

Análise bioética nas indicações de cirurgia bariátrica em crianças e adolescentes

Cynthia Meira de Almeida Godoy ¹, Galeno Egydio José de Magalhães Neto ², Marcelo Falcão Santana ³, Sérgio Flavny Brandão de Menezes Correia ⁴, Josimário João da Silva ⁵

Resumo

A cirurgia da obesidade vem sendo reconhecida como tratamento eficiente para perda de peso e melhora das comorbidades a ela associadas. Em adultos os riscos e benefícios em curto e longo prazo já são bem conhecidos na literatura, porém em crianças e adolescentes não existe dados precisos. Por envolver mudanças significativas nos hábitos de vida e na alimentação a decisão do tratamento cirúrgico para essa população ainda é delicada e necessita da participação de toda equipe médica e envolvimento familiar. Para isso o médico responsável deve conhecer todos os aspectos bioéticos que envolvem a questão para ponderar sobre os passos necessários para conduzir melhor os casos em que a cirurgia bariátrica é a opção mais adequada.

Palavras-chaves: Cirurgia bariátrica. Bioética. Adolescente.

Resumen

Análisis de la bioética en particular cirugía bariátrica en niños y adolescentes.

La cirugía de la obesidad viene siendo reconocida últimamente como un tratamiento eficiente para la pérdida de peso y la mejora de las comorbidades a ella asociadas. En los adultos los riesgos y beneficios a corto y a largo plazo ya son bien conocidos en la literatura, pero en los niños y adolescentes no existen datos precisos. Por conllevar alteraciones significativas en los hábitos de vida y en la alimentación, la decisión del tratamiento quirúrgico para esta población aún es delicada y necesita la participación de todo el equipo médico y el involucramiento familiar. Para eso el médico responsable debe conocer todos los aspectos que envuelven la bioética y los pasos necesarios para conducir mejor los casos en los cuales la cirugía bariátrica es la opción más adecuada.

Palabras-clave: Cirugía bariátrica. Bioética. Adolescente.

Abstract

Bioethical analysis on the indications for bariatric surgery in children and adolescents

Obesity surgery has been increasingly recognized as an efficient treatment to lose weight and improve comorbidities related to this condition. The short and long-term risks and benefits for adults are well documented in the literature, but there are no accurate data for children and adolescents. Given the significant changes in life habits and diet involved, the decision for surgical treatment is a delicate one, requiring the participation of the entire medical team and the patient's family. For this reason the doctor in charge must be aware of all bioethical aspects and the necessary steps to better manage cases in which bariatric surgery is the preferred option.

Key words: Bariatric surgery. Bioethics. Adolescent.

1. Mestranda cynthia@equipeunicad.com **2. Mestrando** galenomn@hotmail.com **3. Mestrando** dr.marcelofalcao@gmail.com **4. Mestrando** serciocorreia@gmail.com **5. Doutor** josimario.bioetica@gmail.com – Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, Brasil.

Correspondência

Josimário João da Silva - Rua Conselheiro Portela. 565/201. Espinheiro. Recife (PE) CEP 52 020-035.Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

A sociedade contemporânea vivencia um fenômeno cada vez mais presente na vida das pessoas: o consumo. Além de artefatos oriundos da produção em massa começamos a presenciar também um sério problema – a obesidade – que incide especialmente sobre as populações que têm acesso ao alimento industrializado.

E o que é mais grave é que este é um problema que inicia muito cedo na vida das pessoas, daí o considerável aumento de sua incidência em crianças e adolescentes. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) ¹ durante quase duas décadas a obesidade na infância e no adolescente vem crescendo em todo mundo. Associadas à obesidade doenças como diabetes tipo II, hipertensão, problemas respiratórios estão presentes em muitos casos. Essa população de obesos é mais propensa a desenvolver doenças cardíacas, pulmonares, psicológicas, endócrinas muitas das quais persistem na idade adulta ^{2,3}.

