

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**LUÍS FELIPE PERRIN OLIVEIRA**

**CIRURGIA BARIÁTRICA EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS: UMA  
QUESTÃO BIOÉTICA**

**CURITIBA**

**2018**

LUÍS FELIPE PERRIN OLIVEIRA

**CIRURGIA BARIÁTRICA EM PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS: UMA  
QUESTÃO BIOÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Linha de Pesquisa Bioética, Humanização e Cuidados Paliativos, da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Corradi Perini

**CURITIBA**

**2018**

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central  
Giovanna Carolina Massaneiro dos Santos – CRB 9/1911

Oliveira, Luís Felipe Perrin  
O48c      Cirurgia bariátrica em pacientes com transtornos mentais: uma questão  
2018      bioética / Luís Felipe Perrin Oliveira; orientadora: Carla Corradi Perini. – 2018.  
53 f.: il.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,  
Curitiba, 2018

Inclui bibliografias

1. Bioética. 2. Obesidade. 3. Cirurgia bariátrica. 4. Transtornos mentais.  
I. Perini, Carla Corradi. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.  
Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574



PUCPR  
GRUPO MARISTA

Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Escola de Ciências da Vida  
Programa de Pós-Graduação em Bioética - Stricto Sensu

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 18/2018  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética**

Em sessão pública às nove horas do dia vinte e sete de julho do ano de dois mil e dezoito, na sala 2 do mestrado, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação "**Cirurgia bariátrica em pacientes com transtorno mental: uma questão bioética**", apresentada pelo aluno **Luís Felipe Perrin Oliveira** sob orientação da **Professora Doutora Carla Corradi Perini** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

**Professora Doutora Carla Corradi Perini**  
Presidente

**Professor Doutor Thiago Rocha da Cunha**  
Membro interno (PUCPR)

**Professora Doutora Úrsula Bueno do Prado Guirro**  
Membro externo (UFPR)

**Professor Doutor Anor Sganzerla**  
Suplente

Início: 9:00 Término 10:50

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado APROVADO (aprovado/reprovado).

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionado (a): (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para ao cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno: **Luís Felipe Perrin Oliveira**

Professor Doutor Thiago Rocha da Cunha  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

Dedico este mestrado aos meus pais, pelo incentivo e apoio em todas as minhas escolhas e decisões, e a minha namorada que foi meu alicerce em todos os momentos, me ajudando a tornar possível mais esta conquista.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria primeiramente em agradecer a Deus por me guiar, iluminar e conduzir para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com as dificuldades. Agradeço a Ele também por ter me dado a oportunidade de buscar novas conquistas e aprendizado.

Aos meus pais, Celso e Lídice, por me fortalecerem a cada momento de luta, e que sempre me apoiaram em todas as minhas escolhas e decisões.

A minha namorada Tatiane, pelo incentivo, apoio, compreensão pelas minhas ausências, e por todos os momentos que passamos e que ainda vamos desfrutar juntos.

Aos professores e membros do PPGb, por acreditarem em um novo projeto de ensino, e fazer que com que alcançássemos “juntos” o objetivo final.

Meu agradecimento especial à professora, doutora e orientadora Carla Corradi Perini, por acreditar em mim, me fortalecer, me ensinar e mostrar qual seria o melhor caminho, por sua dedicação, empenho, que me enriqueceu através do seu conhecimento e sabedoria, a você deixo o meu MUITO OBRIGADO e minha eterna gratidão!

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.”

(THEODORE ROOSEVELT)

## RESUMO

A obesidade atualmente é considerada como uma epidemia global. Afeta milhões de pessoas, para as quais torna-se fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes, doenças articulares e alguns tipos de câncer, sendo considerada a segunda maior causa de morte ou morbidades. Apesar das diversas abordagens para tratamento e prevenção de obesidade, a cirurgia bariátrica vem sendo considerada uma das indicações mais efetivas, após uma série de tentativas de emagrecimento, onde aproximadamente 88.000 cirurgias bariátricas foram realizadas no ano de 2014 no Brasil, tornando-se atualmente uma das cirurgias mais realizadas no mundo. A Portaria nº425, de 19 de março de 2013, redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade, e estabelece que a cirurgia bariátrica está contraindicada para indivíduos com limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado e para aqueles com quadro de transtorno psiquiátrico não controlado. Entretanto, define que quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia. Assim, este estudo teve como objetivo analisar, através da literatura, os aspectos bioéticos relacionados à indicação de cirurgia bariátrica para os pacientes com obesidade e transtornos mentais. Trata-se de um estudo por meio de revisão integrativa da literatura, utilizando-se como base inicial a pergunta norteadora: Quais aspectos bioéticos podem ser relacionados à indicação de cirurgia bariátrica para os pacientes com obesidade e transtornos mentais? Foram analisados um total de 12 estudos, dos quais emergiram sete aspectos bioéticos: relação risco/benefício; beneficência; respeito à autonomia; não-maleficência; estigmatização das pessoas; integralidade do cuidado; responsabilidade profissional; tomada de decisão deliberada; vulnerabilidade. Esses elementos devem ser considerados em todas as fases da assistência, com especial atenção para avaliação e acompanhamento do paciente para a indicação cirúrgica e processo de consentimento para a realização de cirurgia bariátrica em pacientes com transtornos mentais. Assim, a bioética se apresenta como ponto importante a ser abordado, por tratar de conflitos éticos no qual estão envolvidas reflexões significativas e impactantes, e que compreendem diretamente questões voltadas à vulnerabilidade, autonomia e tomada de decisão.

**Palavras-chave:** Obesidade. Autonomia. Cirurgia Bariátrica. Bioética. Transtorno mental.



## ABSTRACT

Obesity is currently considered a global epidemic. It affects millions of people, for whom it becomes a risk factor for cardiovascular diseases, diabetes, joint diseases and some cancers, being considered the second major cause of death or morbidities. Despite the different approaches to obesity treatment and prevention, bariatric surgery has been considered one of the most effective indications after a series of attempts at weight loss, where approximately 88,000 bariatric surgeries were performed in Brazil in 2014. of the most performed surgeries in the world. Ordinance No. 425, of March 19, 2013, redefines the guidelines for the organization of prevention and treatment of overweight and obesity, and establishes that bariatric surgery is contraindicated for individuals with significant intellectual limitations in patients without adequate family support and for those with uncontrolled psychiatric disorder. However, it defines that severe psychiatric conditions under control are not contraindicated as mandatory for surgery. Thus, this study aimed to analyze, through the literature, the bioethical aspects related to the indication of bariatric surgery for obese patients with mental disorders. It is a study through an integrative review of the literature, using as an initial basis the guiding question: What bioethical aspects can be related to the indication of bariatric surgery for obese patients with mental disorders? A total of 12 studies were analyzed, from which seven bioethical aspects emerged: risk / benefit ratio; beneficence; respect for autonomy; non-maleficence; stigmatization of persons; integrality of care; professional responsibility; deliberate decision-making; vulnerability. These elements should be considered in all phases of care, with special attention to evaluation and follow-up of the patient for the surgical indication and consent process for performing bariatric surgery in patients with mental disorders. Thus, bioethics presents itself as an important point to be addressed, as it deals with ethical conflicts in which significant and impacting reflections are involved, and which directly include issues related to vulnerability, autonomy and decision making.

**Keywords:** Obesity. Autonomy. Bariatric surgery. Bioethics. Mental disorders.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Exemplos de técnicas de cirurgias bariátricas realizadas no Brasil .....	13
Figura 2 - Diagrama com etapas da busca bibliográfica para selecionar os artigos que versam sobre a avaliação e autonomia do paciente em saúde mental com indicativos da realização de cirurgia bariátrica .....	25
Quadro 1 – Estratégia de busca dos estudos na base de dados PubMed, maio 2017 .....	24
Quadro 2 - Caracterização dos estudos quanto aos títulos, autores, ano de publicação e periódicos ou instituições publicadas .....	26
Quadro 3 - Caracterização dos estudos quanto ao método de estudo, objetivos e interface com aspectos bioéticos identificados.....	27

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	– Associação Brasileira de Normas Técnicas
CB	– Cirurgia Bariátrica
CID	– Código Internacional de Doenças
CONITEC	– Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
DSM	– Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DUBDH	– Declaração Universal sobre a Bioética e Direitos Humanos
EAR	– Escala de Autoestima de Rosenberg
f.	– Folha
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	– Índice de massa corporal
ISBN	– <i>International Standard Book Number</i>
KG	– Quilograma
M <sup>2</sup>	– Metro quadrado
NBR	– Norma Brasileira Regulamentar
p.	– Página
PPGB	– Programa de Pós Graduação em Bioética
PUCPR	– Pontifícia Universidade Católica do Paraná
QI	– Quociente de Inteligência
SBCBM	– Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica
SIBI	– Sistema Integrado de Bibliotecas
SSS	– Shame and Stigma Scale
SUS	– Sistema único de saúde
TBP	– Transtornos bipolares
trad.	– Tradutor
UNESCO	– Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UTI	– Unidade Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2. ARTIGO - ASPECTOS BIOÉTICOS RELACIONADOS À INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA PARA O PACIENTE PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA</b> .....	20
2.1 INTRODUÇÃO.....	21
2.2 MÉTODOS.....	23
2.3 RESULTADOS .....	25
2.4 DISCUSSÃO.....	29
2.5 CONCLUSÃO .....	42
2.6 REFERÊNCIAS .....	44
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	49
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	51

## 1. INTRODUÇÃO

A obesidade é caracterizada pelo acúmulo de gordura no corpo. Uma de suas causas da obesidade é a ingestão excessiva de calorias que pode estar relacionada à quantidade e qualidade alimentar, aumento dos produtos industrializados e a restrição de tempo para refeições adequadas. A falta de atividade física também é um dos fatores contribuintes para a obesidade, junto com fatores genéticos e hormonais (SBCBM, 2015).

Seus fatores causais, sua prevalência e seu potencial para o desenvolvimento de comorbidades, fazem da obesidade uma questão discutida nacionalmente. É considerada uma epidemia global, atingindo 600 milhões de pessoas no mundo (SBCBM, 2015), sendo a obesidade, um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, diabetes, doenças articulares e alguns tipos de câncer, sendo considerada a segunda maior causa de morte ou morbidades (SBCBM, 2015). Estima-se que na população brasileira a prevalência de obesos seja 53,7%, tornando-a um dos principais alvos da atenção em saúde (BRASIL, 2014, p.51).

Segundo Fandiño, *et al* (2002), a obesidade é uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, e seu tratamento envolve vários tipos de abordagens. A orientação dietética, a programação de atividade física e o uso de fármacos anti-obesidade são os pilares principais do tratamento. Apesar das diversas abordagens para tratamento de obesidade, a cirurgia bariátrica vem sendo considerada uma das indicações mais efetivas, para pessoas com obesidade de grau 2 que não mostraram resultados após vários meses de tratamento com dieta adequada e prática de exercício físico regular.

Em 2014, foram realizadas aproximadamente 88.000 cirurgias bariátricas no Brasil (SBCBM, 2015), sendo atualmente uma das cirurgias mais realizadas no mundo, e um dos tratamentos com apresentação de bons resultados, quando seguido de acompanhamento pré, peri e pós-operatório, consecutivo da relevância dos critérios para a indicação cirúrgica.

A Portaria nº 425, de 19 de março de 2013, redefine as diretrizes para a organização da prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, nela estes definidos critérios para indicação e contra-indicação da cirurgia, que

assegura ao paciente condições para tal procedimento (BRASIL, 2013).

Segundo Fandiño, *et al* (2004), o conceito de Cirurgia Bariátrica demonstra o conjunto de procedimentos cirúrgicos voltados para o tratamento da obesidade. Para esta cirurgia, existem diferentes técnicas de procedimentos, que podem ser disabsortivas e/ou restritivas. Visto que as primeiras impõem a diminuição da absorção nutricional, a partir do desvio do intestino, as do segundo grupo restringem a capacidade de ingestão de alimentos, “grampeando” ou limitando o estômago através de um anel gástrico. A figura 1 ilustra algumas das técnicas de cirurgia bariátrica atualmente realizadas.

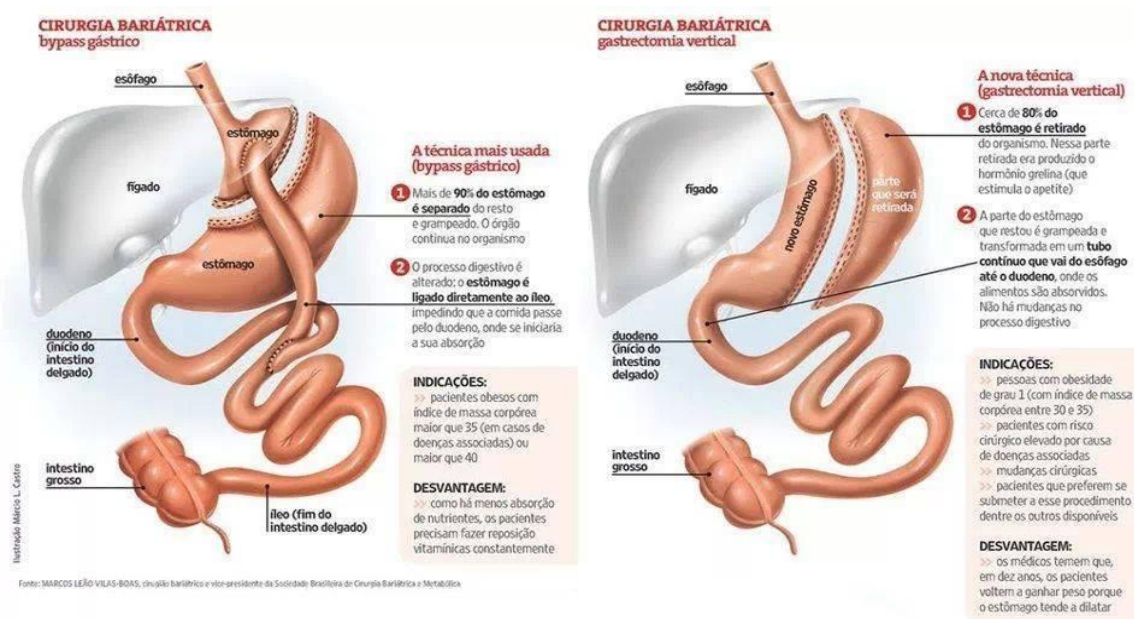


Figura 1 - Exemplos de técnicas de cirurgias bariátricas realizadas no Brasil.

