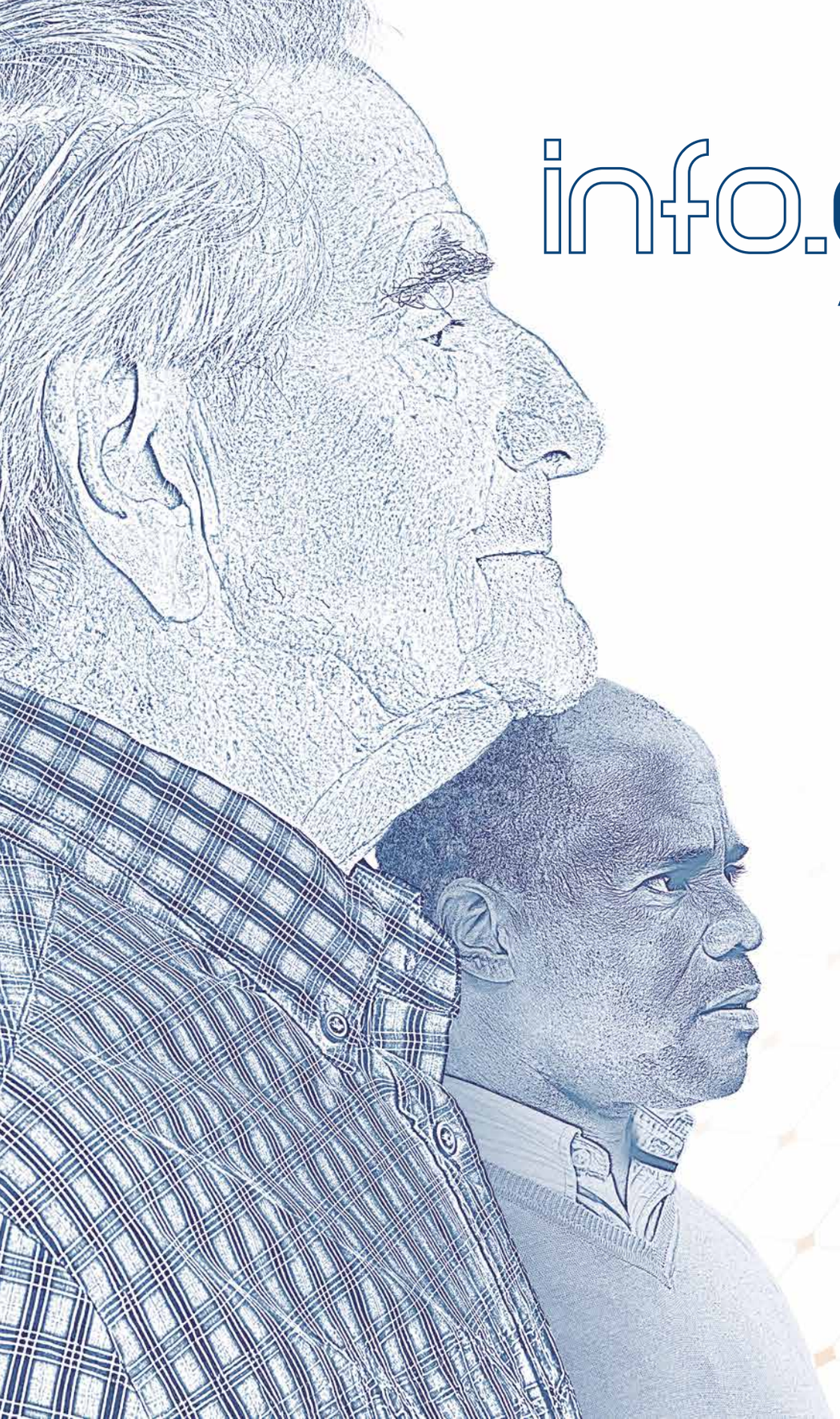


info.oncollect
ANÁLISES E TENDÊNCIAS EM CÂNCER
Ano: 2026 Volume 13

CÂNCER DE PRÓSTATA

Informação para ação no Brasil

FUNDAÇÃO DO CÂNCER



CONHECER PARA COMBATER

A nova edição do boletim **info.oncollect** traz como tema o câncer de próstata, um dos principais desafios da saúde pública no Brasil: o segundo tipo de tumor mais incidente entre os homens, atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), serão registrados 77.920 novos casos por ano no triênio 2026-2028. Essa expressiva incidência se traduz em um impacto direto na taxa de mortalidade, figurando como uma das causas mais frequentes de óbito por neoplasias na população masculina.

Enfrentar esse cenário exige mais do que conscientização. Demanda ciência aplicada à nossa realidade. É nesse contexto que a Fundação do Câncer, juntamente com o INCA, desenvolve, no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON), o projeto *Panorama da Variação Genética Somática do Câncer de Próstata na População Brasileira*. A iniciativa investiga o perfil genético e transcriptômico do câncer de próstata em uma amostra da população etnicamente diversa, buscando compreender as especificidades do tumor naquele grupo. E aqui vale um registro da maior importância. A Fundação do Câncer teve papel fundamental na elaboração da Lei nº 12.715/2012, que criou o PRONON, com o protagonismo do idealizador e presidente do Conselho Curador da instituição, Dr. Marcos Moraes.

A Fundação do Câncer segue firme com o compromisso de fortalecer as medidas de prevenção e de controle da doença. Esta edição do **info.oncollect** vem contribuir neste sentido, trazendo evidências científicas e dados epidemiológicos para ampliar o conhecimento sobre o câncer de próstata e subsidiar a formulação de políticas públicas mais efetivas. Ao transformar informações em conhecimento acessível, a publicação contribui para a tomada de decisão, o planejamento em saúde e o aprimoramento das estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.

Boa leitura!

Luiz Augusto Maltoni
Diretor-executivo
Fundação do Câncer

EQUIPE DE ELABORAÇÃO
Alfredo Scaff, Darlan Silva, Fernanda Lima, Rejane Reis e Thaís Ramos

PALAVRA DO ESPECIALISTA

CÂNCER DE PRÓSTATA: DA DETECÇÃO OPORTUNA À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

O câncer de próstata deve ser compreendido como um importante problema de saúde pública e, ao mesmo tempo, como uma oportunidade para reorganizarmos o cuidado à saúde do homem no Brasil. Os dados apresentados neste boletim mostram um cenário conhecido na prática clínica: a doença aumenta expressivamente com a idade, concentra maior carga em homens mais idosos e revela desigualdades regionais, sociais e raciais que precisam ser enfrentadas de forma objetiva.

O diagnóstico precoce continua sendo um ponto central. Não se trata de defender exames de forma indiscriminada, mas de garantir que homens com maior risco, sintomas urinários, história familiar ou outras condições relevantes tenham acesso oportuno à avaliação médica, orientação adequada e investigação, quando indicada. A linha de cuidado deve ser organizada para evitar atrasos entre a suspeita, o diagnóstico, o estadiamento e o início do tratamento.