A prevalência da síndrome metabólica é alta entre crianças e adolescentes e aumenta com a piora da obesidade. Biomarcadores de risco com eventos cardiovasculares já estão presentes nesses jovens ². Baseado nos dados da Associação de Saúde Americana, entre 2003 a 2006, 36,8% dos homens afro-americanos e 52,9% das mulheres afro-americanas serão obesas com índice de massa corporal (IMC) de 30Kg/m² ou mais. Para os caucasianos 32,3% dos homens e 32,7% das mulheres já são obesos. Os hispânicos 26,8% dos homens e 41,9% das mulheres são obesas com IMC também em torno de 30Kg/m² ou mais. A academia Americana de Pediatria classifica o IMC de crianças e adolescentes mediante percentis e quando os valores se encontram entre 85th a 95th percentis se considera como sobrepeso. A academia afirma que nos últimos 30 anos a população de crianças obesas nos Estados Unidos (EUA) vem aumentando e se estima que 20% da população infantil seja obesa ^{1,2}.

Outros estudos também mostram que a prevalência da obesidade infantil tem triplicado nos últimos 25 anos com diferença significativa entre raça, etnia e *status* socioeconômico. No período de 2003–2006 16,3% de todas as crianças americanas na faixa etária de 2 a 19 anos foram classificadas como obesas e 31,9% como sobrepeso ⁴. A somatória desses dois percentuais, que indicam a existência do problema em graus variados, eleva-se a surpreendentes 48,1%, quase a metade de todas as crianças e adolescentes do país.

Os fatores que levam a obesidade e sobrepeso têm sido estudados, porém o que se observa é uma associação do nível socioeconômico com o ganho de peso. Por um lado, crianças com renda mais baixa são mais propensas a ganhar peso. A dupla jornada de trabalho dos pais e as mudanças de hábito da família fizeram com que alimentos mais processados e *fastfood* fossem mais consumidos. De outro lado observa-se que a escola também tem oferecido alimentos mais calóricos e com baixo valor nutricional ⁴. Dado o aumento da obesidade infantil, teremos inevitavelmente consequências na saúde e economia ao longo da vida e reforça a relação recíproca entre educação, renda e saúde ⁴.

A primeira questão ética que se pode levantar relaciona-se à mudança de hábitos alimentares e ao estímulo a comportamentos menos sedentários. Estas questões têm tomado a pauta de médicos e gestores de políticas públicas de saúde dado o vertiginoso crescimento do problema. No contexto geral, uma ferramenta efetiva para o tratamento primário seria prevenir ou fazer mudanças comportamentais

para obesidade. Nos EUA tem se notado o esforço das autoridades de saúde em combater a obesidade infantil mediante mudanças nos hábitos alimentares, com ênfase em alimentos saudáveis, principalmente nas escolas e redes alimentícias.

Mas como exigir que os pais ofereçam às crianças e adolescentes alimentação mais saudável se seu tempo para prover tais necessidades é premido por horários de trabalho às vezes rígidos e extenuantes? Como estimular que crianças e adolescentes desenvolvam o gosto por alimentação saudável quando a propaganda emulada do mercado oferece ininterruptamente as “novidades” industrializadas, geralmente com poucas fibras, altos teores de sódio e açúcares e calorias, mas, em contrapartida, de preparo muito simplificado? Como minimizar o sedentarismo em um mundo fascinado pelos meios de comunicação e jogos interativos que levam os participantes a passar horas sentados, jogando em simulação mental de movimentos?

Mas como não há resposta única para nenhuma destas questões, seja por suas próprias características seja em decorrência da forma diferenciada com que atingem os diferentes grupos étnicos e estratos socioeconômicos ou, ainda, porque mudanças de hábito e comportamento demandam tempo para produzir resultados, torna-se necessário recorrer ao tratamento para suprimir os efeitos do problema uma vez instalado. Assim, no que tange ao campo do tratamento a questão precípua é: a cirurgia bariátrica seria a primeira opção terapêutica? A mudança de hábitos – incluindo-se atividades físicas e dieta – não resolveria a maioria dos casos? Não seria a obesidade em crianças e adolescentes resultantes desses diversos fatores relacionados ao comportamento humano na sociedade atual? Se isso é uma verdade não estaríamos apenas medicalizando comportamentos? ⁵

Existem evidências nítidas de que o tratamento clínico tradicional para obesidade em crianças e adolescentes não tem bons resultados fazendo com que o médico acabe optando pela cirurgia, principalmente para casos em que a obesidade é mais severa. Em adultos essa alternativa de tratamento já tem seus riscos bem definidos, porém os trabalhos publicados com crianças e adolescentes são de pouca qualidade e ainda não se sabe os resultados ao longo prazo ^{6,7}. O tratamento cirúrgico seria uma indicação para casos específicos, já que a indicação da cirurgia nesta faixa etária é controversa ⁷.

