

**UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM BIOÉTICA**

**GUTEMBERG ADRIAN OLIVEIRA**

**SIGNIFICADO DO RASTREAMENTO DE NEOPLASIA DE PRÓSTATA NOS  
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS PARA OS MÉDICOS GENERALISTAS  
NO CONTEXTO BIOÉTICO**

**POUSO ALEGRE**

**2020**

Gutemberg Adrian Oliveira

**SIGNIFICADO DO RASTREAMENTO DE NEOPLASIA DE PRÓSTATA NOS  
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS PARA OS MÉDICOS GENERALISTAS  
NO CONTEXTO BIOÉTICO**

Dissertação apresentada para o programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí, para obtenção do título de mestre em Bioética.

Área de concentração: Bioética, os Ciclos da Vida e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Augusto Castelli Von Atzingen

Pouso Alegre - MG

2020

Oliveira, Gutemberg Adrian

Significado do rastreamento de neoplasia de próstata nos pacientes psiquiátricos para os médicos generalistas no contexto bioético/ Gutemberg Adrian Oliveira. Pouso Alegre: Univás, 2020.

75 f.

Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, 2020.

Título em inglês: Significance of prostate cancer screening in psychiatric patients for general practitioners in the bioethical context.

Orientador: Prof. Dr. Augusto Castelli von Atzingen.

1. Neoplasia de Próstata. 2. Pacientes Psiquiátricos. 3. Acessibilidade. 4. Vulnerabilidade. 5. Bioética. I. Título.

CDD: 616.65

**CERTIFICADO DE APROVAÇÃO**

Certificamos que a dissertação intitulada “SIGNIFICADO DO RASTREAMENTO DE NEOPLASIA DE PRÓSTATA NOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS PARA OS MÉDICOS GENERALISTAS NO CONTEXTO BIOÉTICO” foi defendida, em 4 de julho de 2020, por **GUTEMBERG ADRIAN OLIVEIRA**, aluno regularmente matriculado no Mestrado em Bioética, sob o Registro Acadêmico nº 01002126, e aprovado pela Banca Examinadora composta por:



Prof. Dr. Augusto Castelli von Atzingen  
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS  
Orientador



Prof. Dr. Virgínio Cândido Tosta de Souza  
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS  
Examinador



Profa. Dra. Evelise Aline Soares  
Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL/MG  
Examinadora

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE SE NO ORIGINAL

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - PROPPES**

Av. Prof. Tuany Toledo, 470 – Fátima I – Pouso Alegre/MG – CEP: 37554-210 – Fones: (35) 3449-9231 e 3449-9248

## **DEDICATÓRIA**

Honro o encerramento deste ciclo dedicando a presente dissertação aos amigos do curso de mestrado, grandes e valorosos companheiros de jornada que compartilharam conhecimentos, experiências e fizeram do convívio um verdadeiro espaço de aprendizagem.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo dom da vida, pelo encorajamento e proteção ao longo de todo o trajeto.

Aos professores, agradeço pelo empenho e pela generosidade com que dividiram seus conhecimentos.

Ao coordenador do Mestrado, o respeito e a admiração pelo compromisso ético com a construção do conhecimento científico.

A toda equipe colaboradora do Mestrado, pela cordialidade, transparência, eficiência e compromisso com o processo de formação.

À Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS, agradeço pela oportunidade de ampliar meu horizonte de conhecimento, agregando novos saberes e fazendo destes um instrumento de transformação da prática profissional.

Ao meu orientador Professor Doutor AUGUSTO CASTELLI VON ATZINGEN, por toda solicitude com que realizou as correções e orientações que se fizeram necessárias sem, contudo, desmotivar ou desencorajar a caminhada.

“A menos que modifiquemos nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

## RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo conhecer a verdadeira acessibilidade e a vulnerabilidade do paciente psiquiátrico em relação ao rastreamento da neoplasia de próstata. A neoplasia de próstata representa um sério problema de saúde pública no Brasil, em função de suas altas taxas de morbidade e mortalidade, sendo a terceira neoplasia mais comum em homens e, na faixa etária de 70 a 79 anos passa a ser ainda mais frequente. No que tange ao paciente psiquiátrico, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que se iniciou na década de 1970 trouxe, entre outras questões, um novo olhar para a assistência do doente mental, com novos modelos de atendimentos e serviços. A nova realidade trouxe a possibilidade para estes pacientes de ter uma atenção para detecção precoce de neoplasia de próstata, evitando complicações desnecessárias e seguindo a mesma recomendação de rastreamento da população masculina em geral. Neste trabalho foram abordadas as representações sociais de médicos no que concerne ao direito de pacientes psiquiátricos terem acesso a serviços de saúde com foco a diagnosticar e rastrear o câncer de próstata, em um estudo pautado pelo Discurso do Sujeito Coletivo. Foram entrevistados 20 médicos generalistas, não especialistas em urologia, com idade de 40 a 70 anos, entre 15 e 30 anos de formados, com graduação em medicina geral, sem especialidades definidas, sem mestrado ou doutorado, configurando o perfil da maioria dos médicos que atendem em hospitais psiquiátricos no país. Todos foram entrevistados individualmente, com o objetivo de conhecer as concepções e pensamentos sobre a importância de pacientes psiquiátricos terem acesso ao rastreamento de neoplasia de próstata. A análise se deu tendo como referência os princípios da Bioética principialista e do conceito da vulnerabilidade que caracteriza este público, especialmente em relação ao seu papel social. As representações sociais que foram identificadas a partir do discurso dos participantes foram: “direito”, “qualidade”, “acessibilidade”, “diagnóstico precoce”, “importância”, “difícil, não necessário”. Confirmou-se, com este estudo que, a articulação da Bioética, enquanto área do saber, associada a itens da Reforma Psiquiátrica, enquanto uma política institucional que norteia a ação da saúde mental no país, são pilares necessários para um atendimento psiquiátrico mais humanizado e que garante o direito do paciente ao rastreamento de próstata, bem como a outros serviços que a população comum tem oferta. Portanto, esse tema suscita um dilema bioético cujos debates e discussões devem estar presentes para que haja a compreensão do papel que a ciência médica ocupa na vivência cidadã.

**Palavras-chave:** Neoplasia de Próstata. Pacientes Psiquiátricos. Acessibilidade. Vulnerabilidade. Bioética.



## ABSTRACT

The present study aimed to find out the true accessibility and vulnerability of psychiatric patients in relation to screening for prostate cancer. Prostate cancer represents a serious public health problem in Brazil, due to its high rates of morbidity and mortality, being the third most common cancer in men and, in the age group of 70 to 79 years, it becomes even more frequent. Regarding the psychiatric patient, the Psychiatric Reform movement in Brazil, which began in the 1970s, brought, among other issues, a new look at the care of the mentally ill, with new models of care and services. The new reality brought the possibility for these patients to pay attention to the early detection of prostate cancer, avoiding unnecessary complications and following the same recommendation for screening the male population in general. In this work, the social representations of doctors regarding the right of psychiatric patients to have access to health services with a focus on diagnosing and tracking prostate cancer were addressed, in a study guided by the Collective Subject Discourse. Twenty general practitioners, non-urology specialists, were interviewed, aged 40 to 70 years, between 15 and 30 years of graduation, with a degree in general medicine, without defined specialties, without a master's or doctorate, configuring the profile of most doctors who assist in psychiatric hospitals in the country. All were interviewed individually, with the objective of knowing the conceptions and thoughts about the importance of psychiatric patients having access to prostate cancer screening. The analysis took place with reference to the principles of principled Bioethics and the concept of vulnerability that characterizes this audience, especially in relation to their social role. The social representations that were identified from the participants' discourse were: "right", "quality", "accessibility", "early diagnosis", "importance", "difficult, not necessary". It was confirmed, with this study, that the articulation of Bioethics, as an area of knowledge, associated with items of the Psychiatric Reform, while an institutional policy that guides the action of mental health in the country, are necessary pillars for a more humanized psychiatric care that guarantees the patient's right to prostate screening, as well as to other services that the common population has offered. Therefore, this theme raises a bioethical dilemma whose debates and discussions must be present in order to understand the role that medical science plays in citizen life.

**Keywords:** Prostate neoplasm. Psychiatric Patients. Accessibility. Vulnerability. Bioethics.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes em 2018 por sexo, exceto pele não melanoma ..... 19
- Figura 2** - Representação espacial das taxas de incidência de neoplasia maligna da próstata por 100 mil homens, no ano de 2018, segundo Unidade da Federação ..... 19
- Figura 3** - Correlação de *Spearman* entre volume prostático e o PSAD.....46

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Respostas e ideias centrais de cada sujeito da pesquisa .....	47
<b>Quadro 2</b> - Ideias centrais, sujeitos e frequência dos tipos de informação.....	49

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Valores para Idade, concentração do antígeno prostático (PSA), relação de PSA (R), volume prostático (VP) e relação PSA por volume da próstata (PSAD) obtidos, em relação aos casos suspeitos.....	45
<b>Tabela 2</b> - Achados no toque retal e na biópsia dos pacientes com as respectivas frequências .....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AC</b>	Ancoragem
<b>AMA</b>	<i>American Medical Association</i>
<b>CFM</b>	Conselho Federal de Medicina
<b>CONEP</b>	Comitê Nacional para Ética na Pesquisa
<b>DRE</b>	<i>Digital Rectal Examination</i>
<b>DSC</b>	Discurso do Sujeito Coletivo
<b>ECH</b>	Expressões-Chave
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>IAD</b>	Instrumento de Análise do Discurso
<b>IC</b>	Ideias Centrais
<b>INCA</b>	Instituto Nacional do Câncer
<b>MG</b>	Minas Gerais
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PSA</b>	Antígeno Prostático Específico
<b>PSAD</b>	Densidade de PSA
<b>SBU</b>	Sociedade Brasileira de Urologia
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UNIVÁS</b>	Universidade do Vale do Sapucaí
<b>USPSTF</b>	Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos
<b>VP</b>	Volume Prostático

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	14
1.1 Referencial Teórico Conceitual.....	17
1.1.1 Câncer de Próstata: Aspectos Epidemiológicos e Clínico .....	17
1.1.2 Rastreamento com PSA e Toque Retal .....	20
1.1.3 Antígeno Prostático Específico (PSA) .....	22
1.1.4 Toque retal .....	24
1.1.5 A vulnerabilidade do paciente psiquiátrico.....	25
1.1.6 Centro de Reabilitação de Casa Branca .....	27
1.1.7 Bioética .....	28
1.1.7.1 Conceitualização da Bioética .....	29
1.1.7.2 Princípio da Autonomia .....	30
1.1.7.3 Princípio da Beneficência .....	31
1.1.7.4 Princípio da Não-maleficência.....	32
1.1.7.6 Princípio da Justiça .....	33
1.2 Referencial Teórico-Methodológico .....	34
1.2.1 Pesquisa Qualiquantitativa.....	34
1.2.2 Discurso do Sujeito Coletivo .....	35
2 OBJETIVOS .....	36
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....	37
3.1 Delineamento do Estudo .....	37
3.1.1 Abordagem quantitativa.....	37
3.1.2 Abordagem qualitativa.....	38
3.2 Cenário do Estudo.....	39
3.3 Os Sujeitos da Pesquisa e o Campo Social .....	40
3.4 Critérios de inclusão e exclusão segundo o protocolo da SBU.....	41
3.5 Estratégia, Interpretação e Análise dos Dados.....	41
3.5.1 Análise dos Prontuários.....	41
3.5.2 Discurso do Sujeito Coletivo .....	42
3.6 Procedimentos Éticos .....	43

4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS .....	45
4.1 Análise dos prontuários.....	45
4.2 Ideias Centrais (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).....	46
5 DISCUSSÃO .....	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICES.....	65
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	65
APÊNDICE B - Autorização do Comitê de Ética.....	66
APÊNDICE C - Autorização do Centro de Reabilitação de Casa Branca- SP .....	67
APÊNDICE D - Termo de Anuência Institucional .....	68
APÊNDICE E - Pedido de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	69
APÊNDICE F – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa .....	70
APÊNDICE G - Orçamento Financiamento .....	74
APÊNDICE H - Cronograma de execução .....	75

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país de lógicas conflitantes em que as conquistas sociais ainda se encontram aquém dos ideais almejados pela sociedade. Contudo, com a Constituição Federal de 1988, consolidou-se no país o Sistema Único de Saúde (SUS), aprimorando a política nacional neste setor e provando a necessidade de implantar mudanças nas práticas de atendimento, investindo nos cuidados preventivos (FARINHA e BRAGA, 2018).

Todavia, embora avanços possam ser registrados, as fragilidades também devem ser consideradas. Uma questão que merece destaque é o fato de que, tanto a prática de prevenção quanto a de promoção deveriam já ter se constituído enquanto realidade em todos os setores da saúde, no entanto, tais práticas não são contempladas verdadeiramente quando se refere à saúde mental (AMARANTE e TORRES, 2018).

Uma prerrogativa que instiga discussões e questionamentos há muito postergados, mas que se mantém imprescindíveis na promoção do bem-estar, ressaltando entre estes a conexão entre os serviços de saúde mental e os da atenção básica em consonância com os preceitos e princípios estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica e Sanitária (AMARANTE e TORRES, 2018).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tratou-se de um processo contemporâneo ao Movimento Sanitário impetrado no país nos anos de 1970 em defesa da mudança dos moldes de gestão das práticas de saúde, atenção, ênfase na saúde coletiva, igualdade na oferta dos serviços e protagonismo dos profissionais e usuários dos serviços de saúde nos processos de produção de tecnologia de cuidado e gestão. Embora seja contemporânea da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica teve uma história singular inserida em um cenário internacional de mudanças visando a superação da violência asilar (DELGADO, 2019).

A Reforma Psiquiátrica pode ser compreendida enquanto um processo social e político complexo, composto de instituições, atores e forças de diferentes segmentos, incidindo em diversos territórios, nas universidades, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), os conselhos profissionais, no mercado dos serviços de saúde, nas associações de pessoas com transtornos mentais e familiares, nos territórios da opinião pública e do imaginário social e dos movimentos sociais diversos. Entendida enquanto um conjunto de transformações de valores sociais e culturais, nos saberes e práticas, é no



cotidiano das relações interpessoais, das instituições e dos serviços que este processo avança, caracterizado por tensões, impasses, desafios e conflitos (DELGADO, 2019).

Atualmente, quase 50 anos após o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, observa-se ainda que a atenção aos pacientes psiquiátricos é negligenciada por diferentes segmentos da sociedade e pelas pesquisas acadêmicas, sendo possível encontrar um acervo ainda restrito de publicações científicas que abordam o cuidado em saúde prestado ao paciente com transtornos psiquiátricos. Assim, trata-se de uma temática ainda pouco debatida no país, seja na esfera de políticas públicas, seja no âmbito acadêmico (BRAGA e OLIVEIRA, 2019).

São diversos os aspectos que corroboram para que pacientes com comorbidades psiquiátricas sejam menos propensos a receber atenção primária de saúde, como a redução da percepção de dor, dificuldade de acesso e a falta de credibilidade por parte de profissionais. Tais fatores vão influenciar na demora pela busca de serviços de saúde por esses indivíduos, além disso, em geral, há uma tendência, por parte dos hospitais, de recusar esse tipo de paciente em virtude de entraves semelhantes (PRADO, SÁ e MIRANDA, 2015).

Nesta perspectiva, é mais frequente a busca pelos serviços de saúde de emergência, o que acarreta em intervenções mais invasivas como procedimentos cirúrgicos, haja vista que, quando busca o acesso para cuidados básicos de saúde, a doença já se encontra em estágio bem avançado (FARINHA e BRAGA, 2018; BRAGA, e OLIVEIRA, 2019).

Considerando a complexidade desta questão, entende-se que pacientes psiquiátricos precisam ter garantido o direito à saúde e ao diagnóstico precoce de doenças. Neste cenário, a prevenção e o diagnóstico do câncer de próstata devem ser estendidos a esta população. O câncer continua sendo visto como uma doença estigmatizada, que caminha o indivíduo rapidamente para a finitude da sua vida, entretanto, existem diferentes tipos de tratamento para o combate da doença, contudo, a eficácia do tratamento está relacionada a um diagnóstico e, no caso de doentes psiquiátricos, o esforço inicial deve ser o de torná-los sujeitos de fato deste direito (BRASIL, 2002).