Outro aspecto fundamental é ampliar a visão sobre a chamada "saúde do homem". O câncer de próstata não pode ser tratado como uma questão isolada da próstata. Ele deve ser porta de entrada para uma abordagem integral, que inclua prevenção, envelhecimento saudável, saúde cardiovascular, saúde sexual, saúde mental, hábitos de vida, acompanhamento de doenças crônicas e redução de barreiras culturais que ainda afastam muitos homens dos serviços de saúde.

Os achados sobre maior proporção de diagnóstico avançado em homens negros e em homens com menor escolaridade reforçam que informação, acesso e qualidade assistencial são determinantes. A equidade deve estar no centro das políticas públicas: identificar melhor os grupos de maior risco, fortalecer a atenção primária, qualificar a referência especializada e garantir tratamento em tempo adequado.

O desafio brasileiro, portanto, não é apenas ampliar a detecção, mas construir uma rede de cuidado mais inteligente, contínua e integrada. O controle do câncer de próstata exige ciência, vigilância, comunicação clara e compromisso com a saúde do homem em sua totalidade.

Ronaldo Damião
Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
Professor Titular de Urologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Coordenador do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
Coordenador do Centro de Assistência à Saúde do Homem

METODOLOGIA

Nesta publicação serão apresentadas as informações sobre a incidência, a mortalidade e a morbidade hospitalar do câncer de próstata (C61) de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10)[1], no Brasil e regiões geográficas, estratificadas por faixa etária (≤ 49 anos, 50 a 69 anos e ≥ 70 anos).

Incidência

As informações de incidência foram obtidas no Tabulador de Incidência dos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), disponibilizado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA)[2]. Foram considerados 31 RCBPs existentes e ativos no Brasil, de acordo com o período de referência disponível para cada registro. Para garantir maior estabilidade das taxas, foram incluídos apenas os registros com série histórica mínima de 5 anos de informações disponíveis.

Devido à ausência de informações de incidência reais para todo o país, utilizou-se a mediana das taxas de incidência dos RCBPs como medida de tendência central. Essas medianas foram calculadas para as regiões geográficas e para o Brasil.

Foram calculadas taxas de incidência do câncer de próstata específicas por faixa etária e ajustadas por idade dos últimos cinco anos de informação de cada RCBP. O ajuste das taxas foi realizado com base na população padrão mundial de 1960[3,4]. Além disso, também foram calculadas as medianas das taxas de incidência, ajustadas por idade, dos RCBPs para a análise da série histórica.

As informações populacionais para o Brasil e suas regiões, bem como as áreas de cobertura dos RCBPs, foram baseadas nas estimativas de população residente disponibilizadas pelo DATASUS[5].

Também foi realizada uma análise internacional da série histórica das taxas de incidência de câncer de próstata ajustadas por idade, por 100 mil homens, contemplando o Brasil, suas regiões geográficas e países da América Latina selecionados: Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica e Equador. Essa análise foi baseada nos dados do Globocan, referentes ao período de 2000 a 2017[6].

Os RCBPs e os períodos disponíveis incluem:

RCBP	Período de referência
RCBP ACRE	2010-2017
RCBP AMAPÁ	2016-2020
RCBP ANGRA DOS REIS	2007-2021
RCBP BELÉM	1996-2022
RCBP BELO HORIZONTE	2000-2021
RCBP CAMPINAS-SMS	2010-2020
RCBP CAMPINAS-UNICAMP	1991-2005
RCBP CAMPO GRANDE	2000-2012
RCBP CUIABÁ	2000-2018
RCBP CURITIBA	1998-2020
RCBP DISTRITO FEDERAL	1999-2019
RCBP DRS BARRETOS	2000-2019
RCBP ESPÍRITO SANTO	1997-2012
RCBP FLORIANÓPOLIS	2008-2016
RCBP FORTALEZA	1990-2015
RCBP GOIÂNIA	1996-2013
RCBP JAHU	1996-2021
RCBP JOÃO PESSOA	1999-2017
RCBP MANAUS	1999-2018
RCBP MATO GROSSO (interior)	2000-2018
RCBP NATAL	1999-2008
RCBP PALMAS	2000-2017
RCBP POÇOS DE CALDAS	2007-2017
RCBP PORTO ALEGRE	1993-2018
RCBP RECIFE	1995-2020
RCBP RORAIMA	2003-2017
RCBP SALVADOR	1996-2005
RCBP SANTOS	2008-2016
RCBP SÃO PAULO	1997-2015
RCBP SERGIPE	1996-2017
RCBP TERESINA	2000-2006

Fonte: INCA, 2026.

Mortalidade

As informações da mortalidade por câncer de próstata foram extraídas dos microdados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para o período de 1996 a 2024 disponíveis no DATASUS[7].

Primeiramente foram realizadas análises descritivas por meio de frequências absolutas, de acordo com grupos etários, para Brasil e regiões. Foram calculadas taxas de mortalidade específicas por faixa etária e ajustadas por idade dos últimos cinco anos de informação disponível. As taxas foram ajustadas pela população padrão mundial de 1960[3,4].

Além disso, foi realizada a análise da série histórica das taxas de mortalidade por câncer de próstata, ajustadas por idade, para o Brasil e suas regiões geográficas, bem como para países selecionados da América Latina: Argentina, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Paraguai, Uruguai e Venezuela. A análise foi baseada nos dados do Globocan, referentes ao período de 1996 a 2017[6].

Morbidade hospitalar

As informações sobre a morbidade hospitalar foram extraídas do Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer (IRHC), com base nos 342 Registros Hospitalares de Câncer (RHC) do Brasil[8].

Para a análise dos RHCs, foram incluídos apenas os casos analíticos de tumores malignos primários de câncer de próstata (C61), registrados entre 2004 e 2023. Os registros classificados como neoplasias benignas, de comportamento incerto ou *in situ* foram excluídos da análise.

As categorias sem informação foram mantidas nas tabulações quando relevantes, de forma a explicitar a completude das variáveis.

As variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao diagnóstico e ao tratamento foram agrupadas conforme as categorias apresentadas no quadro abaixo.

Variável	Categorias
Faixa etária	≤ 49 anos; 50 a 69 anos; ≥ 70 anos
Escolaridade	Nenhuma; nível fundamental completo ou incompleto; nível médio completo e superior incompleto; nível superior; sem informação
Raça/cor da pele	Amarela; branca; indígena; negra (considerando pessoas pretas e pardas); sem informação
Região de residência	Norte; Nordeste; Centro-Oeste; Sudeste; Sul
Estadiamento clínico	Inicial (estádios I e II); avançado (estádios III e IV); sem informação
Primeiro procedimento terapêutico	Cirurgia; quimioterapia; radioterapia; outros procedimentos; sem informação
Tempo entre diagnóstico e tratamento (sem diagnóstico e sem tratamento; com diagnóstico e sem tratamento)	Até 30 dias; 31 a 60 dias; mais de 60 dias

Fonte: Elaborado a partir das variáveis disponíveis no IRHC/INCA.