Fonte: CONITEC, Nº 249, Fevereiro/2017

No caso da técnica de *bypass* gástrico em Y de Roux, a mais popular em todo o mundo, envolve a divisão do estômago do paciente em duas seções, consistindo de uma pequena bolsa superior, e uma seção inferior maior. Uma parte do intestino do paciente é, por isso, redirecionada para a pequena bolsa superior, contornando, dessa maneira, a maior parte do estômago (e o volume de comida que ela, potencialmente, poderia preservar). Há uma série de variações cirúrgicas para o *bypass* gástrico, dependendo dos princípios de reconexão com o intestino. O resultado dessa intervenção é um balizamento absoluto da porção de alimento que o paciente pode consumir, reduzindo, então, as calorias absorvidas pelo corpo, acabando em uma ágil e considerável redução de peso (MURRAY, 2008). Com essa intervenção, a previsão de perda de peso varia entre 40% e 45% da massa corporal inicial (SBCBM, 2013).

A intervenção de *bypass* gástrico pode ser realizada por intermédio de duas técnicas: a videolaparoscopia e a laparotomia (intervenção aberta). Quanto à perda de peso as duas técnicas têm resultados similares, mas segundo o relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec), de fevereiro de 2017, sobre a técnica por laparoscopia:

Os procedimentos cirúrgicos por laparoscopia estão relacionados a um menor tempo de permanência hospitalar, menor volume de sangue necessário durante a cirurgia, menor dor no pós-operatório, menor tempo de afastamento das atividades laborais, menor necessidade de UTI, menor incidência de hérnias incisionais, menor incidência de infecção na ferida cirúrgica e vazamento de anastomoses (pontos no trato gastrointestinal), menor incidência de complicações pulmonares (p.3).

Em 1994, a intervenção via laparoscopia começou a ser realizada, de forma que, quatro a sete incisões de 0,5 a 1,2 cm na região abdominal, a cavidade é inflada artificialmente por um gás de dióxido de carbono e é por meio dessas pequenas incisões que o cirurgião possui acesso ao setor de cirurgia. Já o *bypass* gástrico por laparotomia é realizado por intermédio de uma incisão no abdome, de 15 a 20 cms, acima da cicatriz umbilical, e a apresentação do setor de cirurgia é facilitado por intermédio de retratores. Nota-se que a intervenção videolaparoscópica é um autêntico desejo entre os pacientes, exatamente pelo absentismo do complexo corte alinhado na altura do abdome. As restrições quanto à indicação da Videolaparoscopia envolvem principalmente cirurgias abdominais prévias (BRENTANO, 2018).

A *bypass* é mais uma das inúmeras cirurgias que o SUS (Sistema Único de Saúde) oferece cobertura, dentre tantas outras na rede de saúde. Embora amplamente divulgada, a cirurgia bariátrica recebe restrições sobre a sua indicação para populações com autonomia limitada, como é o caso de crianças e adolescentes, idosos e pacientes com deficiência mental (SBCBM, 2015). Contudo, um grupo que ainda requer maiores reflexões sobre a acessibilidade a cirurgias bariátricas são pessoas com transtornos mentais. Importante destacar aqui que há diferença entre deficiência mental e transtornos mentais, sendo apenas este último o foco desta dissertação.

Para a compreensão dessa diferença, explica-se aqui brevemente o conceito e de deficiência mental, que teve atualização de sua terminologia no último Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) para deficiência intelectual. De acordo com o Manual DSM-V, o termo diagnóstico *deficiência intelectual* equivale ao diagnóstico da CID-11 de transtornos do desenvolvimento intelectual. Mesmo que,

o termo deficiência intelectual seja utilizado no Manual, os termos são empregados no título para esclarecer as relações com outros sistemas de classificação. Existe uma Lei Federal dos Estados Unidos (Public Law 111-256, Rosa's Law) que substituiu o termo retardo mental por deficiência mental, e periódicos de pesquisa usam deficiência intelectual. Entende-se que, deficiência intelectual é o termo de uso comum por médicos, educadores e outros, além de pelo público leigo e grupos de defesa dos direitos (DSM-V, 2014).

Enquanto o termo retardo mental foi usado no DSM-IV, deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) é o termo que passou a ser de uso comum nas últimas décadas entre profissionais da Medicina, da Educação e outros profissionais e pelo público leigo e grupos de apoio, e trazido pelo Manual DSM-V, seguidos dos critérios diagnósticos que enfatizam a necessidade de uma avaliação tanto da capacidade cognitiva (quociente de inteligência – QI) quanto do funcionamento adaptativo, determinante que a gravidade é através do funcionamento adaptativo, e não pelo score do QI (DSM-5, 2014).

Diferentemente, os transtornos mentais ou doenças mentais, foco dessa dissertação, são doenças que podem afetar o poder de pensamento, humor e comportamento do indivíduo. Dentre as doenças estão esquizofrenia, transtorno transafetivos e transtornos compulsivos, entre outros. (MAYO CLINIC, 2017). De acordo com o Ministério da Saúde 3% da população apresenta algum tipo de transtorno mental grave (SANTOS, *et al*, 2010).

A doença mental tem como principais fatores causais, herança genética, fatores ambientais antes do nascimento do indivíduo, e alterações de neurotransmissores. Muitos casos de doença mental acabam por prejudicar o poder de decisão e discernimento do paciente. Com a escassez de investimento do governo em saúde, pacientes com doenças mentais acabam ficando sem diagnóstico adequado e mesmo quando diagnosticados, muitos não conseguem ter acesso às medicações necessárias para o controle dos sintomas, na qual para a saúde pública, a redução de prevalência dos transtornos mentais ainda é um desafio (MURRAY, 1996).

A edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, o DSM<sup>1</sup>-5, publicada oficialmente em 2013,

---

<sup>1</sup> O DSM é um instrumento desenvolvido para ser aplicado por profissionais habilitados com experiência clínica e sólido conhecimento da psicopatologia.



remete a revisões e pesquisas de campo realizados por diversos profissionais divididos em diferentes grupos de trabalho, apresenta o objetivo de proteger a nova classificação, inclusive com a inclusão, reformulação e exclusão de diagnósticos, para que a pesquisa e a prática clínica, sejam embasadas cientificamente.

Um dos transtornos apresentados no DSM-5, e suas características que compõem um dos transtornos mentais consideráveis é o Transtorno com Sintomas Somáticos. Este caracteriza indivíduos que apresentam qualquer número de sintomas somáticos, que venham acompanhados por pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou preocupações associadas com a saúde, seguidos de características como: pensamentos desproporcionais e persistentes sobre a gravidade dos próprios sintomas; nível persistentemente elevado de ansiedade sobre a saúde ou sintomas; excesso de tempo e energia dedicados a estes sintomas ou problemas de saúde, o destaque dado aos pensamentos e comportamentos que acompanham o sintoma permite diagnosticar como uma doença clínica.

O Transtorno de Ansiedade de Doença, no DSM-5, descreve os indivíduos que provam um alto nível de ansiedade, mas o medo de estar doente não é acompanhado por sintomas somáticos (ARAÚJO; LOTUFO Neto, 2014). A ansiedade é uma indicação de alerta, um comportamento a determinado estímulo que prepara o indivíduo para a tomada de atitudes ou medidas de autopreservação. É vivenciada como uma impressão desagradável, difusa, que alguns autores classificam como subjetiva, de desconforto, seguida de um hiperfuncionamento autonômico, causando sintomas físicos variados, desde um estado de hipervigilância, impelidos para a resolução de problemas, até a presença de sintomas ocasionados pelo aumento do funcionamento adrenérgico ou pela resposta orgânica aumentada a este, tais como taquicardia, sudorese, tensão muscular, cefaléia e sensações somáticas variadas. (SADOKC, SADOCK, 2007; DSM-IV-TR, 2002).

A ansiedade é apontada como um fenômeno reacional normal, que todos os indivíduos irão vivenciar em algum momento da vida, quando ocorre de maneira proporcional ao estímulo ansiogênico precipitante, tem duração curta e autolimitada, estimulando o indivíduo para a manutenção de sua homeostase física e psíquica (CASTILLO; *et al*, 2000). Considera-se a ansiedade patológica quando ocorre de maneira desproporcional a uma provável causa, tanto em duração quanto em intensidade de sintomas, causando grande desconforto físico e psíquico, prejudicando

o desempenho pessoal e social ao invés de impulsionar para a resolução de situações. De acordo com seu estado patológico, a ansiedade é o quadro psíquico mais diagnosticado, tanto em adultos quanto em crianças (SADOCK; SADOCK, 2007; ALLGULANDER, 2007).

Apesar da depressão e ansiedade serem estudadas didaticamente de modo distinto é frequente que sintomas de ansiedade estejam acompanhados de sintomas depressivos, havendo uma estreita relação entre estas duas condições (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998; GALLUCI NETO, *et al* 2005; TELLES-CORREIA; BARBOSA, 2009; CAMPOS; *et al*, 2013). Observa-se que a neurotransmissão envolvida é a mesma e que existem relatos pouco frequentes de depressão evoluindo para ansiedade, mas relatos mais frequentes de ansiedade evoluindo para a depressão (LEVITAN *et al*, 2011).

A depressão é um estado patológico de rebaixamento do humor, vivenciado não somente por uma sensação de tristeza, mas sim uma sensação de vazio afetivo, sentimento de falta de forças e impotência para tomar atitudes e até para “sentir”. É caracterizada principalmente pela dificuldade em sentir prazer em situações triviais de vida, até as que anteriormente poderiam ser consideradas prazerosas. Pode estar acompanhada de diminuição da atividade volitiva, dificuldades em realizar tarefas, alterações de libido, irregularidades do sono e apetite, dificuldade de concentração e também sensações somáticas variadas, incluindo tensão muscular e dor (SADOCK, SADOCK, 2007; DSM-IV- TR, 2002).

De acordo com a OMS, cerca de 5,8% da população brasileira sofre e depressão, atingindo um total de 11,5 milhões de casos registrados no país, o índice é o maior da América Latina e o segundo das Américas, atrás apenas dos Estados Unidos, onde há registro de 5,9% da população com o total de 17,4 milhões de casos. (LABOISSIÈRE, 2017)

Em alguns países, os transtornos mentais comuns representam uma carga social que levam limitações físicas e conflitos sociais, que remete sofrimento significativo para o indivíduo e aqueles que convivem juntos. Regularmente, ansiedade e depressão não são diagnosticadas, e assim dificilmente o tratamento se concretiza (WHO, 2001). Fica sob a responsabilidade do indivíduo e dos familiares a percepção da mudança de humor e/ou demais características que evidenciem o transtorno.

Ainda, considerados os pacientes que sofrem de esquizofrenia e transtornos

bipolares, Silva (2006) corrobora que a definição atual de esquizofrenia indica uma psicose crônica idiopática, aparentando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem, sendo de origem multifatorial em que fatores genéticos e ambientais parecem estar associados a um aumento no risco de desenvolver a doença. Crow (1980) classifica a esquizofrenia ainda em subtipos I e II ou positivo/negativo, em que os principais sintomas da síndrome positiva (ou tipo I) são alucinações e delírios e da síndrome negativa (ou tipo II) são o embotamento afetivo e a pobreza do discurso.

Para transtornos bipolares (TBP), de acordo com Alda (1999), é uma condição psiquiátrica relativamente frequente, caracterizado por episódios de alteração do humor de difícil controle - depressão ou mania (bipolar I) ou depressão e hipomania (bipolar II). Sendo que os sintomas podem aparecer em qualquer idade, portanto mais comum entre o início da segunda e meio da terceira década de vida, mesmo ainda como uma doença não muito conhecida, muitos estudos apontam para a existência de disfunções complexas, incluindo alterações nos receptores e nos pós-receptores de neurotransmissores.

A maioria destes pacientes precisam estar acompanhados por seus familiares ou por pessoas diretamente ligadas a eles, devido os desgastes provocados pelos transtornos, tornando-se, por vezes o agente administrador e decisório em algumas situações pelo mesmo. Nesse sentido, vários questionamentos na perspectiva da bioética, emergem da assistência ao paciente portador de transtorno mental e que apresenta obesidade, possivelmente com comorbidades que justificariam a indicação de um procedimento cirúrgico, como a cirurgia bariátrica. Alguns desses questionamentos envolvem a discussão sobre a autonomia e a capacidade para tomada de decisão.