O rastreamento do câncer de próstata é uma forma de diagnosticar a doença em seu estágio inicial, momento em que o tratamento se torna mais eficaz. Sendo assim, o reconhecimento de que pacientes psiquiátricos tem direito à saúde, à exames e tratamento, é legitimar que seu atendimento deva ser baseado no respeito enquanto cidadão.

Depois do câncer de pele, o câncer de próstata é a neoplasia que ocorre com maior frequência em homens, portanto, trata-se de uma doença relativamente comum, mas que, por desconhecimento e/ou por medo, torna-se grande o número de homens que evitam conversar sobre este problema.

Por outro lado, o assunto se torna ainda mais negligenciado quando o público a que se refere trata-se de pacientes psiquiátricos que, mesmo nos dias atuais, enfrentam os estigmas que historicamente envolvem a loucura, ou seja, apenas o diagnóstico psiquiátrico se mostra suficiente para rotular o paciente e desconsiderar suas necessidades e seus direitos enquanto cidadão. Sendo assim, é legítimo presumir que exista uma influência negativa das representações sociais na qualidade do cuidado realizado pelos profissionais de saúde. Um preconceito, consciente ou não, expresso de maneiras diferentes, revelados em estereótipos negativos.

A literatura aponta, nos estudos de Braga e Oliveira (2019), Rotoli et al. (2019) e Clementino et al. (2019), que pacientes com comorbidades psiquiátricas não tem acessibilidade aos serviços de saúde pois, são considerados como problemáticos, difíceis, perturbadores, complexos e imprevisíveis, o que dificulta o acesso a um atendimento de qualidade, especialmente quando este ocorre no hospital geral, trazendo implicações sérias que comprometem a saúde desta população.

Tal situação é vista como uma conduta profissional que fere os valores e princípios sobre os quais assentam a vida em sociedade, não devendo ser aceito como algo natural que, apesar de todo avanço em diferentes áreas do conhecimento, e apesar da facilidade com que os profissionais tem acesso à formação e informação nos dias atuais, ser paciente psiquiátrico ainda representa um empecilho.

Os serviços que compõe a rede de saúde devem além de oferecer apoio às condições mentais dos pacientes, devem ofertar cuidados adequados para o tratamento de problemas que não sejam exclusivos da saúde mental, pois, o contrário também ocorre, ou seja, mesmo que este atendimento ocorra nas dependências de um hospital psiquiátrico, também esta instituição deve encontrar apoio para atender comorbidades clínicas que não estejam relacionadas aos transtornos mentais (CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011).

A acessibilidade é um conceito que se torna realidade somente quando a oferta de serviços é democratizada e proporciona impactos na capacidade de ser utilizado pela população. Para tanto, existem duas dimensões que se inter-relacionam quando se pensa na acessibilidade à serviços de saúde, o primeiro diz respeito ao oferecimento do

serviço, e o segundo ao atendimento das necessidades dos usuários. Sendo assim, o atendimento a estes pacientes é um desafio que deve ser enfrentado pelas diferentes áreas.

Desta forma, o presente trabalho encontra relevância pela possibilidade que o mesmo oferece de problematizar e analisar o direito que pacientes internados em instituições psiquiátricas tem de serem submetidos a exames e procedimentos clínicos voltados também para a saúde física, visto que, existem questões éticas envolvidas nesta realidade que precisam ser discutidas. Outro ponto de sua relevância, é que este possibilita a construção de conhecimento científico e acadêmico que contribuirão ainda mais para este debate ético.

## **1.1 Referencial Teórico Conceitual**

### **1.1.1 Câncer de Próstata: Aspectos Epidemiológicos e Clínico**

A exemplo do que ocorre em outros tumores, a Câncer de Próstata possui uma patogênese que está relacionada tanto com os comportamentos ambientais, quanto aos hereditários. Fatores como histórico familiar, idade avançada, dieta alimentar, raça e complicadores ambientais são tidos como elementos complicadores e estão associados a um risco mais elevado de desenvolvimento deste tipo de câncer (QUIJADA et al., 2018).

Com relação aos fatores complicadores, é importante que se destaque a idade como sendo um elemento de risco significativo também em outros tipos de câncer, no entanto, no câncer de próstata é conferido a ele um significado especial uma vez que, tanto a incidência quanto a mortalidade sofrem um aumento exponencial após os 50 anos de idade. Outro complicador importante diz respeito à histórico familiar de pai ou irmão acometidos com este tipo de câncer antes dos 60 anos de idade, que eleva as chances dos demais membros da família em até dez vezes em relação ao público alvo em geral, podendo, inclusive, ser reflexo tanto de características hereditárias quanto do estilo de vida adotado e compartilhado pelas pessoas da família (PAULA e SAWADA, 2015).

A dieta é um marcador que também precisa ser considerado como significativo, embora ainda não exista um consenso sobre a sua influência na gênese do câncer, assim, não existe um conhecimento exato dos mecanismos ou componentes por

meio dos quais o seu desenvolvimento é desencadeado. Todavia, existem muitas evidências de que a adoção de uma dieta rica em verduras, frutas, cereais, grãos, legumes e pobre em gorduras, em especial as de origem animal, auxiliam na redução da probabilidade de câncer, como também reduz sobremaneira o risco de outras doenças não transmissíveis (DAMIÃO, 2015).

Uma relação positiva tem sido apresentada entre o alto consumo energético e a ingestão de leite, gordura, carne vermelha e o câncer de próstata, da mesma forma que, o consumo de vegetais ricos em carotenoides como a cenoura e o tomate, frutas e leguminosas, em especial a soja, ervilha e o feijão tem sido apontada como desencadeadores de um efeito protetor. Além deste conjunto de alimentos, estudos também tem apontado alguns elementos que são encontrados naturalmente nos alimentos como possíveis protetores, entre os quais se destacam os minerais, em especial o selênio e as vitaminas A, D e E. Por outro lado, substâncias produzidas durante o processo de preparo do alimento, como os hidrocarbonetos policíclicos aromáticos e as aminas heterocíclicas, têm sido ressaltadas como componentes que teriam a capacidade de potencializar o risco de câncer da próstata (PAULA e SAWADA, 2015).

O câncer de próstata é uma das neoplasias malignas com elevado grau de frequência, ocupando a sexta posição do mundo todo e, é o tipo de câncer mais frequente entre os homens sendo que, no Brasil é o segundo tipo de possui mais incidência neste público, fica atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Como a sua incidência é mais elevada em pacientes a partir dos 65 anos, ficou conhecido como o câncer da terceira idade (MOTTA e BARROS, 2018).

A neoplasia de próstata possui uma característica silenciosa em fase inicial, o que faz com que seus sintomas não sejam apresentados na maioria dos pacientes, ou há uma familiaridade com os sintomas de HPB (Hiperplasia Prostática Benigna), como a dificuldade de urinar ou a necessidade de urinar mais vezes. Quando já se encontra em uma fase mais avançada, sintomas como insuficiência renal, sintomas urinários, dor óssea e infecção generalizada são apresentados (GOULART, 2018).

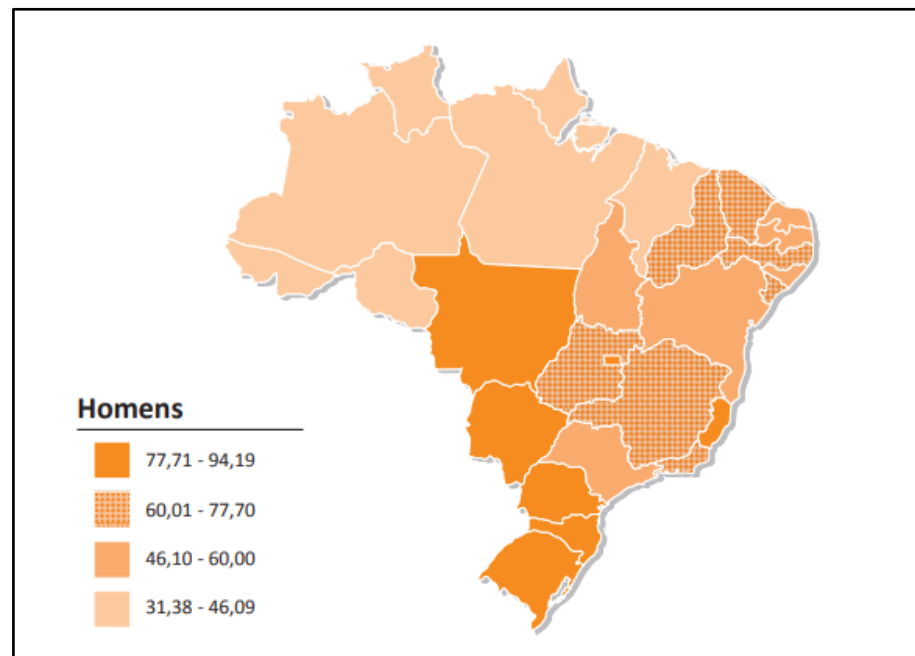
O Instituto Nacional do Câncer – INCA estimou que, para cada ano do biênio 2018-2019, cerca de 68.220 novos casos de câncer de próstata seriam diagnosticados, valores que representam um risco estimado de 66,12 novos casos para cada população de 100 mil homens (INCA, 2018).

Localização Primária			Casos	%			Localização Primária		
	Próstata	68.220	31,7%	Homens	Mulheres	Mama Feminina	59.700	29,5%	
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	8,7%	Cólon e Reto			18.980	9,4%		
Cólon e Reto	17.380	8,1%	Colo do Útero			16.370	8,1%		
Estômago	13.540	6,3%	Traqueia, Brônquio e Pulmão			12.530	6,2%		
Cavidade Oral	11.200	5,2%	Glândula Tireoide			8.040	4,0%		
Esôfago	8.240	3,8%	Estômago			7.750	3,8%		
Bexiga	6.690	3,1%	Corpo do Útero			6.600	3,3%		
Laringe	6.390	3,0%	Ovário			6.150	3,0%		
Leucemias	5.940	2,8%	Sistema Nervoso Central			5.510	2,7%		
Sistema Nervoso Central	5.810	2,7%	Leucemias			4.860	2,4%		

**Figura 1** - Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes em 2018 por sexo, exceto pele não melanoma

Fonte: Inca (2018)

Desconsiderando os tumores de pele não melanoma, o de próstata é o que mais acomete indivíduos em todas as Regiões do país, com 66,75/100 mil na Região Centro-Oeste, 69,83/100 mil na Região Sudeste, 96,85/100 mil na Região Sul, 29,41/100 mil na Região Norte e 56,17/100 mil na Região Nordeste (INCA, 2017).



**Figura 2** - Representação espacial das taxas de incidência de neoplasia maligna da próstata por 100 mil homens, no ano de 2018, segundo Unidade da Federação

Fonte: Inca (2018)

De acordo com a Nota Técnica Conjunta nº. 001/2015 que versa sobre a postura do Ministério da Saúde com relação à saúde dos homens, recomenda a organização dos serviços na área da oncologia que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), além de investir em ações que visem ao diagnóstico precoce do câncer, reiterando o quão significativo é a participação dos profissionais da saúde, conforme preconiza a Lei nº. 13.045, de 26 de novembro de 2014, no desenvolvimento de um trabalho humanizado e adequado para a população, socializando as orientações sobre os sintomas e os sinais da doença e encaminhando os casos de indicação clínica para a realização de exames (SILVA, 2017).

Quando se refere ao câncer de próstata, em específico, uma das metas do Ministério da Saúde é conscientizar a população masculina sobre a importância dos exames preventivos, ampliando a adesão aos serviços já existentes bem como programar ações voltadas para esclarecer a população sobre as especificidades da doença, focando nos riscos e levando à compreensão dos aspectos positivos que envolvem o rastreamento. É fundamental, desta forma, que a população seja orientada a identificar os sinais transmitidos pela doença e que busque atendimento no Sistema Único de Saúde (SANTOS, 2019).

### **1.1.2 Rastreamento com PSA e Toque Retal**

O alcance de um rastreamento eficiente está associado à utilização de um marcador ideal, entendendo por aquele que reúne todas as características e instrumentos necessários para o diagnóstico precoce das neoplasias, bem como a sua origem, identificação precoce de recidiva e análise da extensão da doença. Para um diagnóstico confiável, faz-se necessária a existência de alguns fatores, como o estadiamento e a monitoração do tratamento, ser órgão-sítio específico, estar inserido em um processo de meia-vida considerada curta para que se possam acompanhar as alterações no tumor, como também apresentar especificidade e sensibilidade alta, ter baixo custo e ser de fácil dosagem (VIRGO, 2017).

Neste contexto, é importante ressaltar que o Ministério da Saúde mantém uma posição contrária ao rastreio populacional em virtude, principalmente, da ausência de evidências científicas que comprovem sua eficácia e demonstrem que os riscos de efeitos

adversos se mantêm dentro de uma margem considerada aceitável (STEFFEN et al., 2018).

Todavia, a posição mantida pelo Ministério da Saúde pode ser considerada como algo que caminha na contramão dos movimentos e campanhas realizadas nos últimos anos por hospitais e entidades constituídas por sociedades de profissionais da saúde, principalmente pela Sociedade Brasileira de Urologia, bem como outras organizações que visam motivar e incentivar o rastreamento do câncer de próstata, em consonância com ações desenvolvidas no âmbito mundial como, por exemplo, o Novembro Azul (BELINELO et al., 2018).

Para que se possa entender, com mais propriedade, as razões que geram esta controvérsia, é fundamental compreender as especificidades de dois conceitos que estão relacionados à detecção do câncer. Assim, o primeiro refere-se ao *lead time*, ou o tempo de ganho. Este conceito refere-se ao tempo médio que se ganha com o diagnóstico alcançado pelo rastreio (MULHEM, 2015).

Alguns estudos sugerem aumenta erroneamente a sobrevida, tendo em vista que, o que realmente ocorre é que os anos de vida “a mais” são os vividos anteriormente ao diagnóstico, sem que o momento do óbito seja postergado, o que é conhecido como *lead-time-bias*, ou, viés de antecipação (JANSEN, 2015; BELINELO et al., 2018).

Este viés tem sido apontado como viável em caso de tumores de crescimento lento e indolentes, ademais, o diagnóstico precoce torna-se um desencadeador de fatores que reduzem a qualidade de vida, com a ansiedade e as consequências negativas oriundas do sobre tratamento (*over treatment*) (JAHN, 2015).

Outro conceito também importante de ser compreendido é o *over diagnosis*, ou, sobre diagnóstico. Este conceito está associado à identificação de lesões que jamais seriam detectadas durante a vida de uma pessoa e cujo óbito ocorreria por motivos não relacionados ao câncer de próstata e antes mesmo que suas manifestações clínicas tivessem tempo de se apresentar. Esse aspecto tem sido objeto de preocupações no rastreamento não apenas do câncer de próstata, como também do câncer de pulmão e mama (JAHN, 2015; MULHEM, 2015; JANSEN, 2015; BELINELO et al., 2017).

### 1.1.3 Antígeno Prostático Específico (PSA)

Ainda é controverso o rastreio com dosagem sérica do Antígeno Prostático Específico - PSA (*Prostati cSpecific Antigen*), isto porque, embora possua a potencialidade de reduzir os casos de mortalidade motivados pelo câncer, ainda é muito baixa a redução absoluta de risco. Há ainda possibilidades reais de o rastreamento apresentar como resultados falsos-positivos, submetendo tais pacientes à biópsia de próstata, procedimento com alto poder de morbidade.

Ao se considerar a evolução variável, é importante que se considere também que o sobre diagnóstico pode gerar implicações graves para pacientes que, no decorrer de sua vida, não se tornariam sintomáticos (PAULA e SAWADA, 2015). Assim, é preciso ter prudência e entender o rastreio enquanto um procedimento cuja decisão tenha sido compartilhada com o paciente e fatores de risco como histórico familiar, etnia e idade tenham sido levados em consideração (VIRGO, 2017).

O uso do PSA na detecção do câncer de próstata tem sua origem na década de 1980 quando revolucionou o conhecimento que se tinha da doença, ampliando significativamente a quantidade de homens que passaram a ser diagnosticados com esta neoplasia maligna, por intermédio da realização e indicação de biópsias. O despertar para esta nova realidade tornou precoce o diagnóstico da doença, o que, teoricamente, elevou as chances de cura (SOUZA, 2016).