Em 2009 o Grupo Internacional de Endocirurgia Pediátrica publicou uma série de *guidelines* que propõe a realização da cirurgia bariátrica para adolescentes com IMC acima de 35kg/m² associado a diabetes tipo II, doença obstrutiva do sono moderada, pseudotumor cerebral ou IMC superior a 40kg/m² isoladamente ⁸. Critérios adicionais para cirurgia bariátrica em adolescentes inclui estágio de Tanner 4 ou mais, maturidade óssea 95% ou mais, compromisso demonstrado pela mudança de vida e ambiente psicossocial estável. Além disso, o paciente deve ter capacidade de compreender claramente as implicações associadas, culminando com o termo de consentimento e livre esclarecimento junto com o responsável, no qual as informações, riscos, benefícios e responsabilidades devem estar bem definidas ⁸.

Apesar dessa proposta do Grupo Internacional de Endocirurgia Pediátrica a realização da cirurgia bariátrica no adolescente ainda é controversa pelos riscos imediatos da cirurgia, pelas implicações éticas

e complicações em longo prazo associados a esse procedimento. Existem incertezas sobre a eficácia dessa operação em adultos jovens e quando os pacientes jovens estarão aptos para cumprir com a dieta no pós-operatório e as mudanças no estilo de vida necessárias para manter o sucesso da cirurgia bariátrica ⁹. Em comparação a terapia convencional, a cirurgia bariátrica parece ser uma opção viável para o tratamento da obesidade resultando na perda de peso a longo prazo, um melhor estilo de vida e, com exceção da hipercolesterolemia, melhora nos fatores de risco ¹⁰.

Técnicas cirúrgicas empregadas

São aprovadas no Brasil quatro modalidades diferentes de cirurgia bariátrica e metabólica (além do balão intragástrico, que não é considerado cirúrgico) ⁶:

Bypass Gástrico (Gastroplastia com desvio intestinal em “y de Roux”)

É a técnica mais realizada no Brasil (75% no total) devido à segurança e eficácia. O paciente pode perder 40% do excesso do peso ou mais. É considerado pela SBCBM como cirurgia mista. Ocorre redução do estômago e desvio do intestino que promove aumento dos hormônios que dão a sensação de saciedade e diminuem a fome. A menor ingestão e aumento da saciedade é o que faz o paciente emagrecer, além de controlar diabetes e outras doenças.

Banda Gástrica Ajustável

Representa apenas 5% dos procedimentos realizados no país. Não promove mudanças hormonais, mas é bastante segura e eficaz na redução de peso (20% a 30% do excesso de peso). Pode ajudar no tratamento do diabetes tipo II. Instala-se um anel de silicone ajustável ao redor do estômago que aperta o órgão, tornando possível controlar o esvaziamento gástrico. A banda gástrica é um tipo de tratamento eficiente e atrativo em pacientes cuidadosamente selecionados. Tem baixo risco de levar à deficiência de vitaminas no pós-operatório comparado a outra técnica cirúrgica ¹¹.

Gastrectomia vertical

O estômago é reduzido ficando com uma capacidade aproximada de 80ml a 100ml. A perda de peso é similar a do Bypass e maior que a banda gástrica ajustável. É um procedimento relativamente novo que vem sendo realizado no Brasil desde 2000. Apresenta bons resultados para controle da pressão arterial e doenças, colesterol e triglicérides.

Duodenal Switch

A técnica associa a gastrectomia vertical com o desvio duodenal. É retirado 85% do estômago, porém a fisiologia básica do estômago e seu esvaziamento são mantidas. A redução do peso é bem maior e um dos motivos é a absorção reduzida dos nutrientes. A perda de peso é de 40% a 50% do excesso de peso e apenas 5% desse procedimento é realizado no Brasil.