Além disso, deve-se ressaltar os riscos para a pessoa caso esta não consiga se adaptar às mudanças impostas pelo procedimento cirúrgico. Ehrenbrink, *et al* (2009, p. 94) discorrem sobre a necessidade de mudanças drásticas impostas pela cirurgia bariátrica sobre a alimentação, e nos âmbitos social e comportamental, e ressalta o surgimento de “dificuldades de adaptação à nova vida e de adesão ao tratamento, podendo, assim, colocar em risco o sucesso da cirurgia”. Fandiño e colaboradores (2004, p. 50) afirmam que “é de extrema importância uma avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa, visando a uma redução de possíveis complicações pós-operatórias”.

Desde 1999, no Brasil as cirurgias vêm sendo realizadas, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que estabeleceu a Rede de Atenção a Doenças Crônicas e o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Existem instrumentos que tentam amenizar a vulnerabilidade destes pacientes e os tentam protegê-los através de normas, diretrizes e portarias.

A portaria nº 425, de 19 de março de 2013, redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas. Nela estão definidos os critérios para indicação e contra-indicação da cirurgia, em que nas quais se destaca alguns critérios importantes que devem ser levados em consideração na indicação médica da cirurgia bariátrica para pacientes com transtornos mentais:

III. O indivíduo e seus responsáveis devem compreender todos os aspectos do tratamento e assumirem o compromisso com o segmento pós-operatório, que deve ser mantido por tempo a ser determinado pela equipe;

IV. Compromisso consciente do paciente em participar de todas as etapas da programação, com avaliação pré-operatória rigorosa (psicológica, nutricional, clínica, cardiológica, endocrinológica, pulmonar, gastroenterológica e anestésica).

2. Contra-indicações para cirurgia bariátrica:

a. Limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado;

b. Quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicativos obrigatórios à cirurgia (BRASIL, 2013, p.60).

Deve-se considerar que o tratamento cirúrgico é apenas parte do tratamento integral da obesidade, que é prioritariamente baseado na promoção da saúde e no cuidado clínico longitudinal, sendo, portanto, indicado apenas em alguns casos, conforme descrito na Portaria (BRASIL, 2013).

Analisando numa perspectiva bioética, deve-se, então, ressaltar os riscos acarretados pela não adesão ao tratamento após o procedimento cirúrgico. Adicionalmente, os transtornos mentais podem influenciar diretamente na capacidade de julgamento e autonomia para uma tomada decisão própria e vontade de pacientes obesos para submeter-se a cirurgia de emagrecimento. Posto isto, justifica-se conhecer os desafios éticos na decisão médica em indicar o tratamento e as consequências reportadas pós-cirurgia para essa população.

Assim, diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar através da literatura, os aspectos bioéticos relacionados à indicação de cirurgia bariátrica para os pacientes com obesidade e transtornos mentais.

Para a referente pesquisa, a metodologia empregada foi a revisão integrativa da literatura, que buscou responder à seguinte pergunta norteadora: Quais aspectos bioéticos podem ser relacionados à indicação de cirurgia bariátrica para os pacientes com obesidade e transtornos mentais?

Considerando a estrutura metodológica adotada, esta pesquisa tem seu desenvolvimento apresentado na forma de artigo científico intitulado “Aspectos bioéticos relacionados à indicação de cirurgia bariátrica para o paciente portador de transtorno mental: uma revisão integrativa”. Por fim, na sequência desta dissertação encontra-se um último capítulo, com as considerações finais do trabalho.

## **2. ARTIGO**

### **ASPECTOS BIOÉTICOS RELACIONADOS À INDICAÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA PARA O PACIENTE PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Bioethic aspects related to the indication of bariatric surgery for the patient with mental disorders: an integrating review

OLIVEIRA, Luís Felipe Perrin  
CORRADI-PERINI, Carla

#### **RESUMO**

Este estudo tem por objetivo analisar por meio da literatura, os aspectos bioéticos relacionados à indicação de cirurgia bariátrica para pacientes com obesidade e transtornos mentais. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, utilizando-se como base inicial a pergunta norteadora: Quais aspectos bioéticos podem ser relacionados à indicação de cirurgia bariátrica para os pacientes com obesidade e transtornos mentais? Foram analisados um total de 12 estudos, dos quais emergiram sete aspectos bioéticos: relação risco/benefício; beneficência; respeito à autonomia; não-maleficência; estigmatização das pessoas; integralidade do cuidado; responsabilidade profissional; tomada de decisão deliberada; vulnerabilidade. Esses elementos devem ser considerados em todas as fases da assistência, com especial atenção para avaliação e acompanhamento do paciente para a indicação cirúrgica e

processo de consentimento para a realização de cirurgia bariátrica em pacientes com transtornos mentais. Assim, a bioética se apresenta como ponto importante a ser abordado, por tratar de conflitos éticos no qual estão envolvidas reflexões significativas e impactantes, e que compreendem diretamente questões voltadas à vulnerabilidade, autonomia e tomada de decisão.

**Palavras-chave:** Autonomia. Bioética. Cirurgia bariátrica. Transtornos mentais.

### **ABSTRACT:**

This study aims to analyze the bioethical aspects related to the indication of bariatric surgery for obese patients with mental disorders. It is an integrative review of the literature, using as an initial basis the guiding question: Which bioethical aspects can be related to the indication of bariatric surgery for obese patients with mental disorders? A total of 12 studies were analyzed, from which seven bioethical aspects emerged: risk/benefit ratio; beneficence; respect for autonomy; non-maleficence; stigmatization of persons; integrality of care; professional responsibility; deliberate decision-making; vulnerability. These elements should be considered in all phases of care, with special attention to evaluation and follow-up of the patient for the surgical indication and consent process for performing bariatric surgery in patients with mental disorders. Thus, bioethics presents itself as an important point to be addressed, as it deals with ethical conflicts in which significant and impacting reflections are involved, and which directly include issues related to vulnerability, autonomy and decision making.

**Key words:** Autonomy. Bariatric surgery. Bioethics. Mental Disorders.

## 2.1 INTRODUÇÃO

A prevalência de obesidade tem aumentado progressivamente nos últimos anos. Estima-se que 15% da população brasileira tenha se tornado obesa e, desse total, entre 1 e 2 % correspondem a obesos mórbidos de grau III (IMC > 40 Kg/m<sup>2</sup>) (GELONEZE; PEREJA, 2006).

Segundo Segal e Fandiño (2002), a obesidade é uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, e seu tratamento envolve vários tipos de abordagens. A orientação dietética, a programação de atividade física e o uso de fármacos anti-obesidade são os pilares principais do tratamento. Entretanto, é válido destacar que o

tratamento convencional para a obesidade grau III continua produzindo resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até 2 anos. Assim, a indicação da cirurgia bariátrica vem aumentando de forma progressiva para a condução clínica de obesos graves.

A indicação do tratamento cirúrgico deve basear-se numa análise específica e criteriosa dos aspectos clínicos do doente. A avaliação desses pacientes no pré e pós-operatório deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar composta por endocrinologistas, nutricionistas, cardiologistas, pneumologistas, psiquiatras, psicólogos e cirurgiões (COUTINHO, 1999), entre outros.

De acordo com o Ministério da Saúde (2018) a indicação para cirurgia bariátrica segue os seguintes critérios: Indivíduos que apresentem  $IMC \geq 50$  Kg/m<sup>2</sup>; Indivíduos que apresentem  $IMC \geq 40$  Kg/m<sup>2</sup>, com ou sem comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado, por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos; Indivíduos com  $IMC > 35$  kg/m<sup>2</sup> e com comorbidades, sem sucesso no tratamento clínico longitudinal realizado por no mínimo dois anos e que tenham seguido protocolos clínicos. Dentre as contraindicações tem-se os seguintes critérios: limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado; quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas. Neste último item, tem-se a observação de que, no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contraindicações obrigatórias à cirurgia.

Das técnicas cirúrgicas existentes, como a Bypass Gástrico a Gastrectomia Vertical, é válido destacar os riscos associados à realização da cirurgia para qualquer indivíduo, como: trombose, risco de sangramento na ferida cirúrgica, embolia pulmonar, vômitos, diarreias, fezes com sangue, além de apresentar um aumento de psicopatologia associada. Sendo assim, é de extrema importância uma avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa, visando a uma redução de possíveis complicações pós-operatórias. (FANDINO, 2004).

Em relação aos benefícios da cirurgia bariátrica, podem ser citados a perda significativa de peso, e cura ou melhor controle de doenças associadas à obesidade, como hipertensão arterial, diabetes, asma, dislipidemias, entre outras. (FANDINO, 2004).

Acredita-se que os pacientes, cujos sintomas do transtorno mental não estejam bem controlados, podem ter sua autonomia comprometida para tomar decisões referentes ao seu tratamento. Sobretudo, podem estar mais expostos aos riscos

relacionados a não adesão às mudanças nos hábitos alimentares, sociais e comportamentais impostas pela cirurgia bariátrica (EHRENBRINK *et al*, 2009), destacando sua vulnerabilidade nesse processo. Fandiño *et al* (2004, p. 50) afirmam que “é de extrema importância uma avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa, visando a uma redução de possíveis complicações pós-operatórias”. Portanto, torna-se evidente a necessidade de um olhar da bioética para essa população obesa com transtorno mental candidatas à cirurgia bariátrica.

Assim, este estudo tem por objetivo analisar por meio da literatura, os aspectos bioéticos relacionados à indicação de cirurgia bariátrica para pacientes com obesidade e transtornos mentais.

## 2.2 MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de uma revisão integrativa, método que reúne, avalia e sintetiza os resultados de pesquisas sobre temática específica. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). As etapas percorridas na elaboração do estudo foram: elaboração da questão da pesquisa, amostragem ou busca na literatura dos estudos primários, extração dos dados, avaliação dos estudos primários incluídos, interpretação dos resultados, apresentação da revisão (SOUZA *et al*, 2010).

Para a elaboração da questão de pesquisa de revisão integrativa, utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para *patient, intervention, comparison, outcomes*). Essa estratégia favorece a formulação da questão da pesquisa na condução dos métodos de revisão que possibilita a identificação de palavras-chaves, que auxiliam na localização de estudos primários relevantes na base de dados. O primeiro ponto estratégico para a aplicação do método PICO foi: (P) Paciente com doença ou transtorno mental, (I) indicação para a cirurgia bariátrica e (O) aspectos bioéticos encontrados. A comparação representada pela letra “C” não se aplica ao objetivo deste estudo, devido que para este item, trata-se de uma situação clínica voltada para procedimento padrão, intervenção de comparação, placebo ou não intervenção, no qual não se enquadra neste estudo. (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). A aplicação dessa estratégia resultou na seguinte questão norteadora: “Quais aspectos bioéticos são identificados na indicação de cirurgia bariátrica para pessoas com obesidade e transtornos mentais?”



A busca dos estudos foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: Embase, Pubmed, Web of Science, Psycinfo, Google Acadêmico, Portal CAPES e Scopus. A estratégia de busca envolveu os artigos publicados entre os anos de 2007 a 2017, com os descritores: cirurgia bariátrica, autonomia, transtornos mentais (esquizofrenia, ansiedade, depressão, transtornos somáticos e transtornos bipolares) e bioética, e seus sinônimos reconhecidos pelos dicionários de descritores DECS e MESH. Compreendendo os idiomas português, inglês e espanhol, os artigos foram selecionados através dos resultados da estratégia de busca de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Para os critérios de inclusão, foram incluídos todos os artigos que remetiam aos aspectos bioéticos no contexto da cirurgia bariátrica e transtornos mentais, e como critérios de exclusão, foram excluídos os textos que não foram disponibilizados, textos incompletos, textos que apareceram em duplicata. A figura 2 ilustra a estratégia de busca em uma das bases de dados.

Quadro 1 - Estratégia de busca dos estudos na base de dados Pubmed, maio, 2017

Query	Items found
Search (((("Bariatric surgery"[Mesh] OR "Bariatric Surgical Procedures"[All Fields] OR "Bariatric Surgical Procedure"[All Fields] OR "Bariatric Surgeries"[All Fields] OR "Metabolic Surgery"[All Fields] OR "Metabolic Surgeries"[All Fields] OR "Stomach Stapling"[All Fields] OR "Sleeve gastrectomy"[All Fields] OR "Roux-en-Y gastric by pass"[All Fields] OR "Duodenal Switch"[All Fields]))) AND ((Schizophrenia[tiab] OR schizophrenia[mesh] OR bipolar disorder[mesh:noexp] OR "bipolar"[tiab] OR psychotic disorders[mesh:noexp] OR psychotic disorders[tiab] OR "psychotic disorder"[tiab] OR schizoaffective[tiab] OR mania[tiab] OR manic[tiab] OR "serious mental illness"[tiab] OR "severe mental illness"[tiab] OR "severe persistent mental"[tiab] OR "severe psychiatric illness" OR "bipolar"[tiab]))	54

Fonte: O autor. (2018)

