

A TOMADA DE DECISÃO PELA CIRURGIA BARIÁTRICA NO TRATAMENTO DA OBESIDADE: A PERSPECTIVA DO PACIENTE

DECISION MAKING BY BARIATRIC SURGERY IN THE TREATMENT OF OBESITY: THE PATIENT'S PERSPECTIVE

TOMA DE DECISIONES MEDIANTE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD: LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Karina Protti de Mattos, MSC
Universidade Salvador/Brazil
kprotti@me.com

Marluce Dantas de Freitas Lodi, Dra.
Universidade Salvador/Brazil
marluce.lodi@unifacs.br

RESUMO

A obesidade é um grave problema de saúde pública agravado pelos altos custos relacionados. Apesar da existência de diversos tratamentos para perda de peso, alguns pacientes necessitam de uma intervenção mais eficaz a longo prazo. O objetivo deste estudo é compreender o processo de tomada de decisão do paciente obeso pelo tratamento cirúrgico da obesidade, identificando fatores influenciadores da decisão e escolha do tratamento. Este estudo utilizou abordagem qualitativa, utilizando 13 entrevistas em profundidade como técnica de coleta de dados e análise de conteúdo como método de análise. Para construir as categorias de análise do estudo e as questões do roteiro semiestruturado, o estudo utilizou como norteadores os modelos teóricos de tomada de decisão do consumidor de Blackwell et al. (2006) e de decisão de saúde de Ballard-Reisch (1990). Como resultado, foi possível compreender o processo de decisão e propor um modelo de tomada de decisão em cirurgia bariátrica.

Palavras-chave: Obesidade; Cirurgia bariátrica; Tomada de decisões.

ABSTRACT

Obesity is a serious public health problem, aggravated by the high related costs. Despite the existence of several treatments for weight loss, some patients require a more effective intervention in the long term. The objective of this study is to understand the decision-making process of obese patients regarding the surgical treatment of obesity, identifying factors that influence the decision and choice of treatment. This study used a qualitative approach, using 13 in-depth interviews as data collection technique and content analysis as an analysis method. To build the study analysis categories and the semi-structured script questions, the study used the theoretical models of consumer decision-making by Blackwell et al. (2006) and the Ballard-Reisch (1990) health decision-making. As a result, it was possible to understand the decision process and propose a decision-making model in bariatric surgery.

Keywords: Obesity; Bariatric Surgery; Decision Making.

RESUMEN

La obesidad es un grave problema de salud pública agravado por sus altos costos relacionados. A pesar de la existencia de varios tratamientos para adelgazar, algunos pacientes necesitan una intervención más eficaz a largo plazo. El objetivo de este estudio es conocer el proceso de toma de decisiones de los pacientes obesos para el tratamiento quirúrgico de la obesidad, identificando los factores que influyen en la decisión y elección del tratamiento. Este estudio utilizó un enfoque cualitativo, utilizando 13 entrevistas en profundidad como técnica de recolección de datos y análisis de contenido como método de análisis. Para construir las categorías de análisis del estudio y las preguntas del guión semiestruturado, el estudio utilizó los modelos teóricos de toma de decisiones del consumidor de Blackwell et al. (2006) y la decisión de salud de Ballard-Reisch (1990). Como resultado, fue posible comprender el proceso de decisión y proponer un modelo de toma de decisiones en cirugía bariátrica.



Palabras clave: Obesidad; Cirugía bariátrica; Toma de decisiones.

1 INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada uma crescente epidemia mundial. Em 2015 o número de adultos obesos chegou a quase 604 milhões (GBD, 2015). A incidência da obesidade subiu de 11,8% para 18,9% entre 2006 e 2016 (BRASIL, 2016). Este problema constitui-se em maior magnitude quando associado às comorbidades comumente presentes entre os obesos, como diabetes, hipertensão, esteatose hepática, entre outras (LANCET, 2016). Paralelamente crescem as possibilidades de tratamentos e terapias que pretendem contribuir para a resolução deste agravo. Práticas impulsionadas pelos avanços tecnológicos que envolvem o mercado em saúde apresentam aos pacientes novas oportunidades para o controle da obesidade.

Entre a vivência da obesidade, seus agravos e a oferta de tratamentos para o problema, está a escolha terapêutica do paciente obeso que busca a autonomia em sua decisão. O entendimento de como o paciente toma decisões a respeito do seu tratamento pode ter muitas implicações para sua saúde, principalmente porque os padrões de escolha podem ser preditores de adesão aos tratamentos escolhidos (BRUCE et al., 2016). Mais de 60% dos pacientes de doenças crônicas, como é o caso da obesidade, abandonam os tratamentos antes do fim (DUNBAR-JACOB; MORTIMER-STEPHENS, 2001). Por isto, a disponibilidade de informações precisas, relevantes e atualizadas é crucial para a qualidade dos serviços de saúde (FLAHERTY; HOFFMAN-GOETZ; AROUCHA, 2015).

O objeto de estudo dessa pesquisa insere-se nessa realidade. Em meio às incorporações tecnológicas, ao acesso ilimitado a informação produzida pela internet, à vivência da obesidade e de seus dramas, o paciente vivencia um processo de tomada de decisão pela cirurgia bariátrica. Portanto, o objetivo deste artigo é compreender como o paciente obeso decide pelo tratamento cirúrgico da obesidade bem como os fatores que interferem neste processo de decisão. Para alcançar o objetivo, este artigo se baseou nos modelos de tomada de decisão de Blackwell, Minard e Engel (2006) e de Ballard-Reisch (1990). O corpus de dados foi constituído por entrevistas em profundidade com pacientes pós-operados de uma clínica de tratamento da obesidade em Salvador/BA. A partir da análise dos dados foi possível compreender o caminho que os pacientes percorrem durante todo o processo de tomada de decisão, evidenciando suas especificidades, podendo assim, contribuir para a construção de protocolos clínicos mais sensíveis e ferramentas de apoio a decisão do paciente, colaborando para a melhoria da qualidade de vida e mesmo da sobrevivência das pessoas que convivem com o agravo. Como resultado, foi possível compreender o processo de tomada de decisão do paciente, identificando os fatores e as pessoas que interferem na sua decisão e ainda, propor de um modelo de tomada de decisão em cirurgia bariátrica.

Este artigo está estruturado da seguinte forma: além da introdução, a seção dois apresenta a obesidade como uma grave ameaça à saúde pública, seus impactos, tratamentos mais conhecidos no Brasil, o princípio da autonomia e o direito à informação dos pacientes. A terceira seção apresenta os modelos de tomada de decisão de Blackwell e outros (2006). A quarta seção apresenta o modelo de tomada de decisão em saúde de Ballard-Reisch (1990). A quinta seção apresenta os procedimentos metodológicos, seguido pela sexta seção que traz a análise dos dados onde é apresentada uma proposta de modelo de tomada de decisão em cirurgia bariátrica. Finalmente a sétima seção encerra este artigo com as contribuições e as sugestões para futuras pesquisas.