Softwares utilizados

As análises estatísticas foram realizadas no software estatístico R[9].

Referências

1. *ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10. 10. ed. São Paulo: Edusp, 2008.*
2. *INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Tabulador de Incidência. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/BasePopIncidencias/Home.action. Acesso em: 04 set. 2026.*
3. *SEGI, M. Cancer mortality for selected sites in 24 countries (1950-1957). Sendai: Tohoku University School of Medicine, 1960.*
4. *DOLL, R.; WATERHOUSE, J.; PAYNE, P. Cancer incidence in five continents. v. 1. Berlin: International Agency for Research on Cancer, 1966.*
5. *BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). População residente: estimativas por município, idade e sexo, 2000–2024. Disponível em: https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsvs2024br.def Acesso em: 04 set. 2026.*
6. *Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Ferlay J, Miranda-Filho A, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Over Time. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: https://gco.iarc.who.int/overtime , accessed [10 Sep 2026].*
7. *DATASUS: Mortalidade desde 1996 pela CID-10 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Acesso em: 12 dez. 2024 Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10.*
8. *INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). Integrador dos Registros Hospitalares de Câncer. Disponível em: https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/visualizaTabNetExterno.action. Acesso em: 10 set 2026.*
9. *R CORE TEAM. R: a language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2024. Disponível em: https://www.R-project.org. Acesso em: 10 maio 2024.*

INCIDÊNCIA

REGISTROS DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL

Foram analisados 70.242 casos novos de câncer de próstata, considerando os períodos de referência de cada RCBP. A análise dos registros brasileiros mostra um aumento das taxas de incidência conforme a faixa etária, com maior concentração entre homens de 70 anos ou mais. Goiânia e Natal apresentaram as maiores taxas ajustadas entre os RCBPs avaliados, com 111 e 108 casos novos por 100 mil homens, respectivamente.

CASOS NOVOS

70.242

MAIORES TAXAS AJUSTADAS

111 GOIÂNIA

108 NATAL

TAXAS DE INCIDÊNCIA ESPECÍFICAS POR FAIXA ETÁRIA E AJUSTADAS* POR IDADE, CÂNCER DE PRÓSTATA, POR 100 MIL HOMENS, RCBP E PERÍODO DE REFERÊNCIA.

RCBP período de referência	≤ 49 ANOS taxa específica	50-69 ANOS taxa específica	≥ 70 ANOS taxa específica	TOTAL taxa ajustada*
ACRE (2013 - 2017)	0,17	58,43	362,57	**24,71**
AMAPÁ (2016 - 2020)	0,90	87,34	557,75	**38,57**
ANGRA DOS REIS (2017 - 2021)	0,89	72,52	434,74	**29,98**
BELO HORIZONTE (2017 - 2021)	3,66	301,97	708,84	**80,69**
BELÉM (2018 - 2022)	1,04	121,68	504,25	**41,60**
CAMPINAS-SMS (2016 - 2020)	2,32	247,16	685,57	**70,20**
CAMPINAS-UNICAMP (2001 - 2005)	0,29	54,81	319,57	**22,57**
CAMPO GRANDE (2008 - 2012)	2,65	233,39	1079,82	**86,95**
CUIABÁ (2014 - 2018)	1,51	173,29	590,24	**55,30**
CURITIBA (2016 - 2020)	1,25	135,02	471,58	**42,38**
DISTRITO FEDERAL (2015 - 2019)	1,50	176,67	676,84	**59,39**
DRS BARRETOS (2015 - 2019)	1,77	185,64	523,75	**53,10**
ESPÍRITO SANTO (2008 - 2012)	0,75	98,00	570,92	**41,38**
FLORIANÓPOLIS (2012 - 2016)	2,41	240,20	704,55	**70,86**
FORTALEZA (2011 - 2015)	1,10	178,79	750,97	**62,85**
GOIÂNIA (2009 - 2013)	4,12	331,91	1204,74	**110,72**
JAHU (2017 - 2021)	2,04	220,12	468,42	**56,52**
JOÃO PESSOA (2013 - 2017)	2,24	232,42	793,23	**74,39**
MANAUS (2014 - 2018)	0,68	107,20	570,23	**43,33**
MATO GROSSO (INTERIOR) (2014 - 2018)	0,70	94,38	442,30	**34,77**
NATAL (2004 - 2008)	2,30	321,85	1246,89	**108,15**
PALMAS (2013 - 2017)	0,35	155,02	731,45	**59,28**
PORTO ALEGRE (2014 - 2018)	1,43	143,38	474,84	**43,24**
POÇOS DE CALDAS (2013 - 2017)	4,84	271,27	839,57	**81,29**
RECIFE (2016 - 2020)	1,60	161,66	631,87	**53,94**
RORAIMA (2013 - 2017)	0,43	51,08	320,09	**22,03**
SALVADOR (2001 - 2005)	1,22	234,60	1100,50	**89,78**
SANTOS (2012 - 2016)	2,15	233,83	747,92	**69,75**
SERGIPE (2013 - 2017)	1,44	217,31	764,50	**69,58**
SÃO PAULO (2011 - 2015)	3,06	252,40	592,67	**69,64**
TERESINA (2002 - 2006)	0,19	100,02	642,67	**44,46**

*População padrão Mundial, 1960/ 100 mil homens. Fonte: INCA, 2026.

MORTALIDADE

NÚMEROS DE ÓBITOS E TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICAS POR FAIXA ETÁRIA E AJUSTADAS*, CÂNCER DE PRÓSTATA, POR 100 MIL HOMENS, BRASIL E REGIÕES, 2020 A 2024