No entanto, alguns estudos têm evidenciado uma taxa de detecção que gira em torno de 30% a 40% nos homens que realizam a biópsia inicial, taxa considerada pequena e que são ainda menores para os subgrupos que apresentam, por exemplo, PSA entre 4-10 ng/ml, revelando ser baixa a especificidade do exame de PSA. O argumento é o de que, para determinados indivíduos deste subgrupo, o tumor pode estar em um estágio inicial, com dimensões tão pequenas ainda que a sensibilidade da biópsia não seria capaz de identificar, contudo, em muitos casos, o paciente sequer possuía o câncer de próstata (JANSEN, 2015; MULHEM, 2015).

Tal fato mencionado acima se dá em virtude da dificuldade de prever, de maneira adequada, a probabilidade de positividade empregando somente o PSA, o que justifica a importância de se avaliar cuidadosamente a exequibilidade pré-teste de uma biópsia positiva, tendo em vista tratar-se de um procedimento que não é isento de riscos (JANSEN, 2015; MULHEM, 2015).



A dosagem de PSA pode ser empregada em indivíduos que já apresentam os sintomas, neste caso atuará como método de diagnóstico, bem como em homens que não estão apresentando sintomas, com o objetivo de efetuar o rastreamento. No caso do rastreamento, este não visa prevenir o câncer e sim detectar precocemente a neoplasia antes que seus sintomas sejam manifestados, o que poderia ampliar a probabilidade de um tratamento bem-sucedido, melhorando a qualidade de vida (LUDWIG et al., 2016).

Estudos realizados em autopsias observaram-se que, cerca da metade dos homens com idade avançada (acima de 80 anos) apresentavam, na próstata, células malignas mesmo não tendo apresentado os sintomas durante a vida. Refletindo sobre estes achados, entende-se que a maior parte dos tumores malignos identificados ou *in situ* localizados no processo de rastreamento não exerceu nenhuma influência na sobrevida ou mesmo não interferiram na qualidade de vida do paciente, haja vista que, ou teriam uma evolução demasiadamente lenta, ou seriam vencidos pela imunidade (MULHEM, 2015; LUDWIG et al., 2016).

Uma parcela considerável dos pacientes que são diagnosticados desta forma, são encaminhados para o processo diagnóstico por meio de biópsias e, após este processo, seguem com os procedimentos curativos efetivados por meio de cirurgia e radioterapia, isto tudo associado à alta morbidade e mortalidade desnecessárias. Assim, todo este processo resultará em sobre tratamento que, por sua vez, resultará em custos indevidos (BELINELO et al., 2017). Este cenário se torna ainda mais preocupante em virtude de a dosagem do PSA não reduzir significativamente as taxas de mortalidade em população assintomáticas (MULHEM, FULBRIGHT e DUNCAN, 2015).

Por outro lado, em 2018 a USPSTF - Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos (*US Preventive Services Task Force*) divulgou um estudo onde reconhece que ensaios clínicos randomizados demonstram que os programas de rastreamento que são baseados no PSA em população alvo com idade entre 55 e 69 anos é capaz de evitar 2 óbitos por neoplasia de próstata a cada 1000 homens submetidos ao teste. Além disso, a triagem também revelou que, a cada população de 1000 homens testados, 3 casos de câncer de próstata metastático podem ser evitados (BRASIL, 2018).

É importante destacar que, os casos de câncer metastático, é condição extremamente delicada e que requer cuidados especiais, mais onerosos e com chances de cura reduzidas, perda da qualidade de vida e alta taxa de mortalidade (BRASIL, 2018).

Com relação aos possíveis danos de triagem, o mesmo estudo destacou que estes incluem resultados falso-positivo, contudo, são os danos decorrentes da prostatectomia (tratamento cirúrgico), os quais estão incluídos a incontinência urinária, sintomas intestinais e disfunção erétil, que repousam as maiores preocupações. A média registrada tem sido de um, para cada grupo de cinco indivíduos submetidos à prostatectomia radical, apresentarem incontinência urinária, sendo ainda maior o número de casos em que ocorrem disfunção erétil a longo prazo, tendo sido registrado dois casos em cada grupo de três indivíduos (GROSSMAN et al., 2018; BRASIL, 2018).

Com base nestes novos conhecimentos, a USPSTF considerou que, para indivíduos que ocupam a faixa etária compreendida entre os 55 e 69 anos, a decisão de passar pelo processo de triagem periódica por meio da medida do PSA é individual e deve ser tomada a partir de discussões com o médico sobre os benefícios e os possíveis danos provenientes da triagem. A determinação da viabilidade ou não deve levar em consideração o equilíbrio entre danos e benefícios, analisando as condições médicas, comorbidades, raça/etnia e histórico familiar. Cabe ainda ressaltar que, esta faixa etária está relacionada à pacientes que não apresentam histórico familiar de neoplasias de próstata uma vez que, o rastreamento em indivíduos a partir de 70 anos sem histórico familiar da doença, não é recomendado (GROSSMAN et al. 2018).

#### **1.1.4 Toque retal**

O *Digital Rectal Examination* (DRE), conhecido como toque retal, é um exame que apresenta baixo custo, é de execução simples e ausente de importantes complicações, sendo, ainda nos dias atuais, o método de rastreio mais empregado, embora possua limitações que podem fazer com que o seu alcance deixe de ocorrer em 40 a 50% dos tumores, tendo em vista que, apenas as porções posteriores e laterais podem ser palpadas. Trata-se de um procedimento que deve ser efetuado por profissionais habilitados, urologista, médico geriatra ou clínico (JÚNIOR et al., 2015).

O exame de toque tem sido apontado como o mais recomendado em pacientes com idade a partir dos 50 anos, com o objetivo de analisar a forma, consistência e a dimensão da próstata à procura de nódulos. Há ainda a recomendação de que o

procedimento ocorra a partir dos 45 anos de idade em casos em que já existe um histórico familiar de neoplasia de próstata (UNESCO, 2006).

### **1.1.5 A vulnerabilidade do paciente psiquiátrico**

Tratar da questão da vulnerabilidade é um exercício que requer olhar para a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, analisando o enfoque que a mesma defende sobre o tema, destacando que, na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que eles estão associados, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana (BRAZ e SCHRAMM, 2016).

Neste contexto, a matéria tem sido empregada dentro de um contexto em que a bioética se debruça em torno dos assuntos envolvidos com a vulnerabilidade e a exploração do público considerado suscetível, seja em virtude de fatores culturais e socioeconômicos, seja em virtude de problemas relacionados à saúde mental ou física (ALBUQUERQUE, 2016).

A vida humana coloca o indivíduo em contato com outras duas condições: a vulneração e a suscetibilidade, dois conceitos que devem ser diferenciados da vulnerabilidade, sendo de fundamental importância para a bioética contemporânea diferenciar a mera vulnerabilidade da vulneração efetiva. Portanto, suscetibilidade, vulneração e vulnerabilidade constituem-se no centro nevrálgico dos debates, discussões e reflexões nas quais a bioética contemporânea se insere (BRAZ e SCHRAMM, 2016).

A finitude é a característica da própria vida, morre-se por que se trata de um ser vivo constituído por sistemas irreversíveis, biologicamente programados para morrer e, talvez, deve-se morrer para que outros indivíduos da mesma espécie possam vir a ser. O ciclo biológico envolve três etapas: nascer, crescer e morrer. Portanto, tudo o que é vivo está fadado à morte, destino este do qual o homem não consegue escapar.

É neste contexto que a vulnerabilidade se legitima com base na condição de finitude da vida. Como forma de exemplificar essa questão, é possível destacar a percepção do transcurso temporal quando certos ciclos são completos como a passagem os dias, das semanas, anos; ou quando uma fase se encerra e uma nova se inicia como a infância, adolescência, idade adulta e velhice; ou ainda, as condições de incapacidade

provocadas por doenças; a hereditariedade de certas doenças; e a contemplação da morte de outros indivíduos (BRAZ e SCHRAMM, 2016).

A vulnerabilidade é uma questão de caráter antropológico que é compartilhada com todos os seres humanos. Dessa forma, o simples fato de estar vivo significa ser vulnerável. Por sua vez, é possível que se compreenda que a suscetibilidade se diferencia da vulnerabilidade no sentido de que se trata de uma característica que se encontra presente apenas em certos indivíduos e grupos sociais (BRAZ e SCHRAMM, 2016).

Neste contexto, a utilização do termo vulnerabilidade de forma universal para todo o grupo social acaba ocultando e sucumbindo assimetrias relacionadas aos indivíduos e grupos sociais suscetíveis. A situação assimétrica leva a refletir sobre concepções inerentes a ideia de direitos humanos e igualdade presentes no mundo contemporâneo motivando discussões sobre o desenvolvimento da autonomia desses grupos, equalizados na ideia de vulnerabilidade (ALBUQUERQUE, 2016).

De maneira mais específica, é possível caracterizar o termo vulneração quando se olha para grupos cujas consequências políticas e sociais os tornaram incapazes. Assim, o grupo vulnerado é aquele que, assim se tornou, por fazer parte de certo grupo social que é considerado como suscetível no interior de um contexto neoliberal (ALBUQUERQUE, 2016).

Portanto, pacientes psiquiátricos fazem parte do grupo de pessoas consideradas vulneradas e o princípio da autonomia, compreendido enquanto ação isenta de influências controladas entra em tensão com a condição de vulnerável dessas pessoas, exigindo para elas proteção de seus direitos. A Lei n.10.216/2001 bem como a portaria 2391/2002 não conseguiram regulamentar mecanismos capazes de garantir a esses pacientes escolhas, tão pouco deram conta de destacar quais são as condições de vulnerabilidade que retiram deste público a capacidade de efetuar escolhas autônomas, o que contribui para com os significativos desafios relativos a aplicabilidade da bioética a partir do princípio de autonomia e da condição de vulnerabilidade psíquica do paciente (ALBUQUERQUE, 2016).

### 1.1.6 Centro de Reabilitação de Casa Branca

Ocupando uma área de 36 alqueires, com 34 mil metros quadrados de área construída, o Centro de Reabilitação de Casa Branca é um espaço construído nos anos de 1930 tendo como objetivo abrigar hansenianos. Em 1970, a Instituição mudou o público de seu atendimento, passando a receber pacientes psiquiátricos. Enquanto sua atuação se mantinha voltada para o atendimento a portadores de Hanseníase, o Centro funcionava como uma cidade independente, que tinha como premissa o respeito ao cidadão que ali encontrava-se inserido. Uma vez transformado em hospital psiquiátrico, qualquer direito de exercício da cidadania passou a ser negado a todos aqueles ali internados, permanecendo abandonados até o final do século XX (COSTA, 2008).

A história da instituição tem sua origem nos primeiros anos da década de 1930 quando um proprietário de grandes glebas de terras, situadas no interior do Estado de São Paulo, o então Barão de Cocais, realizou a doação de 283 alqueires de terra para a construção de um leprosário, uma vez a obra finalizada, recebeu inicialmente o nome de Asilo Colônia Cocais e, ao lado de outras quatro instituições espalhadas em diferentes regiões do Estado de São Paulo, passou a atender o público a que se destinava, compondo o sistema isolacionista Paulista (CAPORRINO e UNGARETTI, 2016).

Ainda de acordo com Caporrino e Ungaretti (2016), o início da construção do Asilo Colônia Cocais foi possível graças a união de 36 municípios vizinhos, que faziam parte da Zona Mogiana, e contribuía anualmente com 10% de suas rendas. Em virtude dos escassos recursos, suas obras foram paralisadas e assumidas mais tarde pelo Instituto de Profilaxia da Lepra, que deu continuidade e conclusão da obra com o auxílio de verbas particulares. No ano de 1932, a instituição foi inaugurada com a capacidade para abrigar cerca de 3.000 pacientes com hanseníase.

A Colônia de Cocais guardava uma distância considerável da capital do Estado, em contrapartida, o sanatório Padre Bento apresentava algumas facilidades, fatores que contribuíram para que o número menor de médicos e servidores escolhessem Cocais para desenvolver suas atividades de modo que, essa instituição era considerada, na época, o pior local para se trabalhar e para a internação, significando até mesmo uma punição, tanto para funcionários desobedientes quanto para os doentes que causavam transtornos nos outros asilos da rede. Atualmente, o Asilo Colônia Cocais atende pelo nome de Centro de Reabilitação Casa Branca e atende pacientes com distúrbios psíquicos (COSTA, 2008).

### 1.1.7 Bioética

O surgimento do neologismo “bioética” tem seu marco histórico na obra de *Bioethics: bridge to the future*, publicada no início dos anos de 1970 pelo cancerologista estadunidense Van Rensselaer Potter (FIGUEIREDO, 2018), quando o mundo encontrava-se imerso em uma série de questões históricas e culturais que fizeram emergir uma nova visão moral, especialmente no que se refere às diferentes perspectivas em que a relação de poder estabelecida entre as pessoas se materializava (COELHO et al., 2013).

Com a Segunda Grande Guerra Mundial chegando ao fim, o ponto nefrágico que caracterizava a preocupação das nações vencedoras era criar mecanismos capazes de impedir que as atrocidades cometidas pelos nazistas em seus campos de concentração voltassem a ser praticadas (MORI, 2006).

No ano de 1947 o Conselho de Crime de Guerra acolheu a denúncia de diferentes experimentos em seres humanos, levando o veredicto do Julgamento de Nuremberg a dotar um conjunto de diretrizes que se constituíram no Código de Nuremberg, reconhecido atualmente como Declaração de Helsinque e utilizado como instrumento norteador das pesquisas envolvendo seres humanos (MORI, 2006). Contudo, embora no ano seguinte a Declaração dos Direitos Humanos fosse promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas e os princípios fundamentais inerentes ao direito à liberdade e à vida fossem estabelecidos, as nações responsáveis pelo julgamento em Nuremberg não abandonaram os experimentos em seres humanos (DURAND, 2003).

Em virtude da permanência desta prática, entendeu-se a urgência de se discutir as questões morais no âmbito das investigações médicas, preocupação esta que fez surgir o primeiro instituto no mundo voltado para o tema, o *Kennedy Institute of Ethics*, cujo objetivo era estabelecer limites éticos para as pesquisas em seres humanos, uma resposta a dois casos que vinham causando polêmicas e mobilizando a sociedade norte-americana na época (PAZ et al., 2016).

O artigo publicado pelo médico anestesista Henry Beecher, em 1966, sobre pesquisas realizadas em pessoas sem condições de manifestar suas vontades, destacou o primeiro caso onde a prática contrariava o que era estabelecido pelos direitos humanos e os códigos internacionais; e o segundo caso onde um experimento envolvendo 400 negros infectados com sífilis foram por 40 anos mantidos sem tratamento, para que toda a

evolução da doença, partindo dos sintomas iniciais até a morte, fosse devidamente acompanhado (PAZ et al., 2016).

Os impactos que o artigo de Beecher proporcionou na opinião pública bem como a repercussão dos estudos sobre a sífilis resultaram no ano de 1974, na decisão do Congresso Americano em instituir uma comissão com a finalidade de identificar quais seriam os princípios éticos que deveriam nortear os experimentos envolvendo seres humanos em biomedicina e nas ciências do comportamento. Quatro anos mais tarde o Relatório de Belmont foi publicado e os princípios éticos foram então definidos: respeito à pessoa, beneficência e justiça. A escolha destes princípios se deu em virtude de os mesmos pertencerem ao conjunto de tradições morais do Ocidente e, portanto, já implicados em diferentes normas e códigos relacionados à ética em pesquisa (COELHO et al., 2013).

### **1.1.7.1 Conceitualização da Bioética**

Enquanto um campo de conhecimento, a Bioética ou ética biomédica é a ética aplicada nas decisões relacionadas à prática biomédica, embasada por um conjunto de princípios que fundamentam a ação profissional na saúde. Distancia-se da ética filosófica tradicional e da aplicação da ética médica na medida em que, epistemologicamente, está associada a um campo de conhecimento aplicada a problemas sociais (PAZ et al., 2016).

Na prática clínica, a aplicação da Bioética é influenciada pela perspectiva principialista de Beauchamp e Childress que propõe quatro princípios balizadores da prática ética profissional: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, sendo os princípios da autonomia e da beneficência dotados de um caráter teológico e o princípio da não maleficência e justiça, de caráter deontológico (LOCH, 2002).

É prudente considerar que, os quatro princípios apresentados por Beauchamp e Childress não tem, como pretensão, ser reconhecidos como uma teoria moral no sentido abrangente e exclusivo, haja vista que, uma única teoria moral não seria suficiente para dar conta dos dilemas e das demandas da sociedade contemporânea. De modo que, ao propor este rol composto por quatro princípios fundamentais, os situam como guias práticos no processo de tomada de decisões e solução de conflitos que se apresentam no cotidiano da prática biomédica (DEJEANNE, 2011).