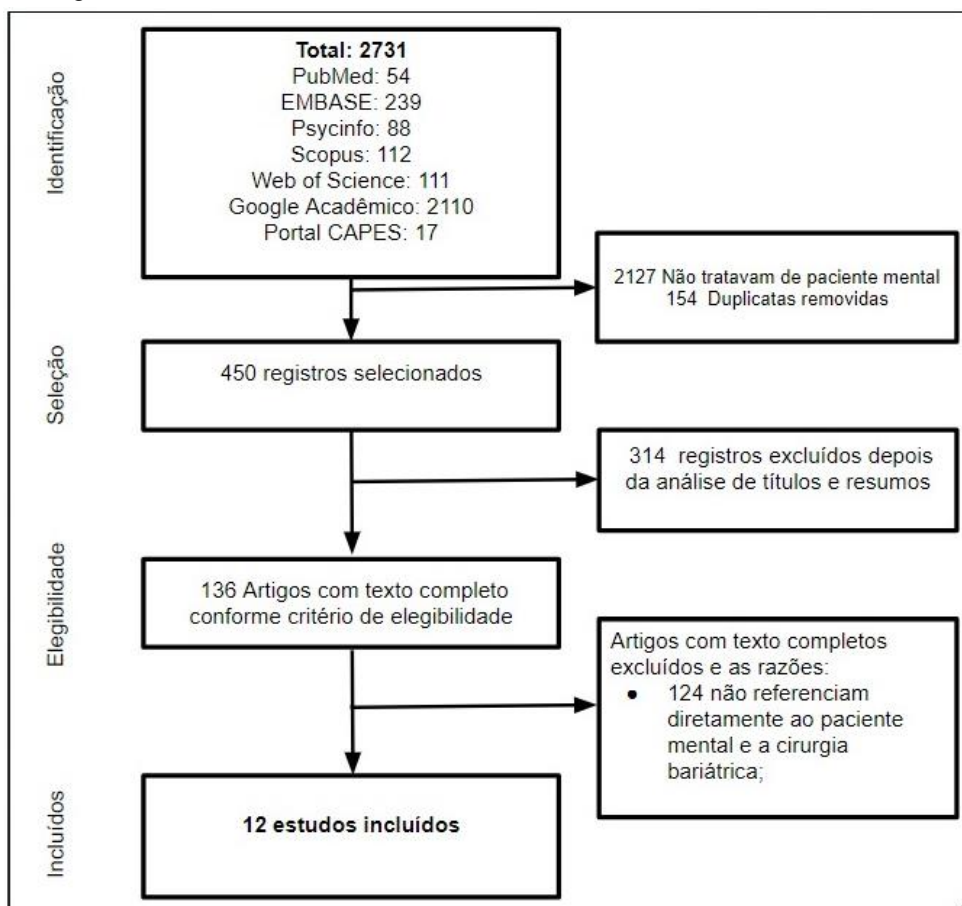
Primeiramente foram avaliados os títulos e resumos para seleção inicial dos artigos. Sequencialmente, foram buscados e analisados todos os textos completos dos artigos potencialmente elegíveis.

Os estudos duplicados, os que não se encontravam relacionados diretamente com paciente em saúde mental, e cirurgia bariátrica e publicações relacionadas a especificidades descritivas de saúde mental, obesidade, autonomia do paciente e cirurgia bariátrica foram excluídos desta análise.

Seguindo-se as estratégias estabelecidas, as buscas geraram um montante total de 2731 estudos publicados, sendo 54 disponíveis no banco de dados do PubMed, 239 no Embase, 88 no Psycinfo, 112 no Scopus, 111 no Web of Science, 2110 no Google Acadêmico e 17 no Portal Capes. Após aplicação dos critérios, foram

excluídos 314 a partir da leitura do título e resumo, e 124 após leitura do material integral foram excluídos por não referenciam diretamente a paciente mental e cirurgia bariátrica, resultando em 12 artigos (Figura 2).

Figura 2 - Diagrama com etapas da busca bibliográfica para selecionar os artigos que falam sobre a avaliação e autonomia do paciente em saúde mental com indicativos da realização de cirurgia bariátrica.



Fonte: O autor, 2018

### 2.3 RESULTADOS

Os 12 estudos utilizados nesta revisão integrativa estão apresentados no Quadro 1, sequencialmente, de acordo com o ano de publicação em ordem decrescente, sendo dispostos conforme esta ordem seus títulos, autoria, ano de publicação, tipo de publicações e periódicos ou instituições nos quais foram publicados. Os estudos foram publicados nos anos de 2016 (1), 2015 (2), 2012 (2), 2011 (2), 2010 (1), 2009 (1), 2004 (1). Com relação aos tipos de publicação, os doze são artigos científicos.

Quadro 2 - Caracterização dos estudos quanto aos títulos, autores, ano de publicação e periódicos ou instituições publicadas.

Artigo	Título	Autoria	Ano de Publicação	Tipo de Publicações	Periódico/ Instituição
1	Mental Illness and Psychotropic Medication use Among People Assessed for Bariatric Surgery in Ontario, Canada	Hensel, J. <i>et al</i>	2016	Artigo Científico	Obesity Surgery
2	Predictors of psychological symptoms in morbidly obese patients after gastric bypass surgery	Brunault, Paul <i>et al</i> ,	2015	Artigo Científico	Surgery For Obesity and Related diseases Journal
3	Psychiatric Disorders Among Obese Patients Seeking Bariatric Surgery- Results of Structured Clinical Interviews	Guerra, L.S.D. <i>et al</i>	2015	Artigo Científico	Obesity Surgery The Journal of Metabolic Surgery and Allied Care
4	The Double Stigma of Obesity and Serious Mental Illnesses: Promoting Health and Recovery	Mizock, L. <i>et al</i>	2012	Artigo Científico	Psychiatric Rehabilitation Journal
5	High preoperative depression, phobic anxiety, and binge eating scores and low medium-term weight loss in sleeve gastrectomy obese patients: A preliminary cohort study	Brunault, Paul <i>et al</i> ,	2012	Artigo Científico	Psychosomatics – The Journal of Consultation and Liaison Psychiatry
6	Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão	Gordon, C.P <i>et al</i>	2011	Artigo Científico	Directory of Open Access Journals
7	Prevalence of psychiatric disorders before and 1 year after bariatric surgery: The role of shame in maintenance of psychiatric disorders in patients undergoing bariatric surgery	Finks, J. F. <i>et al</i>	2011	Artigo Científico	Nordic Journal Psychiatry
8	Psychiatric disorders in bariatric surgery candidates- a review of the literature and results of a German prebariatric surgery sample	Muhlhans, B. <i>et al</i>	2009	Artigo Científico	General Hospital Psychiatry
9	Obesity in Patients With Severe Mental Illness: Overview and Management	McElroy, Susan L. <i>et al</i>	2009	Artigo Científico	Journal of Clinical Psychiatry
10	Surgical treatment of morbid obesity in schizophrenic patients	Hamoui, N. <i>et al</i>	2004	Artigo Científico	Obesity Surgery
11	Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos	Fandiño, J <i>et al</i>	2004	Artigo Científico	Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul
12	Psychopathology assessment of fifty patients with morbid obesity who applied for bariatric surgery	Perez Martinez, E. <i>et al</i>	2010	Artigo Científico	European Neuropsychopharmacology

Fonte: O autor. (2018)

Observa-se no quadro 1 as diversas formas metodológicas, sendo: estudo qualitativo exploratório (3), estudo quantitativo exploratório (1), estudo de prevalência

(1), estudo de coorte (1), estudo descritivo e analítico (1), ensaio clínico (1), estudo baseado em literatura e experiência (1), análise secundária de dados (1), (1) revisão seletiva de literatura e (1) estudo comparativo.

Quadro 3 – Caracterização dos estudos quanto ao método de estudo, objetivos e interface com aspectos bioéticos identificados.

Artigo	Método de Estudo	Objetivo	Principais resultados e [Interface com aspectos bioéticos]
1	Análise Secundária de dados	Relatar estudos realizados fora do Canadá com uma alta taxa de doença mental e uso de medicação psicotrópica entre candidatos de cirurgia bariátrica com impactos variáveis, como depressão, nos resultados cirúrgicos e de saúde mental.	Conciliação das formas viáveis de tratamento a obesidade, ou seja, inicialmente com medicamentos, seguido de indicação da cirurgia bariátrica para pacientes com doença mental. Pouco se discute sobre a autonomia na seleção do tratamento <b>[respeito à autonomia]</b> .
2	Estudo quantitativo exploratório	Determinar as variáveis de autoestima, pré-operatórias que poderiam prever os sintomas psicológicos 6 e 12 meses após a cirurgia para melhorar o desfecho clínico de pacientes obesos mórbidos submetidos a cirurgia bariátrica. O cenário era um hospital universitário na Espanha.	A apresentação do estudo remete aos pacientes com obesidade mórbida, que apresentam problemas psicológicos relacionados à autoestima e à imagem corporal, que podem influenciar no resultado psicológico pós-operatório. O benefício obtido com a cirurgia é a melhoria na qualidade de vida <b>[relação risco/benefício; beneficência]</b> .
3	Estudo qualitativo exploratório	O objetivo deste estudo é replicar achados prévios sobre a frequência de transtornos psiquiátricos e fatores associados entre pacientes obesos que buscam cirurgia bariátrica, avaliados através de entrevista padronizada.	As implicações prognósticas dos transtornos psiquiátricos no resultado da cirurgia interferem na decisão do profissional de não indicar o procedimento para o paciente devido a seu estado atual <b>[relação risco, não-maleficência]</b> .
4	Estudo baseado em literatura e experiência	Identificar maiores incidências de obesidade entre populações com doenças mentais graves.	Aceitação da indicação cirúrgica para intervenções em indivíduos em recuperação de doenças mentais para promover a saúde diante do duplo estigma vivenciado pelas pessoas (obesidade e doença mental) <b>[estigmatização das pessoas]</b>
5	Estudo de coorte	Avaliar as associações entre perda de peso e depressão pré-operatória, ansiedade e achado compulsivo em pacientes submetidos a gastrectomia “sleeve” para obesidade mórbida.	Respeito e autonomia, quanto a indicação cirúrgica ao paciente com doença mental <b>[respeito à autonomia]</b> .
6	Revisão seletiva da Literatura	Sintetizar o estado atual de conhecimentos referentes ao acompanhamento psiquiátrico de pacientes bariátricos.	Fundamental importância da competência dos profissionais de saúde mental, que integrem as equipes que avaliam e acompanham os pacientes bariátricos <b>[integralidade do cuidado; responsabilidade profissional]</b> .
7	Estudo qualitativo exploratório	O presente estudo examinou a prevalência de transtornos psiquiátricos antes e 1 ano após a cirurgia de perda de peso. Além disso, estudos de nível de vergonha pré-operatória que poderiam ser um fator de manutenção para transtornos psiquiátricos no seguimento de 1 ano.	Pacientes com “vergonha”, do estado físico, demonstram fragilidade mediante ao tratamento da obesidade e acarretam a indicação cirúrgica, tornando-se mediante a sociedade um ser “vulnerado” <b>[vulnerabilidade]</b> .

Continua

Quadro 3 (Continuação) – Caracterização dos estudos quanto ao método de estudo, objetivos e interface com aspectos bioéticos identificados.

Artigo	Método de Estudo	Objetivo	Principais resultados e [Interface com aspectos bioéticos]
8	Estudo qualitativo exploratório	Investigar a prevalência da psicopatologia do Eixo I em candidatos à cirurgia bariátrica e comparar os resultados com os resultados dos poucos estudos publicados até o momento.	Apresentado indicação cirúrgica, apenas baseado em estudo de análise psicológica antes da indicação do procedimento <b>[relação risco/benefício]</b> .
9	Estudo descritivo e analítico	Descrever a obesidade em pacientes com doença mental grave, demonstrando as diversidades de gestão e tratamento.	Para os pacientes com doença mental grave e obesidade, tratamentos com medicamentos psicotrópicos que são eficazes para o tratamento do transtorno mental, associada ao respeito e autonomia do paciente, mediante a escolha do tratamento <b>[tomada de decisão deliberada; respeito à autonomia]</b> .
10	Ensaio Clínico	Avaliar se os medicamentos antipsicóticos mais atuais, que ofertam a melhoria do tratamento da esquizofrenia, mas eles são conhecidos por estarem associados ao aumento de peso sério.	Os resultados da cirurgia bariátrica em tais pacientes são comparáveis aos dos pacientes com obesidade mórbida não psicótica, portanto se faz necessário mais acompanhamento, mesmo que sejam mais encorajadoras, de acordo com a indicação correta do tratamento e competência do profissional <b>[relação risco, não-maleficência]</b> .
11	Estudo comparativo	O objetivo deste artigo é apresentar uma atualização sobre as técnicas cirúrgicas, assim como aspectos clínicos e psiquiátricos envolvidos com este procedimento.	Avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa, visando a uma redução de possíveis complicações pós-operatórias, baseada em respeito e autonomia do paciente <b>[integralidade do cuidado; respeito à autonomia]</b> .
12	Estudo de prevalência	O objetivo do artigo é incorporar uma avaliação de psicopatologia em um grupo de pacientes que sofrem de obesidade mórbida que se candidatam à cirurgia bariátrica e que participam em um programa específico de preparação cirúrgica (multidisciplinar programa de grupo de intervenção pré-cirúrgica).	Abordagem psicossocial e recomendações comportamentais e fornecer feedback crítico que pode aumentar consideravelmente as chances de sucesso pós-cirúrgico, com respeito à autonomia e tomada de decisão do paciente <b>[respeito à autonomia]</b> .

Fonte: o autor (2018)

Importante ressaltar que nenhum estudo explicita no título e objetivo, uma discussão de aspectos bioéticos no contexto de cirurgia bariátrica em pacientes com transtornos mentais. Assim, os aspectos bioéticos emergiram da análise dos artigos e estão apresentados como “interface com aspectos bioéticos” no quadro 2, sequencialmente à apresentação dos resultados e envolvem: respeito à autonomia, relação risco/benefício, beneficência, não-maleficência, estigmatização e vulnerabilidade, integralidade do cuidado, responsabilidade profissional e tomada de decisão deliberada, que compõem as categorias discutidas na próxima seção deste artigo.

