



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina

Brasil

Cabus Moreira, Luiza Amélia

Ética e aspectos psicossociais em crianças e adolescentes candidatos a cirurgia
bariátrica

Revista Bioética, vol. 25, núm. 1, 2017, pp. 101-110

Conselho Federal de Medicina

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361550413012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Ética e aspectos psicossociais em crianças e adolescentes candidatos a cirurgia bariátrica

Luiza Amélia Cabus Moreira

Resumo

Tratamento e prevenção da obesidade na infância e adolescência são discutidos entre médicos e público leigo. Há poucas informações disponíveis sobre cirurgia bariátrica nessa faixa etária quanto a consequências em longo prazo, mas dados sugerem que esse procedimento é oferecido cada vez mais frequentemente. Surgem questões éticas de extrema relevância relacionadas a conceitos como beneficência, autonomia, capacidade e igualdade. O objetivo deste trabalho é discutir aspectos éticos e biopsicossociais envolvidos na decisão sobre a intervenção cirúrgica para casos de obesidade em crianças e adolescentes. Trata-se de revisão de literatura mediante pesquisa no banco de dados PubMed entre maio de 1994 e maio de 2015, utilizando os termos “ethics” e “bariatric surgery” x “adolescents” x “children”. Verificou-se que o tratamento cirúrgico da obesidade em crianças e adolescentes é controverso. Médicos devem estar atentos ao disponibilizar para pais e pacientes todas as informações atualmente existentes.

Palavras-chave: Ética-Bioética. Adolescentes. Obesidade. Cirurgia bariátrica.

Resumen

Ética y aspectos psicosociales en relación a niños y adolescentes candidatos a cirugía bariátrica

El tratamiento y la prevención de la obesidad en la infancia y en la adolescencia suelen ser discutidos entre los médicos y el público en general. Incluso con escasa información sobre la cirugía bariátrica en este grupo etario en relación con sus consecuencias a largo plazo, existen datos que sugieren que este procedimiento se ofrece cada vez con más frecuencia. Surgen cuestiones éticas de extrema relevancia vinculadas a conceptos como beneficencia, autonomía, capacidad e igualdad. El objetivo de este trabajo es discutir los aspectos éticos y biopsicossociales que intervienen en la decisión sobre la realización de cirugías para casos de obesidad en niños y adolescentes. El estudio se trató de revisión de literatura, mediante investigación en la base de datos PubMed para el período comprendido entre Mayo de 1994 y Mayo de 2015, utilizando los términos “ética” y “cirugía bariátrica” x “adolescentes” x “niños”. Se verificó que el tratamiento quirúrgico de la obesidad en niños y adolescentes es controvertido. Los médicos deben estar atentos a poner a disposición de los padres y pacientes todas las informaciones actualmente existentes.

Palabras clave: Ética-Bioética. Adolescentes. Obesidad. Cirugía bariátrica.

Abstract

Ethics and psychosocial aspects in child and adolescent candidates for bariatric surgery

The treatment and prevention of obesity in childhood and adolescence are often discussed by both physicians and the lay public. Even with little information in relation to the long-term consequences of bariatric surgery in this age group, there is evidence to suggest that this procedure is being offered more and more frequently. Extremely relevant ethical issues exist relating to concepts such as beneficence, autonomy, capacity and equality. The aim of this paper was to discuss the ethical and biopsychosocial aspects involved in decisions about performing this surgery to treat obesity in children and adolescents, through a literature review of Pubmed from May 1994 to May 2015 using the terms “ethics” and “bariatric surgery” x “adolescents” x “children”. The surgical treatment of obesity in children and adolescents is controversial. Physicians should be aware of this and make currently existing information available to parents and patients.

Keywords: Ethics-Bioethics. Adolescent. Obesity. Bariatric surgery.

Doutora luizacabus@hotmail.com – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador/BA, Brasil.

Correspondência

Rua das Violetas 66, Edifício Parque das Flores, apt. 602, Pituba CEP 41810-080. Salvador/BA, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

Nos últimos anos tem havido interesse crescente em relação ao tratamento da obesidade, principalmente na população pediátrica, especialmente porque essa condição tende a se manter até a vida adulta e resultar em problemas clínicos e psicológicos como depressão e baixa autoestima¹. Segundo Barlow, a Academia Americana de Pediatria (AAP)² enfatiza a necessidade de identificar e tratar a obesidade em várias idades. Orienta que crianças entre 2 e 18 anos com índice de massa corporal (IMC) entre os percentis 85 e 95 para idade e gênero (avaliados nas curvas de crescimento) estão sob risco de obesidade e devem ser alvo de tratamento. Aquelas com IMC > percentil 95 para idade e gênero são obesas e o ganho de peso deve parar e ser revertido. Com a utilização dos critérios de 2007 da AAP², identificou-se aumento entre 10 e 20% da frequência de obesidade em crianças nos últimos 30 anos, com incidência ainda maior em populações de risco (50 a 60%)^{3,4}.

Apesar de a prevenção da obesidade em crianças e adolescentes receber atenção substancial, a efetividade dessas medidas preventivas é pouco conhecida^{5,6}. Há várias opções para tratamento de pacientes jovens com obesidade: mudança de estilo de vida, dietas e tratamento farmacológico, mas sua eficácia é reduzida⁷⁻⁹. Os programas direcionados a mudanças dietéticas e aumento de atividade física produzem juntos perda média de 5% do peso corporal e, em geral, estudos mostram sua baixa efetividade¹⁰⁻¹².