2 A OBESIDADE E TRATAMENTOS

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura no organismo, sendo considerada causa e consequência de inúmeras doenças (LANCET, 2017). Atualmente é uma das maiores ameaças econômicas e de saúde pública enfrentadas no mundo. No Brasil, 53,8% da população está com excesso de peso (BRASIL, 2016). Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, o número de procedimentos cirúrgicos realizados ao ano vem crescendo significativamente no Brasil. No ano de 2003 foram realizados cerca de 16 mil procedimentos, em comparação aos mais de 105 mil no ano de 2017 (Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica [SBCBM], 2018). Existem alguns tratamentos disponíveis para a obesidade no Brasil conforme Figura 1 .

Figura 1 - Tratamentos mais conhecidos no Brasil

Tratamento clínico	Propõe perda de peso através de mudanças comportamentais, dietas, exercícios físicos e medicações.
Tratamento endoscópico	Constitui-se na colocação de um dispositivo gástrico no estômago também chamado de balão intragástrico (BIG).
Tratamento cirúrgico	A cirurgia bariátrica. O único tratamento realmente eficaz na perda de peso e manutenção de peso no obeso mórbido (BUCHWALD et al., 2004).

Fonte: Elaboração própria.

São candidatos ao tratamento cirúrgico pacientes com o IMC maior que 40 kg/m² ou superior a 35 kg/m² desde que associado a pelo menos duas comorbidades e que não tenham obtido sucesso em tratamentos anteriores, ou ainda, de acordo com a Resolução nº 2.172/2017 do Conselho Federal de Medicina, pacientes portadores de diabetes mellitus, com IMC entre 30 e 34,9 kg/m² não controlados com tratamento clínico (CFM, 2018).

Os principais objetivos das cirurgias bariátricas são: redução das comorbidades e melhora da qualidade de vida, além da redução ponderal. Para tanto, há uma necessidade de mudanças no comportamento que constituem processos ativos, nos quais as pessoas precisam se esforçar, consciente e consideravelmente, buscando mudar antigos hábitos (BERNARDI et al., 2005). As taxas de adesão a tratamentos da obesidade são influenciadas por problemas pessoais, idade, nível educacional, autoimagem corporal e diversos outros fatores (INELMEN et al., 2005; GROSSI et al., 2006; MOROSHKO et al., 2011; DALLE GRAVE et al., 2015; JIANDANI et al., 2016). Assim, pacientes com maior participação nas decisões sobre opções terapêuticas tiveram melhor adesão aos tratamentos gerando resultados mais satisfatórios de saúde (SCHULMAN, 1979; DESHPANDE et al., 2004). Baseado na ética biomédica é importante atentar para o princípio da autonomia, de especial importância para o tema desta pesquisa, que estabelece o respeito ao poder de decisão tomada pelo paciente em relação a própria vida, incluindo sua saúde e tratamentos a que se submete (CHRISTENSEN, 2012). Pensando nisso, constata-se que o indivíduo não está alheio ao mundo quando precisa tomar uma decisão, pelo contrário, ele pode compartilhar suas ideias e ouvir a opinião de outras pessoas, especialistas, pessoas que já tenham passado pela mesma situação. Estas ações fazem parte do processo de escolha e exercício da autonomia.

A rápida proliferação de informações sobre saúde disponíveis principalmente através da internet provoca mudanças fundamentais nos ambientes de saúde, apontando a importância de ajudar os consumidores a entender e avaliar as complexas e variadas opções de tratamentos. Isso faz com que o processo de tomada de decisão seja mais consistente para o paciente/consumidor.

3 MODELOS DE TOMADA DE DECISÃO DO CONSUMIDOR

O marketing tem como objetivo identificar e satisfazer as necessidades humanas e sociais dos consumidores. Para que o marketing atinja seu propósito, torna-se necessário conhecer o comportamento de compra do consumidor (KOTLER; KELLER, 2006).

O comportamento do consumidor abrange as atividades que estão envolvidas diretamente no consumo e uso de produtos e serviços, incluindo também os processos decisórios que ocorrem antes, durante ou após essas ações (BLACKWELL et al., 2006). Ele é visto como um processo contínuo e não se restringe somente ao ato de compra (SOLOMON, 2016). O modelo de tomada de decisão de Blackwell e outros (2006), é uma das principais teorias sobre o comportamento do consumidor (ASHMAN; SOLOMON; WOLNY, 2015). Esta teoria propõe atualmente que o modelo de tomada de decisão siga uma sequência de sete estágios, e ainda adiciona três categorias de variáveis que influenciam e moldam a tomada de decisão dos consumidores, conforme a Figura 2.

Blackwell e outros (2006) ainda dividem em três categorias as variáveis que influenciam e moldam a tomada de decisão dos consumidores, são elas: diferenças individuais, influências ambientais, e processos psicológicos. Cada categoria é ainda subdividida: as diferenças individuais são divididas em cinco subcategorias: demografia, psicografia, valores e personalidade; recursos do consumidor; motivação; conhecimento; e atitudes; as influências ambientais são divididas em outras cinco subcategorias: cultura; classe social; família; influência pessoal; e comportamentos mediante uma situação; e finalmente, os processos psicológicos são divididos em três subcategorias: processamento de informação; aprendizagem; e mudança de comportamento e de atitude.

Figura 2 - Modelos de Tomada de Decisão

Modelo de Tomada de Decisão do Consumidor		Modelo de Tomada de Decisão em Saúde	
Estágio 1 Reconhecimento da necessidade	O consumidor percebe que há um gap entre a condição real e a condição desejada	Fase diagnóstica	Coleta das informações
		Estágio 1	
Estágio 2 Busca por informações	O consumidor inicia sua busca por informações e soluções que poderão resolver o seu problema	Estágio 2	Interpretação das informações
Estágio 3 Avaliação das alternativas	Comparação das alternativas disponíveis	Fase de exploração das alternativas de tratamentos	Exploração das alternativas de tratamentos
		Estágio 3	
Estágio 4 Compra	Após a análise das alternativas, o consumidor decide	Estágio 4	Estabelecimento de critérios para tratamentos
Estágio 5 Consumo	Corresponde ao uso ou consumo do produto ou serviço	Estágio 5	Ponderação das alternativas em relação aos critérios
Estágio 6 Avaliação pós-consumo	O consumidor, após ter finalizado a sua compra, irá definir se sua experiência é satisfatória ou não	Fase de decisão, implementação e avaliação do tratamento	Seleção de alternativas
		Estágio 6	
Estágio 7 Descarte	O consumidor quer se desfazer do produto ou serviço	Estágio 7	Implementação da decisão
Estágio 8	-----	Estágio 8	Avaliação do tratamento implementado

Fonte: Elaboração própria. Adaptado de Blackwell (et al. 2006) e Ballard-Reisch (1990).

