REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA (CÂNCER DE PRÓSTATA): DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO NO SUS — UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

MALIGNANT NEOPLASM OF THE PROSTATE (PROSTATE CANCER): FROM DIAGNOSIS TO TREATMENT IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) — A LITERATURE REVIEW

Ciências da Saúde • 20/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794911540

José Edvan Cardoso Macedo[1]

Raquel da Silva Moraes[2]

Ecson Gama Braga[3]

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a jornada de homens com câncer de próstata entre a suspeita diagnóstica, a confirmação e o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), identificando barreiras assistenciais e contribuições da enfermagem. Trata-se de uma revisão da literatura, com buscas realizadas nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS e BDENF. Foram considerados artigos publicados entre 2022 e junho de 2026, além de documentos oficiais como fontes complementares. A análise destacou barreiras relacionadas aos estigmas de masculinidade, às dificuldades de acesso, à fragmentação assistencial e às desigualdades regionais. Também evidenciou a importância da distinção entre rastreamento e diagnóstico precoce, da decisão compartilhada e do acompanhamento das repercussões do tratamento. A enfermagem contribui para o acolhimento, a educação em saúde e a articulação entre os serviços. Conclui-se que a qualificação dessa jornada exige integração da rede, investigação oportuna e cuidado individualizado, com atenção à continuidade assistencial e à qualidade de vida.

Palavras-chave: Neoplasias da Próstata; Sistema Único de Saúde; Diagnóstico Precoce; Acesso aos Serviços de Saúde; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the journey of men with prostate cancer from diagnostic suspicion through confirmation and treatment within the Brazilian Unified Health System (SUS), identifying barriers to care and nursing contributions. A literature review was conducted through searches in PubMed/MEDLINE, SciELO, the Virtual Health Library, LILACS, and BDENF. Articles published between 2022 and June 2026 were considered, alongside official documents as

supplementary sources. The analysis highlighted barriers related to masculinity stigma, difficulties accessing services, fragmented care, and regional inequalities. It also emphasized the importance of distinguishing screening from early diagnosis, shared decision-making, and monitoring the effects of treatment. Nursing contributes through welcoming and supportive care, health education, and coordination across services. The study concludes that improving this journey requires an integrated healthcare network, timely diagnostic investigation, and individualized care, with attention to continuity of care and quality of life.
Keywords: Prostatic Neoplasms; Unified Health System; Early Diagnosis; Health Services Accessibility; Nursing Care.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de próstata constitui um problema relevante de saúde pública pela elevada incidência e pela necessidade de integrar atenção primária, serviços diagnósticos e atenção oncológica. Para o triênio 2026–2028, o Instituto Nacional de Câncer estima 77.920 casos novos por ano no Brasil, com risco de 74,62 casos por 100 mil homens. Excluindo-se o câncer de pele não melanoma, é a neoplasia mais incidente na população masculina. Sua distribuição apresenta diferenças regionais, o que reforça a importância de considerar as desigualdades na organização da assistência (INCA, 2026; Jalalizadeh *et al.*, 2024).

A história natural da doença é heterogênea: alguns tumores evoluem lentamente e permanecem assintomáticos por anos, enquanto outros apresentam comportamento agressivo, com invasão local ou metástases. Essa diversidade exige avaliação individualizada, considerando características clínicas, antecedentes

familiares, expectativa de vida e preferências do paciente. A dosagem do antígeno prostático específico (PSA), o exame digital da próstata, a ressonância magnética e a biópsia desempenham funções distintas e complementares na investigação, cujos resultados devem ser interpretados no contexto clínico de cada indivíduo (Raychaudhuri; Lin; Montgomery, 2025; Cornford *et al.*, 2024).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde constitui uma importante porta de entrada para o acolhimento, a identificação de sinais de alerta, a educação em saúde e o encaminhamento à atenção especializada. Entretanto, a busca por atendimento é dificultada pelo medo do diagnóstico, pela baixa percepção de vulnerabilidade e por estigmas relacionados à masculinidade. Estudos brasileiros discutem como representações de força e invulnerabilidade, associadas ao receio de exames e procedimentos, influenciam o autocuidado e os itinerários de homens com câncer de próstata (Macena *et al.*, 2023; Matos *et al.*, 2024; Vieira; Souza; Bermúdez, 2024).

A distinção entre rastreamento e diagnóstico precoce é fundamental para a qualidade do cuidado. O rastreamento envolve a realização de exames em pessoas sem sinais ou sintomas, enquanto o diagnóstico precoce busca identificar e investigar manifestações suspeitas. O INCA não recomenda o rastreamento populacional do câncer de próstata, considerando riscos como resultados falso-positivos, sobrediagnóstico e sobretratamento. Quando o homem solicita exames de rastreamento, a orientação deve apresentar benefícios e danos, favorecendo uma decisão compartilhada e compatível com seus valores e preferências (INCA, 2025; Santos *et al.*, 2022; Pekala *et al.*, 2024).

Após a suspeita clínica, a investigação envolve dosagem de PSA, avaliação urológica, exames de imagem, biópsia e análise anatomopatológica. Confirmado o diagnóstico, o estadiamento e a estratificação de risco orientam a escolha entre vigilância ativa, cirurgia, radioterapia e tratamentos sistêmicos, conforme a extensão da doença e as condições do paciente (Cornford *et al.*, 2024; Tilki *et al.*, 2024). Estudos de acompanhamento prolongado de homens com doença localizada demonstram diferenças nos riscos de progressão e nos efeitos urinários, sexuais e intestinais entre as estratégias de manejo, reforçando a importância da decisão informada (Hamdy *et al.*, 2023; Donovan *et al.*, 2023).

A legislação brasileira estabelece prazos para a investigação e o tratamento do câncer. A Lei nº 13.896/2019 determina que, quando a principal hipótese diagnóstica for neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação sejam realizados em até trinta dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável. A Lei nº 12.732/2012 assegura o início do primeiro tratamento no SUS em até sessenta dias, contados da confirmação do diagnóstico em laudo patológico, ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica (Brasil, 2012, 2019). Esses direitos tornam relevante a análise dos fluxos assistenciais e das dificuldades vivenciadas pelos pacientes ao percorrer os serviços de saúde (Lopes-Júnior; Grippa, 2025; Vieira; Souza; Bermúdez, 2024).