Quando analisada a partir desta perspectiva, a discussão sobre estes fundamentos podem se mostrar desnecessárias ou mesmo sem sentido no contexto da Biomédica, contudo, as possíveis críticas direcionadas à proposta de Beauchamp e Childress parecem colocar em xeque o lugar ocupado, ou que deveria ser ocupado, pela filosofia nos debates relacionados à bioética, principalmente quando se compreende que os debates recaem muito mais sobre a aplicabilidade de um princípio do que sobre a validade moral do mesmo (DEJEANNE, 2011).

Assim, enquanto prática moral, a ética representa a experiência concreta do cotidiano, quando o esforço pessoal é convocado para a realização de valores, aplicação de princípios e observação de normas. Neste contexto, qualquer médico poderá nortear sua orientação ética e a sua prática profissional por meio dos quatro princípios: Não-maleficência (evitar causar qualquer tipo de dano ao paciente que está sob seus cuidados); Autonomia (a pessoa quem escolhe); Beneficência (sempre fazer o bem para o paciente) e Justiça (equidade ao priorizar o atendimento, utilizando, de maneira criteriosa, os recursos disponíveis) (SIMÕES e MARTINS, 2014).

De acordo com Beauchamp e Childress as regras, os princípios e os direitos necessitam ser, ao mesmo tempo, específicos e ponderados, ou seja, eles orientam certas formas de comportamento consideradas adequadas, contudo, eles não são capazes, por si só, de resolver os conflitos de princípios, portanto, enquanto a especificação proporciona à significação e ao escopo de normas o desenvolvimento substantivo, é a ponderação que atua na deliberação e na formulação de juízos sobre o peso da norma (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Observa-se, neste âmbito, a preocupação em operacionalizar os princípios que devem guiar o comportamento do profissional da área da saúde, principalmente face às inúmeras possibilidades que as biotecnologias oferecem nos dias atuais (SIMÕES e MARTINS, 2014).

#### **1.1.7.2 Princípio da Autonomia**

Etimologicamente, a palavra autonomia deriva do grego: *autos* (próprio) e *nomos* (governo) e pode ser compreendida como a capacidade de se autogovernar. Significa, portanto, que a pessoa autônoma é detentora da capacidade de tomar decisões



que afetam sua integridade física, psíquica, afetiva e social, decidindo e tomando decisões de maneira independente (SIMÕES e MARTINS, 2014).

Neste prisma, deflui-se que, o conceito de pessoa autônoma pode ser compreendido como aquela que possui liberdade de pensamento e que é livre de qualquer coação, seja ela externa ou interna, para realizar escolhas entre as diferentes alternativas que possui (LOCH, 2002).

Quando a discussão sobre autonomia repousa sobre o princípio do respeito à autonomia, entende-se que se instaura certo distanciamento do conceito clássico de autonomia, pois, a autonomia aplicada no contexto deste princípio reconhecer o pluralismo ético-social, as aspirações, os valores e os pontos de vistas de cada pessoa e ainda oferecer todas as condições necessárias para que as ações autônomas encontrem espaços para acontecer (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Assim, o respeito à autonomia do indivíduo é um dever moral e, como tal, algumas regras morais necessitam ser estabelecidas de maneira mais específicas para que o princípio seja respeitado: respeitar a privacidade, dizer sempre a verdade, realizar intervenções com o consentimento do paciente, proteger informações consideradas confidenciais e auxiliar na tomada de decisões quando solicitado (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2002).

Vale o esclarecimento, que, o princípio do respeito à autonomia deve ser relativizado quando se trata de indivíduos que possuem a autonomia reduzida e com incapacidade de agir de forma autônoma por razões diferentes, como a imaturidade, a incapacidade de discernir entre o bem e o mal, a ignorância e a inaptidão. Nestes casos, responsáveis legais, familiares ou mesmo os próprios profissionais de saúde são convocados a tomar decisões pelo paciente. No caso do paciente escolher por não tomar decisões, deixando-as a cargo do médico - até mesmo nesta circunstância - este paciente está exercendo sua autonomia (MORI, 2006).

### **1.1.7.3 Princípio da Beneficência**

O conceito de beneficência pode ser compreendido como fazer o bem (à saúde emocional, física e mental), agindo em benefício do outro. Trazendo este conceito para a área da saúde, é possível destacar que a prática médica é pautada pela beneficência

quando o médico realiza o procedimento que melhor atenda às necessidades do paciente, realizando as tomadas de decisão considerando que os riscos devem ser minimizados e os benefícios maximizados (SIMÕES e MARTINS, 2014).

O Princípio da Beneficência não determina como o bem e o mal devem ser distribuídos, apenas estabelece que o primeiro deva ser promovido e o segundo deve ser evitado. Quando exigências conflitantes são manifestadas, o que pode fazer é aconselhar a se conseguir a maior parcela possível de bem em relação ao mal (PELLEGRINO e THOMASMA, 1988). Portanto, no contexto médico, a beneficência é agir de acordo com o interesse do paciente (KIPPER e CLOTET, 1998).

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), ressalta, no seu artigo 4º sobre os efeitos benéficos e nocivos da beneficência. E, no artigo 3º, parágrafo 2º ressalta: “os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade” (MORI, 2006).

#### **1.1.7.4 Princípio da Não-maleficência**

Este princípio refere-se ao dever de não provocar danos intencionais ao outro. Trata-se de um princípio encontrado no juramento hipocrático da ética médica, que destaca: *Primum non nocere*, uma expressão clássica que significa: “Em primeiro lugar, não cause danos” e que propõe o desenvolvimento de duas práticas: ajudar (socorrer) ou, não causar danos. A máxima hipocrática constitui-se no dever ético mais elementar da prática médica (KOTTOW, 1995).

Para os profissionais que defendem a Teoria dos Princípios as regras que são estabelecidas a partir do Princípio da Não-maleficência destacam que estão relacionadas à obrigação de não provocar qualquer tipo de dano ao paciente, enquanto que o Princípio da beneficência estaria relacionado ao dever de prevenir os danos, portanto, cabe aqui uma reflexão e também um questionamento sobre a necessidade de um novo princípio (Não-maleficência), ou se as regras contidas neste já estariam incorporadas no princípio da beneficência.

Sendo assim, há autores que consideram a viabilidade da união destes dois princípios uma vez que, em tese, quando se evita um dano, já se está primando pelo bem

do paciente. Sendo assim, este é o mais questionável de todos os princípios (PELLEGRINO e THOMASMA, 1988).

#### **1.1.7.6 Princípio da Justiça**

O princípio da Justiça se materializa na equidade do acesso aos recursos e serviços de saúde. Neste contexto, o paciente que participa de experimentos bioéticos deve receber tratamento imparcial por parte do pesquisador, sem ser submetido a qualquer tipo de discriminação, seja por raça, social, ou qualquer outro fator que esteja relacionado à sua identidade, tendo em vista que, os benefícios alcançados devem ser distribuídos, de forma justa e igualitária, entre eles (MORI, 2006).

O Princípio da Justiça tem seu conceito de justiça fundamentado na Teoria Contratual de Justiça que relaciona o termo à equidade, ou seja, é norma a inclusão de direitos iguais para todos, refutando qualquer tipo de discriminação. Na concepção de John Rawls, uma sociedade será considerada justa apenas quando todos os valores sociais: oportunidade, liberdade, riquezas e ingressos, bem como o respeito a si mesmo e as bases sociais forem distribuídas igualmente, sendo aceita uma distribuição desigual apenas quando for a benefício de todos, principalmente para os que mais necessitarem (SIQUEIRA, 1998).

O princípio de justiça é definido por Beauchamp e Childress como sendo a interpretação de uma justiça distributiva, equitativa, justa e apropriada para o desenvolvimento da sociedade. Justiça distributiva é a que garante que todos, sem distinção tenham acesso a todos os direitos, inclusive os políticos e civis, como também exerça responsabilidades na sociedade (KOTTOW, 1995).

## **1.2 Referencial Teórico-Metodológico**

### **1.2.1 Pesquisa Quali quantitativa**

Independentemente do contexto histórico, a saúde constitui-se em uma área cujos fenômenos apresentam grande complexidade, característica esta que demanda diferentes metodologias de pesquisa que, muitas vezes, precisam atuar de maneira conjunta para que os objetivos de um estudo ou de uma pesquisa possam ser alcançados, congregam então um conjunto eclético de métodos capazes de incorporar desenhos de natureza científica, médica e clássica, como também as pesquisas de caráter qualitativas voltadas para a ação.

Neste contexto, não é possível considerar que um método em particular seja mais vantajoso que outro, uma vez que este seria um pensamento reducionista, linear e incompatível com as inúmeras transformações nesta área e com as diferentes demandas de cuidado à população. Esta realidade aponta para a necessidade de agregar diferentes métodos de investigação para analisar e compreender os fenômenos que se deseja estudar. Assim, não existe um método correto e sim, necessidades de estudos e objetivos diferentes e estes é que indicarão qual a melhor escolha (SERAPION, 2000).

Deste modo, quando se busca determinar o método mais adequado para solucionar os problemas estabelecidos para esta pesquisa, constata-se que a mesma situação problema poderá ser examinada pelo viés quantitativo e, a partir desta condição mais tangível, ser explorada de uma maneira mais detalhada pelo viés qualitativo, cujos significados intangíveis merecem também ser investigados, num processo em que, a pesquisa quantitativa e a qualitativa não assumam o espaço de oposição uma para com a outra e sim de complementaridade, ainda que as duas sejam de naturezas diferentes (MINAYO e SANCHES, 1993).

Assim, no aspecto quantitativo, a pesquisa teve como premissa trazer à luz indicadores, dados, fatos observáveis, enquanto que no aspecto qualitativo a exploração ocorreu por meio do aprofundamento dos fatos, fenômenos e concepções particulares de um grupo social delimitado em extensão. Tratou-se, portanto, de uma abordagem metodológica mista, combinando e associando as duas abordagens, pois, a análise fidedigna da situação demanda dados estatísticos e dados qualitativos (SERAPION, 2000).

### 1.2.2 Discurso do Sujeito Coletivo

A abordagem qualitativa se sustentou nos referenciais do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

As representações sociais foram construídas por meio da atividade psicossocial e simbólica do sujeito enquanto ser social que absorve o seu ambiente e exterioriza o seu pensamento. Desta forma, as concepções, pensamentos e representações serão interpretados e analisados por intermédio da compreensão do contexto no qual foram elaboradas e comunicadas. São processos e são produtos da relação que se estabelece entre a práxis social e a atividade mental, conectando um sujeito a um objeto (ARRUDA, 2002).

Atribuir significado às representações de um ator social envolve, entre tantos outros fatores, questionamentos do tipo: “o que pensa o sujeito a respeito de um determinado problema”, “qual a sua opinião sobre um assunto”, “o que ele acha sobre tal situação”, “como percebe, representa, analisa, define, avalia, sente e se posiciona diante de um problema, etc.” (FUGUEIREDO, 2018). São questões da ordem da conduta, do afeto, da cognição, dos valores e do comportamento que são comunicados pelos atores sociais acerca do tema pesquisado e transformados em objeto de análise para a construção de novos conhecimentos (MINAYO e SANCHES, 1993; ARRUDA, 2002).

A aplicação da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo na área da saúde tem se mostrado uma forma eficaz para se processar as opiniões coletivas. Entende-se que as sociedades são específicas, dinâmicas, situadas em espaço e tempo determinado e que tais características são vitais para toda e qualquer questão social. Portanto, a realidade social é mais rica e interessante que qualquer discurso, teoria ou pensamento que se possa construir sobre ela (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2005).

A pesquisa qualitativa envolve questões particulares, com universos de aspirações, significados, valores, atitudes, crenças e motivos que não podem ser quantificados de modo que, o Discurso do Sujeito Coletivo tem, enquanto desafio, a função de responder, reconhecer e analisar o pensamento e a opinião coletiva, considerando e respeitando a condição quantitativa e qualitativa destes.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Conhecer a percepção de médicos sobre a acessibilidade e a vulnerabilidade do paciente psiquiátrico em relação ao rastreamento de próstata.

### **2.2 Objetivo específico**

Demonstrar a importância social do princípalismo bioético para a detecção de neoplasia de próstata em pacientes psiquiátricos.

## **3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **3.1 Delineamento do Estudo**

Ressalta-se que, com relação aos fins, a pesquisa caracterizou-se como descritiva e exploratória, articulando práticas interdisciplinares e concepções de profissionais que atuam no campo social formado pela relação estabelecida entre o problema que se busca investigar e os participantes escolhidos. Portanto, esses são os representantes legítimos, pessoas aptas a emitir julgamentos, dar opiniões, argumentar, posicionar-se, simplesmente pelo seu envolvimento no contexto pesquisado. Com relação aos meios, enquadrou-se como pesquisa quali quantitativa, no que concerne aos procedimentos da análise e coleta de dados.

O estudo se torna então, quali quantitativo na medida em que, pensamentos e concepções, materializados no formato de discurso, é um produto que será posteriormente qualificado, portanto, é uma variável qualitativa. Por outro lado, como este discurso é coletivo, também possui uma dimensão quantitativa, uma vez que expressa opiniões e concepções que são compartilhadas pelos sujeitos da pesquisa.

#### **3.1.1 Abordagem quantitativa**

A abordagem quantitativa se deu por meio do método quantitativo não experimental transversal descritivo, com amostra não probabilística intencional, com revisão de prontuários.

Assim, os dados quantitativos foram levantados por meio da coleta de dados em prontuários com foco nos valores de PSA e resultados de biópsias de próstata em pacientes do Hospital Psiquiátrico de Casa Branca.

Desta forma, constituiu a amostra deste estudo, prontuários de 389 indivíduos submetidos a métodos de rastreamento de neoplasia de próstata, com indicação de PSA elevado e/ou toque retal alterado e encaminhados para biópsia de próstata. Os pacientes com exames alterados não apresentaram nenhum tipo de comorbidade que pudesse afetar

a análise. As biópsias foram realizadas por ultrassom transretal com doze fragmentos, sob sedação com midazolam e fentanil. Todas as informações passíveis de serem coletadas tiveram o respaldo da garantia do sigilo que oferece o anonimato e a privacidade aos sujeitos no que se referem aos dados confidenciais que foram envolvidos na pesquisa.

As informações obtidas se constituíram em instrumento para uma análise estatística descritiva com construção de tabelas de frequência e cruzadas com vistas a identificar os aspectos significativos para a pesquisa.

### **3.1.2 Abordagem qualitativa**

O que se indagou no início desta pesquisa e se objetivou a responder envolveu, necessariamente, a complexidade das concepções sociais sobre o que representam, pensam e comunicam médicos generalistas sobre o acesso do paciente psiquiátrico ao rastreamento de neoplasia de próstata.

Desta forma, o Discurso do Sujeito Coletivo se materializou no seguinte questionamento: Se alguém te perguntar qual o significado do acesso do paciente psiquiátrico ao rastreamento de próstata, o que você diria?

As respostas e esse tipo de questionamento, considerados aqui como depoimentos, caracterizam a dimensão qualitativa deste estudo, ou seja, os elementos narrativos são trabalhados como dados qualitativos. No entanto, e, por outro lado, compartilhar socialmente essas opiniões também requer uma abordagem quantitativa de modo que os dados qualitativos possam, de fato, serem representados. Assim, é com base nesta problemática concreta que a questão central deste estudo foi definida e compreendida a partir das experiências, vivências e concepções dos profissionais no âmbito de sua atuação.

Portanto, o pensamento coletivo encontra forma de se auto expressar quando é possível constituir um sujeito que é portador deste discurso coletivo. Desta forma, os depoimentos coletados por meio de entrevista gravada foram metodologicamente tratados, tabelados e analisados com o objetivo de identificar o pensamento coletivo. A técnica consistiu em analisar o material verbalizado, devidamente coletado ao longo das entrevistas, extraindo-se de cada uma destas entrevistas suas ideias centrais e expressões



chaves que compuseram uma ou várias sínteses de discurso que são os Discursos do Sujeito Coletivo.

Entende-se por expressão chave os trechos, pedaços no discurso que deverão ser destacados por revelar a essência do conteúdo ou a teoria subjacente e, por ideia central a síntese do sentido presente nas respostas analisadas e que vai, posteriormente, dar origem ao de DSC.

