

A VIDA NA OBESIDADE À LUZ DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR: ESTUDO DE CASO¹

Francisco Ricardo Miranda Pinto²

Paula Marciana Pinheiro de Oliveira³

RESUMO: A obesidade tornou-se um problema de saúde pública, destacando-se no cenário epidemiológico de países desenvolvidos ou em desenvolvimento. O objetivo geral é compreender as implicações das relações micro e macrosociais na obesidade mórbida utilizando o Modelo Calgary de Avaliação Familiar. Trata-se de um estudo de caso com aporte qualitativo realizado com um homem obeso mórbido cujo critério de elegibilidade foi ser cliente do serviço ambulatorial de um hospital de referência localizado em Fortaleza-Ceará-Brasil, maior de idade, com IMC $\geq 40\text{kg/m}^2$, enquanto critério de exclusão apresentar desorientação espacial e/ou temporal. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro a outubro de 2016 utilizando a Técnica da Entrevista Fenomenológica em Profundidade enquanto o tratamento dos dados foi realizado utilizando o Modelo Calgary de Avaliação Familiar e a Fenomenologia da Percepção de Merleau-Ponty. Os resultados indicaram dificuldades de relações intrafamiliar e extrafamiliar sendo possível relacioná-las com o processo de obesidade mórbida. Considera-se que há necessidade de intervenção da Atenção Primária em Saúde enquanto porta de entrada do Sistema Único de Saúde visto que o reconhecimento dos potenciais problemas de relações sociais poderá minimizar os impactos junto aos usuários do serviço de saúde.

DESCRITORES: Obesidade Mórbida. Família. Enfermagem. Modelo de Enfermagem. Atenção Primária à Saúde

1 INTRODUÇÃO

A obesidade tornou-se um problema de saúde pública, destacando-se no cenário epidemiológico de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, entre eles o Brasil, com altos índices de pessoas acima do peso. Uma vez que representa risco de vida aos acometidos, é necessário identificar tecnologias que ajudem a identificar potenciais problemas que desencadeiem esta condição de doente crônico. Apontar

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

² Pós-Graduando Lato Sensu em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). E-mail: ricardomiranda195@gmail.com

³ Professora-Orientadora. Dr.^a em Enfermagem na Promoção da Saúde. Docente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

uma causa específica para a obesidade é tarefa complexa, pois sabe-se ser multifatorial, ou seja, envolve questões genéticas, influências do ambiente e da vida urbana, estresse no apetite, dentre outros (PINTO; SILVA, 2016).

A Associação Brasileira Para Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) ratifica que para definir obesidade é necessário considerar a associação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e as comorbidades a partir do ganho de massa corporal. Há, ainda, especificidades para a pediatria visto que idade, peso e altura nesta fase da vida são variáveis. Há também padrões para a terceira idade onde os índices de massa muscular são menores enquanto o risco de sarcopenia (redução da força, da capacidade muscular, surgimento da incapacidade física e diminuição da massa acontecem) é maior (ABESO, 2019).

O *Body Mass Index* (BMI) apresenta cinco pontos de corte com suas respectivas classificações: Quando $< 18\text{kg/m}^2$ se considera abaixo do peso; de 18 a $24,9\text{kg/m}^2$ se está no peso normal; ino de 25 a $29,9\text{kg/m}^2$ se considera sobrepeso. A obesidade Grau I considera o IMC a partir de 30kg/m^2 a 34kg/m^2 , o Grau II vai de 30 a $39,9\text{kg/m}^2$ e a partir de 40kg/m^2 se considera Obesidade Grau III o que se convencionou chamar de obesidade mórbida (BLUNDEL et al, 2014; JENSEN, et al, 2014).

Há previsões epidemiológicas preocupantes para o número de obesos em nível mundial na ordem de 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso e 700 milhões de pessoas obesas até o ano de 2025 (ABESO, 2019). Garvey et al (2016) acrescentam que há um acréscimo de pouco mais de \$ 3.500 por ano com pacientes que são obesos, se comparado com aqueles que não tem obesidade, alertando quanto aos prejuízos a Saúde Pública e os cuidados de saúde.

A obesidade é considerada como sendo a irregularidade entre o balanço calórico consumido e gasto pela pessoa em sua vida cotidiana. Esta irregularidade provoca aumento de células adiposas que a longo prazo vão provocando anormalidades físicas. Estas não apenas como fisiológicas, haja vista que sua fisiopatologia altera órgãos, estruturas e sistemas. Contribui de forma direta para o desencadeamento de outras doenças como as cardiopatias, Diabetes *Mellitus* entre outras (PINTO; SILVA, 2016; KOCH, 2019)

O interesse pelo Modelo Calgary tem sua gênese na disciplina optativa 'Estudos Sobre Família' do Curso de Enfermagem do Centro Universitário INTA – UNINTA, cursada no semestre 2016.2. Àquela época o pesquisador retornava ao

curso de bacharelado enquanto cursava, em concomitância, o Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), cujo objeto de estudo desta etapa maior era a obesidade mórbida.

A disciplina desvelou olhares para buscar compreender como as relações sociais, assim como o histórico de vida familiar podem estar diretamente relacionadas ao processo saúde-doença-recuperação-óbito. Foi neste cenário que surgiram as perguntas-problema que norteiam este estudo: ‘Será que a obesidade mórbida está relacionada/associada as relações familiares de homens obesos mórbidos?’; ‘Pode o profissional de Enfermagem aplicar, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, o Modelo Calgary para identificar potenciais estremecimentos nas relações sociais e familiares de pessoas em adoecimentos quaisquer?’.

Este estudo é considerado relevante por compreender que se elenca uma tecnologia que pode ser utilizada por profissionais de Enfermagem na perspectiva de compreender o cliente atendido na Estratégia de Saúde da Família não apenas no aspecto do adoecimento, com um olhar curativista, mas, sobretudo, no diálogo que é extremamente importante com o processo de humanização e percepção do sujeito como ser holístico. Ademais é possível que esse estudo contribua com a literatura de aplicação do Modelo Calgary no Brasil que pode ser considerada frágil enquanto evidência científica.

Este estudo tem como objetivo compreender as implicações das relações micro e macrossociais na obesidade mórbida utilizando o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF).

2 OBESIDADE MÓRBIDA E SAÚDE PÚBLICA

Em função da sua magnitude e rapidez de crescimento, o fenômeno obesidade mórbida já é considerado pandemia com estatísticas cada vez mais ampliadas. Isto a torna problema de saúde pública. Integrante do grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), tem caráter multifatorial e envolve questões biológicas, históricas, ecológicas, ambientais, sociais, culturais políticas e de causas desconhecidas. Vários fatores contribuem para sua prevalência, dentre eles, o atual estilo de vida da população urbana, que se traduz em hábitos alimentares não saudáveis e baixo nível de atividade física (BREVIDELLI, 2015; PINTO; SILVA 2019).

A existência da obesidade provoca inúmeras e constantes transformações biopsicossociais, tendo a nutrição papel importante, com grande complexidade no enfrentamento a prevalência desta doença e suas comorbidades. No entanto, o crescimento não atinge apenas a população adulta, uma vez que a obesidade infantil e na adolescência já se configura como elemento de preocupação cada vez maior para a saúde pública (TEBERIK et al, 2019).

Obesidade é doença crônica, merecendo maior prioridade nas estratégias de prevenção e localização das possíveis falhas do gerenciamento clínico. Ela está associada à outras morbidades, sendo os pacientes obesos mais susceptíveis ao desenvolvimento de diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares apneia do sono e várias modalidades de doenças malignas (ZILBERSTEIN; SANTO; CARVALHO, 2019).