A enfermagem contribui para o cuidado ao homem com câncer de próstata por meio da educação em saúde, do acolhimento, da identificação de necessidades e do acompanhamento ao longo da assistência. Na atenção primária, essas ações favorecem o esclarecimento de dúvidas, o vínculo com os serviços e o encaminhamento oportuno. O reconhecimento de aspectos sociais,

emocionais e familiares também contribui para compreender as dificuldades enfrentadas pelo paciente e apoiar a continuidade do cuidado (Macena *et al.*, 2023; Sousa *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, compreender a jornada entre diagnóstico e tratamento exige considerar procedimentos clínicos, transições entre serviços, decisões e experiências dos pacientes, aspectos discutidos em estudos sobre itinerários e atenção oncológica (Vieira; Souza; Bermúdez, 2024; Lopes-Júnior; Grippa, 2025). Assim, este trabalho apresenta a seguinte questão norteadora: como a literatura científica descreve a trajetória de homens com câncer de próstata no SUS, desde a suspeita e a confirmação diagnóstica até a definição e o início do tratamento? Busca-se contribuir para a discussão sobre os fluxos assistenciais, a comunicação com o usuário e as possibilidades de atuação da enfermagem.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Epidemiologia, Fatores de Risco e Repercussões

O envelhecimento populacional contribui para o aumento dos casos de câncer de próstata, cuja incidência cresce com a idade. História familiar, alterações genéticas hereditárias e ancestralidade africana também integram a avaliação de risco. As taxas de incidência, entretanto, refletem tanto a ocorrência da doença quanto o acesso aos exames e a qualidade dos registros. Por isso, diferenças entre territórios exigem interpretação que considere as condições de detecção e assistência (James *et al.*, 2024; Raychaudhuri; Lin; Montgomery, 2025).

No Brasil, a distribuição do diagnóstico e do tratamento evidencia desigualdades regionais. Ao analisar dados do SUS entre 2013 e 2021,

Jalalizadeh *et al.* (2024) identificaram diferenças na incidência registrada, na relação entre mortalidade e incidência e nas modalidades terapêuticas utilizadas. A região Norte apresentou a maior relação entre mortalidade e incidência e a menor taxa de radioterapia por caso novo, reforçando a necessidade de examinar a distribuição dos recursos assistenciais e o acesso ao tratamento (Jalalizadeh *et al.*, 2024).

Os Registros Hospitalares de Câncer contribuem para o acompanhamento do perfil dos pacientes, do estadiamento e do tratamento. Sua utilização depende, contudo, da qualidade do preenchimento. Em estudo realizado na rede de atenção oncológica de um estado brasileiro, Grippa *et al.* (2024) identificaram completude elevada na maioria das variáveis, mas lacunas importantes em informações sobre estadiamento, tabagismo e consumo de álcool. Esses resultados reforçam a necessidade de qualificar os registros utilizados no planejamento e na avaliação da assistência (Grippa *et al.*, 2024).

As repercussões da doença e do tratamento ultrapassam a sobrevida. Alterações urinárias, sexuais e intestinais interferem no cotidiano e exigem acompanhamento prolongado. A intensidade e a duração desses efeitos variam conforme a estratégia terapêutica, tornando indispensável incorporar os resultados relatados pelos pacientes à avaliação do cuidado e às decisões clínicas (Donovan *et al.*, 2023).

2.2. Suspeita Clínica, Diagnóstico e Estratificação de Risco

O câncer de próstata frequentemente apresenta evolução assintomática nas fases iniciais. Dificuldade para urinar, redução do

jato, aumento da frequência urinária e hematúria exigem investigação, embora também estejam associados a condições benignas. Na doença avançada, manifestações como dor óssea e perda de peso integram a avaliação clínica. A investigação deve considerar história clínica, exame físico e fatores de risco, evitando associar automaticamente sintomas urinários à presença de câncer (Raychaudhuri; Lin; Montgomery, 2025; Cornford *et al.*, 2024).

O antígeno prostático específico (PSA) é um marcador relacionado à próstata, sem especificidade exclusiva para o câncer. Condições benignas, inflamações e procedimentos urológicos também interferem em seus níveis. Um resultado elevado exige interpretação contextualizada e, conforme a situação clínica, repetição da dosagem antes de exames adicionais. A velocidade de elevação do PSA não deve constituir, isoladamente, indicação de biópsia. Calculadoras de risco e ressonância magnética auxiliam a avaliação da necessidade de investigação complementar (Wei *et al.*, 2023; Cornford *et al.*, 2024).

A confirmação diagnóstica ocorre, em regra, pela análise histopatológica de amostras obtidas por biópsia. O tipo histológico e o grupo de grau, associados ao PSA e ao estadiamento clínico, fundamentam a estratificação de risco. A ressonância magnética contribui para identificar lesões e orientar a biópsia, enquanto exames de estadiamento são selecionados conforme o risco de extensão extraprostática e disseminação da doença (Cornford *et al.*, 2024; Raychaudhuri; Lin; Montgomery, 2025).

No SUS, a investigação envolve encaminhamentos e transições entre diferentes serviços. Os itinerários dos pacientes evidenciam a importância do acesso à informação, do apoio familiar e da

articulação assistencial durante esse percurso. Nesse contexto, a continuidade do cuidado exige comunicação entre os pontos da rede, acompanhamento dos encaminhamentos e orientação sobre as etapas da investigação (Vieira; Souza; Bermúdez, 2024).

2.3. Rastreamento, Diagnóstico Precoce e Decisão Compartilhada

O rastreamento por PSA envolve um equilíbrio entre benefícios e danos. A identificação antecipada de tumores inclui tanto doenças clinicamente relevantes quanto lesões que permaneceriam sem manifestações durante a vida. Entre os danos estão resultados falso-positivos, biópsias desnecessárias, sobrediagnóstico e sobretratamento. A avaliação desses efeitos exige considerar idade, risco individual e características das estratégias de rastreamento (Oh; Kang, 2025).