### **3.2 Cenário do Estudo**

O estudo foi dividido em duas etapas realizadas nas dependências do Hospital Psiquiátrico de Casa Branca

Na primeira etapa ocorreu a análise dos prontuários e, na segunda etapa a entrevista com os médicos.

No período de setembro a outubro de 2019, foram analisados 389 prontuários de pacientes psiquiátricos que foram submetidos ao rastreamento de próstata por médicos urologistas dentro da população masculina do hospital que ocorreram durante campanhas internas em anos anteriores. Os pacientes possuíam a faixa etária entre 45 a 75 anos, conforme recomendado pela Sociedade Brasileira de Urologia - SBU.

Os dados foram levantados através da identificação do paciente no que concerne à sua idade, bem como resultados de exames laboratoriais, com destaque ao PSA Total e PSA Livre, foi extraído ainda os exames alterados e resultados das Biópsias de próstata realizadas.

De posse deste material, os dados foram organizados em tabelas de frequência e tabelas cruzadas para que então se pudesse realizar a análise estatística descritiva das informações coletadas.

Com relação à pesquisa envolvendo os médicos, os 20 médicos participaram de entrevistas individuais pré-agendadas entre os meses de setembro e outubro do ano de 2019, cujo discurso foi gravado em áudio para que pudesse ser analisado com base no DSC.

### 3.3 Os Sujeitos da Pesquisa e o Campo Social

Inicialmente é preciso compreender o que é o campo social para então poder situar os sujeitos neste espaço. Assim, por campo social entende-se o espaço em que as ações dos atores sociais envolvidos são enquadradas ou condicionadas, em se tratando de uma pesquisa desta natureza, trata-se, pois, do espaço de atuação dos profissionais que participaram do estudo, representado pelo hospital e/ou clínica pública, privada e social.

A escolha de quantos e quais indivíduos que irão compor o campo social constitui-se em uma decisão que pode ser norteada pela posição que cada um destes sujeitos ocupa no espaço pesquisado. Para tanto, foi possível contar com variáveis e critérios que ajudam a reconstituir a polifonia existente no tempo e no espaço da pesquisa.

Com relação ao número de participantes, ao contrário do que ocorre na pesquisa quantitativa, cuja amostragem é numérica, aqui a amostragem foi constituída pela representatividade, sendo considerada suficiente quando as informações forem reincidentes ou os dados saturados em virtude de nenhuma informação nova ser acrescida ao estudo.

Assim, considerou-se como amostra ideal aquela que representa as diferentes dimensões suscitadas pelo problema do estudo, possibilitando a totalidade de sua abrangência. Portanto, a composição desta amostragem reflete a interação entre o problema da pesquisa, os sujeitos e seus atributos, sendo formada por 20 médicos generalistas não especialistas em urologia, com idade de 40 a 70 anos, entre 15 e 30 anos de formados, com graduação em medicina geral, sem especialidades definidas, sem mestrado ou doutorado, configurando a maioria dos médicos que atendem em hospitais psiquiátricos no país. Todos foram entrevistados individualmente, com o objetivo de conhecer as concepções e pensamentos no que concerne à importância de pacientes psiquiátricos terem acesso ao rastreamento de neoplasia de próstata.

Como no presente estudo a intenção não era a de generalizar os dados e sim aprofundar o conhecimento acerca da problemática, os critérios de inclusão se pautaram pelo interesse em participar e colaborar com a pesquisa bem como a experiência ativa nos âmbitos privado, público ou social.

Assim, 20 depoimentos constituíram o corpus da pesquisa, cujo questionamento foi formulado de forma aberta, pois se buscou os discursos, narrativas, depoimentos que fossem representativos e explicativos do pensamento, comportamento

e atitude dos profissionais em prática cotidiana e, desta forma, compreender a sua representação social.

### **3.4 Critérios de inclusão e exclusão segundo o protocolo da SBU**

#### **Prontuário:**

Critérios de inclusão: pacientes masculinos com faixa etária compreendida entre os 45 e 75 anos de idade e com doença psiquiátrica ativa.

Critérios de exclusão: pacientes com menos de 45 anos e maiores de 75 anos.

#### **Médicos:**

Critérios de inclusão: ser médico generalista

Critérios de exclusão: profissionais que solicitarem a saída da pesquisa a qualquer momento.

### **3.5 Estratégia, Interpretação e Análise dos Dados**

#### **3.5.1 Análise dos Prontuários**

Os dados obtidos por meio da análise dos prontuários foram planilhados no Microsoft Excel, e posteriormente processados com a ajuda do software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, versão 23).

Os valores encontrados foram analisados e apresentaram uma distribuição não-gaussiana de acordo com o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*, com  $p < 0,05$ . Portanto, foram apresentadas mediana e intervalo interquartis.

Para avaliar a correlação entre as variáveis PSAD e volume prostático, foi utilizado o coeficiente de correlação ordinal de *Spearman* - que é uma medida não paramétrica de correlação de postos que ocorre entre a classificação de duas variáveis - uma vez que os dados se apresentaram fora da distribuição normal.

### 3.5.2 Discurso do Sujeito Coletivo

Com os discursos dos entrevistados gravados, foi realizada a transcrição de cada narrativa com o objetivo de obter familiaridade com os depoimentos e concepções manifestados pelos participantes. Cada sujeito foi identificado por um número que seguiu a mesma ordem de realização da entrevista.

As descrições dos depoimentos gravados foram anexadas na íntegra à pesquisa como forma de contribuir com a legitimidade e a confiabilidade dos resultados.

Após a realização de uma leitura atenta e reflexiva de cada depoimento, foi realizada a tabulação bem como a estruturação dos conceitos discursivos de natureza verbal.

Para a construção do sujeito coletivo, foram selecionadas, de cada narrativa, as Ideias Centrais (IC) e Expressões-chaves (ECHs), organizando-as em uma nova tabela para categorização.

A originalidade das expressões foi preservada introduzindo termos e/ ou palavras quando necessário, apenas para garantir o encadeamento coesivo entre os fragmentos do discurso.

Desta forma, foi possível construir os discursos-sínteses, na primeira pessoa do singular, pois, embora cada discurso-síntese seja composto por um número variado de depoimentos, no DSC, o pensamento da coletividade se apresenta como sendo um discurso individual.

Portanto, o DSC detém a capacidade de tornar mais expressiva e clara as representações sociais, tornando o coletivo emissor e autor de discursos que são compartilhados entre seus membros.

Assim, as análises das entrevistas ocorreram a partir de cinco etapas propostas pelo de DSC:

- Primeira Etapa: cópia na íntegra das respostas de cada sujeito no Instrumento de Análise de Discurso I (IAD I), destacando a IC.
- Segunda Etapa: identificar, em cada resposta, as ECHs das ICs, excluindo o discurso que não fosse relevante para pesquisa, construindo, assim, o Instrumento de Análise de Discurso II (IAD II).
- Terceira Etapa: agrupamento das ICs de mesmo sentido e com sentidos equivalentes.

- Quarta Etapa: desenvolvimento de uma IC síntese para cada grupamento que seja capaz de expressar, de maneira mais clara possível, todas as ICs de mesmo sentido e sentido equivalente, formando assim o Instrumento de Análise de Discurso III (IAD III).

- Quinta Etapa: construção do DSC.

Para a construção do discurso, houve a preocupação de desparticularizar a narrativa evitando a repetição de concepções, a fim de tornar o discurso coeso e conciso, fazendo uso de todo material das ECHs e buscando a similaridade concurso individual.

Uma questão importante a ser considerada foi que, no DSC a categoria não significa a representação do pensamento à denominação deste, com a finalidade de individualizar um discurso. Assim, as categorias seguiram agrupando os discursos próximos, porém, os sentidos desses discursos não se restringiram às categorias, pois incorporou ainda os conteúdos argumentativos e discursivos presentes nos cursos individuais.

### **3.6 Procedimentos Éticos**

O princípalismo que constitui a bioética se constituiu na premissa do presente projeto de estudo. A autonomia do participante do estudo foi respeitada através da permissão para participação da pesquisa de maneira livre e espontânea, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Os valores culturais, sociais, morais, religiosos, éticos, hábitos e costumes dos pacientes participantes do estudo foram respeitados, porém, vale ressaltar que devido a estes pacientes serem psiquiátricos e não apresentarem condições psíquicas de avaliar, interpretar e assinar termos (Apêndice B). A confiabilidade, o anonimato das informações, a privacidade e a proteção da imagem foram assegurados e previstos nos procedimentos, garantindo que as informações obtidas não sejam utilizadas em prejuízo de qualquer natureza.

Ressalta-se ainda, que o projeto considera a divulgação dos resultados do estudo através de publicações de artigos em revistas científicas e participação em eventos científicos.

O presente estudo seguiu rigorosamente os preceitos estabelecidos pela Resolução de Número 466/12, do Ministério da Saúde, que regulamenta as pesquisas nos seres humanos no Brasil. Além disso, a coleta de informações foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre – MG (Apêndice C) e termo de autorização e anuência do Centro de Reabilitação de Casa Branca – SP (Apêndice D e Apêndice E).

## 4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

### 4.1 Análise dos prontuários

A faixa etária observada no trabalho apresentou mediana de 69 anos, variando de 65,5 a 70 anos. Para os valores de PSA, a mediana encontrada foi de 5,55 (4,6 – 7,9) ng/mL. Do universo de 389 prontuários, apenas 29 foram submetidos a biópsia de próstata por alteração no toque retal e/ou PSA.

**Tabela 1** - Valores para Idade, concentração do antígeno prostático (PSA), relação de PSA (R), volume prostático (VP) e relação PSA por volume da próstata (PSAD) obtidos, em relação aos casos suspeitos.

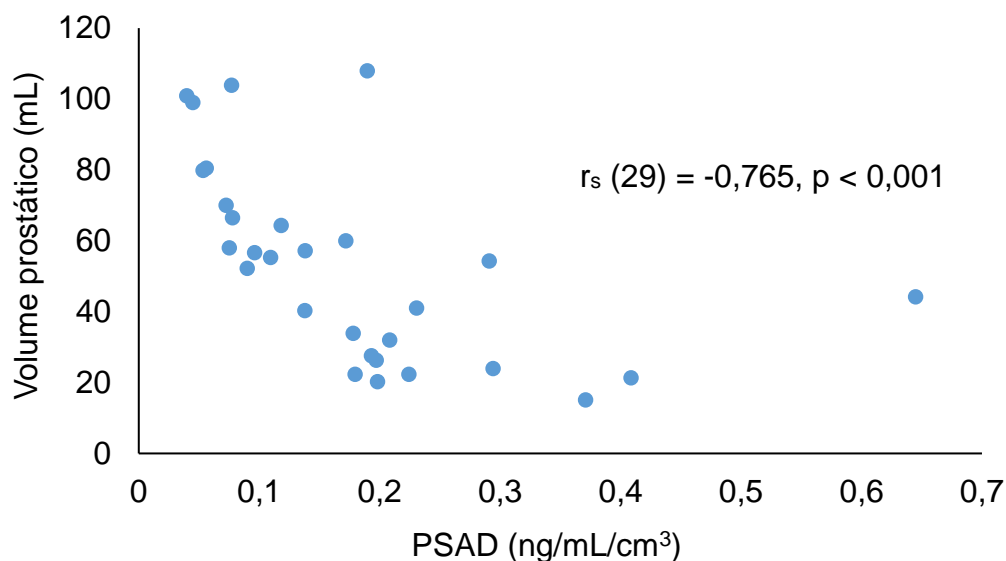
<b>Idade</b>	69 (65,5 – 70,0) anos
<b>PSA</b>	5,55 (4,6 – 7,9) ng/mL
<b>R</b>	15 (10 – 19) %
<b>VP</b>	54,3 (26,9 – 68,2) cm <sup>3</sup>
<b>PSAD</b>	0,1717 (0,0773 – 0,2162) ng/mL/cm <sup>3</sup>

Fonte: Próprio autor.

**Tabela 2** - Achados no toque retal e na biópsia dos pacientes com as respectivas frequências.

<b>Exame</b>	<b>Frequência</b>	<b>Resultado</b>
<b>Toque retal</b>	18	Normal
	11	Presença de nódulos
<b>Biópsia</b>	5	Gleason 3+4 (7)
	2	Gleason 3+3 (6)
	22	Hiperplasia

Fonte: Próprio autor.



**Figura 3** - Correlação de *Spearman* entre volume prostático e o PSAD.

Fonte: Próprio autor.

Na figura acima, foi correlacionado a densidade de PSA (PSAD), com o volume da próstata, e esta relação pode vir a aumentar a especificidade do PSA, que no presente trabalho, apresentou correlação forte e significativa ( $r_s = -0,765$ ) e desvio padrão ( $p$ )  $< 0,001$ , que neste caso, por ter apresentado valor baixo, indica que os dados estão próximos da média ou do valor esperado.

Obtiveram-se em anatomopatológicos, 7 (sete) casos positivos para neoplasia de próstata, com Gleason que variaram de 3+3 (6) até 3+4 (7). Os casos positivos foram devidamente estadiados com cintilografia óssea e foi encontrado apenas um caso um positivo para metástase óssea. Dos 7 casos encontrados, 6 foram encaminhados para a radioterapia, e 1 caso com tumor avançado foi encaminhado para bloqueio hormonal.

#### 4.2 Ideias Centrais (IC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

Esta seção apresenta os resultados obtidos a partir da sistematização dos operadores ou das quatro figuras metodológicas que são utilizadas pelo DSC, ou seja, as Expressões-chave (ECHs); as Ideias Centrais (ICs); as Ancoragens (AC) e, por fim, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).



O quadro 1 apresenta as respostas de cada sujeito da pesquisa ao questionamento da pesquisa, a partir destas concepções as ideias centrais começaram a ser delineadas e colocadas em evidência para então, se constituírem no Discurso do Sujeito Coletivo.

**Quadro 1** - Respostas e ideias centrais de cada sujeito da pesquisa.

<b>Questão: Caso alguém te abordar como médico e te perguntar qual o significado e importância da acessibilidade ao rastreamento de próstata no paciente psiquiátrico, o que você diria?</b>	
<b>RESPOSTAS</b>	<b>IDÉIA CENTRAL</b>
1. "... É direito do paciente psiquiátrico, tanto quanto dos demais pacientes. Acho justo e interessante como dado científico aprovado..."	Direito, justo, importante
2. "... Acredito que a importância está na prevenção do câncer de próstata e tratamento precoce. Diminui o sofrimento e transtornos urinários correlatos. A importância se dá para qualquer paciente dentro da faixa etária da OMS independente se é psiquiátrico ou não. Não deve haver distinção..."	Importante
3. "... Indiferente do tipo, raça, ou patologia a importância do rastreamento de próstata é igual a todos, porque o paciente psiquiátrico teria que ter tratamento diferenciado?"	Importante
4. "... Para mim é tão importante como para outro homem qualquer. Se pensarmos que o paciente psiquiátrico usualmente não se queixa o rastreamento é de suma importância. Evitar neoplasia de próstata e metástase é outro fator que deve ser levado em conta, pois o tratamento é sempre mais difícil para o doente psiquiátrico que não colabora e não aceita orientações..."	Importante
5. "... Eu diria que seria mais indica ainda, tendo em vista que o paciente psiquiátrico muitas vezes não atenta para importância de se cuidar além da sua doença psiquiátrica. Além disso vários profissionais da saúde também esquece que o paciente psiquiátrico tem outras doenças..."	Importante
6. "... Primeiro lugar diria que como qualquer pessoa estes pacientes também deveriam passar pela triagem anual e realizar exames como qualquer cidadão, e como qualquer pessoa do sexo masculino deve ser rastreados para câncer de próstata. Segundo lugar essa triagem faz parte da prevenção da saúde do homem acima do cinquenta anos. E os casos diagnosticados positivos terão tratamento e iram dar conforto para esses pacientes que embora tenham doença mental poderão ter melhor qualidade..."	Conforto / qualidade
7. "... Entendo a acessibilidade como um fluxo de rotina que atenda a demanda, no caso a possibilidade de usufruir da melhor maneira aos produtos de saúde disponíveis. Particularmente no paciente psiquiátrico muita mais importante dado as condições dos pacientes, das famílias ou responsáveis que muitas vezes não agem pró ativamente na busca dos recursos e não tem noção de suas necessidades e da garantia dos seus direitos..."	Acesso / dificuldades