Obesidade mórbida é a doença definida pelo excesso de tecido adiposo no organismo, classificada por índice de massa corporal (IMC) acima de 40 kg/m². Tem apresentado grandes proporções na população geral e constitui problema de saúde pública nos países desenvolvidos. O tratamento conservador, através de mudanças no hábito alimentar, comportamental, exercícios físicos e medicamentos, tem o seu lugar. Para pacientes obesos mórbidos o tratamento cirúrgico é a melhor opção para a perda de peso e sua manutenção a longo prazo (PINTO; SILVA 2019; TEBERIK et al, 2019; ZILBERSTEIN; SANTO; CARVALHO, 2019).

O excesso de peso corporal apresenta sérios problemas de saúde comprometendo assim a qualidade de vida. Essas complicações podem surgir na infância e na adolescência, que certamente estarão presentes na vida adulta. Além disso, alterações nutricionais na adolescência podem afetar a percepção e satisfação corporal, autoimagem e autoestima, ocasionando distúrbios psicossociais (SOUZA et al, 2018).

Dentre os fatores de risco desde a adolescência e na fase adulta podem estar relacionados, também, são: os pais serem/terem sido obesos, a influência dos meios de comunicação, sedentarismo, alimentação inadequada, fatores genéticos, nível socioeconômico, entre outros. Vale ressaltar a necessidade de um sistema de vigilância com relação ao estado nutricional dos adolescentes afim de amenizar os possíveis danos. Isto compete a Estratégia de Saúde da Família, considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde no Brasil, imersa na Atenção Primária que conta com equipe multiprofissional, a mais próxima do cotidiano dessas pessoas.

2.1 Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada do SUS

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como o Programa de Saúde da Família (PSF) no ano de 1994, logo após dois marcos legislativos importantes para a saúde: a aprovação da Constituição Federal (CF) em 1988 e a Lei N. 8080/1990 que instituía o Sistema Único de Saúde (SUS) que atribuía ao município maior autonomia no processo de criação e desenvolvimento de ações que ofertassem saúde de qualidade para todos (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Como evolução do então PSF, a ESF traz em seu escopo a reorientação das práticas dos profissionais de saúde, não mais em uma perspectiva individualista, centrado no conhecimento de cada profissão e de cada área, mas em ações que considerem e sejam desenvolvidas em um cenário que aborde práticas multidisciplinares sensíveis a realidade de cada território e de cada povo (BARRETO et al, 2019; PINTO et al, 2017; PINTO; RIBEIRO, 2017).

Os conceitos de multiprofissional e de território ganham novas perspectivas de sentido e significado a partir da solidificação da Estratégia de Saúde da Família. Multiprofissional é o conjunto de profissionais que compõem a equipe responsável pela promoção e prevenção da saúde. É composta por profissionais da medicina, enfermagem, odontologia com a especialidade cirurgia-bucal, auxiliar ou técnico bucal, auxiliar ou técnico em enfermagem e de forma muito marcante o Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional que surge após o PSF. Já o conceito de território ganha prospecto do espaço físico e cultural onde as sociedades se constroem e as suas desigualdades (PINTO et al, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família enquanto porta de entrada da Atenção Primária em Saúde (APS) deve considerar o índice de prevalência da obesidade no cenário nacional e internacional. Considera-se, dentro das atribuições da equipe multidisciplinar, que o enfermeiro tem importantes atribuições e contribuições no enfrentamento ao fenômeno da obesidade e suas comorbidades enquanto DCNT. É importante a orientação quanto ao autocuidado, ações de promoção da saúde na perspectiva da alimentação saudável e do manejo das diferentes situações que vem associadas ao controle desta DCNT (BRAGA et al, 2017), utilizando-se de tecnologias leves e duras para o acompanhamento de saúde nos territórios.

2.2 Modelo Calgary de Avaliação Familiar

O Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) tem como criadoras Lorraine e Maureen (1984), baseado no modelo de avaliação familiar elaborado pelas enfermeiras Tamm e Sanders da Universidade de Calgary um ano antes (1983). É uma estrutura multidimensional com reconhecimento e adoção por muitas faculdades e escolas de Enfermagem em vários países como Canadá e Estados Unidos na América do Norte, Brasil na América do Sul, Grã-Bretanha na Europa entre outros (SILVA, BOUSSO; GALERA, 2009; MONTEIRO et al, 2016, DUARTE, 2015).

O MCAF foi desenvolvido tomando por base seis pressupostos teóricos: Pós-Modernismo que toma a ideia do pluralismo e da multiplicidade considerando as experiências de mundo e os diferentes caminhos que requerem compreensão sobrepondo a ideia de única visão de mundo;

A Teoria dos Sistemas que compreende a família como um sistema dentro de suprassistemas e com subsistemas em seu interior. Para esta teoria as mudanças que podem ocorrer com um único sujeito deste sistema chamado família afeta os demais assim como as relações que coexistem no interior desta influenciam comportamentos, crenças e sentimentos de cada um desses elementos (DUARTE, 2015).

A Cibernética que considera a capacidade do sistema família de se autorregular a partir das mudanças ocorridas no seu interior desenvolvendo outros limites reguladores; A Teoria da Comunicação que trata da forma como as pessoas interagem no interior do sistema família e entre si; Teoria da Mudança que considera que as mudanças e transformações não acometem um único sujeito desse sistema, mas também não acontece igual para todos, todavia tem a missão de manter a estabilidade deste; Biologia da Comunicação que pretende mostrar como o processo cognitivo humano decorre da interação entre humanos e sistemas viventes (DUARTE, 2015).

Sua primeira versão dispunha de apenas duas dimensões: a de avaliação e a de intervenção funcional, enquanto a atual dispõe de três categorias: Categoria Estrutural, Categoria de Desenvolvimento e Categoria Funcional (SILVA, BOUSSO; GALERA, 2009; MONTEIRO et al, 2016, DUARTE, 2015).

A Categoria Estrutural diz respeito à forma como a família está estruturada quanto aos membros e vínculos afetivos existentes no interior desta, É dividida em três subcategorias: estrutura interna com seis subcategorias (composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites), estrutura

externa tem duas subcategorias (família extensa e sistemas mais amplos) e contexto com cinco subcategorias (etnia, raça, classe social, religião/espiritualidade e ambiente).

De acordo com Wright e Leahey (2012) no que concerne a composição familiar é possível analisar os diferentes e distintos modelos de família vigentes não apenas a família nuclear, mas famílias compostas por mãe e filho(s), pai e filho(s) dentre vários outros. Na subcategoria gênero deve-se considerar as diferentes perspectivas de percepção cultural dos papéis masculino e feminino segundo as crenças, culturas e comportamentos. Quanto a subcategoria orientação sexual se relaciona aos interesses de relações sexuais dos membros internos enquanto a ordem de nascimento declara o posicionamento de cada filho dentro do sistema familiar, por exemplo filho mais novo, filho mais velho; quanto aos subsistemas estes indicam sistemas menores como pai e filho ou irmãos e irmãs. E por fim os limites que orientam todo o sistema família e os subsistemas dentro deste.

Para a subcategoria família extensa considera-se as relações familiares em suas diferentes naturezas: natural ou de origem, de procriação, de afinidades e sobre os sistemas mais amplos se encontram as instituições de educação, de saúde, de religião dentre outras nas quais essa família mantém contato. Para a subcategoria etnia deve-se considerar a origem étnico-racial, a localização religiosa, o estrato social a qual pertence e o ambiente em que se está inserido sistema família.