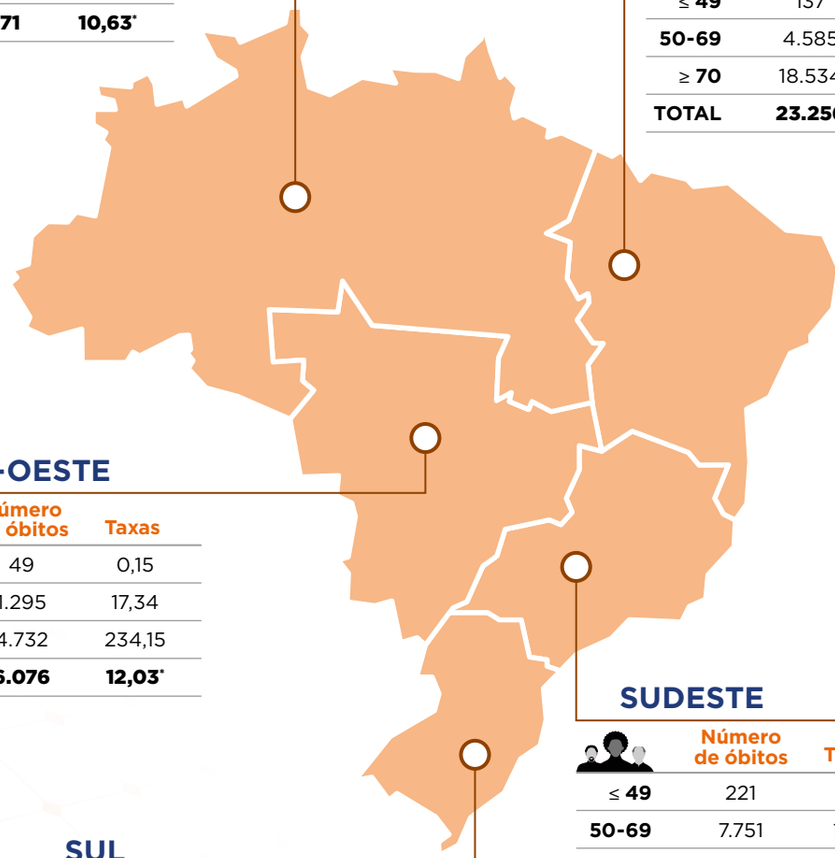
Foram analisados um total de **83.650 óbitos** por câncer de próstata no Brasil para o período de 2020 a 2024. As maiores taxas de mortalidade concentram-se nos homens com 70 anos ou mais, que respondem pela maior parte do número de óbitos. Entre as regiões, o Sul, o Nordeste e o Centro-Oeste possuem as maiores taxas ajustadas, ficando acima da média nacional.

NORTE

	Número de óbitos	Taxas
≤ **49**	39	0,10
50-69	1.060	15,49
≥ **70**	3.672	204,71
TOTAL	**4.771**	**10,63***

NORDESTE

	Número de óbitos	Taxas
≤ **49**	137	0,13
50-69	4.585	19,01
≥ **70**	18.534	237,33
TOTAL	**23.256**	**12,10***



CENTRO-OESTE

	Número de óbitos	Taxas
≤ **49**	49	0,15
50-69	1.295	17,34
≥ **70**	4.732	234,15
TOTAL	**6.076**	**12,03***

SUDESTE

	Número de óbitos	Taxas
≤ **49**	221	0,14
50-69	7.751	17,61
≥ **70**	27.114	202,27
TOTAL	**35.086**	**10,69***

SUL

	Número de óbitos	Taxas
≤ **49**	70	0,13
50-69	2.901	18,17
≥ **70**	11.490	238,18
TOTAL	**14.461**	**12,34***

BRASIL

	Número de óbitos	Taxas
≤ **49**	516	0,13
50-69	17.592	17,87
≥ **70**	65.542	219,55
TOTAL	**83.650**	**11,40***

*População padrão Mundial, 1960/ 100 mil homens. Fonte: SIM, 2026.

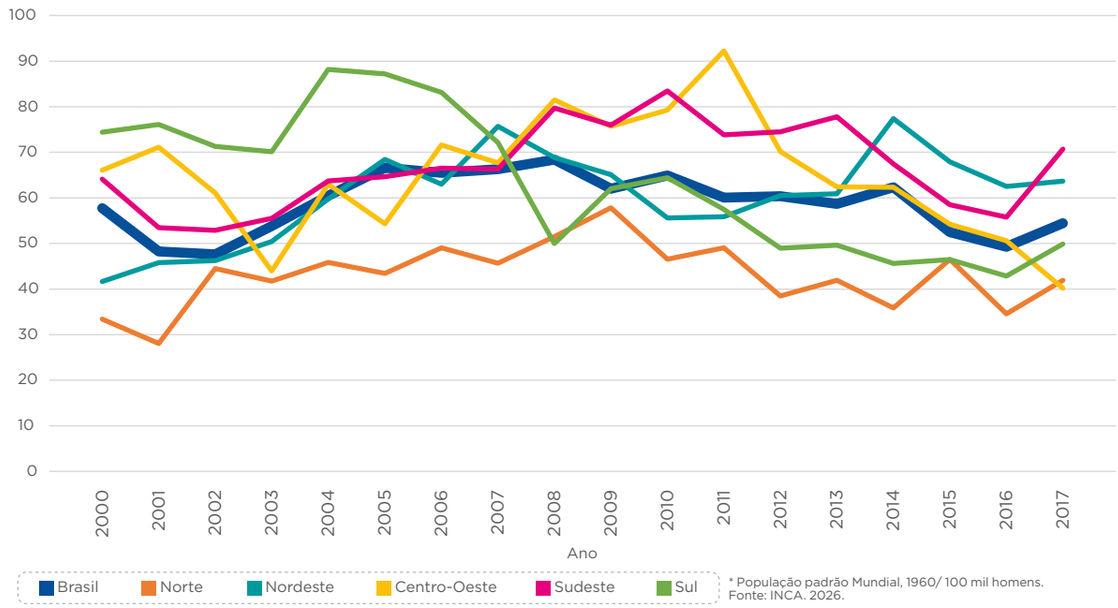
SÉRIE HISTÓRICA

BRASIL E REGIÕES



A mediana nacional das taxas de incidência oscilou ao longo da série histórica. Durante o período analisado, as regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram, em geral, taxas acima da mediana nacional, enquanto Norte e Sul permaneceram abaixo. A região Sul foi exceção nos anos iniciais, apresentando a mediana das taxas de incidência superiores às do Brasil até 2007. Essas informações reforçam a heterogeneidade regional da doença.

SÉRIE HISTÓRICA DAS MEDIANAS DAS TAXAS DE INCIDÊNCIA AJUSTADAS* POR IDADE, CÂNCER DE PRÓSTATA, POR 100 MIL HOMENS, BRASIL E REGIÕES, 2000 A 2017