No Brasil, o INCA não recomenda o rastreamento populacional do câncer de próstata. Para homens assintomáticos que solicitam exames, a orientação deve apresentar benefícios, limitações e danos, favorecendo uma decisão compartilhada. A ferramenta brasileira de apoio à decisão organiza essas informações e auxilia a conversa entre profissionais e usuários, preservando a autonomia e as preferências individuais (INCA, 2025; Santos *et al.*, 2022).

A decisão compartilhada pressupõe troca de informações, apresentação de alternativas e reconhecimento dos valores do paciente. Materiais de apoio contribuem para ampliar o conhecimento e esclarecer riscos, mas não substituem o diálogo clínico. A comunicação deve assegurar espaço para dúvidas e verificar a compreensão das informações antes da escolha sobre a

realização dos exames (Pekala *et al.*, 2024; Golijanin *et al.*, 2024; Stacey *et al.*, 2024).

As campanhas de saúde do homem devem diferenciar rastreamento de investigação de sinais e sintomas. Mensagens centradas exclusivamente na realização de exames dificultam a compreensão dos limites do rastreamento. A educação em saúde deve abordar fatores de risco, manifestações suspeitas, busca oportuna por atendimento e decisões informadas sobre a investigação, evitando recomendações indiscriminadas (INCA, 2025; Santos *et al.*, 2022).

2.4. Organização da Linha de Cuidado no SUS

A linha de cuidado oncológico deve integrar promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer estabelece diretrizes para a organização da assistência no SUS, com atenção à integralidade, à regionalização e ao acesso oportuno. Sua implementação exige articulação entre os serviços e definição dos fluxos assistenciais (Brasil, 2023).

O percurso entre a unidade básica, a atenção especializada, os serviços diagnósticos e a assistência oncológica exige continuidade das informações e dos encaminhamentos. A fragmentação desse processo transfere aos pacientes e familiares parte da responsabilidade por localizar serviços e compreender as etapas do atendimento. A análise dos itinerários evidencia, assim, a importância do acolhimento e da articulação entre os pontos da rede (Vieira; Souza; Bermúdez, 2024).

A legislação estabelece prazos para a investigação e o tratamento. Quando a principal hipótese diagnóstica é neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ocorrer em até trinta dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável. O primeiro tratamento no SUS deve ser iniciado em até sessenta dias após a confirmação em laudo patológico, ou em prazo menor conforme a necessidade terapêutica. Esses marcos orientam a avaliação do acesso e a organização dos serviços (Brasil, 2012, 2019).

As diferenças regionais na utilização de cirurgia, radioterapia e tratamento sistêmico reforçam a necessidade de planejar a oferta assistencial conforme as características dos territórios. A análise dessas desigualdades exige considerar a distribuição dos serviços e os fluxos de encaminhamento, sem atribuir os resultados exclusivamente às características clínicas dos pacientes. A organização regional do cuidado constitui, portanto, um componente central da discussão sobre acesso ao tratamento (Jalalizadeh *et al.*, 2024).

2.5. Modalidades Terapêuticas e Acompanhamento

A vigilância ativa integra as estratégias de manejo de tumores de baixo risco e busca adiar ou evitar intervenções, preservando a oportunidade de tratamento curativo quando surgem critérios de progressão. Sua realização exige seleção adequada e acompanhamento estruturado, com avaliações clínicas, dosagens de PSA e exames definidos conforme o protocolo adotado. A adesão ao seguimento e o acesso regular aos serviços são essenciais para essa estratégia (Cornford *et al.*, 2024).

A prostatectomia radical e a radioterapia são modalidades de tratamento com intenção curativa para pacientes selecionados com doença localizada. A escolha considera o risco tumoral, as condições clínicas, a expectativa de vida e as preferências individuais. Estudos de longo prazo demonstram diferenças nos efeitos urinários, sexuais e intestinais entre as estratégias, reforçando a necessidade de discutir resultados oncológicos e qualidade de vida antes da definição terapêutica (Cornford *et al.*, 2024; Hamdy *et al.*, 2023; Donovan *et al.*, 2023).

Na doença localmente avançada, a definição terapêutica considera o risco e a viabilidade de tratamentos combinados. Na doença metastática, a privação androgênica constitui uma base frequente do tratamento, associada a outros agentes conforme o cenário clínico. O acompanhamento deve incluir avaliação de resposta e vigilância de efeitos como fadiga, perda óssea, alterações metabólicas e repercussões cardiovasculares e sexuais (Tilki *et al.*, 2024; Raychaudhuri; Lin; Montgomery, 2025).

O acompanhamento após o tratamento deve abranger controle oncológico, função urinária, saúde sexual, sintomas intestinais e necessidades psicossociais. A persistência de efeitos adversos ao longo dos anos reforça a importância da reabilitação e da avaliação regular da qualidade de vida. As orientações e os encaminhamentos devem considerar os sintomas relatados e as prioridades de cada paciente (Donovan *et al.*, 2023; Raychaudhuri; Lin; Montgomery, 2025).

Os cuidados paliativos integram a assistência conforme as necessidades clínicas e o sofrimento associado à doença, em articulação com o tratamento oncológico. Na doença avançada, o

controle da dor, o manejo de complicações e a comunicação sobre os objetivos terapêuticos são componentes fundamentais. As decisões devem considerar benefícios esperados, efeitos adversos e preferências do paciente (Tilki *et al.*, 2024; Raychaudhuri; Lin; Montgomery, 2025).

2.6. Enfermagem, Educação em Saúde e Navegação do Paciente

Na atenção primária, a enfermagem contribui para o acolhimento, a educação em saúde, a identificação de necessidades e o encaminhamento de homens com suspeita de câncer de próstata. O vínculo favorece a abordagem de dúvidas, receios e crenças que interferem na procura por atendimento. Essa atuação exige sensibilidade para questões relacionadas à masculinidade, à sexualidade e à percepção de vulnerabilidade (Macena *et al.*, 2023; Matos *et al.*, 2024).