A Categoria Desenvolvimento faz menção a forma como a família se estrutura, suas relações e como ocorrem os vínculos entre si, mas destes com outros grupos ou sistemas maiores. Esta categoria contempla a compreensão e percepção da família relacionando-a com os ciclos de vida tais como a história que lhe pertence, o curso de vida, a reprodução e morte, ou seja, atribui a vida da família um dado histórico ou evento. É possível depreender assim em que ciclo de vida essa família está: se no início da formação, se na fase de família com crianças pequenas, se família com adolescentes, se família com filhos adultos saindo de casa e constituindo suas próprias famílias ou em casa com família previamente constituída e assim sucessivamente.

Já a Categoria Funcional refere-se ao modo como os membros da família interagem entre si, ou se comportam uns com os outros sendo fundamental perceber o funcionamento quanto as atividades diárias ou funcional e o funcionamento expressivo quanto a comunicação, solução de problemas, papéis, influências, poder,

crenças e alianças. Assim o sendo é possível analisar as interações familiares e identificar as alterações (WRIGHT; LEAHEY, 2012; TAKEBAYASHI et al., 2019)

É um sistema abrangente, com instrumentos de fácil aplicação, abordando diversos assuntos que acontecem no contexto familiar considerando que a família é quem seus membros dizem que são e com isso oferece subsídios para entendê-la de maneira mais profunda em todos os seus aspectos. Destarte é o profissional que está aplicando o Modelo Calgary que deverá decidir quais das subcategorias acima mencionadas são relevantes e apropriadas para exploração e avaliação junto a cada família e a cada instante no tempo, isto é, nem todas as subcategorias precisam ser avaliadas em um primeiro momento e algumas nunca precisarão ser avaliadas.

Como instrumentos para avaliação da categoria estrutural, o genograma e ecomapa são particularmente úteis para delinear as estruturas internas e externas da família. São de utilização simples, sendo necessário apenas uma folha de papel ofício e uma caneta esferográfica ou um lápis para traçar as linhas e formas que compõem o desenho. Estes instrumentos foram desenvolvidos como dispositivos de avaliação, planejamento e intervenção familiares (NASCIMENTO et al, 2014).

O genograma tende a seguir gráficos convencionais genéticos e genealógicos. É uma árvore familiar representando a estrutura familiar interna. Propicia dados ricos sobre os relacionamentos, ao longo do tempo, incluindo também dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migrações. Os membros da família são colocados em série horizontais que significam linhagem de geração (AGOSTINHO, 2009).

O ecomapa tem seu valor primário que é o impacto visual. Seu objetivo é representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos. Representa uma visão geral da situação da família; retratada as relações importantes de educação ou aquelas oprimidas por conflitos entre famílias e o mundo. Demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações. Estes procedimentos de mapeamento delinea a natureza das interfaces e pontos de intermediação (NASCIMENTO et al, 2014).

O genograma e o ecomapa seguem neste estudo o mesmo princípio citado por Duarte (2016) quanto as suas funções: identificar elementos sociais, culturais e até econômicos que possam estar presentes ou ausentes e que influenciam direta e/ou indiretamente na dinâmica da família, seus comportamentos e suas relações em determinado momento do ciclo de vida dessa família que neste caso está na fase família com criança pequena.

Desta forma os dois podem ser utilizados em todos os ambientes de cuidados da saúde para aumentarem a percepção da enfermeira sobre todas as famílias, bem como as interações desta com os sistemas mais amplos e sua família extensa. Além do conhecimento da estrutura, a enfermeira precisa entender o desenvolvimento do ciclo vital de cada família.

3 MÉTODO

Este é um estudo do tipo estudo de caso, método científico utilizado para fomentar o conhecimento científico a partir da análise de um caso específico, sendo, inclusive o estudo de caso comum à Enfermagem. É de natureza qualitativa, tipo de pesquisa que valora a qualidade das informações em detrimento da quantidade, lida com subjetividades, com dimensões humanas que os números não conseguem alcançar (YIN, 2001; MINAYO, 2010; PRODANOV; FREITAS, 2011; SAMPIERI; COLADO; LÚCIO, 2013).

O universo da pesquisa foi Fortaleza, capital do Estado do Ceará, um dos estados da Região Nordeste, com população estimada em mais de 9 milhões de pessoas (IPECE, 2019⁴). O *lócus* da pesquisa foi o Anexo de um Hospital Geral da Rede de Terciária de Saúde do Ceará referência em oferecer serviços de saúde a pessoas em estado de obesidade mórbida. Sendo o anexo o local onde são ofertados os atendimentos das especialidades clínicas sendo umas delas o Programa de Cirurgia Bariátrica.

O participante foi um único homem obeso mórbido selecionado por intencionalidade a partir da participação de 17 homens obesos mórbidos em um estudo maior, denominado Hélio. O nome aqui evocativo ao participante não é seu nome oficial atendendo aos preceitos éticos da Resolução 466/2012 que descreve sobre a preservação da identidade do(s) participantes de estudos que envolvam seres humanos.

O instrumento para coleta de dados foi a Entrevista Fenomenológica em Profundidade, técnica na qual cada participante tem o espaço livre e garantido para

⁴ Disponível em <https://www.ipece.ce.gov.br/2019/07/15/estudo-revela-estimativa-da-populacao-do-ceara-ate-2060-e-aumento-da-taxa-de-idosos-e-reducao-na-de-jovens/>

apresentar a sua experiência, sua realidade com o fenômeno vivido, experienciando dos princípios metodológicos da Fenomenologia que considera esta como uma técnica mais acessível, com maior flexibilidade, tendo como ponto de partida uma pergunta disparadora "**Como é a vida de um homem obeso mórbido?**" (APÊNDICE A). O entrevistado ficou livre para narrar, praticando o movimento de espiral –ir e vir do passado ao presente, sem cortes – segundo o tempo que lhe fora conveniente (PINTO; SILVA, 2017).

A coleta obedeceu a sequência básica de uma pesquisa com seres humanos. Primeiro a apresentação e apreciação do projeto de pesquisa pelo HGCC que aprovou a pesquisa. Segundo a apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Terceira a apreciação e deliberação pelo Comitê de Ética do Hospital Geral César Dr. Cals. Por fim, a participação a partir da assinatura do TCLE (APÊNDICE B).

Realizada a entrevista, os dados foram analisados à luz da Fenomenologia de Merleau-Ponty que busca a análise do fenômeno a partir do olhar de quem a vivencia. Foi aplicado o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e suas três categorias principais Estrutural, Funcional e de Contexto utilizando o ecomapa para visualidade das relações sociais e o genograma para apreciar as relações familiares.

Na categoria Estrutural foram analisadas as três subcategorias. Na Estrutura Interna foram analisadas a composição da família, ordem de nascimento, subsistemas e limites. Na Estrutura Externa analisou-se os sistemas mais amplos como vizinhos, sistema de saúde, local de trabalho e sistema de educação. Já no Contexto foram analisados a classe social e o ambiente.

A Categoria Desenvolvimento foi analisada a forma como a família se estrutura, as suas relações, os vínculos que são estabelecidos entre si e o ciclo de vida da família. A Categoria Funcional teve como variáveis a comunicação, a solução de problemas, os papéis dentro da família, as influências existentes, o poder dos membros, as crenças e culturas existentes e as alianças que são realizadas no seu interior.