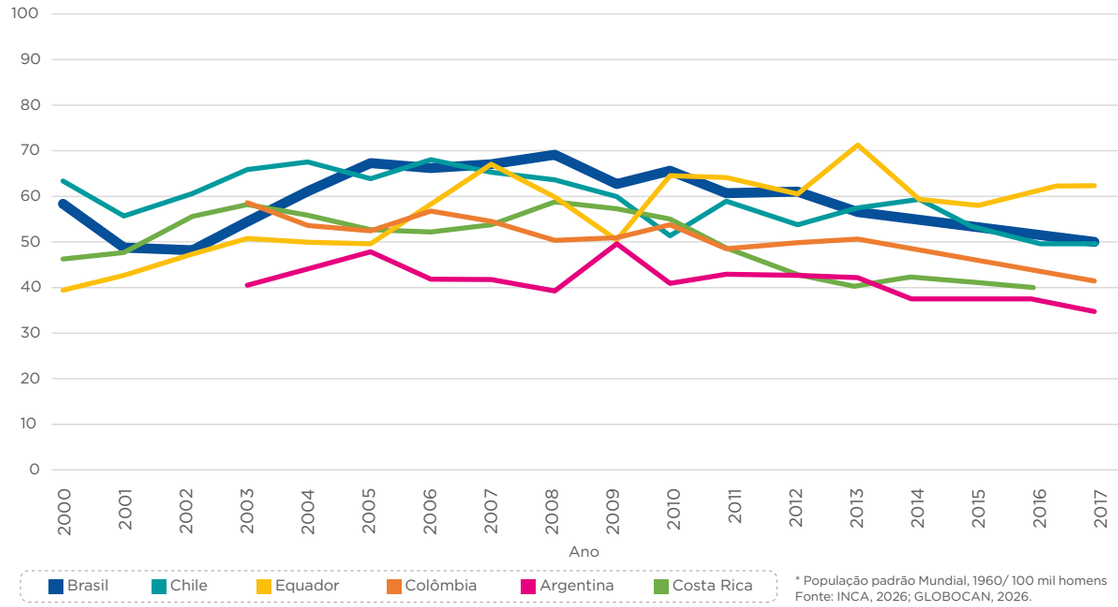
* População padrão Mundial, 1960/ 100 mil homens.
Fonte: INCA. 2026.

BRASIL E AMÉRICA LATINA



A análise comparativa de países selecionados da América Latina indica que o Brasil apresentou, em geral, maiores taxas de incidência de câncer de próstata ao longo da série. Nos anos mais recentes, os valores brasileiros ficaram abaixo apenas dos observados no Equador e na Colômbia. A Argentina apresentou as menores taxas de incidência da doença entre os países analisados.

SÉRIE HISTÓRICA DAS TAXAS DE INCIDÊNCIA AJUSTADAS* POR IDADE, CÂNCER DE PRÓSTATA, POR 100 MIL HOMENS, BRASIL E PAÍSES SELECIONADOS DA AMÉRICA LATINA, DE ACORDO COM OS ANOS DISPONÍVEIS



* População padrão Mundial, 1960/ 100 mil homens
Fonte: INCA, 2026; GLOBOCAN, 2026.

MORTALIDADE

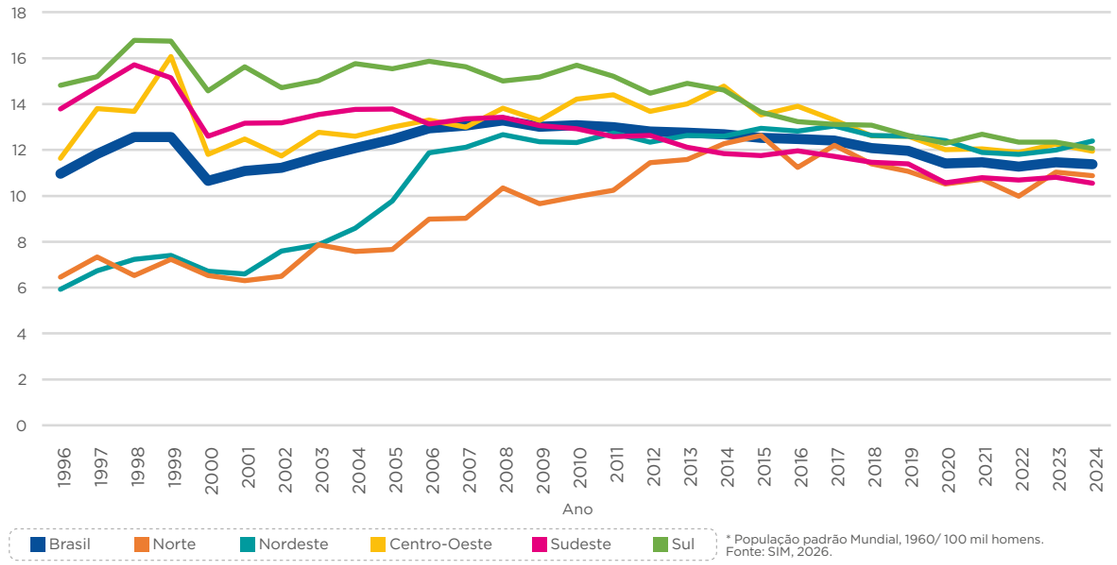
SÉRIE HISTÓRICA

BRASIL E REGIÕES



A taxa de mortalidade ajustada no Brasil variou pouco desde 1996, mostrando relativa estabilidade nacional. As regiões Norte e Nordeste possuíam as menores taxas de mortalidade no início do período, mas se aproximando das demais regiões nos últimos 10 anos. Em 2024, o Nordeste passou a registrar a maior taxa de mortalidade entre as regiões.

SÉRIE HISTÓRICA DAS TAXAS DE MORTALIDADE AJUSTADAS* POR IDADE, CÂNCER DE PRÓSTATA, POR 100 MIL HOMENS, BRASIL E REGIÕES, 1996 A 2024



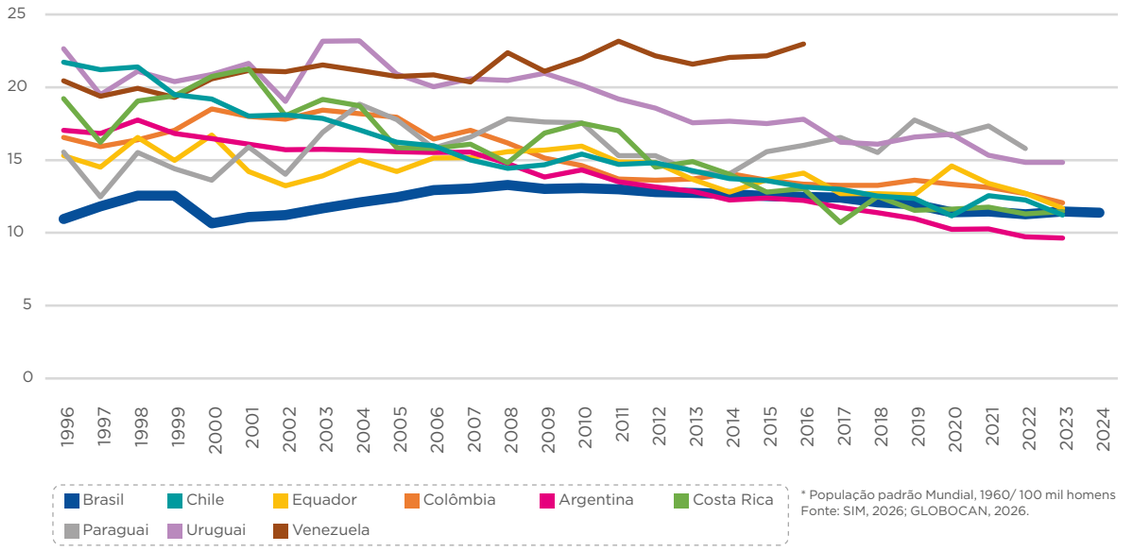
* População padrão Mundial, 1960/ 100 mil homens.
Fonte: SIM, 2026.