O sucesso da cirurgia bariátrica (CB) em adultos gerou possibilidade de realizá-la também em crianças e adolescentes. No entanto, a intervenção cirúrgica nessa faixa etária apresenta aspectos peculiares. A questão é: a CB deve ser normatizada como tratamento para crianças e adolescentes com obesidade grave? A tentativa é minimizar os problemas de saúde, mas não há dados sobre segurança, evolução e custo-benefício do procedimento nessa faixa etária. Além disso, a pouca maturidade gera problemas em relação à autonomia^{13,14}.

É preciso entender também que a cirurgia não cura obesidade e que crianças e adolescentes podem não compreender realmente que não se trata de solução, e sim de intervenção que vai limitar suas atividades sociais no que se refere à alimentação. Podem não compreender que deverão aderir à dieta, realizar atividade física e repor vitaminas e outros elementos que podem não ser absorvidos em decorrência do procedimento¹³.

O objetivo deste trabalho é discutir aspectos éticos e biopsicossociais envolvidos na decisão

sobre a intervenção cirúrgica para casos de obesidade em crianças e adolescentes. Trata-se de revisão de literatura por meio de pesquisa na base de dados PubMed, compreendendo o período entre maio de 1994 e maio de 2015, utilizando-se os termos “ethics” and “bariatric surgery” × “adolescents” × “children”.

Aspectos envolvidos no discurso sobre obesidade

O tratamento da obesidade infantil gera inúmeras questões éticas, morais e legais. O significado da obesidade na sociedade ocidental é elemento crucial, que vai além da questão médica, pois o corpo é parte importante da autorrepresentação do indivíduo. Um corpo magro ou esbelto é considerado bonito e interpretado como normal e saudável¹⁵. O controle dos hábitos alimentares passa a representar uma maneira de disciplinar o corpo. Parece haver pensamento disseminado que o indivíduo obeso é aquele que não “se controla”¹⁶, tornando-o responsável primário por complicações decorrentes do peso¹⁷.

Há, pelo menos, dois discursos sobre obesidade que diferem em sua interpretação¹⁷: 1) obesidade não é doença, mas característica individual. É consequência das escolhas individuais e, por isso, o indivíduo assume total responsabilidade; 2) obesidade é doença ou pelo menos fator de risco para outras doenças (hipertensão, diabetes etc.) e deve ser tratada.

Apesar de expressões como “epidemia de obesidade” e a identificação de um gene para obesidade, que se ligam a fatores ambientais e genéticos e dão a entender que ser obeso não é simplesmente uma escolha^{18,19}, existe a crença disseminada que obesidade é apenas questão comportamental ligada a falta de controle tanto por parte das crianças quanto pelos seus responsáveis legais. Essa crença infere que pessoas obesas são assim porque comem demais e não fazem exercícios, o que gera estereótipos e discriminação²⁰ como: pessoas com sobrepeso e obesas são preguiçosas, sem motivação, menos competentes e não têm autodisciplina²¹.

Estereótipos e preconceitos resultam em discriminação sobre a aparência e afetam a integridade e dignidade de pessoas jovens que são obesas e vivem fase vulnerável e suscetível do desenvolvimento. Também levantam a questão sobre se intervenções farmacológicas ou médicas não seriam soluções para um problema social²². Nos Estados Unidos (EUA), o grupo de pessoas mais

discriminadas é o de obesos, e essa discriminação ocorre de forma legal. Há restrições a locais públicos e discriminação no trabalho²³. Crianças obesas apresentam maior risco de não continuar os estudos²⁴ devido a diversos fatores: características físicas da escola, com cadeiras e mesas inadequadas para obesos; *bullying*; falta de oportunidades sociais, como participar dos esportes e brincadeiras; e discriminação por parte dos professores.

Para Christopher Mayes²⁵, o argumento utilizado por alguns estudiosos do tema de que obesidade é uma escolha, visto que decorre de alimentação errada e pouco exercício, é muito simplista. Os que argumentam que existe escolha colocam consequentemente que o indivíduo “tem que pagar por elas” e que o Estado deve intervir visando diminuir os custos para a sociedade. Porém, Mayes faz um contraponto ao questionar os ganhos da própria indústria que combate a obesidade. Obviamente que o comportamento individual contribui para ganhar peso, mas focar apenas no indivíduo e esquecer fatores genéticos, sociais, culturais, econômicos e ambientais que antecedem o comportamento individual gera estigmatização ainda maior da obesidade.

Segundo Venkatapuram, Bell e Marmot²⁶, considerável corpo de evidências sugere que saúde em geral e obesidade em particular sejam resultado da maneira pela qual a sociedade se organiza por meio de políticas e práticas econômicas e sociais. Nesse contexto, surge também a questão de a obesidade ser mais prevalente em grupos socioeconômicos menos privilegiados e de etnia não caucasiana, o que pode dificultar o acesso ao tratamento de pessoas pertencentes a minorias^{3,27,28}.

A obesidade é mais bem entendida como doença cuja fisiopatologia de resposta a fatores ambientais é geneticamente determinada e que, de forma simples, é resultado do desequilíbrio entre consumo e gasto de energia. Atualmente, a regulação da fome, da saciedade e o uso de energia são pouco conhecidos cientificamente²⁹, e portanto a cirurgia bariátrica surge como solução sintomática que pode ser vista como parte da medicalização da esfera privada, da vida de cada um²⁷.

Consequências médicas

Além dos aspectos psicossociais já citados, a obesidade está associada a diversas comorbidades: diabetes tipo II e hiperinsulinemia³⁰, apneia do sono e hipertensão arterial³¹, esteatose hepática³², miocardiopatia³³ e doença do refluxo gastroesofágico³⁴.