Após revisão da literatura e investigação de resultados de alguns trabalhos, a OMS concluiu que a Banda Gástrica é o procedimento mais realizado na Europa para o tratamento da obesidade em

crianças e adolescentes pelo fato de ser menos invasivo ⁴. Porém, de acordo com a revisão desses trabalhos as evidências para realização da cirurgia bariátrica nessas faixas etárias ainda são insuficientes, principalmente no que se refere aos resultados ao longo prazo ⁷. O Bypass Gástrico em Y de Roux é considerado meio eficaz para tratar a morbidade relacionada à obesidade na adolescência. Uma equipe multiprofissional de especialistas em pediatria é necessário para tomada de decisões no pré-operatório e no pós-operatório ideal ¹².

Aspectos éticos

Segundo a Portaria 492/2007 da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica os pacientes candidatos a cirurgia bariátrica são:

- a. Portadores de obesidade mórbida com IMC (índice de massa corpórea) igual ou maior do que 40 Kg/m², sem co-morbidades e que não responderam ao tratamento conservador (dieta, psicoterapia, atividade física etc.), realizado durante pelo menos dois anos e sob orientação direta ou indireta de equipe de hospital credenciado/habilitado como Unidade de Assistência de Alta Complexidade;
- b. Portadores de obesidade mórbida com IMC igual ou maior do que 40 Kg/m² com co-morbidades que ameaçam a vida;
- c. Pacientes com IMC entre 35 e 39,9 Kg/m² portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade ⁵.

Porém, os seguintes critérios devem ser observados:

1. Excluir os casos de obesidade decorrente de doença endócrina (por exemplo, Síndrome de Cushing devida a hiperplasia supra-renal);
2. Respeitar os limites da faixa etária de 18 a 65 anos, considerando ainda que o tratamento cirúrgico não deve ser realizado antes de as epífises de crescimento estarem consolidadas nos jovens;
3. O doente ter capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento, bem como dispor de suporte familiar constante;
4. O doente e os parentes que o apóiam assumirem o compromisso com o seguimento pós-operatório, que deve ser mantido indefinidamente;
5. O doente não apresentar alcoolismo ou dependência química a outras drogas, distúrbio psicótico grave ou história recente de tentativa de suicídio.

Pacientes idosos e jovens entre 16 e 18 anos, podem ser operados em situações especiais, após análise cuidadosa da relação risco/benefício ⁶. Após levantamento de trabalhos realizados em pacientes obesos submetidos à cirurgia bariátrica¹³ concluiu que de acordo com os primeiros resultados obtidos em pacientes já operados o critério de recomendação para o tratamento cirúrgico para crianças e adolescente deve levar em consideração aspectos como:

1. Verificar o estágio de desenvolvimento do indivíduo muito mais que sua idade cronológica;
2. Considerar o IMC de 40Kg/m² ou 35Kg/m² assim como a existência de co-morbidades (diabetes, hipertensão, apnéia do sono entre outras doenças que afetem a qualidade de vida do indivíduo ou aumentem o risco de morte);
3. Prévio acompanhamento clínico de no mínimo seis meses em que se observem as mudanças no estilo de vida, perda peso e o envolvimento da família;
4. Processo de esclarecimento sobre o procedimento que culmine na assinatura do termo de consentimento e livre esclarecimento pelo paciente e seus pais e/ou responsáveis;
5. O conhecimento dos pais e família de que o paciente tem motivação e que está bem informado sobre a cirurgia, dos seus riscos, do apoio da família e esteja emocionalmente estável;
6. Recomenda-se avaliação psiquiátrica do paciente e da família;
7. A capacidade e boa vontade da família para aderir ao tratamento após a cirurgia são incluídos nos critérios de indicação.

Assim como os pacientes obesos na faixa etária de 18 anos a 65 anos a população pediátrica e adolescente pode ter contra indicação para o tratamento cirúrgico por vários motivos além da gravidade da obesidade. Dentre eles pode-se citar gravidez ou amamentação; uso de álcool ou substância ilícita; Síndrome de Prader-Willis ou outras condições de hiperfagia ⁷.

Artigo de Filho ¹¹ considerou a importância de ponderar sobre parâmetros éticos na indicação de pacientes para cirurgia bariátrica. O autor aponta a limitação de acesso ao procedimento e o consequente descompasso entre a demanda e a oferta de tratamento, implicando no descumprimento do princípio de justiça distributiva. Se o tratamento traz benefício real, todos os pacientes que necessitam deveriam ter acesso fácil, o que não acontece na prática. Para o autor, o maior problema bioético é a falta de alocação de recursos para a realização do procedimento.