3 MODELOS DE TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE

Particularmente, os usuários dos serviços de saúde privados são hoje pacientes e consumidores, obrigados a escolher entre seguradoras de saúde, médicos, hospitais e tratamentos para suas doenças (EWERT, 2013). Para tanto, eles fazem uso de uma ampla gama de recursos e canais de informação enquanto tomam decisões relacionadas à saúde. O processo de tomada de decisão em saúde se dá de diferentes maneiras, por diferentes razões, tanto por parte dos médicos como por parte dos pacientes. Essas razões, por sua vez, não seguem necessariamente os caminhos previsíveis estabelecidos pela lei ou pela ética, nem tampouco garantem as necessidades acima dos interesses próprios e do ganho (MALONEY; PAUL, 1993; ROZOVSKY, 1999). Em um mundo ideal, tanto médicos como pacientes compartilham os mesmos objetivos acerca da decisão sobre um tratamento de saúde, baseada no conhecimento específico do médico e nas preferências pessoais do paciente, num ambiente onde nenhuma dificuldade é encontrada, não deveria haver diferenças no resultado das escolhas, mas na realidade, cada uma destas decisões está distante de ser perfeita ou fácil (GAFNI; CHARLES; WHELAN, 1998).

Tradicionalmente a medicina baseava-se no julgamento dos médicos para definir as necessidades do paciente, o que deu origem ao modelo de tomada de decisão paternalista (CHARLES; GAFNI; WHELAN, 1997). Neste modelo o paciente doente procura ajuda especializada e segue as orientações do médico, e o paciente ocupa uma posição passiva em relação à escolha do tratamento (PARSONS, 1951; EMANUEL; EMANUEL, 1992). Do lado oposto ao paternalista está o modelo informado, em que o paciente (bem-informado ou não) determina sua escolha em relação ao tratamento. O objetivo da interação médico-paciente aqui é para que o médico possa prover o paciente com todas as informações relevantes disponíveis, para que ele possa decidir sobre seu tratamento. Este modelo assume que o médico é um fornecedor de expertise técnica e que o

paciente tem o controle das decisões (PARSONS, 1951; EMANUEL; EMANUEL, 1992; ELWYN, EDWARDS; KINNERSLEY, 1999; FISCHER et al., 2006). Entre estes dois modelos há o modelo de decisão compartilhada, onde como pré-requisito precisa acontecer o estágio de compartilhamento de informações e necessariamente envolver pelo menos dois participantes (médico e paciente) podendo incluir familiares e outros profissionais. Neste modelo, pacientes e profissionais participam juntos do processo de decisão, dividindo responsabilidade por ela, e precisam concordar sobre a escolha do tratamento (CHARLES et al., 1997; ELWYN et al., 1999; FISCHER et al., 2006; BOSS et al., 2015).

O mais próximo de um modelo de tomada de decisão direcionado para tratamentos de saúde encontrados é o apresentado por Ballard-Reisch (1990) conforme figura II.

4 METODOLOGIA

Para o cumprimento dos objetivos deste trabalho, a abordagem qualitativa mostrou-se mais apropriada. Esta abordagem assume o pressuposto de que alguns fenômenos, especialmente na área da saúde, são efetivamente subjetivos e possuem interferência direta na qualidade de vida das pessoas (MINAYO, 2010), como é o caso da tomada de decisão por tratamentos específicos. No caso da cirurgia bariátrica, várias situações cotidianas e subjetivas são envolvidas, o que corrobora com a escolha desta abordagem (POUPART et al., 2010).

Foram entrevistados 13 pacientes que voluntariamente participaram das entrevistas. Estes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido informando sobre os detalhes da pesquisa e um termo de autorização de uso dos dados da entrevista. Todos os procedimentos dessa pesquisa estiveram de acordo com a legislação específica brasileira. Estes pacientes realizaram o tratamento cirúrgico da obesidade em uma clínica de Salvador/ BA, entre os anos de 2000 e 2019 e que atenderam aos seguintes critérios: realizaram a cirurgia com idade entre 18 e 65 anos; sem limitação de gênero; foram diagnosticados com obesidade, realizaram tratamento clínico prévio sem sucesso, pelo prazo mínimo de 2 anos anteriores ao tratamento cirúrgico e que tinham Índice de Massa Corporal mínima de 35 na data de início do tratamento. A definição pelo número de participantes se deu pelo critério de saturação definido por Minayo (2010). O número de entrevistados é também suficiente segundo McCracken (1951), que afirma que em muitos projetos de pesquisa, oito respondentes são perfeitamente suficientes. O autor observa que se deve buscar a intensidade e não a extensividade nas entrevistas, e aprofundar com cuidado poucas pessoas é melhor do que superficialmente com muitas, seguindo seu princípio de “less is more” (MCCRACKEN, 1951, p. 17). As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas a uma análise de conteúdo proposta por Bardin (1977).

O método indicou o cumprimento de três fases analíticas: Pré-Análise – momento de organização do material recolhido, leitura sistematizada das entrevistas formatando o corpus inicial de análise. Exploração do material – nessa fase se determinou as unidades de codificação da pesquisa por meio das técnicas de recorte, enumeração, classificação e agregação e tratamento dos resultados. A fase final da análise de conteúdo se trabalhou a inferência e a interpretação para a construção da proposição final da categoria analítica. As categorias analíticas foram definidas a posteriori.

O roteiro de entrevista em profundidade está no Quadro 1.

Quadro 1 - Roteiro de entrevista em profundidade

<ul style="list-style-type: none">- Fale um pouco sobre a sua história de obesidade.- O que te levou a buscar tratamento para a obesidade?- Que tipo de tratamentos você realizou antes da decisão pela cirurgia bariátrica?- Que fatores influenciaram na sua decisão pela cirurgia bariátrica?
<ul style="list-style-type: none">- A que tipo de informação você teve acesso até a escolha da cirurgia bariátrica? Quais foram as fontes?- O quanto você se sentiu com autonomia para a sua decisão?- Quem foram os maiores influenciadores na sua tomada de decisão?

Fonte: Elaboração própria.

5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados permitiu identificar os estágios pelos quais os pacientes percorreram até tomar sua decisão final de realizar a cirurgia bariátrica, sendo possível estabelecer as categorias que veremos a seguir:

5.1 A relação com a obesidade e o reconhecimento da necessidade de emagrecimento.

Dar-se conta de estar fora do corpo ideal ou saudável engloba uma análise da sua trajetória de vida e da convivência com a doença. A percepção da obesidade, os caminhos que o levaram ao desenvolvimento da doença, as consequências que ela acarreta em sua vida, até o momento em que o paciente decide procurar um tratamento. Em alguns casos, a obesidade acompanha o paciente desde a infância, sendo considerada como algo “normal”. Entretanto, em determinado momento da vida, este “normal” passa a acarretar desconforto. Alguns pacientes chegaram a mencionar os aspectos psicológicos que acompanham a obesidade na infância e a ocorrência de bullying. Alguns pacientes identificam inclusive, que a obesidade estava presente desde gerações anteriores da família. Esta informação conflui para a evidência dos fatores genéticos da obesidade. Em outros casos, a obesidade aparece após algum evento específico na vida do paciente, onde ele percebe uma mudança no que era seu referencial de normalidade. Nas mulheres, um dos acontecimentos mais citados é a gestação. Evidências mostram que o excesso de ganho de peso durante a gravidez pode contribuir para a obesidade nas mulheres (GUNDERSON; ABRAMS, 1999; SCHOLL et al., 1995).