Em longo prazo, pessoas obesas apresentam expectativa de vida menor, aumento do risco de doenças cardiovasculares e aumento do risco de câncer (cólon, próstata e mama)³⁵. Algumas das complicações já estabelecidas podem ser revertidas com efetiva perda de peso, porém outras não^{25-27,36}.

Aspectos éticos da cirurgia bariátrica em crianças e adolescentes

Além das questões éticas de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, deve-se considerar que cirurgia bariátrica é tratamento relativamente inovador e suas consequências em longo prazo são desconhecidas^{37,38}. Tal circunstância deve ser cuidadosamente sopesada, principalmente quando se considera o procedimento na população pediátrica³⁹.

Informações gerais sobre o procedimento

Algumas informações são de extrema relevância para o entendimento da questão. Entre elas, quais cirurgias estão disponíveis, quais as recomendações das *guidelines* (diretrizes) no que se refere a indicação e contraindicações da CB, seus pontos controversos e riscos na faixa pediátrica. Há três procedimentos atualmente disponíveis para cirurgia bariátrica:

- 1) Bypass gástrico em Y de Roux: procedimento que pode ser realizado via laparoscópica com função restritiva e de má absorção⁴⁰ – pode levar a má absorção de nutrientes como vitamina B12, cálcio, vitamina D, ferro e tiamina. Várias diretrizes concordam que é apropriado para adolescentes⁴⁰⁻⁴². Parece ter eficácia comparada quando avaliados os estudos em adultos⁴²;
- 2) Banda gástrica ajustável: não está ainda aprovada para adolescentes devido à falta de estudos e presença de complicações, como deslocamento do balão⁴². Porém, pode ser considerada em casos individualizados;
- 3) Gastrectomia vertical: não está ainda aprovada para adolescentes devido à falta de estudos⁴².

Brei e Mudd⁴³ avaliaram as diretrizes norte-americanas e canadenses em relação a cirurgia bariátrica em adolescentes no período compreendido entre 2007 e abril de 2013. Foram sete diretrizes avaliadas, e os autores observaram variações no critério de definição de adolescência. Yermilov e colaboradores⁴⁴ definiram faixa etária entre 12 e 18 anos. August e colaboradores⁴⁵ definem pelo

estadiamento puberal. Barlow⁴⁶ usou maturidade física como critério mínimo, mas especificou a idade de 15 anos para meninos e 13 para meninas, como geralmente utilizado. Pratt e colaboradores⁴² classificaram pelo alcance de 95% da altura esperada na idade adulta a partir de radiografias e concluíram que esse ponto de corte limita a realização da CB para menores de 12 anos de idade.

Assim, em geral, os autores concordam que maturidade esquelética é recomendável como critério para candidatura de adolescente à cirurgia, dado que as microdeficiências decorrentes do procedimento cirúrgico podem comprometer o crescimento. Outro dado relevante do estudo de Brei e Mudd⁴³ é a falta de consistência sobre quais comorbidades e em que nível de gravidade devem indicar cirurgia e ainda qual IMC deve ser o ponto de corte. O $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$, independentemente de comorbidades, seria indicativo de CB^{40,47}, enquanto outras diretrizes^{44,45} consideram indicação de cirurgia para $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ apenas se houver comorbidades graves. Michalsky e colaboradores⁴¹, Pratt e colaboradores⁴² e Barlow⁴⁶ também usam $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ com presença de comorbidades, mas também não especificam qual seria seu grau de severidade.

Há os que consideram o $IMC > 35$ com comorbidades graves indicação de CB em adolescentes^{41,44,47}, mas a Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons⁴⁰ não especifica quão severas devam ser. Em geral, comorbidades incluem diabetes tipo II, apneia obstrutiva do sono, pseudotumor cerebral, esteatose hepática não alcoólica, dislipidemia e comprometimento da qualidade de vida^{41,42,44}. Depressão é a contra-indicação mais considerada, mas se estiver controlada a CB pode ser realizada, assim como em outros quadros psicopatológicos^{40-42,45}. Gravidez e síndrome de Prader-Willi são critérios de exclusão⁴⁵, assim como endocrinopatia não tratada⁴⁷.

Inge e colaboradores⁴⁸ realizaram o maior estudo sobre complicações relacionadas a CB. Avaliaram 242 adolescentes em cinco centros nos EUA e efeitos adversos foram classificados em maiores (risco de morte) e menores. Durante os primeiros 30 dias do pós-operatório, 8% dos pacientes apresentaram complicações maiores, incluindo obstrução intestinal, sangramento e vazamento da anastomose. Complicações menores (infecção do trato urinário, lesão em órgão sólido, atelectasia, pneumonia, sangramento sem necessidade de transfusão) ocorreram em aproximadamente 15% dos pacientes. Dados do The Bariatric Outcomes Longitudinal Database indicam taxa de 0,13% relativa a mortalidade

e de 10,27% decorrente de outras complicações, em geral consideradas menores⁴⁹.

A questão da beneficência

A beneficência é o princípio ético que determina que o médico deve agir em benefício do paciente, procurando maneiras de restaurar a saúde e promover o bem-estar³⁹. Para atender adequadamente a esse princípio, quando a decisão da cirurgia é tomada há que se responder algumas indagações para se verificar as providências adicionais que devem ser tomadas a fim de mitigar possíveis efeitos indesejados do procedimento. 1) Há apoio da sociedade de pediatria/cirurgia para realizar a intervenção em crianças e/ou adolescentes?; 2) o hospital ou serviço que realiza o procedimento dispõe de programa de acompanhamento, indicado tanto antes quanto depois do procedimento?; 3) o cirurgião ou médico clínico a recomenda, e a família e o paciente consentem?

Para Hofmann¹³, há três perguntas básicas a serem respondidas no sentido de assegurar a beneficência em caso de cirurgia bariátrica em crianças e adolescentes: 1) a cirurgia bariátrica beneficia adolescentes e crianças?; 2) quais os efeitos em longo prazo?; 3) qual sua eficácia, efetividade e eficiência? Para que seja preservado o princípio da beneficência em caso de CB, o procedimento cirúrgico deve se mostrar superior em seus resultados quando comparado ao tratamento clínico (dietas restritivas, programas de exercícios, terapia comportamental) no que se refere a reversão de problemas médicos e psicológicos decorrentes da obesidade. A violação da beneficência ocorrerá quando crianças e adolescentes com obesidade mórbida não forem submetidos a avaliação pré-operatória adequada das comorbidades. Será igualmente violada se não for tentado tratamento médico/comportamental e se a equipe cirúrgica ou o hospital não apresentar condições para realizar o procedimento e oferecer o acompanhamento necessário após a cirurgia³⁹.

A associação entre obesidade e aumento da morbimortalidade evidencia a necessidade de tratamento efetivo para a obesidade. No entanto, as atuais intervenções médicas e comportamentais para obesidade mórbida ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) raramente resultam em perda efetiva de peso e, quando isso ocorre, a manutenção não é comum em longo prazo¹². Dessa forma, a cirurgia deve ser mais eficaz não somente em relação à redução do peso quando comparada a tratamentos clínicos, mas também quanto à manutenção de seus possíveis efeitos benéficos em longo prazo^{13,39}.

A CB realizada em adolescentes resulta em redução de 33 a 37% do IMC inicial durante o primeiro ano após sua realização, e estudos sugerem que quanto mais precocemente for realizada, maiores as chances de resultados que se aproximem das metas da “normalidade”. Ou seja, quem é submetido ao procedimento com IMC de 55 kg/m² deverá chegar, se bem-sucedido, a 35 kg/m². Da mesma forma, se feita CB em adolescente com IMC de 45 kg/m², seu resultado esperado será de 30 kg/m². Como o ponto de corte para indicar a cirurgia no que se refere ao IMC é alto, chega-se na maioria dos casos à obesidade grau I, o que obriga manutenção de dieta, atividade física e acompanhamento por equipe especializada, e essa informação tem que ser reiteradamente repetida⁵⁰⁻⁵².

Olbers e colaboradores⁵¹, em estudo prospectivo de dois anos em adolescentes submetidos a CB, evidenciaram que a perda de peso se manteve naquele período. Sugerman e colaboradores³⁸ relataram que 20 adolescentes com IMC médio de 52 kg/m² perderam em média 36% do IMC, chegando a 34 kg/m² em cinco anos, o que se manteve por cerca de dez anos após a cirurgia, resultado semelhante aos observados em adultos. Não há informações nesse estudo se após esse seguimento houve ganho de peso. Além disso, o número da amostra foi pequeno.

Revisão sistemática feita por Treadwell, Sun e Schoelles⁵³ verificou que havia redução significativa do IMC, tanto com banda gástrica ajustável via laparoscópica (LAGB) ou gastroplastia com desvio intestinal em Y de Roux (RYGB). A cirurgia resolveu algumas condições médicas, como hipertensão arterial e diabetes, mas o relato detalhado desses resultados não foi satisfatório. Complicações mais frequentes para a LAGB foram deslizamento da banda e deficiência de micronutrientes, porém também ocorreram erosão da banda, hérnia de hiato e infecções da ferida. Complicações mais graves ocorreram com RYGB, como embolia pulmonar, choque, obstrução intestinal, sangramento no pós-operatório e desnutrição grave⁵³.

Poucos estudos avaliaram os efeitos psicossociais da cirurgia bariátrica, e resultados são baseados em séries pequenas e seguimento em curto prazo⁵⁴. Alguns estudos indicam taxas significativas de depressão e baixa autoaceitação em adolescentes pós-banda gástrica ajustável⁵⁵. Quando resultados pós-cirurgia bariátrica não são os esperados, as pessoas podem se sentir envergonhadas e culpadas⁵⁶. Isso indica que há necessidade de acompanhamento psicológico antes e depois da CB, além de suporte

psicossocial para os subgrupos mais vulneráveis de adolescentes⁵⁴.

É pouco o conhecimento de alta qualidade sobre benefícios nessa faixa etária. Se avaliadas as séries não controladas de centros selecionados, parece haver benefício da cirurgia bariátrica, mas faltam evidências sobre a evolução em longo prazo^{13,14,39,42}. Para Han, Wu e Lean, os *riscos da cirurgia bariátrica são consideráveis e sua segurança e eficácia em crianças permanece desconhecida. Assim, a cirurgia deve ser reservada para aqueles mais gravemente obesos (IMC > 50 kg/m²) ou IMC > 40 kg/m² com comorbidades significativas e ainda assim com extrema precaução*⁵⁷.

Autonomia

O respeito à autonomia do paciente é importante do ponto de vista legal e da ética médica. Para que o princípio da autonomia seja preservado, é necessário que o indivíduo tenha competência e receba informações adequadas⁵⁸. A decisão sobre a CB em crianças e adolescentes é desafiadora, dada a reduzida autonomia e maior vulnerabilidade desse grupo⁵⁹. A cirurgia sempre requer grande confiança entre paciente e médico, pois, inevitavelmente, o paciente perde a autonomia no momento da cirurgia.

Em pacientes pediátricos, a decisão recai sobre os responsáveis legais, que devem dar o consentimento para a cirurgia pois, supostamente, estão em melhor posição para saber o que é melhor para seus filhos. Para os pais, a decisão pela cirurgia pode ocorrer após meses vendo seus filhos tentarem perder peso de forma ineficaz ou após diagnóstico de comorbidade grave, como diabetes tipo II³⁸. Em todos os casos de indicação de CB é preciso avaliar o real conhecimento dos pais e do paciente sobre o procedimento. Tal avaliação criteriosa é de suma importância porque pode haver expectativa muito otimista sobre o procedimento, baseada em informações da mídia, publicações leigas ou internet. O desejo de ter corpo socialmente aceito e livre de comorbidades pode interferir no entendimento mais profundo dos riscos cirúrgicos.

Pacientes e seus responsáveis devem ter plena consciência da natureza irreversível de algumas técnicas, no caso da gastroplastia com desvio intestinal em Y de Roux, em relação às quais a avaliação e acompanhamento psicológicos são indispensáveis³⁸. Os pais podem ter diferentes concepções acerca da gravidade da obesidade, além de interesses divergentes quanto ao que deve ser feito. Há os que

sequer sabem que o filho apresenta obesidade, e outros que, por suas próprias questões, imaginam que a situação é mais grave do que de fato é⁶⁰. Geralmente presume-se que os pais estão na melhor posição para saber o que é melhor para seus filhos, mas isso pode ser questionado no caso de algumas crianças obesas⁶¹.

Diante das pressões sociais sobre pessoas com obesidade e o desejo de superar essa condição, uma questão fundamental a ser ponderada é: a família e o adolescente realmente entendem e retêm as informações escritas e explicadas no informe consentido? Estudo que avaliou adultos submetidos a RYGB em várias etapas após a cirurgia evidenciou que apenas a terça parte respondeu corretamente a questões relativas ao procedimento e suas complicações após um ano de sua realização⁶².

Profissionais de saúde tendem a ser pessimistas em relação às habilidades de pessoas obesas em lidar com a situação⁶³ e frequentemente relutam em recomendar cirurgia bariátrica para crianças⁶⁴. Razão para isso pode ser a falta de evidências da efetividade do procedimento e seus resultados em crianças, assim como o receio de complicações⁶³. Alguns estudos indicam que crenças e valores sobre as causas da obesidade influenciam a visão dos médicos e dos pacientes sobre o tratamento adequado para essa condição, assim como a questão do consentimento livre e esclarecido^{13,65}.

Para obter consentimento informado, todo o processo deve ser gradual. Isso pode demandar meses e durante esse período pacientes e pais devem se engajar em programas de redução de peso e de modificação comportamental. O engajamento progressivo do paciente e de sua família engloba também consultas simultâneas com o cirurgião para que sejam conhecidas opções cirúrgicas, riscos, complicações e a chance de os objetivos de perda de peso e controle de comorbidades não serem alcançados com a CB. É preciso perceber o grau de desenvolvimento e entendimento do adolescente, seus valores, objetivos e sua capacidade de comprometimento para ponderar sobre seu envolvimento com as demais práticas que devem estar associadas ao procedimento cirúrgico.

O trabalho do assistente social é indispensável para avaliar o contexto familiar, a capacidade da família de dar os suplementos vitamínicos no pós-operatório, disponibilidade para acompanhar o paciente em suas visitas ao grupo médico e a capacidade de supervisão do menor. O adolescente tem que ser capaz de compreender que a mudança de sua alimentação faz parte do processo após

a CB, para que os resultados obtidos sejam mantidos, e que possíveis efeitos colaterais podem ser permanentes³⁹. A hierarquia da intervenção frequentemente demanda primeiro mudança no estilo de vida e tratamento medicamentoso antes da cirurgia⁶⁶.

Para Raper e Sarwer⁶⁷, são elementos mínimos que devem constar no consentimento informado e ser expostos e discutidos com pais e adolescentes:

- Exposição do diagnóstico, incluindo grau da obesidade e extensão das comorbidades em linguagem clara, assim como fisiopatologia da obesidade e suas complicações;
- Natureza da cirurgia bariátrica – vídeos podem auxiliar;
- Riscos e benefícios da intervenção, incluindo discussão sobre cada complicação e o que isso pode significar do ponto de vista prático (por exemplo, se houver deiscência da anastomose há risco de morte e urgência de reoperação);
- O comportamento do paciente deve continuar após o procedimento para que se alcance os objetivos de perda de peso e sua manutenção, assim como a reversão das comorbidades;
- Cuidados médicos e cirúrgicos e outras questões no pós-operatório;
- Alternativas à intervenção cirúrgica, com seus riscos e benefícios;
- Riscos/benefícios de não receber o tratamento cirúrgico/médico;
- Custo financeiro tanto da cirurgia quanto das possíveis complicações;
- Saber os resultados da equipe que vai realizar o procedimento e compará-los com outros serviços;
- Se o paciente será incluído em alguma pesquisa clínica.

O paciente deve ser capaz de compreender os riscos do procedimento e as consequências em longo prazo. É preciso que entenda que a CB não salva a vida do indivíduo imediatamente e que é irreversível (exceto a banda gástrica ajustável), bem como que o sucesso depende da alteração e manutenção dos hábitos alimentares e estilo de vida⁶⁸. O consentimento livre e esclarecido deve também conter a informação da irreversibilidade da gastroplastia com desvio intestinal em Y de Roux e que são desconhecidas as consequências do procedimento após vários anos.

Justiça

Esse princípio admite que todas as pessoas que necessitam da CB devem ter acesso ao procedimento. Entretanto, a cirurgia bariátrica é procedimento de alto custo e pode drenar recursos de outras áreas da saúde. Por outro lado, pode evitar custos futuros em internação, tratamento e medicação de pacientes cuja condição de obesidade poderia ter sido tratada por meio cirúrgico. Intervenções em saúde ligadas a obesidade podem ser prescritas no melhor interesse do bem comum pelo fato de em crianças e adolescentes ser preditiva de problemas significativos de saúde. No entanto, essas intervenções podem se tornar paternalistas e infringirem a autonomia da pessoa. Há muitos outros valores além da saúde e há limites para a invasão ou intrusão com base no bem comum, mesmo na área de saúde⁵⁸.

A obesidade é socialmente segmentada. Estudos nos EUA revelam que crianças e adolescentes com menor nível socioeconômico e pertencentes a minorias são mais afetados tanto pelo sobrepeso quanto pela obesidade^{3,69}. Essas pesquisas indicam que a cirurgia é realizada em menor proporção em pacientes afro-americanos, hispânicos ou com baixo nível socioeconômico com obesidade mórbida. Na população pediátrica, nos EUA, a obesidade ocorre em uma em cada três crianças pertencentes a grupos sociais menos favorecidos, com taxas particularmente altas entre afro-americanos, meninas, hispânicos e indígenas de ambos os sexos⁷⁰. Assim, por afetar grupos menos favorecidos, é provável que o acesso a cirurgia por parte de crianças e adolescentes seja desigual, da mesma maneira que ocorre com adultos⁷⁰.

Será o Sistema Único de Saúde capaz de arcar com os custos do procedimento cirúrgico para todos que dele necessitem? É possível no Brasil que todos tenham acesso ao procedimento? E ainda: seremos capazes de proceder de forma igualitária no que se refere a tudo que deve preceder a intervenção cirúrgica: aconselhamento, suporte psiquiátrico e psicológico, programa de educação física para perda de peso? São questões amplas e que merecem muita reflexão.

Considerações finais

Não há dúvidas entre especialistas no tratamento de obesidade e cirurgiões que adolescentes

com comorbidades que não conseguem alcançar peso sadio usando estratégias convencionais devam ser considerados candidatos a CB. Essa decisão deve ser tomada em base individual, com ampla discussão com a família e com a concordância do médico do paciente. Como bem referem Godoy e colaboradores:

A conscientização de pacientes e familiares quanto a todas as etapas do processo e suas implicações de curto e longo prazo é de grande relevância para o êxito do procedimento. Estabelecer relação de corresponsabilidade entre a equipe, o paciente e seus familiares enfatiza o compromisso com a mudança de atitude quanto às escolhas alimentares e hábitos de vida, promovendo as mudanças indispensáveis para alcançar os resultados pretendidos. (...)

A dignidade da pessoa é um dos fundamentos maiores da sociedade e consiste, acima de tudo, em ver o ser humano em sua especificidade para responder adequadamente a suas necessidades. Para alcançar esse objetivo o respeito é o subsídio maior e na prática clínica permite que o paciente possa submeter-se às indicações, sabendo de seus riscos e benefícios e direcionando sua escolha para a opção que melhor lhe convier, considerando conscientemente os princípios cientificamente comprovados e eticamente aceitáveis da medicina⁷¹.

As contraindicações à CB precisam ser conhecidas e consideradas. Tentativas documentadas de perda de peso e suporte familiar adequado são pré-requisitos essenciais. Crianças e adolescentes referenciados para a CB devem ser atendidos em centro especializado com equipe multidisciplinar com experiência em avaliar e manejar comorbidades médicas associadas a obesidade e capacidade de fazer o acompanhamento em longo prazo. Crianças, adolescentes e pais precisam entender a natureza do tratamento cirúrgico e o papel que terão no seu sucesso ou falha e demonstrar que irão aderir às mudanças no estilo de vida que devem ser mantidas. Acima de tudo, família e paciente têm que compreender que CB não é procedimento eficaz em todos os casos e que não é cura para obesidade, mas instrumento disponível em casos selecionados. O controle e a mudança no estilo de vida, porém, persistirão como elementos-chave para a manutenção do peso por toda a vida.

Referências

1. Juonala M, Magnussen CG, Berenson GS, Venn A, Burns TL, Sabin MA *et al.* Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *N Engl J Med.* 2011;365(20):1876-85.
2. Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics.* 2007;120(4 Suppl):S164-92.
3. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *Jama.* 2006;295(13):1549-55.
4. Margellos-Anast H, Shah AM, Whitman S. Prevalence of obesity among children in six Chicago communities: findings from a health survey. *Public Health Rep.* 2008;123(2):117-25.
5. Ibele AR, Mattar SG. Adolescent bariatric surgery. *Surg Clin North Am.* 2011;91(6):1339-51.
6. Ludwig DS. Childhood obesity: the shape of things to come. *N Engl J Med.* 2007;357(23):2325-7.
7. Dutta S, Morton J, Shepard E, Peebles R, Farrales-Nguyen S, Hammer LD *et al.* Methamphetamine use following bariatric surgery in an adolescent. *Obes Surg.* 2006;16(6):780-2.
8. Lagerros YT, Rössner S. Managing obesity: from childhood and onwards. *Int J Pediatr Obes.* 2011;6(1 Suppl):74-8.
9. Han JC, Lawlor DA, Kimm SYS. Childhood obesity-2010: progress and challenges. *Lancet.* 2010;375(9727):1737-48.
10. Kirk S, Zeller M, Claytor R, Santangelo M, Khoury PR, Daniels SR. The relationship of health outcomes to improvement in BMI in children and adolescents. *Obes Res.* 2005;13(5):876-82.
11. Zeller M, Kirk S, Claytor R, Khoury PR, Grieme J, Santangelo M *et al.* Predictors of attrition from a pediatric weight management program. *J Pediatr.* 2004;144(4):466-70.
12. Levine MD, Ringham RM, Kalarchian MA, Wisniewski L, Marcus MD. Is family-based behavioral weight control appropriate for severe pediatric obesity? *Int J Eat Disord.* 2001;30(3):318-28.
13. Hofmann B. Bariatric surgery for obese children and adolescents: a review of the moral challenges. *BMC Med Ethics.* 2013;14:18.
14. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP *et al.* Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):CD001872. DOI: 10.1002/14651858.CD001872.pub2
15. Lupton D. Food, the body and the self. London: Sage Publications; 1996.
16. Jutel A. Weighing health: the moral burden of obesity. *Social Semiotics.* 2005;15(2):113-25.
17. Sobal J. Sociological analysis of the stigmatization of obesity. In: Germov J, Williams L, editors. *A sociology of food and nutrition: the social appetite.* 3^a ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 383-402.
18. Saarni SI, Anttilah H, Saarni SE, Mustajoki P, Koivukangas V, Ikonen TS *et al.* Ethical issues of obesity surgery: a health technology assessment. *Obes Surg.* 2011;21(9):1469-76.
19. Oliver JE. The politics of pathology: how obesity became an epidemic disease. *Perspect Biol Med.* 2006;49(4):611-27.
20. Pomeranz JL. A historical analysis of public health, the law, and stigmatized social groups: the need for both obesity and weight bias legislation. *Obesity.* 2008;16(2 Suppl):S93-103.
21. Hansson LM, Rasmussen F. Predictors of 10-year-olds' obesity stereotypes: a population-based study. *Int J Pediatr Obes.* 2010;5(1):25-33.
22. Hofmann B. Stuck in the middle: the many moral challenges with bariatric surgery. *Am J Bioeth.* 2010;10(12):3-11.
23. O'Hara MD. Please weight to be seated: recognizing obesity as a disability to prevent discrimination in public accommodations. *Whittier Law Review.* 1996;17:895-954.
24. United States. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Prevalence of overweight and obesity among adults in the United States. [Internet]. 2010 [acesso 13 maio 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2keO9jc>
25. Mayes C. The harm of bioethics: a critique of Singer and Callahan on obesity. *Bioethics.* 2015;29(3):217-21.
26. Venkatapuram S, Bell R, Marmot M. The right to sutures: social epidemiology, human rights, and social justice. *Health Hum Rights.* 2010;12(2):3-16.
27. Salant T, Santry HP. Internet marketing of bariatric surgery: contemporary trends in the medicalization of obesity. *Soc Sci Med.* 2006;62(10):2445-57.
28. Rossen LM, Schoendorf KC. Measuring health disparities: trends in racial-ethnic and socioeconomic disparities in obesity among 2 to 18-year old youth in the United States, 2001-2010. *Ann Epidemiol.* 2012;22(10):698-704.
29. Hassink SG. A clinical guide to pediatric weight management and obesity. Philadelphia: LWW; 2007.
30. American Diabetes Association. Type 2 diabetes in children and adolescents. *Pediatrics.* 2000;105(3):671-80.
31. Wing YK, Hui SH, Pak WM, Ho CK, Cheung A, Li AM *et al.* A controlled study of sleep related disordered breathing in obese children. *Arch Dis Child.* 2003;88(12):1043-7.
32. Levine JE, Schwimmer JB. Nonalcoholic fatty liver disease in the pediatric population. *Clin Liver Dis.* 2004;8(3):549-58.