O paciente deve estar ciente das mudanças que deve realizar nos seus hábitos e o compromisso de seguir as orientações da dieta ao curto e longo prazos. Fazê-lo compreender as mudanças anatômicas e o funcionamento da cirurgia também deve ser preocupação do cirurgião. É importante que a família entenda os riscos atuais e os benefícios da cirurgia e que se tenha uma discussão extensiva no pré-operatório com o paciente e familiares ¹⁴.

Ibelle e Mattar³ afirmam que a autonomia do paciente deve ser preservada e as informações ao paciente e sua família sobre a cirurgia deve proporcionar uma visão otimista em relação aos resultados, sem deixar de mostrar, porém, os problemas e riscos que podem ocorrer. A cirurgia bariátrica é um procedimento complexo que além de envolver uma equipe multiprofissional pode trazer como consequência problema nutricional mais sério ao longo dos anos. O papel da equipe com o paciente deve ser claro e objetivo. O paciente deve entender quais mudanças que de fato irão acontecer após a cirurgia bem como que poderão acontecer.

O Ministério da Saúde disponibiliza o tratamento, porém não vem dando suporte aos pacientes de forma eficiente. Pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia devem tomar suplementos nutricionais pelo resto da vida e muitos não têm condições financeiras para sua aquisição. O governo por sua vez não oferece esse tipo de suplemento gratuitamente para o para o paciente, por não existir um programa específico para acompanhamento do paciente após esse tipo de cirurgia.

Como todo procedimento cirúrgico a indicação para realização da cirurgia bariátrica depende de critérios bem definidos, porém muitos dos profissionais da saúde não levam em conta o critério social como importante fator de impedimento à viabilidade da cirurgia, principalmente em pacientes mais jovens. Se já existem todas essas dificuldades para pacientes adultos como seria no caso de crianças e adolescentes? Em se tratando da cirurgia como tratamento para essa população pode-se ⁴ incluir como regras gerais: ter a informação e consentimento do menor que será submetido à cirurgia; ter uma equipe interdisciplinar especializada; verificar o custo-benefício com e sem tratamento cirúrgico.

Segundo Caniano ¹⁴ os quatro princípios fundamentais da ética biomédica, beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, devem ser considerados como guias do ponto de vista bioético no contexto da cirurgia bariátrica em pacientes pediátricos. A cirurgia por ser considerado um tratamento inovador e possuir obrigações éticas nas avaliações dos resultados e nas pesquisas clínicas deve possuir um rigoroso protocolo que contemple esses princípios. Sendo assim, alguns fatores podem ser considerados:

1. O cirurgião deve indicar a cirurgia em casos específicos;
2. O paciente e sua família devem decidir sobre a realização da cirurgia;
3. O hospital estabelece o programa de cirurgia pediátrica para obesidade;
4. O serviço deve ser reconhecido como referência para esse tipo de tratamento.

Intervenções cirúrgicas com restrição da dieta, programas de atividade física e terapia comportamental são efetivos e podem ajudar na perda peso e melhorar as doenças associadas à obesidade, influenciando favoravelmente a adoção dessa abordagem. No entanto, deve-se considerar que aos pacientes com IMC maior que 40Kg/m² que realizam tratamento clínico e reduzem em apenas 3% seu IMC em um ano de acompanhamento, insuficiente para reversão das comorbidades, deve-se ponderar sobre o tratamento com foco no princípio da beneficência, visando o bem estar do doente na sua integralidade ¹⁴.

Dado o risco da cirurgia, em uma visão beneficente, é necessário o acompanhamento prolongado que possa avaliar como mais critérios os parâmetros metabólicos e psicológicos que possam surgir com a perda de peso. O benefício antecipado para perda de peso somado a um programa médico e comportamental tem ajudado de maneira adicional o paciente e sua família do que se refere à educação alimentar e estilo de vida ¹⁴.