Durante a investigação, a articulação do cuidado envolve orientar o usuário sobre encaminhamentos, preparo para exames e retorno aos serviços. À luz dos estudos sobre itinerários e atuação da enfermagem, o acompanhamento das etapas assistenciais constitui uma estratégia relevante para enfrentar dificuldades de comunicação e continuidade. Sua organização exige integração com a equipe e com os serviços de referência (Macena *et al.*, 2023; Vieira; Souza; Bermúdez, 2024).

No período terapêutico, as necessidades de cuidado variam conforme a modalidade adotada e os efeitos vivenciados. Alterações urinárias, sexuais e intestinais exigem escuta, orientação e encaminhamento para avaliação e reabilitação. A persistência desses efeitos reforça a importância de um plano individualizado, atento

tanto aos resultados clínicos quanto à experiência do paciente (Donovan *et al.*, 2023; Sousa *et al.*, 2022).

A educação em saúde deve apresentar informações compreensíveis, relacionadas às dúvidas e às condições de vida dos usuários. O diálogo e os materiais de apoio auxiliam o esclarecimento sobre exames e decisões terapêuticas. A participação familiar deve respeitar a vontade do paciente e contribuir para o suporte ao cuidado, preservando sua autonomia (Santhiago; Carvalho, 2022; Stacey *et al.*, 2024; Sousa *et al.*, 2022).

A assistência também exige atenção às vulnerabilidades sociais e às dificuldades de acesso. Condições econômicas, distância dos serviços e disponibilidade de apoio interferem na experiência de adoecimento e no percurso assistencial. O reconhecimento dessas necessidades orienta a articulação com a equipe multiprofissional e a construção de respostas compatíveis com a realidade de cada usuário (Vieira; Souza; Bermúdez, 2024; Sousa *et al.*, 2022).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que reúne estudos com diferentes delineamentos e sintetiza evidências para a prática (Braga, 2026). A questão norteadora foi estruturada pelos elementos população, conceito e contexto: homens com câncer de próstata; jornada diagnóstica e terapêutica; e rede pública de saúde brasileira (Macena *et al.*, 2023).

As buscas foram realizadas entre abril e junho de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS e BDENF. Foram utilizados termos em português e inglês relacionados a câncer de próstata, Sistema Único de Saúde,

diagnóstico precoce, acesso aos serviços de saúde, atenção primária, tratamento, enfermagem e itinerário terapêutico.

Foram incluídos artigos publicados entre 2022 à 2026, em português e inglês, disponíveis na íntegra ou com resumo informativo suficiente, que abordassem acesso, rastreamento, diagnóstico, regulação, tratamento, sobrevida, experiência do paciente ou atuação da enfermagem. Documentos oficiais e normas foram utilizados como fontes complementares. Foram preservadas a atribuição das ideias, a fidelidade aos resultados e a distinção entre evidências e interpretações, com referências verificáveis por endereço eletrônico ou DOI (*Digital Object Identifier*).

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos estudos apresentados reuniu três dimensões da jornada do câncer de próstata: acesso aos serviços, decisões diagnósticas e terapêuticas e continuidade do cuidado. Os estudos abordaram desigualdades regionais, registros assistenciais, experiências dos pacientes e atuação da enfermagem. As pesquisas internacionais e as diretrizes contribuíram para interpretar benefícios, riscos e desfechos das estratégias clínicas. O Quadro 1 organiza as principais contribuições utilizadas na discussão (Macena *et al.*, 2023; Jalalizadeh *et al.*, 2024; Vieira; Souza; Bermúdez, 2024; Cornford *et al.*, 2024).

Quadro 1. Estudos centrais e contribuições para a análise da jornada

Autores	Delineamento ou natureza	Foco	Contribuição para a discussão

Santos *et al.* (2022)	Desenvolvimento de ferramenta de apoio à decisão	Rastreamento	Organização de informações sobre benefícios e danos dos exames.
Sousa *et al.* (2022)	Estudo qualitativo	Transição saúde–doença de homens idosos	Compreensão das condições que facilitam ou dificultam a experiência de adoecimento.
Hamdy *et al.* (2023)	Ensaio clínico randomizado, com acompanhamento de quinze anos	Câncer localizado	Comparação de mortalidade, progressão e metástases entre estratégias de manejo.
Donovan *et al.* (2023)	Avaliação longitudinal de resultados relatados pelos participantes de ensaio clínico	Efeitos funcionais	Identificação de repercussões urinárias, sexuais e intestinais em longo prazo.
Macena *et al.* (2023)	Revisão integrativa	Enfermagem na atenção primária	Discussão sobre educação em saúde e cuidado ao homem.
Cornford *et al.* (2024)	Diretriz clínica	Diagnóstico e tratamento local	Recomendações orientadas pela avaliação e estratificação de risco.
Grippa *et al.* (2024)	Estudo de completude de registros hospitalares em rede estadual	Qualidade da informação	Identificação de lacunas no preenchimento de variáveis relevantes.

Jalalizadeh *et al.* (2024)	Análise de tendências temporais e regionais com dados do SUS	Epidemiologia e tratamento	Identificação de diferenças regionais nos indicadores e na utilização de modalidades terapêuticas.
Vieira, Souza e Bermúdez (2024)	Pesquisa qualitativa	Itinerários terapêuticos	Análise de experiências, estigmas e relações entre masculinidade e cuidado.
Lopes-Júnior e Grippa (2025)	Análise de dados da rede oncológica estadual	Atenção ao câncer de próstata	Caracterização regional dos casos e da assistência.
Oh e Kang (2025)	Revisão sistemática	Rastreamento por PSA	Discussão do equilíbrio entre benefícios e danos.
Raychaudhuri, Lin e Montgomery (2025)	Revisão clínica	Diagnóstico, tratamento e acompanhamento	Contextualização das estratégias contemporâneas de cuidado.