Para analisar os dados seguiu-se os passos da Análise Fenomenológica descritos por Branco (2014) adaptado por Pinto e Silva (2017; 2019): 1º - acesso ao sujeito (suspensão fenomenológica); 2º - aplicação do instrumento; 3º - suspensão fenomenológica para levantamento das sínteses a partir das entrevistas; 4º - definição das unidades de significação; e 5º - formulação das categorias.

A exposição dos resultados deste estudo segue a linha descritiva e obedece ao preconizado pela Resolução 466/2012 que normatiza a pesquisa com seres humanos na área de Ciências Humanas e tem parecer de Nº. 1.666.792 (CEP-UNIFOR) (APÊNDICE C) e Nº. 1.714.797 (CEP-HGCC) (APÊNDICE D) normatizados pela Resolução 466/2012 que autorizam o estudo intitulado ***Desvelando a percepção do homem obeso mórbido sobre sua sexualidade*** sendo permitida a Entrevista Fenomenológica em Profundidade, gravado em áudio, seguido da assinatura do TCLE por cada participante, deixando assinada uma via com número de Registro Geral.

4 RESULTADOS

Hélio tinha, quando da entrevista, 32 anos de idade e peso de 184kg. O mesmo entrou no programa com 182kg. É do sexo masculino, branco, natural de Recife, mora em Fortaleza, é solteiro, se nomina heterossexual e católico não praticante com formação em Redes de Computadores, Ensino Superior, e sua profissão é Técnico de Informática.

Tem sua história de vida dividida, segundo a sua narrativa, em dois momentos: i) a vida em família com sua mãe e genitora, seu pai, seu irmão e sua irmã; ii) a vida após o óbito de sua mãe, com seu pai, sua irmã adotiva e seus irmãos. A partir destes foram elaborados dois genogramas e dois ecomapas, situando Hélio em cada uma dessas situações de família.

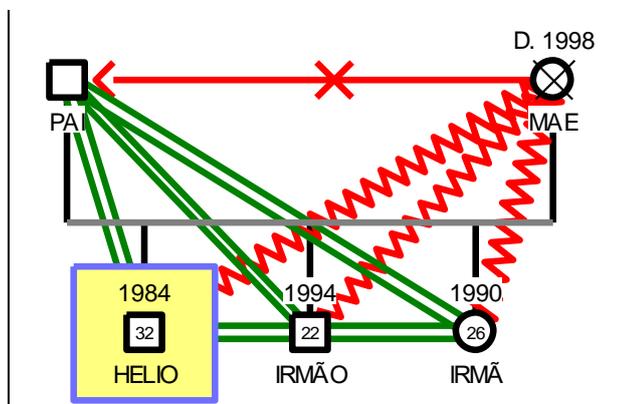
A entrevista (APÊNDICE E) foi marcada por diversos fatores, mas sobremaneira o mudar de tons de vozes à medida que ia abordando certos assuntos que aparentemente o remetem a alguns traumas do passado e que repercutem na vida atual. Há, aparentemente desconfortos com relação a figura da mãe, conflitos familiares e, mesmo que não admita, é possível associar situações ao ganho de peso. O que ele relata não é distante do que ele representa, pois uma das características marcantes de Hélio é sua introspecção.

4.1 Descrição da Família 1 de Hélio

A família um de Hélio era composta por cinco membros. Seu pai, sua mãe, seu irmão e sua irmã nesta sequência pela cronologia de idades. A família foi, inicialmente, nômade por conta do trabalho do pai que era soldado do exército. Segundo os relatos

eles moraram em Brasília e Manaus, onde ocorreu o óbito da mãe de Hélio quando ele tinha 14 anos, em função de uma bactéria multirresistente. Afirma já ser naquela época obeso.

FIGURA 1 - GENOGRAMA DA FAMÍLIA 1 DE HÉLIO



Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa

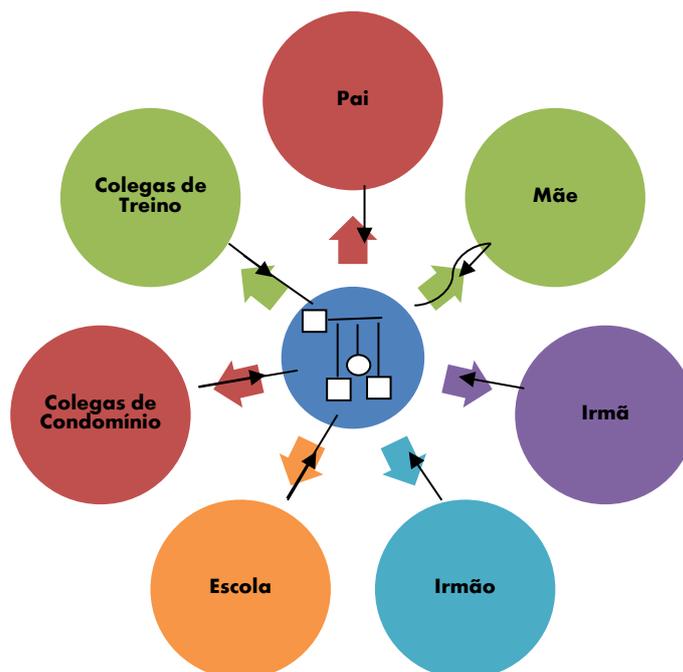
LEGENDA			
□	Homem	○	Mulher
⊗	Falecimento	□	Informante
—	Próximo/Amizade	~	Violência
—X→	Manipulador		

Perceba-se, no Genograma 1, que a esposa tem relação de domínio sobre o esposo ao mesmo tempo que é violenta com os três filhos. O informante-chave, Hélio, mantém fortes relações com os dois irmãos e seu pai, mas não com a mãe que posteriormente vem a óbito, não sendo explicado pelo informante o motivo do óbito materno.

No primeiro núcleo familiar prevalecem os conflitos, sobremaneira entre filho e mãe. Há violência da mãe para com Hélio e os irmãos evidente na narrativa "[...] ela batia a cabeça do meu irmão na parede, pegava a cabeça da minha irmã e batia na parede, [...], aí ela encostou a faca na minha barriga, [...]". Em dado momento ela o ameaça com uma faca encostando-a em seu abdome como que em uma ação de esfaqueá-lo.

Hélio associa a agressividade de sua mãe ao fato de não ter mais retornado ao peso anterior a sua gestação dizendo que "[...] ela depois que me teve não conseguiu mais emagrecer, ela era magra, [...], depois que ela me teve ela não conseguiu mais emagrecer, não sei se ela botava a culpa em mim por ter engordado, [...]".

FIGURA 2 - ECOMAPA DA FAMÍLIA 1 DE HÉLIO⁵



Fonte: Elaborada pelos autores a partir de dados da pesquisa

LEGENDA		
□ Homem	○ Mulher	→ Relação de Forças
— Próximo/Amizade	~ Violência	

O ecomapa identifica que Hélio tem fortes relações com poucos grupos sociais sendo estes identificados apenas pelos colegas de treino, do condomínio e da escola o que limita consideravelmente seus vínculos sociais, apesar de sua vida nômade.