Então, eu tenho família obesa, então sempre tive tendência. Comecei a ganhar peso lá pelos 10, 11 anos e ao que me recordo, com 12, eu já tinha praticamente 100 quilos. Então, nunca me vi diferente disso, sempre fui gordinha, para mim a obesidade era uma coisa sofrida, mas comum, normal. (E3).

A obesidade, na verdade, na minha família já vem, já de hereditariedade. A minha mãe é obesa, minhas irmãs, minhas tias. Então já vem um pouquinho lá atrás, né? E aí decorrente de três gestações também. (E2).

Entre o reconhecimento da obesidade e o impulso de agir em busca de um tratamento, existe um período em que o paciente experimenta o agravamento de fatores associados à doença. Entre eles, roncos, pausas respiratórias, sono agitado, cefaleia, sintomas depressivos, redução da libido, ansiedade entre outros. O

desconforto físico causado pela obesidade chega a um ponto em que a rotina do paciente se torna difícil como relatam os pacientes a seguir:

E aí, eu estava bem mal de saúde, eu me encontrava com uma pressão que não reduzia, 22, 23. Toda hora indo para uma emergência. Cheguei a ter um pico por 3 vezes ou 4 de açúcar, meu açúcar subiu muito, eu já dormia sentada porque eu fiquei com apnéia, onde eu passei um grande processo, acordava de noite assim. Até que um dia, eu vi na televisão, um programa falando sobre cirurgia bariátrica. (E12).

Com roupa que não dá, aí o joelho dói, até o sapato incomoda... (E4).

A obesidade traz consigo, desconforto estético, baixa qualidade de vida, trazendo consequências para a vida social do paciente sendo que em alguns casos pode afetar inclusive aspectos da vida sexual, sexualidade e as relações afetivas.

Chega um ponto é verdade, você não vive mais. É muito complicado isso de, sabe? Socialmente, sabe, sexualmente com meu marido, eu tinha vergonha sabe? Você começa a se afastar também no casamento, então foram muitas coisas. (E13).

Sabe-se que sobrepeso e obesidade são fatores de risco para disfunção sexual masculina (YAYLALI; TEKEKOGLU; AKIN, 2010; ESPOSITO; GIUGLIANO, 2005).

6.1 A busca por informações

A busca por informações é o processo pelo qual o consumidor pesquisa o ambiente para coletar dados que viabilizem uma decisão sensata (SOLOMON, 2016). Através dos recursos tecnológicos como a internet os consumidores de qualquer lugar do mundo podem compartilhar conteúdo sobre os mais variados temas, facilitando o fluxo de informações entre as pessoas (SOLOMON, 2016). No modelo de tomada de decisão em cirurgia bariátrica ocorre o mesmo. Este segundo estágio decisório envolve diversas fontes: profissionais de saúde, centros de tratamento, internet, grupos de apoio, pacientes já operados, mídias sociais, entre outros.

Quando eu tomei a consciência de que eu deveria seguir este caminho eu passei mais ou menos um ano. Eu aí comecei a conversar mais com este pessoal que eu via aqui, com outras pessoas que tinham feito, vinha às palestras. (E6).

Internet, conversando com minhas irmãs que são médicas e conversando com outras pessoas que já fizeram a cirurgia. (E1).

O uso da internet para pesquisas sobre saúde e tratamentos de saúde está aumentando consideravelmente no mundo todo, tornando-se uma importante fonte de informações para os pacientes. Apesar de incerta a precisão e veracidade acerca das informações disponíveis, mais de 70% dos pacientes afirmam que este tipo de pesquisa influenciou sua decisão pelo tratamento escolhido (Foz e Raine, 2000). Como é o caso destes entrevistados.

Quando eu fiquei na dúvida, eu esclarecia. Tem tudo na internet, se quiser tem até vídeo de cirurgia na internet, eu que não quis assistir. (E4).

Eu pesquisei num grupo de Facebook que tem 'Bariátricos', algo do tipo. Pesquisei nesse grupo e algumas dúvidas no Instagram, também tem pessoas que fazem bariátrica, que ficam montando o diário do dia a dia contando como é e tal. (E9).

É possível encontrar o compartilhamento das experiências de pacientes. Alguns sentem-se mais confortáveis ao buscar informações e compartilhar as experiências de pacientes que já tenham passado por todo o processo da cirurgia bariátrica. É uma forma de diminuir suas dúvidas e medos em relação a um assunto comum.

O que eu busquei foi muito com pessoas que já tinham feito o processo cirúrgico. Pessoas que tinham feito com o cirurgião que eu fiz e pessoas que tinham feito na família. Tenho primos e pessoas da família da minha esposa que já tinham feito e aí em conversas tal, aí fomos trocando uma ideia e fomos vendo que era uma situação que se enquadrava na minha necessidade. (E5).

É muito comum também que os próprios centros de tratamentos realizem reuniões mensais para oportunizar que os novos pacientes interajam com os pacientes mais antigos, onde os profissionais também estejam presentes para sanar dúvidas e curiosidades gerais. Em alguns casos, os próprios pacientes criam grupos de apoio presenciais ou virtuais para fazer esta interação.

Algumas pessoas ele me pediu para frequentar um grupo que tinha de pacientes já operados, que tinha palestra. (E3).

Alguns pacientes se limitaram a buscar informações dentro do próprio centro de tratamento da obesidade em que realizaram sua cirurgia, através dos profissionais da equipe multidisciplinar.

6.1 Exploração e esgotamento das alternativas de tratamentos da obesidade

Este é o estágio em que o consumidor deve escolher entre as alternativas disponíveis. Grande parte dos pacientes obesos relata em seus discursos um esgotamento de alternativas não cirúrgicas antes de se decidirem pela cirurgia bariátrica. Este esgotamento é citado como os tratamentos prévios realizados sob as diversas formas existentes de se buscar a perda de peso. As mais variadas dietas, medicações com e sem orientação médica e com e sem validação de órgãos reguladores, diversos tipos de atividades físicas, participação de *spas* e centros de tratamentos não invasivos, e em alguns casos, tratamento endoscópico da obesidade como relatam os entrevistados a seguir:

Antes da cirurgia eu fiz dietas. Fiz várias, todas. Fiz dieta de tirar gordura, fiz mais ou menos as dietas da moda. Fiz a Dr. Atkins. Tentei aquela dos pontos, dos vigilantes do peso. Fiz uma que a nutricionista xingava o tempo todo, fui lá umas duas vezes e ela me xingava. Fiz as racionais, diminuindo isso ou aquilo. Tomei remédio também. Eu fui em uma nutricionista que antes da gente abrir a boca ela já receitava. Eu tomei o remédio e fiquei sem apetite. (E6).

Eu fui para nutricionista, tentei fazer várias dietas... [] eu fui para a ortomolecular, fiz a dieta só da proteína, tomei sibutramina, tomei várias medicações que diziam

ser naturais, medicações mais indicadas, vamos dizer assim tarja preta mesmo, para tentar reduzir o peso. (E5).

Alguns pacientes realizaram o tratamento endoscópico da obesidade antes da cirurgia bariátrica. Entretanto, nenhum tratamento isolado é capaz de manter bons resultados em longo prazo. Especialistas aconselham a manutenção de hábitos saudáveis de alimentação e atividade física regular a fim de manter a perda de peso alcançada.