Fonte: elaboração dos autores a partir dos estudos apresentados na revisão

4.1. Caracterização da Produção Analisada

A literatura apresenta diferentes abordagens metodológicas. As análises de bases administrativas descrevem padrões epidemiológicos e assistenciais, enquanto as pesquisas qualitativas exploram experiências e significados atribuídos ao adoecimento. Ensaios clínicos, revisões e diretrizes contribuem para a discussão

das decisões clínicas. Essa diversidade permite relacionar aspectos organizacionais, terapêuticos e subjetivos, respeitando os limites de cada delineamento (Jalalizadeh *et al.*, 2024; Vieira; Souza; Bermúdez, 2024; Hamdy *et al.*, 2023; Cornford *et al.*, 2024).

A interpretação conjunta exige atenção à abrangência das fontes. Resultados de uma rede estadual não representam automaticamente todo o SUS, assim como experiências individuais não estabelecem a frequência nacional das barreiras descritas. Além disso, dados administrativos dependem da qualidade do preenchimento e não esclarecem, isoladamente, as razões das diferenças observadas entre regiões e serviços (Grippa *et al.*, 2024; Jalalizadeh *et al.*, 2024).

As diretrizes internacionais oferecem parâmetros para diagnóstico e tratamento, mas sua discussão no contexto brasileiro exige considerar as condições de acesso e acompanhamento. Nesta revisão, essas recomendações foram utilizadas como referências clínicas, enquanto os estudos brasileiros fundamentaram a análise da organização assistencial e das experiências no SUS (Cornford *et al.*, 2024; Tilki *et al.*, 2024; Vieira; Souza; Bermúdez, 2024).

4.2. Entrada no Sistema, Masculinidades e Suspeita Diagnóstica

As barreiras ao cuidado incluem aspectos que antecedem o contato com os serviços. Medo, estigma e representações de invulnerabilidade influenciam a interpretação dos sintomas e a procura por atendimento. Os estudos sobre masculinidades e itinerários demonstram a importância de compreender essas experiências sem responsabilizar individualmente o homem pelas

dificuldades encontradas no percurso assistencial (Matos *et al.*, 2024; Vieira; Souza; Bermúdez, 2024).

Nesse contexto, a atenção primária tem papel relevante no acolhimento e na educação em saúde. A atuação da enfermagem favorece o esclarecimento de dúvidas e a abordagem de receios relacionados ao diagnóstico e aos exames. A discussão dos achados aponta para uma comunicação respeitosa, que reconheça as condições de vida e evite reduzir a saúde do homem à realização de procedimentos prostáticos (Macena *et al.*, 2023; Matos *et al.*, 2024).

É necessário diferenciar a investigação de manifestações suspeitas da decisão sobre rastreamento em homens assintomáticos. A presença de sintomas exige avaliação clínica, enquanto a solicitação de exames sem sintomas requer informação sobre benefícios e danos. Essa distinção contribui para enfrentar simultaneamente a investigação tardia e a realização indiscriminada de exames (INCA, 2025; Santos *et al.*, 2022; Oh; Kang, 2025).

Os instrumentos de apoio à decisão ampliam o conhecimento e tornam mais clara a avaliação das alternativas. Entretanto, seus resultados não equivalem à comprovação de redução dos tempos de espera ou de melhoria de toda a jornada no SUS. Sua contribuição principal está na qualidade do processo decisório, especialmente quando integrados ao diálogo e à identificação das preferências do usuário (Stacey *et al.*, 2024; Pekala *et al.*, 2024).

4.3. Confirmação Diagnóstica, Regulação e Tempo de Espera

A confirmação diagnóstica depende da articulação entre avaliação especializada, indicação de biópsia e análise anatomopatológica. A Lei nº 13.896/2019 estabelece prazo máximo de trinta dias para os

exames necessários à elucidação quando a principal hipótese diagnóstica é neoplasia maligna, mediante solicitação fundamentada do médico responsável. O acompanhamento desse direito exige registros que permitam identificar as solicitações e as etapas realizadas (Brasil, 2019; Cornford *et al.*, 2024).

A discussão dos tempos assistenciais também exige considerar a heterogeneidade clínica da doença. Casos com diferentes riscos não demandam necessariamente a mesma sequência de exames ou a mesma urgência terapêutica. A estratificação orienta as decisões, mas não elimina a obrigação de acompanhar os encaminhamentos e comunicar ao paciente o planejamento do cuidado (Cornford *et al.*, 2024; Raychaudhuri; Lin; Montgomery, 2025).

Os estudos sobre itinerários reforçam a relevância da comunicação entre serviços e do apoio recebido durante a investigação. A partir desses achados, recomenda-se acompanhar exames pendentes, registrar encaminhamentos e definir uma referência para esclarecimento de dúvidas. Essas medidas constituem propostas de organização assistencial derivadas da discussão, cuja implementação requer avaliação no contexto de cada rede (Vieira; Souza; Bermúdez, 2024; Macena *et al.*, 2023).

As diferenças regionais identificadas nos dados do SUS indicam que a análise do acesso deve ultrapassar a existência formal dos serviços. A distribuição das modalidades terapêuticas e os indicadores regionais exigem planejamento territorial. Entretanto, esses dados não demonstram, isoladamente, quais obstáculos explicam cada diferença nem autorizam atribuir os resultados exclusivamente à distância geográfica (Jalalizadeh *et al.*, 2024).

4.4. Definição do Tratamento, Desfechos e Desigualdades

A definição terapêutica deve considerar risco oncológico, condições clínicas e preferências individuais. Os estudos regionais e nacionais descrevem diferenças na utilização das modalidades de tratamento, mas essas diferenças não comprovam, por si, inadequação das indicações. Sua interpretação exige informações sobre estadiamento, perfil dos pacientes e organização da oferta assistencial (Lopes-Júnior; Grippa, 2025; Jalalizadeh *et al.*, 2024).

No estudo ProtecT, o acompanhamento de quinze anos identificou mortalidade específica baixa, sem diferença estatisticamente significativa entre monitoramento ativo, cirurgia e radioterapia. Entretanto, progressão e metástases foram mais frequentes no grupo de monitoramento. Esses resultados devem ser interpretados conforme a população e o protocolo do ensaio, sem equiparar automaticamente o monitoramento utilizado à vigilância ativa contemporânea (Hamdy *et al.*, 2023; Cornford *et al.*, 2024).