4.1 Descrição da Família 2 de Hélio

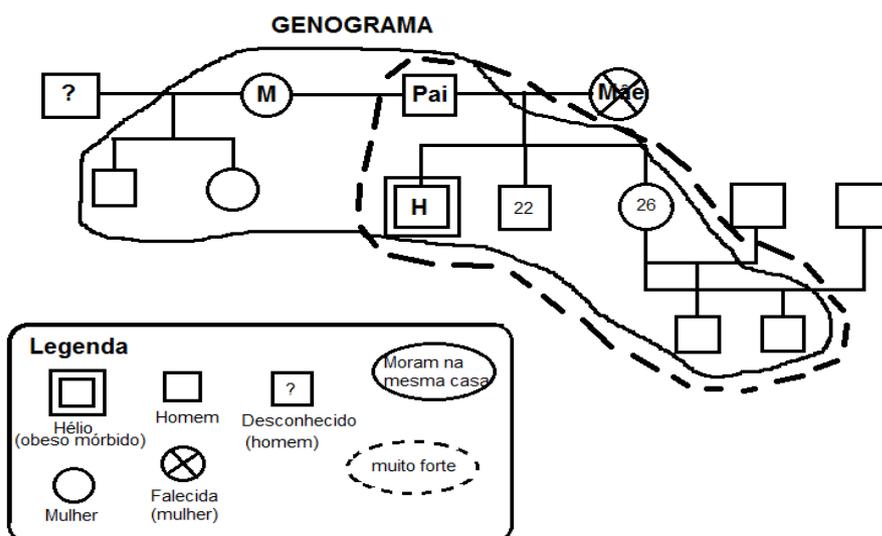
Hélio não esclarece em sua narrativa onde e como foi construída sua segunda família. Em que momento seu pai constituir uma nova família com a madrasta que já tem filhos. Não expõe se ainda foi em Manaus, onde sua mãe veio a óbito ou se foi em outra cidade. Não esclarece se foi em Fortaleza. Presume-se de que a continuidade de sua antiga família, agora com nova cômjuge de seu pai, tenha ocorrido na capital cearense.

⁵ Os anos de nascimento dos irmãos são estimativas aproximadas a partir de suas comparações durante a narrativa.

A nova e atual família do participante deste estudo tem nove membros: são seus dois irmãos por laços consanguíneos paternos e seus dois sobrinhos, frutos de relações não matrimoniais de sua irmã. São dois filhos de sua madrasta, uma filha e um filho. Sua família tem residência fixa no bairro Jacarecanga em Fortaleza.

Segundo Hélio todos moram na mesma casa. Ele e o irmão trabalham. O pai é aposentado e os demais, deduz-se, que não tenham profissão. As relações muito estreitas de Hélio continuam sendo o pai, a irmã e o irmão biológicos. Não há mais relações de dominação, nem de violência entre estes.

FIGURA 3 - GENOGRAMA DA FAMÍLIA 2 DE HÉLIO



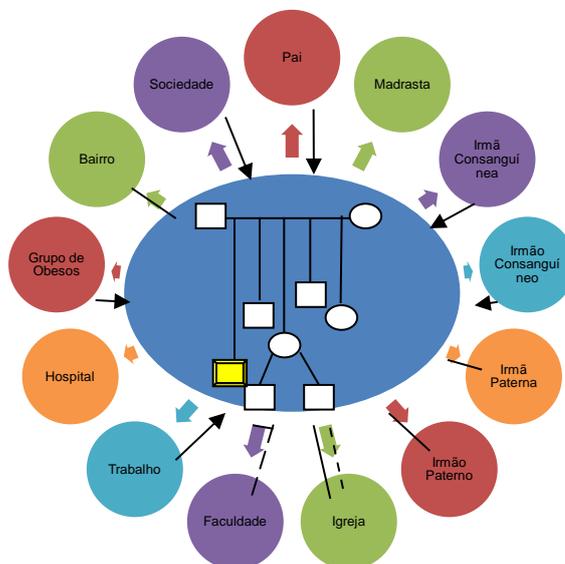
Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados da pesquisa

O Genograma 2 muda sua estrutura se comparado com o anterior. Este agora tem o acréscimo da nova família constituída pelo genitor de Hélio com sua madrasta que tem, de uma relação com um outro homem não identificado, dois filhos, um do sexo biológico masculino e outra do sexo biológico feminino. Identifica-se que a irmã de Hélio tivera dois relacionamentos com dois homens diferentes tendo como resultado um filho de cada relação.

No Núcleo 2 Hélio e o irmão trabalham, o pai já é pensionista e os demais membros da família não são relatados como tendo vínculos empregatícios. De certa forma as despesas de casa também são mantidas por Hélio, confirmado quando ele narra que "[...] não ajuda em nada lá em casa (irmã), [...], eu que trabalho todo mês, que dou dinheiro todo mês lá em casa para ajudar a pagar as coisas né?!".

As relações conflituosas ainda persistem, mas apenas entre irmãos consanguíneos de Hélio. Sua madrasta os aceita, os acolhe e a recíproca é verdadeira entre ambos assim como entre estes e os irmãos paternos.

FIGURA 4 - ECOMAPA DA FAMÍLIA 2 DE HÉLIO



Fonte: Elaborada pelos autores a partir de dados da pesquisa

LEGENDA		
□ Homem	○ Mulher	→ Relação de Forças
— Próximo/Amizade	~ Violência	- - - Vínculo distante

O segundo ecomapa também traz características semelhantes ao anterior, no entanto, com uma amplitude nas relações visto que os vínculos agora são feitos, também, com os amigos de trabalho, amigos do grupo de obesidade mórbida do hospital onde o mesmo faz acompanhamento, a Igreja, a faculdade onde o mesmo estudou, no bairro e na sociedade em geral.

A avaliação externa aponta que tanto o núcleo familiar um como dois, Hélio conta com sistemas externos como vizinhos, amigos e colegas do pai, restritos ao trabalho ou ao(s) condomínio(s) onde moraram, ficando essa rede ampliada quando no núcleo familiar dois ao bairro, ao hospital, ao grupo de obesos mórbidos do hospital, à faculdade, a igreja e aqui não mais é referência o pai, mas o próprio Hélio.

Neste processo de contatos externos Hélio aponta como uma de suas grandes dificuldades o isolamento familiar e social em função do preconceito e discriminação

vivida fora do espaço familiar e por vezes dentro deste espaço também. Sua narrativa é bem enfática ao dizer que "[...] eu me isolo no meu quarto, [...], minha vida é reservada a esse espaço [...]. Eu já vivenciei preconceito e discriminação [...]".

5 DISCUSSÃO

Sobre a **Avaliação Estrutural** foram analisadas a **estrutura interna**, **estrutura externa** e o **contexto**. Ao que concerne a estrutura interna, percebeu-se que Hélio tem sua vivência em dois núcleos familiares. Os dois apresentam a estrutura nuclear familiar tradicional, composta por pai, mãe e filho(s) e o segundo núcleo se constituiu em uma nova família em função de viuvez.

A nova família aproxima-se das constituições familiares de idosos identificadas nos estudos de Silva, Bousso e Gouveia (2009), Radovanovic, Cecílio e Marcon (2013); Cecílio, Santos e Marcon (2014) e Santos et al (2015) quando aplicado o Modelo Calgary.

O conflito com a genitora parece trazer forte impacto na vida social de Hélio. O mesmo apresenta consigo a culpa, mesmo sem confirmação de que sua mãe concentrou nele suas raivas e revoltas. Dentre os estudos acessados não se encontrou neles conflitos entre mãe e filhos, antes Radovanovic, Cecílio e Marcon (2013) encontram bom relacionamento entre pais e filhos.