## 2.4 DISCUSSÃO

Evidências na literatura sugerem que a cirurgia bariátrica é uma resposta viável para a obesidade em pacientes com alguns transtornos mentais a exemplo da esquizofrenia ou transtornos bipolares (SHELBY, 2015). No entanto, apesar da obtenção de bons resultados relacionados à perda de peso após um ano de cirurgia, alguns estudos mostraram que os pacientes com esses transtornos apresentaram aumento dos sintomas psiquiátricos no período pós-cirúrgico (STEINMANN; *et al*, 2011). Os resultados ainda não são conclusivos e nem definitivos e, pouco tem se abordado sobre o aspecto ético na decisão de indicar cirurgia bariátrica a pacientes com transtorno mentais, em benefício de sua autonomia e bem-estar.

Para minimizar os conflitos morais relacionados à indicação da cirurgia nos pacientes com obesidade e transtornos mentais, o paciente deve ser amplamente orientado, assim como os familiares e ou cuidadores. É necessário não apenas valorizar os aspectos positivos da cirurgia, por exemplo, a melhora no bem-estar do paciente, mas principalmente, reconhecer que a cirurgia implica em muitas mudanças nos hábitos diários do paciente e possui complicações precoces e tardias, compartilhando com o paciente e seus familiares a decisão sobre realizar ou não o procedimento.

De acordo com os discursos de Bader (2002) e Wanderley (2002), destaca-se que a pessoa com obesidade e transtorno mental aflige-se pela exclusão, ficando claro que sofre com a discriminação (dimensão subjetiva do sofrimento), mas termina aceitando e até compactuando com a exclusão, com o isolamento, gerando uma atmosfera de conformismo amparada na sintomatologia do doente com transtorno mental, sobretudo na agressividade e na imprevisibilidade.

Nesse sentido, a discussão sobre essa temática será pautada nos sete aspectos bioéticos que emergiram da busca ativa nos poucos estudos que versam sobre a cirurgia bariátrica em pacientes com transtornos mentais, e que compõem os próximos subitens.

### 2.4.1. Respeito à autonomia

O princípio da autonomia, conhecido também o princípio do respeito às pessoas, requer que as pessoas tenham a auto governança, ou sejam autônomas,

quer nas suas escolhas, quer nos seus atos. Reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida e o respeito à sua intimidade, limitando, dessa forma, a intromissão dos outros indivíduos no mundo da pessoa que esteja em tratamento. Na obra de grandes pensadores como Locke (1976), Kant (1968) e Mill (1974), através de uma tradição liberal ocidental, destaca neste princípio a importância da liberdade para a vida política e o crescimento pessoal. Loch *et al* (2009), destacam “dentre os direitos do ser humano, o direito de liberdade da própria pessoa e nenhum outro ser tem autoridade sobre ela, porque em cada um reside a livre disposição da mesma”. E o reconhecido expoente do utilitarismo como filosofia moral e política, J. Stuart Mill, faz uma afirmação que se constitui em verdadeiro alicerce da autonomia moral: “Sobre si próprio, sobre o seu próprio corpo e mente, o indivíduo é soberano” (MILL, 1974).

A autonomia e a liberdade tornam-se propriedades fundamentais da personalidade moral, é possível formular o princípio da autonomia aplicado ao exercício da medicina como o poder de decidir e de usar o próprio corpo, baseado na autoridade e responsabilidade que dele temos (LOCH; *et al*, 2009). Ou, como declaram Beauchamp e Mccullough, “o fim da medicina é promover os melhores interesses do paciente, tal como vêm determinados pelas decisões autônomas de cada um deles” (BEAUCHAMP; MCCULLOUGH, 1998).

Na maioria das indicações de tratamento terapêutico, o paciente exerce a sua autonomia em escolher e decidir qual conduta escolher, sendo clínico e ou até mesmo cirúrgico. De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a pessoa humana tem a capacidade de se autogovernar, conforme citado nos artigos 18 e 19: (UNICEF BRASIL, 1948)

Todo o homem tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferências, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios, independentemente de fronteiras.

A autonomia é a capacidade que se tem de decidir, fazer ou buscar aquilo que se julga ser o melhor para si. Para que se possa exercer esta autodeterminação são necessárias condições fundamentais como: a) capacidade para agir intencionalmente, o que pressupõe compreensão, razão e deliberação para decidir coerentemente entre as alternativas que lhe são apresentadas; b) liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para sua tomada de posição (BEAUCHAMP, CHILDRESS; 2002).

Autonomia não se atribui a ninguém: cada um tem a própria. As influências sobre a personalidade certamente existem, em todas as pessoas. São elas de índole genética, cultural, decorrente de "doenças", de traumas físicos ou psíquicos. Mas, dentro desta visão de cada pessoa, "de dentro para fora", e não por julgamento de terceiros, cada ser pode sentir-se soberano ao exercer algum tipo de autodeterminação (SEGRE; SILVA; SCHRAMM, p.7 ).

O respeito à autonomia significa que se deve ter consciência que cada pessoa tem um projeto de vida próprio, tem seus pontos de vista e opiniões, de fazer escolhas autônomas, de agir segundo seus valores e convicções. Respeitar a autonomia é, em última análise, preservar os direitos fundamentais do ser humano, aceitando o pluralismo ético-social que existe na atualidade (BEAUCHAMP, CHILDRESS; 2002).

Para os pacientes com transtornos mentais, a autonomia por vezes, fica comprometida devido a determinadas situações que requerem tomada de decisões invasivas e irreversíveis, como a realização da cirurgia bariátrica, na qual a autonomia, torna-se um processo único e contínuo. De acordo com as categorias criadas, cinco dos artigos remeteram a situações que sugestionam a este princípio da Bioética. Brunault, *et al* (2012), corroboram que "respeito e autonomia", devem ser discutidos, quanto à indicação cirúrgica ao paciente com doença mental. McElroy (2009) afirma que para os pacientes com doença mental grave e obesidade, tratamentos com medicamentos psicotrópicos são eficazes para o tratamento do transtorno mental, associada ao respeito e autonomia do paciente, mediante a escolha do tratamento. Fandiño *et al* (2004) discorrem que avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa, visa a uma redução de possíveis complicações pós-operatórias, baseada em respeito e autonomia do paciente. Perez, *et al* (2010) apontam que para a abordagem psicossocial e recomendações comportamentais, deve-se fornecer feedback crítico que possa aumentar consideravelmente as chances de sucesso pós-cirúrgico, com respeito à autonomia e tomada de decisão do paciente. Hensel, *et al* (2016), referem-se à conciliação das formas viáveis de tratamento a obesidade, ou seja, inicialmente com medicamentos, seguido de indicação da cirurgia bariátrica para pacientes com doença mental. Entretanto, percebe-se a mínima discussão sobre a autonomia na seleção do tratamento.

Apesar de ser um elemento fundamental a se considerar na indicação da cirurgia bariátrica, o respeito à autonomia não foi citada pelos outros autores, ficando a dúvida quanto ao processo de tomada de decisão referente à cirurgia para pacientes com transtornos mentais. Entende-se que o paciente precisa ser informado das



mudanças significativas pelas quais ele atravessará, no pré-operatório, seguido de um acompanhamento psicológico que fornece condições para que o paciente perceba a amplitude do processo que passará e o ajuda a tomar decisões mais conscientes e de acordo com seu caso particular.

Destaca-se a utilização de consentimento informado, na qual Beauchamp e Childress (1994), corroboram que consentimento informado é considerado especialmente como um processo que envolve o tempo, e pode ser retirado com o tempo; “Concordamos em que é essencial que se entenda o consentimento informado como um processo que ocorre com o tempo, e que se evite a visão comum de que um formulário de consentimento assinado é a essência do consentimento informado”.

Ainda remete um outro sentido de consentimento informado, que utiliza regras institucionais a fim de obter consentimento legal e válido de paciente e familiares mediante pesquisas ou antes de proceder aos procedimentos terapêuticos. Muitas vezes, o consentimento informado não prove de atos autônomos e podem parecer autorizações insignificativas, ou seja, um paciente ou sujeito de pesquisa pode indeferir a autorização dessa intervenção. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

Buscar respeitar a autonomia de pacientes vulneráveis a determinadas doenças ou situações exige uma quebra de paradigma. Pois, se determina que a pessoa autônoma seja excepcionalmente autêntica, segura, consistente, controlada, resistente ao controle de autoridades, e fonte original dos valores, crenças e planos de vida pessoais. Ou seja, alguém pode e deve ser um objeto apropriado de respeito mesmo que não satisfaça os requisitos ideais de autonomia (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994 *apud* BENN, 1976).

Segundo Almeida (2010), pacientes psiquiátricos podem (ou não) se encontrar clinicamente impedidos de consentir soberanamente, dado que existe a possibilidade de o distúrbio que os afeta dificultar ou impedir o uso de um ou mais atributos da cognição. Com tal característica, ocorre com o precoce ou aqueles que por outras razões de saúde se tornaram incapazes para fazer escolhas e tomar decisões. Pessoas devem ser tratadas como seres humanos, ou seja, portadoras da dignidade inerente que se confere a todos e qualquer um, simplesmente por serem pessoas, se pode conceber que isso inclua o direito de não serem discriminadas, cabe ao profissional médico, avaliar a autonomia e a tomada de decisão do paciente, priorizando o risco de persistência de comorbidade psiquiátrica em comparação aos pacientes com baixos níveis pré-operatórios.

Afirma-se com a interpretação da leitura destes artigos que, um paciente com transtornos mentais, sujeito a uma avaliação cuidadosa de comorbidade psiquiátrica e de variáveis sociodemográficas, um processo bem documentado, bem como uma caracterização de subgrupos, como dos pacientes com história de vida de um transtorno alimentar pode ser essencial para obter plena compreensão do mérito do processo, portanto necessita-se de maior integração entre o paciente e sua autonomia, tratados com respeito pela sua capacidade de decisão, sob o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida, na qual conseqüentemente, quaisquer atos médicos devem ser autorizados pelo paciente ou seus familiares.

#### **2.4.2. Risco/benefício**

A relação risco/benefício é amplamente discutida no âmbito da ética em pesquisa com seres humanos, onde “o termo risco refere-se à possibilidade de ocorrência de dano aos participantes” e “o termo benefício diz respeito a algo positivo relacionado à saúde e ao bem-estar” (RYAN, 2014). Assim, “avaliações entre risco e benefício são relativas a probabilidades e à dimensão dos possíveis danos e dos benefícios esperados” (RYAN, 2014). Apesar desses conceitos serem utilizados no âmbito da ética em pesquisa, se aplicam também no contexto clínico. Segundo o artigo 4º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) (2006), na aplicação dos conhecimentos científicos e no uso da tecnologia na prática clínica, devem ser maximizados os benefícios diretos e indiretos para os pacientes e minimizados os danos a eles.

Mesmo com todos os avanços relacionadas às técnicas empregadas na cirurgia bariátrica, esta apresenta uma série de complicações inerentes ao processo cirúrgico que pode acometer qualquer indivíduo submetido à mesma. Dentre essas complicações, destacam-se embolia pulmonar, sangramento na ferida cirúrgica, fístulas, vômitos, diarreias e fezes com sangue (FRAZÃO, 2018). Apesar da falta de evidências científicas, Ehrenbrink, *et al* (2009) sugerem que para o paciente portador de transtorno mental, há uma susceptibilidade maior a esses riscos decorrentes da não adesão às mudanças nos hábitos alimentares, sociais e comportamentais necessárias para o adequado resultado da cirurgia bariátrica. Dos estudos incluídos nesta revisão, apenas Hamoui (2004), destaca que os resultados da cirurgia bariátrica

em tais pacientes são comparáveis aos dos pacientes com obesidade mórbida não psicótica.

Há alguns anos atrás, apesar de não haver consenso na literatura, os transtornos mentais, especialmente do humor, ansiosos e psicóticos eram comumente considerados contraindicações para a cirurgia bariátrica (SEGAL; LIBANORI; AZEVEDO, 2002; KARLSSON; SJOSTROM; SULLIVAN, 1998). Ainda, não há dados precisos nem fatores preditivos de bom ou mau prognóstico adequadamente estudados e/ou comprovados, mas os critérios de contraindicação da cirurgia, determinados na portaria nº 425, de 19 de março de 2013, envolvem apenas a limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado e o quadro de transtorno psiquiátrico não controlado. Pacientes com transtornos psiquiátricos graves sob controle podem realizar a cirurgia (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, mesmo com o estabelecimento desses critérios, é de responsabilidade da equipe multiprofissional em analisar a relação risco/benefício para a indicação de cirurgia bariátrica.

Tratando de benefícios para a realização da cirurgia bariátrica, alguns estudos mostram melhora da qualidade de vida dos pacientes após a realização da cirurgia, inclusive melhora de quadros depressivos, ansiosos, alimentares e de insatisfação com a imagem corporal (SEGAL; LIBANORI; AZEVEDO, 2002; KARLSSON; SJOSTROM; SULLIVAN, 1998; KALARCHIAN; *et al.*, 1999; POWERS; *et al.*, 1997; DIXON; DIXON; O'BRIEN, 2002). Por outro lado, Appolinario (1998) alerta que deve-se atentar, para a ocorrência de novos episódios depressivos que podem aparecer após a cirurgia e necessitar suporte e tratamento especializados. Assim, Tanto o paciente com transtornos mentais e seus familiares, devem estar cientes dos riscos que podem ocorrer após a realização do procedimento cirúrgico, sejam eles riscos cirúrgicos com alterações ou piora dos transtornos mentais.

Dos estudos selecionados para esta revisão integrativa, Brunault, *et al* (2015) afirmaram que a cirurgia bariátrica proporcionou melhoria na qualidade de vida de pacientes que apresentavam problemas psicológicos relacionados à autoestima e à imagem corporal. Muhlans, *et al* (2009), utilizaram a avaliação do estado psicológico do paciente como o principal fator para indicação cirúrgica.