Os resultados relatados pelos participantes demonstraram diferenças persistentes nas funções urinária, sexual e intestinal. Assim, a escolha terapêutica exige discutir tanto o controle da doença quanto os efeitos sobre o cotidiano. A informação sobre esses desfechos contribui para uma decisão coerente com as prioridades do paciente e reforça a necessidade de acompanhamento após o tratamento (Donovan *et al.*, 2023).

Na doença avançada, as estratégias sistêmicas exigem avaliação de benefícios, toxicidades e condições funcionais. A discussão sobre equidade envolve o acesso ao tratamento indicado e à estrutura necessária para seu acompanhamento. A disponibilidade de

medicamentos, sem monitoramento e suporte assistencial, não representa integralidade do cuidado (Tilki *et al.*, 2024; James *et al.*, 2024).

A qualidade dos registros também interfere na avaliação das desigualdades. Lacunas no estadiamento e em outras variáveis limitam a comparação entre serviços e a interpretação dos resultados. A qualificação da informação constitui, portanto, uma condição para analisar a assistência e orientar intervenções com maior precisão (Grippa *et al.*, 2024).

4.5. Experiência do Paciente e Continuidade do Cuidado

A experiência do câncer envolve receios sobre o futuro, a sexualidade e a autonomia. Os estudos qualitativos demonstram que o adoecimento é interpretado a partir de crenças, relações familiares e experiências anteriores. O cuidado exige reconhecer essas dimensões e oferecer informações compatíveis com as dúvidas e necessidades expressas pelo paciente (Sousa *et al.*, 2022; Vieira; Souza; Bermúdez, 2024).

A participação familiar representa uma dimensão importante do suporte, mas deve respeitar as escolhas do homem sobre quem envolver nas decisões. A equipe necessita identificar preocupações e condições de apoio sem transferir à família a responsabilidade pela organização da assistência. Essa abordagem preserva a autonomia e reconhece a influência das relações sociais na transição saúde–doença (Sousa *et al.*, 2022).

A persistência de alterações urinárias, sexuais e intestinais demonstra que o início ou a conclusão do tratamento não encerra as necessidades assistenciais. O seguimento deve incluir avaliação

funcional e encaminhamento conforme os sintomas relatados. Esses resultados justificam discutir a reabilitação como parte da jornada, e não como uma etapa secundária ou desvinculada do cuidado oncológico (Donovan *et al.*, 2023).

Na doença progressiva, a continuidade envolve comunicação sobre objetivos terapêuticos, controle de sintomas e apoio às decisões. A integração dos cuidados paliativos deve acompanhar as necessidades clínicas e psicossociais, mantendo assistência e vínculo ao longo da evolução da doença (Tilki *et al.*, 2024; Raychaudhuri; Lin; Montgomery, 2025).

4.6. Contribuições da Enfermagem para Qualificar a Jornada

A atuação da enfermagem foi organizada em quatro dimensões analíticas: educação, coordenação, acompanhamento e apoio. Essa organização constitui uma síntese interpretativa desta revisão. As dimensões articulam esclarecimento de dúvidas, orientação sobre encaminhamentos, identificação de necessidades e acolhimento das repercussões do adoecimento (Macena *et al.*, 2023; Sousa *et al.*, 2022).

Na atenção primária, a discussão dos achados sustenta ações educativas contínuas e orientações que diferenciem rastreamento e investigação diagnóstica. Também se propõe registrar dúvidas e preferências, acompanhar encaminhamentos e manter comunicação com a atenção especializada. Essas ações devem integrar o cuidado à saúde do homem ao longo do ano (Macena *et al.*, 2023; Santos *et al.*, 2022).

Durante e após o tratamento, a identificação de sintomas e dificuldades funcionais orienta a construção de um plano

individualizado. A enfermagem, em articulação com a equipe multiprofissional, contribui para esclarecer orientações e reconhecer necessidades de avaliação e reabilitação. Os efeitos prolongados descritos nos estudos reforçam a relevância desse acompanhamento (Donovan *et al.*, 2023; Sousa *et al.*, 2022).

A navegação do paciente é apresentada nesta discussão como proposta para organizar informações, pendências e contatos entre serviços. Os estudos qualitativos fundamentam a importância de enfrentar dificuldades do percurso, mas não demonstram a efetividade do modelo aqui proposto. Sua adoção exige definição de responsabilidades e avaliação de resultados assistenciais (Vieira; Souza; Bermúdez, 2024; Sousa *et al.*, 2022).

4.7. Síntese da Jornada e Limites da Análise

A jornada em acolhimento e informação, avaliação clínica, investigação diagnóstica, estratificação de risco, decisão sobre o manejo e seguimento. Esse percurso não corresponde a uma sequência única para todos os homens: a indicação dos exames e a definição terapêutica dependem do cenário clínico. A articulação entre as etapas deve assegurar continuidade e participação do paciente (Cornford *et al.*, 2024; Brasil, 2023).

Os principais desafios discutidos envolvem estigmas, comunicação insuficiente, articulação entre serviços, diferenças regionais e acompanhamento de efeitos do tratamento. Como os estudos apresentam contextos e delineamentos distintos, esta síntese não estabelece uma frequência nacional para cada barreira. Seu alcance está na identificação de dimensões relevantes para a análise e o

planejamento do cuidado (Vieira; Souza; Bermúdez, 2024; Jalalizadeh *et al.*, 2024; Donovan *et al.*, 2023).

Outro limite decorre da combinação de fontes com finalidades diferentes. Diretrizes orientam condutas, ensaios comparam estratégias em populações selecionadas e estudos observacionais descrevem associações. A discussão exige preservar essas distinções e evitar conclusões causais ou generalizações que ultrapassem os resultados apresentados (Hamdy *et al.*, 2023; Cornford *et al.*, 2024; Jalalizadeh *et al.*, 2024).

O Quadro 2 reúne propostas de acompanhamento derivadas dessa discussão. Os indicadores representam sugestões para planejamento local, sem constituir parâmetros validados pelos estudos ou novos prazos legais. Sua utilização exige definição de critérios, fontes de dados e responsabilidades institucionais (Brasil, 2012, 2019; Grippa *et al.*, 2024; Vieira; Souza; Bermúdez, 2024).