No mesmo estudo Radovanovic, Cecílio e Marcon (2013) apresentam outro núcleo familiar com conflito familiar, identificados nos estudos de Silva, Bousso e Galera (2009) e Santos et al, (2015) relatam os conflitos familiares. Estes acontecem entre avós e netos, entre sogros e noras e/ou genros. Esta situação concorda com o conflito no núcleo familiar dois da família de Hélio. Ocorrem por discordâncias e atritos quanto a alimentação já que ele precisa seguir alimentação controlada de acordo com o serviço de Nutrição do hospital onde tem atendimento.

Na narrativa do participante, sua primeira família mantinha padrão socioeconômico satisfatório às suas necessidades. Apresentava residência mantida pelo exército brasileiro e isso os fazia ser nômades, sendo relatadas como cidades de residência Manaus e Brasília. Naquelas ele refere condomínios e apartamentos com pisos de madeira. Sua atual família reside em bairro do município de Fortaleza, mas ele não refere nada sobre sua residência atual.

É importante que a Enfermagem busque no seu escopo de atuação e ação ampliar o olhar para e sobre os núcleos familiares buscando perceber suas diversas dinâmicas e novos formatos, ainda que o padrão familiar tenha se modificado consideravelmente na contemporaneidade e hoje não se tenha como exclusividade o modelo parenteral de pai, mãe e filhos, uma família mononuclear, mas polinuclear (SILVA; BOUSSO; GALERA, 2009).

É importante destacar que os vínculos externos têm fator de impacto na qualidade de vida dos sujeitos na manutenção de boas relações com vizinhos, colegas de trabalho e escolares. É uma das formas de superar a solidão, exclusão e promover a integração. Este estudo e outros de Silva, Bousso e Galera (2009), Santos et al, (2015) não identificam os conflitos externos. O estudo de Radovanovic, Cecílio e Marcon (2013) indica um núcleo familiar com conflitos externos.

O espaço da família, local onde Hélio deveria receber apoio foi o local que, potencialmente, contribuiu para os primeiros passos para a obesidade. Têm fortes sinais de preconceito e discriminação quando sua mãe revoga a ele a culpa pelo aumento de massa corporal. O conflito familiar é um ponto crítico para a superação da vivência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e esse convívio é essencial para que possa ocorrer as mudanças na rotina e adequação da família em apoio e suporte a terapêutica da doença. Deve promover aproximação entre os membros e adaptação desta (RADOVANOVIC; CECÍLIO; MARCON, 2013).

Hélio é obeso mórbido e tem, segundo sua narrativa, dificuldades quanto a adequação da família a sua condição de pessoa com DCNT. Os estudos de Radovanovic, Cecílio e Marcon (2013) apontam idosos com DCNT como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Artrite e Bronquite enquanto Sousa et al (2015) identificaram além das já mencionadas o Diabetes Mellitus (DM), tal qual Hélio.

Faz-se importante dar destaque ao lugar ocupado pelas DCNT no cenário da Atenção Básica, conseqüentemente na clínica, cuidado, atenção, promoção e prevenção da saúde desenvolvidos pelo profissional de Enfermagem. Em nível mundial as DCNT ocupam taxas de 63% das causas primeiras de morte em 2008 (BRASIL, 2011).

Do total das mortes causadas por DCNT, 80% são identificadas em pessoas que residem em países de baixa e média renda. Acometem àqueles com idade <60 anos de idade com relações às doenças crônicas do sistema cardiovascular assim como Diabetes *Mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica conforme o Plano de Ações

Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2011). Não apenas as patologias citadas como também violência urbana, mortes por acidentes de trânsito dentre muitos outros são consideradas DCNT (BRASIL, 2011).

Há tênue linha que separa o Brasil dos dados mundiais sobre as DCNT: estas são responsáveis por algo em torno de 72% da *causa mortis* em 2008 aumentando para 74% em 2016, sendo o estrato social pobre mais afetado. A faixa etária mais afetada foi de 39 a 60 anos de idade. Há sensível redução nas mortes por doenças do sistema cardiovascular e respiratório indo em oposição ao aumento nas mortes por câncer e diabetes. Estas reduções são atribuídas aos serviços de acompanhamento, promoção e prevenção de doenças realizado pela Atenção Básica e destaque-se na equipe multiprofissional o enfermeiro (BRASIL, 2011; DOMINGUES et al, 2019).

Becker et al (2018) em estudo realizado em Santa Catarina, na Região Sul do Brasil, destaca três ações desenvolvidas pelos profissionais de Enfermagem junto as pessoas com DCNT: a primeira delas é a visita domiciliar, momento que possibilita conhecer as famílias adstritas ao território e identificar fragilidades quanto aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e assim poder articular outras instituições na perspectiva das parcerias como por exemplo o Serviço de Assistência Social do município.

A segunda é o atendimento individual onde é possível reforçar as práticas de Educação em Saúde de forma individualizada pondo em prática a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). É de extrema importância que se entenda e reconheça os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) como parte do plano tendo-se o cuidado de orientar a partir a realidade do cliente, adequando o discurso à realidade de vida de cada um.

A terceira é o atendimento coletivo, momento de realização das ações nos grupos de orientação e acompanhamento, quando é possível realizar as rodas de conversas colocando como protagonistas as pessoas com DCNT. O atendimento coletivo pode ocorrer dentro da própria Unidade Básica de Saúde (UBS) ou ainda em espaços públicos e/ou privados, mas que sejam estratégicos.

Nesta mesma óptica Schenker e Costa (2019) apresentam o trabalho multidisciplinar como uma outra estratégia de acompanhamento às pessoas com DCNT. As interconsultas entre profissional de Enfermagem e profissional da Medicina

são pontos de extrema importância, mas não apenas com estes dois como com demais profissionais que compõem o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Enquanto Schenker e Costa (2019) percebem a dificuldade de adesão, Silocchi e Junges (2017), em estudo realizado no Rio Grande do Sul, identificam a adesão por parte dos clientes aos Plano Terapêutico Singular. Tal dificuldade ocorre, também, em função de todo um contexto cultural e histórico que se relaciona aos cardápios familiares; identificam a fragilidade no fortalecimento de vínculos, etapa importante de construção de confiança, valores e respeito mútuo entre profissional de Enfermagem e o cliente; e por fim, mas não menos importante, identificam as metodologias utilizadas para os atendimentos coletivos como tradicionais o que requer da equipe repensar as estratégias de diálogo e reflexão sobre as ações de promoção e prevenção da saúde.

Os ambientes, enquanto Determinantes Sociais de Saúde, também se diversificam sobremaneira em cada um dos núcleos. O primeiro núcleo familiar de Hélio residia em condomínios, segundo suas descrições, condomínios de luxo, com bom poder aquisitivo. Seu segundo núcleo, por sua vez, vem residir em bairro de Fortaleza, aparentemente sem regalias, segundo a narrativa dele. Esse novo local denota suas dificuldades financeiras.

A saúde financeira, outro DSS, é apontada como um dos fatores contribuintes à obesidade assim como a HAS e a DM em decorrência da adesão a alimentação ineficiente/insuficiente às necessidades calóricas e nutritivas ao ser humano e foi identificado como característica recorrente aos estudos de Silva, Bousso e Galera (2009), Radovanovic, Cecílio e Marcon (2013) e Santos et al, (2015).

No que concerne a **Categoria Desenvolvimento** o núcleo familiar um de Hélio está no estágio família com criança em idade escolar, evidenciado quando o mesmo narra suas experiências escolares, inclusive *Bullying* por decorrência de seu peso. Seu segundo núcleo já se encontra no estágio tardio, confirmado pelo processo de aposentadoria do pai.