33. Correia ML, Haynes WG. Leptin, obesity and cardiovascular disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2004;13(2):215-23.
34. Hampel H, Abraham NS, El-Serag HB. Meta-analysis: obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease and its complications. *Ann Intern Med*. 2005;143(3):199-211.
35. Bjorge T, Engeland A, Tverdal A, Smith GD. Body mass index in adolescence in relation to cause-specific mortality: a follow-up of 230,000 Norwegian adolescents. *Am J Epidemiol*. 2008;168(1):30-7.
36. Dixon JB. Surgical treatment for obesity and its impact on non-alcoholic steatohepatitis. *Clin Liver Dis*. 2007;11(1):141-54.
37. Holterman AX, Browne A, Dillard BE 3rd, Tussing L, Gorodner V, Stahl C *et al*. Short-term outcome in the first 10 morbidly obese adolescent patients in the FDA-approved trial for laparoscopic adjustable gastric banding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2007;45(4):465-73.
38. Sugerman HJ, Sugerman EL, DeMaria EJ, Kellum JM, Kennedy C, Mowery Y *et al*. Bariatric surgery for severely obese adolescents. *J Gastrointest Surg*. 2003;7(1):102-7.
39. Caniano DA. Ethical issues in pediatric bariatric surgery. *Semin Pediatr Surg*. 2009;18(3):186-92.
40. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. Guidelines for clinical application of laparoscopic bariatric surgery. [Internet]. Los Angeles: Sages; 2008 [acesso 24 mar 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2keW9B9>
41. Michalsky M, Reichard K, Inge T, Pratt J, Lenders C. ASMBS pediatric committee best practice guidelines. *Surg Obes Relat Dis*. 2012;8(1):1-7.
42. Pratt JS, Lenders CM, Dionne EA, Hoppin AG, Hsu GLK, Inge TH *et al*. Best practice updates for pediatric/adolescent weight loss surgery. *Obesity*. 2009;17(5):901-10.
43. Brei MN, Mudd S. Current guidelines for weight loss surgery in adolescents: a review of the literature. *J Pediatr Health Care*. 2014;28(4):288-94.
44. Yermilov I, McGory ML, Shekelle PW, Ko CY, Maggard MA. Appropriateness criteria for bariatric surgery: beyond the NIH guidelines. *Obesity*. 2009;17(8):1521-7.
45. August GP, Caprio S, Fennoy I, Freemark M, Kaufman FR, Lustig RH *et al*. Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(12):4576-99.
46. Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics*. 2007;120(4 Suppl):S164-92.
47. Fitch A, Everling L, Fox C, Goldberg J, Heim C, Johnson K *et al*. Prevention and management of obesity for adults. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement; maio 2013. [acesso 15 mar 2015]. Disponível: <http://bit.ly/2jqIClH>
48. Inge TH, Zeller MH, Jenkins TM, Helmuth M, Brandt ML, Michalsky MP *et al*. Perioperative outcomes of adolescents undergoing bariatric surgery: the teen-longitudinal assessment of bariatric surgery. *JAMA Pediatr*. 2014;168(1):47-53.
49. DeMaria EJ, Pate V, Warthen M, Winegar DA. Baseline data from American Society for Metabolic and Bariatric Surgery-designated bariatric surgery centers of excellence using the bariatric outcomes longitudinal database. *Surg Obes Relat Dis*. 2010;6(4):347-55.
50. Cruz-Muñoz N, Messiah SE, Cabrera JC, Torres C, Cuesta M, Lopez-Mitnik G *et al*. Four-year weight outcomes of laparoscopic gastric bypass surgery after adjustable gastric banding among multiethnic adolescents. *Surg Obes Relat Dis*. 2010;6(5):542-7.
51. Olbers T, Gronowitz E, Werling M, Mårild S, Flodmark CE, Peltonen M *et al*. Two-year outcome of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in adolescents with severe obesity: results from a Swedish Nationwide Study (AMOS). *Int J Obes*. 2012;36(11):1388-95.
52. Inge TH, Jenkins TM, Zeller M, Dolan L, Daniels SR, Garcia VF *et al*. Baseline BMI is a strong predictor of nadir BMI after adolescent gastric bypass. *J Pediatr*. 2010;156(1):103-8.
53. Treadwell JR, Sun F, Schoelles K. Systematic review and meta-analysis of bariatric surgery for pediatric obesity. *Ann Surg*. 2008;248(5):763-76.
54. Järholm K, Olbers T, Marcus C, Mårild S, Gronowitz E, Friberg P *et al*. Short-term psychological outcomes in severely obese adolescents after bariatric surgery. *Obesity*. 2012;20(2):318-23.
55. Widhalm K, Dietrich S, Prager G, Silberhumer G, Orth D, Kispal ZF. Bariatric surgery in morbidly obese adolescents: a 4-year follow up of ten patients. *Int J Pediatr Obes*. 2008;3(1 Suppl):78-82.
56. Groven KS, Råheim M, Engelsrud G. "My quality of life is worse compared to my earlier life": living with chronic problems after weight loss surgery. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2010;5(4):1-15.
57. Han TS, Wu FC, Lean ME. Obesity and weight management in the elderly: a focus on men. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013 ago;27(4):509-25.
58. Holm S. Obesity interventions and ethics. *Obesity Reviews*. 2007;8(1 Suppl):207-10.
59. Ungar WJ. Health technology assessment in child health. *Value Health*. 2012;15(4):A206-7.
60. Duncan DT. Parental misperception of their child's weight status: clinical implications for obesity prevention and control. *Obesity*. 2011;19(12):2293.
61. Varness T, Allen DB, Carrel AL, Fost N. Childhood obesity and medical neglect. *Pediatrics*. 2009;123(1):399-406.
62. Madan AK, Tichansky DS. Patients postoperatively forget aspects of preoperative patient education. *Obes Surg*. 2005;15(7):1066-9.
63. Evans E. Why should obesity be managed? The obese individual's perspective. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999;23(4 Suppl):S3-5.

64. Woolford SJ, Clark SJ, Gebremariam A, Davis MM, Freed GL. To cut or not to cut: physician's perspectives on referring adolescents for bariatric surgery. *Obes Surg.* 2010;20(7):937-42.
65. van Geelen SM, Bolt IL, van der Baan-Slootweg OH, van Summeren MJ. The controversy over pediatric bariatric surgery: an explorative study on attitudes and normative beliefs of specialists, parents, and adolescents with obesity. *J Bioeth Inq.* 2013;10(2):227-37.
66. Weiss R. Bariatric surgery for obese adolescents: "make assurance doubly sure". *Obes Facts.* 2009;2(5):277-80.
67. Raper SE, Sarwer DB. Informed consent issues in the conduct of bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis.* 2008;4(1):60-8.
68. Madan AK, Tichansky DS, Taddeucci RJ. Postoperative laparoscopic bariatric surgery patients do not remember potential complications. *Obes Surg.* 2007;17(7):885-8.
69. Beydoun MA, Wang Y. Socio-demographic disparities in distribution shifts over time in various adiposity measures among american children and adolescents: what changes in prevalence rates could not reveal. *Int J Pediatr Obes.* 2011;6(1):21-35.
70. Flum DR, Khan TV, Dellinger EP. Toward the rational and equitable use of bariatric surgery. *Jama.* 2007;298(12):1442-4.
71. Godoy CMA, Magalhães Neto GEJ, Santana MF, Correia SFBM, Silva JJ. Análise bioética nas indicações de cirurgia bariátrica em crianças e adolescentes. *Rev. bioét. (Impr.).* 2015;23(1):61-9. p. 68.

Recebido: 13. 1.2016

Revisado: 19.10.2016

Aprovado: 21.10.2016