Quadro 2. Pontos críticos e propostas de acompanhamento da jornada

Etapa	Ponto crítico	Ação proposta	Indicador sugerido
Entrada na atenção primária	Estigma e dificuldades de procura por atendimento	Acolhimento e educação em saúde	Registro de necessidades e orientações realizadas.
Discussão do rastreamento	Informação insuficiente	Decisão compartilhada	Proporção de decisões documentadas entre os atendimentos sobre rastreamento.

Investigação	Pendências e perda de seguimento	Acompanhamento de solicitações e encaminhamentos	Intervalos entre solicitação, realização e disponibilização do resultado.
Confirmação diagnóstica	Falhas de comunicação	Comunicação do resultado e definição do encaminhamento	Proporção de casos com resultado comunicado e encaminhamento registrado.
Definição do manejo	Informação limitada sobre alternativas	Discussão de riscos, benefícios e preferências	Registro do plano de manejo e da participação do paciente.
Seguimento	Efeitos funcionais sem avaliação	Avaliação e encaminhamento para reabilitação	Registro de avaliação urinária, sexual, intestinal e emocional.
Doença avançada	Necessidades de suporte não atendidas	Integração dos cuidados paliativos	Registro de sintomas, objetivos terapêuticos e plano de cuidado.

Fonte: elaboração dos autores a partir da discussão da literatura

4.8. Proposta de Organização Assistencial para Contextos Amazônicos

Com base na discussão, apresenta-se uma proposta de organização assistencial para análise em Tefé e em outros municípios amazônicos. Trata-se de uma aplicação interpretativa, sem validação local nesta revisão. Sua adequação depende do conhecimento dos serviços disponíveis, das pactuações regionais e das necessidades

dos usuários, considerando as diferenças assistenciais identificadas na região Norte (Jalalizadeh *et al.*, 2024; Brasil, 2023).

Na atenção primária, propõe-se registrar manifestações clínicas, antecedentes, exames disponíveis e condições de deslocamento. Homens com suspeita clínica devem seguir o fluxo de investigação conforme avaliação profissional, enquanto solicitações de rastreamento exigem informação e decisão compartilhada. O registro dessas situações favorece a clareza do encaminhamento e do acompanhamento (Santos *et al.*, 2022; Cornford *et al.*, 2024).

Após o encaminhamento, recomenda-se definir uma equipe ou um profissional de referência para acompanhar agendamentos, resultados e necessidades de suporte. Contatos institucionais devem preservar o sigilo e considerar usuários sem conectividade. A proposta busca responder às dificuldades de articulação discutidas nos estudos, sem pressupor efetividade já demonstrada no território amazônico (Vieira; Souza; Bermúdez, 2024; Sousa *et al.*, 2022).

Na confirmação diagnóstica, a orientação deve esclarecer o resultado, os exames adicionais indicados e o serviço responsável pela continuidade. Durante o tratamento, propõe-se compartilhar com a unidade de origem as informações necessárias ao acompanhamento. O planejamento também deve considerar necessidades sociais e condições para comparecimento aos atendimentos (Cornford *et al.*, 2024; Vieira; Souza; Bermúdez, 2024).

O seguimento deve abranger sintomas e repercussões funcionais, com articulação para reabilitação conforme avaliação individual. Para monitorar a proposta, sugerem-se registros de pendências, intervalos assistenciais, faltas e avaliações de qualidade de vida. A

análise desses dados deve orientar melhorias e reconhecer os limites das informações disponíveis, especialmente diante de preenchimento incompleto (Donovan *et al.*, 2023; Grippa *et al.*, 2024).

A implantação do fluxo requer discussão entre atenção primária, regulação, referência oncológica e representantes dos usuários. A participação desses atores permite confrontar a proposta com as condições reais do território. Sua avaliação deve considerar continuidade, adequação clínica, experiência do paciente e acesso ao cuidado, ultrapassando a mensuração isolada do início do tratamento (Brasil, 2023; Vieira; Souza; Bermúdez, 2024; Jalalizadeh *et al.*, 2024).

5. CONCLUSÃO

A jornada de homens com câncer de próstata no SUS enfrenta barreiras culturais, dificuldades de acesso e fragmentação entre diagnóstico, tratamento e acompanhamento. A qualificação desse percurso exige integração dos serviços, investigação oportuna e decisões terapêuticas alinhadas ao risco clínico e às preferências do paciente. A enfermagem contribui por meio do acolhimento, da educação em saúde e da coordenação do cuidado. Fortalecer essa atuação e considerar as particularidades territoriais são medidas essenciais para reduzir desigualdades e assegurar assistência integral, incluindo reabilitação e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, Ecson Gama. Fundamentos Teóricos da Metodologia da Pesquisa Científica: da Elaboração do Projeto à Construção do Conhecimento. **Revista Egan,** *[S. l.]*, p. e0063, 2026. Disponível em:

https://revistaegan.com.br/index.php/revistaegan/article/view/76. Acesso em: 1 nov. 2026.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 27 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019.** Altera a Lei nº 12.732/2012 para estabelecer prazo para exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna. Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm. Acesso em: 27 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023.** Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm. Acesso em: 27 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf. Acesso em: 27 jun. 2026.

CORNFORD, P. *et al*. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG Guidelines on prostate cancer - 2024 update. Part I: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent. **European Urology,** v. 86, n. 2, p. 148-163, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.eururo.2024.03.027.

Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0302283824022541. Acesso em: 31 out. 2026.

DONOVAN, J. L. *et al.* Patient-reported outcomes 12 years after localized prostate cancer treatment. **NEJM Evidence,** v. 2, n. 4, 2023. DOI: 10.1056/EVIDoa2300018. Disponível em: https://doi.org/10.1056/EVIDoa2300018. Acesso em: 27 jun. 2026.

GOLIJANIN, B. *et al.* Shared decision-making for prostate cancer screening. **Urologic Oncology,** v. 42, n. 5, p. 155.e1-155.e8, 2024. PMID: 38056246. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38056246/. Acesso em: 27 jun. 2026.