O paciente e sua família devem ter oportunidade de conhecer as opções de cirurgia incluindo os riscos e benefícios associados à operação. Além disso, deveriam ser aconselhados sobre a restrição

da dieta e outras instruções necessárias após a cirurgia com comprimento de metas para a perda de peso. Para pacientes que conseguem reduzir o peso com tratamento não cirúrgico e que melhoram das co-morbidades a conduta seria acompanhamento médico. Aqueles que não têm sucesso com essa abordagem a intervenção cirúrgica depende do princípio da beneficência que tem como objetivo melhorar as co-morbidades assim como a saúde e bem estar.

A violação desse princípio ocorrerá em situações em que a avaliação pré-operatória foi realizada de forma inadequada em pacientes com co-morbidades, perda de peso ineficiente com tratamento médico, equipe médica e hospital sem uma perícia de alta qualidade com um acompanhamento seguro no perioperatório e a longo prazo¹⁴.

Entretanto, existe questionamento se seria uma ação beneficente apenas considerar o tratamento cirúrgico para pacientes com obesidade grave com sérias co-morbidades. A resposta dos pacientes jovens submetidos ao procedimento cirúrgico como decorrência da intenção de restaurar-lhes a saúde e bem estar ainda é desconhecida, tanto a curto como ao longo prazo. Dada à escassez de informações, um perfil de risco/benefício sobre como seria a resposta terapêutica da criança a qualquer um dos procedimentos cirúrgicos restritivos ou dissabsortivos, a curto ou longo prazos, seria muito difícil de construir¹¹.

A beneficência também apoia inscrição de crianças de baixo risco em ensaios clínicos de pesquisa com testes validados que permitem a perda de peso com uso de medicamentos. Considerando o tratamento cirúrgico para obesidade, o risco de prejuízo antes e após a cirurgia, a probabilidade de alcançar o resultado desejado e o potencial de complicações imprevistas nos leva a enfatizar a não-maleficência.

O perfil de risco para as duas cirurgias mais frequentemente realizadas (bypass gástrico em y de Roux e a banda gástrica ajustável) já tem sido bem estabelecido em pacientes adultos e em alguns casos de adolescentes. No caso do bypass gástrico o qual pode ser feito por laparoscopia ou aberta, a complicação mais precoce e letal após a cirurgia é vazamento da anastomose, sangramento e embolia pulmonar. Outras complicações incluem infecção na ferida operatória, anastomose estreita, ulceração marginal, hérnia incisional, colelitíase sintomática e perda de peso insuficiente.

Os riscos nutricionais em longo prazo incluem deficiência de cálcio, vitamina D, ferro, folato, vitamina B1, B6 e B12 e suas consequências negativas para saúde requer aderência do paciente na ingestão de suplemento de micronutriente. O sintoma perturbador do dumping, particularmente após ingestão de doces, náuseas, vômitos e diarreia são problemas recorrentes em alguns pacientes submetidos ao bypass gástrico em y de Roux e todos mais frequentes movimentos intestinais.

O risco após a cirurgia com a banda gástrica relaciona-se a complicações mecânicas e infecções. A banda pode estar mal posicionada com deslizamento do seu local de origem que pode ocorrer precocemente ou em longo prazo.

A autonomia tem como prioridade da bioética valorizar a escolha individual, principalmente no que se refere ao corpo. A autonomia para o paciente pediátrico depende do pressuposto de que os pais irão consentir a operação do menor. Acesso a tratamento médico, educacional e de alimentação

deve está disponível para o paciente e deve ser tentado mesmo para aqueles que têm doenças associadas à obesidade como diabetes tipo II.

O paciente deve ser capaz de demonstrar aderência e compreensão do programa de modificação de estilo de vida antes da cirurgia e compreender as mudanças nutricionais após a cirurgia. A falta de cumprimento das tarefas propostas pode levar ao insucesso. Como a adolescência é uma fase na qual regras são difíceis de serem mantidas, é questionável se nessa etapa da vida dever-se-ia indicar uma cirurgia bariátrica.¹⁵

O desejo de se ter um corpo aceitável segundo os ditames sociais e livre de comorbidades pode interferir no conhecimento profundo dos riscos da cirurgia em longo prazo como o bypass gástrico em y de Roux que são de natureza irreversível. Toda a informação detalhada para o conhecimento e consentimento do procedimento está sob responsabilidade do médico cirurgião e sua equipe.