8. "... Como qualquer pessoa o homem acima dos 45 anos deve ter acesso ao serviço de saúde, em planos, particulares ou hospitais psiquiátricos, com facilidades ou dificuldades..."	Acesso/idade
9. "... É muito pois em certos casos os pacientes não expressam ou não sabem expressar suas queixas e a investigação precoce previne patologias..."	Importante / investigação precoce
10. "... Acessibilidade ao rastreamento de próstata é tão importante no paciente psiquiátrico como em qualquer paciente..."	Acessibilidade/ importante
11. "... Acho importante não só para pacientes psiquiátricos em sim para população em geral após 40 anos. É fácil, barato e importante para prevenção do carcinoma..."	Importante / prevenção
12. "... Acho que é mais importante ainda que na população em geral pois eles não têm pro atividade e dificuldade de acesso aos serviços de saúde e política pública. Significa detecção precoce de câncer e consequentemente qualidade de vida..."	Importante / acesso / investigação precoce
13. "... Isto é diagnóstico precoce e melhora da qualidade de vida. Todos os seres humanos são necessários realizar exames de rotinas sendo psiquiátricos ou não..."	Diagnóstico precoce / qualidade de vida
14. "... A importância do rastreamento de próstata é notória a população psiquiátrica requer atenção especial porque não procuram espontaneamente o especialista para isto..."	Importante
15. "... Apesar das dificuldades técnicas e práticas de fazer exame neste tipo de paciente, é muito importante dar acesso e oportunidade pois são gente como a gente..."	Importante
16. "... A população psiquiátrica no Brasil é privada de muitas coisas não podemos privar do acesso ao exame de próstata também. Os hospitais psiquiátricos devem sim ter especialista para isso e providenciar o rastreamento de todas neoplasias..."	Acesso ao exame
17. "... Entendo o quanto é complicado abordar o paciente psiquiátrico para esta situação pois a própria população normalmente tem dificuldade e preconceito, mais mesmo assim não podemos deixar isso de lado pois as complicações do câncer de próstata são dolorosas e muito mais onerosas para os serviços públicos..."	Complicado / dificuldades
18. "... Acho desnecessário pois o paciente psiquiátrico não tem uma noção lógica dos fatos, não consegui reconhecer de um exame como este, não tem uma boa expectativa de vida, não tem vida social, não tem vida	Desnecessário / complicações / gastos
19. "... Apesar do fator humanidade, apesar das diretrizes acadêmicas, acho muito difícil fazer rastreamento de próstata em doente psiquiátrico, acho inconveniente. Acho que os gastos são altos para poucos resultados. Acho melhor tratar os sintomas..."	Difícil / poucos resultados
20. "... Acessibilidade até seria importante mais a praticidade é questionada. O próprio toque retal é quase impossível neste paciente. Uma biopsia seria mais complicada ainda. Uma cirurgia seria quase impossível. Uma radioterapia ou quimioterapia não teria adesão. Eles não compreendem a importância. Eles são muito complicados. É preciso pensar seriamente se compensa tais procedimentos nesses pacientes."	Impossível / complicado / não adesão

Fonte: Próprio autor.

O quadro 2 estabelecem as ideias centrais, apontando com que frequência cada ideia apresenta nos discursos individuais dos sujeitos da pesquisa. Uma vez as ideias identificadas, iniciam-se, então, o processo de articulá-las a fim de se conhecer o Discurso do Sujeito Coletivo.

**Quadro 2** - Ideias centrais, sujeitos e frequência dos tipos de informação.

<b>Ideia Central (IC)</b>	<b>Sujeitos</b>	<b>Frequência</b>
Importante	2, 3, 4, 5, 10, 11, 14, 15	8
Direito	1	1
Qualidade	6, 12, 13	3
Acesso, acessibilidade e dificuldade	10, 12, 15,16	4
Diagnóstico precoce	9, 13,17	3
Difícil e desnecessário	18, 19,20	3
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>N: 22</b>

Fonte: Próprio autor.

#### 1ª Ideia Central: Direito

DSC

*“Indiferente do tipo, raça ou patologia, o rastreamento de próstata é um direito do paciente psiquiátrico, assim como é para os demais pacientes. Acho justo e interessante que esse direito seja igual para todos, uma vez que, trata-se de um dado científico comprovado e o paciente psiquiátrico não merece receber um tratamento diferenciado dos demais”.*

#### 2ª Ideia Central: Importante

DSC

*“A acessibilidade ao rastreamento de próstata é importante para o paciente psiquiátrico como é para qualquer outro paciente acima de 40 anos de idade. Quando se trata da população psiquiátrica, é notória a importância deste acesso, apesar das*

*dificuldades técnicas e práticas de se efetuar o exame neste tipo de paciente, uma vez que os mesmos não buscam, espontaneamente, um especialista para cuidar de sua saúde. Portanto, a prevenção do câncer de próstata e o tratamento precoce deve ser estendido à todos, sem distinção”.*

3ª Ideia Central: Qualidade de Vida

DSC

*“Os casos diagnosticados precocemente como positivos serão submetidos à tratamento adequado oferecendo à estes pacientes mais conforto, melhorando, assim, a qualidade de vida”.*

4ª Ideia Central: Acessibilidade

DSC

*“A acessibilidade ao rastreamento de próstata é tão importante no paciente psiquiátrico como na população em geral, apesar das dificuldades técnicas e práticas de fazer exame neste tipo de paciente, especialmente quando se considera que a população psiquiátrica no Brasil é privada de muitas coisas não podemos privar do acesso ao exame de próstata também. ”*

5ª Ideia Central: Diagnóstico Precoce

DSC

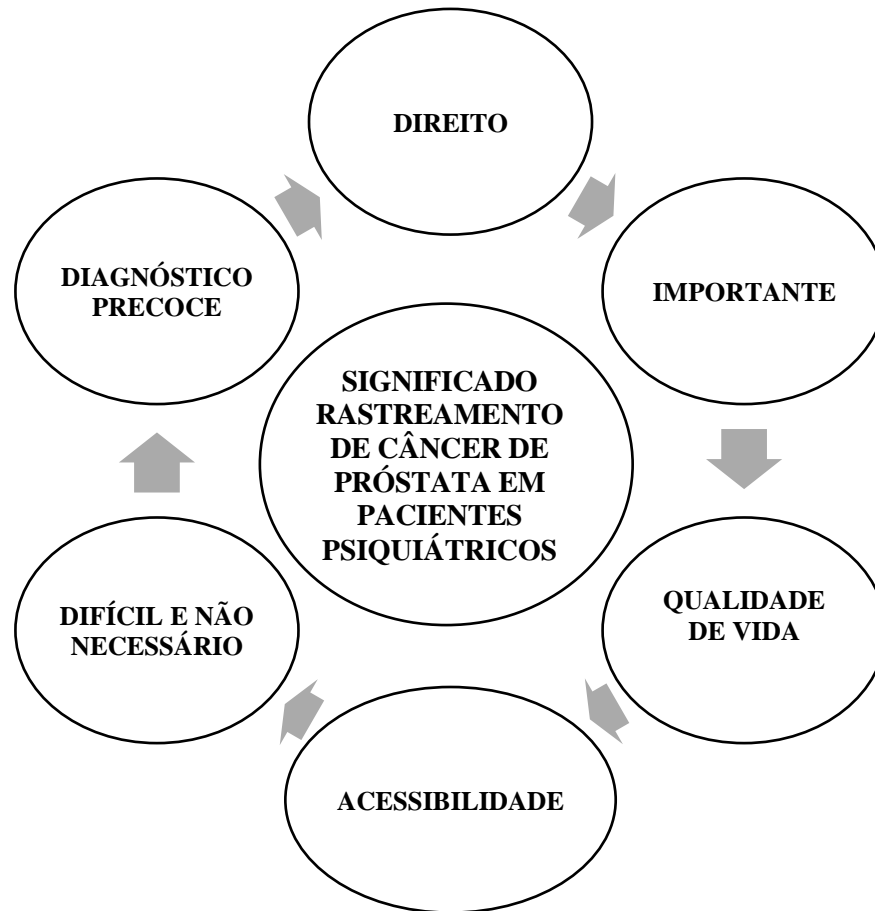
*“O diagnóstico precoce é muito importante e deve ser ofertado também para o paciente psiquiátrico, pois todos os seres humanos necessitam realizar exames de rotina como forma de prevenir patologias. Embora a população considerada normal tenha dificuldade e preconceito com estes pacientes, não podemos deixar isso de lado pois as complicações do câncer de próstata são dolorosas e muito mais onerosas para os serviços públicos”.*

6ª Ideia Central: Difícil e desnecessário

DSC

*“É desnecessário, pois o paciente psiquiátrico não tem uma noção lógica dos fatos, não consegue reconhecer a importância de um exame como este, não tem uma boa expectativa de vida, não tem vida social, não tem vida. Apesar do fator humanidade, apesar das diretrizes acadêmicas, os gastos são altos para poucos resultados e, apesar*

*da acessibilidade até ser importante, a praticidade é questionada. O próprio toque retal é quase impossível neste paciente. Uma biopsia seria mais complicada ainda. Uma cirurgia seria quase impossível. Uma radioterapia ou quimioterapia não teria adesão. Eles não compreendem a importância. Eles são muito complicados. Portanto, é preciso pensar seriamente se compensa tais procedimentos nesses pacientes”.*



**Figura 4** - Ideias Centrais do significado e importância da acessibilidade ao rastreamento de próstata no paciente psiquiátrico

Fonte: Próprio autor.

## 5 DISCUSSÃO

O paciente psiquiátrico, muitas vezes marginalizado e quase sempre com enfoque restrito aos seus distúrbios mentais, está também exposto aos mesmos riscos que a população masculina comum, no que tange a neoplasia de próstata, seus riscos e consequências.

Os resultados do presente trabalho permitiram observar que o doente psiquiátrico tem incidência e prevalência de câncer de próstata, com índices muito próximos, em torno de 1,8% a outros grupos masculinos submetidos a *Screening* de próstata, apresentados na literatura médica. Portanto, este tipo de paciente merece a mesma atenção dedicada a sociedade comum, devendo ser devidamente rastreados, em campanhas preventivas, evitando aparecimento de doença avançada, com maiores gastos no tratamento de complicações junto as instituições.

Foi possível também conhecer o significado do rastreamento do câncer de próstata em pacientes psiquiátricos, entrevistando 20 médicos que corresponderam aos requisitos necessários, ou seja, são médicos generalistas não especialistas em urologia, com idade de 40 a 70 anos, entre 15 e 30 anos de formados, com graduação em medicina geral, sem especialidades definidas, sem mestrado ou doutorado, configurando o perfil da maioria dos médicos que atendem em hospitais psiquiátricos no país. Todos foram entrevistados individualmente, com o objetivo de conhecer as concepções e pensamentos sobre a importância de pacientes psiquiátricos terem acesso ao rastreamento de neoplasia de próstata.

No que concerne à identificação do Discurso do Sujeito Coletivo, a ideia central que mais apareceu nas concepções dos entrevistados referiu-se à importância dos pacientes psiquiátricos serem submetidos ao exame de rastreamento de próstata. O DSC “*importância*” se mostrou evidente no discurso de 8 (oito) médicos. Os argumentos de que o sucesso do tratamento está relacionado diretamente com o diagnóstico precoce e o paciente psiquiátrico não dispõe de autonomia intelectual para buscar esta prevenção justifica a concepção de “nenhum a menos”, ou seja, a acessibilidade ao rastreamento de próstata é importante para todos os homens.

No entanto, a literatura mostra que pacientes com comorbidades psiquiátricas são menos propensos a receber cuidados voltados para a saúde clínica em virtude de motivos vários como a redução da percepção de dor, dificuldade de acesso e mesmo a

falta de credibilidade conferida pelos profissionais, o que foi observado através de 3 (três) falas médicas sobre ser um exame “*difícil e desnecessário*” para este tipo de paciente, o que reforça a importância de debates e discussões dessa temática e a necessidade das políticas em saúde garantirem assistência condizente para a população psiquiátrica (BARCHIFONTAINE e TRINDADE, 2010).

Ademais, reconhecer a importância não significa, necessariamente, garantia de acesso, o estigma da loucura ainda carece de desconstrução para que a qualidade do cuidado não seja comprometida tendo em vista que, muitas vezes, o diagnóstico psiquiátrico é suficiente para o estabelecimento de rótulos e representações que exercem influências negativas na qualidade dos serviços prestados.

No entanto, o reconhecimento desta importância encontra eco no entendimento de que a bioética está associada a uma ética que busca analisar as condições de vida de todos os seres, tendo como horizonte a responsabilidade e os valores éticos e morais que devem ser considerados quando se almeja o respeito à dimensão individual e social nas discussões envolvendo a saúde, estabelecendo princípios e normas não apenas para a instituição e para os procedimentos de cuidado, como também e, principalmente, para os profissionais, uma vez que, é por meio de sua ação e das decisões por estes tomadas que os princípios bioéticos são praticados.

O Discurso do Sujeito Coletivo considerou também a “*acessibilidade*” em falas de 4 (quatro) médicos, revelando como o saber científico sobre a situação da população psiquiátrica no Brasil é evidenciado. De fato, democratizar o acesso aos recursos produzidos pela ciência é uma forma de garantir que todos, sem exceção, tenham preservado o direito de usufruir dos avanços científicos e tecnológicos produzidos pela humanidade.

No entanto, é um desafio para os serviços de saúde geral oferecer cuidados e realizar exames em pacientes psiquiátricos e, por este motivo, este público acaba desenvolvendo comorbidades somática em virtude do acesso restrito aos serviços de saúde, redução da percepção de dor e falta de credibilidade por parte do profissional responsável pelo atendimento.

Apesar deste quadro, é preciso que se considere que, com a criação de um sistema universal de saúde bem como com o reconhecimento de que estes indivíduos são portadores do direito à saúde, disponibilizar o acesso é uma forma de fortalecer um modelo de cuidado que prima pela garantia da cidadania a um público que historicamente esteve excluído do convívio social e dos bens construídos pela cultura.

A saúde é estabelecida pela Constituição Federal enquanto um direito social, no entanto, para que o acesso a tal direito seja de fato efetivado é necessário a superação de desigualdades que ainda se fazem presentes na saúde pública brasileira em virtude de um Estado fragilizado e que ainda busca incessantemente pelo desenvolvimento do cuidado humanizado, um problema que traz para a bioética o enfrentamento do grande desafio de equacionar os valores e interesses que pertencem a um bem comum legítimo que é a universalização do acesso à saúde e a igualdade na assistência.

Curiosamente, o DSC referente ao “*direito*” foi um dos menos frequentes entre os médicos, apenas 1(um). No entanto, quando ele aparece no discurso, carrega expressões em que os entrevistados compartilham a concepção de que o acesso ao rastreamento de próstata no paciente psiquiátrico deve ser entendido enquanto um direito não apenas deste paciente, mas de todos os homens, pois, mais que um direito, cuidar da saúde deve ser entendido como um dever.

O paciente psiquiátrico muitas vezes é inferiorizado, encontrando-se em uma situação de vulnerabilidade que destoa da crença na invulnerabilidade masculina, sendo assim, importante se faz destacar o parágrafo 4º. Das Liberdades Fundamentais e Direitas Básicos do documento “A Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, publicado pelas ONU/1991:

Não haverá discriminação sob pretexto de um transtorno mental. "Discriminação" significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o desfrute igualitário de direitos. Medidas especiais com a única finalidade de proteger os direitos ou garantir o desenvolvimento de pessoas com problemas de saúde mental não serão consideradas discriminatórias. Discriminação não inclui qualquer distinção, exclusão ou preferência realizada de acordo com os provimentos destes Princípios e necessários à proteção dos direitos humanos de uma pessoa acometida de transtorno mental ou de outros indivíduos (ONU, 1991, apud MELNIK e GOLDIM, 2010).

Portanto, o DSC construído aqui mostrou que a concepção defendida converge com o entendimento de que, o acesso do rastreamento do câncer de próstata é um direito de todos independente de sua condição cognitiva.

Normalmente, o princípio da beneficência é empregado na perspectiva de se fazer o bem, afastando o mal, em respeito à pessoa, incluindo a voluntariedade, a autodeterminação, a veracidade, a confidencialidade e a justiça através de mecanismos de controle social, da não discriminação e do atendimento especial a grupos em situação de vulnerabilidade. Na saúde, este princípio deve ter como premissa o interesse do paciente,



ou mesmo de sua família quando este encontrar-se em situação que lhe impeça de tomar decisões autonomamente.