GRIPPA, W. R. *et al.* Completeness of variables in Hospital-Based Cancer Registries for prostatic malignant neoplasm. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 77, n. 3, e20230467, 2024. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0467. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0467. Acesso em: 27 jun. 2026.

HAMDY, F. C. *et al.* Fifteen-year outcomes after monitoring, surgery, or radiotherapy for prostate cancer. **New England Journal of Medicine,** v. 388, p. 1547-1558, 2023. DOI: 10.1056/NEJMoa2214122. Disponível em: https://doi.org/10.1056/NEJMoa2214122. Acesso em: 27 jun. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Câncer de próstata: versão para população.** Rio de Janeiro: INCA, atualização 2025. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/prostata/versao-para-populacao. Acesso em: 27 jun. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2026-2028: síntese de resultados e comentários.** Rio de Janeiro: INCA, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/sintese-de-resultados-e-comentarios. Acesso em: 27 jun. 2026.

JALALIZADEH, M. *et al*. Prostate cancer temporal and regional trends in Brazil. **Oncology Research,** v. 32, n. 10, p. 1565-1573, 2024. DOI: 10.32604/or.2024.052179. Disponível em: https://doi.org/10.32604/or.2024.052179. Acesso em: 27 jun. 2026.

JAMES, N. D. *et al*. The Lancet Commission on prostate cancer: planning for the surge in cases. **The Lancet,** v. 403, n. 10437, p. 1683-1722, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00651-2. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00651-2. Acesso em: 27 jun. 2026.

JARDIM, B. C. *et al*. Estimation of cancer incidence in Brazil and its regions in 2018: methodological aspects. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 40, n. 6, e00131623, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT131623. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT131623. Acesso em: 27 jun. 2026.

LOPES-JÚNIOR, L. C.; GRIPPA, W. R. Análise do câncer de próstata na Rede de Atenção Oncológica do Espírito Santo, Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia,** v. 71, n. 1, e-244920, 2025. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n1.4920. Disponível em: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n1.4920. Acesso em: 27 jun. 2026.

MACENA, L. F. C. *et al*. Câncer de próstata: revisão integrativa sobre a atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Brazilian**

Journal of Production Engineering, v. 9, n. 4, p. 16-24, 2023. DOI: 10.47456/bjpe.v9i4.41235. Disponível em: https://doi.org/10.47456/bjpe.v9i4.41235. Acesso em: 27 jun. 2026.

MATOS, W. D. V. *et al*. Vulnerabilidades e estereótipos masculinos nas representações sociais das causas do adoecimento por câncer de próstata. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 40, n. 9, e00175123, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT175123. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT175123. Acesso em: 27 jun. 2026.

OH, C. U.; KANG, H. The effectiveness and harms of PSA-based prostate cancer screening: a systematic review. **Healthcare,** v. 13, n. 12, 1381, 2025. DOI: 10.3390/healthcare13121381. Disponível em: https://doi.org/10.3390/healthcare13121381. Acesso em: 27 jun. 2026.

PEKALA, K. R. *et al*. Shared decision-making before prostate cancer screening decisions. **Nature Reviews Urology,** v. 21, n. 6, p. 329-338, 2024. DOI: 10.1038/s41585-023-00840-0. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41585-023-00840-0. Acesso em: 27 jun. 2026.

RAYCHAUDHURI, R.; LIN, D. W.; MONTGOMERY, R. B. Prostate cancer: a review. **JAMA,** v. 333, p. 1433-1446, 2025. DOI: 10.1001/jama.2025.0228. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jama.2025.0228. Acesso em: 27 jun. 2026.

SANTHIAGO, V. S. C.; CARVALHO, D. P. L. A importância da educação em saúde na atenção básica à saúde do homem. **Revista Ciência e Saúde On-line,** v. 7, n. 3, 2022. Disponível em: https://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/290. Acesso em: 27 jun. 2026.

SANTOS, R. O. M. *et al*. Ferramenta de apoio à decisão sobre o rastreamento do câncer de próstata no Brasil. **Revista de Saúde Pública,** v. 56, 2022. DOI: 10.11606/S1518-8787.2022056003467. Disponível em: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2022056003467. Acesso em: 27 jun. 2026.

SOUSA, A. R. *et al*. Transição de homens idosos com câncer de próstata: análise de condicionantes facilitadores e dificultadores. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online,** v. 14, e12032, 2022. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.12032. Disponível em: https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.12032. Acesso em: 27 jun. 2026.

STACEY, D. *et al*. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. **Cochrane Database of Systematic Reviews,** n. 1, CD001431, 2024. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub6. Disponível em: https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub6. Acesso em: 27 jun. 2026.

TILKI, D. *et al*. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG Guidelines on prostate cancer. Part II - 2024 update: treatment of relapsing and metastatic prostate cancer. **European Urology,** v. 86, n. 2, p. 164-182, 2024. DOI: 10.1016/j.eururo.2024.04.010. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.eururo.2024.04.010. Acesso em: 27 jun. 2026.

VIEIRA, G. S.; SOUZA, C. G.; BERMÚDEZ, X. P. C. D. Entre o estigma e a saúde: itinerários de pacientes com câncer de próstata. **Saúde em Debate,** v. 48, n. 142, e9057, 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241429057. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2358-289820241429057. Acesso em: 27 jun. 2026.

WEI, J. T. *et al*. Early detection of prostate cancer: AUA/SUO Guideline Part I: prostate cancer screening. **Journal of Urology,** v. 210, n. 1, p. 46-53, 2023. DOI: 10.1097/JU.0000000000003491. Disponível em: https://doi.org/10.1097/JU.0000000000003491. Acesso em: 27 jun. 2026.

---

[1] Discente do Curso Superior de Enfermagem da Faculdade Metropolitana de Tefé - FAMETRO. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Discente do Curso Superior de Enfermagem da Faculdade Metropolitana de Tefé - FAMETRO. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[3] Docente da Faculdade Metropolitana de Tefé – FAMETRO. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail