1964); •Reforma administrativa (1966); • Crise política (eleições de 1974); •Abertura política lenta, segura e gradual (1974-79); •Liberalização Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976); movimentos sociais, 1º. Simpósio de Política de Saúde do Congresso (1979); •Transição política (1974-84); •Criação da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979).	➤ Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966); ➤ Capitalização da medicina pela previdência social; ➤ Crise do sistema de saúde; ➤ Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes; ➤ Crise na previdência social; ➤ Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977); ➤ Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado; ➤ INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura.
(1985–1988)	•Início da “Nova República” (1985); • Saúde incluída na agenda política; •8ª Conferência Nacional de Saúde; •Ampliação do Movimento de Reforma Sanitária; •Assembleia Nacional Constituinte; •Nova Constituição (1988).	➤ INAMPS continua a financiar estados e municípios; ➤ Expansão das AIS; ➤ Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987); ➤ Contenção das políticas privatizantes; ➤ Novos canais de participação popular
(1988-1994)	•Presidente Fernando Collor de Mello eleito e submetido a <i>impeachment</i>; •Restante do mandato presidencial (1993-94) exercido pelo Vice-Presidente Itamar Franco.	➤ Criação do SUS; ➤ Descentralização do sistema de saúde; ➤ Em 1990, o SUS foi regulamentado através da Lei nº 8.080, a qual define o modelo operacional, propondo a sua forma de organização e de funcionamento⁴; ➤ 9ª Conferência Nacional de Saúde • Extinção do INAMPS (1993).

Fonte: Paim, et. al., (2011, p. 16 a 17). Org. Bageston, A. A. da S.

⁴ RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Centro Estadual de Vigilância em Saúde. História. Porto Alegre: CEVS. 2006.** [Porto Alegre]: CEVS, [2006]. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/historia#:~:text=A%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal%20de%201988,reference%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%2C%20o%20art.> Acesso em: 18 jun. 2025.

Como evidenciado no Quadro 2, a evolução do sistema de saúde no Brasil reflete profundamente as dinâmicas políticas, econômicas e sociais de cada período histórico. De um modelo centralizado e autoritário na Era Vargas a um sistema universal e descentralizado, com a criação do SUS, a trajetória da saúde no país revela avanços significativos, mas também desafios estruturais persistentes (Costa; Barros e Ribeiro, 2014).

Inicialmente, a saúde pública era voltada para o combate de doenças específicas e beneficiava prioritariamente os trabalhadores urbanos formais, deixando a maior parte da população desassistida (SILVA, 1996). O avanço da institucionalização no período pós 1945 representou um esforço para ampliar a cobertura e a infraestrutura, embora ainda marcado por desigualdades regionais e pela concentração de recursos na assistência hospitalar (Funasa, 2017). É importante visualizar que, durante a ditadura militar, apesar de alguns avanços técnicos e programas como os Programas de Extensão de Cobertura (PEC), houve a consolidação da privatização e da fragmentação institucional, favorecendo o setor privado em detrimento da saúde pública universal. Ao mesmo tempo, movimentos sociais e acadêmicos começaram a articular propostas para um modelo mais justo e inclusivo, culminando na Reforma Sanitária (Paim et al., 2011).

A redemocratização trouxe um marco histórico com a Constituição de 1988, que reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, criando as bases para o SUS, consolidando esse sistema de saúde como um dos maiores avanços sociais do Brasil, e promovendo a descentralização administrativa, a equidade e a participação popular (Brasil, 1988). Iniciativas como a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) reforçaram o foco na atenção primária, buscando superar a visão hospitalocêntrica e atender às necessidades de saúde da população de forma integral (Rosa e Labate, 2005).

Contudo, a trajetória da saúde brasileira também evidencia desafios persistentes, como o subfinanciamento do SUS, as desigualdades regionais no acesso aos serviços, a pressão de setores privatizantes e os impactos das crises econômicas e políticas sobre o sistema. Ainda assim, o SUS permanece como um modelo internacionalmente reconhecido por sua abrangência e compromisso com a universalidade e a equidade, representando um legado central na construção de uma sociedade mais justa e solidária (Paim et al., 2011).

Porém, mesmo sendo um modelo de assistência à saúde coletiva da sociedade a ser seguido por outros Estados, o SUS possui, em suas aplicações, algumas lacunas que precisamos demonstrar, com o intuito de identificar os motivos pelos quais parcela da sociedade brasileira, sobretudo a população negra, depara-se com certas distinções. Conforme explicitado por Lopes

(2005), as disparidades raciais no sistema de saúde refletem um histórico de exclusão e desigualdade profundamente enraizado nas dinâmicas sociais do Brasil, onde a cor da pele ainda influencia de maneira negativa o tratamento recebido por indivíduos em diferentes esferas, incluindo a da saúde pública. Relatório do IBGE sobre as desigualdades sociais por cor ou raça (2020) demonstra que a população negra enfrenta desvantagens em praticamente todos os indicadores socioeconômicos, o que se reflete diretamente em seu acesso e utilização de serviços de saúde.

A trajetória da saúde pública no Brasil revela, por um lado, avanços significativos como a criação do SUS e o reconhecimento do direito à saúde na Constituição de 1988⁵, e por outro, a persistência de lacunas que limitam a efetividade desses avanços para determinados grupos sociais. A análise histórica evidencia que o sistema de saúde, ainda que desenhado para a universalidade e a equidade, reproduz desigualdades institucionais quando confrontado com a realidade vivenciada por populações historicamente marginalizadas, como é o caso dos homens negros. Como pontuado por a Kalckmann et al. (2007, p. 146), “O racismo institucional é definido como o “fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”.

Nesse sentido, compreender como essas desigualdades se perpetuam no SUS exige mais do que uma leitura institucional: é necessário considerar os efeitos desse racismo institucional e das condições sociais que determinam o adoecimento e o acesso ao cuidado. A desproporcionalidade dos indicadores de saúde que afetam a população negra, especialmente os HNCPRSB, impõe ao campo da saúde coletiva e às políticas públicas o desafio de formular estratégias que considerem as especificidades étnico-raciais, de gênero e territoriais.

Assim, encerramos este tópico destacando que, embora o SUS represente um marco histórico e político na democratização do acesso à saúde, sua concretização plena passa necessariamente pela superação das desigualdades raciais e sociais ainda profundamente enraizadas em sua estrutura e funcionamento. Isso nos leva ao próximo tópico do estudo, onde analisaremos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). O tópico tem como objetivo examinar os fundamentos que levaram à sua criação, suas motivações principais e, sobretudo, refletir se essa política tem contribuído para reduzir ou, paradoxalmente, ampliar as desigualdades de acesso, de cuidado e as condições relacionadas à saúde coletiva e seus determinantes sociais.

⁵ A Saúde é um direito universal garantido pela Constituição Federal de 1988. Isso quer dizer que todos têm direito a tratamentos adequados, fornecidos pelo poder público. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/constituicao-30-anos/textos/constituicao-federal-reconhece-saude-como-direito-fundamental>. Acesso em: set. 2024.

3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL DA SAÚDE DO HOMEM E A SAÚDE (PNAISH) DOS HOMENS NEGROS

Formalmente apresentada como uma proposição da PNAISH em 2008 e institucionalizada no ano de 2009, em comemoração aos 20 anos de implementação do SUS, essa política pública foi atribuída como sendo uma das prioridades governamentais naquele momento.

Seu objetivo principal foi o de promover ações afirmativas no âmbito da saúde do homem (Brandão et al., 2025), trazendo, já em suas primeiras linhas da apresentação, a prerrogativa da PNAISH de ser um esforço coletivo, incluindo gestores do SUS, pesquisadores, instituições científicas, organizações da sociedade civil e organismos de cooperação internacional (Brasil, 2009) e demonstrando que a criação dessa política pública de saúde voltada para os homens demanda esforços contínuos e de vários órgãos. Tal política foi, de certa forma, inédita em nosso país.

Os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) são publicados em 2008, sendo a política oficialmente lançada em 2009, com a publicação de uma Portaria Ministerial. Uma política específica para homens representa uma inovação, na medida em que os homens não foram, historicamente, sujeitos singularizados nas intervenções desenvolvidas pelo Estado brasileiro no campo da saúde. (Leal; Figueiredo; Silva, 2012, p. 2608)

Nesse sentido, a PNAISH constituía-se não apenas como uma inovação administrativa e política, mas também como um passo importante na luta por um sistema de saúde que reconheça a diversidade de necessidades dos seus usuários, incluindo aquelas relacionadas a questões culturais, comportamentais e sociais, frequentemente negligenciadas na saúde masculina. Vale ressaltar, também, que o Brasil foi o primeiro país da América Latina a institucionalizar uma política pública voltada para a saúde dos homens (Brandão et al., 2025).

Com a proposição apresentada ainda no ano de 2008, pelo Ministério da Saúde (MS), o PNAISH constituía-se como um potencializador dos cuidados da saúde dos homens, uma vez que, na argumentação do próprio documento, relata-se a falta de cuidados com saúde por parte desses indivíduos, as quais se davam por razões culturais. O resultado disso é a delegação ao Estado de pacientes com doenças em fases mais avançadas, que requerem longos e custosos tratamentos, além de desgastes físicos e emocionais para indivíduos e seus familiares (Brasil, 2009). Assim, essa política proporciona a discussão sobre os cuidados da saúde do homem, como Vasconcelos et, al. (2019) afirma ao descrever sobre o lançamento da PNAISH.

Em 2009 o Ministério da Saúde lançou A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com a intenção de reduzir a morbimortalidade dessa população e também ampliar o acesso destes aos serviços de saúde da Atenção Básica, levando-se em consideração as atitudes e os comportamentos assumidos pelos homens nas relações sociais (Vasconcelos et, al., 2019, p. 16342)

Desse modo, a PNAISH reafirma a problemática existente acerca da negligência de cuidados com a saúde dos homens, apontando para questões de cunho cultural, como barreiras criadas pelo patriarcado hegemônico, que ensina aos homens, desde cedo, a necessidade de serem inabaláveis e que não podem demonstrar fraquezas. Essas ideias criam, no indivíduo, a um referencial de masculinidade rígido ao mesmo tempo que criam um padrão de comportamento que pode levar os homens a se sentirem inferiores ou inadequados quando não conseguem alcançá-lo (Bageston; Araújo, 2023).

Ainda sobre essa questão o documento oficial do PNAISH, Brasil (2009) aponta que:

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população à situações de violência e de risco para a saúde (Brasil, 2009, p. 8).

Assim, podemos identificar um dos motivadores que levaram a criação de uma política de saúde voltada exclusivamente aos homens: a existência de um modelo de masculinidade “frágil” e a construção de um pensamento patriarcal podem ser nocivas à saúde do próprio indivíduo. Referente a essa questão, demonstramos como a masculinidade se efetiva dentro do sistema:

[...]Ao direcionar ao homem a obrigação de exercer a sua masculinidade de forma constante e rude, o sistema patriarcal proporcionou ao indivíduo uma ruptura no exercício de sua humanidade, criando, assim, um ser proibido de demonstrar compaixão, dor, afeto, solidariedade e até mesmo o autocuidado, pois essas características o aproximariam de uma feminilidade incompatível com o lugar ocupado (Bageston; Araújo, 2023, p. 64-65).

Dada essa construção cultural, que cria barreiras para o cuidado e acesso ao sistema público de saúde por parte dos indivíduos, a PNAISH adota um critério etário para população masculina, constando que a faixa etária entre 25 anos e 59 anos representava o maior índice de morbimortalidade masculina; sendo que a maioria dos adoecimentos e mortes dos homens estavam ligadas a masculinidade, que envolvem desde questões ligadas à violência, os (des)cuidos com sua saúde e até mesmo pela dificuldade de acionar os lugares destinados a promoção e cuidado com a saúde (Hemmi; Baptista; Rezende, 2020).

Isso contradiz o que a PNAISH destaca, pois, ao tratar da metodologia usada, essa indica que a delimitação da faixa etária não representa a exclusão das demais, mas sim uma escolha metodológica, uma vez que esse grupo compreende uma parcela expressiva da população economicamente ativa e desempenha papel relevante nos contextos sociocultural e político do país. À época, tal grupo representava 20% da população brasileira e 41,3% da população masculina; além de ser apresentar cerca de 75% das enfermidades e agravos de doenças, sobretudo nas áreas de cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia, resultando em debates com outros atores, como o próprio documento aponta (Brasil, 2009),

A partir desta constatação foram convidadas as Sociedades Médicas representativas destas áreas, juntamente com a participação de outros profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS e CONASEMS e de entidades civis organizadas que participaram de 5 (cinco) eventos distintos, onde foram traçados consensos. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem resulta, em grande parte, dos consensos obtidos naqueles eventos, exprimindo com a máxima fidelidade possível, um conjunto de ideias democraticamente discutidas e pactuadas entre os representantes dos setores responsáveis pela gestão e execução das ações. Entre os temas estudados destacamos a violência, fenômeno difuso, complexo, multicausal, com raízes em fatores socioculturais, políticos, econômicos e psico-biológicos. Dado a complexidade do problema, há de se enfatizar que a promoção da saúde, a prevenção da violência e a edificação de uma cultura da paz voltada para a população, devem basear-se na intra e intersectorialidade e interdisciplinaridade. (Brasil, 2009, p.8)

A PNAISH sustenta que sua construção foi marcada por amplos consensos entre diferentes parcelas da sociedade, porém essa narrativa traz questionamentos sobre a real extensão e qualidade da participação democrática na elaboração dessa política, pois, como apontam Hemmi, Baptista e Rezende (2020), apesar dos esforços institucionais para ampliar o debate, o processo de formulação da PNAISH foi fortemente atravessado por disputas entre distintos campos de saber e interesses políticos, sendo hegemonizado por uma racionalidade biomédica, representada especialmente pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU). Ainda que outros agentes tenham sido convidados a participar dos seminários, como ONGs e pesquisadores com enfoque em gênero e masculinidades, esses encontros foram segmentados e conduzidos de forma assimétrica, limitando o diálogo efetivo e o enfrentamento de conflitos.

Dessa forma, o documento final da PNAISH incorporou discursos contraditórios, oscilando entre uma abordagem biomédica centrada em agravos, como o câncer de próstata e doenças cardiovasculares, em perspectivas que buscavam inserir determinantes sociais, gênero e diversidade sexual como elementos estruturantes da atenção à saúde masculina. Mas, mesmo assim, corroborava com algumas críticas, pois embora a implementação da PNAISH tivesse, como intuito, evidenciar as vulnerabilidades específicas dos homens e romper com a associação entre fragilidade e autocuidado, ela mantém um referencial cis heteronormativo e binário de

gênero, reafirmando normas culturais machistas que limitam uma abordagem integral e inclusiva da saúde masculina. (Brasil, 2009 apud Brandão et al., 2025).

Ilustraremos no Quadro 3 as finalidades e os objetivos da PNAISH, com a intenção de sintetizar sua atuação e foco de estudo.

Quadro 3– Finalidades e Objetivos da PNAISH

Categoria	Descrição
Finalidade Geral	Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo efetivamente para a redução da morbimortalidade, com enfrentamento dos fatores de risco e ampliação do acesso à atenção integral à saúde.
Público-Alvo Prioritário	Homens entre 25 e 59 anos, por serem maioria da força produtiva e concentrarem cerca de 75% das enfermidades nas áreas de cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia.
Objetivo Estratégico	Reduzir o afastamento dos homens dos serviços de atenção básica e fortalecer a prevenção, qualificando a porta de entrada do SUS com foco em promoção, prevenção e cuidado humanizado.
Organização e Qualificação	Organizar, implantar e qualificar uma rede de atenção integral à saúde do homem, dentro dos princípios do SUS, promovendo a humanização do atendimento e a capacitação profissional.
Saúde Sexual e Reprodutiva	Estimular ações de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar masculino, prevenção de DST/AIDS, disfunções sexuais, atenção à infertilidade e acesso à contracepção voluntária.
Promoção da Equidade	Garantir atenção especial a grupos como homens negros, indígenas, quilombolas, LGBTQIA+, privados de liberdade, trabalhadores rurais e pessoas com deficiência, promovendo equidade e respeito às diversidades.
Educação e Comunicação	Ampliar o acesso dos homens à informação sobre prevenção e cuidados com a saúde, por meio da educação em saúde e campanhas de comunicação com enfoque em gênero, raça e sexualidade.
Acesso e Humanização	Melhorar o acesso aos serviços, adequando horários e formas de acolhimento aos homens trabalhadores, combatendo estereótipos de gênero que dificultam o autocuidado.
Articulação Intersetorial	Promover parcerias com outras políticas públicas e a sociedade civil organizada, buscando maior articulação com educação, justiça, trabalho e segurança pública.
Produção de Conhecimento	Incentivar pesquisas e estudos sobre saúde masculina para subsidiar políticas públicas mais eficazes e baseadas em evidências.

Fonte: Brasil, (2009). Org. Bageston, A. A. da S.

Como podemos observar no Quadro 3, apesar dos avanços representados pela institucionalização da PNAISH, em especial por reconhecer a saúde dos homens como um campo específico de atenção dentro do SUS, as críticas à sua formulação e implementação são contundentes, sobretudo quanto a ausência de uma abordagem interseccional que contemple a dimensão racial, como afirmado por Cesaro, Santos e Silva (2019). Uma análise interseccional revela que o acesso dos homens aos serviços de saúde é profundamente condicionado pelas

dinâmicas territoriais e pelos meios sociais e políticos que influenciam seu reconhecimento como sujeitos de direito.

Sabemos que, embora o conceito de gênero esteja presente na PNAISH, ele muitas vezes é instrumentalizado de forma limitada. De acordo com Knauth et al. (2012), a aplicação do condicionante gênero ao PNAISH acaba sendo voltada a justificar padrões de comportamentos masculinos, sendo esses os difusores dos problemas que envolvem a saúde do homem, sem fazer a ligação necessária com as relações de poder que permeiam as construções sociais que estão por trás dos comportamentos masculinos, evidenciando o que Connell (1995, p. 189, apud Bageston; Araújo, 2023, p. 64) afirma: “Por isso, é importante sempre lembrar as relações de poder que estão aí envolvidas”.

Essa “superficialidade” da PNAISH resulta na invisibilização de populações que vivenciam múltiplas opressões, como o sujeito da presente pesquisa, os homens negros, que acumulam marcadores sociais de exclusão: raça, gênero e, muitas vezes, classe social, demonstrando que a PNAISH foi construída entorno de um modelo universalista de atenção à saúde, que trata os homens como um grupo homogêneo, desconsiderando as diferenças existentes sobre esses corpos. Como apontam Cesaro; Santos e Silva (2019), essa política é baseada em um sujeito implícito: o homem branco, cis, heterossexual e urbano. Tal configuração reforça uma ideia de “neutralidade” que invisibiliza as necessidades específicas dos homens negros e pobres, os quais estão sistematicamente mais expostos a fatores de vulnerabilidade social e a barreiras institucionais para acesso aos serviços de saúde.

Além de sua construção “limitada” referente aos aspectos de interseccionalidade, destacamos também que essa política pública passou por períodos críticos, o que evidenciou ainda mais a precariedade em abordar determinados aspectos. Como explicitado por Brandão et al. (2025), em 2021 houve a supressão de aspectos ligados ao gênero e direitos sexuais, devido a uma guinada neoconservadora nas diretrizes de saúde pública e que só voltou a implementar esses eixos em 2023, buscando mais uma vez, diminuir as relações de machismo e patriarcado na saúde dos homens.

Nesse sentido, devemos observar que a construção da PNAISH sofre atravessamentos do que podemos chamar de exercício de poder, caracterizado por uma centralidade de pensamentos voltados somente para uma área, como demonstram Hemmi, Baptista e Rezende (2020). A PNAISH teve sua criação centralizada na SBU (Sociedade Brasileira de Urologia) e em uma leitura biomédica da saúde do homem, com pouco espaço para abordagens

interseccionais ou críticas ao racismo estrutural, delimitando abertura para agentes sociais discutirem gênero e raça.

Diante das instabilidades demonstradas na sua implementação, sobretudo a essas de raça, gênero e classe social, podemos desencadear um “silenciamento” sobre dados que podem ser vitais para a implementação de uma política pública equitativa, pois, como apontado por Galvão et al. (2021), raça, gênero e classe social são determinantes estruturais da saúde que devem ser incorporados nas políticas públicas com vistas à equidade.

Nesse sentido, aplicar a teoria da interseccionalidade, cunhada por Crenshaw (1989) e ampliada nos estudos sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS), revela-se essencial. Como destaca Lopes (2005), a interseccionalidade permite compreender como os determinantes sociais da saúde incidem de maneira diferenciada sobre populações racializadas, sobretudo quando articulados a marcadores de gênero e classe. Ou seja, aplicar a PNAISH significa reconhecer, por exemplo, que homens negros vivenciam o adoecimento de forma distinta de homens brancos.

A interseccionalidade, conceito formulado por Kimberlé Crenshaw (1989; 2002), possibilita compreender como diferentes marcadores sociais, como raça, gênero e classe, operam de maneira sobreposta, gerando experiências específicas de vulnerabilidade e desigualdade. Tradicionalmente aplicada para analisar a realidade de mulheres negras, sua ampliação ao recorte de homens negros é fundamental para apreender a complexidade de preconceitos e estigmas que se entrelaçam em suas vivências. Collins (2017) sustenta essa perspectiva ao propor a “matriz de dominação”, na qual diferentes sistemas de opressão não atuam isoladamente, mas de modo articulado e mutuamente reforçado.

No caso dos homens negros com câncer de próstata, o racismo estrutural se soma a estereótipos de gênero e de masculinidade, que historicamente atribuíram ao corpo negro uma hipersexualização e um imaginário de virilidade, ao mesmo tempo em que silenciaram a dor e as fragilidades masculinas (AKOTIRENE, 2019; WERNECK, 2020). Essa sobreposição de preconceitos contribui para barreiras no acesso à saúde, seja pela negligência institucional, seja pela resistência dos próprios sujeitos em buscar atendimento preventivo, marcada pelo tabu em torno de práticas de cuidado como o exame de toque retal. Assim, a interseccionalidade permite desvelar como racismo, gênero e classe produzem desigualdades que incidem diretamente no adoecimento e nas trajetórias terapêuticas desses homens, configurando um campo de análise que transcende a leitura isolada de cada marcador social.

Ainda sobre a ausência de menções diretas à raça/cor nas diretrizes operacionais da PNAISH, percebemos que isso contrasta com evidências epidemiológicas, apontando para a

diferenciação entre as taxas de morbimortalidade por CaP em homens negros, conforme já apresentado nas Tabelas 2, 3 e 4 desse estudo (INCA, 2023). Ainda sobre ignorar a representação da interseccionalidade, Santos et al. (2024) reiteram que excluir esse atravessamento representa não apenas uma falha técnica, mas também uma reprodução das lógicas racistas que permeiam as políticas públicas no país. É imprescindível reconhecer que o racismo estrutural e institucional se configura como um importante diferenciador nos DSS.

Assim podemos identificar que a PNAISH, ao não incorporar um olhar crítico sobre as masculinidades, sobretudo aos homens negros, e ao não promover ações educativas que enfrentem esses estigmas, falha em ampliar o acesso dos homens negros ao cuidado precoce. Como afirmam Cesaro, Santos e Silva (2019), é necessário reconhecer que as masculinidades não são homogêneas e que políticas públicas precisam responder à pluralidade de experiências e subjetividades dos homens.

Portanto, a promoção das políticas públicas voltadas à saúde pensada nas questões sobre territórios racializados, como nos espaços periféricos, onde se localiza parte significativa da população negra, exige reconhecer as especificidades desses grupos. Autores como Monken (2024) e Santos, Gonçalves e Lopes (2020) destacam que as estratégias de cuidado em saúde devem partir do território, compreendido como espaço vivo de produção de desigualdades e de resistências.

Diante do exposto, torna-se evidente a importância da PNAISH que, embora passe por avanços, apresenta limitações em sua formulação e implementação. A ausência de um enfoque interseccional efetivo, que incorpore raça, classe, gênero e território, compromete sua capacidade de atender à diversidade da população masculina brasileira, especialmente os homens negros. Nesse sentido, é urgente reestruturar a PNAISH a partir de uma lente interseccional, capaz de promover ações integradas, territorializadas e sensíveis às desigualdades estruturais. Como destacam Buss e Filho (2007), enfrentar as iniquidades em saúde exige diagnósticos territoriais precisos, práticas educativas transformadoras e uma articulação sólida entre os diversos setores da sociedade. Esse será um ponto de inflexão essencial para pensarmos, a seguir, o nosso próximo tópico que é o papel da PNSIPN (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra) na construção de uma agenda antirracista no campo da saúde coletiva.

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA (PNSIPN): UM MARCO DE RESISTÊNCIA E EQUIDADE NO SUS

A criação da PNSIPN (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra), institucionalizada pela Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009, representa uma das respostas mais contundentes do Estado brasileiro frente as iniquidades raciais que historicamente marcaram o acesso e a qualidade do cuidado em saúde ofertado à população negra no país (Brasil, 2010). Fruto da mobilização de movimentos sociais negros, coletivos de profissionais da saúde, pesquisadores e instituições comprometidas com a justiça social, a PNSIPN rompe com o silêncio institucional sobre o racismo e como esse age de maneira negativa nos determinantes sociais da saúde. (Almeida; Gondinho, 2023).

Ao pensarmos em nosso trabalho sobre o atravessamento da PNSIPN e sua institucionalização, deparamo-nos com alguns questionamentos. O primeiro questionamento é acerca da Constituição Federal, que descreve, no (art. 196)⁶, como sendo prerrogativa do Estado garantir saúde a todos, por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Uma vez que é garantia do Estado e compete a ele proporcionar saúde para todos, por qual motivo há uma necessidade de uma política específica para a população negra? Dado esse questionamento, já trazemos outra indagação: a existência do PNSIPN seria uma confirmação estatal de que existe, no país, um racismo institucional que diferencia os cidadãos ao promover a saúde da população?

Sobre o primeiro questionamento, a lei já descreve, em sua apresentação, a motivação dessa política de saúde.

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é uma resposta do Ministério às desigualdades em saúde que acometem esta população e reconhecimento de que as suas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do País.

Nossa história, construída sobre as bases da desigualdade, impôs à população negra o lugar das classes sociais mais pobres e de condições mais precárias. Apesar da abolição oficial da escravatura dos povos africanos e seus descendentes, não há como negar que persiste ainda hoje, na nossa sociedade, um racismo silencioso e não declarado (Brasil, 2010, p. 5)

⁶ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1988. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/legislacao/outras-normativas/constituicaoefederal.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2025.

Diante da afirmativa do Ministério da Saúde, ao reconhecer a diferenciação existente no país em relação a cor/raça, o PNSIPN representa um marco histórico de reconhecimento do racismo como uma ferramenta para as determinações sociais na produção de saúde e de doenças (Brasil, 2010), o que é fundamental para compreender se há diferenciação entre os índices de morbimortalidade de homens negros e brancos com CaP. Essa afirmação vai ao encontro do nosso segundo questionamento, como apontado por Werneck (2016): o racismo institucional é um processo histórico e estruturante que opera na produção e manutenção das iniquidades em saúde, sendo necessário, portanto, políticas específicas para superá-lo.

Sobre o racismo institucional como forma de perpetuação das diferenciações raciais em nossa sociedade, afirmamos que a própria formulação e implementação da PNSIPN confirma, portanto, não só a existência do racismo institucional, como também denuncia sua presença enraizada nas estruturas estatais, especialmente no SUS. De acordo com Araújo e Ribeiro (2025), o racismo opera como política de morte, estruturando desigualdades e impactando diretamente as condições de saúde da população negra, com indicadores mais alarmantes de morbidade, mortalidade e violência. Nesse contexto, a PNSIPN é também uma política emancipatória, fruto das lutas e da resistência do movimento negro, que reivindicou sua construção e aprovação como forma de reconhecer e combater os efeitos deletérios do racismo institucional e estrutural (Brasil, 2010).

A elaboração multilateral da PNSIPN não ocorreu apenas pelo entendimento governamental sobre os problemas enfrentados pela população negra na saúde, mas, também pela pressão de representantes dessa parcela da população. Para ilustrar esse processo, elaboramos o Quadro 4, construído com base no documento da PNSIPN, terceira edição, publicado em 2017⁷, onde iremos sintetizar a forma como os movimentos sociais atuaram para a criação dessa política pública.

Quadro 4 – Atuação dos Movimentos Negros na Construção e Implementação da PNSIPN
(continua)

Etapas/ Período	Ações dos Movimentos Negros	Resultados / Conquistas
1984	As ativistas negras tiveram grande influência na construção dos direitos sexuais e reprodutivos no país a partir da perspectiva interseccional sobre as condições de vida das	Com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Estado passou oficialmente a governar a saúde da mulher por uma perspectiva integral de saúde, contrapondo-se às políticas anteriores de natalidade, que fomentavam práticas de

⁷ Íntegra da PNSIPN (2017), 3ª edição. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-negra/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf/view. Acesso em: 1º mar. 2025.

	mulheres negras, que foram o ponto de origem da focalização.	esterilização. Ele também passou a ofertar o planejamento familiar, cuja regulamentação ocorre apenas em 1996, conforme lei n. 9.263.
1985	Realização do 3º Encontro Feminista Latino-Americano e Caribenho. O evento ocorreu em Bertioga, em São Paulo, ainda durante a ditadura militar (1964-1985). Ele marcou um momento de fortalecimento do movimento de mulheres negras, que nesse momento se distinguiram dos movimentos negro e feminista.	Trouxe visibilidade às especificidades das condições de vida das mulheres negras.
1992	Desde os anos 1980, o tema da esterilização é objeto de atuação das ativistas negras, a partir de campanhas nacionais, publicação de estudos e encontros.	Instalação da CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) da Esterilização A CPI foi requerida em 1991 pela deputada Benedita da Silva (PT-RJ) e pelo senador Eduardo Suplicy (PT-SP) e instalada em abril de 1992 para investigar as causas da esterilização em massa das mulheres brasileiras. Investigou também se existia evidência de esterilização das mulheres negras.
1993	Declaração de Itapeverica da Serra das Mulheres Negras Brasileiras. A declaração unificou as demandas do movimento de mulheres negras para o Estado brasileiro e para as grandes conferências multilaterais sobre as mulheres da década de 1990.	A declaração ocorreu em seminário realizado pelo Geledés, o Seminário Nacional sobre Políticas e Direitos Reprodutivos da Mulher Negra, evento preparatório para a “5ª Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, que ocorreria em 1994 em Cairo, no Egito.
Final da década de 1990 e início dos anos 2000	Pressão política e articulação de movimentos negros em conferências de saúde, fóruns e conselhos de saúde.	Inserção do debate sobre racismo como agente atuante nos determinantes sociais da saúde. Reconhecimento da saúde da população negra como pauta específica.
2004	Atuação junto ao Ministério da Saúde para criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra.	Criação do Comitê por meio da Portaria nº 1.678/GM, com participação de gestores, pesquisadores e representantes dos movimentos negros.
2005	Articulação com entidades de pacientes, especialmente com pessoas com Doença Falciforme.	Criação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, uma das primeiras ações com foco racial na saúde.

(conclusão)

2006–2008	Mobilizações para inclusão do quesito raça/cor nos sistemas do SUS e para institucionalização da política.	Avanços na coleta de dados por raça/cor.
2009	Participação ativa na aprovação da PNSIPN pelo Conselho Nacional de Saúde e na pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).	Instituição da PNSIPN pela Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009.
2014	Incidência junto ao Ministério da Saúde para ampliação da formação crítica dos profissionais.	Lançamento do Curso EAD em Saúde da População Negra pela UNA-SUS.
2015–2017	Mobilização para consolidação de instrumentos de gestão e avaliação da política.	Publicação da Portaria nº 344/2017 (quesito raça/cor obrigatório) e do III Plano Operativo da PNSIPN (2017–2019).
Atuação contínua	Participação nos conselhos de saúde, denúncias de racismo institucional, articulação com universidades e pesquisadores negros.	Fortalecimento da perspectiva interseccional (raça, gênero, classe, território), produção de conhecimento, visibilidade da população negra no SUS.

Fonte: Adaptado de NEXO JORNAL (2020); BRASIL (2017). Org. Álvaro A. da S. Bageston.

Desta forma, a construção e a institucionalização da PNSIPN não podem ser compreendidas de forma dissociada da luta histórica dos movimentos negros no Brasil. Essa mobilização se dá de forma interseccional, articulando as dimensões de raça, classe, gênero e território como eixos fundamentais para a denúncia das desigualdades em saúde e a reivindicação por equidade no acesso e na qualidade da atenção ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Como afirma Werneck (2016), o racismo é uma tecnologia de poder que estrutura as relações sociais, operando cotidianamente na produção das desigualdades em saúde, inclusive dentro das instituições públicas.

O racismo institucional que a PNSIPN visa combater é um condicionante aterrorizador para a população negra, além de ser a fatídica falha do Estado em suas ações que visam a qualidade de vida dos seus usuários, como explicitado por Carmichael e Hamilton (1967, p. 4 apud Werneck, 2016, p. 542), descrevendo o racismo institucional como “a falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”, verificando que o racismo institucional acaba por limitar as ações por parte dos governos. A persistência do racismo institucional representa uma negação concreta do princípio da universalidade do SUS, pois restringe o acesso equitativo da população negra, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidade territorial, como periferias urbanas, comunidades quilombolas e favelas (Vasconcelos, Francisco e Moura, 2022).

As mulheres negras, por exemplo, sofrem com taxas elevadas de mortalidade materna e baixa cobertura de exames preventivos, como a mamografia, o que revela a combinação de fatores de raça, gênero e classe operando sobre seus corpos e experiências (Brasil, 2017). Já os homens negros são atingidos de forma desproporcional pelas violências urbanas, pelas doenças crônicas não transmissíveis, como é o caso do câncer de próstata, e pela negligência institucional nos processos de rastreamento e diagnóstico precoce, especialmente nas regiões mais empobrecidas do país (Santos; Oliveira, 2020). Ainda sobre as questões de dificuldade no acesso devido ao racismo existente em nossa sociedade, a própria PNSIPN descreve, ao utilizar dados da PNS (Pesquisa Nacional de Saúde), que, em 2013, 10,6% da população brasileira, que representava 15,5 milhões de pessoas, afirmavam ter sido tratados de forma rude ou ter se sentido discriminadas por algum profissional da saúde (Brasil, 2017).

Portanto, a existência de uma política pública voltada à população negra não garante, por si só, mudanças significativas nas estruturas que reproduzem o racismo institucional. Como destaca Carneiro (2023), o racismo no Brasil é marcado por sua sutileza e pela dificuldade em ser nomeado, o que dificulta o enfrentamento direto de suas manifestações, inclusive no âmbito da saúde.

Assim, embora a PNSIPN represente um marco na história das políticas de saúde no Brasil, sua operacionalização esbarra frequentemente na ausência de recursos, na formação inadequada dos profissionais de saúde sobre as questões raciais e na fragilidade dos mecanismos de monitoramento e avaliação das ações propostas. A esse respeito, destacamos que uma política antirracista não se sustenta apenas com diretrizes, mas com dispositivos concretos de execução, orçamento específico, e uma mudança na cultura institucional. A saúde da população negra continua sendo tratada de forma periférica nos planos estaduais e municipais de saúde, principalmente nas regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos. Como apontado por Batista et al. (2017, apud BARBOSA, AIQUOC e SOUZA, 2021, p. 29), entre os principais obstáculos para a implementação da Política, o racismo se destaca como o mais significativo. Ele se manifesta, por exemplo, na dificuldade do Ministério da Saúde em fornecer dados desagregados por raça/cor que subsidiem a atuação de gestores estaduais e municipais; na ausência de apoio de chefes do Executivo e secretários de saúde; além do racismo presente entre outros técnicos das secretarias, que ainda compreendem a universalidade como princípio estruturante do sistema de saúde, sem reconhecer as especificidades raciais.

Isso é especialmente crítico na região Sul do Brasil, onde as populações negras, embora numericamente menos representadas em relação a outras regiões, enfrentam processos históricos de invisibilização que dificultam o acesso a políticas focalizadas e a atenção à saúde

de forma integral (Leite, 1996). No caso específico dos homens negros com câncer de próstata, a negligência institucional se manifesta tanto na baixa adesão às estratégias preventivas quanto no diagnóstico tardio e no acesso desigual aos tratamentos mais adequados (Paim et al., 2011). Estudos como o de Vieira. (2023) demonstram que há uma correlação entre raça, classe social e tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento oncológico. Esses fatores se entrelaçam aos determinantes sociais da saúde e se intensificam em territórios com menor cobertura de serviços especializados, como frequentemente ocorre em áreas periféricas urbanas ou em municípios do interior (Travassos; Castro, 2012).

Do ponto de vista da geografia da saúde, a distribuição desigual dos equipamentos de atenção oncológica, aliada à escassez de profissionais com formação crítica e sensível às questões étnico-raciais, acentua os obstáculos enfrentados por homens negros na busca pelo cuidado.

É nesse contexto que se evidencia o racismo institucional enquanto estrutura operante, que age silenciosamente ao impor barreiras no acesso, seja pela precariedade dos serviços oferecidos, seja pela ausência de estratégias que contemplem as especificidades dessa população. O racismo institucional na saúde não é apenas a negação do cuidado, mas também a oferta de um cuidado incompleto, fragmentado e desqualificado (KALCKMANN et al., 2007).

Ademais, mesmo com a obrigatoriedade da coleta do quesito raça/cor nos sistemas do SUS, como previsto na Portaria nº 344/2017, a subnotificação e a inconsistência dos dados ainda são grandes entraves para a efetiva análise epidemiológica das doenças que mais acometem a população negra (Brasil, 2017). Isso compromete o planejamento de ações voltadas, por exemplo, à saúde do homem negro com câncer de próstata, dificultando a produção de políticas baseadas em evidências. Sem dados robustos, persiste a invisibilidade e, com ela, a continuidade das iniquidades.

As desigualdades enfrentadas pela população negra, e aqui podemos afirmar também pelos homens negros no campo da saúde, não são fenômenos isolados ou pontuais, mas parte de um sistema histórico e estrutural de exclusão que atravessa instituições, práticas e subjetividades, como viemos demonstrando ao longo de nosso trabalho. No Brasil, país forjado sobre os pilares da escravidão e da ideologia da democracia racial, o racismo opera de maneira silenciosa e persistente, negando à população negra o direito ao cuidado digno, integral e equitativo (Nascimento, 1989; Ribeiro, 2014).

A negação ou a dificuldade do acesso de pessoas negras à Saúde faz uma clara alusão ao que Werneck (2016) reconhece como racismo institucional que, nas palavras do autor, é um

fenômeno que se manifesta nas dinâmicas institucionais, nas práticas sociais e nas formas organizativas da vida coletiva, não dependendo da intenção consciente de discriminar, pois está inscrito nas regras, políticas e silêncios que estruturam as relações sociais.

No contexto da saúde coletiva, a população negra enfrenta uma série de barreiras estruturais que se manifestam na ausência de campanhas específicas, na distribuição desigual de serviços especializados, na carência de protocolos clínicos sensíveis à questão racial e na negligência recorrente diante das queixas de homens negros. Essas desigualdades revelam a persistência do racismo estrutural das instituições que prestam serviços de saúde, algo que impacta diretamente o acesso dessa população (Werneck, 2016; OMS, 2017).

Algo que renasce junto com o andamento da PNSIPN é o que Gonzales (2005) já indicava como o mito da democracia racial, dispositivo ideológico que impede o enfrentamento do racismo. Para ela, a naturalização das desigualdades raciais nas instituições brasileiras, inclusive na saúde, sustenta-se em um modelo de universalismo excludente. Tal ideia corrobora com o que Carneiro (2023) conceitua acerca do racismo institucional, indicando que a produção das desigualdades institucionais opera em benefício de determinados grupos raciais e em detrimento de outros, como já anteriormente demonstrado por meio da dificuldade de implementação dessa política pública.

Quando aplicamos esses entendimentos acerca da construção da PNSIPN e do racismo ao campo da saúde masculina, percebemos que são gerados contornos específicos. O homem negro é atravessado além da estrutura racista por estigmas históricos, entre eles a hipersexualização e a construção da masculinidade negra como forte, resistente e invulnerável. Como argumentado por hooks (2019), esses estereótipos desumanizam os sujeitos negros e impedem que sua dor seja legitimada. Essa masculinidade racializada reforça o que Patrício (2023) chama de “silenciamento do sofrimento”, isto é, a tendência de não expressar dor, não buscar cuidado e evitar procedimentos que envolvam exposição corporal, como o exame de toque retal, essencial para o rastreamento do câncer de próstata.

Ainda sobre a dificuldade da implementação da PNSIPN, Batista e Barros (2017 apud Barbosa, Aiquoc e Souza, 2021, p.21) relatam que, em 2017, apenas 57 municípios e sete unidades da federação haviam implementado a PNSIPN. Isso pode demonstrar uma relação com os dados analisados por SBCO (2025), que indicam que homens negros apresentam maior mortalidade por câncer de próstata, são diagnosticados em estágios mais avançados da doença e recebem menos exames preventivos, mesmo quando ajustados por classe social. Indo ao encontro desse estudo, o trabalho de (COSTA et al., 2025) reforça essa tendência ao destacar que, mesmo diante de acesso formal aos serviços de saúde, as pessoas negras têm piores

desfechos clínicos, o que evidencia a atuação de fatores estruturais e raciais que vão além da renda ou escolaridade, por exemplo.

Quando aplicamos esses entendimentos sobre a dificuldade de institucionalização da PNSIPN à geografia da saúde, que é um dos norteadores desse estudo, temos a possibilidade de entender que a institucionalização de um racismo estrutural também se entende como expressões espaciais de racismo, pois o território é um componente ativo na conformação da saúde (Barcellos, Buzai e Handschumacher, 2018). Sendo assim, a não efetivação de forma eficaz e integradora pode criar afastamentos das pessoas dos cuidados básicos de saúde, além de dificuldades estruturais ao acesso, como já demonstrado.

Portanto, a PNSIPN precisa ser entendida não como um ponto de chegada, mas como um instrumento em constante disputa e (re)construção, que só se torna eficaz na medida em que é pressionado, monitorado e apropriado pelos sujeitos políticos que o originaram: os movimentos negros, pesquisadores comprometidos com a equidade racial e os trabalhadores do SUS que atuam em defesa da justiça social. Como propõem Coelho e Campos (2024), a saúde da população negra só será integralmente garantida quando a estrutura do Estado reconhecer e romper com as lógicas racistas que historicamente definiram quem vive e quem morre neste país. Assim, ao retomarmos nosso objeto de estudo, os homens negros com câncer de próstata na região Sul do Brasil, compreendemos que não se trata apenas de um recorte biomédico ou demográfico, mas de um fenômeno geopolítico, racializada e historicamente determinado. A construção de políticas públicas eficazes para esse grupo exige o entrelaçamento entre território, raça e saúde, com atenção às dinâmicas locais, aos indicadores de acesso e aos atravessamentos históricos que configuram o adoecimento e a morte dessa população. A PNSIPN, nesse sentido, é um marco, mas também um espelho das limitações do próprio Estado frente à urgência de combater o racismo em todas as suas formas.

Diante do panorama traçado nos capítulos anteriores, o próximo capítulo tem como objetivo aprofundar essas reflexões a partir da análise e discussão acerca dos dados coletados nos órgãos públicos, como citado anteriormente, na seção metodológica de nosso trabalho.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS: TERRITÓRIO, RAÇA E AS DESIGUALDADES NOS DESFECHOS DO CÂNCER DE PRÓSTATA EM HOMENS NEGROS NA REGIÃO SUL DO BRASIL

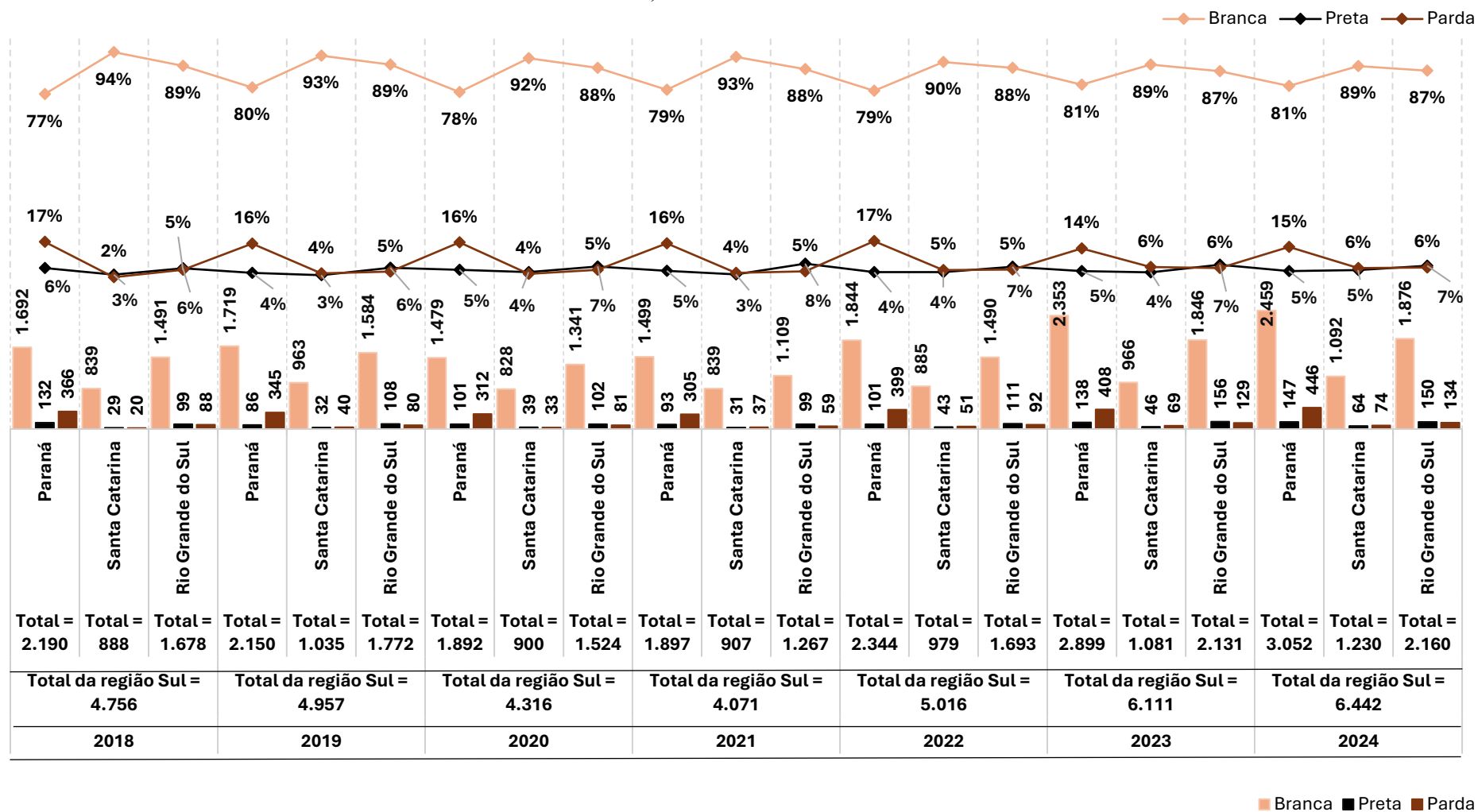
Neste capítulo, iremos apresentar e discutir os dados obtidos por meio de fontes secundárias de acesso público, disponibilizados em plataformas governamentais (DATASUS, SIH e IBGE), que foram sistematizados em gráficos e tabelas, com o intuito de compreender como os determinantes sociais da saúde e as dinâmicas territoriais se expressam na taxa de mortalidade e internações por câncer de próstata (CaP) entre homens negros na região Sul do Brasil, no período de 2018 até 2024, tendo o ano de 2025 somente como estimativas. Porém, algumas tabelas serão apresentadas de 2018 até 2023, devido à falta de informações e dados nas plataformas das governamentais.

A discussão e análise desses dados assume um viés interdisciplinar, assim como tentamos fazer ao longo de todo o trabalho, fundamentando-as nos referenciais da geografia da saúde (Fogaça, 2024), nos conceitos de território (Raffestin, 1993; Gottmann, 2012) e nas perspectivas críticas sobre as desigualdades raciais na saúde (Camargo-Cruz, 2023; Guimarães, 2015).

4.1 ANÁLISE DE TABELAS E DADOS: DOS NÚMEROS DAS INTERNAÇÕES POR CÂNCER DE PRÓSTATA (CaP) ATÉ O PERCENTUAL DA POPULAÇÃO MASCULINA POR RAÇA/COR

O Gráfico 2 representa as internações por Neoplasia Maligna da Próstata na região Sul do Brasil, sendo os dados divididos de acordo com a cor/raça e com as faixas etárias específicas, que vão de 40 anos até 80 anos ou mais, pois são nessa faixa etária que os homens estão propensos a desenvolver essa neoplasia. Além disso, os homens negros são orientados a realizar os exames preventivos para o CaP a partir dos quarenta anos, devido à maior probabilidade de possuir o CaP (INCA, 2019). Quanto a homens negros, Neto (2019, p. 13) relata que “A American Urological Association (AUA) preconiza consultas para detecção precoce a partir dos 40 anos (e a partir dos 55 para não negros) e a European Association of Urology (EAU) a partir de 45 anos”. Portanto, são esses os motivos pelos quais delimitamos a faixa etária de nosso trabalho, a qual designamos “faixa de risco”.

Gráfico 2: Internações por Neoplasia Maligna da Próstata na Região Sul do Brasil, de acordo com a faixa etária de risco (40 anos até 80 anos ou mais), entre 2018 e 2024



Fonte: Ministério da Saúde -SIH/SUS (2025). Org. Álvaro A. S. Bageston

Conseguimos perceber, a partir da análise do Gráfico 2, que temos o maior número de internações para homens brancos no estado do Paraná (PR). No ano de 2018, as internações foram de 2.190, sendo 1.692 homens brancos internados, o que representa 77% do total de internações por CaP para o estado nesse ano. Em 2019, das 2.150 internações por essa neoplasia que ocorreram no estado do PR, 1.719 homens brancos foram internados por CaP, o que representa 80% das internações por essa doença no estado.

Já nos anos de 2020, 2021 e 2022, as internações de homens brancos por CaP representaram, respectivamente, 78% (1.479), 79% (1.499) e 79% (1.844), o que representa uma oscilação para menos, se comparado às internações de homens brancos de 2019. O grande salto das internações dos homens brancos no estado do PR está nos próximos dois anos; em 2023, as internações por CaP representaram 75%, com o número de 2.353 de casos para homens brancos naquele estado. O mesmo ocorre em 2024, quando 2.353 homens brancos foram internados por CaP, representando 77% do total das internações por essa doença no PR. Da mesma maneira ocorre nos estados de Santa Catarina (SC) e Rio Grande do Sul (RS), onde o número de internações é maior para homens brancos.

No estado de SC, em 2018, a porcentagem para esses homens era de 94%, o que representa 839 das 888 internações. Para o ano de 2019, os casos subiram para 1.035, sendo que 93% das internações eram de homens brancos, ou seja, 963 dos homens desse estado que foram internados por neoplasia maligna da próstata eram brancos. Para o ano de 2020, os números de internações em homens brancos diminuíram para 828 das 900 internações registradas, o que representa 92% do total para aquele ano. Já em 2021, o estado apresentou um novo aumento nas internações, sendo que 839 homens brancos foram internados por CaP, das 907 internações para esse estado, o que representa uma porcentagem de 93% dos registros de internações. Para os anos de 2022, 2023 e 2024, o estado de SC teve pequenas oscilações nas internações hospitalares, sendo o número total de 979 internações no ano de 2022, onde 90% dos internados eram homens brancos, ou seja, 885 homens brancos internados por CaP no estado do SC. Em 2023, das 1.801 internações, 966 eram de homens brancos, representando 89% das internações por essa doença no estado. No ano de 2024, as internações hospitalares por CaP ficaram na casa de 1.230, onde 89% dessas internações eram de homens brancos, o que representa 1.092 internações por essa neoplasia.

No RS, a porcentagem de internações, em 2018, foi de 1.678, onde os homens brancos representaram 89% das internações, ou seja, 1.491 internações por CaP. Já, para o ano de 2019, o RS apresentou 1.772 internações por essa neoplasia, onde 1.584 eram brancos, representando 89% das internações registradas. Para o ano de 2020, as internações por CaP nesse estado eram

de 1.524, onde 88% dessas internações foram de homens brancos, o que significa que 1.341 homens internados em virtude dessa doença eram brancos. No ano de 2021, 1.267 internações por CaP foram registradas, sendo que, desse total, 1.109 eram homens brancos, o que representa 88% das internações. Em de 2022, o RS passou por aumento nos números de internações, sendo registrados 1.693 internações por essa neoplasia, das quais 1.490 eram internações de homens brancos, configurando 88% das internações totais desse estado. Nos dois anos seguintes, é possível identificar um aumento maior nas internações, sendo que em 2023 subiu para 2.131 e, em 2024, para 2.160. Em 2023, 1.846 internações eram de homens brancos, sendo 86% de um total de 2.131 internações hospitalares por CaP. Já em 2024, os homens brancos representavam 87% das internações, sendo 1.876 das 2.160 internações por CaP. Ou seja, quando se relaciona a cor/raça, homens brancos representam a maior parte das internações, o que pode ser parcialmente explicado pela maior proporção populacional de brancos na região Sul.

Para homens negros (pretos e pardos), os números de internações apresentam uma crescente constante, mas continuam sendo menores em relação às de homens brancos. No ano de 2018, homens negros representaram 23% das internações no PR, o que significa que 498 das 2.190 internações por CaP eram homens negros. Já em SC, das 888 internações, 49 eram de homens negros, o que representa 5% do total das internações. No RS, das 1.678 internações, 187 eram de homens negros, representando 11% do total de internações por CaP, em 2018. Para o ano de 2019, das 2.150 internações por CaP no PR, 433 eram negros, o que representa 20% do total de internações. Já em SC, as internações totais por CaP foram de 1.035; desse número, 72 eram de homens negros, representando 7% das internações para esse ano. No RS, para o mesmo ano, os casos totais foram 1.772, sendo que, desse número, 11% das internações eram de homens pretos e pardos, ou seja, 188 das internações.

Para o ano de 2020, foram registradas 1.892 internações por CaP no estado do PR, sendo que, 413 dessas internações foram de homens negros, o que representa 21% dos casos de hospitalização totais para esse ano no estado. Em SC, para o mesmo ano, as internações hospitalares por CaP foram de 900 pessoas; desse número, 72 eram homens negros, o que gera um percentual de 8% das hospitalizações. Já no RS, o número registrado de internações por CaP foi de 1.524, sendo que, dessas, 183 pertenciam à raça/cor negra, o que representa um percentual de 12% para esse ano.