Aí eu fiz todos os regimes possíveis e imagináveis, com todos os nutricionistas que tinham em Salvador, cheguei a colocar até um balão, fiquei 2 meses, e não funcionou, porque sentia dor e tive que tirar. E fiquei nessa minha luta anual: perdia e engordava o dobro. (E13).

A maior parte dos pacientes tentaram não somente uma, mas uma infinidade de dietas, com as mais variadas características. Sabe-se que a disponibilidade de dietas “da moda”, propagadas em revistas e televisão visando a perda de peso rápida são muito populares entre a população leiga.

Tudo quanto é remédio, dieta da lua, do sol, do amanhecer, do anoitecer, Femproporex, Sibutramina, eu tomei de tudo. Eu tentei de tudo, até uma dieta que na internet chama dieta USP, você só come ovo, até essa eu fiz. Mas tentei de todas. (E7).

Obesidades grau II e III estão associadas a maiores riscos de mortalidade por doenças cardiovasculares (WU et al., 2014), bem como indivíduos com IMC aumentado apresentam maior prevalência, extensão e gravidade de qualquer doença cardiovascular e doença cardiovascular obstrutiva não explicadas pela presença de fatores de risco tradicionais (LABOUNTY et al., 2013).

Eu tive um enfarto depois o primeiro AVC, primeiro derrame e aí o médico começou a me cobrar regime, que eu precisava emagrecer, porque meu coração não estava com o batimento bom, estava com o batimento errado e que a gordura estava prejudicando o coração. Eu tentei fazer uns regimes, mas não... Aí ele me dava a opção da cirurgia bariátrica. E eu sempre prolongando. Quando ele chegou para mim e me disse: olha, você tem duas opções- ou faz a bariátrica, ou morre- ou você morre na bariátrica ou você morre sem a bariátrica. (E10).

As influências familiares podem ser positivas ou negativas, contrariando ou não apoiando a vontade do paciente em fazer a cirurgia bariátrica. A falta do apoio social e familiar são os principais aspectos que dificultam a perda de peso e sua manutenção (SOUZA et al., 2005).

Antes, eu não tinha apoio de ninguém. Filha, pense numa pessoa abandonada num navio, era eu. Sozinha assim, no meio do mar. Deus, será que eu estou indo para o lado certo? Por que não é possível que tanta gente falando uma coisa e só eu querendo ir para o lado ao contrário? Será meu Deus, que eu não vou me dar mal lá? (E2).

Contudo, após essa sequência de contatos com influências e influenciadores, o paciente exercita a sua autonomia em busca da melhor decisão em relação ao tratamento da sua doença. Observa-se que o indivíduo não está alheio ao mundo ao seu redor, pelo contrário, é a partir da interação com ele e com outros indivíduos e

comunidades, ouvindo diferentes pontos de vista, que ele irá se preparar para fazer suas escolhas.

6.2 Compra e Autonomia para decisão

O próximo estágio é onde o consumidor decide se deve ou não comprar e escolher o ponto de venda. Neste momento, ele decide por uma das alternativas de tratamento. Neste caso, se for a cirurgia bariátrica, entende-se que o paciente avança para os demais estágios do processo de tomada de decisão. A partir deste momento, seu esforço está na realização dos procedimentos obrigatórios para a realização do ato cirúrgico. Neste estágio também está presente um aspecto importante e decisivo no resultado de suas escolhas: a autonomia do paciente para decidir. Observa-se que a grande maioria dos sujeitos entrevistados se sentira com autonomia para tomar a decisão pela cirurgia bariátrica.

Minha, totalmente minha. Justamente a única coisa que fez funcionar bem, era uma vontade minha de mudar, de ter uma vida que eu considerava melhor. Então foi totalmente minha. (E3).

A decisão foi 100% minha. Quando eu decidi só comuniquei a minha família. (E6).

Não, só dependeu de mim. Cheguei para o meu esposo e falei: eu vou fazer, porque eu estou vendo a hora de morrer, eu vou fazer a cirurgia. (E8).

No campo da saúde, para que o paciente possa tomar sua decisão e exercer sua autonomia, é imprescindível que lhe sejam fornecidas as informações essenciais sobre sua saúde, incluindo possíveis desfechos de cada alternativa. Esta consulta a outras pessoas não descaracteriza o exercício da autonomia, pelo contrário, possibilita ao indivíduo uma melhor reflexão. A autonomia na decisão baseada em informações consolidadas e em contato com influenciadores, principalmente da área da saúde, gera o consumo que nesta condição é o próprio ato cirúrgico em si.

6.3 Consumo – o ato cirúrgico

O estágio de compra é seguido pelo estágio de consumo, podendo ser imediato ou não, onde o consumidor usa o produto. O estágio cinco do processo de decisão de cirurgia bariátrica é onde se consuma de fato a decisão, uma vez que o paciente pode desistir da cirurgia mesmo que tenha evoluído com os protocolos que o preparam para tal.

Porque em 2010, eu tentei fazer bariátrica, eu fui para o NTCO, eu fiz exames, eu parei numa psicóloga e eu disse para ela: eu sou resolvida, sou bem-amada, estou feliz...e eu não tinha conseguido passar no concurso ainda, eu estudava e ia cuidar da cozinha, cuidar de menino, eu não conseguia me concentrar, eu tinha carteira de motorista e não dirigia há 10 anos, aí eu tinha fobia, eu tinha horror. Eu queria fazer a cirurgia, eu queria e não queria, eu queria zorra nenhuma. Eu só fui lá nem sei bem por quê. Aí a gente começou a tratar outras coisas, ela foi muito legal comigo, a linha era cognitiva comportamental, eu diria, passei a dirigir, eu consegui me concentrar, passei no concurso, eu precisava muito passar no concurso, passei. E eu esqueci bariátrica, porque a gente começou a captar outras coisas que eu não conseguia ver. (E11).

A seguir temos uma paciente declarando que já havia pensado na cirurgia bariátrica dez anos antes, e por não sentir confiança na instituição, acabou desistindo da cirurgia na época.

Mas chegou ao ponto assim, de uma primeira decisão de eu ir em um instituto e não sentir confiança, mais ou menos há uns 10 anos atrás. Ai não fiz a cirurgia (E2).

E em outro momento, esta mesma paciente, realizou o processo de decisão em cirurgia bariátrica, e mesmo estando decidida, aguardou um ano até a liberação do procedimento e a cirurgia em si.

Ai pronto, eu levei do dia 13 de janeiro ao dia 12 de dezembro, foi quando o plano de saúde autorizou minha cirurgia, que eu fiz. Levei um ano. Já estava decidida, mas foi um ano para o plano liberar e aí, eu vim para as reuniões todo o tempo, eu sempre estive nas reuniões, porque a gente sabe que é uma coisa que não tem volta, então você tem que ter mais certeza do que quer. Então, com isso, eu vinha para as reuniões durante esse ano todo, frequentei e aí fiz minha cirurgia (E2).