É importante destacar que no segundo núcleo familiar em estágio tardio ainda co-existe a presença de adultos-jovens dentro da mesma casa e do mesmo convívio familiar. Há uma mãe solteira e ainda a presença de uma criança com Transtorno do Espectro Autista Leve (TEA).

Nos dois núcleos o pai é tido como provedor, a mãe e a madrasta têm a função de dona de casa e os irmãos vão se revezando no que concerne ao trabalho. Dos

estudos acessados apenas o de Silva, Bousso e Galera (2009) encontra o estágio familiar, identificando inclusive o desemprego, sendo os dois núcleos estudados compatíveis com o estudo de caso de Hélio.

É importante que o profissional de Enfermagem compreenda quais atividades diárias são desenvolvidas individualmente pelos membros dessa família. A forma como este desenvolvimento ocorre e suas relações com a qualidade de vida. Destaque-se que os conflitos dentro das relações familiares vão reverberar nas relações sociais uma vez que a família é a primeira instituição social onde o sujeito está vinculado.

Em se tratando da **Categoria Funcional** e como já mencionado anteriormente há um fosso na saúde financeira dos dois núcleos familiares que Hélio vivencia. As atividades desenvolvidas no Núcleo 1 são bem determinadas sendo o pai o responsável por prover a casa a partir de seu trabalho no exército e a mãe a responsabilidade de cuidar da casa e das proles. No segundo núcleo estas atribuições permanecem com o pai, já recebendo benefício por tempo de contribuição, mas também por Hélio que trabalha e diz complementar as despesas da casa, mas não seu irmão.

A comunicação na avaliação funcional tem um desencontro. Há sempre uma prevalência da falha comunicativa, o que se denomina de ruído, sendo a agressão física e psicológica como forma de comunicação entre os membros. Situação esta que merece destaque e preocupação no estudo de Santos et al, (2015), uma vez que os ruídos na comunicação impossibilitam o vínculo e o convívio com aqueles que tem DCNT.

Constata-se aqui que ruídos na comunicação não são, especificamente, as interferências mecânicas que se conhece como o soar de um sino durante uma conversa. Pizzaia e Santana (2015) definem ruídos na comunicação como diferentes obstáculos que se colocam no percurso feito por qualquer mensagem feita entre o emissor – quem emite – e o receptor, quem recebe a mensagem.

Estes ruídos podem ser mecânicos, erros, distorções, informações com má elaboração entre outros. Os impactos podem ser identificados de diferentes formas, mas principalmente pelo destinatário não formular ideias, conceitos, discursos e ações fidedignas ao que o emissor pontuou trazendo consequências tais como discussões, estresses e até óbitos dentre outras consequências.

O que não foi evidenciado nesse estudo de caso são os vínculos entre Hélio e a Unidade Básica de Saúde (UBS), tão menos com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) o que diferencia o estudo em questão e a aplicação do MCAF com a aplicação em estudos com idosos conforme os estudos de Silva, Bousso e Galera (2009), Radovanovic, Cecílio e Marcon (2013), Cecílio, Santos e Marcon (2014) e Santos et al, (2015).

O Método Calgary aplicado a análise familiar pelo enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família pode desvelar aspectos importantes a serem observados nas relações dentro da instituição família como é o caso dos conflitos psicossociais e emocionais que poderão potencialmente surgir em decorrência dos atritos. Esta situação poderá, no decorrer, transformar-se em um problema de Saúde Mental o que requer do profissional da Atenção Básica estar atento aos sinais clínicos de adoecimento mental que pode surgir em alguma situação de consulta ou de conduta dos sujeitos.

Sobre a obesidade mórbida é sabido que a mesma tem causas multifatoriais. Suas apresentações clínicas fatalmente se associam a comorbidades que oferecem risco de vida ao obeso mórbido (PINTO; SILVA, 2016). Os próprios adoecimentos de Hélio como Artromialgia, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica ratificam as comorbidades.

Para solucionar ou minimizar os impactos que estes processos patológicos crônicos não transmissíveis podem causar, o enfermeiro e a equipe da ESF devem mobilizar e planejar ações de orientação e promoção da saúde. Estas não devem se articular em um momento específico do ano, mas que sejam rotineiras para a preservação da vida.

Ademais, compete a Atenção Primária a articulação e manutenção das relações entre as diferentes Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo marco regulador e tendo a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada do sujeito no Sistema Único de Saúde, desde que este não esteja em condição de risco de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do Método Calgary de Análise Familiar (MCAF) para análise familiar de um homem obeso mórbido possibilitou analisar e reconhecer a estrutura familiar no todo e suas implicações na vida do mesmo nos aspectos de estrutura, de

desenvolvimento e funcional a partir do uso do genograma e do ecomapa que viabilizam um melhor olhar sobre a formação familiar e as relações sociais.

O estudo de Hélio é peculiar por tratar de dois núcleos familiares para uma mesma pessoa, diferente do que apresentam outros estudos que comparam dois núcleos familiares diferentes com suas respectivas estruturas e principalmente por não partir da Equipe de Estratégia de Saúde da Família (EqESF), espaço de ação onde a proposta do Modelo Calgary é exato para propor ações que possam favorecer a qualidade de vida dos participantes com quadro patológico e não patológico de uma família.

Hélio traz consigo marcas do passado com a mãe, tanto pelas questões psicológicas vividas a partir dos conflitos bem como os impactos físicos, sendo um deles a obesidade. A obesidade não é uni, mas sim multifatorial e as questões familiares podem estar diretamente relacionadas a situação atual.

Ainda que Hélio faça parte de uma unidade terciária de saúde, o mesmo tem acompanhamento psicológico ativo, porém individualizado, não coletivo com a família, de forma que as relações familiares permanecem conflituosas tendo problemas de ordem psicológica, relacionada a não aceitação, a não aceitação social e a complexidade de lidar com as questões sociais.

Uma justificativa para a ausência da EqESF na narrativa de Hélio seja por conta do lócus de realização deste estudo de caso, uma unidade terciária de atenção à saúde com cuidado específico aos obesos mórbidos, ainda assim a literatura é escassa quando se trata de aplicar o Modelo Calgary com adultos-jovens deixando explícita a noção de que o adulto não adoece, não tem complicações que envolvam e relacionem a família e suas relações internas e externas.

Pode-se assim considerar que a escassez de literatura pertinente a faixa etária e ao segmento estudado foi a limitação desse estudo ao passo que indica a necessidade de investimentos em novas pesquisas, que favoreçam o melhor entendimento da participação familiar e da necessidade de compreender a vida destes.

REFERÊNCIAS

- ABESO. Associação Brasileira Para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Mapa da Obesidade**. Disponível em <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>. Acesso em 28 dez. 2019.
- ABESO. Associação Brasileira Para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. 4.ed. São Paulo: ABESO, 2016. Cap. 1, pp. 15-26. Disponível em <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>. Acesso em 22 nov. 2019
- ABESO. Associação Brasileira Para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016**. 4.ed. São Paulo: ABESO, 2016. Cap. 2, pp. 31-50. 22 nov. 2019.
- AGOSTINHO, Manuela. Ecomapa. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 327-30, maio 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v23i3.10366>. Acesso em 28 dez. 2019.
- BARBOSA, Isabelle Arruda et al. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso corporal em adolescentes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 485-492, out. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900068>. Acesso em 28 dez. 2019.
- BARRETO, Ana Cristina Oliveira et al. Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v. 71, n. Suppl 1, pp. 266-73, [Thematic Issue: Work and Management in Nursing]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>. Acesso em 28 dez. 2019.
- BECKER, Renata Machado et al. Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 6, p. 2643-2649, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0799>. Acesso em 28 dez. 2019.
- BLUNDELL, John E et al. Beyond BMI – Phenotyping the obesities. **Obes Facts**, v. 7, pp. 322–328, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000368783>. Acesso em 12 jan 2020.
- BREVIDELLI, Maria Meimei et al. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes de uma escola pública. **Rev. Bras. Promoc. Saúde**, Fortaleza, v, 28, n. 3, 379-386, jul/set, 2015. Disponível em <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3454/pdf>. Acesso em 28 dez. 2019.
- BRAGA, Vanessa Augusta Sousa et al. Nursing interventions with people with obesity in Primary Health Care: an integrative review. **Rev Esc Enferm USP**, v. 51, n. e03293, pp. 1-11, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017019203293>. Acesso em 28 dez. 2019.

BRANCO, Paulo Coelho Castelo. Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico: percursos históricos e metodológicos. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 20, n. 2, p. 189-197, dez. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000200006. Acesso em 28 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em 28 dez. 2019.

CECILIO, Hellen Pollyanna Mantelo et al. Modelo Calgary de avaliação da família: Experiência em um projeto de extensão. **Cogitare Enferm.** v. 19, n. 3, p. 536-44, jul./set., 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.32729>. Acesso em 28 dez. 2019.

DOMINGUES, Jaqueline Gonçalves et al. Doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico no Sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, v. 28, n. 2, pp. e2018298, jun, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200011>. Acesso em 28 dez. 2019.

DUARTE, Marcella Costa Souto. **Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de família de idosos hospitalizados sob cuidados paliativos**. 2015. 142f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2015. Disponível em <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7586/2/arquivototal.pdf>. Acesso em 28 dez. 2019.

GARVEY, W. Timothy et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Comprehensive Clinical Practice Guidelines for Medical Care of Patients With Obesity. **Endocrine Practice**, vol. 22, n. Suppl 3, pp. 1-203, july, 2016. DOI: <https://doi.org/10.4158/EP161365.GL>. Acesso em 12 jan 2020.

KOCH, Vera H. Efeitos renais da obesidade: um desafio para o nefrologista. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 162-165, junho, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2019-0064>. Acesso em 28 dez. 2019.

IPECE. Instituto de Estratégias e Pesquisas do Estado do Ceará. **Estudo revela estimativa da população do Ceará até 2060 e aumento da taxa de idosos e redução na de jovens**. Disponível em <https://www.ipece.ce.gov.br/2019/07/15/estudo-revela-estimativa-da-populacao-do-ceara-ate-2060-e-aumento-da-taxa-de-idosos-e-reducao-na-de-jovens/>. Acesso em 28 dez. 2019.

JENSEN, Michael D et al. 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the management of overweight and obesity in adults. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The

Obesity Society. **Circulation**, v. 129, n. 25 (Suppl 2), S102-S138, jun, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee>. Acesso em 12 jan 2020.

MAKUCH, Débora Maria Vargas; ZAGONELLI, Ivete Palmira Sanson. A integralidade do cuidado no ensino na área da saúde: uma revisão sistemática. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 4, p. 515-524, dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4rb20170031>. Acesso em 28 dez. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MONTEIRO, Gicely Regina Sobral da Silva et al. Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrativa. **Aquichan**, Bogotá, v. 16, n. 4, p. 487-500, out. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.4.7>. Acesso em 28 dez. 2019.

NASCIMENTO, Lucila Nascimento et al. Genograma e ecomapa: contribuição da Enfermagem brasileira. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 1, pp. 211-20, jan/mar., 2014. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00211.pdf. Acesso em 28 dez. 2019.

PERUZZO, Hellen Emília et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20170372, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>. Acesso em 28 dez. 2019.

PINTO, Francisco Ricardo Miranda; SILVA, Carlos Antônio Bruno. **Desvelando a percepção do homem obeso mórbido sobre sua sexualidade**. 2016. 173f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2016.

PINTO, Francisco Ricardo Miranda; RIBEIRO, Danielle d'Ávila Siqueira. **Perfil da prematuridade em adolescentes na macrorregional de saúde de Sobral-CE**. 2017. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA, Sobral-Ceará, 2017.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, June 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Acesso em 28 dez. 2019.

PINTO, Francisco Ricardo Miranda; SILVA, Carlos Antonio Bruno da. Perfil e percepção de homens obesos mórbidos cearenses sobre a vida obesa. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 8, n. 2, pp. 192-205, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.v8i2.2392>. Acesso em 28 dez. 2019.

PIZZAIA, Angela Ferreira de Lima; SANTANA, Adriene. Educação a distância e os “ruídos” na comunicação: as distorções na comunicação entre emissor e receptor.

Anais Eletrônico IX EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar, n. 9, p. 4-8, nov., 2015. Disponível em http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2015/anais/angela_ferreira_de_lima_pizzaia_1.pdf. Acesso em 28 dez. 2019.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César de. **Métodos e Técnicas de Pesquisa e do Trabalho Científico**. 2.ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RODAVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; CECILIO, Hellen Pollyanna Mantelo; MARCON, Sonia Silva. Avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional da família de indivíduos com hipertensão arterial; **Rev Gaúcha Enferm.** v, 34, n. 1, p. 45-54, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100006>. Acesso em 28 dez. 2019.

SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernandez; LUCIO, Maria Pilar Baptista. **Métodos de Pesquisa**. 5.ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, Camila Carvalho et al. Aplicação do Modelo Calgary na Estratégia Saúde da Família. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v. 1, n. 2, p. 98-193, jul./dez., 2015. Disponível em <http://www.redcps.com.br/exportar/19/v1n2a09.pdf>. Acesso em 28 dez. 2019.

SCHENKER, Miriam e Costa, Daniella Harth daAvanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 24, n. 4, pp. 1369-1380, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>. Acesso em 28 dez. 2019.

SILOCCHI, Cassiane; JUNGES, José Roque. Equipes de Atenção Primária: dificuldades no cuidado de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 599-615, Aug. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00056>. Acesso em 28 dez. 2019.

SILVA, Lúcia; BOUSSO, Regina Szylit; GALERA, Sueli Aparecida Frary. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de idosos na prática clínica. Brasília. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 4, p. 530-4, jul./ago., 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400006>. Acesso em 28 dez. 2019.

SOUZA, Renata Olzon Dionysio de et al. Funcionalidade do apoio à família da criança com pneumonia. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, e20180118, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180118>. Acesso em 28 dez. 2019.

TAKEBAYASHI, Renata Balieiro et al. O envelhecimento de famílias com integrantes com deficiência intelectual. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 2, p. 184-190, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0535>. Acesso em 28 dez. 2019.

TEBERIK, Kuddusi et al . Ocular abnormalities in morbid obesity. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 82, n. 1, p. 6-11, Feb. 2019.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0004-2749.20190007>. Acesso em 28 dez. 2019.

WRIGHT, Lorraine M. LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção da família**. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: Planejamento e Métodos**. Trad. Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZILBERSTEIN, Bruno; SANTO, Marco Aurélio; CARVALHO, Marnay Helbo. Análise crítica das técnicas de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. **ABCD, arq. bras. cir. dig.**, São Paulo, v. 32, n. 3, e1450, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-672020190001e1450>. Acesso em 28 dez. 2019.