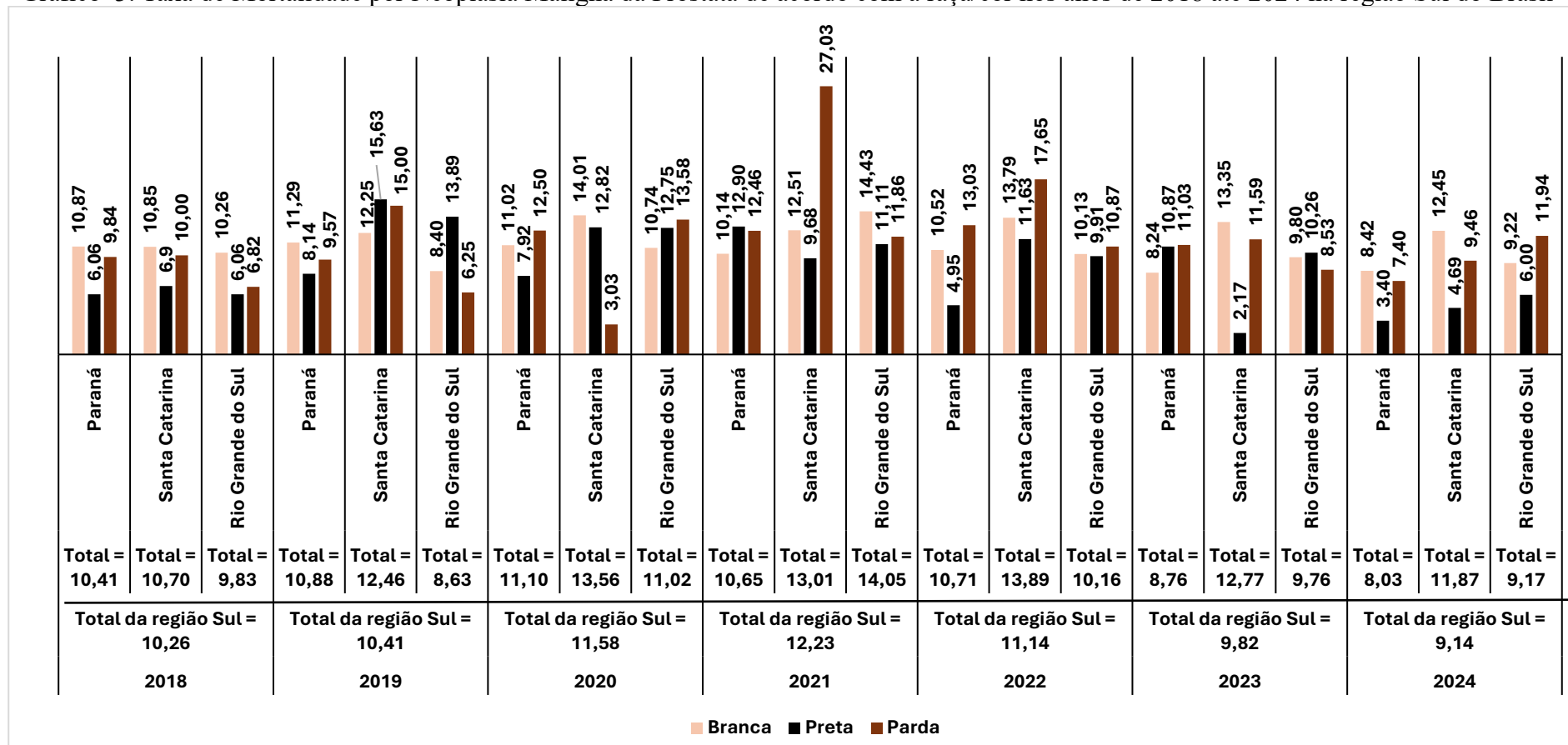
Em 2021, o PR registrou 1.897 casos de internação hospitalar por CaP, sendo que, desses, 398 eram de homens negros, o que representa 21% das internações totais por CaP. Já em SC, no mesmo ano, foram registrados 907 casos de internações hospitalares por essa doença, sendo que 68 deles foram de homens negros, representando 7% das internações. No RS, em

2021, o número de internações por CaP foi de 1.267, sendo 158 dessas internações de homens negros, configurando 13% dos casos de hospitalização por CaP.

Em 2022, o estado do PR apresentou um total de 2.344 casos de internações por CaP, sendo que 500 foram de homens negros, representando 21% dos casos de hospitalização totais para esse ano. Para o ano de 2022, o estado de SC apresentou 979 internações por CaP, onde, desse total, 9% eram homens negros, representando uma marca de 94 hospitalizações. No estado do RS, para o mesmo ano, registrou-se 1.693 hospitalizações por CaP, sendo 203 casos de homens negros, o que gera um percentual de 12% do total de internações para o estado. No ano de 2023, PR, SC e RS juntos registraram o total de 6.111 internações por CaP, sendo que, desse número, Paraná apresenta 2.899 hospitalizações, sendo 546 de homens negros, o que representa 19% dos casos totais de hospitalização por CaP para o estado. Em SC, para o mesmo ano, o número total de internações registradas foi de 1.801, sendo 115 de homens negros, o que configura 10% das internações totais dessa neoplasia no estado. No RS, para o ano de 2023, o número de internações total por CaP registrado foi de 2.131, sendo que 285 foram de homens negros, o que gera um percentual de 13% das hospitalizações totais dessa doença nesse estado.

Para o ano de 2024, o estado do PR apresentou o registro de 3.052 internações por CaP, sendo o maior número registrado no recorte temporal sob análise; desse número, as hospitalizações de homens negros por essa neoplasia são de 593, o que representa um percentual de 20% das internações totais para o ano. Em SC, o número total de hospitalizações por CaP foi de 1.230; desse número, 138 são homens negros, o que representa 11% dos casos de hospitalizações por CaP para o estado no ano naquele ano. No RS, dos 2.160 casos de hospitalização por CaP, 284 foram de homens negros, o que representa um percentual de 13% das internações total por CaP, em 2024. Para que possamos estabelecer uma ligação entre os dados referentes aos óbitos por CaP, ilustraremos as taxas de mortalidade por CaP, na região Sul do Brasil, no Gráfico 3.

Gráfico 3: Taxa de Mortalidade por Neoplasia Maligna da Próstata de acordo com a raça/cor nos anos de 2018 até 2024 na região Sul do Brasil



Fonte: Ministério da Saúde -SIH/SUS (2025). Org. Álvaro A. da S. Bageston

O Gráfico 3 do nosso trabalho tem como finalidade apresentar as taxas de mortalidade por CaP na população masculina da região Sul do Brasil, entre os anos de 2018 até 2024, ajustadas proporcionalmente à distribuição populacional por raça/cor, de acordo com a faixa etária de risco que, conforme citamos no Gráfico 2, vai de 40 anos até 80 anos ou mais. A análise da taxa de mortalidade é fundamental para evidenciar disparidades na mortalidade entre homens brancos e homens negros, indo além da simples contagem de óbitos absolutos.

Para isso, é necessário compreender o conceito e a relevância da taxa de mortalidade como indicador epidemiológico. Segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde RIPSa (2008), a taxa de mortalidade é a razão entre o número de óbitos ocorridos em uma determinada população, em um dado período, e o número de habitantes nesse mesmo período, geralmente expressa por mil ou por cem mil habitantes. Trata-se, portanto, de um indicador que permite avaliar o risco de morte em diferentes grupos populacionais, funcionando como parâmetro essencial para análise da situação de saúde.

Podemos verificar que as taxas de mortalidade por CaP, para o ano de 2018, no Paraná indicam 10,87% para a população branca e 15,9% negra. No estado SC, para homens brancos, a taxa de mortalidade é de 10,85% e de 16,9% para homens negros. Já no RS, as taxas de mortalidade são de 10,26% para homens brancos e 12,88% para homens negros. Neste primeiro ano da série, observa-se que a taxa de mortalidade entre homens negros foi superior em todos os estados da região Sul.

No ano de 2019, as taxas de mortalidade por CaP, no estado do PR, foram de 11,29% para homens brancos e 17,71% para homens negros; já, no estado de SC, as taxas apresentam um percentual de 12,25% para homens brancos e 30,63% para homens negros. A taxa de mortalidade por CaP, para esse ano, no estado do RS, foi de 8,40% para homens brancos e 20,14% para homens negros. Demonstra-se, assim, um expressivo aumento das taxas de mortalidade para ambas as raças/etnias, mas o aumento se demonstrou superior para homens negros na região Sul.

No ano de 2020, as taxas de mortalidade por CaP na região Sul do Brasil foram de: 11,02% para homens brancos e 20,42% para homens negros, no estado do PR. No estado de SC, as taxas foram de 14,01% para homens brancos e 15,85% para homens negros. No RS, as taxas para esse ano foram de 10,74% para homens brancos e 26,33% para homens negros. Esses dados apontam um crescimento em relação aos anos anteriores para ambas as raças/etnias, mas com uma diferença considerável entre as taxas para essas etnias.

Em 2021, o PR registou taxas de mortalidade por CaP de 10,14% para os homens brancos e de 25,36% para homens negros. Em SC, as taxas de mortalidade por CaP foram,

respectivamente, 12,51% para homens brancos e 36,77% para homens negros. O estado do RS apresentou, como taxas para esse ano, 14,43% para homens brancos e 22,97% para homens negros. Dessa forma, 2021 configura o pico da disparidade entre as taxas de mortalidade para os homens negros na região Sul. No ano de 2022, as taxas de mortalidade por CaP no PR foram de 10,52% para homens brancos e 17,98% para homens negros. Em SC, as taxas registradas foram de 13,79% para homens brancos e 29,28% para homens negros. No RS, as taxas foram de 10,13% para homens brancos e de 20,78% para homens negros. Tais dados demonstram uma leve queda geral nas taxas, mas a discrepância racial se mantém.

Em 2023, as taxas de mortalidade por CaP são de 8,24% para homens brancos e 21,9% para homens negros no estado do PR. Em SC, as taxas são de 13,35% para homens brancos e 13,76% para homens negros. Já no RS, as taxas são de 9,80% para homens brancos enquanto, para homens negros, a taxa é de 18,79%. Em pleno período pós-pandêmico, a redução entre brancos não foi acompanhada quando comparada à queda entre negros, o que reforça os impactos duradouros da desigualdade.

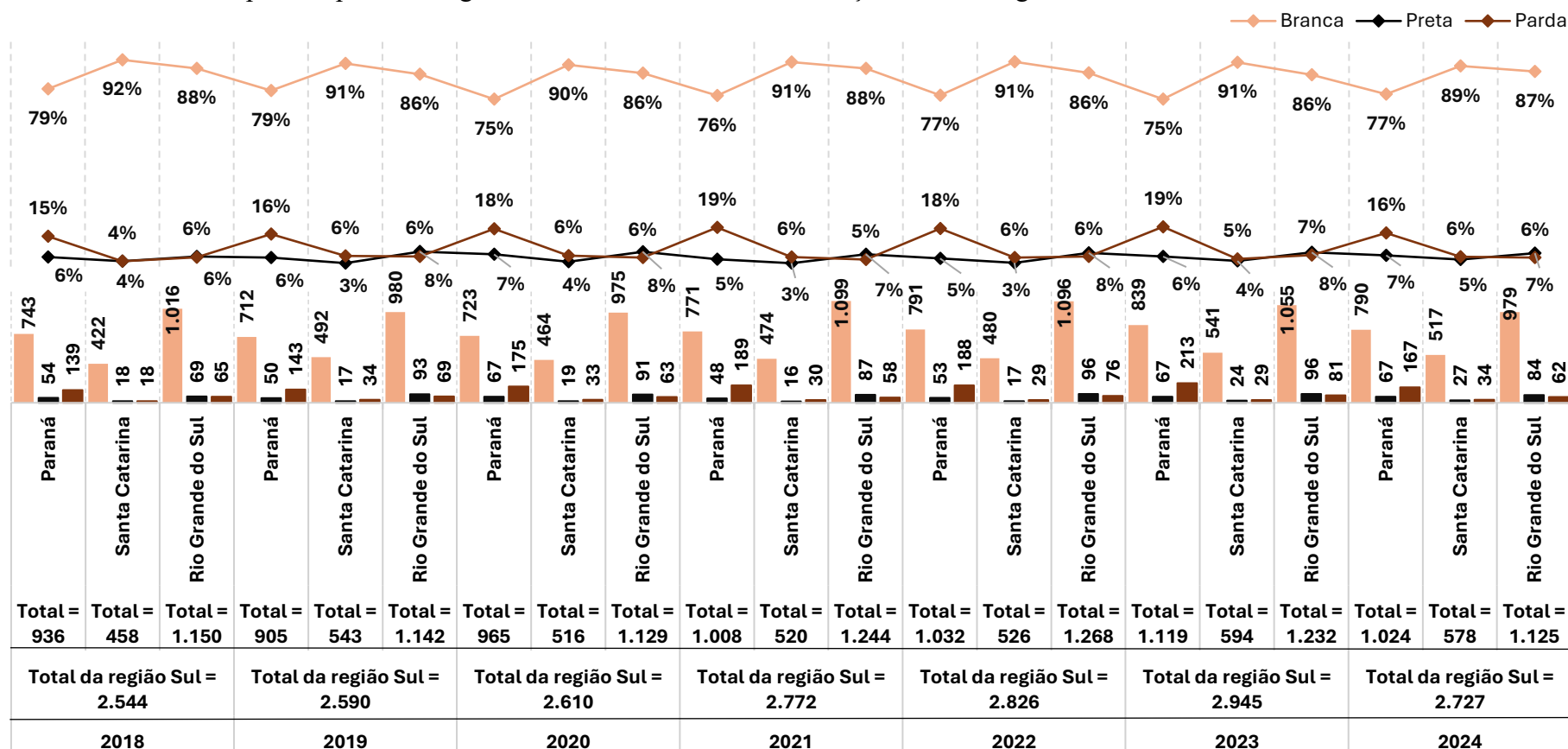
Para o ano de 2024, as taxas de mortalidade por CaP foram de 8,42% para homens brancos e de 10,8% para homens negros. No estado de SC, no mesmo ano, as taxas de mortalidade por CaP foram de 12,45% para homens brancos e 14,15% para homens negros. Já, no estado do RS, as taxas de mortalidade por CaP foram de 9,22% para homens brancos e 17,94% para homens negros.

Como pudemos visualizar, as taxas de mortalidade entre negros seguem superiores em todos os estados, encerrando a série com um padrão de desigualdade persistente. Inclusive, as taxas de mortalidade dos estados ultrapassam as taxas médias da própria região em que estão dispostas quando referido aos homens negros, pois, em 2018, a média da região era de 10,26%; indo para 10,41% em 2019; em 2020, média de 11,58%; em 2021, 12,23%; em 2022, de 11,14%; em 2023, de 9,82% e, em 2024, de 9,14%, sendo os números da região em sua maioria menor do que todas as taxas de mortalidade por CaP dos três estados.

Diante dos dados analisados no Gráfico 3, constata-se que, embora os homens negros representem uma minoria populacional na região Sul do Brasil, suas taxas de mortalidade por câncer de próstata são sistematicamente superiores às dos homens brancos em todos os estados e anos observados.

Nesse sentido, o Gráfico 4 nos permitirá aprofundar a análise ao apresentar o total de óbitos registrados por neoplasia maligna da próstata, distribuídos por raça/cor na região Sul do Brasil entre os anos de 2018 até o ano de 2024, possibilitando uma leitura ainda mais ampla dos números por trás do CaP, a partir de um atravessamento racial.

Gráfico 4: Óbitos por Neoplasia Maligna da Próstata, de acordo com a raça/etnia, na Região Sul do Brasil, nos anos de 2018 até 2024



Branca Preta Parda

Fonte: Ministério da Saúde -SIH/SUS (2025). Org. Álvaro A. da S. Bageston

O Gráfico 4 apresenta os dados absolutos de óbitos por CaP, na região Sul do Brasil, desagregados por raça/cor, de acordo com a faixa etária (40 anos até 80 anos ou mais) compreendida como de risco para o CaP, conforme citamos anteriormente em nosso trabalho.

A inclusão dos dados de óbitos por CaP em nosso estudo tem por objetivo ampliar a compreensão sobre os impactos do câncer de próstata na população masculina negra da região Sul do Brasil. Ao considerar os óbitos como objeto de análise, não se trata apenas de quantificar vidas perdidas, mas de compreender como os processos de adoecimento e morte se distribuem de forma desigual entre os grupos sociais e raciais, refletindo determinantes sociais e estruturais. Analisar os óbitos por CaP sob a perspectiva da raça/cor permite evidenciar que a morte não ocorre de forma aleatória ou igualitária. Como afirmam Buss e Filho (2007), a mortalidade reflete as iniquidades históricas e estruturais presentes em uma sociedade.

O Gráfico 4 retrata, para o ano de 2018, um total de 2.544 óbitos por CaP na região Sul do país; desses, 936 mortes foram registradas no estado do PR, 458 em SC e 1.150 no RS. Desse registro, os homens brancos e negros que faleceram por CaP no estado do PR são, respectivamente, 743 (79%) e 193 (21%) do total para esse estado. Já, no estado de SC, das mortes por essa doença, 422 (92%) são homens brancos e 36 (8%) são homens negros. Para o estado do RS, 1.016 (88%) casos de óbitos são de homens brancos e 134 (12%) são de homens negros.

No ano de 2019, a região analisada atingiu 2.590 óbitos por CaP. O estado do PR apresenta um montante de 905 óbitos, sendo 712 (79%) óbitos de homens brancos e 193 (22%) óbitos de homens negros. Dos registros de óbitos por CaP na região Sul, Santa Catarina apresentou 543 óbitos, distribuídos em 492 (91%) óbitos de homens brancos por essa neoplasia e 51 (9%) homens negros tiveram a vida ceifada pelo CaP no mesmo ano. O estado do RS representou 1.142 óbitos do geral para a região, sendo 980 (86%) dos óbitos referentes a homens brancos e 162 (14%) referentes a homens negros.

Segundo os registros de óbitos por CaP na região Sul do país em 2020, foram registradas 2.610 mortes por essa doença, das quais 965 foram no estado do Paraná, divididos em 723 (75%) óbitos de homens brancos e 242 (25%) óbitos de homens negros. Já, no estado de SC, foram registrados 516 óbitos por CaP, sendo que 464 (90%) dessas mortes foram de homens brancos e 52 (10%) óbitos de homens negros. O Rio Grande do Sul apresentou o maior número de óbitos para esse ano 1.129, dos quais 975 (86%) foram de homens brancos e 154 (14%) de homens negros.

Em 2021, essa região registrou 2.772 óbitos por CaP, sendo que 1.008 óbitos foram registrados no estado do PR; desse número, 771 (76%) mortes foram de homens brancos e 237

(24%) de homens negros. Em SC, foram registrados 520 óbitos por CaP, sendo 474 (91%) mortes de homens brancos e 46 (9%) de óbitos de homens negros. No RS, foram registrados 1.244 óbitos por CaP, sendo que, desses, 1.099 (88%) foram de homens brancos e 145 (12%) mortes foram de homens negros.

A região Sul do Brasil registrou, em 2022, 2.826 óbitos por CaP, sendo que, do total de óbitos pela doença, 1.032 foram registrados no estado do PR. Esses dados, quando revisados por raça/cor, indicam que 791 (77%) das mortes por essa doença, no período, foram de homens brancos e 241 (23%) de homens negros. O estado de SC registrou 526 mortes por CaP do total para a região; desse número, 480 (91%) eram homens brancos e 46 (9%) eram homens negros. O RS apresentou 1.268 óbitos por CaP do total da região, e, do montante estadual, 1.096 (86%) dessas mortes foram de homens brancos e 172 (14%) óbitos foram de homens negros.

No ano de 2023, a região analisada atingiu 2.945 óbitos por CaP. O estado do PR apresentou de 1.119 óbitos nesse período, sendo 839 (75%) óbitos de homens brancos e 280 (25%) óbitos de homens negros. Em Santa Catarina, dos registros de óbitos por CaP na região Sul, o estado apresentou 594 óbitos, distribuídos em 541 (91%) de homens brancos mortos por essa neoplasia e 53 (9%) homens negros mortos pela mesma doença. O estado do RS representou 1.232 óbitos do total para a região, sendo 1.055 (86%) dos óbitos de homens brancos e 177 (15%) foram óbitos de homens negros.

Segundo os óbitos por CaP na região Sul do país, em 2024, foram registradas 2.727 mortes por essa doença, das quais 1.024 foram no estado do PR, sendo 790 (77%) óbitos de homens brancos e 234 (23%) óbitos de homens negros. Em Santa Catarina, foram registrados 578 óbitos por CaP, sendo que 517 (90%) foram de homens brancos e 61 (11%) óbitos de homens negros. O estado do RS apresentou 1.125 óbitos por CaP nesse ano, sendo 979 (87%) de homens brancos e 146 (13%) de homens negros.

Tabela 3: Características dos óbitos por CaP na região Sul do Brasil, por raça/cor de acordo com a faixa etária (40 anos até 80 anos ou mais) por estado-UF, nos anos de 2018 até 2023

(continua)

CARACTERÍSTICAS ÓBITOS POR CaP NO PARANÁ 2018 até 2023				
Estado civil				
Situação	Nº. Brancos	% Brancos	Nº Negros	% Negros
Casado	2.690	62,4	768	59
Solteiro	328	7,6	159	12,2
Viúvo	990	23	268	20,6
Separado judicialmente	300	7	106	8,1
Total	4.308	100	1.301	100

(continuação)

CARACTERÍSTICAS ÓBITOS POR CaP NO PARANÁ 2018 até 2023

Escolaridade				
Situação	Nº. Brancos	% Brancos	Nº Negros	% Negros
Nenhuma	579	13,5	339	26,3
1 a 3 anos	1.172	27,4	371	28,8
4 a 7 anos	1.456	34,0	409	31,7
8 a 11 anos	720	16,8	140	10,9
12 anos e mais	350	8,2	30	2,3
Total	4.277	100	1.289	100

CARACTERÍSTICAS ÓBITOS POR CaP EM SANTA CATARINA 2018 até 2023

Estado civil				
Situação	Nº. Brancos	% Brancos	Nº Negros	% Negros
Casado	1.641	62	36	14
Solteiro	159	6	133	52
Viúvo	611	23	66	26
Separado judicialmente	237	9	20	8
Total	2.648	100	255	100

Escolaridade				
Situação	Nº. Brancos	% Brancos	Nº Negros	% Negros
Nenhuma	180	6,8	53	20,9
1 a 3 anos	699	26,4	66	26,1
4 a 7 anos	1.098	41,4	92	36,4
8 a 11 anos	462	17,4	34	13,4
12 anos e mais	212	8,0	8	3,2
Total	2.651	100	253	100

CARACTERÍSTICAS ÓBITOS POR CaP NO RIO GRANDE DO SUL 2018 até 2023

Estado civil				
Situação	Nº. Brancos	% Brancos	Nº Negros	% Negros
Casado	3.305	59,3	402	47,7
Solteiro	570	10,2	160	19
Viúvo	1.230	22,1	213	25,3
Separado judicialmente	465	8,3	67	8
Total	5.570	100,0	842	100

Escolaridade				
Situação	Nº. Brancos	% Brancos	Nº Negros	% Negros
Nenhuma	393	8,3	145	19,4
1 a 3 anos	1.329	28,1	213	28,5
4 a 7 anos	1.632	34,5	241	32,3
8 a 11 anos	983	20,8	126	16,9
12 anos e mais	395	8,3	22	2,9
Total	4.732	100	747	100

(conclusão)

CARACTERÍSTICAS ÓBITOS POR CaP NA REGIÃO SUL DO BRASIL 2018 até 2023

Estado civil				
Situação	Nº. Brancos	% Brancos	Nº Negros	% Negros
Casado	7.636	61	1.303	54,3
Solteiro	1.057	8,4	355	14,8
Viúvo	2.831	22,6	547	22,8
Separado judicialmente	1.002	8	193	8
Total	12.526	100	2.398	100

Escolaridade				
Situação	Nº. Brancos	% Brancos	Nº Negros	% Negros
Nenhuma	1.152	9,9	537	23,5
1 a 3 anos	3.200	27,4	650	28,4
4 a 7 anos	4.186	35,9	742	32,4
8 a 11 anos	2.165	18,6	300	13,1
12 anos e mais	957	8,2	60	2,6
Total	11.660	100	2.289	100

Fonte: Ministério da Saúde -SIH/SUS (2025). Org. Álvaro A. da S. Bageston

A Tabela 3 apresenta as características dos óbitos por CaP, na região Sul do Brasil, entre 2018 até o ano de 2023, diferenciando-se, assim, do Gráfico 4 quanto aos anos de registro, pois os dados que constam nas bases de dados governamentais vão somente até 2023. Ressaltamos que, para a Tabela 3, usamos como definidores da pesquisa na base de dados as variáveis raça/cor, faixa etária de 40 a 80 anos ou mais, escolaridade e estado civil, para que possamos observar os óbitos por CaP por estado e pelo agregado da região, a partir dessas características.

No estado do Paraná, homens casados representaram a maioria dos óbitos tanto entre brancos 2.690 (62,4%), quanto negros 768 (59%). Viúvos vieram em seguida: 990 (23%) entre brancos e 268 (20,6%) entre homens negros. Solteiros: 328 (7,6) para homens brancos e 159 (12,2) para homens negros. Já os óbitos de homens separados judicialmente são 300 (7%) para brancos e 106 (8,1) para homens negros.

Ainda sobre o estado do PR, percebemos que os óbitos por CaP estão ligados ao nível de escolaridade, sendo que aqueles que não possuem nenhuma escolaridade são 13,5% (579) dos óbitos de homens brancos e 26,3% (339) de homens negros, já homens brancos com 1 a 3 anos de instrução escolar representam 27,4% (1.172) dos óbitos e homens negros com o mesmo nível de instrução são 28,8% (371) do total de mortes; já os óbitos entre homens com 4 a 7 anos de instrução são: 34% (1.456) de homens brancos e 31,7% (409) de homens negros; os óbitos de homens com 8 a 11 anos de instrução são: 16,8% (720) de óbitos de homens brancos e 10,9%

(140) de homens negros; já entre os homens com 12 anos ou mais de escolaridade, a mortalidade é de 8,2% (350) para homens brancos e de 8,1% (106) para homens negros por CaP.

No estado de Santa Catarina, os óbitos por CaP, de acordo com o estado civil, apresentaram um total de 2.648 casos para homens brancos, sendo desses: 62% (1.641) casados; 6% (159) solteiros; 23% (611) viúvos e 9% (237) separados judicialmente. Já os óbitos de homens negros por CaP, de acordo com o estado civil, apresentaram os seguintes dados: dos 255 casos, 14% (36) eram casados; 52% (133) solteiros; viúvos, 26% (66), e 8% (20) eram separados judicialmente, totalizando 255 casos de óbitos por CaP nessa característica.

Já os óbitos por CaP, de acordo com a escolaridade no estado de SC, demonstram que homens brancos com nenhuma escolaridade representam 6,8% (180); com escolaridade de 1 a 3 anos representam 26,4% (699); com 4 a 7 anos de escolaridade, 41,4% (1.098); de 8 a 11 anos de escolaridade representam 17,4% (462); com escolaridade de 12 anos ou mais, 8% (212), totalizando 2.651 óbitos de homens brancos por CaP de acordo com a escolaridade para SC.

Já os óbitos por CaP de homens negros no estado de SC, de acordo com a escolaridade, são: 20,9% (53) para homens com nenhuma escolaridade; 26,1% (66) têm de 1 a 3 anos de escolaridade; 36,4% (92) têm 4 a 7 anos de escolaridade; 13,4% (34), de 8 a 11 anos e 3,2% (8) apresentam 12 anos de escolaridade ou mais, totalizando 253 óbitos de homens negros por essa doença de acordo com essa característica.

No estado do RS (Rio Grande do Sul), os óbitos de acordo com a característica estado civil foram: 59,3% (3.305) óbitos de homens brancos casados; 10,2% (570) de homens brancos solteiros; 22,1% (1.230) de homens brancos viúvos e 8,3% (465) de homens brancos judicialmente separados, o que totaliza 5.570 óbitos por CaP, nesse segmento. Já os óbitos de homens negros por CaP, de acordo com essa característica, representaram: 47,7% (402) de homens casados; 19% (160) de solteiros; 25,3% (213) de homens negros viúvos e 8% (67) de homens negros separados judicialmente, totalizando 842 óbitos por CaP nessa característica.

No RS, os óbitos por CaP, de acordo com a escolaridade apresentou para homens brancos: 8,3% (393) de óbitos de homens com nenhuma escolaridade; 28,1% (1.329) com escolaridade de 1 a 3 anos; 34,5% (1.632) de 4 a 7 anos de escolaridade; 20,8% (983) de 8 a 11 anos de escolaridade; 8,3% (395) com 12 anos ou mais de escolaridade, totalizando 4.732 mortes de homens brancos por CaP de acordo com essa característica. Já os óbitos por CaP em homens negros no RS segundo essa característica foram de: 19,4% (145) com nenhuma escolaridade; 28,5% (213) com escolaridade de 1 a 3 anos; 32,3% (241) de 4 a 7 anos de escolaridade; homens com 8 a 11 anos de escolaridade, 16,9% (126) e 2,9% (22) de óbitos de homens negros com 12 anos ou mais de escolaridade, totalizando 747 mortes.

Os dados agregados dos óbitos por CaP na região Sul do Brasil, registraram, acerca da característica do estado civil para os homens brancos: 61% (7.636) eram casados; 8,45% (1.057) eram solteiros; 22,6% (2.831) viúvos e 8% (1.002) eram separados judicialmente, totalizando 12.526 óbitos por CaP, de acordo com essa característica para homens brancos. Já os óbitos de homens negros nessa característica foram: 54,3% (1.303) casados; 14,8% (355) solteiros; 22,8% (547) viúvos e 8% (193) separados judicialmente, totalizando 2.398 óbitos.

A respeito dos registros de óbitos por CaP, de acordo com a escolaridade, foram registrados: 9,9% (1.152) com nenhuma escolaridade; 27,4% (3.200) com 1 a 3 anos de escolaridade; 35,9% (4.186) com 4 a 7 anos de escolaridade; 18,6% (2.165) com, de 8 a 11 anos de instrução escolar e 8,2% (957) com 12 anos ou mais de escolaridade, o que totaliza 11.660 óbitos para homens brancos segundo essa categoria. Já os dados para óbitos de homens negros, de acordo com essa categoria, apresentam: 23,5% (537) com nenhuma escolaridade; 28,4% (650) com 1 a 3 anos de escolaridade; 32,4% (742) de 4 a 7 anos de instrução escolar; 13,1% (300) com 8 anos até 11 de escolaridade e 2,6% (60) com 12 anos ou mais de escolaridade, totalizando 2.289 óbitos de homens negros.

Diante desse panorama, é imprescindível aprofundar a análise sobre a constituição demográfica da população masculina da região Sul, sobretudo a partir da autodeclaração de cor ou raça. Isso permitirá estabelecer correlações mais precisas entre o perfil populacional e os indicadores de saúde analisados, reforçando a importância de análises ajustadas por composição populacional e raça/cor.

Assim, passamos à análise da Tabela 4, que se debruça sobre a distribuição percentual da população masculina segundo cor ou raça, no período de 2018 a 2023. A Tabela 4 tem como objetivo apresentar a variação percentual da população masculina brasileira segundo os marcadores de cor/raça brancos e negros (pretos e pardos), entre os anos de 2018 e 2023, com foco especial na região Sul do país.

Tabela 4: População Masculina por Raça/cor de acordo com a faixa etária (40 anos até 80 anos ou mais) na Região Sul do Brasil, de acordo com os anos de 2018 até 2023 (variável-distribuição percentual)

(continua)

Variável - distribuição percentual da população masculina segundo cor ou raça (%) - 2018 até 2023		
Paraná		
Ano	% Brancos	% Negros
2018	64,5	34,2
2019	61,8	36,9
2020	64,1	34,5

(conclusão)		
Variável - distribuição percentual da população masculina segundo cor ou raça (%) - 2018 até 2023		
Paraná		
2021	64,3	34,7
2022	62,9	35,8
2023	61,7	37,2
Santa Catarina		
Ano	% Brancos	% Negros
2018	78,8	20,7
2019	78,7	20,6
2020	82,2	17,5
2021	81,2	18,3
2022	77,8	21,4
2023	76,5	23,2
Rio Grande do Sul		
Ano	% Brancos	% Negros
2018	76,9	22,7
2019	77,7	21,9
2020	79,7	20
2021	80,4	19,4
2022	78	21,6
2023	75,6	24,2
Região Sul do Brasil		
Ano	% Brancos	% Negros
2018	72,6	26,6
2019	71,9	27,3
2020	74,3	24,9
2021	74,4	24,9
2022	72,1	27
2023	70,5	28,9

Fonte: IBGE-Sidra, (2025). Org. Álvaro A. da S. Bageston

A Tabela 4 apresenta a distribuição percentual da população masculina da região Sul do Brasil. Realizou-se a extração dos mesmos dados individualmente para os três estados da região; os dados foram coletados entre os anos de 2018 e 2023, de acordo com a cor/raça e faixa etária (40 anos até 80 anos ou mais). Ressaltamos que, devido à falta de dados referentes ao ano de 2024, nossa tabela apresenta dados até o ano de 2023.

No ano de 2018, no estado do PR, 64,5% da população masculina com idade de 40 anos até 80 anos ou mais era composta por homens brancos, contra 34,2% de homens negros; já em 2019, seguindo os mesmos recortes de raça/cor, os dados indicaram 61,8% de homens brancos e 36,9% de negros; no ano de 2020, os números foram de 64,1% para homens brancos e 34,5%

de homens negros; em 2021, 64,3% da população masculina de acordo com a faixa etária (40 anos até 80 anos ou mais) era composta por homens brancos, contra 34,7% de homens negros. Em 2022, homens brancos eram 62,9% da população e 35,8% eram homens negros; em 2023, 61,7% da população era de homens brancos, contra 37,2% de homens negros.

Já no estado de SC, em 2018, homens brancos na faixa etária de 40 anos até 80 anos ou mais representavam 78,8%, e homens negros, no mesmo recorte de idade e ano, representavam 20,7% da população masculina; no mesmo estado, no ano de 2019, homens brancos eram 78,7% e 20,6%, homens negros; em 2020, 82,2% eram homens brancos e 17,5%, homens negros. Em 2021, 81,2% eram de homens brancos e 18,3%, homens negros; já no ano de 2022, 77,8% da população masculina dentro do recorte de idade era composta de homens brancos e 21,4%, de homens negros; no ano de 2023, homens brancos representavam 76,5% desse recorte populacional e 23,2% eram homens negros, para esse estado.

No estado do RS, em 2018, a população masculina dentro da faixa etária recortada (de 40 anos até 80 anos ou mais) foi: 76,9% de homens brancos e 22,7% de homens negros; no ano de 2019, 77,7% eram homens brancos e 21,9%, homens negros; em 2020, 79,7% eram homens brancos e 20%, homens negros. Em 2021, 80,4% da população masculina era de homens brancos e 19,4%, de homens negros; no ano de 2022, 78% eram homens brancos e 21,6% de homens negros; em 2023, 75,6% da população masculina era de homens brancos, contra 24,2% de homens negros.

De acordo com a Tabela 4, na região Sul do país, em 2018, 72,6% da população com idade de 40 anos até 80 anos ou mais era de homens brancos e 26,6% eram homens negros; para o ano de 2019, 71,9% desse recorte da população masculina era composto de homens brancos e 27,3%, de homens negros; para o ano de 2020, 74,3% eram homens brancos e 24,9%, homens negros. Em 2021, o mesmo recorte da população masculina era representado por 74,4% de homens brancos e 24,9% de homens negros; para o ano de 2022, esse recorte da população masculina da região Sul do Brasil apresentava 72,1% de homens autodeclarados⁸ brancos e 27% de homens autodeclarados negros. Em 2023, esse recorte da população masculina aponta que 70,5% dessa população é composta de homens brancos e 28,9%, de homens negros.

Dessa forma, a análise realizada ao longo dessa seção, acerca das tabelas sobre números de internações, taxas de mortalidade, óbitos, características dos óbitos por CaP e porcentagem

⁸ Significado de autodeclaração, segundo Senado Federal (2023, p. 7): “Autodeclaração é o processo individual de uma pessoa se incluir em determinadas categorias sociopolíticas. Esse processo acontece por necessidade de pertencimento a um grupo seja para demonstrar respeito a tradições/ancestralidade, seja simplesmente para se afirmar como membro desse grupo ou por necessidades políticas, quando alguém deseja expressar suas convicções político-ideológicas, por exemplo”.

da população da região Sul do Brasil por raça/cor — revela disparidades significativas que extrapolam os limites das estatísticas brutas (Ceschini, 2025).

Os dados expostos e sistematizados indicam, portanto, não apenas um problema epidemiológico, mas, sobretudo, uma questão social e territorial profundamente enraizada, atravessada por determinantes sociais da saúde e pela distribuição desigual dos recursos e das políticas públicas de atenção à população negra masculina.

Assim, ao avançarmos para a próxima seção, realizaremos a discussão e interpretação dos dados obtidos, buscando revelar se existem invisibilidades, negligência institucional e exclusão estrutural que possam ter moldado os caminhos até os dados demonstrados sobre o CaP em homens na região Sul do país.

4.2 HOMENS NEGROS COM CAP NA REGIÃO SUL DO BRASIL: DISCUSSÃO CRÍTICA DOS DADOS

Os dados apresentados nesse estudo, nos revela algo que pode ser identificado como um padrão de desigualdade racial, quando verificados as taxas de internação, óbitos, taxa de mortalidade e algumas características dos óbitos por CaP na região Sul do Brasil, percebemos a discrepância existente entre homens de acordo com a raça/cor, como apresenta Neto (2019, p.13), “Homens negros têm maior incidência de câncer de próstata (Cap), apresentam doença mais agressiva ao diagnóstico e índice de mortalidade maior quando comparados aos brancos”.

Algo que nos leva a buscar os indicadores, para tentar entender essas discrepâncias, pois mesmo que homens brancos constituam assim como o restante da população branca a maioria na região Sul do Brasil (IBGE, 2024). Ao compararmos os dados demonstrados nas Tabelas 1 e 2, acerca das internações e a taxa de mortalidade por CaP nas cinco regiões do Brasil, identificamos que as regiões Norte, Nordeste, Centro Oeste e Sudeste, apresentam mais internações para negros e consequentemente também uma maior taxa de mortalidade quando comparados aos homens brancos, porém os mesmos dados para a região Sul do país se mostram diferente das demais, pois detêm maior internações para homens brancos com CaP e maior taxa de mortalidade para homens negros, conforme apresentado nos gráficos 2 e 3.

Ao compararmos com os dados da população nacional, temos os seguintes resultados: Na região Norte, a população negra é de 76%, seguida pela região Nordeste 72,6%; pela região Centro-Oeste com 61,5% de negros; a região Sudeste com 49,3% e a região Sul com 26,7% da população total sendo de negros (IBGE, 2022). O que nos demonstra, que ao contrário das demais regiões do Brasil, a região Sul não segue as mesmas características, pois essa região

detêm uma taxa de morte por CaP superior quando comparados aos homens brancos da região. Mesmo que a região sul não seja a região brasileira que domina os índices tanto nos casos de internação quanto as taxas de mortalidade é nesse que se revela uma diferenciação nos recortes de raça/cor, o que nos leva a pensar que os fatores que elevam o risco de morte por CaP, podem estar ligados a questões socioespaciais que corroboram com esses marcadores. O que vai ao encontro com a afirmação de Oliveira (2014), que afirma que o CaP aponta para uma maior letalidade e variações significativas entre as diferentes regiões geográficas e grupos sociais, sendo homens afro-americanos desproporcionalmente afetados por essa doença. O Gráfico 2 em sua apresentação dos casos de internação por CaP, demonstra que dos três estados que compõe a região Sul, os três apresentam essa realidade de uma internação maior para os homens brancos, o que seria até “justificável”, que como anteriormente citamos o número de brancos nessa região é superior ao número de homens negros. O que nos leva a buscar a compreensão dessas diferenças através do racismo seja ele estrutural ou institucional que possam estar por trás dessa diferença nos números.

Quando atravessamos nosso estudo pelo racismo e suas interações nos DSS, identificamos que homens negros, assim como a população negra em geral passa por diferenciação nos atendimentos relacionados a saúde, o que gera também o afastamento desses na busca por atendimento médico e a falta de cuidados com a sua saúde. O que vai de encontro com o que Neto et al. (2015) em um estudo sobre PNSIPN, questionaram pessoas negras (pretos e pardos), sobre entre outras questões, sobre o atendimentos de saúde, relatando que negros tendem a ter menos preocupação com a sua saúde, talvez por terem menos conhecimento e acesso, ao serem questionados sobre terem sofrido discriminação 48,5% dos que possuem renda inferior a 03 salários-mínimos e 38,8% dos que têm renda superior a essa consideraram a ocorrência de discriminação no atendimento à saúde (OR = 80%).

Diante desses dados, podemos observar que os números menores nas internações por CaP na região Sul, pode estar atrelado a falta de cuidados por parte dos usuários, mas que esse evento não deve ser entendido como sendo algo orgânico, que é exercido somente pelo paciente, que no caso do homem negro, pode ser uma ação feita por através de uma estrutura a qual possui como prerrogativa a de apartar, distanciar e diminuir o seu acesso. Diante disso, devemos levar em conta o que diz Werneck (2016) acerca da forma como o racismo institucional opera nas políticas e serviços de saúde, reproduzindo desigualdades raciais, mesmo sem intenções declaradamente racistas. Essa estrutura racista ao ser ligada ao nosso estudo, pode acarretar também nas suas maneiras sutis, mas que podem ser letal, pois seja nas ausências de campanhas específicas para a saúde dessa população, seja nas falhas de rastreamento precoce de CaP, na

baixa aplicabilidade das políticas públicas, negligência diagnóstica. Pois, como apresentado por Neto (2019), homens negros tem maior incidência e apresentam a doença mais agressiva e índices de mortalidade maior quando comparados a homens brancos, por isso as principais diretrizes mundiais da saúde recomendam que o tratamento seja iniciado de maneira precoce em homens negros. O autor ainda traz referência que atualmente já se há discussões se não deveria o tratamento do CaP, ser feito de maneira distinta aos pacientes, sendo relacionados com a sua etnia. Essas contribuições do autor nos chama a atenção novamente para os gráficos 2 e 3 do nosso trabalho, pois se as taxas de mortalidade são maiores do que as taxas de internações na região Sul, isso pode ser o indício de que homens negros acometidos por CaP, ou chegam à hospitalização com a doença mais avançada e consequentemente diminui a expectativa de cura, ou buscam atendimento tardio, chegando da mesma forma com a doença em estágio avançado.

Esses questionamentos, não conseguimos responder com exatidão, pois nosso estudo não traz relatos de homens acometidos pela doença, mas de acordo com os determinadores, tudo nos leva a crer que o racismo é um forte indicativo por trás das ações dificultadoras do acesso aos serviços de saúde. Mas que também pode ser um reflexo do que tratamos na Tabela 3, quando relacionamos os casos de óbito por CaP, com características de situação do estado civil e escolaridade, pois como podemos perceber na referida tabela, quando agregados os dados sobre o nível de instrução escolar dos óbitos por CaP na região Sul do Brasil nos anos que vão de 2018 até 2023, os homens negros que possuíam nenhuma ou até 7 anos de escolaridade representaram 84,3% dos óbitos para essa raça/cor, já em homens brancos com o mesmo nível de instrução escolar na região corresponderam a 73,2% dos casos para essa raça/cor. Com isso podemos perceber o que aponta Oliveira (2014), ao citar os estudos de (Abbott e colaboradores, 1999; MAGNUS, 2004), onde foi observado que homens negros têm menor conhecimento sobre o CaP e subestimam o risco da doença em comparação com homens brancos. Afirmando que o nível baixo de esclarecimento sobre o CaP entre os homens negros se justifica pelo baixo nível de escolaridade e nível socioeconômico. Reafirmando o que demonstramos na Tabela 3, porém com uma situação diferente, pois o número expressivo de homens brancos com baixa escolaridade que tiveram o desfecho morte, aponta que tanto os homens brancos quanto os negros, com baixa escolaridade, podem vir a demonstrar menor conhecimento sobre essa neoplasia e por tanto negligenciá-la, mas ainda assim, o maior número de óbitos por CaP se concentra em homens negros.

Ainda sobre essa diferenciação seja nas taxas de mortalidade, seja nos números de óbitos absolutos, nos sentimos tocados por outro aspecto relevante, que está ligado a renda da

população da região Sul. O que pode ser verificado através da Tabela 5, onde buscamos identificar os rendimentos médios mensais da população da região Sul do Brasil, de acordo com a raça/cor nos anos de 2018 até 2024. Pois como afirmado por Oliveira (2014) No Brasil, cerca de 36% dos negros fazem parte da classe socioeconômica baixa, contra 19% dos brancos.

Tabela 5: Variável - Rendimento médio mensal real na Região Sul do Brasil, nos anos de 2018 até 2024, de pessoas de 14 anos ou mais de idade, por Raça/Cor

Ano	Raça Cor	Rend. méd. mês (R\$)
2018	Branca	3.592,00
	Preta	2.470,00
	Parda	2.418,00
2019	Branca	3.640,00
	Preta	2.474,00
	Parda	2.545,00
2020	Branca	3.625,00
	Preta	2.618,00
	Parda	2.483,00
2021	Branca	3.429,00
	Preta	2.367,00
	Parda	2.366,00
2022	Branca	3.477,00
	Preta	2.338,00
	Parda	2.389,00
2023	Branca	3.651,00
	Preta	2.573,00
	Parda	2.527,00
2024	Branca	4.063,00
	Preta	2.801,00
	Parda	2.726,00

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (2025). Org. Álvaro A.da S. Bageston

Ao relacionarmos os fatores acerca da média de renda mensal da população dos estados do Sul do Brasil, com a variável raça/cor, pudemos perceber que desde 2018 até 2024, a população branca dessa região, representou uma alta na renda média em todos os anos, saindo de 3.592,00 em 2018; em 2019 com renda média de R\$ 3.640,00; para o ano de 2020, brancos possuíam como renda média R\$ 3.625,00; no ano de 2021 essa renda média passou para R\$ 3.429,00; em 2022, passou para R\$ 3.477,00; sendo contemplado com mais um aumento no ano de 2023, tendo como rendimento mensal de R\$ 3.651,00; já para o ano de 2024 foi para R\$ 4.063,00. O que representa um acréscimo de 11,6% entre os anos de 2018 até 2024, representando em valores exatos um aumento de R\$ 471,00 reais para essa variável da população sulina.

Já para negros (pretos e pardos), de acordo com a média aritmética⁹ feita sobre os valores de pretos e pardos, constatamos que no ano de 2018, a população negra da região tinha uma média salarial de R\$ 2.444,00; no ano de 2019, demonstrando a exemplo da população branca, negros tinham uma média salarial de R\$ 2.509,50; no ano de 2020, a média salarial dessa parcela da sociedade é de R\$ 2.550,50; no ano de 2021; para o ano de 2022 a média salarial dessa população era de R\$ 2.363,50; Os dados obtidos para a média salarial de homens negros no ano de 2023 foi de 2.550,00 reais; já no ano de 2024 a média de renda foi para R\$ 2.763,50. O que representa entre os anos de 2018 até 2024, o ajuste da média salarial para a população negra foi de R\$ 2.763,50, o que representa um aumento de 10,6% da média salarial para os negros durante o período, o que representa um aumento de R\$ 319,50 reais para o período analisado.

E por qual motivo trazer esses valores se torna importante para a nossa pesquisa? Pois, a partir desses dados podemos relacionar com as possíveis causas pelas quais os homens negros apresentam maior propensão ao desfecho morte pelo Câncer de Próstata (CaP) e menor número de internações por essa doença. Uma vez que o poder financeiro do indivíduo, está relacionado como a forma que ele será tratado quando busca assistência médica, principalmente se for nos locais destinados a saúde pública, como afirmam Neto et al., (2015), a discriminação ocorre de maneira mais significativa quando os indivíduos não possuem poder financeiro considerável, pois segundo o estudo que fizeram com 391 indivíduos negros (pretos e pardos) constataram que aquelas pessoas de renda baixa, afirmaram sofrer mais com as discriminações nos atendimentos, sendo 9,3% contra 2,5% (OR = 270%). dos que tem renda maior. Esses dados corroboram uma das explicações, sob a perspectiva do racismo estrutural e institucional para que homens negros na região Sul do Brasil apresentem menor número de internações por CaP, uma vez que a experiência de discriminação nos serviços de saúde, conforme apontado por Sacramento e Nascimento (2011), pode levar à evasão do tratamento ou a busca tardia por ajuda, contribuindo para desfechos mais graves e para a perpetuação das iniquidades.

As diferenças mostradas são delimitadas através do racismo sofrido por pessoas negras, como descrito no estudo de Santos et al. (2024), onde os autores vão pesquisar os impactos do racismo estrutural na saúde, eles descrevem que a manifestação social do racismo é a discriminação racial, que estende-se a todo tratamento diferenciado, sendo ele explícito ou não, que se dá em virtude da raça ou da cor da pele do sujeito, os autores ainda relatam que esse

⁹ Conforme os Parâmetros Curriculares Nacionais, a Média é uma das medidas de tendência central de uma pesquisa, junto com a moda e a mediana. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/professores/educa-recursos/17862-media-pagina-inicial.html>. Acesso em: 11 de jun.2025.

tipo de ação pode colocar em risco as liberdades básicas e o exercício de direitos em qualquer campo da estrutura social. O que corrobora para o entendimento que nosso sujeito, pode estar mais propenso as inequidades, devido a uma conjunção de fatores que se somam a questão da raça/cor, como por exemplo, a condição social e a escolaridade. Uma vez que como explanado por Lira (2021) em seu trabalho intitulado: “NECROPOLÍTICA E DOENÇA FALCIFORME: Ensaio sobre invisibilidade e racismo estrutural na saúde”, onde vai relatar acerca das questões que envolvem a população negra, as políticas de saúde pública, as questões de acesso e o racismo institucional nos desdobramentos sobre doença falciforme que segundo o autor é considerada como doença da população negra, esse autor descreve que,

[...] a situação socioeconômica, uma vez que condições de higiene, qualidade da alimentação, tipo de trabalho e acesso a serviços de saúde definem a qualidade de vida e aumento da sobrevida (Lira, 2021, p. 80).

No caso de pessoas com doença falciforme, os determinantes das condições de vida e saúde evidenciam uma forte interseção entre fatores biológicos e sociais, revelando a complexidade das vulnerabilidades enfrentadas por esse grupo.

Seguindo essa explicação sobre a doença falciforme tratada pelo autor, identificamos que os mesmos fatores se entrelaçam quando analisamos os números por trás dos dados obtidos sobre o CaP em homens negros na região Sul do país, pois conforme os dados apresentados em todas as tabelas, percebemos as disparidades que afetam de forma significativa essa parcela da população, uma vez que o racismo se manifesta em diversas áreas e situações, resultando na criação de barreiras que dificultam o acesso das pessoas negras as políticas públicas voltadas a saúde. O que é apontado por Paulista; Assunção e Lima (2019) As iniquidades no acesso à saúde resultam de múltiplas determinações sociais, entre as quais se incluem práticas discriminatórias baseadas em raça/etnia, religião, gênero e sexualidade. Dentre essas, destacam-se as barreiras de ordem econômica e étnico-racial, que atuam na reprodução das desigualdades e ampliam os processos de vulnerabilização de determinados grupos populacionais. Esses autores, relatam essas inequidades ao abordarem em seu estudo as temáticas sobre os cuidados oncológicos e a acessibilidade de pessoas negras no Brasil, em que eles relatam que independente da neoplasia a qual o sujeito negro esteja exposto, seja esse do sexo masculino ou feminino, serão em sua maioria, os que encontram maiores dificuldade no tratamento oncológico e que as razões para as dificuldades passam pela natureza social e econômica as quais estão esses sujeitos inseridos, apontando também, que o racismo estrutural e institucional, percorrem também para o campo do atendimento, uma vez que, os profissionais em saúde, que

deveriam garantir um atendimento igualitário e universal, como são as prerrogativas do SUS, fazem diferenciações de acordo com a raça/cor dos pacientes.

Podemos pressupor que nosso indivíduo, sendo ele negro, com menor nível de escolarização, com menor renda média mensal é também aquele que por sofrer com as diferenciações impostas pela sociedade hegemonicamente branca que é o caso da região sul, como aponta os dados do IBGE (2019) e vão de encontro com é demonstrado na Tabela 4, em que a população branca da nossa região de análise representem mais de 70 % da população masculina da região. Sendo esses dados de origem socioeconômica, que em contraste com o racismo, seja ele da ordem estrutural ou institucional, que provocam a prevalência dos números acerca do CaP em homens negros, pois esses fatores justificam-se como fortes indícios para uma fragilidade na identificação e tratamento dessa doença nesses sujeitos.

Sobre o adoecimento e morte de pessoas negras no Brasil, Silva et al. (2022), apontam em seu estudo sobre tabagismo e raça no país, através de uma revisão bibliográfica, que tabagismo é maior na população negra, o que consequentemente pode estar atrelada a doenças que decorrem da prática de fumar, os autores mesmo não afirmando que negros possam fumar mais que pessoas não negras, esses demonstram que, esse ato podem estar ligados as questões de gênero, nível educacional, localização geográfica, idade e raça/etnia. A partir desses fatores, os autores, afirmam que a influência de raça/etnia é bastante sólida e evidente quando se relaciona com os casos de adoecimento e morte da população negra. E esses fatores que os autores atrelam quanto a saúde da população negra é algo que também, devemos chamar a atenção acerca das maiores taxas de mortalidade por CaP, pois como descrito por Maciel (2017, p.18) em seu estudo sobre o CaP em que busca identificar como se distribui os casos dessa doença na microrregião de Pirapora no estado de Minas Gerais, relata que: “Os cânceres provenientes de hábitos prejudiciais à saúde, tais como o uso do cigarro e bebidas alcoólicas, são passíveis de prevenção desde que ocorram mudanças de hábitos”. O que vai também de encontro ao que retrata Gomes et al. (2008) em seu estudo sobre a prevenção do CaP, esses autores ao citar estudos de Walsh e Worthington (1998)¹⁰; Hospital do Câncer A. C. Camargo (2005)¹¹, que retratam sobre a exposição do cádmio, que se encontra em pequenas quantidades na fumaça do cigarro e em pilhas alcalina, tem sido considerada um possível fator de risco para o CaP. Uma hipótese sugerida é que esse mineral possa antagonizar a ação do zinco, elemento

¹⁰ Walsh PC, Worthington JF. Doença da próstata: um guia para os homens e para as mulheres que os amam. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

¹¹ Hospital do Câncer A. C. Camargo. Câncer de próstata. [texto na Internet] 2002 [acessado 2005 Ago 02]. Disponível em: <http://www.hcanc.org.br>

essencial a diversas funções corporais, cujos níveis são significativamente mais baixos na próstata de homens com câncer quando comparados aos de indivíduos saudáveis.

Em outro trecho de seu trabalho, quando tratam acerca de questões sobre prevenção do CaP, esses autores descrevem como uma das práticas saudáveis a serem adotadas, com a finalidade de prevenir essa neoplasia é o de não fumar. O que podemos delimitar como sendo algo vital para nossa pesquisa, pois se dê por alguns autores há a demonstração de uma possível influência do uso do cigarro no desenvolvimento do CaP, outro nos apresenta que, o ato de fumar está relacionado em maior quantidade a pessoas negras, o que pode ser um dos motivadores, por trás das altas taxas de mortalidade de homens negros por essa doença, porém ele ainda não resultaria nas explicações acerca de haver um menor número de internação por esses sujeitos.

Mas o que nos aponta os dados expostos e os estudos os quais relacionamos é que o atravessamento do racismo nos DSS, pode afetar a forma como o homem negro enfrenta as enfermidades as quais está exposto, uma vez que com a retaliação que sofre por conta de sua raça/cor, além de estereótipos criados através de sua imagem, bem como as diversas formas de discriminação, seja velada ou não afastam esses sujeitos dos cuidados com a sua saúde. O que remonta a pesquisas já utilizadas por nós em que os autores ao tratar do CaP, nessa população vão identificar que essa neoplasia tende a se tornar vital, pois o CaP, não demonstra uma regularidade em sua evolução clínica. Sobre a evolução da doença e suas disparidades é que Maciel (2017, p. 13) retrata que “A evolução desta neoplasia é relativa, cuja variabilidade nem sempre pode ser determinada, pois há casos que evoluem de forma rápida, enquanto outros ficam por um longo período “adormecidos”, não chegando a se manifestar ou causar danos ao portador”. O que é dito de maneira diferente por Santos et al. (2020, p. 06), em estudo que visa identificar as internações por CaP no estado de Pernambuco, ao autores descrevem que: “O câncer da próstata é uma neoplasia que geralmente apresenta evolução muito lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando o processo é diagnosticado e tratado com precocidade”. Diante de não ter uma concordância, esbarramos mais uma vez na questão de que as altas taxas de mortalidade X a taxa menor internações por homens negros diagnosticados com CaP na região Sul, pois o que os autores nos trazem e quando relacionamos aos dados que dispomos, percebemos que um dos possíveis caminhos que levem a esse desfecho são as questões de falta de atendimento básico, o que refletira diretamente para que os homens negros quando internados, já apresentem estados avançados da doença, o que podem acarretar com o desfecho morte de maneira mais significativa que em homens brancos.

Mas o Gráfico 4, nos apresenta alguns dados que geram determina controvérsia, principalmente se forem vistos de maneira isolada, pois os números de óbitos expressos na referida tabela, demonstram que a maioria dos casos de óbitos são em homens brancos na região Sul, demonstrando superioridade nos óbitos em todos os anos de análise de nosso trabalho, mas quando relacionamos o gráfico 4 com a tabela 4 que traz os números das variáveis da população masculina da região Sul, percebemos também a predominância da população masculina branca, o que acarreta ao número de óbitos serem maiores, mas quando analisamos esses dados através da proporcionalidade no número da população, percebemos que embora o número de óbitos em homens brancos seja maior ao comparar com o número de homens negros que perdem a vida por CaP, atingem um certo grau de maioria dada a sua proporcionalidade, uma vez que homens negros representam como demonstrado na Tabela 4 em que 26,6 % da população masculina nessa região é negra contra 72,6% de homens brancos nessa região.

Outra questão que percebemos acerca dos casos de óbitos em homens negros na região de análise refere-se à sub-representação dos dados. Ao indicarmos o número total de óbitos apresentado no Gráfico 4 e o compararmos com os dados extraídos e demonstrados na Tabela 3, observamos discrepâncias, ainda que com algumas similaridades. Por exemplo, ao analisarmos os óbitos por câncer de próstata (CaP), de acordo com o nível de escolaridade do paciente, identificamos um total de 13.949 óbitos registrados entre 2018 e 2023. No entanto, ao somarmos os valores dos mesmos anos referentes aos óbitos totais constantes no Gráfico 4, encontramos o montante de 16.287. Essa diferença pode estar relacionada à ausência de preenchimento adequado das informações ou à subnotificação dos casos de óbitos por CaP na região Sul.

Conforme aponta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2023) em seu Boletim Epidemiológico sobre a saúde da população negra, há lacunas significativas na produção e no registro de dados por raça/cor. O boletim denuncia que as maiores ausências de informação sobre essa variável estão presentes no SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) e no SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos). No SIM, por exemplo, mais de 42 mil óbitos ocorridos em 2021 não tiveram a raça/cor informada. O estudo atribui esse problema à heteroidentificação, uma vez que os dados são preenchidos por profissionais de saúde, e não autodeclarados.

Diante do exposto, podemos afirmar que dados ignorados ou mal preenchidos comprometem a compreensão real das desigualdades e mascaram a realidade da saúde da população negra em nosso país. Essa situação se assemelha aos dados obtidos sobre os óbitos na região Sul do Brasil, extraídos do SIM por meio do DataSUS.

Sobre as questões de subnotificações ligadas ao CaP, articulamos nossa análise com os achados de Costa et al. (2025). Esses autores, em estudo epidemiológico, discutem como a privação material e a desigualdade racial afetam a mortalidade por CaP no Brasil, com base em dados secundários do SIM e do IBGE. Eles demonstram que municípios com maior proporção de população negra apresentam menores quedas nas taxas de mortalidade por CaP. Além disso, destacam que, mesmo com o avanço de políticas públicas voltadas à população negra, os benefícios não chegam de maneira equitativa a todas as pessoas dessa raça/cor. Os autores indicam, ainda, que embora homens negros apresentem maior risco de desenvolver CaP, essa condição pode estar subnotificada nos bancos públicos de dados devido à ausência ou à má classificação da variável raça/cor (GERALDO et al., 2022).

Assim, ao considerar os dados quantitativos da mortalidade por CaP na Região Sul do Brasil, é imprescindível reconhecer que as estatísticas brutas não são neutras. A ausência ou a má qualificação da variável raça/cor nos registros oficiais camufla desigualdades raciais profundas que impactam diretamente a trajetória de adoecimento e o desfecho morte da população negra.

Diante disso, compreendemos que a estrutura racial se institucionaliza de diversas formas, sendo o racismo um atravessamento constante em nossa pesquisa. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) estendem-se às relações de poder e à qualidade do acesso, especialmente nas dimensões territoriais. O território, enquanto espaço vivo, impõe e é imposto por relações de poder, seja por setores predominantes da sociedade, seja pelos mecanismos institucionais do Estado. Esse território pode, portanto, ser tanto integrador quanto excludente.

Como apresentado por Raffestin (1993), em sua clássica obra “Por uma Geografia do Poder”, o autor discorre sobre as relações de poder exercidas pelas castas dominantes, sejam elas agentes sociais ou o próprio Estado nação, que, no uso de suas atribuições, exercem múltiplas personificações do poder como meio de gerir sua população. É nessa obra que o autor traz apontamentos sobre como as questões raciais e étnicas expressam relações de dominação, limitando o acesso de determinados grupos sociais ao território (Raffestin, 1993, p. 132 a 133). O autor, apresenta como se configuram as diversas formas de discriminação, demonstrando que a discriminação espacial atua como estratégia de controle e dominação, restringindo o acesso ao território, à mobilidade e à autonomia dos grupos subalternizados. Essa segregação raramente ocorre de forma isolada, sendo acompanhada por outras práticas discriminatórias. Em geral, delimita-se o espaço de circulação e de vida desses grupos, estabelecendo fronteiras invisíveis que, ao serem naturalizadas, reproduzem relações desiguais de poder e impedem o pleno exercício de direitos e oportunidades.

Ao integrarmos essa estrutura de poder ao nosso estudo, podemos relacionar os dados apresentados em todas as tabelas utilizadas na pesquisa. Esses dados evidenciam uma desconformidade no acesso ao sistema de saúde nacional. Os homens negros acometidos por CaP, na região Sul do Brasil, apresentam os menores índices de internação, possibilidade de subnotificação de óbitos, taxas mais elevadas de mortalidade pela doença e, majoritariamente, estão entre os óbitos com menor grau de escolaridade e menor poder aquisitivo, além de representarem uma minoria populacional na região.

Tais evidências nos levam a interpretar esses dados como expressão da legitimação das discriminações existentes no território em que esses sujeitos vivem. Isso remete novamente ao estudo de Raffestin (1993), ao demonstrar que a discriminação espacial cria ambientes e territórios com condições ambíguas para determinadas classes sociais. O autor exemplifica isso ao abordar a criação dos guetos negros nos Estados Unidos, onde afirma que “a superpopulação nos guetos negros americanos determina taxas de natalidade e de mortalidade muito elevadas. As taxas de doenças e de criminalidade também são muito altas” (RAFFESTIN, 1993, p. 134).

Dessa forma, é fundamental compreender que o território não é apenas um espaço físico, mas também simbólico e político, que reflete e reproduz desigualdades estruturais. A maneira como os homens negros com câncer de próstata (CaP) se inserem nesse território, ou melhor, como são inseridos por processos históricos de exclusão, interfere diretamente em suas condições de vida, no acesso à saúde e, por consequência, nos indicadores de mortalidade.

Esse entendimento converge com o que relatam Mendonça, Araújo e Fogaça (2014), no estudo intitulado “A geografia da saúde no Brasil: estado da arte e alguns desafios”, no qual os autores se propõem a discutir o histórico, a importância e as formas de análise produzidas a partir da geografia da saúde. Em relação ao conceito de território, os autores afirmam que o seu reconhecimento constitui uma etapa fundamental para compreender as características da população, seus principais problemas de saúde e os efeitos que os serviços de saúde exercem sobre seus indicadores. Demonstrem, ainda, que esse reconhecimento não deve se limitar a uma dimensão de representação geográfica, mas deve incorporar o território como uma construção cultural e social, atravessada por disputas simbólicas e materiais que produzem e reproduzem desigualdades (PENNA; FERREIRA, 2014).

Por isso, no caso dos homens negros acometidos por CaP, é relevante considerar como o território se articula com as estruturas de poder racializadas, com as desigualdades de classe e com a fragmentação das políticas públicas.

Esses territórios não são neutros: são construções políticas que se revelam como espaços de carência e de resistência, onde os sujeitos negros convivem com a escassez de direitos e com

a invisibilidade histórica em diversas frentes, inclusive na saúde. Desse modo, os dados apresentados ao longo deste estudo sobre o CaP não expressam apenas números, mas materializam territórios culturais marcados por ausências, sejam elas de políticas direcionadas, de equidade racial, de justiça social ou de acesso digno à atenção em saúde para homens negros com câncer de próstata.

Essa perspectiva demonstra uma relação direta com a concepção de território como cenário de poder, conforme argumenta Raffestin (1993). O autor sustenta que os indivíduos e grupos sociais se distribuem no espaço de maneira não aleatória, mas orientada por fatores como distância e acessibilidade, os quais não se limitam ao aspecto físico, mas abrangem dimensões temporais, econômicas e simbólicas. Essas interações territoriais, políticas, econômicas, sociais e culturais, formam redes e malhas que constituem o território como uma construção marcada por diferenciações funcionais e hierárquicas, baseadas no valor e na importância atribuídos pelos sujeitos às suas ações no espaço.

O território é expressão das relações de poder, nas quais o controle e o uso do espaço revelam disputas simbólicas e materiais entre grupos sociais distintos. Isso nos leva a compreender que, no contexto dos sujeitos desta pesquisa, as diferenciações observadas, como os menores números de internações por câncer de próstata (CaP), a possível subnotificação dos óbitos, a baixa escolaridade associada a uma maior mortalidade, bem como a expressividade dos óbitos em determinadas condições de estado civil, indica que as relações de poder exercidas no território sulino se articulam com o poder operado pelo racismo.

Essa compreensão é corroborada por Schucman (2012), em sua tese de doutorado intitulada “Entre o ‘encardido’, o ‘branco’ e o ‘branquíssimo’: raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana”, na qual a autora analisa as formas pelas quais pessoas consideradas brancas percebem sua identidade racial e se situam em uma estrutura social brasileira marcada pelo racismo estrutural. A obra revela a existência de uma hierarquia interna entre os próprios brancos, marcada por aspectos como origem regional, classe social e tonalidade da pele, o que contribui para a manutenção dos privilégios e das desigualdades raciais. Schucman também descreve o racismo como um dispositivo de poder que estrutura a vida cotidiana da população negra. É justamente por meio dessa expressão de poder exercido pela branquitude, como categoria que acumula privilégios históricos e simbólicos, que se tornam visíveis os privilégios raciais que impactam o acesso à saúde. A classe dominante, majoritariamente branca, tende a ter melhores condições de acesso aos serviços de saúde e maior suporte institucional, enquanto a população negra enfrenta obstáculos sistemáticos que

resultam em exclusão histórica e, consequentemente, na produção e reprodução de desigualdades raciais no território.

Essa realidade reflete diretamente sobre os homens com câncer de próstata (CaP) na região Sul do Brasil. Os dados revelam que os homens brancos representam a maioria dos casos de internação por essa neoplasia entre os anos de 2018 e 2024, o que aponta para um acesso mais satisfatório ao sistema de saúde. Por outro lado, os homens negros apresentam taxas proporcionalmente mais altas de mortalidade, o que se configura como um forte indicador de desigualdade no acesso e na atenção à saúde básica, corroborando com as dinâmicas de apropriação e exclusão do território produzido.

O território pode ser compreendido para além da sua materialidade, como argumenta Vieira (2017) em sua dissertação de mestrado intitulada “Territórios Negros em Porto Alegre/RS (1800–1970): geografia histórica da presença negra no espaço urbano”. Nessa obra, a autora investiga a construção e o deslocamento dos chamados territórios negros em Porto Alegre ao longo de diferentes períodos históricos, do período colonial à segunda metade do século XX. A análise revela como esses territórios foram sendo empurrados para as margens da cidade à medida que o processo de modernização urbana avançava, apagando suas marcas físicas e simbólicas da paisagem oficial. Para além da dimensão material dos espaços, Vieira enfatiza as dimensões simbólicas e políticas do território, demonstrando como práticas culturais negras, como o carnaval e o batuque, foram reprimidas ou excluídas em nome de projetos de cidade racializadas, que associam valor e pertencimento à branquitude e ao progresso.

Essa reflexão dialoga diretamente com o presente estudo, na medida em que evidencia o racismo como operador da desigualdade territorial. Ao relacionarmos essa perspectiva com os homens negros acometidos por CaP, torna-se possível afirmar que os dados sobre internações, óbitos e taxas de mortalidade expressam barreiras de acesso à saúde que são mediadas por processos de exclusão simbólica e material. Assim como os territórios negros foram removidos ou invisibilizados no espaço urbano de Porto Alegre, os corpos negros masculinos adoecidos também são frequentemente negligenciados pelas políticas públicas de saúde — sobretudo em regiões de menor visibilidade institucional e menor percentual da população negra, como é o caso da região Sul do país.

Tanto no presente estudo quanto na obra de Vieira (2017), o território é compreendido não como espaço neutro, mas como lugar de disputas raciais, em que o acesso ao cuidado e à cidadania é profundamente influenciado por marcadores de raça, classe social e poder.

Ao aprofundarmos a análise dos dados apresentados, torna-se evidente que, além das disparidades nas taxas de mortalidade e internações por câncer de próstata entre homens negros

na região Sul do Brasil, há também uma preocupante ausência de informações públicas sobre os diagnósticos desagregados por raça/cor. Conforme demonstra a Tabela 6, os dados referentes aos diagnósticos são apresentados de forma generalizada, o que inviabiliza uma leitura mais precisa das desigualdades raciais no processo de adoecimento e cuidado.

Tabela 6: Diagnóstico de CaP, de acordo com a região e residência de diagnóstico, segundo faixa etária (40 anos até 80 anos ou mais), nos anos de 2018 até 2025.

Região/ Diagnóstico	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Brasil	36.729	43.523	33.182	37.718	43.986	47.401	39.440	7.061	289.040
Sul	6.123	6.947	5.360	5.616	6.914	7.860	6.559	1.185	46.564
Sul (%)	16,7	16	16,1	14,9	15,7	16,6	16,6	16,8	16,1

Fonte: Ministério da Saúde -SIH/SUS (2025). Org. Álvaro A. da S. Bageston

Nota: Os dados de 2025 são relativos aos primeiros seis meses sendo atualizados pela plataforma em 15/07/25.

Observamos que os diagnósticos de câncer de próstata (CaP) na região Sul do Brasil apresentaram um leve aumento ao longo dos anos, passando de 6.123 casos em 2018 para 6.559 em 2024, com o pico registrado em 2023, ano em que 7.860 homens foram diagnosticados com essa neoplasia na região.

A Tabela 6 também demonstra que, nos anos de 2020 e 2021, houve uma leve queda nos diagnósticos, com 5.360 casos em 2020 e 5.616 em 2021. Esses números nos levam a considerar que a redução nos diagnósticos pode estar relacionada à pandemia de covid-19, que assolou o mundo justamente nesse período.

Ribeiro (2021), em um estudo descritivo sobre os efeitos da pandemia no rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer no Brasil, aponta que, entre 2019 (pré-pandemia) e 2020, houve uma expressiva redução nos procedimentos oncológicos no país: aproximadamente 45% de queda no rastreamento, 35% no diagnóstico e 15% nas cirurgias oncológicas.

Esses dados corroboram com o estudo de Lima, Bizerra e Barbanti (2024), que investigaram os impactos da pandemia no diagnóstico e tratamento do CaP em hospitais especializados do Norte e Noroeste do estado do Paraná, nos anos de 2019, 2020 e 2021. Utilizando dados de prontuários e registros médicos referentes aos meses de março a maio desses anos, os autores destacam os possíveis efeitos negativos da pandemia sobre o atendimento ao câncer de próstata.

Segundo dados do Ministério da Saúde analisados pelos autores, entre 2019 e 2020, houve redução de 33,5% nas consultas urológicas, 27% na coleta do antígeno prostático específico (PSA), 21% nas biópsias de próstata e 21,5% nas cirurgias de retirada do tumor no Sistema Único de Saúde (SUS). Os autores concluem que, embora o impacto da pandemia possa

parecer discreto à primeira vista, a análise detalhada dos dados revela diferenças significativas no número de pacientes atendidos entre os anos de 2019 e 2020, e ainda mais entre 2020 e 2021, sendo que, em 2020, os pacientes foram cinco vezes mais afetados. Apesar disso, não foram observadas alterações significativas nos agravos e desfechos clínicos, o que sugere que a pandemia, embora tenha afetado o acesso, não comprometeu de forma relevante o sucesso dos tratamentos realizados.

Embora os dados apresentados não afirmem diretamente a influência da pandemia nos casos de câncer de próstata (CaP), os indicadores evidenciados na Tabela 6 revelam que, mesmo em menor escala, houve impacto no acesso ao diagnóstico na Região Sul, especialmente nos anos de 2020 e 2021. Essa tendência acompanha os dados nacionais, que demonstram uma queda acentuada no número de diagnósticos em 2020, primeiro ano da pandemia, com 33.182 casos registrados, número significativamente inferior ao de 2019 (43.523). Essa redução é coerente com os dados do Ministério da Saúde, os quais apontam uma diminuição de 33,5% nas consultas urológicas, 27% na coleta de PSA e 21% nas biópsias prostáticas no mesmo período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Ainda que em 2021 se observe um leve aumento no número de diagnósticos (37.718), os níveis anteriores à pandemia somente foram retomados a partir de 2022. A Região Sul acompanha essa trajetória, registrando uma queda de diagnósticos para 5.360 casos em 2020, comparados a 6.947 em 2019, com uma recuperação gradual nos anos seguintes. Contudo, mantém-se proporcionalmente responsável por cerca de 16% do total nacional, demonstrando certa estabilidade na representatividade regional.

Esses dados reforçam que a pandemia comprometeu especialmente as estratégias de rastreamento e o diagnóstico precoce. Ao articular os dados da Tabela 6 (diagnóstico de CaP) com os do Gráfico 2 (internações por CaP), é possível observar que a redução nos diagnósticos entre 2020 e 2021 repercutiu também na diminuição do número de internações. De fato, as internações por CaP nesses dois anos foram inferiores às aquelas observadas nos demais períodos analisados.

As repercussões tornam-se ainda mais evidentes quando comparamos os dados da Tabela 6 com os do Gráfico 3 (taxa de mortalidade por CaP). Os anos de 2020 e 2021 apresentam os maiores percentuais de mortalidade por câncer de próstata entre todos os anos considerados na pesquisa. A taxa média de mortalidade na Região Sul foi de 11,58% em 2020 e de 12,23% em 2021, percentuais significativamente superiores à média dos outros anos.

Esse cenário nos leva a considerar que os efeitos da pandemia podem ter representado um desfecho particularmente grave e, em muitos casos, cruel para pacientes acometidos por

CaP, agravando desigualdades pré-existentes e evidenciando fragilidades nos sistemas de rastreamento, diagnóstico e cuidado em saúde durante contextos de crise sanitária.

Ainda sobre a influência da covid-19 nos pacientes acometidos por câncer de próstata (CaP), identificamos, segundo o Gráfico 3, que as taxas de mortalidade nos anos de 2020 e 2021, tanto para homens negros quanto para homens brancos, se mantiveram instáveis. No ano de 2020, a taxa de mortalidade para homens brancos foi de 11,92%, enquanto para homens negros foi de 20,87%. Já em 2021, observou-se um crescimento nessas taxas, com 12,36% para homens brancos e 28,3% para homens negros.

Vale ressaltar que, para chegarmos a esses números com a finalidade de demonstrar e discutir os dados, adotamos a regra da média ponderada, tanto para homens brancos quanto para homens negros (pretos e pardos).

No que se refere à relação entre o CaP e a pandemia, parece-nos relevante destacar que a dificuldade de acesso à saúde, que para os homens negros tem se mostrado mais acentuada, foi significativa para ambos os grupos. Essa constatação é apoiada por Vasconcelos, Francisco e Moura (2022), em um trabalho cujo objetivo foi refletir teoricamente sobre a saúde dos homens negros. Os autores relembram o aumento das desigualdades em saúde ocasionado pela covid-19. Ao citarem a Organização Mundial da Saúde (OMS), enfatizam que, com o início da pandemia do coronavírus, as condições de vida da população brasileira, especialmente das camadas mais vulneráveis, como os negros e, em particular, os homens, se agravaram significativamente.

Esse cenário foi ainda mais impactado por medidas emergenciais de prevenção ao vírus, como o distanciamento social, o uso obrigatório de máscaras e o fechamento de postos de trabalho, o que acarretou uma intensificação das desigualdades já existentes.

Nesse contexto de exclusão territorial, social e racial, nosso trabalho tem buscado demonstrar que os dados relacionados aos homens negros com CaP na região Sul também podem ser fruto de uma desarticulação das políticas públicas destinadas espacialmente aos homens, como é o caso da PNAISH, e daquelas voltadas à população negra, como a PNSIPN. Os dados obtidos em nossa pesquisa denunciam a baixa efetividade da PNAISH, cuja proposta de promoção da saúde do homem não aparenta estar acompanhada de ações específicas, sejam elas racializadas ou territorializadas.

Como apontado por Medrado, Lyra e Azevedo (2011), ao tratarem do câncer de próstata e das questões de gênero relacionadas à doença no âmbito das políticas públicas, o objetivo era reconhecer como estudos e intervenções sociais vinham sendo desenvolvidos no campo da saúde e dos direitos sexuais, por meio da abordagem das masculinidades. Esses autores chamam

a atenção para a PNAISH, destacando que uma das possíveis lacunas dessa política pública de saúde é não considerar que os homens não são iguais, sendo necessário respeitar as diversidades e, a partir delas, construir propostas adequadas às crenças, idades, condições sociais, orientações sexuais, raça/cor e necessidades especiais.

Essa reflexão vai ao encontro do que consideramos ser uma das múltiplas diversidades identificadas nos dados da nossa pesquisa sobre o CaP na região Sul. A ausência de uma aplicabilidade mais dinâmica dessa política de saúde pode acarretar disfuncionalidades já evidenciadas, que vão desde a falta de conhecimento sobre os malefícios da doença até barreiras de ordem estrutural e territorial no acesso à saúde da população negra. Esse cenário pode ser um dos principais fatores que explicam a maior taxa de mortalidade por câncer de próstata entre homens negros na região Sul do Brasil.

Do mesmo modo, a PNSIPN, embora disponha de um arcabouço normativo mais robusto, permanece invisibilizada na prática institucional, especialmente nos estados da região Sul do país. Nesses territórios, marcados pela hegemonia populacional branca, como evidenciado na Tabela 4, verifica-se uma espécie de ocultamento da existência e dos direitos da população negra. Essa constatação é corroborada pelos dados apresentados em todas as tabelas e quadros de nosso estudo, os quais evidenciam distinções raciais significativas desde a escolarização, passando pelo poder econômico, arranjos parentais, diagnóstico, internações e mortalidade por câncer de próstata (CaP). Tais desigualdades impactam diretamente as possibilidades de acesso e efetividade das políticas públicas voltadas a essa população, como é o caso da própria PNSIPN.

Um estudo sobre a pandemia de covid-19 realizado por Cunha e Tavares (2021) investigou os impactos da pandemia no autocuidado em saúde de homens negros. Os autores analisaram a PNSIPN e a PNAISH, com o objetivo de avaliar sua efetivação prática durante o período pandêmico. Ao abordarem a PNSIPN, destacam que um de seus princípios fundamentais é a incorporação do quesito raça/cor na produção de dados epidemiológicos, como base para definição de prioridades e tomada de decisões no campo da saúde. No entanto, observam que tal diretriz ainda encontra sérios entraves na implementação. Para ilustrar essa dificuldade, citam o Boletim nº 13 da CODEPLAN, que aponta que 63% dos registros analisados apresentavam ausência de preenchimento do campo raça/cor, um dado que evidencia as fragilidades na sistematização das informações e na efetivação da equidade racial nas políticas públicas.

A análise de Cunha e Tavares (2021) dialoga diretamente com os achados de nossa pesquisa. Durante a busca por dados específicos sobre homens negros da região Sul do Brasil

relacionados ao câncer de próstata, deparamo-nos com obstáculos semelhantes: os dados são escassos e muitas vezes inexistentes. Diante dessas lacunas, recorreremos à plataforma governamental de acesso à informação, o sistema Fala.BR, conforme comprovado no Anexo A deste trabalho. Por meio dessa plataforma, solicitamos ao INCA o acesso aos dados referentes aos casos de CaP desagregados por raça/cor para a região Sul. Em resposta, recebemos um documento com as estimativas de incidência para os anos de 2023 a 2025, no qual, ao final, consta a informação de que “não há a opção raça para a presente pesquisa”.

Esse retorno do INCA não apenas confirma as dificuldades apontadas por Cunha e Tavares (2021), como também explicita as diversas facetas da persistência do racismo institucional. A ausência de dados desagregados por raça/cor, especialmente em temas de saúde coletiva tão sensíveis, como o câncer de próstata, revela não apenas uma falha técnica, mas a perpetuação de uma estrutura estatal que invisibiliza as desigualdades raciais, dificultando a formulação de políticas verdadeiramente equitativas. Indo ao encontro dessa afirmação, Werneck (2016) argumenta que os dados epidemiológicos, quando desagregados por raça/cor, revelam com nitidez os impactos do racismo estrutural e das desigualdades raciais sobre a saúde da população negra, manifestando-se na carga desproporcional de doenças e nas elevadas taxas de mortalidade, independentemente da faixa etária, renda ou localização geográfica. Essa perspectiva encontra respaldo nos dados apresentados ao longo desta pesquisa, que indicam uma diferenciação sistemática nos indicadores de saúde, especialmente no que diz respeito ao câncer de próstata em homens negros na região Sul do Brasil.

Ao cotejarmos os dados estatísticos com as análises qualitativas, torna-se evidente aquilo que pode ser conceituado como uma “epidemiologia da morte”: não apenas pela ausência ou precariedade dos registros, como a falha recorrente no preenchimento do quesito raça/cor, mas sobretudo pela ineficácia concreta de políticas públicas específicas, como a PNSIPN e a PNAISH. Tais políticas, ainda que concebidas com a intenção de promover equidade, não têm demonstrado efetividade frente à realidade vivida por populações historicamente vulnerabilizadas, como os homens negros. A persistência de lacunas estruturais no acesso, na prevenção, no diagnóstico precoce e na qualidade do cuidado recebido por esses sujeitos evidencia o descompasso entre o marco normativo e a prática institucional, reforçando o caráter sistêmico do racismo institucional no campo da saúde.

4.3 O ATRAVESSAMENTO DA GEOGRAFIA DA SAÚDE ACERCA DOS DADOS SOBRE CaP EM HOMENS

Negros no Sul do Brasil A análise dos dados quantitativos sobre o câncer de próstata (CaP) em homens negros na Região Sul do Brasil, conforme apresentados nas tabelas, gráficos e quadros, revela um panorama complexo de desigualdades que transcende a mera estatística. A persistência de taxas de mortalidade desproporcionalmente mais altas entre homens negros, em contraste com um menor número de internações e diagnósticos, mesmo em uma região predominantemente branca como o Sul, aponta para a atuação de fatores socioespaciais e estruturais que merecem uma discussão crítica sob a ótica da Geografia da Saúde. Conforme Ribeiro (2014), em seu trabalho intitulado “Geografia da saúde no cruzamento de saberes”, que busca analisar as intervenções da geografia da saúde no âmbito da identificação dos fatores socioespaciais e das condições de saúde da população, a autora descreve que a geografia da saúde não se restringe à elaboração de mapas de doenças, mas incorpora uma compreensão abrangente das interações entre as dinâmicas sociais, ambientais, políticas, culturais, históricas e biológicas na determinação do processo saúde-doença.

Ao situar o câncer de próstata (CaP) em homens negros na região Sul do Brasil sob essa perspectiva, torna-se possível compreender como desigualdades estruturais se expressam espacialmente, configurando padrões diferenciados de adoecimento e de acesso aos serviços de saúde. Conforme os dados do gráfico 2, mesmo com variações anuais, o padrão é claro: homens negros correspondem a uma minoria das internações por CaP (entre 5% e 21%, por estado e ano), enquanto homens brancos concentram a maioria dos registros (entre 77% e 94%, por estado e ano). Essa discrepância, contudo, não pode ser interpretada como sinal de menor incidência da doença entre negros. Pelo contrário, de acordo com estudos realizados no Brasil e nos Estados Unidos da América, que relacionam o CaP à raça/cor, aponta-se que homens negros apresentam maior risco de desenvolver formas mais agressivas de CaP e maior mortalidade (Lillard et al., 2022; Tsodikov et al., 2017; Nascimento et al., 2022).

Desses estudos, identificamos que tanto Lillard et al. (2022) quanto Tsodikov (2017) indicam que as altas taxas de mortalidade por CaP em homens negros, em comparação aos homens brancos, estão relacionadas à qualidade e à prematuridade do diagnóstico e tratamento da doença nesses sujeitos, uma vez que o câncer tende a progredir de forma rápida e letal nesse grupo. Já no estudo de Nascimento et al. (2022), que analisou a epidemiologia do CaP no Brasil com um recorte temporal de dez anos (2011 a 2020), foi demonstrado, em um comparativo dos números de internações e taxas de mortalidade por essa neoplasia, que, embora a raça/cor seja

um fator de risco, os dados extraídos do DATASUS sobre raça/cor e faixa etária do CaP mostram que os homens pretos configuram o terceiro lugar entre os grupos analisados. No entanto, os autores referenciam que isso pode decorrer da subnotificação por parte dos profissionais de saúde. Além disso, os autores não fazem a distinção entre homens pretos, que, segundo a classificação adotada pelo IBGE, agrupa pretos e pardos, como já identificamos anteriormente. Ao citarem a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), esses autores ressaltam que o aumento dos diagnósticos de médio e alto risco reforça a preocupação com o diagnóstico tardio, o qual pode impactar negativamente tanto a saúde do indivíduo quanto a saúde coletiva.

Ao identificarmos as contribuições dos autores, podemos constatar que a alta taxa de mortalidade em homens negros pode estar relacionada aos dados expostos na Tabela 6, que levam aos desfechos apresentados nos Gráficos 2 e 3. Um número reduzido de diagnósticos na região, quando comparado ao de internações (Gráfico 2), corrobora tanto para os números distintos de óbitos (Gráfico 4) quanto para as taxas de mortalidade (Gráfico 3). Isso demonstra que um conjunto de ações e de atravessamentos, que partem de dificuldades territoriais, contribui para esse cenário. Conforme demonstrado anteriormente, a geografia da saúde requer uma análise completa das demandas e formações territoriais, pois a região Sul do Brasil, que detém uma maioria populacional branca (Tabela 4), não possui homogeneidade na distribuição de recursos e oportunidades. Acreditamos que esse fato intensifica as disparidades apresentadas de forma quantitativa em nosso trabalho.

Essa afirmação é amparada por Guimarães (2014), que aponta as dificuldades logísticas em territórios com menor capilaridade de serviços especializados, especialmente em periferias urbanas e zonas rurais, onde a população negra se concentra com maior frequência. Assim, a concentração de homens negros em territórios específicos, que muitas vezes recebem menor investimento em infraestrutura, pode ser um fator determinante para os números elevados de câncer de próstata (CaP) em homens negros no Sul do Brasil.

Essa perspectiva é reforçada por Ribeiro e Nardocci (2013) em um estudo sobre câncer e as desigualdades econômicas. Os autores, após uma revisão de estudos ecológicos, investigaram as associações entre o nível socioeconômico, a incidência e a mortalidade por câncer, incluindo o CaP. Nesse estudo, eles afirmam que o contexto socioeconômico de uma comunidade ou vizinhança pode influenciar significativamente a saúde dos indivíduos, independentemente de suas condições socioeconômicas pessoais.

Indicadores agregados do nível socioeconômico de uma área não se confundem totalmente com as características individuais correspondentes, pois existe um efeito específico relacionado ao local de moradia. Tal efeito é condicionado por fatores como o acesso a serviços

de saúde, educação, assistência social e cultura, bem como pela qualidade das habitações, pelas condições ambientais e de segurança pública, e por hábitos culturais e sociais, entre outros aspectos.

Isso demonstraria a diferenciação apresentada nos dados sobre o CaP em homens negros na região Sul, uma vez que, mesmo ocupando o mesmo território que homens brancos, as diferenças existentes são evidentes nos dados sobre rendimentos por raça/cor (Tabela 5), no percentual de distribuição de acordo com a raça/cor (Tabela 4) ou nas características dos óbitos por CaP, como estado civil e escolaridade (Tabela 3). Podemos apontar para uma obstrução aos serviços de saúde, ao fato de que, mesmo estando no mesmo território que homens brancos, os homens negros acometidos por essa neoplasia estão mais propensos a limitações e exclusões de garantias aos serviços de saúde pública, o que acarreta resultados diferentes quando o processo saúde-doença é analisado. Nesse sentido, o Gráfico 3 reforça de forma contundente a hipótese central do nosso estudo, pois, apesar de corresponderem a uma parcela menor da população da região Sul e de serem internados em menor número, os homens negros apresentam taxas de mortalidade significativamente mais altas que os homens brancos em todos os anos da série (2018–2024). Em 2023, por exemplo, no Paraná, os homens negros apresentaram uma taxa de mortalidade de 21,9%, contra 8,24% dos homens brancos. Essa diferença indica não apenas atraso no diagnóstico e no tratamento, mas possivelmente uma desigualdade estrutural na trajetória do cuidado. Como explicam Buss e Filho (2007), a mortalidade é a face mais visível das iniquidades sociais e raciais, pois reflete uma cadeia acumulativa de exclusões que começa no território e termina na negação do direito à vida plena.

Diante desses dados, o Gráfico 4 aponta que, embora os números absolutos de óbitos ainda que sejam maiores entre homens brancos, devido à predominância demográfica, conforme apresentado na Tabela 4, os percentuais de mortes de homens negros são desproporcionais à sua representação populacional. Em 2023, os homens negros representaram 16% das mortes por CaP na região, enquanto constituem apenas 28,9% da população masculina com mais de 40 anos (ver Tabela 4). Esse descompasso evidencia que raça/cor é um determinante social da saúde (WERNECK, 2016), amplificado pela territorialização do racismo e pelas lógicas de invisibilização nos serviços públicos.

Os dados da Tabela 3 revelam que 84,3% dos homens negros que morreram por câncer de próstata (CaP) tinham até sete anos de escolaridade, o que indica um forte componente dos determinantes sociais da saúde (DSS) no território sulino. Esse dado dialoga diretamente com Oliveira (2014) e com os apontamentos de Dahlgren e Whitehead (1991) acerca dos DSS, conforme demonstrado na Figura 1 deste trabalho. Tanto Oliveira quanto a Figura de Dahlgren

e Whitehead evidenciam que as condições educacionais, econômicas e culturais afetam o conhecimento sobre a doença, a adesão ao cuidado preventivo e a navegação no sistema de saúde.

Esse entendimento também vai ao encontro da reflexão explicitada por Raffestin (1993) sobre a relação entre poder e território, que se manifesta também no campo simbólico. Em nosso estudo, identifica-se que sujeitos com menor escolaridade possuem menos condições e menor entendimento para disputar vagas e recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). Ao fazermos novamente comentários acerca dos dados da Tabela 4, onde os homens negros representaram entre 24,9% e 28,9% da população masculina na faixa etária de risco entre os anos de 2018 até 2023 na região Sul, buscamos demonstrar que esses números reforçam a necessidade de análises ajustadas pela proporção populacional, como estamos tentando fazer, pois evitam que os dados brutos invisibilizem as iniquidades. A geografia da saúde, conforme propõe Santana (2014), permite visibilizar os efeitos do território enquanto operador das desigualdades, demonstrando como a presença (ou ausência) de equipamentos, serviços e políticas públicas está intrinsecamente ligada à composição racial de cada espaço.

À medida que avançamos sobre os desdobramentos das condições em que os homens negros com câncer de próstata (CaP) estão inseridos nessa região do Brasil, percebemos que o território ao qual pertencem revela, de diversas maneiras, as barreiras que enfrentarão ao descobrir a doença. Fatores econômicos também são considerados neste estudo, uma vez que a diferenciação de renda pode acarretar diversas ambiguidades no que tange aos cuidados com a saúde. Como apontado em estudo sobre as disparidades raciais em homens negros com CaP, Lillard et al. (2022) destacam o racismo institucional como uma das causas para que os desfechos dessa neoplasia sejam piores em homens negros. Nesse sentido, o autor descreve que o racismo está presente na organização da sociedade médica contemporânea e se manifesta, por exemplo, na negação de cobertura de saúde e seguro de vida para famílias negras com renda inferior a US\$ 75.000/ano e menor status socioeconômico. Esse cenário limita o acesso e os recursos disponíveis em saúde, favorecendo o subdiagnóstico ou o diagnóstico equivocado do câncer.

Em conformidade com esse estudo, a partir dos dados da Tabela 5, verificamos que, em 2024, a renda média dos homens brancos no Sul do Brasil era de R\$ 4.063,00, contra R\$ 2.763,00 dos homens negros. A diferença mensal de R\$ 1.300,00 é um indicador direto de desigualdade socioeconômica, mas também, indiretamente, de desigualdade em saúde. Esse dado contrapõe-se às denúncias anteriores feitas por Paim (2008) ao discutir o subfinanciamento e a seletividade na atenção primária de saúde em áreas “racializadas”. O

acúmulo de desvantagens econômicas limita o acesso a exames preventivos, alimentação saudável, transporte e à continuidade do cuidado, afetando profundamente os desfechos oncológicos (KAWACHI e SUBRAMANIAN, 2008).

Ao cruzarmos os dados sobre internações (Gráfico 2), taxa de mortalidade (Gráfico 3) e óbitos (Gráfico 4), e os relacionarmos com a Tabela 5, temos uma visão preocupante da realidade dos homens negros na região Sul do Brasil. Embora a taxa de mortalidade dessa população seja superior à dos homens brancos, o número de internações é substancialmente inferior. Essa disparidade sugere uma possível ausência ou atraso no diagnóstico e no tratamento, indicando desigualdades no acesso ao cuidado em saúde.

Essa situação demonstra que os homens negros possuem rendas significativamente inferiores, o que influencia diretamente o acesso a cuidados preventivos e especializados. Esse entendimento vai ao encontro do estudo de Santos e Rigotto (2010), que, em seu artigo intitulado “Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde”, apresentam uma abordagem crítica da territorialização. Os autores enfatizam que os territórios são marcados por relações de poder e subjetivação, fatores que, se não considerados, levam à homogeneização de políticas que ignoram desigualdades raciais e socioeconômicas, demonstrando que as relações étnicas não devem ser analisadas apenas pelo marcador raça/cor.

Portanto, a leitura territorial e racial dos dados apresentados até aqui, sob a ótica da geografia da saúde, evidencia que os desfechos adversos do câncer de próstata experimentados por homens negros no Sul do Brasil são efeitos de um sistema estruturalmente excludente. Nesse sentido, entendemos que o racismo institucional opera em diversas facetas dentro de um território, pois atua como dificultador na forma como os serviços são distribuídos, no atendimento e cuidado com a saúde de corpos negros, e na forma como são coletados e disseminados os dados referentes a essa parcela da população.

A geografia da saúde, ao integrar conceitos como território, acessibilidade, poder e desigualdade, permite compreender que o lugar onde se vive e quem se é nesse lugar interferem diretamente na probabilidade de viver ou morrer diante de uma doença tratável, como o câncer de próstata. Nesse sentido, nosso estudo também busca dialogar com os problemas que envolvem essa neoplasia e os homens negros da região Sul, pois, como apontam Barcellos, Buzai e Handschumacher (2018), em seu estudo sobre os desafios e temas da geografia da saúde, essa ciência detém compromissos específicos. Ao estudar o processo saúde-doença e o binômio doença-atenção, utiliza métodos de associação espacial para compreender a relação entre riscos, condições de vida, acesso a serviços e equidade nos sistemas de saúde. Mais do

que um enfoque geográfico, configura-se como ciência aplicada, oferecendo conceitos e métodos para compreender e intervir nos problemas de saúde.

Em nosso estudo sobre o câncer de próstata e inspirado por esse compromisso, ao evidenciarmos possíveis atores envolvidos na problemática da doença em corpos negros na região Sul do Brasil, buscamos demonstrar que essas limitações podem ser melhoradas ou, em tom utópico, até mesmo superadas por meio de práticas ativas que contribuam para a redução da maior taxa de mortalidade por câncer de próstata em homens negros nessa região.

A respeito disso, o estudo de Maio e Monteiro (2005), intitulado “Tempos de racialização: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil”, discute como o território articula identidades e reprodução social, ampliando o entendimento de que as ações em saúde precisam considerar as diferenças sociais, culturais e étnicas para evitar a invisibilização de grupos marginalizados. Nesse sentido, podemos apontar que a escassez de campanhas públicas com enfoque racial e territorial contribui para a invisibilidade da população negra. Portanto, referimo-nos aqui à necessidade de iniciativas que promovam maior compreensão e formação de redes de apoio para a população negra, sobretudo para homens negros com câncer de próstata.

A efetivação de políticas públicas voltadas para essa população poderia também contribuir para o quadro dos homens negros com câncer de próstata (CaP), uma vez que possibilitaria a realização de diagnósticos em estágio correto ou até mesmo precoce, visando diminuir os casos em estágios avançados da doença e, conseqüentemente, representar uma possível forma de reduzir as taxas de mortalidade que acometem homens negros com essa neoplasia.

Em estudo já citado anteriormente, Lillard et al. (2022) identificaram que homens negros, mesmo apresentando características clínicas semelhantes às dos homens brancos, tendem a ter menor probabilidade de receber tratamento para o câncer de próstata e estão mais sujeitos a atrasos entre o diagnóstico e o início da terapêutica, o que pode estar relacionado ao tipo de unidade de saúde disponível e à conseqüente desigualdade no acesso ao rastreamento e ao tratamento da doença. Os autores também mencionam a falta de conscientização dos homens negros sobre ensaios clínicos dos quais poderiam participar, além da ausência de comunicação adequada por parte das equipes de saúde sobre as diferenças da doença entre brancos e negros, bem como a falta de diálogo sobre a triagem do PSA (*Prostate Specific Antigen*), que em português significa Antígeno Prostático Específico.

Diante desses apontamentos, estabelecemos a seguinte reflexão: embora o estudo seja referente a homens negros da América do Norte, o mesmo fenômeno pode ser identificado no

Brasil, como também é evidenciado no estudo de Nascimento et al. (2022). Ao problematizarem o crescente número de óbitos no país, as autoras destacam a necessidade de uma ampla rede de conscientização sobre os fatores de risco do câncer de próstata, por meio de campanhas de saúde coletiva e da atuação dos agentes comunitários de saúde, considerando que estes mantêm contato próximo com grupos populacionais de maior vulnerabilidade, favorecendo, assim, um controle mais efetivo da doença no Brasil.

Nesse sentido, e estando nós cientes de que um dos fatores de risco para o câncer de próstata (CaP) é ser negro, a intervenção proposta pelos autores nos parece mais adequada, pois, ao considerarmos campanhas de saúde mais focalizadas nos grupos de risco, aliadas ao acolhimento das informações pelos agentes comunitários de saúde, teríamos dados mais concretos. Isso acarretaria uma maior espacialização dos territórios que necessitam de mais atenção para a prevenção e para o esclarecimento sobre o CaP, o que produziria, além de melhorias no campo da saúde coletiva, avanços na produção e gestão de políticas públicas, algo que, como aponta Carneiro (2003), tem sido historicamente desprovido de um olhar “racializado”.

Com intervenções pontuais e de acordo com as necessidades específicas dessa parcela da população, estaríamos diminuindo as desigualdades intrinsecamente enraizadas nas diversas estruturas e organizações do nosso país. Essa afirmação decorre do que Gonzalez (2005), ao discutir o conceito de “amefricanidade”, evidencia em sua obra, pois os corpos negros foram sistematicamente marginalizados, inclusive nos espaços institucionais de cuidado.

Esse cenário pode ser ressaltado, conforme já demonstramos, pela ausência de indicadores de monitoramento étnico-racial, associada à baixa capacitação dos profissionais para lidar com o racismo institucional, o que reforça as barreiras de acesso e contribui para a letalidade desproporcional do CaP entre homens negros.

A análise integrada dos quadros, tabelas e gráficos confirma que o câncer de próstata entre homens negros na Região Sul do Brasil é um fenômeno profundamente territorializado e condicionado por determinantes sociais da saúde e por relações históricas de poder. Através da geografia da saúde, os dados revelam que a desigualdade não se manifesta apenas na mortalidade ou nas taxas de internação, mas também na própria produção e circulação do conhecimento (Quadro 1), na distribuição desigual de recursos diagnósticos e terapêuticos (Quadros 3 e 4) e na história e configuração política do sistema de saúde (Quadro 2).

O tratamento desses dados, aliado às intervenções presentes nas bibliografias existentes, mostra que políticas públicas como a PNAISH (Quadro 3) e a PNSIPN (Quadro 4) possuem potencial para o enfrentamento das iniquidades, mas sua efetividade depende da

territorialização das ações e do uso sistemático do quesito raça/cor como instrumento de planejamento, uma lacuna visível na Tabela 6.

Os indicadores epidemiológicos (Tabelas 4 e 5; Gráficos 2, 3 e 4) confirmam que homens negros apresentam mortalidade desproporcionalmente mais alta, mesmo sendo minoria populacional, o que reforça o impacto de fatores como renda (Tabela 5), segregação espacial e racismo institucional. A menor taxa de internações (Tabela 2; Gráfico 2) indica que o acesso ao cuidado especializado é desigual e frequentemente tardio, contribuindo para piores desfechos clínicos.

A Geografia da Saúde explica esses padrões ao mostrar que o território é produto de relações sociais e políticas (RAFFESTIN, 1993; GUIMARÃES, 2015) e que a saúde é determinada pela posição que cada grupo ocupa nesse território (RIBEIRO, 2014). As áreas de maior concentração da população negra, geralmente periféricas, enfrentam menor disponibilidade de serviços especializados, barreiras logísticas para deslocamento, menor poder político para reivindicar recursos e discriminação institucional no atendimento (SILVA et al., 2023). Portanto, os resultados de nosso estudo apontam que para reduzir as desigualdades raciais no câncer de próstata exigem-se:

- Ampliação e descentralização da oferta de serviços especializados, priorizando territórios de maior vulnerabilidade;
- Fortalecimento no uso do quesito raça/cor nos sistemas de informação para subsidiar o planejamento territorial;
- Integração de políticas de saúde e mobilidade, reduzindo barreiras geográficas ao acesso;
- Enfrentamento ao racismo institucional de forma estruturada e monitorada;
- Articulação de ações intersetoriais que incluam educação, renda e moradia como componentes do cuidado integral.

Assim, nosso estudo demonstra que, por meio da geografia da saúde, ao relacionarmos os fatos expostos sobre o CaP em homens negros, essa ciência, assim como nós, busca ir além da simples descrição dos locais onde estão as desigualdades, oferecendo também ferramentas conceituais e metodológicas para combatê-las, identificando possíveis lacunas para que a aplicação das políticas públicas seja, ao mesmo tempo, territorializada e antirracista.

Nossos motivadores acerca dessas afirmativas, quando focamos em homens negros acometidos por CaP na região Sul do Brasil, seja dentro da geografia da saúde, seja por meio dos atravessamentos dos determinantes sociais da saúde (DSS), são confirmados por uma gama de estudos que se mostraram pertinentes ao abordarem essa neoplasia em homens negros, mesmo com certas discrepâncias em relação ao que apresentamos neste estudo.

Como demonstram Moreira et al. (2023), houve um crescimento da mortalidade por CaP no Brasil, destacando que fatores como baixa escolaridade e raça/cor influenciam os desfechos. Contudo, esses autores não articulam tais dados com a dimensão territorial. Nosso estudo, ao cruzar dados de mortalidade e distribuição populacional, evidencia que homens negros, embora representem menor percentual da população na região Sul, apresentam proporcionalmente maior mortalidade, sinalizando desigualdades estruturais na capacidade de resposta do SUS.

Já o estudo de Leonelo et al. (2024) reforça a desigualdade no acesso ao diagnóstico precoce, mas não analisa como o recorte racial intensifica essa lacuna, aspecto que também buscamos demonstrar. Por meio das diferenças de renda mensal entre homens brancos e negros da região em análise, fica evidente uma desigualdade econômica que, acreditamos, se traduzirá em desigualdade em saúde, indo ao encontro do estudo de Paim (2008), que aponta para a seletividade e o subfinanciamento da atenção primária em territórios racializados.

No estudo citado anteriormente, Lillard et al. (2022) trazem referência de que o CaP pode ser mais grave em homens negros devido ao racismo institucional, sinalizando que esse fator seja central nos piores desfechos da doença. Eles descrevem restrições de acesso a seguros e cuidados para famílias negras de baixa renda no contexto da América do Norte. Na região Sul do Brasil, encontramos dificuldades semelhantes, mas também discrepâncias em relação aos autores: há um contingente populacional negro menor, o que eles não quantificaram em seu estudo, além do fato de que o sistema público de saúde brasileiro, em tese, garante acesso universal e assegura direitos a todos que utilizam seus serviços. Ainda assim, os resultados corroboram com os mesmos achados, pois ambos relacionam a maior taxa de mortalidade aos contextos socioespaciais e raciais, demonstrando menor oferta de diagnóstico e internações, mesmo diante de maior risco de morte.

No estudo *“Is prostate cancer different in Black men?”* de Tsodikov et al. (2017), os autores destacam que há maior incidência e agressividade do câncer de próstata (CaP) em homens negros, atribuindo essa realidade tanto a fatores biológicos quanto a barreiras socioeconômicas. Contudo, enfatizam que ainda não há evidências conclusivas de que a maior letalidade da doença esteja relacionada a causas exclusivamente genéticas ou biológicas. A maior taxa de mortalidade observada entre homens negros, segundo os autores, está principalmente associada à maior incidência da doença nesse grupo, embora não haja consenso se isso decorre de um risco intrínseco mais elevado ou de uma progressão mais acelerada para formas agressivas. Diante disso, os autores propõem que homens negros deveriam ser submetidos a estratégias de rastreamento mais intensivas e iniciadas em idades mais precoces em comparação ao restante da população.

Ao contrastarmos essas conclusões com os dados apresentados em nosso estudo, observamos uma realidade ainda mais alarmante: na região Sul do Brasil, homens negros estão sub-representados nos diagnósticos de CaP, o que sugere atrasos significativos no acesso aos serviços de saúde. Esse cenário favorece o diagnóstico em estágios mais avançados da doença, o que, por sua vez, contribui para uma maior mortalidade. A ausência de estratégias específicas de rastreamento para essa população, somada à ineficiência das ações generalistas do SUS, permite inferir que há barreiras estruturais de acesso que operam seletivamente sobre os corpos negros. Tais barreiras podem ser compreendidas como manifestações do racismo institucional, que impõe fronteiras simbólicas e materiais que dificultam ou retardam o cuidado em saúde para homens negros, agravando os desfechos clínicos e epidemiológicos relacionados ao câncer de próstata.

Já no estudo de Neto (2019), o autor aborda questões biológicas na busca analisar e comparar parâmetros clínicos, características das biópsias de próstata e produtos das prostatectomias radicais entre homens brancos e negros, com a finalidade de explicar se há fatores que demonstrem o pior prognóstico do CaP em negros, com base menor comprimento de fragmentos em biópsias de homens negros, que poderia ser uma possibilidade para a causa de subdiagnóstico e subestadiamento. O autor descreve que sobre o CaP, não está claro se as diferenças ocorrem em decorrência da carga genética ou de fatores coexistentes, como questões socioeconômicas, de acesso ou qualidade à assistência médica ou outras. O autor ressalta que vários estudos têm se apoiado a preexistência de fatores genéticos possam estar relacionados ao agravamento da doença em homens negros, porém não há nada totalmente comprovado, da mesma forma cita que estudos que relacionam essa neoplasia em negros e as questões socioeconômicas também não demonstram comprovação total para isso. E termina seu estudo, afirmando que embora haja essas lacunas, seu estudo delimitou em estudar uma população clinicamente homogênea, ou seja com o mesmo acesso para negros e brancos, o que resultou na comprovação que o tamanho médio do fragmento sem neoplasia da biópsia de próstata do negro é menor que a do branco em pacientes com CaP, supondo que esse pode vir a explicar o pior prognóstico em homens negros acometidos pela doença.

Embora nosso estudo não tenha investigado diretamente os aspectos clínicos dos pacientes, os resultados apresentados reforçam a hipótese de que barreiras técnicas, como acesso tardio ao rastreamento e à confirmação diagnóstica, se somam a barreiras estruturais, como o racismo institucional e as desigualdades territoriais no acesso aos serviços de saúde. Ao considerarmos os achados de Neto (2019), que analisou homens em condições clínicas semelhantes para comparar desfechos terapêuticos, é importante destacar um ponto de inflexão:

em nosso recorte, voltado para homens negros na região Sul do Brasil, as condições clínicas de entrada no sistema de saúde já se mostram distintas. Ao contrário do cenário homogêneo descrito por Neto, nossos dados indicam que os homens negros frequentemente chegam ao sistema em estágios mais avançados da doença, evidenciando trajetórias de cuidado profundamente desiguais. Portanto, mesmo que o estudo de Neto se sustente sobre um controle clínico importante, ele não dá conta das clivagens raciais e territoriais que moldam o acesso e o cuidado na saúde, especialmente no caso dos homens negros, sujeitos que, em nosso contexto, partem de realidades distintas e mais vulneráveis.

Além de que, territórios imaginários e culturais apresentam-se como potencializadores das diferenças existentes na busca por melhor solução para os efeitos da saúde-doença em uma parcela da população, pois nem todos possuem os mesmos aparatos financeiros ou mesma facilidade de acesso aos centros de tratamento, o que pode culminar em disparidades mesmo que ambos (negros e brancos) possuam o mesmo tratamento eles não partem do mesmo lugar. O que corrobora com os estudos de Paulista; Assunção e Lima (2019) e Ceschini (2025) que destacam as desigualdades no cuidado oncológico e padrões socioeconômicos regionais, indo de encontro ao nosso estudo que avança ao territorializar tais desigualdades integrando variáveis epidemiológicas, clínicas, socioeconômicas e geográficas.