O processo informativo para posterior autorização com a assinatura do termo de consentimento e livre esclarecimento para o paciente pediátrico candidato a cirurgia bariátrica deve ser longo, podendo levar alguns meses. Nesse período o paciente e sua família participam de programas de atendimento para mudança comportamental e alimentar com reuniões frequentes com o cirurgião responsável e toda sua equipe sobre o procedimento cirúrgico, os riscos a curto e longo prazo e as incertezas sobre os resultados do tratamento com os anos. Nessas reuniões o cirurgião deve observar qual o principal objetivo do paciente e sua capacidade de cumprir promessas.

Compete à equipe de cirurgia bariátrica disponibilizar psicólogo que possa ajudar a determinar a motivação que leva o paciente a realizar uma cirurgia para perder peso, para tomar decisões complicadas bem como seus temores sobre o procedimento. Além disso, a equipe médica deve questionar se o paciente realmente quer realizar o procedimento e entende os objetivos da intervenção ou se está sobre a influência de terceiros como pais e/ou parentes.

Embora as intervenções cirúrgicas bariátricas não tenham como rotina a avaliação de assistente social, o bom resultado da operação depende de várias características familiares dos pacientes como ambiente doméstico voltado a apoiar o período de dieta no pós-operatório e ingestão dos suplementos de vitamina, que revele-se confiável quanto ao transporte para retorno às consultas médicas regulares e à supervisão apropriada dos pais e/ou adultos.

Além disso, o paciente pode se beneficiar com o relato daqueles que já foram operados ou com dos que não concordaram em fazer o procedimento. Estudos têm mostrado que pacientes submetidos a cirurgia bariátrica não lembram das informações relacionadas às complicações pós cirúrgicas. Muitas vezes as informações são dadas ao paciente pela internet, retiradas de *sites* eletrônicos de centros médicos de profissionais de saúde. Isto influi na qualidade do material, tornando seu conteúdo muito variado e dificultando a compreensão sobre a gravidade dos problemas que podem surgir após a cirurgia¹⁵⁻¹⁷.

Outra possibilidade de dificuldade de compreensão das mudanças e riscos após cirurgia bariátrica é a presença de depressão comum em pacientes adolescentes com grau de obesidade severo. A obesidade é associada a problemas psiquiátricos e isso também pode reduzir a habilidade cognitiva e

verbal¹⁵. O princípio da justiça permite que cada pessoa receba uma parcela justa dos recursos da saúde e tratamento equivalente. A maneira com a qual os hospitais pediátricos e serviços de pediatria para o tratamento da obesidade de assistir o paciente deve não infringir ou violar a justa distribuição de recursos. A missão e valores dos hospitais e serviços de pediatria geral é prever o cuidado da saúde a todos os pacientes independentes do seu nível socioeconômico.

A consciência do sistema do hospital pediátrico, dentro do seu contexto local e da comunidade em geral, será a força motriz para melhor distribuição de justiça entre crianças e adolescentes. Esforços para manter tratamentos multidisciplinares e de terapia comportamental deve ser uma meta constante, assim como programas de cirurgia bariátrica que exige liderança profissional com apoio estadual e federal. Lembrando que qualquer programa pediátrico para cirurgia bariátrica que exclui pacientes por falta de seguro ou recursos financeiros violaria o princípio da justiça, além de ferir um direito lícito que a saúde a sua dignidade como pessoa humana.

Considerações finais

Os trabalhos que abordam o tema da obesidade em crianças e adolescente e cirurgia bariátrica mostram que não existe um consenso sobre a realização da cirurgia nessa população¹⁵. Em linhas gerais, este procedimento deve ser considerado quando todas as outras abordagens revelaram-se ineficazes. Não se pode desconsiderar que crianças e adolescentes estão em franco desenvolvimento, portanto sujeitos à mudanças em suas dimensões humanas. A cirurgia não finaliza o tratamento da obesidade, pelo contrário, é o início de um período de transformações comportamentais, alimentares e de comportamento, no que diz respeito a prática de exercícios, com a monitoração regular por equipe multidisciplinar de profissionais da saúde¹⁵.