Desta forma consideramos o estágio cinco cumprido somente após a realização da cirurgia bariátrica.

6.4 Avaliação pós-operatória e comparação com as expectativas prévias

O estágio seis é caracterizado pela avaliação pós-consumo, o consumidor, neste caso, o paciente, experimenta um senso de satisfação ou insatisfação, que será relacionada ao cumprimento de suas expectativas prévias.

Sim, total! Quando eu vim fazer a cirurgia, não foi por estética e sim por saúde mesmo. E até a parte da estética mesmo, eu vou ficar um pouco fora do padrão. Mas não! Até a parte estética para mim, foi solucionada sem que eu não tivesse sem nem essa expectativa. Foi 100%. (E5).

Eu operei há pouco tempo, faz exatamente dez dias hoje, então é muito cedo para dizer, mas acredito que vá se cumprir porque eu já perdi peso, acredito que fazendo tudo certinho, todas as recomendações, eu vou perder o peso que é esperado. (E1).

Nesta pesquisa, ao serem questionados sobre se suas expectativas com a cirurgia bariátrica haviam sido alcançadas, os relatos, mesmo observando-se que os pacientes se encontravam em momentos distintos da linha temporal de seu pós-operatório, foram unânimes em responder que sim.

6.5 Desinvestimento e cuidados continuados no pós-operatório

No sétimo estágio, relativo à evolução dos meses pós-cirurgia, os consumidores não têm a opção de “descartar um produto”, uma vez que a cirurgia bariátrica é um procedimento definitivo e irreversível. Neste caso, entende-se que o descarte possa ser comparado a um desinvestimento dos cuidados pós-operatórios. Desta forma, o paciente tem duas opções: ou ele se compromete com os resultados a longo prazo, cuidando da alimentação, realizando atividade física regular e realizando os retornos com a equipe médica, ou então ele faz um desinvestimento ou descarte de sua decisão sob a forma de não continuidade dos cuidados preconizados pelas diretrizes da cirurgia.

Eu estive no meu médico mês passado, que eu estava com 89 há 2 anos e agora estou com 87. Ele olha para minha cara e fala: Muito bem senhora, está ótima! Todo mundo ganhando uma graminha do que perdeu e a senhorita está mantendo. Então, como é que eu vou te dizer que eu não estou bem? Agora, eu busco estar bem. Quando eu me olho no espelho e vejo que eu estou bem, me incentiva eu ir malhar, me incentiva eu tomar o meu Centrum, me incentiva eu mastigar aquele ferro, “não é nada gostoso”, 2x por dia, 6 anos, vai fazer 7, eu mastigando esse remédio. (E2).

Se você seguir o que seu médico lhe manda cegamente, se ele disser: você vai tomar uma colher de água, vai tomar uma colher de água. Você não sente nada e muito é psicológico. Na semana que fez comigo, a gente fez um grupo daqui e nenhuma teve nada, nunca. A gente se comunica até hoje no grupo, porque era uma falando com a outra para não fazer isso, não coma mais, entendeu? Porque teve uma vez que um tinha comido um acarajé ou foi um hambúrguer e todo mundo caiu em cima: não, agora não é hora. Do meu grupo, ninguém voltou a beber, ninguém voltou a comer horrores, todo mundo continua magro. (E10).

Nestes relatos foi possível identificar a ocorrência do desinvestimento em função da compulsão alimentar como veremos nas entrevistadas a seguir.

É. Inclusive, uma tia minha fez e já engordou, nem parece que fez. Eu não quero isso para mim. Agora que eu estou gatinha? (E8).

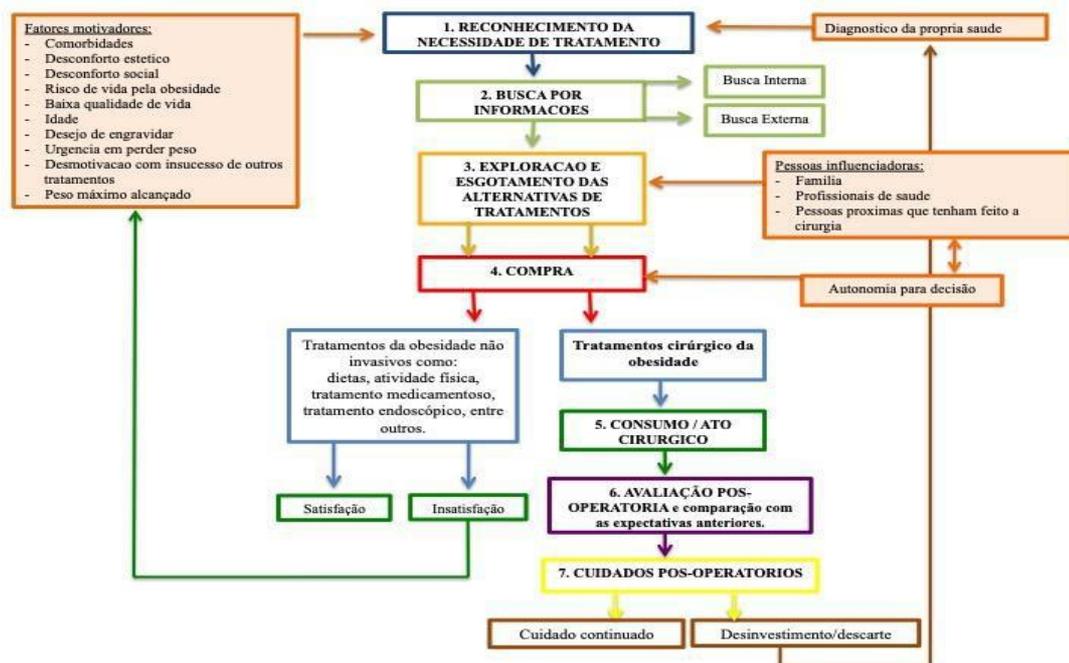
O rapaz que eu namorei, que é paciente dele, está bebendo muito, ele botou a compulsão da comida para a bebida, como minha amiga também, eu sei que a gente tem as compulsões, para onde a gente direciona; ou para a compra ou para a comida. (E8).

Neste caso, a falha na perda de peso esperada, bem como reganho de peso e das comorbidades são abordadas na literatura como a complicação mais importante de longo prazo após a cirurgia bariátrica, podendo levar o paciente a necessitar de uma nova abordagem cirúrgica (NEDELCO; KHWAJA; ROGULA, 2016).

6.6 Modelo de tomada de decisão em cirurgia bariátrica baseado na pesquisa

A partir da análise das entrevistas dos pacientes foi possível a montagem de um modelo de tomada de decisão em cirurgia bariátrica. O modelo de tomada de decisão em cirurgia bariátrica é uma versão simplificada de um processo extremamente complexo que envolve qualquer tomada de decisão em saúde. A representação dos estágios de decisão pelos quais a maioria dos pacientes percorre ao buscar uma solução de longo prazo para sua doença pode ajudar a tornar este caminho menos doloroso, mais assertivo e funcional. O modelo proposto é composto por 7 estágios, conforme a Figura 3:

Figura 3 – Modelo de tomada de decisão em cirurgia bariátrica



Fonte: Elaboração própria.

“Todo paciente não deixa de ser cliente e consumidor” (EWERT, 2013, p. 227). E quando se pensa no contexto de saúde, o que antigamente poderia ser percebido como um paciente necessitado cedeu lugar para um paciente com características de um consumidor dotado de informações e com uma percepção maior sobre os resultados do seu tratamento. Qualquer decisão importante, principalmente a que se faz em saúde, precisa ser muito bem arquitetada e obedecer a certos estágios cognitivos. Se compararmos o modelo de comportamento do consumidor de Blackwell e outros (2006), modelo de tomada de decisão em saúde de Ballard-Reisch (1990) e o modelo proposto neste trabalho para tomada de decisão em cirurgia bariátrica é possível ver que eles caminham em uma direção muito similar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo compreender o processo de tomada de decisão do paciente obeso pelo tratamento cirúrgico da obesidade, identificando os fatores que influenciam na sua decisão na escolha do tratamento. Como resultado, foi possível compreender o processo de tomada de decisão do paciente, identificando os diversos fatores e pessoas que interferem na sua decisão e ainda desenvolver uma proposta de modelo de tomada de decisão em cirurgia bariátrica. Além do modelo proposto, uma das contribuições possíveis desta pesquisa trata de uma melhor percepção sobre o aperfeiçoamento de protocolos mais sensíveis bem como a criação de ferramentas de apoio a decisão do paciente bariátrico. O crescente interesse de envolver o paciente no processo de tomada de decisão em saúde, fez com que algumas ferramentas de cunho educacional fossem criadas a fim de fornecer aos pacientes informações relevantes a cerca do seu diagnóstico, alternativas de tratamentos disponíveis, potenciais riscos e benefícios de cada opção, adequação da informação ao perfil de risco clínico do paciente, descrições detalhadas em termos funcionais, uso de probabilidades de resultados relevantes,

exercícios para consideração de valores pessoais e até mesmo *coaching*, ajudando-os a estruturar o processo de tomada de decisão de forma mais clara, evitando os conflitos decisórios.

Como os pacientes entrevistados foram oriundos de somente uma clínica de tratamento, ampliar a pesquisa incluindo pacientes que tenham realizado sua cirurgia bariátrica em outros centros de tratamento de obesidade poderá acrescentar mais e melhores informações para análise de dados. Embora não tenha sido o foco desta pesquisa, vale lembrar que existem muitas razões pelas quais as influências culturais devem ser levadas em conta consideração. Os valores culturais podem dar apoio ou não a diferentes abordagens nas decisões sobre tratamentos de saúde, podendo afetar a dinâmica da interação médico-paciente, o tipo de processo decisório utilizado, o potencial para chegar a uma decisão mutuamente acordada e a satisfação de ambas as partes tanto no processo quanto na decisão do tratamento (CHARLES et al., 2006). Outras variáveis também podem influenciar o processo de tomada de decisão em saúde, tais como: características sociodemográficas, nível de escolaridade, nível de renda e grupo racial (GUADAGNOLI; WARD, 1998). Desta forma, acreditamos que compor a amostra de sujeitos com diferentes características segundo os critérios acima citados podem enriquecer as informações e análises sobre o tema.

Foram ouvidos nesta pesquisa somente pacientes. Talvez uma triangulação de dados, com a equipe profissional e familiares possa também trazer novos olhares quanto as informações obtidas de cada paciente. Acreditamos que a união da área da saúde com a de comportamento do consumidor possa agregar valor nas pesquisas sobre escolha de tratamentos. As contribuições estão possíveis tanto para consumidores quanto para fornecedores, nesse caso, pacientes e clínicas médicas, a fim de que, quanto mais esclarecidos estejam todos acerca dos processos decisórios e as nuances que o envolvem, mais fáceis se tornem estas decisões e seus desfechos. O direcionamento das campanhas sobre saúde também pode se beneficiar desta união, uma vez que a população frequentemente está exposta a estímulos de marketing, publicidade e ações educativas, aproximando assim, consumo e qualidade de vida.

Artigo submetido para avaliação em 04/08/2021 e aceito para publicação em 03/11/2021

REFERÊNCIAS

- ASHMAN, R.; SOLOMON, M.; WOLNY, J. An old model for a new age: consumer decision making in participatory digital culture. **Journal of costumer behavior**, v.14, n.2, p. 127-146, 2015. Disponível em: <https://www.michaelsolomon.com/wp-content/uploads/2018/03/2-Solomon-Participatory-Digital-Culture.pdf>
- BALLARD-REISCH, D. Model of Participative Decision Making for Physician-Patient Interaction. **Health Communication**, v. 2, n. 2, p. 91-104, 1990. Disponível em: e: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327027hc0202_3
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. Comportamento de restrição alimentare obesidade. **Rev. Nutr.**, v.18, p. 85-93, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/whSXMSPFnbNy4MmjxCWvjxF/?lang=pt>
- BLACKWELL, R.; MINIARD, P.; ENGEL, J. **Consumer Behavior**. 10. ed. Thomson: South-Western, 2006.

- BOSS, E.; MEHTA, N.; NAGARAJAN, N.; LINKS, A.; BENKE, J.; BERGER, Z.; ESPINEL, A.; MEIER, J.; LIPSTEIN, E. Shared decision Making and Choice for Elective surgical care: A systematic review. **Otolaryngology head and neck surgery**, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26645531/>
BRASIL.Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016 Saúde Suplementar**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2016_saude_suplementar.pdf
- BRUCE, J.; BRUCE, A.; CATLEY, D.; LYNCH, S.; GOGGIN, K.; REED, D.; LIM, S.-L.; STROBER, L.; GLUSMAN, M.; NESS, A.; JARMOLOWICZ, D. Being Kind to Your Future Self: Probability Discounting of Health Decision-Making. **Ann Behavior Med.**, v. 50, n. 2, p. 297-309, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26669602/>
- CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). **Social science e medicine** v. 44, p. 681-692, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9032835/>
- CHARLES, C.; GAFNI, A.; WHELAN, T.; O'BRIEN, M. Cultural influences on the physician-patient encounter: the case of shared treatment decision-making. **Patient education and counseling**, v. 63, p 262-267, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17000073/>
- CHRISTENSEN, E. The re-emergence of the liberal-communitarian debate in bioethics: Exercising self-determination and participation in biomedical research. **J Med. Philos.**, v. 37, n. 3, p. 255-76, jun. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22556260/>
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **CFM divulga critérios exigidos para a realização de cirurgia bariátrica no País**, 2018. Disponível em: <https://www.crmpr.org.br/CFM-divulga-criterios-exigidos-para-a-realizacao-de-cirurgia-metabolica-no-Pais-11-48564.shtml>
- DESHPANDE, A.; MENON, A.; PERRI, M.; ZINKHAN, G. Direct-to-Consumer Advertising and its Utility in Health Care Decision Making: A Consumer Perspective. **Journal of Health Communication**, v. 9, p. 499-513, 2004. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10810730490523197>
- DUNBAR-JACOB, J.; MORTIMER-STEPHENS, M. Treatment adherence in chronic disease. **Journal of Clinical Epidemiology**. v. 54 S57-S60, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11750211/>
- ELWYN, G.; EDWARDS, A.; KINNERSLEY, P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. **British journal of general practice**, v 49, p. 477-482, jun. 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313449/>
- EMANUEL, E.; EMANUEL, L. Four models of the physician-patient relationship. **JAMA**, v. 267, n. 2221, 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1556799/>
- ESPOSITO, K.; GIUGLIANO, D. Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. **International journal of impotence research**, n.17, v.5, pp. 391-398, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15902279>.
- EWERT, B. Patient choice has become the standard practice in health care provision: It's time to Extend its meaning. **International Journal of health policy and management**, v. 1, p. 227-228, sept. 2013. Disponível em: https://www.ijhpm.com/article_2772.html
- FISCHER, M.; VISSER, A.; VOERMAN, B.; GARSSSEN, B.; VAN ANDEL, G.; BENSING, J. Treatment decision making in prostate cancer: Patients' participation in complex decisions. **Patient Education and Counseling**. v. 63, p. 308-313, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16965887/>
- FLAHERTY, D.; HOFFMAN-GOETZ, L.; AROCHA, J. What is a consumer health informatics? A systematic review of published definitions. **Informatics for health and social care**, v. 40, n. 2, p. 91-112, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24801616/>
- FOX, S.; RAINIE, L. **The online health care revolution**: How the Web helps Americans take better care of themselves. Washington DC: Pew Charitable Trusts, 2000.