Reconhecemos como limitação a ausência de alguns dados, como por exemplo os referentes ao ano de 2025, pois não foram encontrados em sua íntegra, mas que estarão dispostos no Apêndice A, que estará ao final desse material. Também reconhecemos em nosso trabalho a limitação na ausência de dados clínicos primários e uma avaliação mais detalhada da implementação local das políticas PNAISH e PNSIPN, além de pesquisas de campo que poderiam explorar mais a fundo as condições territoriais dos indivíduos com CaP, bem como apresentar os casos de mulheres trans (brancas e negras), que possuam a próstata, pois não encontramos dados sobre essas categorias nos dados e estudos disponibilizados, o que nos leva a considerar mais uma vez uma política de apagamento dessas mulheres em relação aos sujeitos os quais abordamos nesse estudo. Ainda assim, a principal contribuição desta pesquisa é evidenciar que, no Sul do Brasil, as altas taxas de mortalidade por Cap tem relação direta, mesmo que não unicamente com as desigualdades raciais, que são produzidas e reproduzidas pelo entrelaçamento de fatores territoriais, econômicos e estruturais. Nosso trabalho ainda dentro de suas limitações oferece, algumas possibilidades e subsídios teóricos para possíveis implementações de políticas públicas que seja mais sensíveis à realidade da população negra, com a finalidade de diminuir as discrepâncias analisadas ao longo desse estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo compreender como as desigualdades raciais no câncer de próstata acarretam uma alta taxa de mortalidade em homens negros na região Sul do Brasil, articulando determinantes sociais da saúde, dimensões territoriais e políticas públicas como a PNAISH e a PNSIPN. Ao longo do estudo, constatou-se que o território é mais do que um espaço físico, trata-se de um elemento ativo na produção e reprodução de iniquidades, moldando o acesso, a qualidade e os resultados do cuidado em saúde.

A análise dos dados secundários do DATASUS e do IBGE revelou padrões consistentes: homens negros apresentam taxas proporcionais de mortalidade mais elevadas do que homens brancos, mesmo sendo minoria demográfica nas faixas etárias de maior risco. Essa disparidade é intensificada por desigualdades econômicas, sociais e educacionais, que resultam na distribuição desigual de serviços especializados, menor conhecimento sobre os riscos da doença, dificuldades no acesso ao diagnóstico e ao tratamento, fatores que, somados, agravam os desfechos clínicos nesses grupos.

Ao relacionar esses achados à literatura, observou-se que parte significativa dos estudos nacionais descreve disparidades regionais e socioeconômicas, mas não avança em análises interseccionais de base territorial. Estudos internacionais destacam o papel do racismo institucional e das barreiras socioeconômicas, mas refletem contextos distintos do brasileiro. Já algumas pesquisas trazem contribuições clínicas importantes, como o subdiagnóstico em homens negros decorrente de biópsias com menor comprimento de fragmento, embora sem abordar as dimensões socioespaciais nem os determinantes sociais da saúde.

A principal contribuição desta dissertação reside justamente em integrar essas dimensões, epidemiológica, clínica, socioeconômica, territorial e política, em um mesmo quadro analítico, propondo uma leitura interdisciplinar por meio da geografia da saúde. Neste estudo, tal abordagem se orienta para os desdobramentos do câncer de próstata, em que o território e a raça/cor se constituem como categorias centrais para compreender os altos índices de mortalidade entre homens negros acometidos por essa neoplasia maligna. Ao evidenciar o papel do território e das desigualdades que nele se produzem e reproduzem, no contexto específico da região Sul, torna-se possível afirmar que a problemática não se resume a fatores individuais ou biológicos, mas compõe uma teia complexa de determinantes que inclui racismo estrutural, subnotificação, dificuldades de acesso às políticas públicas, possível subfinanciamento do SUS, seletividade na atenção primária e falhas na implementação de políticas específicas.

Reconhece-se, entretanto, que este estudo apresenta limitações. A ausência de dados clínicos primários, de informações detalhadas sobre estadiamento tumoral, tempo entre diagnóstico e início do tratamento, modalidades terapêuticas utilizadas, dados sobre as mulheres trans (negras e brancas), que possuem a próstata e que por consequência possam ser acometidas pelo CaP, bem como a indisponibilidade ou fragmentação de dados atualizados referentes ao ano de 2025 e parte dos dados referentes ao ano de 2024, compromete uma visão mais aprofundada sobre todas as etapas da trajetória do paciente. Soma-se a isso a limitação quanto à descrição do acesso aos serviços públicos e privados de saúde. Ademais, embora a análise documental das políticas públicas tenha permitido identificar avanços e lacunas, não foi possível avaliar com profundidade a implementação prática da PNAISH e da PNSIPN na região estudada.

Diante dos resultados, recomenda-se que futuros estudos adotem metodologias mistas, integrando análises espaciais, dados clínicos e abordagens qualitativas com pacientes e profissionais de saúde, a fim de aprofundar o entendimento das múltiplas barreiras enfrentadas pelos homens negros no cuidado ao câncer de próstata. Também se aponta a necessidade de fortalecimento da implementação local das políticas de saúde do homem e da população negra, com a incorporação de mecanismos de monitoramento contínuo, participação social efetiva e estratégias adaptadas às especificidades territoriais.

Por fim, reafirma-se que enfrentar as desigualdades raciais no câncer de próstata exige mais do que ampliar o acesso ao diagnóstico. Ainda que não se possa afirmar com total certeza de que os determinantes sociais da saúde, atrelados às questões territoriais, sejam a causa exclusiva da disparidade na letalidade do CaP entre homens negros, é possível sustentar que constituem elementos fundamentais na análise desse cenário. Assim, o enfrentamento dessa enfermidade, como de tantas outras, requer atuação em suas múltiplas diretrizes. Somente dessa forma enfrentaremos as raízes estruturais dessas iniquidades, garantindo que o sistema de saúde público brasileiro se aproxime efetivamente de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. Essa é uma tarefa que demanda o entrelaçamento de ciência, política e compromisso ético, para que homens negros, independentemente de onde vivam, tenham iguais oportunidades de viver, e viver com saúde.

REFERÊNCIAS

- ABBOTT, R.R.; TAYLOR, D.K.; BARBER, K. A comparison of prostate knowledge of African– American and Caucasian men: changes from prescreening baseline to post intervention. **Cancer Journal from Scientific American**, v.4, p.175–7, 1998.
- ABREU, A. M. de; AMARAL, C. S. A.; FRAGA, D. R. da S.; PAZ, A. A.; LINCH, G. F. da C.; WATERKEMPER, R. *Radiotherapy services in the Brazilian scenario* – Serviços de radioterapia no cenário brasileiro. **Revista Sul-Brasileira de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 9, n. 30, p. 21-25, nov. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/358403409_Radiotherapy_services_in_the_Brazilian_scenario_-_Servicos_de_radioterapia_no_cenario_brasileiro. Acesso em: 16 maio 2025.
- AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade** (Feminismos Plurais). Coordenação de Djamila Ribeiro. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 152 p. ISBN 978-85-98349-69-5. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Interseccionalidade_\(Feminismos_Plurais\)_-_Carla_Akotirene.pdf?1599239359](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1154/o/Interseccionalidade_(Feminismos_Plurais)_-_Carla_Akotirene.pdf?1599239359). Acesso em: 28 maio. 2025.
- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mnpHNBCXdptWTzt64rx5GSn/>. Acesso em: 30 set. 2020.
- ALMEIDA, B. T. F. de; GONDINHO, B. V. C. A política nacional de saúde integral da população negra (PNSIPN) e seus aspectos econômicos: uma revisão integrativa sistematizada. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care** | ISSN 2179-6750, [S. l.], v. 15, n. spec, p. e017, 2023. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1351>. Acesso em: 4 jun. 2025.
- ALMEIDA, G. R. da C.; LUZ, J. S. da. A geografia da saúde: a regionalização e territorialização como suporte à municipalização da saúde no contexto do SUS. **Revista FT**, [S. l.], v. 27, ed. 121, abr. 2023. DOI: 10.5281/zenodo.7829716. Disponível em: <https://revistaft.com.br/a-geografia-da-saude-a-regionalizacao-e-territorializacao-como-suporte-a-municipalizacao-da-saude-no-contexto-do-sus/>. Acesso em: 10 jun. 2025.
- ALVES, D. dos S.; SANTOS, F. J. dos.; BARBOSA, L. P.; OLIVEIRA RICARDO, M. A. de O.; DA MATA, M. P.; CARVALHO, M. E. S. A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA DISPARIDADE SOCIAL E NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Fórum Regional de Pesquisa e Intervenção (FOR-PEI)**, [S. l.], n. 1, 2019. Disponível em: <https://periodicosfacesf.com.br/index.php/FOR-PEI/article/view/84>. Acesso em: 15 jun. 2025.
- ANDRADE, M. E. B. de. Geografia Médica: origem e evolução. In: BARATA, Rita Barradas; BRICEÑO-LEÓN, Roberto (orgs.). **Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 151-172. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/45vyc/pdf/barata-9788575413944.pdf>. Acesso em: 18 maio 2025.
- ARAÚJO, I. B. de; FRANCO, G. B.; NETO, A. S. C. Território, Geografia e Saúde: a cartografia territorial como instrumento integrador. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v.

20, n. 71, p. 265–280, set. 2019. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/article/view/45553>. Acesso em: 11 jun. 2025.

ARAÚJO, I. L. F.; RIBEIRO, L. P. A saúde da população negra e as políticas no século XX: é nas encruzilhadas que encontramos resistências, emancipações e mortes [ensaio]. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, e00080224, abr. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4DxhHhSCnQPymsh3VXzSHbF/>. Acesso em: 11 jun. 2025.

ARAÚJO, M.S.M.; SARDINHA, A.H de L.; NETO, J. A. de F.; DA SILVA, E.L.; LOPES, M.L.H. Características sociodemográficas e clínicas de homens com câncer de próstata. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 362–367, 2019. DOI: 10.15446/rsap.V21n3.70678. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/70678>. Acesso em: 26 set. 2023.

ARROYO, M. **Território nacional e mercado externo: uma leitura do Brasil na virada do século XX**. 2001. 200 f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8136/tde-20042022-165056/>. Acesso em: 13 ago. 2024.

BABO, T.; CORONATO, D. R. Estado Nacional em Transformação: Implicações das Novas Formas de Conflitos. **Campos Neutrais - Revista Latino-Americana de Relações Internacionais**, Rio Grande, RS, v. 6, n. 1, p. 40–60, 2024. DOI: 10.14295/rcn.v6i1.17674. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/cn/article/view/17674>. Acesso em: 11 jun. 2025.

BAGESTON, Á. A. da S.; ARAÚJO, J. S.. REFLEXÕES SOBRE A PATERNIDADE NEGRA: MASCULINIDADES E SUAS CONSTRUÇÕES DO HOMEM COMO PAI. **Gavagai - Revista Interdisciplinar de Humanidades**, Brasil, v. 10, n. 2, p. 62–74, 2024. DOI: 10.36661/2358-0666.2023v10n2.14080. Disponível em: <https://periodicos.uffs.edu.br/index.php/GAVAGAI/article/view/14080>. Acesso em: 30 jun. 2025.

BARBOSA, I. R.; AIQUOC, K. M.; SOUZA, T. A. de (Orgs.). **Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil**. Natal: EDUFERN, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Isabelle-Barbosa/publication/356469290_Raca_e_saude_multiplos_olhares_sobre_a_saude_da_populacao_negra_no_Brasil/links/619ce28a61f0987720c7d27b/Raca-e-saude-multiplos-olhares-sobre-a-saude-da-populacao-negra-no-Brasil.pdf. Acesso em: 2 jun. 2025.

BARCELLOS, C.; BUZAI, G. D.; HANDSCHUMACHER, P. Geografia e saúde: o que está em jogo? História, temas e desafios. **Confins**, [S.l.], n. 37, 2018. Disponível em: <https://journals.openedition.org/confins/14954>. Acesso em: 13 jun. 2025.

BARCELLOS, C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I. (2002) Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 11(3): 129-138. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a03.pdf>. Acesso em: 28 set. 2024.

BARRETO, A. de O. Masculinidade negra e a colonização: ecos do passado no presente. **Kwanissa: Revista de Estudos Africanos e Afro-Brasileiros**, v. 5, n. 12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18764/2595-1033v5n12.2022.9>. Acesso em: 30 set. 2023.

BARROSO, W. K. S.; BATISTA, R. S.; VITORINO, V. de O. P.; SOUSA, L.A.L. Influência da composição racial brasileira no controle da pressão arterial: a necessidade de novos olhares além do tratamento medicamentoso. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 3, p. 623-624, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/GwPbRVKRv6857pscWvnBL7d/?lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2023.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmGf74RqZsbpKYXxNKhm/>. Acesso em: 18 jun. 2025.

BRANDÃO, C. C.; SALERNO, A. A. P.; MEDRADO, B.; BARROS, E. A. dos S.; ALBUQUERQUE, F. P. de; FERNANDES FILHO, H. P.; LYRA, J.; MAGALHÃES, R. da S.; PINTO, T. R.; FIGUEIREDO, W. dos S. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: 15 anos de importantes avanços e persistentes desafios. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 29, supl. 1, e250258, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.250258>. Acesso em: 25 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra – Número Especial – Vol. 1**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-saude-da-populacao-negra-numero-especial-vol-1-out.2023>. Acesso em: 27 jun. 2025.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde (CNS)**. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016: dispõe sobre as normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, 24 maio 2016. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 10 mar. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.Htm. Acesso em: 26 set. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 26 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios, diretrizes e objetivos. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2008. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em: 20 maio. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes [Internet]. **Brasília: Ministério da Saúde**; 2009. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf. Acesso em: 20 maio. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: MS; 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS** [Documento online]. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (1. ed.). 56 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/publicacoes/politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra-1-edicao-2010>. Acesso em: 11 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. 44 p.

BREILH, J. Epidemiología del siglo XXI y equidad: ¿por qué es necesario cambiar la teoría, la práctica y el poder? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1045–1051, jul./ago. 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1350423>. Acesso em: 20 set. 2025.

CAMARGO-CRUZ, P. E. A. Reconhecer o racismo é determinante nas condições da saúde da população negra. **Jornal da USP**, São Paulo, 23 nov. 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos/reconhecer-o-racismo-e-determinante-nas-condicoes-da-saude-da-populacao-negra/>. Acesso em: 1º jun. 2025.

CARDOSO, M. A. Determinantes sociais e a geografia da saúde. In: SILVA, Ana Paula; GOMES, Rafael (org.). **Temas em saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 45-68.

CARNEIRO, S. **Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

CARRARA, S.; SIMÕES, J. A. Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na antropologia brasileira. **Cadernos Pagu**, p. 65-99, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/JHyY6zkPRdW4fp6wk9vtkhn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2023.

CESARO, B. C. De; SANTOS, H. B. dos; SILVA, F. N. M. da. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. 2019, v. 42. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e119>. Acesso em: 30 nov. 2024.

CESCHINI, N. Análise epidemiológica das neoplasias malignas da próstata na região sudeste entre os anos de 2017 e 2023. **ARACÊ**, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 17450–17461, 2025. DOI: 10.56238/arev7n4-109. Disponível em: <https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/4367>. Acesso em: 18 jun. 2025.

COELHO NETO, A. S. **A trama das redes socioterritoriais no espaço sisaleiro da Bahia**. 2013. 426 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Programa de Pós-Graduação em Geografia, Instituto de Geociências, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/33819>. Acesso em: 30 jun. 2025.

COELHO, R.; CAMPOS, G. O campo de estudos sobre saúde da população negra no Brasil: uma revisão sistemática das últimas três décadas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 33, n. 1, e220754, 2024. DOI: 10.1590/S0104-12902024220754pt. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2024.v33n1/e220754pt/>. Acesso em: 13 abr. 2025.

COSTA, A. C. de O.; FARIA JÚNIOR, J. G. de; OLIVEIRA, G. L. de; RAMOS, D. de O.; PAES-SOUSA, R. Privação material, desigualdades raciais e mortalidade por neoplasias de mama feminino, próstata e colo de útero na população adulta brasileira: um estudo ecológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.02212024>. Acesso em: 13 jun. 2025.

COSTA, N. do R.; BARROS, P. L.; RIBEIRO, J. M. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], v. 50, n. 3, p. p. 32-55, 2014. DOI: 10.21874/rsp.v50i3.350. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/350>. Acesso em: 11 jun. 2025.

CHOWDHURY-PAULINO, I. M.; ERICSSON, C.; VINCE Jr., R.; SPRATT, D. E.; GEORGE, D. J.; MUCCI, L. A. **Racial disparities in prostate cancer among black men: epidemiology and outcomes**. **Prostate Cancer and Prostatic Diseases**, v. 25, p. 397–402, 2022. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41391-021-00451-z>. Acesso em: 11 abr. 2025.

CRENSHAW, K. Desmarginalizando a intersecção de raça e sexo: uma crítica feminista negra à doutrina antidiscriminação, teoria feminista e política antirracista. **Fórum Jurídico da Universidade de Chicago**, v. 1989, Artigo 8. Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>. Acesso em: 30 ago. 2024.

CUNHA, V. D.; TAVARES, B. OS HOMENS NEGROS EM TEMPOS DE PANDEMIA DO COVID-19. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, [S. l.], v. 13, n. 37, p. 533–555, 2021. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1208>. Acesso em: 27 abr. 2025.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. In: **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul-set, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nWtDN3D3rTd87bHnwX55fSK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2023.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Políticas e estratégias para promover a equidade social em saúde. **Estocolmo: Instituto de Estudos Futuros**, v. 27, n. 1, p. 4-41, 1991. Disponível em: http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/eq/li/Eq_2007_Li_Dahlgren.pdf. Acesso em: 30 set. 2024.

DAMASCENO, G. M.; ZANELLO, M. L. V. Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 3, p. 450-464, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/gPSLSxDcHDhDccZgpk3GNVG/>. Acesso em: 30 set. 2023.

DESS, R. T.; HARTMAN, H. E.; MAHAL, B. A.; et al. **Association of Black race with prostate cancer-specific and other-cause mortality**. *JAMA Oncology*, v. 5, n. 7, p. 975–983, 2019. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2734259>. Acesso em: 11 abr. 2025.

DE SOUSA, C. A. P. B.; PEIXOTO, C. M.; SOARES, L. B. C.; AMORIM, C. R. T.; MACENA, R. H. M.; BASTOS, V. P. D. A prevalência de incontinência urinária em pacientes prostatectomizados. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, [S. l.], v. 16, n. 6, 2015. DOI: 10.17921/1415-6938.2012v16n6p%0p. Disponível em: <https://ensaioseciencia.pgsscogna.com.br/ensaioeciencia/article/view/2746>. Acesso em: 11 jun. 2025.

DORNELES, T. M.; VENTURA, T.; ALMEIDA, L. M. L. GEOPOLÍTICA DOS RECURSOS NATURAIS ESTRATÉGICOS E O PAPEL DO ESTADO BRASILEIRO. **Revista Estudo & Debate**, Lajeado, RS, v. 28, n. 4, 2021. DOI: 10.22410/issn.1983-036X.v28i4a2021.2925. Disponível em: <https://www.univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/2925>. Acesso em: 11 jun. 2025.

DUMMER, T. J. B. Health geography: supporting public health policy and planning. **Canadian Medical Association Journal**, [S. l.], v. 178, n. 9, p. 1177-1180, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2292766/>. Acesso em: 25 jun. 2025.

EPSTEIN, J.I.; EGEVAD L.; AMIN, M.B.; DELAHUNT, B.; SRIGLEY J.R.; HUMPHREY P.A.; GRADING, C. Conferência de Consenso de 2014 da Sociedade Internacional de Patologia Urológica (ISUP) sobre a Classificação de Gleason do Carcinoma de Próstata: Definição de Padrões de Classificação e Proposta para um Novo Sistema de Classificação. *Am. J. Surg. Pathol.* 2016;40:244–252. doi: 10.1097/PAS.0000000000000530. - DOI - PubMed. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26492179/>. Acesso em: 29 jun. 2025.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Revista RA'E GA - O Espaço Geográfico em Análise**, v. 17, p. 31-41, 2009. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4323925/mod_resource/content/1/FARIA%20e%20BORTOLOZZI%20espaco%20territorio%20e%20saude.pdf. Acesso em: 30 ago. 2023.

FAZENDA, I. C. A. Interdisciplinaridade: Teoria e Prática. **Revista Ciências Humanas**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 33–37, 2017. DOI: 10.32813/rchv10n12017artigo4. Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/353>. Acesso em: 10 abr. 2025.

FENSTERSEIFER, A. C.; da SILVA, A. L.; FACCHINI, C. M.; TEM-PASS, C. S.; dos SANTOS, C. D. S.; SCHNEIDER, G. F.; LEY, L. L. G.; DUTRA, L. Z. & Rufatto, M. V.

(2022). **Populações negligenciadas: um desafio no cuidado em saúde** (Vol. 6). Editora da PUCRS.

FOGAÇA, T. K. **Geografia da Saúde**. 2. ed. Curitiba: Intersaberes, 2024. 251 p.

FUCCILLE, L. A.; BRAGATTI, M. C.; LEITE, M. L. T. de A. Geopolítica dos Recursos Naturais na América do Sul: um panorama dos recursos hídricos sob a ótica da Segurança Internacional | Geopolitics of Natural Resources in South America: a panorama of water resources under the view. **Mural Internacional**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 59–75, 2018. DOI: 10.12957/rmi.2017.32569. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/muralinternacional/article/view/32569>. Acesso em: 11 jun. 2025.

FUNASA. **Cronologia histórica da saúde pública**. Fundação Nacional de Saúde, 07 ago. 2017. Disponível em: <https://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 11 jun. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (ENSP); CENTRO DE ESTUDOS SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CEPI-DSS). **Abordagem Territorial aos Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2025. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/quem-somos/o-cepi-dss/abordagem-territorial/>. Acesso em: 10 jun. 2025.

GALVÃO, A. L. M.; OLIVEIRA, E.; GERMANI, A. C. C. G.; LUIZ, O. do C. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 2, e200743, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rPgBQsrGNMDmvt5FJFLz6sS/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2025.

GERALDO, R. M.; OLIVEIRA, J. C. de; ALEXANDRE, L. S. C.; AGUIAR, M. R. de A.; VIEIRA, A. F. S.; GERMANI, A. C. C. G. Preenchimento do quesito raça/cor na identificação dos pacientes: aspectos da implementação em um hospital universitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3871–3880, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n10/3871-3880/pt/>. Acesso em: 27 jun. 2025.

GONÇALVES, F. A.; SILVA, J. A. da; PEREIRA, M. V. Avaliação do impacto da pandemia da covid-19 sobre o diagnóstico precoce do câncer de próstata no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 10, e17920, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17920>. Acesso em: 10 maio 2025.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Pallas, 2005.

GOTTMANN, J. A evolução do conceito de território. **Boletim Campineiro de Geografia**, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 523–545, 2012. DOI: 10.54446/bcg.v2i3.86. Disponível em: <https://publicacoes.agb.org.br/boletim-campineiro/article/view/2458>. Acesso em: 10 jun. 2025.

GUEDES, A. D. Lutas por terra e território, desterritorialização e território como forma social/Land and territory struggles, deterritorialization and territory as a social form. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 23, 2016. DOI:

10.22296/2317-1529.2016v18n1p23. Disponível em:
<https://rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/view/5102>. Acesso em: 11 jun. 2025.

GUIMARÃES, R. B. **Saúde: fundamentos de Geografia humana**. São Paulo: Editora UNESP, 2015. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4xpyq/pdf/guimaraes-9788568334386.pdf>. Acesso em: 10 maio 2025.

HAESBAERT, R. Território e multiterritorialidade: um debate. **GEOgraphia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, 2007. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/328821424_Territorio_e_multiterritorialidade_um_debate. Acesso em: 10 ago. 2025.

HALL, J. E. **Funções Reprodutivas e Hormonais Masculinas (e Função da Glândula Pineal)**. In: HALL, J. E. Guyton & Hall: Tratado de Fisiologia Médica. Filadélfia: Elsevier, 2011. 12ªed. P.1025-1039.

HEMMI, A. P. A.; BAPTISTA, T. W. de F.; REZENDE, M.de. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 821–841, 2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300321>. Acesso em: 12 jun. 2025.

HITA, M. G. (Org.). **Raça, racismo e genética: em debates científicos e controvérsias sociais**. Prefácio de Lília Moritz Schwarcz e Paula C. Barreto. Salvador: EDUFBA, 2017. 225 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/32042/1/raca-racismo-e-genetica-repositorio.pdf>. Acesso em: 11 maio 2025.

HOOKS, b. **Olhares negros: raça e representação**. Tradução de Stephanie Borges. São Paulo: Elefante, 2019.

HULLEY, S. B. et al. Delineando a pesquisa clínica [recurso eletrônico]. 4. ed. (obra original: *Designing Clinical Research*, 4th ed.). Porto Alegre: **Artmed**, 2015. e-PUB. ISBN 978-85-8271-203-0. Disponível em:
https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/143/c4fd11a995cc235510d275cf8298427d.pdf. Acesso em: 18 jul. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022: população residente, por cor ou raça, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em:
https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/13ee0337cffe1de37bf0cd4da3988e1f.pdf. Acesso em: 8 maio 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 41**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em:
https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População estimada do país chega a 212,6 milhões de habitantes em 2024**. Agência de Notícias, Rio de Janeiro, 29 ago. 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012->

agencia-de-noticias/noticias/41111-populacao-estimada-do-pais-chega-a-212-6-milhoes-de-habitantes-em-2024. Acesso em: 29 jun. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Câncer de próstata: vamos falar sobre isso? 3.** reimpressão. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 16 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cartilha_cancer_prostat a_nov2019_3areimp_2022_visualizacao.pdf. Acesso em: 12 jun. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Introdução: Estimativa 2023 – incidência de câncer no Brasil.** In: Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Ministério da Saúde (Brasil), 12 jun. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/introducao>. Acesso em: 11 jun. 2025

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Rede de Câncer. **Epidemiologia do câncer no Brasil: estimativas 2023–2025.** Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/14480/1/RedeCancer_ed51_epidemiologia.pdf? Acesso em: 8 ago. 2025.

INSTITUTO VENCER O CÂNCER. **Projeto de Investigação sobre o Cenário do Câncer de Próstata no Sistema de Saúde Público Brasileiro Leitura Estratégica Integrada (LEI): perfil epidemiológico e políticas públicas.** [s.l.], 2020. 227 p.

JACOBS, J. A.; FRICKEL, S. Interdisciplinarity: A Critical Assessment. **Annual Review of Sociology**, v. 35, p. 43–65, 2009. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-soc-070308-115954>. Acesso em: 11 abr. 2025.

JUNQUEIRA, R. D. GEOGRAFIA MÉDICA E GEOGRAFIA DA SAÚDE. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 5, n. 8, p. 92–101, 2009. DOI: 10.14393/Hygeia516931. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16931>. Acesso em: 25 jun. 2025.

KALCKMANN, S.; SANTOS, C. G. dos; BATISTA, L. E. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 14–25, ago. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>. Acesso em: 19 abr. 2025.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S. V. Social capital and health. Em: KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S. V.; KIM, Daniel (Ed.). **Social capital and health**. New York: Springer, 2008. p. 1–26. Disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-0-387-71311-3>. Acesso em: 17 jun. 2025.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2617–2626, out. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000011>. Acesso em: 11 abr. 2025.

LAURELL, C. A. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, Cidade do México, v. 2, n. 2, p. 7–25, 1982. Disponível em:

https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_online_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em: 02 set. 2025.

LEITE, I. B. (Org.). **Negros no Sul do Brasil: invisibilidade e territorialidade**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1996. pp. 13-32.

LEONELO, M. S. D.; REZENDE, J. P. O.; ÁLVARO, P. H. S.; ARAÚJO, L. M. M.; CANTARELLI, J. D. P.; COELHO, V. O. M.; OLIVEIRA, P. H. M. de. Perfil epidemiológico das neoplasias malignas da próstata no Brasil: descrição de meia década e a influência da pandemia do SARS-CoV-2. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. e9413345257, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i3.45257. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/45257>. Acesso em: 12 set. 2024.

LIMA, L. P. de; BIZERRA, I. B.; BARBANTI, P. C. M. O impacto da covid-19 no diagnóstico e tratamento do câncer de próstata no Paraná. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, 2024. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n3.4688. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4688/3619>. Acesso em: 2 jan. 2025.

LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 504 p. ISBN 85-7541-058-X. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33714>. Acesso em: 27 abr. 2025.

LIMA, S. do C. **Território e promoção da saúde**: perspectivas para a atenção primária à saúde. São Paulo: Paço, 2016. 181 p.

LILLARD JR, J. W.; MOSES, K. A.; MAHAL, B. A.; GEORGE, D. J. Racial disparities in Black men with prostate cancer: a literature review. **Cancer**, v. 128, n. 21, p. 3787–3795, 1 nov. 2022. Publicado em: 6 set. 2022. DOI: 10.1002/cncr.34433. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36066378/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

LIRA, A. dos S. Necropolítica e doença falciforme: ensaio sobre invisibilidade e racismo estrutural na saúde. In: TRAD, Leny A. B. (org.) et al. (Orgs.). **Saúde–doença–cuidado de pessoas negras: expressões do racismo e de resistência**. Salvador: EDUFBA, 2021. p. 77-90. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/34604/1/saude-doenca-cuidado-pessoas-negras-RI.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2025.

LOEB, S.; CARTNER, H.B. Early Detection, Diagnosis and Staging of Prostate Cancer. In: KAVOUSSI, L.R.; PARTIN, A.W.; NOVICK, A.; et al. **Campbell-Walsh Urology**. Filadélfia: Elsevier, 2012. 10ªed. P.2763-2769.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1595-1601, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/L6KFGDJTsZrYSPTdJRyJkXk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 jan. 2025.

MACIEL, E. V. F. **A geografia do câncer de próstata na microrregião de Pirapora** [manuscrito]. 2017. 149 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Estadual de

Montes Claros, Montes Claros, 2017. Disponível em:
<https://repositorio.unimontes.br/handle/1/623>. Acesso em: 5 set. 2023.

MAGNUS, M. Prostate cancer knowledge among multiethnic black men. **Journal of the National Cancer Institute**, v.96, p.650–6, 2004.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S. Tempos de racialização: o caso da “saúde da população negra” no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 419-446, maio/ago. 2005. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D4vDRdLSYNcKyBrRdhxFXQr/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2025.

MANGINI, F. N. da R.; BIANCHETTI, L. INTERDISCIPLINARIDADE E PESQUISA A PARTIR DE TRÊS PERSPECTIVAS DE PRODUÇÃO DOS SABERES: O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E O POPULAR. In: HAHN, F. A.; MEZZOMO, F. A.; PÁTARO, C. S. de O. org. **INTERDISCIPLINARIDADE: perspectivas e desafios**. Guarapuava: Ed. Unicentro, 2020. p. 19-53.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M. “Eu não sou uma próstata. Sou um homem: por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero”. In: GOMES, R. org. **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 39 – 74.

MENDONÇA, F.; ARAÚJO, W. M. de; FOGAÇA, T. K. A geografia da saúde no Brasil: estado da arte e alguns desafios. **Investigaciones Geográficas**, v. 48, p. 41–52, 2015. DOI: 10.5354/0719-5370.2014.36675. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/308810960_A_geografia_da_saude_no_Brasil_Estado_da_arte_e_alguns_desafios. Acesso em: 25 jun. 2025.

MILANEZI, J. A institucionalização da saúde da população negra no SUS. **Nexo Jornal**, São Paulo, 14 out. 2020. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2020/10/14/a-institucionalizacao-da-saude-da-populacao-negra-no-sus>. Acesso em: 6 jun. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. 2008. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf. Acesso em: 20 maio 2025.

MONKEN, M. Território e saúde: apontamentos conceituais para a proposta de territórios sustentáveis e saudáveis. **Saúde em Debate**, v. 48, n. spe1, p. e8721, ago. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/y4TT8kb5jrM55x7j9KhKPGd/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2025.

MOREIRA, R. S.; FREITAS, C. M. de; ANDRADE, C. L. F. de; VIEIRA, A.; VICENTE, L. J.; EÇA, J. M. H.; LIMA, J. S. A. de; MOREIRA, M. J. B.; SILVA JUNIOR, J. P. Caracterização das internações e mortes por câncer de próstata no Brasil durante o período de 2010 a 2019. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 12, p. e14146, 15 dez. 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/14146/8118>. Acesso em: 15 abr. 2025.

NAMMUR, L. G. **Função dos músculos do assoalho pélvico após o tratamento do câncer de próstata**: um estudo transversal. 2019. Dissertação (Mestrado em Diferenciação Celular Normal e Neoplásica) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. doi:10.11606/D.17.2020.tde-12112019-102150. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17154/tde-12112019-102150/en.php>. Acesso em: 09 maio 2025.

NASCIMENTO, E. B.; WELLER, M. Fatores de risco do câncer de próstata: estudo caso-controle no Hospital Universitário Lauro Wanderley. **Saúde & Pesquisa**, v. 15, n. 1, e10072, abr./jun. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1368040>. Acesso em: 27 jun. 2025.

NETO, J. A. C.; FONSECA, G. M.; BRUM, I. V.; SANTOS, J. L. C. T. dos; RODRIGUES, T. C. G. F.; PAULINO, K. R.; FERREIRA, R. E. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, jun. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015206.17212014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mNYPvyFtbp3bm3bc8S64b3j/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2025.

NETO, W. A. **Impacto do comprimento do fragmento da biópsia transretal no subestadiamento do câncer de próstata em pacientes negros**. 2019. 1 recurso online (43 p.) Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1635921>. Acesso em: 22 set. 2023.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 3, p. 107–116, ago. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bLxskrzHKHVxDV6kwzTWrnN/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

ODEDINA, F. T.; AKINREMI, T. O.; CHINEGWUNDOH, F.; ROBERTS, R.; YU, D.; REAMS, R. R.; FREEDMAN, M. L.; RIVERS, B.; GREEN, B. L.; KUMAR, N. Prostate cancer disparities in Black men of African descent: a comparative literature review of prostate cancer burden among Black men in the United States, Caribbean, United Kingdom, and West Africa. **Infectious Agents and Cancer**, [S.l.], v. 4, Suppl. 1(S1):S2, 10 fev. 2009. DOI: 10.1186/1750-9378-4-S1-S2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19208207/>. Acesso em: 12 jun. 2025.

OLIVEIRA, P. C. de. **Ancestralidade genética e genes de susceptibilidade em portadores de câncer de próstata do Estado da Bahia**. 2014. 82 f. Dissertação (Mestrado em Biotecnologia em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz, Salvador, 2014. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/71c966ec-668e-4314-bd23-1658c89ae90d>. Acesso em: 11 jun. 2025.

PAGANO, N.; GRAUVREAU, K. Princípios de bioestatística. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning; 2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 11 jun. 2025.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2025.

PATRICIO, C. A Dor Invisível: Reflexões Sobre o Sofrimento do Homem Negro numa Sociedade Patriarcal e Racista. **SciELO Preprints**, 2023. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.7021. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/7021>. Acesso em: 7 jun. 2025.

PAULISTA, J. S.; ASSUNÇÃO, P. G.; LIMA, F. L. T. de. Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 65, n. 4, p. e-06453, 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n4.453. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/453>. Acesso em: 15 jun. 2025.

PEITER, P. C. **A Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ Instituto de Geociências Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2005. 334 p. Tese de doutorado em Geografia.

PENAFORTE, T. R. A abordagem territorial nos Territórios Sustentáveis e Saudáveis: um alargamento conceitual a partir da antropologia. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 48, supl. esp. 1, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2024.v48nspe1/e8726/>. Acesso em: 20 jun. 2025.

PENNA, N. A.; FERREIRA, I. B. Desigualdades socioespaciais e áreas de vulnerabilidades nas cidades. **Mercator (Fortaleza)**, v. 13, n. 3, p. 1–15, 2014. DOI: 10.4215/RM2014.1303.0002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mercator/a/N6Vt5jpPGVCrQjrwNd6dk8p/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2025.

PEREHOUSKEI, N. A.; BENADUCE, G.M. C. Geografia da saúde e as concepções sobre o território. **Gestão & Regionalidade**, São Caetano do Sul, v. 23, n. 68, p. 34–44, set./dez. 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133417361003>. Acesso em: 7 jun. 2025.

PHILIPPI JR, A.; FERNANDES, V. Ciência e tecnologia à luz da interdisciplinaridade. **Cleverson V. Andreoli; Patrícia Lupi Torres. (Org.)**, 2021.

POLICARPO, M. A. **A logística de transportes enquanto ajuste espacial: Regiões intermediárias geoestratégicas no Brasil e na França na articulação de seus blocos econômicos**. 2024. 370 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2024. DOI: <http://doi.org/10.14393/ufu.te.2024.392>.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RAMOS, R. R. O espaço na investigação em saúde: uma perspectiva geográfica. **Geografia (Londrina)**, v. 23, n. 1, p. 173-189, jan./jun. 2014. Disponível em:

file:///C:/Users/alvar/Downloads/geografiauel,+Gerente+da+revista,+18430-94640-1-SP%20(1).pdf. Acesso em: 18 jan. 2024.

RAYCHAUDHURI, R.; LIN, D. W.; MONTGOMERY, R. B. Prostate Cancer: A Review. **JAMA**, [S.l.], v. 333, n. 16, p. 1433–1446, 22 abr. 2025. DOI: 10.1001/jama.2025.0228. Acesso em: 30 jun. 2025.

REBBECK, T. R. Genética do câncer de próstata: variação por raça, etnia e geografia. Em: **Seminários em oncologia radioterápica**. WB Saunders, 2017. p. 3-10. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1053429616300340>. Acesso em: 24 jun. 2025.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2025.

REPKO, A. F. **Interdisciplinary Research: Process and Theory**. 2. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2008.

RIBEIRO, A. de A.; NARDOCCI, A. C. Desigualdades socioeconômicas na incidência e mortalidade por câncer: revisão de estudos ecológicos, 1998-2008. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 20-32, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gmPjZZwLHZ5zmYt5SWHNJ7y/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2025.

RIBEIRO, C. M.; CORREA, F. DE M.; MIGOWSKI, A.. Efeitos de curto prazo da pandemia de covid-19 na realização de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento do câncer no Brasil: estudo descritivo, 2019-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, p. e2021405, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/txZ8ZMpQ3FgcLdpLrh8LbbD/>. Acesso em: 5 jul. 2025.

RODRIGUES, B. S. Geopolítica dos recursos naturais estratégicos na América do Sul. **Perspectivas**, Franca, v. 45, n. 1, p. 63-87, 2015. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/download/6248/6007/24980>. Acesso em: 11 jun. 2025.

ROMERO, F. R.; XAVIER, L. R. T. P.; ROMERO, A. W.; ALMEIDA, R. M. S. de; MATIAS, J. E. F.; TAMBARA, R. F. Heterogeneous methodology of racial/ethnic classification may be responsible for the different risk assessments for prostate cancer between Black and White men in Brazil. **International Brazilian Journal of Urology**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 324-333, mar./abr. 2015. DOI: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2015.02.25. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ibju/a/qCG9tM5sffgtH8wQv94zCLJ/?lang=en>. Acesso em: 10 jun. 2025.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027–1034, dez. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>. Acesso em: 30 jun. 2025.

RIBEIRO, H. Geografia da saúde no cruzamento de saberes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1123–1137, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/84K5fNsDhH4xflkxNbHBHzYG/>. Acesso em: 18 jun. 2025.

SACRAMENTO, A. N. do; NASCIMENTO, E. R. do. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 1142-1149, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/SPnq3fm5hxdHr7hT8qFCQPN/>. Acesso em: 30 jan. 2024.

SAMPAIO, F.J.B. et al. Anatomia do trato genital do homem. In: Barata, H.S et al. *Urologia: princípios e prática*: 1.ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., v.1, c.1, p.36-44, 1999.

SANTANA, P. **Introdução à Geografia da Saúde: território, saúde e bem-estar**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387–406, nov. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/H5BtBJTGvQZgSXXvNrTKphp/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2025.

SANTOS, Â. S. F. dos; SILVA, F. S. da; SILVA, J. A. da; SANTOS, E. R. R. dos; LEAL, E. M. M. Internações por câncer de próstata em uma regional de saúde do estado de Pernambuco e as relações com as possibilidades de prevenção na atenção primária. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, [S. l.], v. 12, p. 1–18, 2020. DOI: 10.14295/jmphc.v12.573. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/573>. Acesso em: 17 jun. 2025.

SANTOS, I. N. dos; BLACK, T. L. de P.; SILVA, K. V.; SANTOS, C. da F. B. F. O racismo estrutural e seu impacto na saúde do adolescente afrodescendente brasileiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 34, e34025, 12 ago. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2024.v34/e34025/pt/>. Acesso em: 12 abr. 2025.

SANTOS, J. P.; GONÇALVES, P. A.; LOPES, F. de L. T. Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 65, n. 4, p. e–06453, 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n4.453. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/453>. Acesso em: 30 set. 2023.

SANTOS, Luiz. A. C. **O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia da construção da nacionalidade**. 1985. Disponível em: <https://dados.iesp.uerj.br/en/artigos/?id=303>. Acesso em: 18 set. 2024.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica, Razão e Emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2020.

SANTOS, M. **O espaço da cidadania e outras reflexões**. Organização de Elisiane da Silva, Gervásio Rodrigo Neves, Liana Bach Martins. Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães, 2011. (Coleção O Pensamento Político Brasileiro, v. 3).

SANTOS, F.de O. GEOGRAFIA MÉDICA OU GEOGRAFIA DA SAÚDE? UMA REFLEXÃO. **Caderno Prudentino de Geografia**, v. 1, n. 32, p. 41-52, 2010. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/cpg/article/view/7468>. Acesso em: 17 jun.2025.

SAQUET, M. A. **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

SARAIVA, O. A classificação por cor ou raça no Brasil. Texto de Raphael Vicente para **IstoÉ Dinheiro**, 23 jan. 2025. Disponível em: <https://iniciativaempresarial.com.br/a-classificacao-por-cor-ou-raca-no-brasil/>. Acesso em: 30 abr. 2025.

SARRIS, A. B.; CANDIDO, F. J.L.; FERNANDES; FILHO, C. R. P.; STAICHAK, R. L.; TORRANI, A. C. K.; SOBREIRO, B. P. CÂNCER DE PRÓSTATA: UMA BREVE REVISÃO ATUALIZADA. **Visão Acadêmica**, [S. l.], v. 19, n. 1, 2018. DOI: 10.5380/acd.v19i1.57304. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/57304>. Acesso em: 8 ago. 2025.

SBCO — Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica. **Homens pretos correm maior risco de ter câncer de próstata. Entenda**. Metrópoles, 30 maio 2025. Disponível em: <https://sbco.org.br/atualizacoes-cientificas/sbco-cancer-prostata-homens-negros/>. Acesso em: 13 jun. 2025.

SCHUCMAN, L. V. **Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo":** raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. doi:10.11606/T.47.2012.tde-21052012-154521. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-21052012-154521/pt-br.php>. Acesso em: 29 jun. 2025.

SILVA, A. C. A. da. A bÍlis negra causa câncer: notas sobre o câncer no saber médico antigo e medieval: The black bilis causes cancer: notes about the cancer in the ancient and medieval medical knowledge. Brathair. **Revista de Estudos Celtas e Germânicos**, v. 20, n. 2, 2020. Disponível em: <https://ppg.revistas.uema.br/index.php/brathair/article/view/2383>. Acesso em: 30 set. 2023.

SILVA, A. L. O. da.; MOTA, C. de L.; PEREIRA, R. A.; NOGUEIRA, S. M.; MOREIRA, J. C. As Cores do Tabagismo: Relação entre Raça e Consumo de Tabaco no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 68, n. 1, p. e-151552, 2022. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n1.1552. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1552>. Acesso em: 17 abr. 2025.

SILVA, D. F. L. da; LYRA, T. M.; SILVA, J. B. R. da; FAUSTINO, D. M. Para além do Racismo Institucional? Uma análise do conteúdo da Política de Saúde para a População Negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 2527-2535, set. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3fjyJLLNrDys4djZR8kpgYw/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2025.

- SILVA, H. M. da. **A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS**. 1996. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <https://repositorio.fgv.br/bitstream/handle/10438/37260/000070239.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 jun. 2025.
- SILVA, N. N. D.; FAVACHO, V. B. C.; BOSKA, G. D. A.; ANDRADE, E. D. C.; MERCES, N. P. D.; OLIVEIRA, M. A. F. D. Acesso da população negra a serviços de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20180834, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nMTkjYhjBNwbqmQCDZNPkzM/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2023.
- SILVA, S. O. D.; SANTOS, S. M. C. D.; GAMA, C. M.; COUTINHO, G. R.; SANTOS, M. E. P. D.; SILVA, N. D. J. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00255621, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MQHNQz5GH9NmxjZpFm3zC3r/>. Acesso em: 21 set. 2023.
- SILVERTHORN, D. U. Reprodução Masculina. In: SILVERTHORN, D. U. *Fisiologia Humana: Uma abordagem integrada*. Porto Alegre: **Artmed**, 2010. 5ªed. P. 838-843.
- SOUZA, L. M.; SILVA, M. P.; PINHEIRO, I. S. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 1, p. 151-158, mar. 2011. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/16262/12409>. Acesso em: 25 set. 2023.
- SUNG, H.; FERLAY, J.; SIEGEL, R. L.; LAVERSANNE, M.; SOERJOMATARAM, I.; JEMAL, A.; BRAY, F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021. DOI: 10.3322/caac.21660. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338/>. Acesso em: 15 jun. 2025.
- TORRES-ROMÁN, J. S.; VALCÁRCEL, B.; ARCE-HUAMANI, M. A.; SIMBAÑA-RIVERA, K.; SALVADOR-CARRILLO, J. F.; POTERICO, J. A.; QUISPE-VICUÑA, C.; ÁLVAREZ, C. S.; MCGLYNN, K. A. Prostate cancer in Latin America and the Caribbean: mortality trends from 1997 to 2017 and predictions to 2030. **Salud Pública de México**, mar. 2024. DOI: 10.21149/15463.
- THIESEN, J. da S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista brasileira de educação**, v. 13, p. 545-554, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/swDcnzst9SVpJvpx6tGYmFr/?lang=pt>. Acesso em: 5 abr. 2025.
- THÜRLER, D.; MEDRADO, B. Masculinidades contemporâneas em disputa/Contemporary masculinities in dispute. **Revista Periódicus**, Salvador, n. 12, p. 1-25, 2020. Disponível em: <https://abrir.link/FuQyN>. Acesso em: 24 set. 2024.
- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V.

C.; NORONHA, J. C. de; CARVALHO, A. I. de (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

TSODIKOV, A.; GULATI, R.; CARVALHO, T. M. de; HEIJNSDIJK, E. A. M.; HUNTER-MERRILL, R. A.; MARIOTTO, A. B.; KONING, H. J. de; ETZIONI, R. Is prostate cancer different in black men? Answers from 3 natural history models. **Cancer**, v. 123, n. 12, p. 2312–2319, 24 abr. 2017. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5459620/?utm_source=chatgpt.com#S14. Acesso em: 29 jun. 2025.

VARGAS, C. A saúde coletiva no Brasil e o processo de institucionalização. **Revista Científica Semana Acadêmica**, Fortaleza, v. 10, n. 219, p. 9630, 2022. Disponível em: https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/a_saude_coletiva_no_brasil_e_o_processo_de_institucionalizacao.pdf. Acesso em: 13 ago. 2024.

VASCONCELOS, I. C. B. de L.; PRESTES, J. Y. D. N.; RIBEIRO, R. R. S.; LIMA, S. J. L.; FARIAS, S. D. C. F.; BARBOSA, L. D. dos S.; VASCONCELOS, A. C.; DUQUE, M. A. A. Política nacional de atenção integral a saúde do homem e os desafios de sua implementação / National policy of comprehensive attention to men's health and the challenges of its implementation. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 5, n. 9, p. 16340–16355, 2019. DOI: 10.34117/bjdv5n9-185. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/3418>. Acesso em: 11 jun. 2025.

VASCONCELOS, V. O. de; FRANCISCO, T. N. C.; MOURA, V. C. da S. Saúde do homem negro: uma reflexão teórica. In: **XII Congresso Brasileiro de Pesquisadores/as Negros/as (COPENE)**, 12., 2022, [Recife?]. *Anais...* ST 05 – Avanços, barreiras e debates sobre a Saúde da População Negra. 2022. Disponível em: <download público nos anais do COPENE 2022>. Acesso em: 12 jun. 2025.

VIEIRA, A. Disparidade Racial na Assistência ao Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 69, n. 4, p. e–004519, 2023. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n4.4519. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/4519>. Acesso em: 12 abr. 2025.

VIEIRA, D. M. **Territórios negros em Porto Alegre/RS (1800–1970): geografia histórica da presença negra no espaço urbano**. 2017. 246 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/177570>. Acesso em: 29 abr. 2025.

VIGOYA, V. M. **As cores da masculinidade: experiências interseccionais e práticas de poder na Nossa América**. Tradução de Alysson de Andrade Perez. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2018. 224 p.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e sociedade**, v. 25, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2016.v25n3/535-549/pt/>. Acesso em: 8 jun. 2025.

WILLIS, Rupert A. **Pathology of tumors**. 3. ed. Washington, D.C.: Butterworths, 1960.

Zeigler-Johnson, C.; McDonald, A. C.; Pinheiro, P.; Lynch, S.; Taioli, E.; Joshi, S.; Alpert, N.; Baudin, J.; Joachim, C.; Deloumeaux, J.; Oliver, J.; Bhakkan-Mambir, B.; Beaubrun-Renard, M.; Ortiz, A. G.; Ragin, C. Trends in Prostate Cancer Incidence among Black Men in the Caribbean and the United States. **Prostate**, 27 maio 2023; 83(12):1207–1216. DOI: 10.1002/pros.24580.

**ANEXO A – SOLICITAÇÃO DE ACESSO À INFORMAÇÃO - PLATAFORMA
"FALA.BR" - PROTOCOLO NUP Nº 18800.152043/2024-03.**

14/07/2024, 18:15

SEI/MS - 0041694602 - Formulário: Resposta ao Cidadão



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer

FORMULÁRIO: RESPOSTA AO CIDADÃO

ASSUNTO:

Solicitação de Acesso à Informação - Plataforma "Fala.BR" - Protocolo NUP nº 18800.152043/2024-03.

RESPOSTA:

Prezado Cidadão (ã),

Em resposta ao Pedido de Acesso à Informação, registrado na Plataforma "Fala.BR" sob o protocolo NUP supracitado, esta Coordenação-Geral informa:

De acordo com a publicação Estimativa/Incidência de Câncer no Brasil, do Instituto Nacional do Câncer - INCA, em 2023, o número estimado de casos novos de câncer de próstata no Brasil, para o triênio de 2023 a 2025, é de 71.730, correspondendo a um risco estimado de 67,86 casos novos a cada 100 mil homens. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata ocupa a segunda posição entre os tipos mais frequentes de câncer.

Na região Sul são 57,23 casos a cada 100 mil habitantes. As estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas e ajustadas a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária, conforme disposto abaixo:

Destaca-se que os dados verificados não contemplam a opção de raça como pesquisa.

- ☒ **Acesso concedido**
- ☐ **Acesso negado, justificar a negativa:**
 - ☐ Dados pessoais;
 - ☐ Informação sigilosa de acordo classificada conforme a Lei nº 12.527/2011;
 - ☐ Informação sigilosa de acordo com a legislação específica;
 - ☐ Pedido desproporcional ou desarrazoado;
 - ☐ Pedido exige tratamento adicional de dados;
 - ☐ Pedido genérico;
 - ☐ Pedido incompreensível;
 - ☐ Processo decisório em curso.
- ☐ **Acesso parcialmente concedido, justificar:**
 - ☐ Parte da informação contém dados pessoais;
 - ☐ Parte da informação demandará mais tempo para produção;
 - ☐ Parte da informação é de competência de outro órgão/entidade;
 - ☐ Parte da informação é sigilosa de acordo com legislação específica;
 - ☐ Parte da informação é sigilosa e classificada conforme a Lei nº 12.527/2011;
 - ☐ Parte da informação é inexistente;
 - ☐ Parte do pedido é desproporcional ou desarrazoado;
 - ☐ Parte do pedido é genérico;
 - ☐ Parte do pedido é incompreensível;
 - ☐ Processo decisório em curso.

14/07/2024, 18:15

SEI/MS - 0041694602 - Formulário: Resposta ao Cidadão

☐ Informação inexistente. ☐ Órgão não tem competência para responder sobre o assunto.
O pedido de acesso ou sua resposta contém informações sujeitas à restrição de acesso, conforme previsto na Lei nº 12.527/2011? ☒ Não ☐ Sim
Área responsável pela resposta CGCAN/SAES/MS

Atenciosamente,

JOSÉ BARRETO C. CARVALHEIRA

Coordenador-Geral

Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - CGCAN/SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **José Barreto Campelo Carvalho**, **Coordenador(a)-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer**, em 11/07/2024, às 11:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0041694602** e o código CRC **5AAF15C4**.

Referência: Processo nº 18800.152043/2024-03

SEI nº 0041694602

Coordenação-Geral da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer - CGCAN
 Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
 Site - saude.gov.br

APÊNDICE A – ESTIMATIVAS E NÚMEROS PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA (CAP) 2025

Tabela 7: Dados preliminares acerca dos casos de internação, TX. Mortalidade e Óbitos para na Região Sul -2025

Estado/Região	Raça/cor	Tx. de Mort. (%)	Internações	Óbitos
Paraná	Brancos	9,01	1.177	106
	Pretos	12,09	91	11
	Pardos	11,06	226	25
Santa Catarina	Brancos	13,14	662	87
	Pretos	20,00	15	3
	Pardos	9,09	44	4
Rio Grande do Sul	Brancos	10,46	937	98
	Pretos	6,25	96	6
	Pardos	5,66	53	3
Região Sul	Brancos	10,48	2.776	291
	Pretos	9,90	202	20
	Pardos	9,91	323	32

Fonte: DataSUS, 2025. Org.: Álvaro A. da S. Bageston

NOTA: Os dados expostos para o ano de 2025, estão sujeitos a atualizações.

Os dados expressos na Tabela 7, apresentam os números preliminares para o CaP no ano de 2025, sendo dados, onde estão sujeitos a atualizações. A Tabela 7, assim como os demais dados apresentado em nosso estudo são referentes aos casos de CaP, que representam a faixa etária de risco (40 anos até 80 anos ou mais). Percebemos que nesse primeiro semestre do ano de 2025, as tendências e padrões que aparecem nas tabelas anteriores se mantem, onde o nível de internações é maior para homens brancos, mas a taxa de mortalidade se apresenta mais alta para negros (pretos e pardos), para todos os estados dessa região. Aparentemente, os dados de óbitos apresentam-se baixos quando comparados ao número de internações, o que nos leva a acreditar que possa haver casos de subnotificações.

Segundo as estimativas do INCA (2023), os novos casos de CaP, para o triênio que corresponde de 2023 até o ano de 2025 são de 67,86 casos novos a cada 100 mil homens. Sendo na região Sul 57,23 casos a cada 100 mil homens .

Os dados sobre internações o qual temos acesso até o seis primeiros meses do ano de 2025, podemos estabelecer que a incidência de internações por CaP na região Sul, para homens brancos é de 19,82 para cada 100 mil homens; para homens pretos é de 1,44 para cada 100 mil homens e para os homens pardos é de 2,30 para cada 100 mil homens.