O paciente tem direito em ter conhecimento de todos os riscos, contraindicações e benefícios e indicações do tratamento terapêutico proposto, assim como também os familiares para os pacientes com transtornos mentais. Essa é uma

premissa para que o primeiro item dessa discussão (respeito à autonomia) seja de fato realizado.

A avaliação pré-operatória tem como objetivo otimizar a condição clínica do paciente candidato a cirurgias com vistas a reduzir a morbidade e a mortalidade perioperatória. (GARCIA-MIGUEL; SERRANO-AGUILAR; LÓPEZ-BASTIDA, 2003; MUNRO; BOOTH; NICHOLL, 1997; NARR; WARNER; SCHROEDER, 1997; VELANOVICH, 1991). Para uma boa conduta clínica/cirúrgica, a avaliação pré-operatória requer a realização de anamnese, exame físico adequado e, quando necessário, exames complementares, definidos a partir de dados sugestivos encontrados na história e no exame físico e, também, na necessidade de monitorizar condições clínicas específicas que possam sofrer alterações durante as cirurgias ou procedimentos associados. Diante de indicação cirúrgica é necessário avaliar o risco envolvido. Uma boa anamnese e exame físico são as mais importantes etapas na avaliação pré-operatória para estimar o risco cardíaco, as complicações pulmonares e/ou infecciosas e determinar a capacidade funcional e psicológica do paciente. (FERNANDES; *et al*, 2010)

### **2.4.3. Beneficência**

Como tomar a decisão de indicar a cirurgia, pautado em um princípio de beneficência, frente à possibilidade dos riscos relacionados a não adesão às orientações pós-cirúrgicas decorrentes da exacerbação desses sintomas?

A beneficência significa fazer o bem, trazer benefício para o outro e ser bom, não apenas do ponto de vista técnico-assistencial, mas também do ponto de vista ético. Seguido de todos os conhecimentos e habilidades a serviço do paciente, considerando, na tomada de decisão a minimização dos riscos e a maximização dos benefícios (LOCH, 2002). Assim, não se pode afirmar que não se deve indicar a cirurgia bariátrica para todos os pacientes com transtornos mentais. Muitos poderiam pensar que a não indicação da cirurgia pudesse ser o curso de ação mais adequado para não se desrespeitar o princípio da não-maleficência. Propiciar ao paciente o tratamento correto, independente do diagnóstico, de comorbidades e outros, também se aplica ao paciente com doença e ou transtornos mentais, a ele cabe o mesmo direito como qualquer outro paciente, sendo justo as vias de tratamento ofertadas.

Beauchamp e Childress (1994) distinguem a beneficência da não maleficência,

enfatizando-a como uma ação que beneficia o outro, através de uma situação moral de agir em benefício do próximo, destacando a virtude de agir com benevolência. Assim, neste contexto, a beneficência está condicionada a uma adequada avaliação pré-cirúrgica (incluindo uma adequada avaliação psicológica) que remeterá à indicação terapêutica mais adequada ao paciente, e em se tratando de indicação cirúrgica, inclui-se o acompanhamento pós-operatório.

Dos estudos selecionados para esta revisão, apenas Brunault *et al* (2015), remetem a ideia de beneficência, com a indicação da cirurgia considerando o bem do paciente, traduzido pela melhoria na qualidade de vida.

Compete ao profissional de saúde, a coerência e plenitude da ética clínica, com a tomada de decisão assertiva para este tipo de indicação cirúrgica e este tipo de paciente, considerando o princípio da beneficência. Peel (2005), confirma que na área psiquiátrica, muitos pacientes são considerados incompetentes em consequência de sua condição clínica. Mediante a ética médica formal recai na beneficência para decidir como devem ser tratados. Os artigos analisados neste estudo, demonstraram que para esses pacientes, o tratamento adjuvante da cirurgia bariátrica pode ser apropriado para superar transtornos psiquiátricos.

#### **2.4.4. Não-maleficência**

Nesta revisão, apesar de não explícito, dois artigos apontaram para uma preocupação com a não-maleficência. Guerra (2015) destaca que as implicações prognósticas dos transtornos psiquiátricos no resultado da cirurgia interferem na decisão do profissional de não indicar o procedimento para o paciente devido a seu estado atual. Hamoui (2004), apesar de reconhecer que os resultados da cirurgia bariátrica em tais pacientes são comparáveis aos dos pacientes com obesidade mórbida não psicótica, remete à precaução, entendendo que se faz necessário mais acompanhamento, de acordo com a indicação correta do tratamento e competência do profissional.

Em busca pela garantia de propiciar uma assistência de melhor qualidade para produção de dados em pesquisas, e a semelhança na coleta de dados, atualmente existe uma diversidade de testes e escalas padronizadas para serem utilizadas no contexto da saúde. Avaliar e acompanhar o paciente para qualquer indicação cirúrgica e ou terapêutica, requer do profissional capacidade em utilizar protocolos clínicos e

instrumentos de avaliações que permitam concluir diagnósticos e monitorar condições clínicas específicas.

As escalas trazem as diversas formas de questionamentos, critérios, indicadores, que por fim, remetem ao pesquisador, ou profissional a garantia de uma decisão correta, ou uma avaliação minuciosa.

Nos artigos analisados, observa-se o uso frequente da Escala de Shame, Shame and Stigma Scale (SSS), um instrumento que avalia o estigma social e a vergonha e a Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), devido a maior utilização da Escala de Shame, destacamos com maior intensidade a descrição e os elementos principais.

A Escala de Shame, Shame and Stigma Scale (SSS), afere o sentimento de sentimento interno de vergonha, ou o que se pensa e sente sobre si mesmo, chamado de “vergonha traço”, os itens de explorar avaliações globais negativos do auto, auto-crítica, comportamentos de esquiva, e comportamento submisso; estes dois instrumentos foram combinados desta maneira a contrariar uma polarização aquiescência e um conjunto de resposta negativo.(VIKAN; *et al*, 2010).

A Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR (Rosenberg, 1965), utilizada por pesquisadores e profissionais, visa a mensuração da autoestima do paciente. É uma escala extremamente conceituada mundialmente, e contextualizada pelo autor como um instrumento único capaz de avaliar o nível de autoestima em baixo, médio e alto.

A baixa autoestima se expressa pelo sentimento de incompetência, inadequação e incapacidade de enfrentar os desafios; a média é caracterizada pela oscilação do indivíduo entre o sentimento de aprovação e rejeição de si; e a alta consiste no autojulgamento de valor, confiança e competência (Rosenberg, 1965).

Relata-se que a escala original foi desenvolvida para adolescentes e possui dez sentenças fechadas, sendo cinco referentes à “autoimagem” ou “autovalor” positivos e cinco referentes à “autoimagem negativa” ou “autodepreciação”.

Para uso no Brasil, a Escala de Autoestima de Rosemberg (1965), foi adaptada por Hutz (2000). Baseada em dez itens, seis referentes a uma visão positiva de si mesmo e quatro referentes a uma visão autodepreciativa. As opções de resposta são “discordo”, “nem concordo, nem discordo” e “concordo”. A disposição dos itens no formato Likert de três pontos foi realizada para facilitar a compreensão dos adolescentes. Diversos pesquisadores têm utilizado versões modificadas da EAR, utilizando um menor ou maior número de itens ou itens reescritos, e opções de

resposta variando entre o formato Likert de três e seis pontos, conforme os objetivos da pesquisa e a população estudada (GREENBERGER; *et al*, 2003; OWENS, 1994; PESQUEIRO, 2005; ZIMPRICH; PERREN; HORNING, 2005). De acordo com a pontuação, quanto maior o escore obtido na escala, maior o nível de autoestima do indivíduo.

#### **2.4.5. Estigmatização e vulnerabilidade**

De acordo com o Artigo 11º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da UNESCO (2006), “nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais”. Dispondo como referência os direitos humanos universais, são discutidos os seguintes conceitos indispensáveis à compreensão dos processos de produção do estigma e da discriminação: identidade, alteridade, diferença e tolerância. (GODOI; GARRAFA, 2018).

Ao anunciar que a discriminação e a estigmatização constituem violações à dignidade humana, remete à concepção de que estigma e dignidade humana estão profundamente associados; um só existe na negação do outro. O estigma só se produz ou se concretiza na medida em que é retirada do outro a sua dignidade, quando o outro é diminuído naquilo que o constitui como ser humano, quando é inferiorizado e considerado abaixo dos demais seres humanos (GODOI; GARRAFA, 2018). Pacientes com transtornos mentais, são capazes de (ou não) se obter clinicamente impedidos de consentir soberanamente, dado que há a capacidade de o transtorno que os influencia impedir ou dificultar o consumo de um ou mais atributos da consciência (ALMEIDA, 2010). Da mesma maneira, acontece com o imaturo ou aqueles que por outras causas de saúde se tornaram incapazes para realizar escolhas e ingerir decisões. Em tais condições, se mantém a condição inerente da dignidade, que se certifica a todos e qualquer um, apenas por serem indivíduos. Se pode conceber que isto inclua o direito de não serem discriminadas. No privilégio de respeitar os indivíduos, independentemente do seu diagnóstico, e ofertar o melhor tratamento terapêutico (ALMEIDA, 2010).

No artigo 8º da DUBDH (UNESCO, 2006) que trata sobre o respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal, tem-se que a aplicação no avanço dos

conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração à vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa.

Estigmatização e vulnerabilidade fazem parte do contexto do paciente obeso, porém, dificulta quando ainda este paciente estiver associado a transtornos mentais. Monteiro, Villela e Knauth (2012) comentam que as implicações ou conflitos éticos exigem a incorporação da análise de estruturas sociais e de saúde, que possam ser mais bem compreendidos e respeitados.

Pacientes com “vergonha” do estado físico, demonstram fragilidade mediante ao tratamento da obesidade o que deve ser considerando diante da possibilidade de indicação cirúrgica. Para Finks (2011), esse sentimento causado pela condição física per se torna a pessoa obesa “vulnerada.

Mizock (2012) relata que a aceitação da indicação cirúrgica para intervenções em indivíduos em recuperação de doenças mentais para promover a saúde diante do duplo estigma vivenciado pelas pessoas (obesidade e doença mental).

As escalas utilizadas na avaliação pré-cirúrgica e pacientes obesos candidatos à cirurgia bariátrica remetem a indicadores correlacionados a autoestima, insatisfação corporal, ansiedade, depressão, ideação paranoica, psicotismo, obsessivo-compulsivo; fuga comportamental; dentre outros, assim como também, aceitação pessoal, alienação emocional, queixas somáticas, esquizofrenia e depressão. As escalas vêm como instrumentos avaliadores para condução e aprovação do prosseguimento da realização ou conduta mediante a um diagnóstico ou paciente, mesmo este sendo vulnerável ou não.

Cabe enfatizar que na saúde mental, a maior vulnerabilidade dos pacientes implica em uma atitude terapêutica de mais autoridade na relação com o paciente, o paternalismo, que baliza sua liberdade e responsabilidade para decidir sobre a própria vida (RADDEN, 2002). A racionalidade do paciente com problemas mentais são imprescindíveis para que sua conduta não desabone gravemente os interesses coletivos e, é aqui, que nos deparamos com um sério impasse bioético. Estes questionamentos sobre a competência do paciente nunca podem se guiar apenas pelos interesses da comunidade, pois para qualquer pessoa os interesses coletivos sempre se opõem, em um ou outro ponto, às verdades individuais.

Felicio e Pessini (2009), fazem refletir os diferentes graus de competência na



relação com a realidade do usuário da Saúde Mental: como refletir sobre as práticas que enfatizam o mais possível os direitos do paciente? Ainda, nos termos bioéticos de cunho autonomista, que defende o respeito absoluto à autonomia do paciente: como pensar a autonomia que implica no aumento da vulnerabilidade destes pacientes?

#### **2.4.6. Integralidade do cuidado**

Segundo a Lei nº 8080/90, a integralidade de assistência é compreendida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. Aglutinam-se, ações como: promoção, proteção e recuperação de agravos à saúde que, diante da complexidade que se faz presente, exige a ação de pessoas com diferentes especialidades e capacitações. A integralidade, portanto, é de ordem da multidisciplinaridade e envolve múltiplas especialidades que se entrecruzam para dar resposta a demandas e necessidades; começamos, assim, a penetrar um curioso imbróglio discursivo. (BRASIL, 1990).

A Portaria nº 425, de 19 de março de 2013, destaca em um de seus critérios sobre a importância da avaliação do profissional e da equipe médica, para garantia da integralidade do cuidado (BRASIL, 2013).

De forma abrangente, Gordon (2011) relata a fundamental importância da competência dos profissionais de saúde mental, que integrem as equipes que avaliam e acompanham os pacientes bariátricos. Através da avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa, torna-se possível a redução de possíveis complicações pós-operatórias e garantia da integralidade assistencial (FANDIÑO; *et al*, 2004).

Para o paciente com transtorno mental, cabe o profissional identificar e aplicar a melhor forma de avaliação e acompanhamento mediante a indicação de cirurgia bariátrica, além dos protocolos clínicos operatórios, ainda ponderar a patologia existente.

#### **2.4.7. Responsabilidade profissional e tomada de decisão deliberada**

Já dizia Pellegrino: “o bem-estar do paciente sempre deve suplantar os interesses dos médicos”. Ortona (2011). Pellegrino refere que a medicina é uma “profissão especial”, por lidar com vulnerabilidade de doentes, pode-se completar e

inserir no contexto a responsabilidade profissional, na qual o médico passa a “ter” o interesse pela recuperação terapêutica junto ao paciente, independente do tipo clínico, até mesmo pacientes com transtornos mentais, que sofrem com limitação de autonomia.

Para pacientes com transtornos mentais graves, cabe aos familiares o direito de tomada de decisão, mediante algumas situações-problemas, implica além de buscar uma forma legal de solucionar o problema, mas também, respeitar e se necessário ajudar o paciente a superar sua dependência, expressar os seus valores e preferências, e envolvê-lo na decisão de se submeter ou não a um procedimento. Nesse sentido, o respeito à autonomia tem como corolário o consentimento, que pode ser visto como "instrumento da beneficência", em que a pessoa toma livremente a sua decisão, devidamente esclarecida acerca dos procedimentos, consciente dos riscos, benefícios e consequências (MIRANDA, 2008). Mas cabe, ressaltar que há situações e circunstâncias que limitam ou impedem a obtenção do consentimento, ou seja, a incapacidade de adultos com diminuição sensorial ou da consciência, nas patologias neurológicas ou psiquiátricas graves (MIRANDA, 2008).

De acordo com Fé (1998), pacientes com déficit cognitivo permanente, não têm condições de autonomia e precisam de alguém que os represente, protegendo seus interesses. Ainda há um problema, que é quem decide pela incapacidade e em que condições. Há a possibilidade de um paciente ser considerado incapaz só por recusar um tratamento.

Além dos protocolos e diretrizes clínicas, que remetem às formas e vias de determinadas assistência e condutas a pacientes, admite-se também as diversas maneiras de métodos deliberativos.

Já dizia Aristóteles que a deliberação não se encaixa em todos as esferas da vida humana, porque se delibera sobre o que pode ser de outro jeito, ou seja, sobre o que depende da intervenção humana para acontecer. Não se delibera sobre o que acontece sempre da mesma maneira, por necessidade, natureza ou qualquer outra causa semelhante. Por exemplo, não se delibera sobre os solstícios ou a temporada de chuvas e secas, entretanto, delibera-se sobre questões médicas, negócios e artes. (ARISTÓTELES, 1970).

Gracia (2009), afirma que a deliberação é o procedimento por excelência para discutir questões e tomar decisões de maneira interpessoal, como é próprio da bioética. Zobolli (2010) traça o itinerário do processo deliberativo: forma-se por

deliberação sobre os fatos (apresentação do caso e esclarecimento dos fatos); deliberação sobre os valores (identificação dos problemas morais do caso; indicação do problema moral fundamental e identificação dos valores em conflito); deliberação sobre os deveres (identificação dos cursos de ação extremos, intermédios e do ótimo); deliberação sobre as responsabilidades (submeter o curso ótimo de ação às provas de consistência de tempo, publicidade e legalidade). Na ação da deliberação, compete analisar detalhadamente a apresentação e esclarecimentos do caso, identificação dos problemas morais, dos valores em conflitos, dos cursos de ações extrema, intermediária, e moralmente ótima, aplicação das provas consistência e decisão final.

Para os pacientes com doença mental grave e obesidade, são defendidas diferentes propostas de intervenção, incluindo tratamentos com medicamentos psicotrópicos que são eficazes para o tratamento do transtorno mental, associada ao respeito e autonomia do paciente, mediante a escolha do tratamento (MCELROY; *et al*, 2009).

Situações que predispõem de responsabilidade profissional e tomada de decisão, que consideram valores e deveres intervenientes nos fatos concretos, visando manejar o conflito moral, de maneira razoável e prudente.

## 2.5 CONCLUSÃO

Ao falarmos em obesidade, logo vem em pensamento as dificuldades enfrentadas pelo indivíduo, pelo fato de estar acima do peso ideal. Entretanto, sabemos que a obesidade leva a diversos outros problemas de saúde. Embora, apenas este fato isolado, já traga diversas situações-problemas, ainda pode-se complicar um pouco mais, quando associamos os transtornos mentais à obesidade.

Os transtornos mentais comuns, por si só comprometem a autonomia e tomada de decisão do paciente em questões conflituosas, como escolhas nas vias terapêuticas de determinados diagnósticos. Para a obesidade, existem tratamentos e procedimentos cirúrgicos com diversas técnicas operatórias, cujo entendimento é necessário para uma adequada tomada de decisão.

Diante do contexto explicitado, nota-se que os fatores relacionados acima evidenciam que pacientes e familiares devem sempre ter conhecimento e manifesto de autonomia e tomada de decisão. Apresentadas em formas de categorias, as interfaces com aspectos bioéticos que emergiram da interpretação dos artigos

analisados foram: Respeito à autonomia, relação risco/benefício, beneficência, não-maleficência, estigmatização e vulnerabilidade, integralidade do cuidado, responsabilidade profissional e tomada de decisão deliberada. Estas foram discutidas dentro do cenário da bioética, reconhecendo-se que ainda falta considerar pontos relevantes dentro das questões e conflitos bioéticos, a exemplo da necessidade de se instituir formas de tomada de decisão deliberada com envolvimento não apenas de uma equipe multidisciplinar mas também do paciente e seus familiares.

Dos artigos analisados, de acordo com a questão a norteadora, é possível observar que foram realizados avaliações e/ou acompanhamentos com os pacientes com indicação à cirurgia bariátrica, e que as avaliações ocorriam antes e após o procedimento cirúrgico, buscando-se prever os sintomas patológicos psicológicos para a permissão das condições ao paciente para a realização da cirurgia bariátrica. Conclui-se que mediante a proposta de análise da questão norteadora, o paciente e seus familiares envolvidos no tratamento cirúrgico da obesidade, devem estar preparados para lidar com os enfrentamentos dos transtornos psiquiátricos. Mediante a apresentação dos resultados das análises dos artigos citados, percebe-se que a maioria dos profissionais seguiram a um protocolo, normativa, uso de escalas, portanto, também há percepção que não há conhecimento se estes pacientes são orientados de todas as questões éticas e norteadoras para a realização da cirurgia bariátrica.

A avaliação multiprofissional detecta ao início do tratamento, a viabilidade da efetivação cirúrgica. Para qualquer tipo de paciente a indicação da cirurgia bariátrica, deve ser bem conduzida, por todos os profissionais envolvidos no processo, após análise do histórico do paciente, com avaliação de tentativas anteriores ao emagrecimento sem sucesso, até o preparo psicológico para o enfrentamento de uma nova percepção de vida, estar condicionado a preparação psicológica para o “jejum”, “dieta restrita”, e as mudanças alimentares subsequentes. Entretanto, quando trata-se de um paciente que adicionalmente apresenta transtornos mentais, a atenção deve ser redobrada, diante dos diferentes aspectos apresentados nesta discussão. Assim, fica evidente a relevância do estudo, e a importância de novos estudos serem realizados, destacando a importância dos enfrentamentos das questões e conflitos bioéticos relacionados aos tratamentos de pessoas com obesidade e transtornos mentais.

## 2.6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. H. R. de. Dignidade, autonomia do paciente e doença mental. **Revista Bioética**; 18 (2): 381 – 95. 2010.

APPOLINARIO, J. C. Obesidade e psicopatologia. Em: Halpern A, Godoy Matos AF, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT. **Obesidade**, São Paulo: Lemos Editorial;1998. p.217-27.

BADER, S. **Inclusão: exclusão ou inclusão perversa?** Em S. Bader (Org.). As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes. 2002, p. 7-13.

BEAUCHAMP, T. L.; MCCULLOUGH, L. B. Ética Médica. **Las Responsabilidades Morales de los Médicos**. Barcelona: Editorial Labor, 1998; p. 53.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Bioemdicl Ethics**. 4ed. New York: Oxford, 1994:260.

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 5<sup>th</sup> ed. New York, Oxford: Oxford Universith Press, 2002.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 9 set. 1990, p.18.055.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União, Seção 1, n. 71, p. 59-64, abr. 2013.

BRUNAUULT, P.; *et al*. High preoperative depression, phobic anxiety, and binge eating scores and low medium-term weight loss in sleeve gastrectomy obese patients: A preliminary cohort study. **Psychosomatics**. Jul-Aug;53(4):363-70. 2012.

BRUNAUULT, P.; *et al*, Predictors of psychological symptoms in morbidly obese patients after gastric bypass surgery. **Qual Life Res**. Feb;24(2):493-501. 2015.

COUTINHO, W. Consenso Latino Americano de Obesidade. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 43:21-67.1999.

DIXON, J. B.; DIXON, M. E.; O'BRIEN, P. E. Body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese. Changes With Weight Loss. **Obes Surg**;12(1):65-71. 2002.

EHRENBRINK, P. P.; *et al*. Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. **Psicologia Hospitalar**, v. 7, n. 1, p. 88-105, 2009.

FANDIÑO, J.; *et al.* Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul** [online]. vol.26, n.1, pp.47-51. 2004.

FÉ, I. A. M. **Bioética, doença mental e autonomia**. *Bioética*. 6(1):71-79. 1998.

FELÍCIO, J. L.; PESSINI, L. Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. **Revista Bioética**. 17 (2): 203 – 220. 2009.

FERNANDES, E. de O.; *et al.* Avaliação pré-operatória e cuidados em cirurgia eletiva: recomendações baseadas em evidências. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 54 (2): 240-258, abr.-jun. 2010.

FINKS, J. F.; *et al.* Prevalence of psychiatric disorders before and 1 year after bariatric surgery: The role of shame in maintenance of psychiatric disorders in patients undergoing bariatric surgery. **Nordic Journal Psychiatry**. 2011.

FRAZÃO, A. Quando a cirurgia bariátrica é indicada para tratar obesidade. **Tua Saúde-Emagrecer**. Maio, 2018. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/obesidade-e-cirurgia-bariatrica/>>. Acesso em: 15 de julho de 2018.

GARCÍA-MIGUEL, F. J.; SERRANO-AGUILAR, P. G.; LÓPEZ-BASTIDA, J. Preoperative assessment. **Lancet**. 362:1749-57, 2003.

GELONEZE, B.; PAREJA, J. C. Cirurgia bariátrica cura a síndrome metabólica? **Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**. São Paulo, v. 50, n. 2, p. 400-407, 2006.

GODOI, A. M. M.; GARRAFA, V. Leitura bioética de não discriminação e não estigmatização. **Parte II - Artigos Saúde soc.** 23 (1) Jan-Mar 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100012>>. Acesso em 15 de julho de 2018.

GUERRA, L. S. D.; *et al.* Psychiatric Disorders Among Obese Patients Seeking Bariatric Surgery- Results of Structured Clinical Interviews. **Obes. Surg.** May;25(5):830-7. 2015.

GRACIA, D. Deliberación Moral. **El papel de las metodologías en ética clínica** [material didáctico del curso]. Madrid: Universidad Complutense; 2009.

GREENBERGER, E.; *et al.* Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: do they matter? **Personality and Individual Differences**, 35, 1241–1254. 2003.

GORDON, C. P.; *et al.* Aspectos do acompanhamento psiquiátrico de pacientes obesos sob tratamento bariátrico: revisão. **Rev. psiquiatr. clín.** vol.38 no.4 São Paulo, 2011.

HAMOUI, N.; *et al.* Surgical treatment of morbid obesity in schizophrenic patients. **Obes. Surg.** Mar;14(3):349-52. 2004.

HENSEL, J.; *et al.* Mental Illness and Psychotropic Medication use Among People Assessed for Bariatric Surgery in Ontario, Canada. **Obes Surg.** Jul;26(7):1531-6. 2016.

KANT, I. **Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Herausgegeben von Wilhelm Weischedel.** Frankfurt am Mein: Suhrkamp Verlag, B 79, 1968.

KALARCHIAN, M. A.; *et al.* Effects of bariatric surgery on binge eating and related psychopathology. **Eat Weight Disord** 1999;4(1):1-5.

KARLSSON, J.; SJOSTROM, L.; SULLIVAN, M. Swedish obese subjects (SOS): an intervention study of obesity. Two-year follow-up of healthrelated quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity. **Int J Obes Relat Metab Disord**; 22(2):113-26. 1998.

LOCKE, J. **Ensayo sobre el gobierno civil.** Madrid: Aguilar, 1976

LOCH, J. A. **Princípios da Bioética.** Kipper D. (editor) Uma Introdução à Bioética. Temas de Pediatria Nestlé, n.73, 2002.

LOCH, J. A.; *et al.* **Autonomia na infância e na Juventude.** In: Constantino CF, Barros JCR; Hirschheimer MR. (org.) Cuidando de crianças e adolescentes sob o olhar da Bioética. S. Paulo: Atheneu, 2009; p. 261.

MCELROY, S. L.; *et al.* Obesity in Patients With Severe Mental Illness: Overview and Management. **J Clin Psychiatry.** 70 Suppl 3:12-21. 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enferm;17(4):758-64. 2008.

MILL, J. S. On Liberty, in: Mill JS. **Utilitarianism.** New York: A Meridian Book, 1974; p. 135.

MIRANDA, A. J. A. **Bioética e saúde mental no limiar dos limites: o que o doente mental mantém de homem ético**[dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2008. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22144/3/Biotica%20e%20Sade%20Mental.pdf>> Acesso em: 15 de junho de 2018.

MIZOCK, L.; *et al.* The Double Stigma of Obesity and Serious Mental Illnesses: Promoting Health and Recovery. **Psychiatr Rehabil J.** Dec;35(6):466-9. 2012.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. V.; KNAUTH, D. **Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010).** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 170-176, 2012.

MUHLHANS, B.; *et al.* Psychiatric disorders in bariatric surgery candidates- a review of the literature and results of a German prebariatric surgery sample. **Gen Hosp Psychiatry.** Sep-Oct;31(5):414-21. 2009.

MUNRO, J.; BOOTH, A.; NICHOLL, J. Routine preoperative testing: a systematic review of the evidence. **Health Technology Assessment**. 1:1-62, 1997.

NARR, B. J.; WARNER, M. E.; SCHROEDER, D. R. Outcomes of patients with no laboratory assessment before anesthesia and a surgical procedure. **Mayo Clin Proc**. 72:505-09. 1997.

ORTONA, C. "O bem-estar do paciente deve suplantar os interesses do médico". **Entrevista CREMESP**. Edição 56 – Julho-Setembro de 2011.

OWENS, T. Two dimensions of self-esteem: reciprocal effects of positive self-worth and selfdeprecation on adolescent problems. **American Sociological Review**, 59, 391-407. 1994.

PEEL, M. Human rights and medical ethics. **J R Soc Med**; 98(4):171-3. 2005.

PEREZ, M., E.; *et al.* Psychopathology assessment of fifty patients with morbid obesity who applied for bariatric surgery. **Basic and clinical neuroscience – Neurodevelopment**. 2010.

PESQUEIRO, A. **Uso de prótese dentária total por idosos: aspectos psicológicos**. (Dissertação de Mestrado). Goiás: Universidade Católica de Goiás – PróReitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. 2005.

POWERS, P. S.; *et al.* Outcome of gastric restriction procedures: weight, psychiatric diagnoses, and satisfaction. **Obes Surg**. Dec;7(6):471-7. 1997.

RADDEN, J. Psychiatric ethics. **Bioethics**. 2002;16(5)

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press. 1965.

RYAN, K. J.; *et al.* The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. **J Am Coll Dent**. Summer;81(3):4-13. 2014.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol.15 n.3 Ribeirão Preto, June, 2007.

SEGAL, A.; FANDIÑO, J. Indicações e contra-indicações para Indicações e contra-indicações para realização das operações bariátricas realização das operações bariátricas. **Rev Bras Psiquiatr**; 24(Supl III):68-72. 2002.

SEGAL, A.; LIBANORI, H. T.; AZEVEDO, A. Bariatric surgery in a patient with possible psychiatric contraindications. **Obesity Surgery** 12(4): 598-601, 2002.

SEGRE, M.; SILVA, F. L.; SCHRAMM, F. R. **O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia**. p.7.



SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SHELBY, S. R.; LABOTT, S.; STOUT, R. A. A Viable Treatment Option for Patients With Several Mental Illness. **Official Journal of the American Society of Bariatric Surgery**. Chicago. 3 jun. 2015.

STEINMANN, W. C; SUTTMOELLER, K; CHITIMA-MATSIGA; *et al.* Ar Weight Loss Outcomes in Patients With Bipolar and Other Psychiatric Disorders. **Obesity Surgery**. Columbia, USA. v.21, n.9, p. 1323-1329. Set. 2011.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. **Declaração Universal sobre Bioética e Direito Humanos**. Comissão Nacional da UNESCO-Portugal, 2006.

UNICEF BRASIL. *Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Disponível em: <[https://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_10133.htm](https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10133.htm)>. Acesso em: 17 de julho de 2018.

VELANOVICH, V. The value of routine preoperative laboratory testing in predicting postoperative complications: a multivariate analysis. **Surgery**. 109:236-43. 1991.

VIKAN, A.; *et al.* A test of shame in outpatients with emotional disorders. **Nord J Psychiatry**. 64:196–202. 2010.

WANDERLEY, M. **Refletindo sobre a noção de exclusão**. Em B. Sawaia (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Vozes. 2002, p. 16-26.

ZIMPRICH, D.; PERREN, S.; HORNING, R. A twolevel confirmatory factor analysis of a Modified Rosenberg Self-Esteem Scale. **Educational and Psychological Measurement**, 65, 465-481. 2005.

ZOBOLI, E. L. C. P. **Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica** [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que os transtornos mentais favorecem o desenvolvimento da obesidade, levando a alteração da autoimagem e insatisfação corporal. Válido destacar, que toda doença física tem componentes psíquicos e sociais, e vice-versa. O entendimento da interação fisiopatológica entre o adoecimento físico e psíquico permite que se perceba que ambos se encontram associados e fazem parte de um círculo vicioso. Nesse contexto, abordagem terapêutica passa a ser centrada na pessoa, família e comunidade, visando promover a saúde, prevenir e cuidar tanto da obesidade quanto dos transtornos mentais, que atuam como fatores de risco para as demais doenças, como a hipertensão arterial e a síndrome metabólica, e que acabam sendo incapacitantes.

De acordo com Melca e Fortes (2014), conhecer a vida do paciente, suas experiências pessoais, sua realidade, padrões de relacionamento, expectativas, realizações e frustrações é importantíssimo neste processo. A alimentação se relaciona ao prazer, ao alívio da ansiedade e da depressão, e entender como isso se inscreve na vida, nos hábitos e, conseqüentemente, no corpo de uma pessoa é parte fundamental dos processos terapêuticos.

Este trabalho apresentou categorias primordiais para relevância clínica, na qual deve-se avaliar e acompanhar o paciente mediante todas os seus direitos e condições clínicas e validar o processo de consentimento para a realização da cirurgia bariátrica. Almeja-se a partir deste estudo, que ele possa ser aprofundado a partir daqui, e de novas fontes de pesquisas, destacando principalmente a autonomia do paciente, e que seja possível identificar os enfrentamentos desta realidade, e diminuir a vulnerabilidade do paciente obeso com transtornos mentais, em busca de oferta de qualidade de vida.

Importante ressaltar que os pontos levantados nesta dissertação, não tem a intenção de fazer apologia à cirurgia bariátrica, tampouco, a intenção de motivar a privação dos pacientes com transtornos mentais obesos dos possíveis benefícios da cirurgia bariátrica para sua qualidade de vida. Pretende-se instigar a conduta com consciência, para a melhoria da assistência a esses indivíduos, assegurando que eles somente sejam submetidos à cirurgia após uma minuciosa análise da relação risco-benefício. Pois, como já citado anteriormente, independente da técnica cirúrgica adotada, os riscos existem. Então, sua indicação deveria respeitar os princípios

bioéticos da beneficência e da não-maleficência, e ainda assegurar que a autonomia do indivíduo seja respeitada. É nessa perspectiva que esta dissertação abarcou uma discussão bioética sobre a indicação de cirurgia bariátrica para pessoas com obesidade e transtornos mentais.

Desta discussão derivam ainda muitos questionamentos para os quais as respostas não são evidentes: Como é possível preservar a autonomia de pacientes com transtornos mentais quanto à decisão de realizar a cirurgia bariátrica? Há essa preocupação em respeitar a autonomia desses indivíduos? Os diferentes instrumentos utilizados na avaliação pré-cirúrgica possibilitam o reconhecimento da capacidade do indivíduo em compreender riscos e benefícios e decidir livremente?

As limitações do estudo podem estar relacionadas à ausência de artigos que remetam diretamente a conflitos ou aspectos bioéticos no cenário de cirurgia bariátrica para pacientes com transtornos mentais. Além disso, os estudos não trazem uma homogeneidade em relação aos tipos de transtornos mentais abordados. Ainda assim, é possível inferir que para pacientes com obesidade e transtornos mentais, a reflexão centraliza-se na tomada de decisão e autonomia, classificar o melhor tratamento para a obesidade sendo clínico ou cirúrgico, sem esquecer da garantia dos direitos destes pacientes. Ao profissional de saúde, exige-se apoio de caráter mais beneficente, pois algumas situações-problemas exigem mais competência nos enfrentamentos de conflitos éticos, portanto, cabe proteger a vulnerabilidade dos pacientes, e permitir que ele usufrua de seus direitos e autonomia.

É importante ressaltar que nenhum estudo apontou para uma discussão sobre dignidade e justiça social. A dignidade é um valor moral inerente a todas as pessoas, da qual, remete o direito à vida, a intimidade, a escolhas, entre outros. A justiça está relacionada a categorias sociais, preocupando-se com a equidade no uso de recursos considerados comuns, num esforço de balancear as possibilidades de acesso ao tratamento. Com a socialização das atividades e deveres da saúde, as dificuldades de acesso e o alto esforço destes serviços, as questões relativas à justiça são cada dia mais prementes e necessitam ser consideradas no momento em que se analisam os conflitos éticos que emergem da necessidade de assistência à saúde das populações, com direito mínimo à saúde, ofertar o benefício de tratamento independente do perfil do paciente (BEAUCHAMP, CHILDRESS; 2002). Esta é mais uma lacuna a ser explorada pela pesquisa científica no que tange à assistência de pacientes com obesidade e transtornos mentais.

## REFERÊNCIAS

ALDA, M. Transtorno bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 1999, vol.21, suppl.2, pp.14-17. ISSN 1516-4446. Disponível em: <[http://scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-44461999000600005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-44461999000600005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 17 maio de 2018.

ALLGULANDER, C. O que nossos pacientes querem e necessitam saber sobre transtorno de ansiedade generalizada?. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2007, vol.29, n.2, pp.172-176. Epub Nov 14, 2006.

ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 25(6), 285-90. 1998.

ARAÚJO, Á. C.; LOTUFO Neto, F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. The new north american classification of Mental Disorders – DSM – 5. **Ver. Bras. De Ter. Comp. Cogn.** 2014, Vol. XVI, no. 1, 67 – 82. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a07.pdf>>. Acesso em 01 de junho de 2018.

BEAUCHAMP, T. L.; Childress, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 5<sup>th</sup> ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 425, de 19 de março de 2013**. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União, Seção 1, n. 71, p. 59-64, abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. BRASIL 2014: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Da Saúde se cuida todos os dias**. Promoção da saúde – SUS. Ministério da Saúde. Abril, 2014

BRENTANO, L. Cirurgia Laparoscópica. **ABC da Saúde**. 2018. Disponível em: <<https://www.abcdasaude.com.br/cirurgia-geral/cirurgia-laparoscopica>>. Acesso em 19 de julho de 2018.

CAMPOS, J. R.; *et al.* A. P. Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 14, 408-428. 2013.

CASTILLO, A. R. G. L.; *et al.* Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.22. s.2. São Paulo, Dec. 2000.

CONITEC. **Cirurgia Bariátrica por Laparoscopia**. Relatório de Recomendação. Ministério da Saúde. Nº 249. Fev. 2017.

CROW, T. J. **Molecular pathology of schizophrenia. More than one disease process?** British Medical Journal, 280, 66-69. 1980. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/pusp/v17n4/v17n4a14.pdf>>. Acesso em 17 de maio de 2018.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4ed. Ver. Porto Alegre: Artmed, 2002. Disponível em: <[http://www.anped.org.br/sites/default/files/gt15\\_3213\\_texto.pdf](http://www.anped.org.br/sites/default/files/gt15_3213_texto.pdf)>. Acesso em 01 de junho de 2018.

DSM-5 / American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** [recurso eletrônico]. 5. ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.

EHRENBRINK, P. P.; *et al.* Um novo olhar sobre a cirurgia bariátrica e os transtornos alimentares. **Psicologia Hospitalar**, v. 7, n. 1, p. 88-105, 2009.

FANDIÑO, J. N. P.; *et al.* Aspectos clínicos, cirúrgicos e psiquiátricos de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. **Psiquiatr Med**, 2002.

FANDIÑO, J.; *et al.* **Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos**. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [online]. v.26, n.1, p.47-51. 2004.

GALLUCCI Neto, J.; *et al.* Diagnóstico diferencial das demências. **Rev. psiquiatr. clín.** v. 32, n. 3, May/June, 2005.

LABOISSIÈRE, P. Brasil tem maior número de casos de depressão na América Latina. **Agência Brasil**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-02/depressao-brasil-tem-maior-prevalencia-de-casos-na-america-latina>>. Acesso em: 14 de setembro de 2018.

LEVITAN, M. N.; *et al.* Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, vol.33, n.3, pp.292-302. 2011.

MAYO CLINIC. **Definition**. Disponível em: <<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/basics/definition/con-20033813>>. Acesso em: 27 de fevereiro. 2017.

MELCA, I. A.; FORTES, S. Obesidade e transtornos mentais: construindo um cuidado efetivo Obesity and mental disorders: building an effective care. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.18-25, 2014.

SADOCK, B. J.; SADOCK, A. S. Kaplan & Sadock, **Compêndio de Psiquiatria**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS, E. G.; *et al.* Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, p.238-246, out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a11v59n3.pdf>> Acesso em: 27 de fevereiro. 2017.

SBCBM - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA, 2013

SBCBM. **O que é e causas**. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. Disponível em: <<http://www.sbcm.org.br/wordpress/obesidade/cau>>

sas/>. Acesso em: 15 dezembro. 2015.

SBCBM. **Doenças Associadas**. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. Disponível em: <<http://www.sbcbm.org.br/wordpress/obesidade/doencas-associadas/>>. Acesso em: 15 dezembro. 2015.

SBCBM. **Prevenção e Tratamento**. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA. Disponível em: <<http://www.sbcbm.org.br/wordpress/obesidade/prevencao/>>. Acesso em: 15 dezembro. 2015.

SILVA, Regina Cláudia Barbos. **Esquizofrenia: uma revisão**. Psicol. USP. vol.17. no.4. São Paulo, 2006.

TELLES-CORREIA, D.; BARBOSA, A. Ansiedade e depressão em medicina: modelos teóricos e avaliação. **Acta Med Port**. 22:89-98. 2009.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope. **World Health Organization**. Geneva. 2001