BRASIL E AMÉRICA LATINA



O Brasil apresentou mortalidade por câncer de próstata menor que os países da América Latina selecionados no início da série, mas a diferença diminuiu ao longo do tempo. A Argentina e o Chile mostraram queda mais marcada ao longo do período. A Argentina apresenta os menores valores das taxas de mortalidade durante o período mais recente da análise.

SÉRIE HISTÓRICA DAS TAXAS DE MORTALIDADE AJUSTADAS* POR IDADE, CÂNCER DE PRÓSTATA, POR 100 MIL HOMENS, BRASIL E PAÍSES SELECIONADOS DA AMÉRICA LATINA, DE ACORDO COM O ANO DISPONÍVEL



* População padrão Mundial, 1960/ 100 mil homens
Fonte: SIM, 2026; GLOBOCAN, 2026.

NO MUNDO

BRASIL

INCIDÊNCIA

73º

DE 186 PAÍSES

Na classificação mundial de incidência do câncer de próstata, o Brasil aparece em posição intermediária, muito distante dos maiores e menores valores registrados. A taxa de incidência estimada brasileira, de 45,31 casos por 100 mil homens, é próxima à da Costa Rica (45,49/ 100 mil) e da Geórgia (44,37/ 100 mil).

MORTALIDADE

104º

DE 186 PAÍSES

Na classificação mundial de mortalidade, o Brasil ocupa posição intermediária, com taxa de mortalidade semelhante à do Irã e da Alemanha (11,38, 11,39 e 11,21 óbitos a cada 100 mil homens, respectivamente). Os maiores valores estão concentrados em países da África e da América Central.

CLASSIFICAÇÃO DA **INCIDÊNCIA*** DO CÂNCER DE PRÓSTATA, BRASIL X MUNDO.

1º	**França, Martinica**	**174,07**
2º	**França, Guadalupe**	**146,40**
3º	**Lituânia**	**130,34**
. . .	do 4º ao 71º	
72º	**Costa Rica**	**45,49**
73º	**Brasil****	**45,31**
74º	**Geórgia**	**44,37**
. . .	do 75º ao 183º	
184º	**Butão**	**2,08**
185º	**Nepal**	**1,98**
186º	**Bangladesh**	**1,96**

*Taxas de incidência ajustadas por idade pela População padrão Mundial, 1960 / 100 mil homens.
Fonte: GLOBOCAN, 2026; **Estimativa INCA, 2026.

CLASSIFICAÇÃO DA **MORTALIDADE*** DO CÂNCER DE PRÓSTATA, BRASIL X MUNDO.

1º	Zimbábue	**71,42**
2º	Chade	**59,86**
3º	Jamaica	**58,44**
. . .	do 4º ao 102º	
103º	Irã	**11,39**
104º	**Brasil****	**11,38**
105º	Alemanha	**11,21**
. . .	do 106º ao 183º	
184º	Bangladesh	**1,14**
185º	Coreia do Norte	**1,05**
186º	Butão	**0,71**

*Taxas de mortalidade ajustadas por idade pela População padrão Mundial, 1960 / 100 mil homens.
Fonte: GLOBOCAN, 2026; **SIM, 2026.

MORBIDADE HOSPITALAR

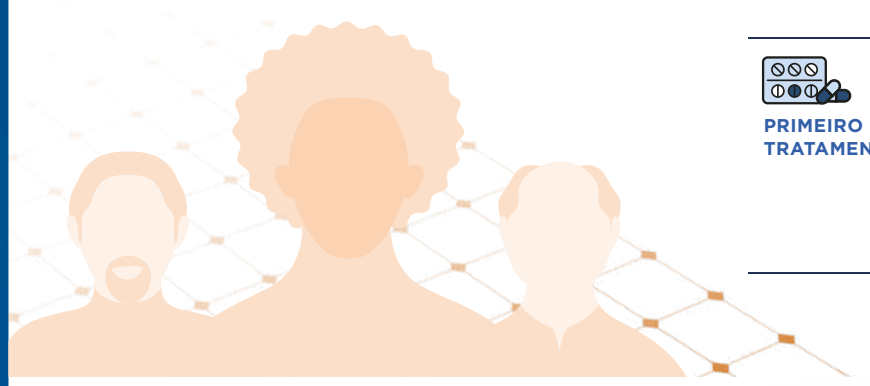
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Foram analisados 443.620 casos de câncer de próstata diagnosticados entre 2004 e 2023, provenientes de 342 Registros Hospitalares de Câncer do Brasil. Observou-se maior concentração de casos entre homens acima de 50 anos, além de aumento da proporção de estadiamento avançado nas idades mais altas. Destaca-se a elevada proporção de registros sem informação para raça/cor da pele, escolaridade e estadiamento, o que exige cautela na interpretação dos dados. Ainda assim observa-se maior proporção de casos em homens negros, e a região Sudeste concentra cerca de metade dos registros. Quase 60% dos casos ocorreram em homens com baixa escolaridade, considerando nenhuma escolaridade ou até ensino fundamental completo.

CASOS ANALISADOS
443.620

CONCENTRAÇÃO EM
+50 anos

60% **BAIXA OU NENHUMA ESCOLARIDADE**



CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E RELACIONADAS AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DOS HOMENS COM CÂNCER DE PRÓSTATA, POR FAIXA ETÁRIA, BRASIL, 2004-2023

VARIÁVEIS	CATEGORIA	≤ 49 ANOS (%)	50-69 ANOS (%)	≥ 70 ANOS (%)	TOTAL (%)
RAÇA/COR DA PELE	Branca	23,5	26,3	28,8	27,4
	Negra	36,1	37,6	38,6	38,0
	Amarela	0,5	0,6	0,7	0,6
	Indígena	0,1	0,1	0,1	0,1
	Sem informação	39,8	35,4	31,8	33,9
ESCOLARIDADE	Nenhuma	2,9	6,5	12,9	9,4
	Fundamental incompleto	25,4	34,4	36,3	35,2
	Fundamental completo	15,1	15,0	12,9	14,0
	Nível médio	19,6	12,5	6,9	10,0
	Nível superior incompleto	0,8	0,5	0,3	0,4
	Nível superior completo	9,7	5,5	3,0	4,4
	Sem informação	26,5	25,6	27,7	26,6
REGIÕES	Norte	3,0	3,3	4,0	3,6
	Nordeste	21,1	24,1	28,1	25,9
	Centro-Oeste	3,0	3,0	3,3	3,2
	Sudeste	57,1	52,7	47,6	50,4
	Sul	15,8	16,9	17,0	16,9
ESTADIAMENTO	Inicial	45,7	43,5	39,3	41,5
	Avançado	19,9	23,6	27,0	25,2
	Sem informação	34,4	32,9	33,7	33,3
PRIMEIRO TRATAMENTO	Cirurgia	60,9	48,1	23,6	37,0
	Radioterapia	13,2	19,8	25,7	22,4
	Quimioterapia	5,1	5,0	7,5	6,2
	Outros	20,0	26,1	42,1	33,4
	Sem informação	0,8	1,0	1,1	1,0

Fonte: IRHC, 2026.

TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO

Entre os homens que chegaram à unidade de saúde sem diagnóstico e sem tratamento, quase metade iniciou o tratamento após 60 dias (48,2%). Esse atraso foi mais frequente nas faixas etárias de 50 a 69 anos (49,4%) e de 70 anos ou mais (47,0%). Entre os pacientes que chegaram à unidade de saúde com diagnóstico, mas ainda sem o tratamento, a proporção foi ainda maior: 78,1% iniciaram o tratamento após 60 dias. Esse padrão se manteve em todas as faixas etárias analisadas.

PERCENTUAL DE CÂNCER DE PRÓSTATA, SEGUNDO TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO, DENTRE AQUELES PACIENTES QUE CHEGARAM À UNIDADE DE SAÚDE SEM DIAGNÓSTICO E SEM TRATAMENTO E COM DIAGNÓSTICO E SEM TRATAMENTO. BRASIL, 2004 - 2023

SEM DIAGNÓSTICO E SEM TRATAMENTO

	até 30 dias (%)	31 a 60 dias (%)	+ 60 dias (%)
≤ 49	46,0	14,4	39,6
50-69	36,8	13,8	49,4
≥ 70	35,0	18,0	47,0
TOTAL	36,2	15,6	48,2

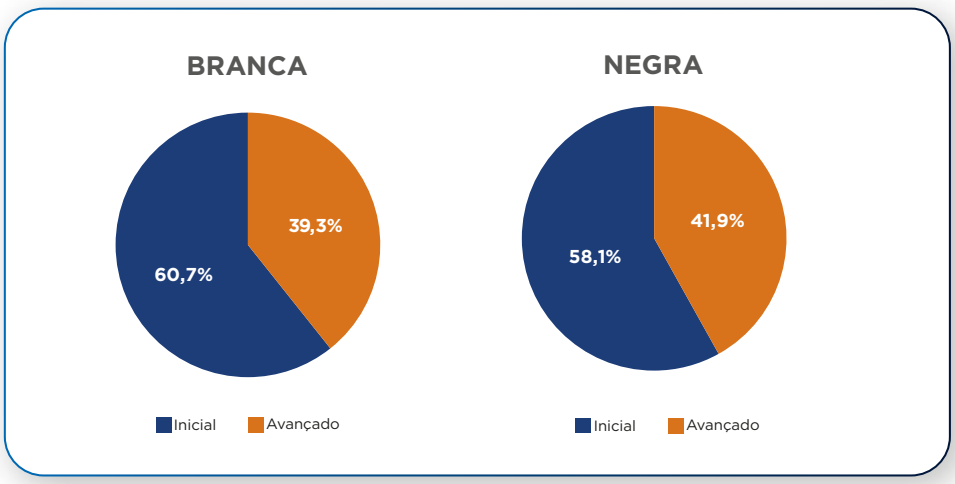
COM DIAGNÓSTICO E SEM TRATAMENTO

	até 30 dias (%)	31 a 60 dias (%)	+ 60 dias (%)
≤ 49	8,5	14,5	77,0
50-69	6,1	13,1	80,8
≥ 70	8,0	16,8	75,2
TOTAL	7,0	14,9	78,1

Fonte: IRHC, 2026.

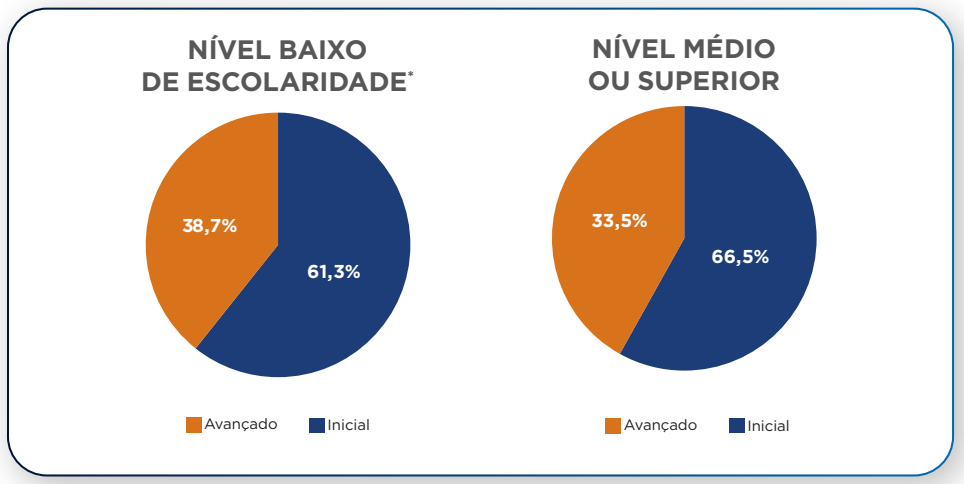
PERCENTUAIS DE HOMENS COM CÂNCER DE PRÓSTATA, SEGUNDO ESTADIAMENTO AO DIAGNÓSTICO E RAÇA/COR DA PELE. BRASIL, 2004-2023

O estadiamento avançado é proporcionalmente maior entre homens negros com diagnóstico de câncer de próstata do que entre homens brancos. Essa diferença sugere desigualdade no momento do diagnóstico.



PERCENTUAIS DE HOMENS COM CÂNCER DE PRÓSTATA, SEGUNDO ESTADIAMENTO AO DIAGNÓSTICO E NÍVEL DE ESCOLARIDADE. BRASIL, 2004-2023

Homens com nível de escolaridade médio ou superior apresentam maior proporção de diagnóstico de câncer de próstata em estadiamento inicial (66,5%) em comparação ao estadiamento avançado (33,5%). Por outro lado, observou-se maior proporção de casos em estadiamento avançado entre homens com menor nível de escolaridade.



*Nenhuma escolaridade, fundamental incompleto e completo. Fonte: IRHC, 2026.

DO CENÁRIO À ANÁLISE

O câncer de próstata permanece como um dos principais desafios para o controle do câncer entre homens, por sua magnitude e pelas desigualdades na incidência, no diagnóstico e na evolução da doença. Segundo estimativas mundiais, em 2024 foram registrados cerca de 20 milhões de casos novos de câncer e 10 milhões de mortes, sendo o câncer de próstata a quarta neoplasia mais incidente, responsável por 7,5% dos casos novos[1]. Neste boletim, foram analisados 70.242 casos registrados nos RCBPs brasileiros, com aumento das taxas a partir dos 50 anos e maior concentração entre homens com 70 anos ou mais. Esse padrão reforça a idade como principal fator associado à doença. Relatório publicado na revista *The Lancet* projeta que os casos anuais de câncer de próstata podem passar de 1,4 milhão em 2020 para 2,9 milhões em 2040, sobretudo pelo envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida[2].

No Brasil, a heterogeneidade regional foi um achado central. Goiânia e Natal tiveram as maiores taxas de incidência ajustadas entre os RCBPs avaliados, e as séries históricas mostram oscilações entre regiões e registros. Na comparação latino-americana, o Brasil apresentou taxas elevadas, abaixo apenas do Equador e da Colômbia nos anos mais recentes. No cenário mundial, ocupa posição intermediária, refletindo diferenças no risco, na detecção, na cobertura dos registros e no acesso diagnóstico[3]. Estudos associam o aumento das taxas ao envelhecimento, à urbanização, às mudanças no estilo de vida, à ampliação do marcador Antígeno Prostático Específico (PSA) e à melhora da notificação[4].

Entre 2020 e 2024, ocorreram cerca de 84 mil óbitos por câncer de próstata no Brasil, principalmente entre homens com 70 anos ou mais. A taxa ajustada variou pouco desde 1996, mas houve mudanças regionais: Norte e Nordeste se aproximaram das demais regiões, e o Nordeste apresentou a maior taxa em 2024. Esse padrão pode se relacionar ao diagnóstico tardio e ao menor acesso oportuno ao cuidado[2,3]. Um relatório publicado no *The Lancet* destaca que antecipar o diagnóstico pode melhorar o prognóstico e ampliar as possibilidades de tratamento curativo[2].

Entre 2004 e 2023, foram analisados 443.620 casos nos Registros Hospitalares de Câncer. Quase 60% ocorreram em homens com baixa escolaridade e 38,0% em homens negros, embora haja muitas informações ausentes para raça/cor da pele, escolaridade e estadiamento. O estadiamento avançado foi mais frequente entre homens negros e com menor escolaridade, reforçando desigualdades no diagnóstico e no acesso ao cuidado[5,6]. Um relatório norte-americano também aponta aumento da doença avançada e maior mortalidade entre homens negros[5].

Outro ponto crítico é o tempo até o tratamento. Entre os homens que chegaram à unidade sem diagnóstico e sem tratamento, 48,2% iniciaram o cuidado após mais de 60 dias; entre aqueles com diagnóstico, mas ainda sem tratamento, essa proporção foi de 78,1%. Isso indica desafios não apenas na detecção, mas também no encaminhamento e no início do cuidado. Embora o rastreamento populacional com PSA seja controverso pelo risco de sobrediagnóstico e tratamentos desnecessários[5,7], os resultados reforçam a necessidade de estratégias mais organizadas para identificar homens de maior risco e reduzir possíveis atrasos assistenciais.

Assim, o cenário brasileiro combina três dimensões: alta proporção em homens idosos, desigualdade territorial e social, e persistência de diagnóstico ou tratamento tardios. Mais do que ampliar exames de forma indiscriminada, o desafio ainda é organizar linhas de cuidado capazes de reconhecer risco, garantir acesso oportuno e reduzir diferenças evitáveis entre regiões, raça/cor da pele, escolaridade e local de residência. Nessa perspectiva, as informações apresentadas pelo boletim contribuem para orientar políticas de controle do câncer de próstata com foco em vigilância, equidade e qualidade da atenção.

Esses achados mostram que a análise do câncer de próstata deve ir além da incidência, mortalidade e acesso ao cuidado. Para compreender melhor as diferenças entre grupos populacionais e graus de agressividade tumoral, é necessário avançar na caracterização molecular da doença. Nesse contexto, a Fundação do Câncer desenvolve, no âmbito do PRONON, o projeto "Panorama da Variação Genética Somática do Câncer de Próstata na População Brasileira", que investiga o perfil genético e transcriptômico do câncer de próstata em uma coorte brasileira etnicamente diversa. A proposta compara tecido prostático benigno, tumores de baixo grau e de alto grau, por meio de sequenciamento genético, podendo identificar alterações somáticas, assinaturas moleculares e biomarcadores com potencial preditivo e prognóstico[8].

PRONON
Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica

O Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON) tem como objetivo captar e canalizar recursos, mediante incentivo fiscal, para o desenvolvimento de projetos voltados à prevenção, ao rastreamento e ao controle do câncer. No âmbito do programa, o Ministério da Saúde habilita instituições para a proposição e execução de projetos, consolidando uma rede de cooperação fundamental para o avanço da pesquisa científica e a ampliação da qualidade da atenção oncológica em todo o país.

Referências

1. *Sung H, Filho AM, Laversanne M, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. CA Cancer J Clin. 2026;76(4):e70090. doi:10.3322/caac.70090.*
2. *James ND, Tannock I, N'Dow J, et al. The Lancet Commission on prostate cancer: planning for the surge in cases. Lancet. 2024;403:1683-1722. doi:10.1016/S0140-6736(24)00651-2.*
3. *Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834.*
4. *Jiang J, Chen B, Tang B, et al. Trends of Prostate Cancer Morbidity in Low-Incidence Countries from 1990–2019. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2024;33(2):186-195. doi:10.1158/1055-9965.EPI-23-1034.*
5. *Kratzer TB, Mazzitelli N, Star J, Dahut WL, Jemal A, Siegel RL. Prostate cancer statistics, 2025. CA Cancer J Clin. 2025;75:485-497. doi:10.3322/caac.70028.*
6. *Chen L, Zhang Y, Meng QH. Prostate cancer in men under 50: the impact of race/ethnicity and family history. Ann Med. 2025;57(1):2536202. doi:10.1080/07853890.2025.2536202.*
7. *Zheng Y, Lin SX, Wu S, et al. Clinicopathological characteristics of localized prostate cancer in younger men aged ≤50 years treated with radical prostatectomy in the PSA era: a systematic review and meta-analysis. Cancer Med. 2020;9(18):6473-6484. doi:10.1002/cam4.3320.*
8. *Fundação Ary Frauzino para Pesquisa e Controle do Câncer. Relatório técnico-científico 2025: Panorama da Variação Genética Somática do Câncer de Próstata na População Brasileira: Identificação de Potenciais Biomarcadores. Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (PRONON); 2026.*

Gráfica PowerPrint
sbcomunicacao.com.br
SB COMUNICAÇÃO

Seja doador.

cancer.org.br
@ fundacaodocancer



FUNDAÇÃO DO CÂNCER

oncollect

PRÊMIO MARCOS MORAES

PESQUISA E INOVAÇÃO PARA O CONTROLE DO CÂNCER

Saiba mais sobre essa iniciativa da Fundação do Câncer:
www.premiomarcosmoraes.com.br