É interessante observar que ocorre ao se construir o DSC, um distanciamento das especificidades das representações sociais do paciente psiquiátrico e a configuração de um ser que possui necessidades físicas que são inerentes a própria condição humana.

O reconhecimento formal de que o “*diagnóstico precoce*” é muito importante para as intervenções que se fizerem necessária e para o sucesso do tratamento, foram mencionados por 3 (três) médicos, que alegam que não deve haver distinção entre quem está sendo atendido, no que se refere ao direito de receber um tratamento humanizado e ter acesso aos procedimentos diagnósticos, o que representa uma transformação de concepção, mas que requer mudanças, inclusive culturais, na forma como o sofrimento mental é concebido, pois, para que o diagnóstico precoce seja de fato um direito é preciso que gestores, rede de assistência, médicos, o setor judiciário, familiares, pacientes e a própria sociedade reconheça e discuta este direito para que o cuidado com a saúde, física e mental, caminhe lado a lado com a cidadania.

Melhorar a “*qualidade de vida*” a partir de um diagnóstico precoce foi o DSC apresentado nas respostas de 3 (três) médicos. O bem-estar constitui-se em um elemento vital do tratamento e da recuperação do paciente, além disso, buscar uma qualidade de vida melhor para o paciente psiquiátrico diagnosticado com câncer de próstata é estar em consonância com o princípio da dignidade da pessoa humana, eixo estruturante dos direitos e deveres essenciais da pessoa com transtorno mental e que possui papel importante na proteção da vida e da integridade física destes indivíduos.

Em todas as etapas relacionadas a assistência à saúde, seja na fase de investigação, diagnóstico e tratamento, a busca pela qualidade de vida deve ser o fio condutor de toda a atividade médica uma vez que, esta deve ser considerada tão importante quanto o próprio rastreamento e controle do câncer.

É importante ainda ressaltar que o DSC também apresentou um percurso diferente do que vem sendo discutido, ao revelar concepções que ferem os princípios de dignidade da pessoa humana e da bioética ao se considerar que o paciente psiquiátrico não tem noção da lógica dos fatos e, por isso, não carece de um diagnóstico precoce, é possível para outra categoria social que também não dispõe desta lógica e discernimento, mas que tem seus direitos garantidos por seus responsáveis, ou seja, a criança e o adolescente, por exemplo.

Talvez nenhum outro segmento da atividade humana consiga despertar tantas inquietações e dúvidas de natureza ética do que os que estão relacionados com a psiquiatria e, infelizmente, a doença mental representa a perda da liberdade, não apenas a liberdade interior, sequestrada pelo sofrimento mental, como também a liberdade exterior, que vem acompanhada pelo sequestro do direito de ser ouvido, de ir e de vir, de ter opinião, de ser tratado com dignidade e respeito.

Portanto, é preciso que haja um equilíbrio justo entre o dever de oferecer um atendimento humanizado e condizente com suas necessidades e o direito destes de receber esse atendimento por parte de profissionais que tenham habilidades para lidar com as especificidades deste público.

Com base no presente estudo é possível considerar que o direito à saúde é inegável ainda que o indivíduo apresente demandas peculiares que vão além das características que são oferecidas pelas instituições e serviços de saúde que médicos generalistas desenvolvem suas atividades profissionais, contudo, a ética, inerente a qualquer atividade humana, torna-se um desafio quando se trata do atendimento à pacientes psiquiátricos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psiquiatria é uma área que tem despertado interesse especial, principalmente da saúde que, ao longo dos anos vem se esforçando para dar visibilidade a este público e acumulando conhecimentos científicos que ajudam a reduzir a fragilidade histórica do atendimento voltado ao paciente psiquiátrico, com o intuito de qualificar a assistência, promover a saúde física e prevenir os agravos evitáveis.

Neste contexto, a presente pesquisa caminhou ao lado desta perspectiva com o objetivo de conhecer as representações sociais de médicos acerca do direito de pacientes psiquiátricos terem acesso ao rastreamento de neoplasia de próstata. A atenção a este público é um desafio para os serviços de saúde, sobretudo no que concerne ao acompanhamento não psiquiátrico que ainda necessita romper com os preconceitos em torno do estigma da doença mental para que a segregação seja, de fato, uma verdade superada e que a inclusão social contribua para o surgimento de um atendimento mais ético e humanizado.

A primeira etapa da pesquisa ocorreu por meio da abordagem quantitativa, utilizando-se o método quantitativo não experimental transversal descritivo, com amostra não probabilística intencional, materializada na revisão de prontuários de pacientes psiquiátricos de modo a encontrar a prevalência ou não de neoplasia de próstata neste público. O que se observou é que, da mesma forma como ocorre com a população masculina em geral, este público em específico, também é acometido por esta doença sendo, portanto, importante que estes também tenham acesso aos recursos disponíveis para o rastreamento e o tratamento.

Portanto, o homem, como ser biológico por si só, já se encontra em uma condição que requer cuidados, prevenção e a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e que podem ajudar a prevenir, não apenas a neoplasia de próstata, como também inúmeras outras comorbidades.

Ser homem é um contínuo exercício de afirmação, negação, construção e reconstrução de sua identidade e, quando se volta o olhar para o paciente psiquiátrico é importante que se compreenda que, para além dos conflitos que lhe pertencem pelo simples fato de existir enquanto pessoa, enquanto cidadão, a sociedade lhe geram outros pelo viés da exclusão social que complica a busca e a garantia de seus direitos e fomenta

emoções e sentimentos negativos, embora toda pessoa tenha direito à igualdade de oportunidades sem sofrer nenhum tipo de discriminação.

A partir deste retrato da realidade, ou seja, da compreensão de que a neoplasia de próstata está presente também entre a população psiquiátrica, procurou-se identificar o Discurso do Sujeito Coletivo sobre o direito da população psiquiátrica masculina de ter acesso aos exames de rastreamento do câncer de próstata.

O desafio aqui foi o de conseguir constituir um sujeito que fosse portador de pensamentos, opiniões e do discurso da coletividade e, por mais que ele seja redigido na primeira pessoa do singular, como “eu”, representasse os saberes, concepções, sentimento, ideia e as representações sociais daquele grupo.

Este sujeito legitima o direito de todo ser humano ter acesso à saúde, discussão fácil de ser efetivada no plano teórico, mas que, no plano concreto, ainda é uma questão de difícil solução já que os recursos que são destinados para a saúde ainda se mostram escassos e insuficientes para dar conta da garantia deste direito

No entanto, o Discurso do Sujeito Coletivo também demonstrou o olhar que o médico clínico tem para os pacientes psiquiátricos, revelando que uma parcela considerável dos profissionais que compõem este sujeito considera desnecessária a realização de exames para rastreamento de câncer de próstata em pacientes psiquiátrico por razões diversas, dentre as quais se destacam o alto custo dos exames, a dificuldade em realizar este tipo de procedimento neste público e que, o fato destes pacientes serem incapazes de relatar sua saúde física em virtude de sua demência ou psicose, justificaria a não necessidade de se investir recursos em uma população que apresentará um custo benefício relativamente baixo quando comparado ao investimento.

Neste contexto, surgiu a necessidade de se compreender a doença mental a partir da perspectiva da bioética, referência imprescindível para se avaliar a ética profissional e institucional em situações que envolvem o atendimento a pacientes psiquiátricos.

Inserir os princípios da bioética na prática do atendimento significa entender o paciente psiquiátrico como ser único em suas características e peculiaridades, mas também com potencialidades de crescimento que se efetiva no relacionamento de ajuda. Assim, não é possível olhar para um paciente que tem uma autonomia reduzida sem pensar em humanização, em atendimento, escuta, acolhimento, em dignidade da pessoa que se faz presente na ação do cuidado ético, sem que o valor e o significado da vida sejam destinados apenas a uma parcela da população, a considerada normal e que,

portanto, merece todo o investimento por parte do Estado, da instituição, dos profissionais.

Se a vida é compreendida como um bem a ser partilhado com outras vidas, não cabe ao profissional da saúde outra ação senão a de olhar para o paciente a partir de suas dimensões física, psíquica, emocional, espiritual, social, com competência científica, técnica e, acima de tudo, humana e, quando a prática profissional está alicerçada na bioética, há o entendimento da sua interdisciplinaridade, de sua abordagem pluralista dada à diversidade e complexidade própria da existência humana.

Assim, a reflexão bioética que se faz sobre o direito de pacientes psiquiátricos terem acesso aos exames e recursos produzidos pela ciência insere-se na concepção de que, a vulnerabilidade é uma marca indelével do ser humano, na sua fragilidade e na irredutível finitude de sua existência, todavia, certos grupos são especialmente vulneráveis, sendo preciso que haja proteção para que esta vulnerabilidade não se torne agravada por circunstâncias múltiplas.

Ademais, o princípio bioético da beneficência, cuja base de compreensão é o altruísmo, a benevolência e a não-malevolência determinam que as atitudes, ações e prática profissional dirigidas à pacientes com autonomia reduzida sejam voltadas para a garantia de seus interesses.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. Esterilização compulsória de pessoa com deficiência intelectual: Análise sob a ótica do princípio da dignidade da pessoa humana e do respeito à autonomia do paciente. **Revista Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, São Paulo, v.7, n.1, p. 18-26, 2016.

AMARANTE, P; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, Sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, dez. 2018.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

BARCHIFONTAINE, C.P; TRINDADE, M. A. Bioética, saúde e realidade brasileira, **Rev. Bras. Psicoter**, v.12, n.3, p. 259-269, 2010

BEAUCHAMP, T. L; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.

BRAGA, C. P; OLIVEIRA, A. F. P. L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciênc. Saúde Colet.** v.24, n.2, fev. 2019.

BRASIL, Sociedade Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML) e da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) **Rastreo de Câncer de Próstata**, 2018. Disponível em: <[http://www.sbpc.org.br/wp-content/uploads/2018/11/SBPC\\_PSA\\_posicionamento\\_final-1.pdf](http://www.sbpc.org.br/wp-content/uploads/2018/11/SBPC_PSA_posicionamento_final-1.pdf)>. Acesso em: 28 mai. 2020.

BRAZ, M; SCHRAMM, F. R. Bioética e pesquisa em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, abr. 2016.

BELINELO, R. G. S. et al. A. B. Exame de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, out/dez. 2017.

CAPORRINO, A.W; UNGARETTI, A. A. P. Remanescentes de um passado indesejado: os estudos de tombamento dos exemplares da rede paulista de profilaxia e tratamento da hanseníase. **Rev. CPC**, São Paulo, n.21, p.119-163, 2016.

CLEMENTINO, F. S. et al. Atendimento integral e comunitário em saúde mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, fev. 2019.

COELHO, A. F. V. C. M. B; COSTA, A. C. G; LIMA, M. G. Da ética principialista para a bioética de intervenção: sua utilização na área da saúde. **Rev Tempus Actas Saúde Col.** dez. 2013

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. de A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 mai. 2020.

COSTA, A. P. S. **Asilos colônia paulista: análise de um modelo especial de confinamento**. São Carlos: Ufscar, 2008.

DAMIÃO, R. Câncer de próstata. **Rev. HUPE**, v. 14, n. 1, p. 80-86, 2015.

DEJEANNE, S. Os fundamentos da Bioética e a Teoria Principialista. **Thaumazein**, Universidade Franciscana, Ano IV, n.7, p. 32-45, jul. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/thaumazein/article/view/153>>. Acesso em: 28 mai. 2020.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, maio, 2019.

DURAND, G. **Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos**. São Paulo: Loyola, 2003.

FARINHA, M. G; BRAGA, T. B. M. Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. **Rev. Abordagem Gestalt**, Goiânia, v. 24, n. 3, p. 366-378, dez. 2018.

FIGUEIREDO, A. M. Bioética: crítica ao principialismo, Constituição brasileira e princípio da dignidade humana. **Rev. Bioét.** Brasília, v.26, n.4, out./dez. 2018.

GOULART, A. M. **Impactos do silenciamento do RNA não codificante PCA3 em células de câncer de próstata**. Dissertação (Mestrado em Oncologia) - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro, 2014.

GROSSMAN, D. C, et al. Preventive Services Task Force - Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **JAMA**. v. 319 n. 18, p.1901-13, jan./maio, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer\\_da\\_prostata.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf)>. Acesso em: 28 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. (Brasil). Ministério da Saúde. **INCA estima que haverá cerca de 600 mil casos novos de câncer em 2018**. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/imprensa/inca-estima-que-havera-cerca-de-600-mil-casos-novos-de-cancer-em-2018>>. Acesso em: 28 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <<http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/08/estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2020.

JANSEN, R. J. Quantifying lead-times bias in risk factor studies of cancer through simulation. **Na Epidemiol**, v.23, n.11, p.735-44, 2015.

JAHN, J.L. The High Prevalence of Undiagnosed Prostate Cancer at Autopsy: implications for Epidemiology and Treatment of Prostate Cancer in the Prostate-Specific Antigen-Era. **Int J. Cancer**. v.12, n.137, p.2.795- 2.802, 2015.

JÚNIOR, A. J. B. et al. Câncer de próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 10, n. 3, p. 40-6, 2015.

KIPPER, D.J; CLOTET, J. **Princípios de Beneficência e Não-maleficência**. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coord. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina. 1998.

KOTTOW, M. H. **Introducción a la Bioética**. Santiago, Chile: Ed. Universiática. 1995.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **DSC: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. 2 ed. São Paulo: Educs, 2005.

LOCH, J. A. **Uma Introdução à Bioética**. Temas de Pediatria. Nestlé; 73. 2002.



LUDWIG, G. D, et al. Modelo preditivo integrado para a presença de câncer de próstata utilizando dados clínicos, laboratoriais e ultrassonográficos. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro, v.43, n. 6, nov./dez. 2016.

MELNIK, C.S; GOLDIM, J. R. Bioética e psiquiatria: uma interface complexa, possível e necessária. **Rev. Bras. Psicoter.** v.12, n.3, p. 259-269,2010.

MINAYO, M. C; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, n. 9, v.3, p. 239-262, 1993.

MORI, M. **A Bioética: sua natureza e história.** Tradução de Fermin Roland Schramm. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

MOTTA, T. R; BARROS, D. P. O. **Perfil dos pacientes com câncer de próstata em hospital de referência no estado de Pernambuco.** Disponível em <<http://www.rbac.org.br/artigos/perfil-dos-pacientes-com-cancer-de-prostata-em-hospital-de-referencia-no-estado-de-pernambuco/>>. Acesso em: 28 mar. 2020.

MULHEM, E. Prostate Cancer Scxreening. **Am Fam Physician**, v.92, n.8, p.683-638, 2015.

MULHEM, E; FULBRIGHT, N; DUNCAN, N. Prostate Cancer Screening. **Am Fam Physician.** v. 92, n.8, p. 683-688, 2015.

PAULA, J. M.; SAWADA, N. O. Health-related quality of life of cancer patient sunder going radio therapy. **Rev Rene**, v. 16, n. 1, p. 106-113, 2015.

PAZ, F.I.et al. Bioética Principialista e Internação Compulsória: Tensionamentos entre Autonomia e Vulnerabilidade. **Rev. Psicologia e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 43-54 jul./dez. 2016.

PELLEGRINO, E. D; THOMASMA, D. **For the patient's good: the restoration of beneficence in medical ethics.**New York: OUP, 1988.

PRADO, M. F. do; SÁ, M. de C.; MIRANDA, L. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 320-337, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000500320&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500320&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 mai. 2020.

QUIJADA, P. D. dos S.; FERNANDES, P. A.; SANTOS, B. M. de O. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata em tratamento de radioterapia: revisão integrativa de literatura. **Arq. Cienc. Saúde**, UNIPAR, Umuarama, v. 22, n. 3, p. 199-204, set./dez. 2018.

ROTOLO, A. et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2019.

SANTOS, V. C. C. **Acetato de ciproterona em pacientes com adeno carcinoma de próstata resistente à castração**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde Coordenação de Avaliação e Monitoramento de Tecnologias. 2019. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relat>>. Acesso em: 28 mar. 2020.

SERAPION, N. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 187-192, 2000.

SILVA, C. I. D. Quando o antígeno específico da próstata nos leva ao Balint: um relato de caso. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.12, n.39, p.1-6, 2017.

SIMÕES, J.A; MARTINS, J. C. Atitudes Éticas dos Profissionais de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários perante os Direitos que visam a Autonomia do paciente. **Rev. ADSO** (Associação dos docentes e orientadores), v. 4, p. 34-42, 2014.

SIQUEIRA, J. E. O princípio da justiça. In: **Iniciação a Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

STEFFEN, R.E. et al. Rastreamento populacional para o câncer de próstata: mais riscos e benefícios. **Physis**, v. 28, n. 2, ago. 2018.

SOUZA, W. S. **Avaliação epidemiológica dos resultados laboratoriais de PSA realizados para diagnóstico de câncer de próstata de pacientes atendidos em um Hospital Universitário de Minas Gerais**, 2016. 45 f. (Monografia). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/farmacia/files/2015/04/TCC-WESLEY-DA-SILVA-SOUZA.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2020.

UNESCO. **Universal Declaration on Bioethics and Human Rights**. Paris: Unesco, 2006.

VIRGO, K. S. Second-Line Hormonal Therapy for Men with Chemotherapy-Naïve, Castrati on Resistant Prostate Cancer: American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion. **Journal of clinical oncology**: official journal of the American Society of Clinical Oncolog, v. 35, p.1952-1964, 2017.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa será realizada por Gutemberg Adrian Oliveira, médico especialista em Cirurgia Geral e Urologia. A pesquisa busca compreender as representações sociais de médicos generalistas sobre o acesso do paciente psiquiátrico ao rastreamento de neoplasia de próstata.

Segundo preceitos éticos, informa-se que sua participação será absolutamente sigilosa, não constando seu nome ou qualquer outro dado que possa identifica-lo no relatório final ou em qualquer publicação posterior sobre esta pesquisa. Pela natureza da pesquisa sua participação não acarretará em quaisquer danos, não caberão quaisquer ônus ou benefício e não oferecerá risco à sua pessoa. Qualquer informação sobre a pesquisa pode ser pedida a qualquer momento. Sua participação será por meio de uma entrevista individual e, para que nenhuma informação seja perdida as entrevistas serão gravadas e sua identidade mantida em anonimato. Você tem total liberdade para recusar sua participação, assim como solicitar exclusão dos seus dados, retirando seu consentimento sem qualquer penalização ou prejuízo, a qualquer momento do processo. A participação dos médicos não acarretará quaisquer desconfortos ou riscos a sua integridade física, moral ou psicológica.

Para a realização da pesquisa, é necessário responder inicialmente ao seguinte questionamento: O senhor concorda em participar deste estudo?

A participação do pesquisado e todos os dados referentes à sua pessoa serão exclusivos para a pesquisa em questão e de inteira responsabilidade do pesquisador.

Por se achar plenamente esclarecido e em perfeito acordo com este Termo de Consentimento, **o pesquisado** assina, juntamente com o pesquisador, comprovando sua permissão.

Agradecemos desde já por sua valiosa colaboração e nos colocamos à sua disposição para outros esclarecimentos necessários.

Pouso Alegre, 05 de setembro de 2019.

Dr. Gutemberg Adrian Oliveira, CRMSP92612 RG 20590550, CPF14678877819

**Participante da Pesquisa:** \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - Autorização do Comitê de Ética**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVÁS

TÍTULO DO PROJETO:

**SIGNIFICADO DO ACESSO AO RASTREAMENTO DE NEOPLASIA DE PRÓSTATA NOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS PARA OS MÉDICOS GENERALISTAS.**

Declaro que todos os pesquisadores envolvidos na mencionada pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da Resolução 466/12, que regulamenta a pesquisa em seres humanos e demais Resoluções Complementares pertinentes.

Pouso Alegre, 05 de setembro de 2019.

  
  
Gutemberg Adrian Oliveira  
Pesquisador Responsável

**APÊNDICE C - Autorização do Centro de Reabilitação de Casa Branca- SP**

Autorizo que seja realizado no Centro de Reabilitação de Casa Branca- SP, a pesquisa para o Projeto de Mestrado em Bioética pela Universidade do Vale do Sapucaí – MG: **SIGNIFICADO DO ACESSO AO RASTREAMENTO DE PRÓSTATA NOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS PARA OS MÉDICOS GENERALISTAS**, seguindo as normas do Código de Ética Médica e Resolução 466/12.

Atenciosamente,

  
Oberdan Lopes Nogueas Junior  
Diretor Técnico Saúde B  
RG 38.613.795-7  
CRM

**Oberdan Lopes Nogueas Junior**  
Diretor Técnico – Centro de Reabilitação de Casa Branca- SP

## APÊNDICE D - Termo de Anuência Institucional

LOCAL: CENTRO DE REABILITAÇÃO DE CASA BRANCA- SP  
Destinatário: lmo.Sr.Dir. Oberdan Lopes Noguees Junior.

Prezado Senhor

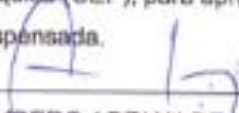
Gutemberg Adrian Oliveira, médico, urologista, mestrando no curso de bioética da Universidade do Vale da Sapucaí – UNIVÁS, orientado pelo Prof.Dr. Augusto Castell Von Atzingen, respectivamente, vimos por meio desta solicitar autorização para realizar a coleta de dados nesta instituição em vista da realização da pesquisa intitulada "SIGNIFICADO DO ACESSO AO RASTREAMENTO DE NEOPLASIA DE PROSTATÁ NOS PACIENTES PSQUIATRICOS PARA OS MEDICOS GENERALISTAS".

Os dados de identificação da pesquisa são:

- Título: Significado do acesso ao rastreamento de próstata nos pacientes psiquiátricos para os médicos generalistas.
- Tipo de pesquisa: Quantitativa e Qualitativa
- Orientador: Prof. Dr. Augusto Von Atzingen.
- Objetivo: Conhecer a percepção de médicos sobre a verdadeira acessibilidade e a vulnerabilidade do paciente psiquiátrico em relação ao rastreamento de próstata.
- Participantes da pesquisa: 389 pacientes psiquiátricos em forma de revisão de prontuários e 20 médicos em forma de discurso do sujeito coletivo.
- Tipo de coleta: Revisão de prontuários e discurso do sujeito coletivo.
- Local de estudo: Centro de Reabilitação de Casa Branca.

O projeto de pesquisa será cadastrado na Plataforma Brasil que o encaminhará ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação do estudo.

Agradecemos a atenção dispensada.

  
DR. GUTEMBERG ADRIAN DE OLIVEIRA  
UROLOGIA  
CRM 10.151

Estou ciente da pesquisa e autorizo:

  
OBERDAN LOPES NOGUES JUNIOR  
(DIRETOR TÉCNICO DE SAÚDE)

Oberdan Lopes Noguees Junior  
Diretor Técnico Saúde E  
RG 30.613.735-7  
CRM

CASA BRANCA 05 DE SETEMBRO DE 2019

## APÊNDICE E - Pedido de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido


COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ - UNIVÁS  
 PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
 ESCLARECIDO

Eu GUTEMBERG ADRIAN OLIVEIRA pesquisador responsável pela pesquisa intitulada "SIGNIFICADO DO ACESSO AO RASTREAMENTO DE NEOPLASIA DE PROSTATÁ NOS PACIENTES PSQUIATRICOS PARA OS MÉDICOS GENERALISTAS", declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012** do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e em suas complementares.

Solicito a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo fato de, se tratar de pacientes psiquiátricos sem condições psíquicas de avaliar, interpretar e assinar termos.

Assumo mediante este Termo, o compromisso de, ao utilizar dados e/ou informações coletadas nos prontuários dos participantes da pesquisa, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

  
 Oberdan Lopes Nogueas Junior  
 Diretor Técnico Saúde II  
 RG. 30.613.725-1  
 CRCB

---

OBERDAN LOPES NOGUES JUNIOR  
 DIRETOR TÉCNICO DE SAÚDE  
 CENTRO DE REABILITAÇÃO DE CASA BRANCA

  
 DR. GUTEMBERG ADRIAN OLIVEIRA  
 UNIVÁS

CASA BRANCA 05 DE SETEMBRO 2019.



## APÊNDICE F – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SIGNIFICADO DO RASTREAMENTO DE NEOPLASIA DE PRÓSTATA NOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS PARA OS MÉDICOS GENERALISTAS

**Pesquisador:** GUTEMBERG ADRIAN DE OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 22294619.0.0000.5102

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.629.213

#### Apresentação do Projeto:

O Brasil é um país de lógicas conflitantes em que as conquistas sociais ainda encontram-se aquém dos ideais almejados pela sociedade. Contudo, com a Constituição Federal de 1988, consolidou-se no país o Sistema Único de Saúde (SUS), aprimorando a política nacional neste setor e provando a necessidade de implantar mudanças nas práticas de atendimento, investindo nos cuidados preventivos(1). Todavia, embora avanços possam ser registrados, as fragilidades também devem ser consideradas. Uma questão que merece destaque é o fato de que, tanto a prática de prevenção quanto a de promoção deveriam já ter se constituído enquanto realidade em todas as áreas da saúde, no entanto, tais práticas não são contempladas verdadeiramente quando se refere à saúde mental. Uma prerrogativa que instiga discussões e questionamentos há muito postergadas mas que se mantém imprescindíveis na promoção do bem-estar, ressaltando entre estes a conexão entre os serviços de saúde mental e os da atenção básica em consonância com os preceitos e princípios estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica e Sanitária(2). A Reforma Psiquiátrica brasileira tratou-se de um processo contemporâneo ao Movimento Sanitário impetrado no país nos anos de 1970 em defesa da mudança dos moldes de gestão das práticas de saúde, atenção, ênfase na saúde coletiva, igualdade na oferta dos serviços e protagonismo dos profissionais e usuários dos serviços de saúde nos processos de produção de tecnologia de cuidado e gestão.

**Endereço:** Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

**Bairro:** Campus Fátima I

**CEP:** 37.554-210

**UF:** MG

**Município:** POUSO ALEGRE

**Telefone:** (35)3449-9232

**E-mail:** pesquisa@univas.edu.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



Continuação do Parecer: 3.629.213

Embora seja contemporânea da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica teve uma história singular inserida em um cenário internacional de mudanças visando a superação da violência asilar. A Reforma Psiquiátrica pode ser compreendida enquanto um processo social e político complexo, composto de instituições, atores e forças de

diferentes segmentos, incidindo em diversos territórios, nas universidades, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), os conselhos profissionais, no mercado dos serviços de saúde, nas associações de pessoas com transtornos mentais e familiares, nos territórios da opinião pública e do imaginário social e dos movimentos sociais diversos. Entendida enquanto um conjunto de transformações de valores sociais e culturais, nos saberes e práticas, é no cotidiano das relações interpessoais, das instituições e dos serviços que este processo avança, caracterizado por tensões, impasses, desafios e conflitos(3). Atualmente, quase 50 anos após o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, observa-se ainda que a

atenção aos pacientes psiquiátricos é negligenciada por diferentes segmentos da sociedade e pelas pesquisas acadêmicas, sendo possível encontrar um acervo ainda restrito de publicações científicas que abordam o cuidado em saúde prestado ao paciente com transtorno psiquiátricos. Assim, trata-se de uma temática ainda pouco debatida no país, seja na esfera de políticas públicas, seja no âmbito acadêmico. São diversos os aspectos que corroboram para que pacientes com comorbidades psiquiátricas sejam menos propensos a receber atenção primária de saúde, como a redução da percepção de dor, dificuldade de acesso e a falta de credibilidade por parte de profissionais. Tais fatores vão influenciar na demora pela busca de serviços de saúde por esses indivíduos, além disso, em geral, há uma tendência, por parte dos hospitais, de recusar esse tipo de paciente em virtude de entraves semelhantes. Neste contexto, é mais frequente a busca pelos serviços de Saúde de emergência, o que acarreta em

intervenções mais invasivas como procedimentos cirúrgicos haja vista que, quando busca o acesso a cuidados básicos de saúde, a doença já se encontra em estágio bem avançado. Considerando a complexidade desta questão entende-se que pacientes psiquiátricos precisam ter garantido o direito à saúde e ao diagnóstico precoce de doenças. Nesse contexto, a prevenção e o diagnóstico do câncer de próstata deve ser

estendido a esta população. O câncer continua sendo visto como uma doença estigmatizada, que caminha o indivíduo rapidamente para a finitude da sua vida, entretanto, existem diferentes tipos de tratamento para o combate da doença, contudo, a eficácia do tratamento está relacionado a um diagnóstico e, no caso de doentes psiquiátricos, o esforço inicial deve ser o de torná-los sujeitos de fato deste direito. O rastreamento do câncer de próstata é uma forma de diagnosticar a doença

**Endereço:** Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

**Bairro:** Campus Fátima I

**CEP:** 37.554-210

**UF:** MG

**Município:** POUSO ALEGRE

**Telefone:** (35)3449-9232

**E-mail:** pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



Continuação do Parecer: 3.629.213

em seu estágio inicial, momento em que o tratamento se torna mais eficaz. Sendo assim, o reconhecimento de que pacientes psiquiátricos tem direito a saúde e ao acesso a exames e tratamento é legítimo que seu atendimento deva ser baseado no respeito enquanto cidadão.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conhecer a percepção de médicos sobre a verdadeira acessibilidade e a vulnerabilidade do paciente psiquiátrico em relação ao rastreamento de próstata.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Mínimos

Benefícios:

Prevenção e rastreamento de neoplasia de próstata.

Difusão do conhecimento

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta relevância social e científica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os Termos de apresentação obrigatória estão presentes.

**Recomendações:**

Divulgar os resultados do estudo à comunidade escolar onde o mesmo foi realizado e à comunidade acadêmica, possibilitando a continuidade de estudos sobre o tema.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O presente projeto atende aos dispositivos da resolução 466/2012 e pode ser aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ao término do estudo apresentar relatório ao CEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1435139.pdf	27/09/2019 11:24:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJD.docx	27/09/2019 11:23:03	GUTEMBERG ADRIAN DE OLIVEIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA.docx	27/09/2019	GUTEMBERG	Aceito

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS  
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO  
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



Continuação do Parecer: 3.629.213

Brochura Pesquisa	BROCHURA.docx	11:19:58	ADRIAN DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORC.docx	27/09/2019 11:16:50	GUTENBERG ADRIAN DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONO.docx	27/09/2019 11:15:03	GUTENBERG ADRIAN DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	6.jpeg	20/09/2019 12:57:42	GUTENBERG ADRIAN DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPTCLE.pdf	20/09/2019 12:53:26	GUTENBERG ADRIAN DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	20/09/2019 12:45:47	GUTENBERG ADRIAN DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.jpeg	20/09/2019 12:36:52	GUTENBERG ADRIAN DE OLIVEIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO.docx	20/09/2019 12:17:37	GUTENBERG ADRIAN DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	20/09/2019 12:14:25	GUTENBERG ADRIAN DE OLIVEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

POUSO ALEGRE, 08 de Outubro de 2019

Assinado por:  
**Silvia Mara Tasso**  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

**APÊNDICE G - Orçamento Financiamento**

<b>Identificação do Orçamento</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valor em Reais (R\$)</b>
Encadernação	Custeio	100,00
Revisor de Português (folha)	Custeio	600,00
Papel A4 branco	Custeio	100,00
Xerocópias	Custeio	100,00
Total em Reais (R\$)		900,00

**Observação:** os gastos envolvidos no financiamento da pesquisa serão por conta única e exclusiva do pesquisador.

## APÊNDICE H - Cronograma de execução

O cronograma refere-se à disposição gráfica do tempo que será gasto na realização deste trabalho, de acordo com as atividades a serem cumpridas. Sua função é auxiliar no gerenciamento e controle deste estudo, permitindo de forma rápida a visualização de seu andamento.

<b>Identificação da Etapa</b>	<b>Início</b>	<b>Término</b>
Coleta de dados	04/11/2019	26/12/2019
Projeto de Pesquisa	13/09/2019	25/09/2019
Envio para Comitê de Ética	23/09/2019	26/09/2019
Análise dos dados	01/01/2020	20/02/2020
Redigir dissertação	02/03/2020	22/04/2020
Defesa	04/05/2020	24/07/2020

### **Normas Técnicas Adotadas na Dissertação do Mestrado**

Referências conforme Normas da ABNT NBR 6023/2002.

Disponível no link do Mestrado: [www.univas.edu.br/mbio/](http://www.univas.edu.br/mbio/)