GAFNI, A.; CHARLES, C.; WHELAN, T. The physician-patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. **Soc. Sci. Med.**, v. 47, n. 3, p 347-354, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9681904/>

GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD). GBD 2015. Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, et al. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. **N Engl. J Med.** v. 377, p. 13-27, 2017. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1614362#article_citing_articles
<https://doi.org/10.1056/nejmoa1614362>

DALLE GRAVE, R.; CALUGI, S.; COMPARE, A.; EL GHOSH, M.; PETRONI, M.; TOMASI, F.; MAZZALI, G.; MARCHESINI, G. Weight loss expectations and attrition in treatment-seeking obese woman. **Obesity facts.** v. 8, p 311-318, oct. 2015. Disponível em: <https://www.karger.com/article/fulltext/441366>

GROSSI, E. DALLE GRAVE, R.; MANNUCCI, E.; MOLINARI, E.; COMPARE, A.; CUZZOLARO, M.; MARCHESINI, G. Complexity of attrition in the treatment of obesity: clues from a structured telephone interview. **Int. J. Obesity**, v. 30, n. 7, p. 1132-7, jul. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16432536/>

GUADAGNOLI, E.; WARD, P. Patient participation in decision-making. **Social Science Medicine**, v. 47, n. 3, p. 329–339, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9681902/>

GUNDERSON, E. P.; ABRAMS, B. Epidemiology of gestational weight gain and body weight changes after pregnancy. **Epidemiol. Reviews.** v. 21, p. 261-75, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10682262/>

INELMEN, E.; TOFFANELLO, E.; ENZI, G.; GASPARINI, G.; MIOTTO, F.; SERGI, G.; Busetto, L. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. **Int. Journal of Obesity**, v. 29, p. 122-128, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15545976/>

JIANDANI, D; WHARTON, S.; ROTONDI, M.; ARDEN, C.; KUK, J. Predictors of early attrition and successful weight loss in patients attending an obesity management program. **BMC Obes.** v. 3, n. 14, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4784380/>

KOTLER, P.; KELLER, K. **Administração de marketing.** 12. Ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2006.

LABOUNTY, T.; GOMEZ, M.; ACHENBACH, S.; AL-MALLAH, M.; BERMAN, D.; BUDOFF, M.; CADEMARTIRI, F.; CALLISTER, T.; CHANG, H.; CHENG, V.; CHINNAIYAN, K.; CHOW, B.; CURY, R.; DELAGO, A.; DUNNING, A.; FEUCHTNER, G.; HADAMITZKY, M.; HAUSLEITER, J.; KAUFFMANN, P.; KIM, Y.; LEIPSIC, J.; LIN, F.; MAFFEI, E.; RAFF, G.; SHAW, L.; VILLINES, T.; MIN, J. Body mass index and the prevalence, severity, and risk of coronary artery disease: an international multicentre study of 13,874 patients. **Eur Heart J Cardiovasc Imaging.** v.14, n. 5, p. 456-463, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708721/>

LANCET. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. v. 390: p. 2627–2642, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29029897/>

MALONEY, T.; PAUL, B. Rebuilding public trust and confidence. In: Gerteis M, Edman-Levitan S, Daley J, Delbanco, T. (Ed.) **Through the Patient's Eyes: Understanding and promoting patient-Centred Care.** San Francisco (CA): Jossey-Bass, 1993. p. 280-293.

MCCRACKEN, G. The long interview – Qualitative research methods. **Sage Publications**, v. 13, p.78, 1951.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. rev. e aprim. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOROSHKO, I.; BRENNAN, L; O'BRIEN, P. Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. **Obes Rev.** v. 2, p. 912–934, 2011.

NEDELCO, M.; KHWAJA, H.; ROGULA, T. Weight regain after bariatric surgery—how should it be defined? **Surgery for Obesity and Related Diseases**, v. 12, n. 5, p. 1129–1130, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27350180>.

PARSONS, T. **The social system**. Glencoe: The Free Press, 1951.

POUPART, J.; DESLAURIERS, JP.; GROULX, L.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010.

ROZOVSKY, F. **Consent to treatment: A practical guide**, second edition. Aspen, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA (SBCB). **Número de cirurgias bariátricas no Brasil aumenta em 46,7%**. 11 jul. 2018. Disponível em: <https://www.scbm.org.br/numero-de-cirurgias-bariatricas-no-brasil-aumenta-467/>

SCHOLL, T.; HEDIGER, M.; SCHALL, J.; ANCES, I.; SMITH, W. Gestational weight gain, pregnancy outcome, and postpartum weight retention. **Obstet Gynecol.** v. 86, p. 423-427, 1995.

SCHULMAN, B. Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment. **Medical Care**, v. 17, p. 267–280, 1979. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/763004/>

SOLOMON, M. **O comportamento do consumidor: comprando, possuindo e sendo**. 11 ed. Tradução: Beth Honorato Porto Alegre: Bookman, 2016.

SOUZA, J.; CASTRO, M.; MAIA, E.; RIBEIRO, A.; ALMONDES, K.; SILVA, N. Obesidade e tratamento: Desafio comportamental e social. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 1, n. 1, p. 59-67, 2005. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbtc.org.br/pdf/v1n1a07.pdf>

WU, Y.-C.; HUANG, N.; CHOU, Y.-J.; HU, H.-Y.; LI, C.-P. Association of body mass index with all-cause and cardiovascular disease mortality in the elderly. **PLoS One**, v. 9, n. 7, p. e102589, 2014. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0102589>

YAYLALI, G.; TEKEKOGLU, S.; AKIN, F. Sexual dysfunction in obese and overweight woman. **International journal of impotence research**. v. 22, p. 220-226, 2010. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ijir20107>