Portanto, agir com prudência, levando em conta todos os aspectos éticos relativos a cada caso, torna-se um referencial que deve prevalecer. O cirurgião e toda sua equipe devem avaliar muito bem cada caso, verificando a gravidade e os riscos após a cirurgia, principalmente em longo prazo. Pensando no ato cirúrgico os riscos físicos tem uma dimensão maior pelas mudanças anatômicas e fisiológicas, porém por ser um procedimento que precisa da participação do paciente e da família para uma melhor adaptação, já que muda hábitos e comportamento alimentar, os riscos na dimensão emocional, social e espiritual podem está presentes, mas nunca devem ser maiores que os benefícios.

A conscientização de pacientes e familiares quanto a todas as etapas do processo e suas implicações a curto e longo prazo é de grande relevância para o êxito do procedimento, estabelecendo, assim, relação de corresponsabilidade entre a equipe, o paciente e seus familiares no intuito de enfatizar o compromisso na mudança de comportamento quanto às escolhas alimentares e hábitos de vida.

O respeito à pessoa humana é um dos maiores fundamentos da sociedade e consiste acima de qualquer coisa em ver o ser humano na sua especificidade, dando-lhe subsidio para que possa se submeter às práticas médicas sabendo dos riscos e benefícios e direcionando a sua opção para a escolha que melhor lhe convier dentro de princípios cientificamente comprovado e eticamente aceitável.

Referências

- 1.Ogden CL, Flegal KM. Changes in terminology for childhood overweight and obesity. National health statistics reports. 2010(25):1-5.
- 2.Weiss R, Dziura J, Burgert TS, Tamborlane WV, Taksali SE, Yeckel CW, et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. New England Journal of Medicine. 2004;350(23):2362-74.
- 3.Ibele AR, Mattar SG. Adolescent bariatric surgery. The Surgical clinics of North America. 2011;91(6):1339-51, x.
- 4.Palermo TM, Dowd JB. Childhood obesity and human capital accumulation. Soc Sci Med. 2012;75(11):1989-98.
- 5.Noronha J. Portaria N° 492/ 31 de agosto de 20072007 26/08/2012.
- 6.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.
- 7.Aikenhead A, Knai C., Lobstein, T. Do surgical interventions to treat obesity in children and adolescents have long-versus short-term advantages and are they cost-effective?2012 25/01/2014 [cited 2012:1-35 pp.].
- 8.Hsia DS, Fallon SC, Brandt ML. Adolescent bariatric surgery. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012;166(8):757-66.
- 9.Pratt JS, Lenders CM, Dionne EA, Hoppin AG, Hsu GL, Inge TH, et al. Best practice updates for pediatric/adolescent weight loss surgery. Obesity (Silver Spring). 2009;17(5):901-10.
- 10.Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. New England Journal of Medicine. 2004;351(26):2683-93.
- 11.Filho JI. Aspectos éticos e legais da cirurgia bariátrica. einstein [Internet]. 2006 25/01/2014; 4:[S125-S9 pp.].
- 12.Inge TH, Garcia V, Daniels S, Langford L, Kirk S, Roehrig H, et al. A multidisciplinary approach to the adolescent bariatric surgical patient. J Pediatr Surg. 2004;39(3):442-7.
- 13.Hsia DS, Fallon SC, Brandt ML. Adolescent bariatric surgery. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 2012;166(8):757-66.
- 14.Caniano DA. Ethical issues in pediatric bariatric surgery. Semin Pediatr Surg. 2009;18(3):186-92.
- 15.Hofmann B. Bariatric surgery for obese children and adolescents: a review of the moral challenges. BMC medical ethics. 2013;14:18.
- 16.Reynolds WW, Nelson RM. Risk perception and decision processes underlying informed consent to research participation. Soc Sci Med. 2007;65(10):2105-15.
- 17.Madan AK, Tichansky DS, Taddeucci RJ. Postoperative laparoscopic bariatric surgery patients do not remember potential complications. OBES SURG. 2007;17(7):885-8.

Participação dos autores

Cynthia Meira de Almeida Godoy, Galeno Egydio José de Magalhães Neto, Marcelo Falcão Santana, Sérgio Flavny Brandão de Menezes Correia realizaram a revisão bibliográfica da pesquisa e estruturação da parte escrita do artigo. Josimário João da Silva participou de todas as etapas como orientador do trabalho.

Recebido: 13.2.2013

Revisado:

Aprovado: