



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC**

**GORDURA SATURADA: SIGNIFICADOS E “CARGA”
CULTURAL DA OBESIDADE MÓRBIDA
PARA HOMENS NORDESTINOS**

ANDRÉA STOPIGLIA GUEDES BRAIDE

Orientadora: Prof^a Dr^a Marilyn Kay Nations

FORTALEZA-CE
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**GORDURA SATURADA: SIGNIFICADOS E “CARGA”
CULTURAL DA OBESIDADE MÓRBIDA
PARA HOMENS NORDESTINOS**

Por

Andréa Stopiglia Guedes Braide

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marilyn Kay Nations

FORTALEZA-CE

2009

-
- B814g Braide, Andréa Stopiglia Guedes.
Gordura saturada : significados e “carga” cultural da obesidade mórbida para homens nordestinos / Andréa Stopiglia Guedes Braide. - 2009.
78 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2009.
“Orientação: Profa. Dra. Marilyn Kay Nations.”
1. Obesidade mórbida 2. Enfermidades. 3. Gorduras saturadas. I. Título.

CDU 612.397

Esta Dissertação foi submetida a exame como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, outorgado pela Universidade de Fortaleza, e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta Dissertação é permitida, desde que seja feita de acordo com as normas da ética científica.

Andréa Stopiglia Guedes Braide

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Marilyn Kay Nations – Orientadora
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Profª Drª Arlene Michele Katz – 1ª Examinadora
Department of Global Health and Social Medicine (Harvard Medical School)

Prof. Dr. Rosendo Freitas de Amorim – 2ª Examinador
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Profª Drª Marilene Calderaro da Silva Munguba – Suplente
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Dissertação defendida e aprovada em 08/12/2009

“A Fé é a evidência das coisas não vistas e a substância das coisas desejadas”.

(São Paulo, Epístola aos Hebreus)

Dedico este trabalho as minhas filhas Aline e Ana Beatriz, por me ensinarem que o amor é o bem mais precioso da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar coragem para vencer os desafios da vida, sempre iluminando o caminho certo a seguir, fazendo-me acreditar que nada é impossível quando se quer de verdade.

Aos meus pais que sempre sonharam os meus sonhos, ajudando-me, na medida do possível, a realizá-los, nunca deixando faltar incentivo a minha vida.

Ao meu marido Alexandre, que com empenho e dedicação, sempre esteve ao meu lado mesmo nos momentos mais difíceis, me apoiando, sendo cúmplice dos meus sonhos e fiel companheiro na busca por meus ideais profissionais. Obrigada pelo carinho.

As minhas filhas Aline e Bia, que mesmo sentindo minha ausência nos momentos do dia – a – dia foram fortes, amigas, carinhosas e companheiras em todos os momentos, sem hesitar ou reclamar minha correria, mas capazes de proporcionar sempre, momentos de muita alegria. Obrigada pelo amor incondicional.

A minha equipe de trabalho Valéria de Paula, Flávia Custódio e Sabrina Reis, que estiveram sempre disponíveis para ajudar e apoiar com alegria e satisfação, durante todo este período com a incansável dedicação e profissionalismo. Para nós, amizade sempre.

A minha orientadora Marilyn, uma pessoa especial por sua singularidade e inquestionável saber, que me recebeu de braços abertos sem hesitar compartilhar sua experiência, através da humildade, incentivo e muita dedicação. Minha admiração sempre.

Um agradecimento especial a minha parceira inseparável durante os árduos desafios do mestrado, Cristiani Arruda, uma semente de amizade que cresceu pela vontade de compreender a saúde de dentro para fora. Aprendemos juntas que amando o que fazemos, é possível ver o outro lado do cuidar.

A minha amiga-irmã, Christiane Luck, pelo incentivo, conversas, boas gargalhadas, apoio e cumplicidade desde o momento desejado em planejar o mestrado. Sempre disponível e incansável, até nos momentos mais difíceis.

A Márcia Correia, grande amiga e parceira, que tem a tranquilidade, a humildade e o estímulo constante para aprender e ensinar de forma contagiante. Iluminada por Deus.

As minhas colegas de docência, especialmente Júlia Carvalho e Mônica Cordeiro, pelo incentivo e ajuda durante este percurso.

Aos meus pacientes, a cada um especialmente, que sempre compreenderam e valorizaram e dividiram a minha vontade de buscar uma qualificação melhor na vida profissional, torcendo e participando em cada fase desta conquista.

RESUMO

O presente trabalho, intitulado **Gordura Saturada: Significados e “Carga” Cultural da Obesidade Mórbida para Homens Nordestinos**, é um estudo antropológico que desvela a experiência vivida por homens obesos mórbidos em Fortaleza-CE, capital no Nordeste brasileiro. Durante seis meses, em 2009, foram conduzidas entrevistas etnográficas, narrativas da enfermidade e observação-participante com homens submetidos à cirurgia bariátrica em hospital público. Seis “casos ricos em informações” foram analisados pela Interpretação Semântica Contextualizada. Desvelamos que a gordura é “saturada” com significações de sofrimento, vergonha, injustiça social, baixa autoestima, preconceito, discriminação e ansiedade. O sentido da “carga” desses homens exageradamente gordos é construído no mundo moral local, onde o machismo, virilidade sexual, corpos “sarados” e medidas padronizadas são exigidas, mas o poder, privilégio e ascensão social são, paradoxalmente, associados à gordura abdominal em excesso, ao “Rei na Barriga”. Após a cirurgia, os significados ficam guardados na memória corporal, estigmatizando-os. Revela, porém, a possibilidade de flexibilização de atitudes preconceituosas e re-enquadramento social do ex-gordo. Tratamento exige ir além da diminuição do Índice da Massa Corporal ou perímetro abdominal. É preciso remover o sofrimento saturado na gordura e redefinir padrões corporais rígidos e pré-estabelecidos pela sociedade e cultura local.

Palavras-chave: obesidade mórbida, enfermidade, homens.

ABSTRACT

The present work, entitled Saturated Fat: Meanings and "carga" Cultural Morbid Obesity Nordestinos for Men, is an anthropological study that reveals the lived-experience of morbidly obese men in Fortaleza, Ceará, capital city in Northeast Brazil. During six months in 2009, ethnographic interviews, illness narratives and participant-observation were conducted with men who had undergone bariatric surgery in a public hospital. Six information rich cases were analyzed utilizing Contextualized Semantic Interpretation. We reveal that fat is "saturated" with the significance of suffering, shame, social injustice, low self-esteem, prejudice, discrimination and anxiety. The meaning of these exaggeratingly obese men's "burden" is constructed in the local moral world where *machismo*, sexual virility, muscle-toned bodies and standardized measurements are demanded but where, paradoxically, excessive abdominal fat is associated with power, privilege and social mobility--with "A King in the Belly". After surgery, significances are recorded in the body's memory, stigmatizing them. It is revealed, however, the possibility of flexibility of preassumptions and social reframing of ex-obese persons. Treatment requires going beyond reducing the Indice of Body Mass or abdominal perimeter. It is necessary to remove suffering saturated in fat and re-define rigid bodily standards pre-established by society and local culture.

Key words: morbid obesity, illness, mens.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 – PRESSUPOSTOS TEÓRICOS PARA O ESTUDO DE GORDURA SATURADA: SIGNIFICADOS E “CARGA” CULTURAL DA OBESIDADE MÓRBIDA PARA HOMENS NORDESTINOS	22
1.1. Corpo, obesidade e sociedade contemporânea.....	22
1.2. Obesidade mórbida.....	27
1.3. A obesidade na visão biomédica.....	28
1.4. A cirurgia bariátrica.....	31
1.5. Homem: gordo, viril e nordestino.....	34
1.6. A carga do gordo: enfermidade X doença.....	36
2 – ARTIGO 1: REVISTA HEALTH AFFAIRS	37
2.1. O poder da gordura saturada desafia a barriga do rei.....	37
3 – ARTIGO 2: CADERNO DE CIÊNCIAS E SAÚDE COLETIVA.....	45
3.1. Gordura saturada: significados e “carga” cultural da obesidade mórbida para homens nordestinos.....	46
3.2. Percurso metodológico.....	47
3.3. Resultados e discussões.....	48
3.4. Policial Ferrolho: engancha, mas não prende.....	49
3.5. De moço “fofucho” a homem gostoso.....	52
3.6. Ri por fora, chora por dentro.....	
3.7. Ronaldão: “O Rei na Barriga” e na alma.....	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	76
ANEXO A – Cirurgia bariátrica	77
ANEXO B – Obesidade Mórbida	78
ANEXO C – Rei Momo	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO – Associação Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial da Saúde

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

PNS – Programa Nacional de Saúde

SBCBM – CE – Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica

SUS – Sistema Único de Saúde

QV – Qualidade de Vida

INTRODUÇÃO

Os primeiros aportes acerca de aparência física deixam patentes que desde a antiguidade e, em todas as civilizações, existem pessoas que buscam formas de melhorá-las. Assim, segundo Helman (2003), a cultura na qual crescemos nos ensina a perceber e a interpretar as diversas mudanças que ocorrem através do tempo em nossos corpos e no de outras pessoas. A partir daí, temos a oportunidade de ver certas funções do corpo sendo socialmente aceitas e outras sendo moralmente distorcidas.

Dessa forma, quando Barreira (2003) afirma que a discussão sobre a inter-relação indivíduo e sociedade representa um dos problemas clássicos da área social, destaca espaço de conflitos pela luta entre as classes. Neste caso, não os separa das ações sociais que dão significação ao mundo, tornando a realidade diversificada e marcada pelas interpretações simbólicas, que classificam o mundo social.

Importa destacar que, dotadas de significados, à medida que fazem parte de um universo simbólico, as ações são para Bourdieu (2000) parte de escolhas e intenções dos indivíduos.

Nesse sentido, ações sociais e suas reações tendem a conservar ou a transformar a estrutura em nossa sociedade. Para tanto, o corpo é o suporte de uma construção identitária, realizada por estrutura sofrida pela pessoa, com mudanças e alterações da qual o próprio indivíduo, não é inteiramente o sujeito (MONTAGNER, 2007).

Para essa constatação, basta percebermos que trouxe inquietações do cotidiano de profissional fisioterapeuta mecanicista, e tecnicista, onde imperam os princípios do modelo hegemônico na medicina ocidental. Desse modo, os anseios vão além da intenção de estudar o corpo físico, identificar a carga de uma doença como a obesidade. Destarte, a possibilidade de conhecer o homem nordestino que trás consigo uma subjetividade desta enfermidade através de seus sinais, significados e práticas de uma vida que se torna mórbida pela obesidade.

Em vista disto, questionamos, portanto, como é ser homem, sofrer de sobrepeso exagerado e viver socialmente na pobreza do nordeste brasileiro? O que está em jogo, quando carrega, no seu dia-a-dia, o peso muito além do seu limite corporal? Quais os significados saturados na gordura retirada com a cirurgia bariátrica? Como ele — e a sociedade — reage à nova imagem corporal?. Enfim, esse estudo antropológico pretende compreender a obesidade

mórbida no homem cearense desvelando sua “carga” subjetiva no intuito de humanizar o cuidado.

Dessa articulação, enfatiza-se Kleinman (1981), porque provoca discussão e demonstra modelos explicativos divergentes e, entre si diferem na resposta que dão à etiologia, ao tempo e modo do aparecimento de sintomas, à fisiopatologia, ao curso da doença (grau de severidade) e ao tratamento (ALVES, 1993).

Na perspectiva de cuidar do corpo sob a experiência da enfermidade (*illness*), será preciso compreender um mundo de signos e significados complexos embutidos no mundo social local. Assim, ao propor uma pesquisa etnográfica, foram considerados na narrativa do enfermo, ou seja, seus sentimentos, cognições e comportamentos além da descrição dos sintomas que são físicos, e que podem ter influenciado além de desencadear a obesidade mórbida como doença (*disease*).

Nesta perspectiva, destaca-se situações jamais compreendidas se isoladas do contexto macrossocial (ALVES, 1993; NATIONS, VIEIRA e PINTO, 2008).

Cabe assinalar, entretanto, que a dimensão total do ser humano tem abordagens básicas: a biológica, a psicológica, a social e a cultural, inseparáveis e, com seu papel “constitutivo em todos os aspectos da vida social” (COSTA, 1944; HALL, 1997).

Assim sendo, a dimensão biológica pronuncia que existe um corpo físico que sente que vê e que é visto. Por outro lado, a psicológica é a aquela que remete à mente, ao psiquismo, às emoções mais primárias, aos afetos, aos desejos e aos sonhos. Por sua vez, a social é o mundo que nos rodeia, povoado de outros seres, inseridos na natureza ou naquilo em que homens e mulheres a transformaram (HELMAN, 2003).

No que diz respeito à dimensão cultural, a ênfase é dada, pela relação onde, “toda ação social é cultural (ideias, atitudes, línguas, práticas, instituições) e, além disso, todas as práticas sociais (formas, textos, cânones, arquitetura, arte, mercadorias) comunicam um “significado”. Portanto, estão inseridas em todos os aspectos da vida social que ajudam na constituição da autoimagem corporal. (GUARESCHI, 2003:13)

Segundo Canesqui (2007), desenvolver estudos sobre antigas e novas doenças, não devem estar restritas à Saúde Coletiva. Destarte, o adoecer, o psíquico e os sistemas de representação e códigos culturais vigentes em determinadas sociedades e grupos, é pouco explorado. Enfim, defende uma atenção diferenciada para a construção da identidade social e corporal, onde estigmas, suas relações com a cultura e sua interlocução podem estar além do modelo biomédico.

Por outro lado, ao falar de alterações do corpo, Helman (2003) enfoca a obesidade como forma de imagem corporal positiva em algumas culturas e mutilação para outras.

Nesta perspectiva, quando se considera o corpo obeso como resposta mais comum de má nutrição e adoecimento no ocidente, percebe-se grande crescimento na incidência da morbi-mortalidade pela doença (*disease*) obesidade no Brasil, com destaque para as comorbidades associadas que desencadeiam estes óbitos.

Sob este enfoque, algumas lacunas emergem ao relacionar os fatores dos modelos biomédicos aos fatores psicológicos e culturais adicionados na investigação da enfermidade (*illness*) do corpo obeso. Assim, juntos, podem tornar ainda maior a relevância da obesidade como motivo de cuidado e atenção para a saúde pública no nosso país.

Cumpramos observar ainda, que podemos referenciar os estudos de Kleinman (1998), onde na década de 80, na *Harvard University Medical School*, já descrevia com preocupação o diferencial entre experiência da doença (*disease*) e experiência da enfermidade (*illness*) construída culturalmente.

Dessa forma, para então relacionar a situação atual vivida por indivíduos que alcançam o “Peso do Gordo” (indivíduos que tenham o índice de massa corporal – IMC > 40 kg/m²), para indicação do processo cirúrgico como tratamento biomédico da obesidade mórbida, ressalta-se todo o contexto cultural e histórico com extremada atenção.

A relevância para as noções de saúde e doença caracterizada como abordagem de tecnologia biomédica, desperta interrogações no que se trata de mudanças na forma permanente do cuidado e humanização da enfermidade por meio de orientação para uma população (ALVES, 2006).

Cumpramos ressaltar, portanto, que na região Nordeste do Brasil tem se tornado evidente o crescimento assustador da obesidade mórbida e as causas desencadeadoras são atribuídas ao descontrole nutricional devido à pobreza (DATASUS, 2005).

Sob este enfoque, nos despertou a evidência dos esforços vividos pelos indivíduos que se submetem ao procedimento tão agressivo como a cirurgia bariátrica e como parece difícil a relação com a sociedade após a retirada de um “pedaço-parte do corpo”.

De forma geral, premissas teóricas citadas por Alves (1993) estabelecem conceitos-chaves e termos das literaturas sociológicas e antropológicas relacionadas à questão da saúde e da enfermidade possibilitando valorizar a subjetividade, para entender a percepção do homem em relação ao seu corpo.

Com efeito, diríamos ainda mais que, subjacente a essa proposta de análise, o autor acredita nos seus estudos, contribuir parcialmente para um dos mais instigantes movimentos

no seio da antropologia contemporânea, isto é, compreender as dimensões cognitivas e sociais incorporadas nas representações individuais, sensibilizados pela dimensão simbólica da cultura que podem influenciar pelo modelo da etnoenfermidade (KLEINMAN, 1981).

De acordo com a classificação biomédica da doença, no seu modelo hegemônico que é forte e muito persistente na cultura nordestina, os dados recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que a obesidade já atinge 7% da população mundial e o sobrepeso entre 14% a 20%, o que alguns estudiosos no assunto chegam a considerar uma problemática significativa em todo o mundo (FERREIRA e MAGALHÃES, 2005).

Cabe assinalar, entretanto, que como forma de preocupação, a carga global da doença (*Global Burden of disease*), medida que está cercada de esforço científico desde a conferência internacional *Ethical Issues in the Measurement of Health e the global Burden of Disease* em Abril de 2008 em *Harvard, Estados Unidos*, é uma proposta que permitirá um mapeamento dos focos da doença (*doença*) e uma distribuição de recursos com mais equidade.

Nesse sentido, uma doença (*disease*) complexa como obesidade na forma de grande desafio de saúde pública deste século, poderá ser diretamente influenciada por medidas como esta, revelando-se, portanto, uma possibilidade na prevenção e tratamento da enfermidade (*illness*) (NATIONS, VIEIRA e PINTO, 2008).

Apoiados, por outro lado, na contribuição teórica, percebemos que ao tratar da enfermidade (*illness*), enfatiza-se uma estrutura interior do corpo, fala-se de uma imagem que influencia a percepção das pessoas e apresentação das queixas corporais. Assim sendo, as concepções sobre o que está dentro e fora do corpo não são estáticas e o efeito da imagem corporal pode ser vista também através de sinais (signos) e sintomas não-orgânicos (significados), os chamados psicogênicos (KLEINMAN, 1988; HELMAN, 2003).

Nas últimas décadas, diversos novos corpos ou modos de conceituar o corpo humano surgiram no mundo ocidental industrializado. Ora, são resultados de avanços médicos e tecnológicos que falam em nome de prevenção de doenças e qualidade de vida (HELMAN, 2003).

Deste modo, toda essa discussão pode nos conduzir à conclusão de que qualidade de vida (QV) quando usada como conceito é um termo que pode ser utilizado em duas vertentes, ou seja, na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas e, ainda, ou em contexto como esta pesquisa científica, com diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde (SEILDL, ZANNON, 2004).

Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é recente e em parte, aporta-se nos novos paradigmas que influenciam as políticas e as práticas deste setor nas últimas décadas. Assim, os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos, saúde e doença configuram processos contínuos, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida (SEILDL, ZANNON, 2004).

Nesta perspectiva, uma nova clientela surge frente aos olhos da ciência, pois os homens valorizam seus corpos e começam a ser vistos como espaço de vaidade. A partir daí, acredita-se que em meio a tanta influência da cultura física que chama atenção para a beleza, o gênero masculino possa se deixar influenciar por este novo meio de buscar sua virilidade quer seja para enfatizar a vaidade quer seja para o cuidado com a saúde.

Desta forma, o agir envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista. Enfim, a um só tempo, comprometer-se e co-responsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da saúde coletiva, da atenção e da gestão, ratificando-se a indissociabilidade entre esses planos de atuação (BRASIL, 2004).

Diante disso, estamos concordes que abordar a qualidade de vida, persiste no desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas definidas em Ottawa (BRASIL, 1996) e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, que dentre os principais, destacamos, a saber: a integralidade, equidade, participação social, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

Nesta perspectiva, a partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2004b, 2007), o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde.

Assim, a importância dos cuidados básicos com a saúde, deste corpo de forma a prevenir a doença (*disease*), valoriza em grande escala, um cuidado com a população exposta aos desejos de uma sociedade consumista e envolta aos prazeres ocidentalizados (ALMEIDA, LOUREIRO e SANTOS, 2002).

As pesquisas propalam que, nos Estados Unidos, atualmente, dois terços da população tem sobrepeso e 50% desta tem obesidade mórbida. Na América latina, 200 milhões de pessoas tem sobrepeso e 11% são considerados mórbidos (ABESO, 2006; OMS, 2005).

Em primeiro lugar, uma pesquisa dessa natureza poderá contribuir para a análise de um tipo de cuidado, pois o sexo masculino compõe cerca de 44,8% da população obesa do mundo, estatisticamente preocupante para o nosso país, onde tem-se no Brasil um percentual de 34% de obesos mórbidos em fase de limitação laboral e social. Assim, no Nordeste, este percentual fica em 38% e observa-se uma enorme diferença se comparada ao sexo feminino, ao identificar quantidade de procedimentos bariátricos feitos pelo SUS, em minoria na população masculina (IBGE, 2003).

Para os nossos interesses de análise, as pesquisas mostram que em Fortaleza são 44,8% homens e 32,8% de mulheres cadastradas na fila de espera do programa de tratamento com cirurgia para tratamento da obesidade mórbida pelo SUS já agendados para até 2015 (DATASUS, 2005). Enfim, aguardando orientações, não se desprendem da forte influência cultural, que cada vez mais, busca controlar e moralizar o corpo machista do grupo em estudo, dando a falsa ideia a estas pessoas de que a medicalização e a cirurgia bariátrica vão resolver finalmente o problema que o excesso de gordura está causando (VILHENA, NOVAES, 2008).

Cumpramos observar, ainda, que a relação entre o homem e a doença se faz alerta para uma região de pobreza como o Ceará, com estimativa de 40 mil obesos mórbidos, segundo pesquisas de 2009 neste estado, que com escassez de recursos, ainda tem uma característica marcante em sua raiz cultural evidenciando que ser gordo no meio da pobreza é ter saúde e viver bem (NATIONS, 2009; DATASUS, 2005; IBGE, 2003).

Importa questionar, para a nossa investigação, se o que faz o homem cearense obeso submeter-se à cirurgia bariátrica é deixar de ter um corpo obeso mórbido para evitar a doença (*disease*) ou recuperar sua autoestima para voltar a participar das relações afetivo-sociais com prazer.

Assim, de tudo isso, deduz-se que renovando a imagem corporal através das experiências vividas pela enfermidade (*illness*) em sua memória corporal, conseguirá libertá-lo do sofrimento de um estigma emblemático?. Portanto, os modelos e tratamentos podem solucionar essa questão.

Neste sentido, para o modelo biomédico, o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, vincula o sujeito a passar por um processo de preparação, com equipe multidisciplinar e um programa que deve ser seguido na forma de aceitação e

acompanhamento ao longo tempo, inclusive, após o procedimento cirúrgico (SEGAL, 2002; FANDINO, 2002).

Deste modo, o interesse pelo objeto de estudo surgiu de leituras referentes à obesidade, o crescente número de cirurgias bariátricas realizadas nos cinco últimos anos no estado do Ceará e a observação na prática ambulatorial da retomada ao corpo obeso. Destarte, as estatísticas descritas recentemente em artigos entre os anos de 2006/2009 apresentam números consideráveis e relevantes, alertando preocupação com a banalização deste procedimento.

Nesta perspectiva, na tênue e vigorosa relação entre doença (*disease*) / enfermidade (*illness*), as dificuldades de manutenção deste novo corpo pós-cirurgia e a permanente associação com o corpo simbólico, podem ser comprometidos pelas influências culturais? (OLIVEIRA, LINARDI e AZEVEDO, 2004).

Sendo assim, o que acontece a este corpo recheado de um contexto capaz de se transformar, modelar e se colocar no mundo enquanto estrutura característica da sociedade humana moderna?. Assim, dentro do quadro de análise, depois de tanto sacrifício para tratar a obesidade expondo-se ao risco de morte, pode voltar ao seu estado físico anterior ou atingir a magreza exagerada? Quem consegue manter este novo corpo frente à mesma sociedade sem continuar preso à enfermidade? Haverá influência da memória corporal para favorecer ou comprometer os efeitos cirúrgicos?. Dessas indagações, nota-se que as análises podem ostentar o que não parece tão clarividente.

Tal estudo pressupõe identificar o que não está claro nas pesquisas mais recentes, pois percebemos que existem evidências entre o indivíduo obeso que convive e responde aos sintomas e incapacidades deixados pela experiência da doença (*disease*) e que, ainda precisa ser cuidado, mas será julgado pela sociedade que impõe ações (NATIONS, VIEIRA e PINTO, 2008).

Os estudos levantados recentemente sugerem, portanto, que com prevalência do sexo feminino, certos sentimentos, reações e comportamentos começam a surgir após seis meses do procedimento e à integração do indivíduo ao mesmo contexto. Enfim, a lembrança da compulsão pelo comer, culpa e incapacidade pessoal são fatores que também se discute durante a investigação das marcas deixadas após a cirurgia no sexo masculino (VILHENA, NOVAES, 2008).

A partir disso, surge a indagação, ou seja, será que com o corpo físico modificado, os homens cearenses dos dias de hoje, sofrem algum tipo de influência cultural e podem demonstrar evidências de mudança relacionada com a autoimagem corporal refletidas no

cuidado da enfermidade (*illness*)?. Como se vê, somente os resultados da pesquisa, poderão fornecer subsídios a tal questionamento.

Cabe, assinalar, entretanto, que o percurso metodológico trabalhado começou em janeiro de 2009 até outubro de 2009, dividido em momentos diferentes da pesquisa. Tal estudo, iniciou com o retrato do perfil epidemiológico dos homens submetidos à cirurgia bariátrica em Hospital terciário da rede pública do estado credenciado para este procedimento ao SUS em Fortaleza, Ceará, Brasil.

Por esta forma, os dados foram colhidos nos arquivos do programa de cirurgia bariátrica de pacientes que já haviam sido cirurgiados e estavam de alta hospitalar, de acordo com características sócio-demográficas, isto é, procedência, faixa etária, sexo, localização de moradia, nível de escolaridade.

Por outro lado, constatamos que a partir de 2002, onde se deu o limiar da coleta, 221 procedimentos foram realizados, mas apenas 28 deles eram homens. Assim, iniciou-se a pesquisa com este grupo alvo, o homem cearense, para um estudo antropológico aprofundado depois da aprovação do Comitê de Ética (MS- CNS/1996) do hospital referenciado. Por sua vez, a equipe contou com a ajuda de uma psicóloga, que foi convidada a identificar seis “casos ricos em informações” (YIN, 2001) de homens, na faixa etária de 18 anos, o qual estavam inseridos no programa de acompanhamento ambulatorial desde o pré-operatório. Enfim, a visita inicial objetivou estabelecer elos de confiança, explicando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nenhum dos indicados recusou-se a participar.

Por esta definição, é perceptível que o segundo momento deu-se com entrevista etnográfica, conduzida com os informantes-chave, enfocando a narrativa da enfermidade (KLEINMANN, 1988) e observação-participante. Por fim, inspiradas na antropologia interpretativa (GEERTZ, 1977), repleta de auto-reflexão (ITURRA, 1999, BOFF, 2000), procuramos transpor o enfoque biomédico, valorizando as experiências vividas do homem obeso mórbido.

Nesse sentido, um roteiro aberto guiado de perguntas norteadoras (MINAYO, 2000, MINAYO, 1988), explorando o universo cultural, simbólico e cotidiano no contexto do nordeste brasileiro com uso de fotos de revistas masculinas como *Men's Health* e literatura de cordel para estimular as falas narradas. Assim, indagou-se, como sugere Kleinmann (2006, *What really matters*), “*O que realmente importa para esses homens? O que está em jogo para eles?*”. Por esta forma, em momentos oportunos, incentivamos aos informantes narrar livremente sua experiência vivida, com uma pergunta disparadora: “*Como foi ser homem*

gordo pra você”? As narrativas da enfermidade (KLEINMAN,1988) foram suscitadas durante todo o percurso da vida como obeso mórbido.

O objetivo geral deste trabalho é compreender a obesidade mórbida no homem cearense desvelando a inserção da carga subjetiva na experiência da enfermidade com intuito de humanizar o cuidado. Ademais, os objetivos específicos são: a) identificar sinais, significados e experiências morais vividas na condição de obeso mórbido; b) desvelar sinais, significados e experiências morais vividas após cirurgia bariátrica; c) confrontar a construção da enfermidade identificada antes da obesidade mórbida com o modelo hegemônico da biomedicina. Portanto, procedemos à análise de nossa pesquisa tendo em vista as questões teóricas e metodológicas expostas acima.

CAPÍTULO 1 – PRESSUPOSTOS TEÓRICOS PARA O ESTUDO DE GORDURA SATURADA: SIGNIFICADOS E “CARGA” CULTURAL DA OBESIDADE MÓRBIDA PARA HOMENS NORDESTINOS

1.1. Corpo, obesidade e sociedade contemporânea

Segundo São Tomás de Aquino, “o belo era tudo que ao ser contemplado agradava” (MEDEIROS, 2006).

Nesta perspectiva, essa fórmula muito difundida, ainda guia o imaginário contemporâneo. Assim, isto provoca indagações acerca da relação entre obesidade com beleza e, como pode esta relação, associar-se à prevenção das doenças do corpo individual (OLIVEIRA, LINARDI e AZEVEDO, 2004).

Além disso, podemos dizer que em sociedades humanas, podemos também, fazer uma relação direta do alimento com significados simbólicos e, portanto, considerá-lo uma parte essencial do modo como a sociedade se organiza e vê o mundo que habita (ALMEIDA, LOUREIRO e SANTOS, 2002) .

Nos escritos clássicos de Bourdieu (2006), a descrição do corpo surge como o espaço de inscrição da nossa condenação social, onde a determinação de regras familiares e de classe, nossas limitações coletivas, nosso imaginário grupal, constitui o corpo biológico (MONTAGNER, 2007).

A partir disso, médicos antropólogos trazem o atual argumento de que as doenças crônicas que se apropriam do corpo físico são, muitas vezes, respostas sócio-culturais incompreendidas aos profissionais responsáveis pelo acompanhamento clínico (LIRA, NATIONS e CATRIB, 2003).

Le Breton (2006) descreve que o corpo tem viés de influência entre o imaginário e o social e, a sociedade contemporânea, desencadeia o processo de moldar e controlar este corpo através de símbolos naturais.

Nesse sentido, o corpo representado durante séculos como baluarte da integridade, espelho da individualidade, passa, sobretudo, a partir dos finais do século XIX, pela assunção de uma complexidade, de sua divisão, ou seja, sujeito e objeto ou suporte do eu, mas também

do outro. Enfim, a encarnação e também representação, carne e imagem (LE BRETON, 2003).

De tudo isso, deduz-se que para os membros de todas as sociedades, o corpo humano é mais do que simplesmente um organismo físico que oscila entre a saúde e a doença. Assim sendo, é também, foco de um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e função (HELMAN, 2003). Enfim, não é mais apenas, a determinação de uma identidade intangível, mas uma construção, um objeto transitório e manipulável suscetível de muitos aparelhamentos valorizados em nossas sociedades modernas, a manipulação simbólica amplia-se de maneira significativa (LE BRETON, 2006).

Com efeito, diríamos ainda mais, com base em Le Breton (2003), que é relevante enfatizar que o ser humano tem simbolicamente dois corpos, um corpo individual (físico e psicológico) adquirido ao nascer, e um corpo social necessário para se viver em uma determinada sociedade ou grupo cultural. Destarte, o corpo social é a essência da imagem corporal e fornece a cada pessoa, a possibilidade de perceber e interpretar experiências físicas e psicológicas.

Apoiados, por outro lado, na contribuição teórica de Martins (2003), o estudo do corpo biológico passou a ser uma preocupação quando se começou a compreender o homem como uma integração entre o funcional e o sensorial, percebendo então, que a relação corpo/mente não mais pode ser compreendida separadamente.

Por esta forma, ressalta-se que o corpo individual sofre influências do meio sócio-político-cultural, onde seu comportamento será refletido na saúde e na doença.

A esse respeito, cumpre observar que em trabalho sobre as técnicas do corpo desenvolvido por Mauss (1936), o corpo já é destacado como primeiro e mais natural instrumento do homem.

No entanto, o sentir corporal acaba por ser enfatizado na atualidade quando Martins (2003) reafirma a relação corpo-alma como pivô da singularidade do corpo e influência da sociedade pela cultura predominante.

Segundo Mauss (1936), alguns povos possuem cultura específica, onde alterações do corpo físico consideradas por ocidentais como mutilação, isto é, a engorda artificial. Destarte, para alguns povos, um corpo gordo e lustroso, é descrito como atributo e forma de saúde, fertilidade e riqueza. Enfim, entre estes povos, nem a gordura, nem a obesidade são vistas

como fatores que contribuem para distúrbios psicológicos e passaporte para morte, contrariamente, ao que isto para nossa cultura representa.

Por outro lado, a evidência dos dados, deixam patentes que estando, assim, enraizadas em todos os aspectos da vida social, faz-se necessário valorizar os cuidados assistenciais na busca de novas perspectivas para abordar e humanizar o cuidado do fenômeno doença (*disease*) e, deste modo, destaca-se a antropologia com base na teoria de Kleinmann (1988), que atualmente rebusca conceitos diferentes valorizando o fenômeno experienciado pelo doente e sua enfermidade (*illness*) (ALVES, 1993).

A antropologia, simultaneamente, oferece um relativismo cultural, permitindo e considerando o meio em que a cultura molda e é moldada pelas atividades e empreendimentos das pessoas, desde as mais íntimas questões corporais até o mais global sistema econômico (MAUSS, 2003).

Há, além disso, de se ressaltar, portanto, que o corpo individual sofre influências do meio sócio-político-cultural, onde seu comportamento será refletido na saúde e na doença (LE BRETON, 2006).

Assim, sendo a obesidade uma doença (*disease*) do metabolismo que tem uma origem genética, multifatorial e representa uma tendência a engordar, muito do desenvolvimento desta tendência depende e é dependente dos hábitos dos indivíduos constituindo a construção da enfermidade (*illness*). Enfim, se a pessoa possui o hábito de comer descontrolado, ingere muitas calorias e tem vida sedentária, fica muito mais propenso a desenvolver a obesidade excessiva chamada de obesidade mórbida (MANCINI, 2001).

Cabe assinalar, entretanto, que com isso, estará mais susceptível às co-morbidades como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, doenças cerebrovasculares, coronariopatias, apnéia do sono, doenças articulares, entre outras, além do aspecto psicossocial, pois com referência no modelo puramente biomédico, assim, este corpo adoece (HALPERN e MANCINI, 2002; MARCHESINI, 2004).

Kede e Sabatovich (2004) reforçam sobre esta realidade, onde a obesidade pode comprometer, através da imagem corporal, a autoestima, fator fundamental para uma boa qualidade de vida.

Nesta perspectiva, a qualidade de vida (QV) acontecerá com promoção da saúde que ao apresentar-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, faça dialogar as diversas áreas do setor da saúde, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo

redes de compromisso e responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos participem da proteção e do cuidado com a vida (BRASIL, PNS, 2006).

Vê-se, portanto, que qualidade de vida realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem (BRASIL, 2006).

Segundo Nations (2007) que investiga ainda a influência do estigma e sua relação com a doença, existem indicativos de uma relação direta com a experiência moral do sujeito e agregação de valores à patologia, o que pode influenciar certamente a qualidade de vida no contexto social com a carga de ser gordo.

Segundo Marchesini (2004), deve-se enfatizar a relação desses comportamentos indesejáveis e prejudiciais, danosos ao corpo, com o próprio inconsciente da pessoa, buscando causas profundas e significados para o ato de comer, para a emoção que acompanha a comida e a história do indivíduo que padece da obesidade, seus sofrimentos e ganhos e ainda, sua relação com a sociedade.

Na intenção transformada em forma de cuidar, a antropologia médica observa a experientiação dos profissionais da equipe multidisciplinar que acompanham a saúde e defendem conceitos como *illness*, onde a experiência do sujeito-doença é expressa através da subjetividade, doença-sociedade, *sickness*, que vai designar os comportamentos socioculturais conectados a doença e a doença-objeto, *disease*, apreendida no modelo biomédico (ALVES, 2006).

Assim sendo, as mais modernas equipes de trabalho com indivíduos portadores de obesidade excessiva trazem como peculiaridade do tratamento a história individual de cada um e onde a comida se encaixa no decorrer de sua vida. Deste modo, são mostradas as evidências de que o sujeito tem sempre a necessidade de manter-se cheio, completo, e isto pode vir a ter muitos significados (OLIVEIRA, LINARDI e AZEVEDO, 2004).

No mundo ocidental contemporâneo, a obesidade é encarada como grande problema de saúde pública, pois traz consigo um estigma social. Assim, Helman (2003) diz que em algumas situações da modernidade, a obesidade é favorecida pela gula, preguiça e falta de autocontrole, como comer em excesso e exercitar-se pouco. Enfim, essa profunda característica de um problema social complexo despertou interesse pelo tema.

Em certa medida, observa-se aqui, a importância das experiências vividas pela enfermidade (*illness*) de ser obeso mórbido, inerentes à maturidade, visto que a obesidade é percebida em nossa cultura como algo incompatível com a saúde, trazendo motivação na sua

grande maioria de tentar modificar sua imagem corporal manipulada, por um padrão muito mais voltado à estética do que à qualidade de vida (SEVALHO, 1993).

Todavia, como o pensamento é sempre ligado às ações, signos e significados, onde é possível observarmos o corpo como resposta de um universo simbólico acumulado ao longo das influências sociais, este trás consigo uma memória corporal (JOVCHELOVITCH, 2000).

Conforme Le Breton (2003), o homem contemporâneo é convidado a construir o corpo, conservar a forma, modelar a aparência, ocultar envelhecimento ou fragilidade, manter sua saúde potencial.

Sabemos, a propósito disso, que o discurso das sociedades contemporâneas diz que é por seu corpo que você é julgado e classificado. Isto pode estimular um questionamento presumindo que, o homem obeso vai acumulando este peso ao longo de sua história social propositalmente e que precisa esconder algo, porque este corpo não pode ser mostrado, ou não pode ser visto (LE BRETON, 2006).

Nesse sentido, o corpo tornou-se uma representação provisória, um lugar de encenação de “efeitos especiais”. Enfim, tornou-se a prótese de um “eu” eternamente em busca de uma encarnação temporária para garantir um vestígio significativo de si, constituindo um somatório de poderes (Le BRETON, 2006).

Com efeito, buscando sua especificidade, a Saúde Coletiva propõe, desde seu início, a compreensão da integralidade do indivíduo e, portanto, do sujeito/ator social (CANESQUI, 2007).

Outras vezes, ao reconhecer a etnoenfermidade, as pesquisas mais recentes em ciências sociais (na sociologia, antropologia e psicologia), apontam a possibilidade de reconhecimento subjetivo da enfermidade (*illness*), reconhecido pela população e não mais pelo modelo biomédico (ALVES, 2006).

Por outro lado, basta perceber que como um grande problema de saúde física que é social também, a obesidade deve ser encarada como um complexo que une as relações do indivíduo e a coletividade como um todo, e deve ser compreendida em sua globalidade (BUKLANDY, BODSTEIN, 1998).

É preciso dizer, além disso, que como modelo biomédico, a obesidade determinada doença (*disease*), que se caracteriza por acúmulo excessivo de gordura corporal total e seus diferentes graus, podem ser definidos na prática clínica com base no índice de massa corporal (IMC), onde os resultados para este podem ser igual ou maior que 30 kg/m² (COUTINHO, 1999).

Destarte, dividida em três níveis, a obesidade tem: grau I com IMC entre 30 e 34,9 kg/m², grau II com IMC entre 35 e 39,9 Kg/m² e grau III ou obesidade mórbida, com IMC acima de 40kg/m². No entanto, já os indivíduos com IMC < 18,5 Kg/m², têm baixo peso e risco aumentado de doenças (SEGAL e FANDIÑO, 2002; CENEVIVA *et al*, 2006).

Diante disso, cabe refletir que alguns autores denominam super obesos, os indivíduos com IMC de 55 kg/m², devido às dificuldades particulares do manejo pessoal e à extensa gama de complicações clínicas que incidem nesses pacientes (HALPERN e MANCINI, 2002).

Ora, esse índice universalmente utilizado para a classificação da obesidade, foi proposto por QUÉTÉLET (1835) e é expresso pelo peso em quilogramas do indivíduo dividido pelo quadrado da altura em metros. Assim, mostra-se como inconveniente por não distinguir massa gorda de massa magra. Porém, sua adoção em 1997, foi estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como índice de referência de medida para a obesidade do modelo biomédico.

Em vista disso, a faixa de peso de IMC considerada normal varia entre 19 a 24,9Kg/m² (OLIVEIRA, LINARD e AZEVEDO, 2004) e a obesidade decorrente de doenças endócrinas deve ser tratada clinicamente.

É, pois, em razão disso, que a Organização Mundial de Saúde (OMS), atualmente relata preocupação evidente ao expor que 7% da população mundial é obesa. Dessa maneira, no Brasil tem mais de um milhão de obesos mórbidos que precisam de tratamento e suporte (IBGE 2003).

Portanto, um fato bastante particular nas estatísticas constatadas, apontam que no Ceará, já em 2008, a população obesos mórbidos, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM-CE) é estimada em 40 mil obesos mórbidos.

1.2. Obesidade mórbida

A obesidade mórbida é o grau mais avançado para classificação de obesidade, considerada uma doença epidêmica na América do Norte e em vários países do mundo, destacando-se como problema preocupante para saúde pública do país devido ao seu crescente aumento e as graves consequências que pode acarretar. Deste modo, é caracterizada por ser multifatorial, de origem genética e metabólica, agravada pela exposição de fatores demográficos (sexo, idade, raça) e ao sedentarismo (PUGLIA, 2004). Além disso, ressaltam-

se, também, fatores comportamentais, psicológicos, sociais e endócrinos (ALMEIDA, LOUREIRO e SANTOS, 2002).

A obesidade mórbida deve ser encarada como ameaça a vida, com redução da qualidade de vida e autoestima, estando relacionada a um maior risco de doenças e maior propensão a problemas econômicos, sociais e psíquicos, ou seja, diminuição da expectativa de vida tornando-se imperativo um tratamento eficaz para essa doença (FARIA *et al.*, 2002).

A esta condição requer abordagem eficiente para promover uma redução de peso. Enfim, esses pacientes são fortes candidatos à cirurgia bariátrica (BJORNTORP, 2003).

Por outro lado, como no Brasil observa-se crescimento maior que 90% da população obesa nos últimos 30 anos (FARIA *et al.*, 2002), aproximadamente 32% da população adulta brasileira apresentam algum grau de sobrepeso (IMC > 25 kg/m²), sendo que, destes, 8% apresentam obesidade (IMC > 30 kg/m²).

Nos últimos 15 anos, houve um grande aumento da população de indivíduos obesos no Brasil, sendo este mais significativo entre os homens (BENÍCIO *et al.*, 2004).

Nesta linha de pesquisa, de dados, percebemos que determinado por conceito generalizado, o excesso de tecido adiposo dá-se por uma ingestão calórica que ultrapassa o gasto calórico. Nestas circunstâncias, seria suposto, que na fisiopatologia da obesidade dois fatores apenas deveriam ser considerados, a saber: a ingestão e a queima calórica. Assim, sabe-se que, no entanto, que outros fatores intervêm na gênese da obesidade (GARRIDO Jr., 2002).

1.3. A obesidade na visão biomédica

A obesidade é uma doença crônica causada por um saldo positivo no balanço energético, em que a ingestão supera o gasto calórico e, conseqüentemente, ocorre um acúmulo de gordura no tecido subcutâneo (GUIRRO e GUIRRO, 2002). Assim, o grau excessivo de gordura, sua distribuição e associação com conseqüências para a saúde variam, consideravelmente, entre os indivíduos obesos.

No que tange à cura, identificá-la para uma condição de observação e tratamento, pode ser uma prática de promoção de saúde uma vez que os portadores apresentam risco aumentado de morbidade e mortalidade (HELMAN, 2003).

Nas diversas etapas do seu desenvolvimento, o organismo humano é o resultado de diferentes interações entre o seu patrimônio genético os ambientes socioeconômicos, culturais

e educativos e o seu ambiente individual e familiar. Assim, uma determinada pessoa apresenta diversas características peculiares que a distinguem, especialmente em sua saúde e nutrição (CZEPIELEWSKI, 2001).

A obesidade é o resultado de diversas dessas interações, nas quais chamam a atenção os aspectos genéticos, ambientais e comportamentais (BENÍCIO, 2006).

Dessa forma, podemos constatar que filhos com ambos os pais obesos apresentam alto risco de obesidade, bem como determinadas mudanças sociais, estimulam o aumento de peso em todo um grupo de pessoas (BENÍCIO, 2006).

Por outro lado, recentemente, vem se acrescentando uma série de conhecimentos científicos referentes aos diversos mecanismos pelos quais se ganha peso, demonstrando cada vez mais que essa situação se associa na maioria das vezes, com diversos fatores (CZEPIELEWSKI, 2001).

A fisiopatologia da obesidade não está ainda totalmente esclarecida cientificamente. Segundo Garrido Jr. (2002), acredita-se hoje que as principais razões para um indivíduo se tornar obeso sejam: comer mais (particularmente gordura, queimar menos calorias, fazer gorduras mais facilmente e oxidar menos gorduras.

A diferença entre a normalidade e a obesidade é arbitrária, mas um indivíduo é considerado obeso quando a quantidade de tecido adiposo aumenta em uma extensão tal que a saúde física e psicológica são afetadas e a expectativa de vida é reduzida (MANCINI, 2001).

Diz-se, um indivíduo ser obeso, quando no caso do sexo masculino, ele apresentar mais do que 20% de gordura na composição corporal e no sexo feminino mais do que 30% (SEGAL e FANDIÑO, 2002).

Segundo Rodrigues (2007), a obesidade quanto a morbimortalidade está associada às mais graves e mórbidas situações clínicas que contribuem para redução da qualidade e da expectativa de vida, são patologias como: diabetes melito II; hipertensão arterial; apnéia do sono; dislipidemias; síndrome da hipoventilação da obesidade; doença coronária; insuficiência vascular; doenças articulares degenerativas; refluxo gastresofágico; esofagite de refluxo; cálculos biliares; incontinência urinaria; depressão; neoplasias.

A morbidade e mortalidade relacionadas à obesidade aumentam de forma alarmante a partir do IMC $30\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$. Destarte, o risco de morte prematura duplica em indivíduos com IMC $> 35\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$. Diante disso, morte súbita inexplicada é 13 vezes mais frequente em mulheres obesas com IMC $> 40\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$ quando comparadas a mulheres de peso normal. Nessa faixa de peso, o risco de morte por diabetes, doenças cardiorrespiratórias e cérebro-vascular, formas de

neoplasia e, outras doenças, é significativamente maior. Portanto, para qualquer grau determinado de obesidade, o risco dos homens é maior que o das mulheres (MANCINI, 2001).

Os dados apresentados sugerem que os fatores epidemiológicos e epidemiológicos da obesidade de acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 (POF), apresenta um total de 40% da população adulta do Brasil com excesso de peso, o IMC é igual ou superior a 25.

Deste modo, esta pesquisa também revelou que o problema se agrava com a idade. No entanto, os homens tendem a ganhar peso de forma mais rápida e as mulheres de forma mais lenta e em um espaço maior de tempo. A faixa etária que vai dos 20 aos 44 anos concentra o maior número de homens com excesso de peso, e as mulheres predominam nas faixas posteriores (IBGE, 2002-2003).

A frequência da obesidade pode variar de acordo com o sexo, faixa etária, raça e condições sócio-econômicas. No Brasil, houve um crescimento da população de obesos em cerca de noventa por cento (90%) nos últimos trinta anos. Assim, estima-se que 26,5% das mulheres e 22% dos homens tenham excesso de peso, 11,2% das mulheres e 4,7% dos homens possuem obesidade leve e moderada e que 0,5% das mulheres e 0,1% dos homens apresentam obesidade severa ou grau três (COUTINHO, 1999).

Nesta perspectiva, ao preocupar-se com as medidas da carga global das doenças (*global burden of disease*) em escala mundial, a OMS estabelece uma avaliação quantitativa, mas aguça interrogações para o desenvolvimento da etnoenfermidade e como poderá ser controlada de forma humanizada (NATIONS, PINTO, 2008).

Cumprir observar, ainda, que como até a pouco tempo, acreditava-se que a principal causa da obesidade fosse o excesso de alimentação, porém, se esta fosse a única causa, esse problema seria facilmente resolvido realizando-se dietas. No entanto, nem todas as pessoas conseguem bons resultados com este tratamento (GUIRRO e GUIRRO, 2002).

Através de pesquisas científicas atuais, concluiu-se que a obesidade possui etiologia multifatorial. Além do saldo energético positivo, observamos fatores genéticos, erros no metabolismo, traumas emocionais, desequilíbrios hormonais, fatores ambientais e culturais que demonstram estar direta ou indiretamente ligados com o desenvolvimento da obesidade (WILLMORE e COSTILL, 2002).

Nesta direção, o diagnóstico da doença obesidade se faz primordial para se eleger a realização de procedimento de acordo com os diagnósticos quantitativos e qualitativos. Assim, quanto ao diagnóstico classificado como quantitativo, a forma mais amplamente

recomendada para avaliação do peso corporal em adultos é o IMC (índice de massa corporal), recomendado inclusive pela OMS. (CZEPIELEWSKI, 2001).

Ainda sobre diagnóstico, Halpern e Mancini (2002), também referem o diagnóstico qualitativo onde se avalia de forma criteriosa o ritmo de vida, a relação do indivíduo com o meio social e as influências diretas junto à cultura da sociedade.

Importa destacar, para a nossa compreensão, que como o tratamento biomédico da obesidade precisa de uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, este tratamento envolve vários tipos de abordagens. A orientação dietética, a programação de atividade física e o uso de fármacos antiobesidade são os pilares principais do tratamento. Entretanto, o tratamento no modelo convencional para a obesidade grau III, continua produzindo resultados insatisfatórios, com 95% dos pacientes recuperando seu peso inicial em até 2 anos (SEGAL, FANDIÑO, 2002).

Em outras palavras, devido à necessidade de uma intervenção mais eficaz na condução clínica de obesos graves, a indicação das operações bariátricas vem crescendo nos dias atuais (SEGAL, FANDIÑO, 2002).

Acreditamos que este tipo de tratamento da doença (*disease*) obesidade, objetiva a melhora da saúde e dá qualidade de vida, mediante redução do peso corporal, suficiente para curar ou melhorar as co-morbidades e promover o bem-estar psicológico (CENEVIVA *et al.*; 2006).

É preciso dizer, todavia, que partiu-se do pressuposto, onde a ideologia da vergonha de ter um corpo deformado pela gordura e o sentimento de incapacidade como mantenedor da ideologia defensiva desta carga, por sua vez, favorecem a exclusão social. Enfim, o corpo acaba em uma situação desfigurada, onde usar o corpo desfigurado causa estranheza pela imagem que apresenta.

Segundo Laurell (1982), um dos pontos relevantes que vem sendo colocado em pauta é o mito que certas enfermidades (*illness*) carregam ao longo de sua experiência, que pode ser mais desgastante e devastador que a própria doença.

1.4. A cirurgia bariátrica

No que tange, ainda, à compreensão cirúrgica bariátrica, é preciso assinalar quais são sinônimos para cirurgia bariátrica: a cirurgia para redução do estômago, gastroplastia, cirurgia

da obesidade, cirurgia do obeso, cirurgia para emagrecer, cirurgia para redução de peso, operação do estômago, cirurgia metabólica ou cirurgia plástica do estômago.

Rodrigues (2007) descreve que os procedimentos cirúrgicos para o tratamento da obesidade vêm se destacando, cada vez mais, na população de todo o mundo. Porém, deve-se utilizá-los quando todas as outras formas de tratamento se mostraram ineficazes ou frustrantes, seguindo os critérios e as orientações adequadas para obtermos bons resultados.

Os índices de complicações relacionadas a esses procedimentos não são desprezíveis, pois representam de 7 a 10 % de complicações gerais e 0,5 a 1% de mortalidade. Assim, análise realizada pela equipe durante o período pré e pós-operatórios deve ser efetiva e interdisciplinar e nunca dispensada (RODRIGUES, 2007).

Nesse sentido, a ânsia de dormir gordo e acordar magro, torna tal conduta extremamente visada pela população obesa (ZILBERSTEIN, GALVÃO NETO, RAMOS, 2002).

Contudo, esta cirurgia tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade e sua indicação vem crescendo nos últimos anos baseando-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos do paciente (FANDIÑO *et al.*, 2004).

Dentro desta perspectiva, é importante para tanto, que sejam obedecidos critérios para indicação do tratamento cirúrgico, e esta opção de tratamento deve ser oferecida a pacientes obesos mórbidos que sejam bem informados, motivados e que aceitem os riscos da cirurgia (RODRIGUES, 2007).

Importa destacar, ainda, que as indicações para o tratamento operatório da obesidade, de acordo com as normas da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica, são as seguintes: Portadores de obesidade mórbida com IMC maior ou igual a 40 Kg/m² registrado durante pelo menos dois anos, e que tenham apresentado insucesso em tratamentos conservadores realizados continuamente, de maneira séria e correta, também pelo período mínimo de dois anos e, também, pacientes com IMC entre 35 e 39,9 Kg/m², portadores de doenças crônicas desencadeadas ou agravadas pela obesidade (PUGLIA, 2004).

Diante disso, existem alguns critérios para contra-indicação do tratamento cirúrgico. Tais critérios são contra-indicações absolutas para tratamento cirúrgico, tais como: as dependências químicas, falta de colaboração por parte do paciente e algumas doenças psiquiátricas (esquizofrenia, desordens psiquiátricas limítrofes e depressão não controlada).

Cumprе ressaltar que pacientes com síndrome de obesidade terminal (diabetes grave + hipertensão não controlada + hiperlipidemia) devido a sua delicada condição de saúde

devem ser internados no pré-operatório para tratamento das complicações, de modo a diminuir o risco cirúrgico (ZILBERSTEIN, GALVÃO NETO e RAMOS, 2002). Além disso, como todo procedimento invasivo, algumas desvantagens do procedimento cirúrgico se faz destacar, pois esta cirurgia apresenta desvantagens que devem ser consideradas tais como, vômito e regurgitação no período de adaptação, comprometimento da absorção de ferro, cálcio, vitaminas, presença de diarreia e fezes com péssimo odor e possibilidade de complicações tardias, como anemia, osteoporose, úlcera, desnutrição protéica, fístulas, hérnias incisionais e queda de cabelo. E, por conseguinte, nesse quadro, deve ser observado que toda cirurgia de grande porte, torna o paciente suscetível à infecção cirúrgica e hospitalar, embolia pulmonar, trombose e a parada cardiorespiratória (ZILBERSTEIN, GALVÃO NETO e RAMOS, 2002).

Por fim, o controle da obesidade através do procedimento cirúrgico é feito por um mecanismo de restrição e/ ou má-absorção dos alimentos ingeridos. Deste modo, segundo o Consenso Latino Americano de Obesidade são reconhecidas três técnicas cirúrgicas, isto é, a gastroplastia vertical com bandagem (GVB), a lap band e a gastroplastia com derivação gastrojejunal (SEGAL, FANDIÑO, 2002).

Sendo assim, as técnicas cirúrgicas utilizadas, atualmente, para o tratamento da obesidade mórbida são de três tipos: restritivas, disabsortivas e mistas (CENEVIVA *et al.*, 2006).

Por outro lado, com enfoque nos aspectos teóricos do contexto obesidade mórbida, percebe-se a relação intrínseca com o corpo social e toda sua representação social desencadeada pelo sujeito que sofre a ruptura de sua própria história no momento da opção pela cirurgia bariátrica (LE BRETON, 2003).

Em artigo recente, Montagner (2007) comenta que “o corpo é o espaço de inscrição da nossa condenação social – inscrição das regras familiares e de classe, nossas limitações coletivas, nosso imaginário grupal - no corpo biológico”,

De acordo com Bourdieu (1994), encontra-se aqui, espaço para ressaltar o corpo enquanto *habitus*, sendo a educação familiar um conjunto de esquemas implantados e consequentemente repostos e re-atualizados ao longo do tempo da trajetória social.

Diante disso, tanto para Bourdieu (2006), como para Mauss (1936), usar o corpo como mediador prático entre o simbólico e o social explicaria muito de sua memória corporal ao longo de seu processo representativo de vida.

Assim, a carga deixada pela obesidade é estigmatizada, embora não seja considerada uma doença. Enfim, Kleinman (1988) acrescenta que "Estigma se refere às marcas que publicamente desgraçam uma pessoa".

Nesse sentido, a deformidade desfigurante, assim como as ações bizarras decorrentes de uma doença mental são estigmatizantes porque quebram as convenções culturais sobre o que é aceitável em termos de aparência e de comportamento e, ainda, evocam outras categorias culturais, a saber, o abominável, o feio, o alienígena ou o inumano. (KLEINMAN, 1998).

A velocidade em que o modelo biomédico se utiliza a tecnologia e a modernidade para tratar a doença (disease), não está necessariamente, resolvendo o problema da enfermidade (*illness*) a ser cuidada (ALVES, 1993).

1.5. Homem: gordo, viril e nordestino

O corpo tem um valor de capital, valor de troca e como um bem, determina um status (VILHENA, NOVAES, 2008). Destarte, este status vai carregar as insígnias que o corpo carrega consigo e os signos ancorados em uma forma corpulenta, valorizam alguém que vive numa região de pobreza e fome estimulando a comilança como algo positivo. Enfim, no homem esta gordura vincula-se ao poder, força e potência.

Surge, portanto, o tamanho da barriga que vai aumentando, crescendo com o recheio gorduroso dando aparência de um verdadeiro rei (SUDO, LUZ, 2007; VIGARELLO, 2008). E, ao longo dos tempos, as limitações começam a dar sinal de que nem tudo neste comer é prazer (VILHENA, NOVAES, 2008). Enfim, uma cultura como a nordestina, que classifica, hierarquiza e julga a partir da forma física, preocupa o ser gordo.

Nesta perspectiva, não se pode afirmar que é da falta de investimento do indivíduo sobre si, pois não se pode fazer pesar sobre estes a responsabilidade por sua aparência física, até porque para a estudada sociedade, enraizada no machismo, prega que os "homens de verdade" não devem demonstrar preocupação com a aparência (STHEFAN, NOGUEIRA, 2006).

Cabe assinalar, entretanto, que a doença por excesso de gordura instala-se após uma longa caminhada de limitações aos desejos e pedidos do corpo em movimento e, assim, estes homens que frente a necessidade de prover e cuidar, fica restrito ao que consegue executar (SUDO e LUZ, 2007).

Importa destacar, que depois de libertar-se finalmente do peso corporal com a cirurgia, o homem nordestino emagrece em peso corporal, mas as marcas de uma gordura saturada de significados ficam expostas nas pelancas flácidas (SUDO e LUZ, 2007). Assim, são tomados como símbolos de um tratamento interminado pela biomedicina, que acaba estimulando indiretamente traumas morais após a nova forma frente ao espelho. Por fim, aquele homem visto como “rei” poderoso por seu tamanho, o homem gordo e barrigudo é visto como “*bom vivan*”, e pode depois de tanto sacrifício, ser questionado como indisciplinado, desleixado e preguiçoso (LIMA, 2008).

A esse respeito, quando Bourdier (1936) afirma que a dominação masculina constitui em ter as mulheres como objetos simbólicos, tem por efeito colocá-las em permanente estado de insegurança corporal. No entanto, quando estes homens se deparam com a condição de limitação mórbida, a estrutura impõe suas pressões aos dois termos da relação de dominação.

Ademais, embora aparentemente grandes e fortes, precisam da ajuda física para as atividades mais simples do dia - a - dia e, na grande maioria das vezes, é de uma mulher no papel de esposa ou mãe. Assim, fica fragilizado, portanto, aos próprios padrões de dominância impostos pela cultura social. Enfim, a “ideia infantil de homem” com a preocupação da altura, força física, potência, poder e virilidade ficam cobertas pelas peles que encobrem a genitália sem nem mesmo permitir que ele próprio se reconheça como homem macho (GOMES, 2008).

A partir daí, este homem quando mórbido fica limitado e após a cirurgia pretende reencontrar-se com suas antigas características, mas depara-se com uma fragilidade frente a novos imperativos sociais, que impõem novas exigências e obrigações, inclusive, sexuais (LIMA, 2008). Assim sendo, para a autora, o ideal viril custa muito caro para os homens, que fazem esforços enormes para se adequarem a um modelo masculino que supervaloriza o tamanho do pênis. Ademais, outrora sem conseguir vê-lo e, em seguida, tendo um avental cobrindo-o, sensações que podem provocar além da obsessão por um desempenho sexual, podem causar angústia, depressão, ansiedade, *stress*, dificuldades afetivas, medo do fracasso e comportamentos compensatórios potencialmente perigosos e destruidores (GOMES, 2008).

Além disso, pode-se ressaltar que os homens procuram médicos e psicólogos com muito menos frequência e facilidade do que as mulheres, mantendo em segredo, como um estigma a ser escondido (Goffman, 1975), suas doenças e preocupações (LIMA, 2008). Enfim, o homem gordo tem plena masculinidade. No entanto, sua virilidade está em cheque. (GOMES, 2008).

1.6. A carga do gordo: enfermidade X doença

Pesquisadores como Good (1992), Kleinman (1988) e Nations (1992), da Universidade de Harvard - Escola de Medicina, desde 1980, argumentam que a saúde e a doença, são culturalmente elaboradas, interpretadas e vivenciadas, requerendo, assim, investigações antropológicas para compreender os seus significados e impacto no cuidado clínico.

Cabe assinalar, entretanto, que com embasamento nas revisões bibliográficas estudadas, pôde-se problematizar este tema no momento em que Nations (2007) descreve que as principais preocupações nos estudos sócio-antropológicos atuais sobre saúde, referem-se às pesquisas relacionadas à “experiência da enfermidade”.

Nesse sentido, encontramos nestes estudos, ideias que delimitam a proposta da pesquisa. Além disso, representa outra vertente dos estudos de saúde/ doença e podem ter importantes contribuições etnográficas ao assunto. Enfim, podem ainda, contribuir junto com as perspectivas "estruturalistas", para uma nova perspectiva no cuidado investigativo, desde os mais antigos no campo de interpretação desses fenômenos, como o reflexo das condições de "dominação política" e "exploração econômica" (NATIONS, 2007).

Para Kleinman (1988), um psiquiatra e antropólogo, em seu livro *Patients and Healers in the Context of Culture*, defende a seguir, a estrutura teórica que estuda a relação entre medicina, psiquiatria e cultura. Assim, considera que a experiência da enfermidade (*illness*), envolve um processo de atenção, percepção, resposta afetiva direta, cognitiva e atribuição de valor à manifestação da doença e resulta de comunicação e interação interpessoal no contexto da família e de uma rede de trocas de informações.

O processo de doença (*disease*) afeta um único indivíduo, mas a experiência da doença ou enfermidade (*illness*), muito frequentemente, afetará todos os outros que convivem com essa pessoa como, por exemplo, sua família, seus amigos, seus colegas de trabalho.

A doença (*disease*) tem características que são independentes do ambiente, apresenta uma evolução típica, já a experiência da doença ou enfermidade (*illness*) tem que ser compreendida em um contexto específico de normas e significados simbólicos e de interação social.

2. ARTIGO 1 – REVISTA HEALTH AFFAIRS

2.1. O poder da gordura saturada desafia a barriga do rei

Em meio a folia de um carnaval de rua a 140 km de Fortaleza, eis que surge a proposta vinda de uma colega para entrar no programa que trata da obesidade em hospital da capital. Naquele momento, o que parecia impossível despertou curiosidade: “... *poder ser magro de novo e como fazer para construir esta nova forma de vida foi o que me motivou ao desafio da cirurgia bariátrica*”... em pleno período carnavalesco, foi assim, que tudo começou.

Importa destacar que, Aracati, litoral leste do estado do Ceará, com 37 km de praias lindas e clima tropical, a região de divisa com o Rio Grande do Norte situado as margens do rio Jaguaribe é considerado um dos municípios mais ricos do estado com vasto patrimônio arquitetônico e histórico. Destaque no Nordeste, dotado de infra-estrutura para pesca e turismo é convidativo para se brincar o carnaval de rua tradicional. É neste cenário que mora Ronaldo da Silva, em meio a uma população média de 66.700 habitantes, figura de destaque no contexto dos últimos carnavais de um pedaço do Ceará colonial.

Dessa forma, seguindo toda programação esperada por um público carnavalesco, a festa de Aracati tem média de 12 dias de folia, alegria e muita animação, inclusive, com a escolha do Rei Momo e sua rainha. Assim, elege-se, tradicionalmente, uma mulher linda e cobiçada pela beleza e curvas invejadas para rainha e um Rei Momo, um homem para a representação monárquica maior de poder que frente aos prazeres da festa mundana se faz evidente pelo seu excesso de peso devido ao consumo descontrolado de bebidas e comidas que alimentam a carne.

Sendo assim, em meio a estas tradições, com raízes firmes desde os tempos de colégio Marista, um convite para crescer na religiosidade havia feito Ronaldo ingressar na vida religiosa, pois inicialmente, “*aos 24 anos, estava procurando me achar, crescimento de fé, buscava formação de vida, formação da auto-imagem*”.

A partir daí, acreditava que na busca de valores morais significativos para algumas experiências já vividas em tão breve tempo de vida, o irmão Ronaldo deparava-se com símbolo pessoal de identidade. E, assim, ratifica: – “*Sempre fui tímido e brincalhão, mas não acho que tenha tido relação com a gordura, mas eu já era bem gordinho quando entrei no seminário*”. Enfim, o tempo vivido do vocacionado ao postulante serviu para engrandecer a vida espiritual que deixou um ano antes de assumir os primeiros votos perpétuos. Deste modo,

“Não sei não, se eu tivesse seguido a vida religiosa teria sido um religioso frustrado...acho que fora do seminário a gente pode fazer tudo o que aprende lá dentro e, ainda, pode ser mais alegre”.

No entanto, a autorização para sair do seminário foi aceita já que o desejo explícito era experimentar outra vida, queria ter uma experiência de mundo, ou seja, viver fora do seminário o que não podia viver dentro, *“... compartilhar com amigos uma festa, dormir fora de casa”*. Enfim, na vida de dedicação, onde buscava uma realização do crescimento espiritual estava um futuro rei eleito na alegria do povo, antes tão próximo de um Rei das almas. Eis que resolve sair na busca de conhecer melhor os prazeres da vida, quem sabe buscando compreender melhor como é ser homem. *“Eu precisava ter acesso à vida mundana. Hoje, eu vejo que eu gosto de brincar, gosto de carnaval,... a vida no seminário fica regrada e o processo da autoimagem, eu penso que é infinito e pode ser construído em qualquer lugar”*.

Ademais, para tanto, levanto aqui a importância da multifocalidade, onde pesa o julgamento moral nas mudanças de atitude e exercício dos papéis assumidos frente escolhas pessoais em uma sociedade. Entretanto, culturalmente falando, podemos apontar uma teia de significados que segundo Geertz (1977), poderá analisar que as grandes realizações masculinas vêm sempre acompanhadas por ideias de sacrifício e heroísmo.

Nesse ínterim, o rompimento da vida religiosa do jovem seminarista tranqüilo, com experiência de orações e caridade, desemboca em uma existência sempre vivida como se não fosse o que deveria ser feito, mas procurando pela vida mundana como homem que já aprecia a vida encontrando um mundo de fantasias, recheados pela gula, alegre e cheio de desejos curiosos, mas, sobretudo, persistindo na busca de construir sua autoimagem.

Por sua vez, fazendo o que manda o espetáculo popular oficial para escolher um rei muito gordo, brincalhão e sarcástico, a antiga Santa Cruz de Aracaty batizada por Portugal, hoje cidade de Aracati, também escolhe o seu Rei. *...”como eu já era gordo entrei na brincadeira por insistência de uma amiga que insistiu a minha candidatura a Rei Momo, na ocasião pesava 172kg e, depois de muita insistência, porque eu sou muito tímido, cedi e fui direto para o trono com 98% de votos”*.

Sendo assim, ser rei trouxe consigo possibilidades de fazer o que deseja, sem limites e uma sensação de poder indescritível, e como eleito, nos desperta o que está em jogo?...”*foi só adrenalina, bom demais, todo mundo gritando e aplaudindo e você em cima do trio só curtindo, se sentindo a última bolacha do pacote! É bom demais...”*

Por outro lado, em uma cidade interiorana, ser celebridade tem seu peso ainda maior e agora como personalidade importante, como corpo do rei, a única referência ao corpo simbólico, é preciso dar o melhor de si. E, assim, continuar mostrando-se enorme para ter a capacidade de sustentar a coroa e as vestes ricas e frouxas de um rei debochado e, aliado a isso, grande barriga com peitos caídos pelo peso saturado de farta gordura que extravasa o delírio masculino oprimido e a alegria do poder.

Diante disso, estar sempre em evidência com os compromissos como um rei deve portar-se faz parte do dia - a - dia, pois aqui, se vê que a superioridade impõe tradicionalmente uma verdade física. Mas, no Ceará, fala-se de uma necessidade da atenção com pobreza e fome, enquanto claramente está evidente nesta festa mundana o prazer pela fartura levantando questionamentos sobre um mundo moral local, que nos estimula a questionar este desejo pelo ter quando passa a festa soberba.

Nesta perspectiva, ser rei momo traz consigo responsabilidade plena de demonstrar alegria e o prazer de ser gordo para ser soberano, como representação desta fartura e poder. Neste caso, com um cenário voltado para prazeres mundanos chega a ser fantástico, mas se confrontado com a realidade político-socio-cultural da região nordeste, desmorona condições de igualdade e deixa exposto um estímulo ao fictício prazer da carne e não cuidado de um rei pelo seu povo, mas apenas com o corpo físico que além de importar-se apenas com o próprio ego, compromete a saúde já que o poder sem limites é ingerido sem freios.

Cumpramos ressaltar, portanto, que foi indescritível conhecer Ronaldão, o Rei com 32 anos que permaneceu no reinado por 4 anos e hoje saturado, optou não ser mais gordo como o Momo tradicional na busca por qualidade de saúde para sua vida, com a clareza de que a lei como o poder permanecem corporizados, ”... *sempre serei Ronaldão, o Rei de Aracati, porque uma vez rei sempre rei,...só que resolvi agora cuidar de mim!*”. Agora, ele já faz parte de um programa de saúde onde as concepções sobre a doença não são um obstáculo regidos pelo medo, mas colaboram na forma de agir e pensar para influenciar o contexto social e cultural (KLEINMAN, 1988).

Sob este enfoque, percebemos um garoto que deixou o time de esporte da escola local para ajudar os pais de classe média, somando seu trabalho aos 17 anos, deixou de cuidar do corpo e logo provou:“...*do sedentarismo diário. Acho que junto de uma comilança de guloseimas e comidas gordurosas e calóricas sempre fora de hora, foi o que fez tudo acontecer... a gordura chegou e tomou conta*”.

Diante disso, notificamos que sem dúvida, uma mudança que torna permanente o momento em que o corpo do homem vira corpo do rei exprime com mais naturalidade

aparente sua individualidade singular e sua propriedade simbólica. A busca contínua pela autoimagem mostra-se evidente a cada fase. Agora, não mais preocupado em trazer atributos nem vestes reais, mas só pela magia de sua atitude real e pela força de sua personalidade se mostra com comportamento que deveras codificado, acaba exercendo um controle sobre a sociedade.

Do mesmo modo, o sentir corporal acaba por ser enfatizado neste contexto reafirmando a relação corpo-alma como pivô da singularidade do corpo e, influência da sociedade pela cultura predominante, eis o que era exigido para o povo satisfazer-se: um corpo muito gordo! Grande onde por si, a barriga deste homem, rei nordestino frente ao corpo, estabelecia poder. Eis a autoimagem: *“ser rei momo foi uma experiência muito boa, todo mundo vendo, aplaudindo e se alegrando com você!...”*

Lembrando Mauss (1936), que estudou em seus primeiros trabalhos o corpo destacado como o primeiro instrumento natural do homem, evidencia-se como o corpo sofre influências do meio sócio-político-cultural e seu comportamento será refletido em ações com demarcados signos e expressivos significados. Em vista disto, este garoto que se fez homem após formação religiosa regrada e cheia de princípios de uma forte influência cultural, precisou deste instrumento corpulento para sentir-se crescido a frente da sociedade e dele mesmo.

Assim, podemos caracterizar a história de um rei que ficou saturado da condição de poder atribuído pelo excesso de peso e resolveu tirar toda sua gordura através de uma mutilação cirúrgica na intenção de construir nova autoimagem. Portanto, a escuta das narrativas, observação participante de um estudo etnográfico permitiu a aproximação de um mundo das fantasias masculinas que embora muito grande, ora estava completamente silenciadas *“... o pensamento, vontade e coragem de fazer a cirurgia, eu sempre tive, mas eu achava que era muito difícil, por conta de muitas coisas que acontecem na vida da gente, o preconceito, muitas humilhações... muitas coisas que a gente vê e escuta, sabe”*.

De acordo com as mais recentes pesquisas científicas, é percebido que a falta de horário com alimentação sempre *fast-food*, ausência de exercícios físicos e excesso de condimentos, gorduras e químicos, há estímulo da obesidade, principalmente, nas fases da infância e adolescência e já começou a gerar preocupação com parte da população brasileira crescente em situação de obesidade alarmante, o que deve ser um motivo de cuidado na saúde dos brasileiros, pois *“Engordar existe na mesma proporção de perder, só que comer e beber é bom, então fica mais fácil!”*.

Importa destacar que, no Nordeste, as estatísticas continuam crescentes e os índices de obesidade mórbida já aparecem como 5º colocado estatístico desta doença crônica no Ceará,

condição para cuidados voltados às políticas práticas de saúde especializada porque uma vez determinado o diagnóstico, dificilmente, o indivíduo retoma seu estado anterior sem direcionamento e estímulos feitos por equipe multidisciplinar.

De modo geral, infelizmente, somente após comprometimento grave da condição de saúde com aparecimento de várias doenças associadas e incidência das co-morbidades acontece a procura por orientação e enorme fila de espera nos poucos centros assistenciais, o que acaba com elevados custos à saúde pública já no nível terciário.

Do mesmo modo, como característica do povo cearense, nordestino, o gênero masculino mostra uma estrutura cultural com indicadores fortes da afirmação da masculinidade na geração de proventos para seus dependentes como forma de cuidado e teria sido este fator, o desencadeador de um rapaz que abre mão de seu cuidado pessoal com o corpo em evidência viril e saudável na adolescência na busca de melhores condições de vida material para os pais de vida simples. *“Era o homem da casa e precisava ajudar. Fiz várias dietas para perder peso, mas, acho que já que ganhar e perder podem estar na mesma proporção, só que um tem prazer de comer e o outro fica mais difícil porque é privação. Nem percebia o quanto estava engordando...”*. Enfim, as influências do mundo moral local aparecem claramente mais uma vez.

Diante deste fato, ainda obeso mórbido, o rei do carnaval em acompanhamento para conscientização de uma efetiva prática de saúde, foi convidado a ser o pai do Natal, trocou apenas de festividade enquanto continuava sendo celebridade por mais uma vez e tudo por conta do seu invejável barrigão corpulento, barba longa e suas vestes vermelhas que traz a simbólica imagem de ser um Papai Noel de verdade.

Nesse sentido, este personagem chegou em trajes dignos de um verdadeiro natal, só que o trenó gerando uma dimensão de aventura foi substituído por um carro de bombeiros, já que nenhuma rena suportaria os 170kg legitimados pelo corpo robusto do bom e guloso velhinho amigo das crianças. *“Este sim, foi o melhor de todos... o que eu dei pras crianças do interior, de alegria em vê o papai Noel pela primeira vez, (pausa – emoção) foi bom de verdade, nem sei descrevê... eles me apertavam na barriga pra ver se era de verdade mesmo e foi bom demais! Foi muita emoção. Era de verdade”*

Importa destacar, para melhor esclarecimento, que em 2009, Ronaldão, o rei, exerceu seu poder pessoal de apreciação da vida, enfrentou julgamentos sociais e declarou a sua escolha: combate à obesidade através da cirurgia. *“Agora, eu vou cuidar de mim!”*

Em vista disso, ao olhar-se no espelho hoje, ainda não vê a transformação do corpo, mas já escuta as mudanças percebidas ao ouvir as pessoas falarem compartilhando

entusiasmo, “... *mas não sinto que este corpo exageradamente obeso me prejudicava para viver os prazeres da carne, corria, andava muito de bicicleta...pelo contrário...*”, deixou evidente que aquele corpo grande e “pelancudo” proporcionou grandes realizações que foi ser eleito rei de voto popular, a alegria das crianças no Natal. “*Não vejo a obesidade como uma derrota total no homem, apenas acho que o homem tem que ser alegre...*”.

Neste caso, foi durante o processo de coleta de dados aos entrevistados ex-obesos mórbidos, que haviam sido submetido às cirurgias bariátricas, me chamou a atenção, a denominação de REI que ouvi durante uma das reuniões do grupo. Assim, interesse frente o que pode representar a toda uma vida que teve como marca de soberania pela obesidade, resolvi conversar com um homem que já havia sido verdadeiro rei e obeso para conhecer e tentar compreender o alcance do apelido e sua condição de prazer.

Neste ínterim, pedi-lhe um momento e deleitei-me na sua narrativa que conta a interessante história de prazer e poder que se misturam frente à energia de um ambiente carnavalesco de animação popular, mistérios de um seminarista na busca de um aprendizado de fé e, ainda, sua trajetória de rei natalino, personificando-se em Papai Noel como expressão maior de realização pessoal.

Por conseguinte, “*Num dia, era uma pessoa comum que morava com meus pais em uma cidade do interior tranquila e, de repente, passei a ser celebridade...*” Assim, “*fazendo uma retrospectiva lembro-me que a primeira tentativa foi frustrada porque cancelaram a cirurgia de última hora, fiquei pra baixo. Toquei o barco com ajuda da psicóloga... No programa, com 1 ano e 8 meses, quando chegou de novo, o dia. Já no programa, pesava 172kg e, para a cirurgia, tinha que perdê mais 10% do total. Tive complicação renal que fez a demora aumentar. Operei e agora é só seguir as regras pra ver o que vai dá...*”

Diante disso, a história deste corpo tão particular concorre, então, inevitavelmente, para a história de poder. Então, o “corpo do rei”, já estudado por Vigarello (2008) não pode mais limitar-se a sua primeira aparência. Aqui, o corpo do homem joga e arrisca uma imagem masculina assegurando demonstração de virilidade ao se deixar ser cuidado cultivando um desejo.

Como se percebe, para alcançar esta nova meta corporal foi preciso a intervenção cirúrgica conhecida como bariátrica de custo elevado para o serviço único de saúde (SUS), pois no Ceará é possível de execução em todos os passos do protocolo se o indivíduo estiver cadastrado no programa do Hospital Geral Dr. César Cals, o único do estado a realizar este procedimento. Neste caso, para sagrificação do ato cirúrgico, analisa-se o corpo físico e individual, um corpo genérico, de instância abstrata, encarnação visível do reino, ponto mais

focal justamente porque aqui, a representação não parece poder escapar aos pontos de referência mais físicos embora tenha início através do modelo biomédico.

Com efeito, hoje após operação e pesando 136kg, ainda é a prática biomédica tradicionalista que se faz enfatizar para estabelecer critérios e limites corporais. No entanto, o que mais importa ao rei posto é a autoimagem que vai sofrer modificações. Deste modo, haverá determinação de suporte não-biomédico frente ao cuidado da enfermidade que ainda mostra-se latente já que tratou-se da doença crônica evidente, a obesidade.

Ademais, como separar, no entanto, corpos que foram outrora fundidos pelo prazer e poder. De fato, trabalhos que demonstram o poder de ajuda não biomédica ganham espaço se enfatizada pela fala do ex-Momo que permitirá, a decodificação do significado de tantos desejos enraizados na alma ao longo de uma vida corpulenta.

Diante disso, na busca pela saúde, deixando de lado o carnaval com a segurança dos trios elétricos, mas mantendo a soberania como poder absoluto e perpétuo, um poder diretamente expresso por um corpo que atravessa o tempo, o corpo místico do rei traz ainda inscrições metafóricas de uma vida vivida no sentir a adrenalina do prazer e não tão somente, no ter poder. *“O melhor de tudo é saber que eles já tão querendo eleger o rei momo mais magro, e agora, eu tô dentro de novo”*.

A esse respeito, cumpre observar que a relação entre a obesidade e o homem tem marcas, ainda obscuras, de uma masculinidade não percebida pela autoimagem (COURTINE, 2008), mas perspectivas de construir uma família e ser o seu rei são claras e concretas, pois *“o homem tem que ser alegre, total! Tem que ser alegre e ser você mesmo, sem ser obeso...”*

Nesta perspectiva, o carnaval para Ronaldão, pode continuar prazeroso mesmo sem ser mais o rei momo *“eu me sinto a mesma pessoa, obeso ou não sem diferenças... As pessoas que percebem me fazem sentir orgulhoso...Ao me ver na frente do espelho, eu não vejo este peso todo, nem via nem vejo.”* Enfim, percebe-se que a busca constante pela estruturação da autoimagem continua muito forte nos princípios defendidos por ele, onde afirma a continuidade e a busca infinita da imagem ideal do corpo de homem, onde possivelmente, fortes influências de uma gordura saturada e seus significados são recheados de influências populares já que metaforicamente gordura saturada não é sinônimo de massa de gordura e, sim, repostas de atitudes enraizadas, midiáticas e cobradas por uma sociedade preocupada com beleza e status.

Por outro lado, a evidência dos fatos, mostram que nada acontece por acaso e, ao transcrever a história de Ricardo, observamos que Natal é sinônimo de nascimento, e como ele mesmo relata, se começarmos sua história de trás pra frente, começou de fato, a sua vida

quando ao nascer como homem capaz de dar prazer ao outro pelo que é e não pelo que pode fazer foi o momento em que metaforicamente escolheu sua opção, limpou-se através da cirurgia tirando a gordura já expressa pela saturação, fortaleceu a alma e começou de novo.

Sendo assim, um novo homem, um corpo natural sujeito a felicidade, prazeres, realizações, construções, frustrações e morte. Enfim, agora corpo e homem fundidos ao rei no mesmo corpo, corpo do homem que não é mais rei, pois a autoimagem sem o poder absoluto, apenas do peso de uma barriga, retrata a autoimagem do Ronaldo, homem cearense, nordestino e muito feliz.

3. ARTIGO 2 – CADERNO DE CIÊNCIAS E SAÚDE COLETIVA

3.1. Gordura saturada: significados e “carga” cultural da obesidade mórbida para homens nordestinos

A obesidade mórbida é definida pela biomedicina como uma doença, uma patologia, que resulta em acúmulo excessivo padronizado ($IMC > = 40\text{kg/m}^2$) e para homens, uma medida do perímetro abdominal $> 102\text{cm}$. Assim, é um problema de saúde pública com grandes repercussões, não somente em países do mundo desenvolvido (REPETTO, RIZZOLLI, BONATTO, 2003), mas, cada vez mais, nos países em desenvolvimento (ANJOS, 2006), inclusive, no Brasil (IBGE, 2003). De fato, o êxodo das pessoas da zona rural para zona urbana (IBGE, 2003), com o aumento em renda (DATASUS, 2007) está associado ao crescimento da obesidade mórbida. Assim, a sobrecarga de peso exagerada é quase igual entre os gêneros não somente no Brasil (IBGE, 2003) como no mundo inteiro (OMS, 2000). Diante disso, essa tendência global replica no nordeste na capital cearense (DATASUS, 2007). Destarte, paradoxalmente, os homens brasileiros, submetem com muito menos frequência às cirurgias bariátricas que as mulheres (PUGLIA, 2004). Ademais, a vaidade feminina (KOWALSKI, 2009) e a procura mais frequente de atendimento médico (ANJOS, 2006), explicam, em parte, essa diferença de gênero nos números de intervenções cirúrgicas. Enfim, no Brasil, estamos diante de uma inversão epidemiológica, pois enquanto a desnutrição é priorizada pelas políticas públicas de saúde nos programas de “Fome Zero” (SUPLICY, 2003), o aumento nas últimas décadas do sobrepeso está esquecido (IBGE, 2003). Deste modo, com 150 milhões de casos de obesidade mórbida no país, sendo 6 milhões no estado Ceará da região Nordeste, essa epidemia precisa estar em pauta.

A experiência humana de ser uma pessoa morbidamente obesa, entretanto, é culturalmente construída dentro do mundo moral local e contexto histórico e macrossocial particular (UCHÔA e VIDAL, 1994). Ao contrário do processo patológico da doença, viver com a obesidade varia de cultura para cultura, dizem os antropólogos (CANESQUI, 2007). A imagem do corpo e seu valor é modelado de acordo com padrões socialmente impostos (STIKER, 2008). Desse modo, no Japão o homem, lutador de Sumô é idolatrado por peso excessivo e força (BUENO, 2004). Assim, ainda da estatística da prevalência da obesidade, esconde o sofrimento social (KLEINMANN, 1988) e o significado de ser homem grossamente gordo. No entanto, os números ignoram a complexa cultura das masculinidades (The

meanings of being macho,1996), tão evidente no nordeste brasileiro (ABESO, 2008). Embora invisível entre as mulheres, na fila de espera para diminuição do seu estômago, com impacto emocional da retirada de gordura excessiva e o medo constante do insucesso está evidente (ZILBERSTEIN; GALVÃO; RAMOS, 2007). Ainda mais preocupante, o homem brasileiro, como cidadão, só conquistou em agosto de 2008, seu direito ao cuidado especializado do SUS na Política Nacional de Saúde do Homem, programa recém estruturado na saúde pública brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Por outro lado, questionamos, portanto, como é ser homem, sofrer de sobrepeso exagerado e viver socialmente na pobreza do nordeste brasileiro? O que está em jogo carregando, no seu dia-a-dia, peso muito além do seu limite corporal? Quais os significados saturados na gordura retirada com a cirurgia bariátrica? Como ele — e a sociedade — reage à nova imagem corporal?. Destarte, esse estudo antropológico pretende compreender a obesidade mórbida no homem cearense desvelando sua “carga” subjetiva no intuito de humanizar o cuidado.

3.2. Percurso metodológico

De janeiro de 2009 a outubro de 2009, no primeiro momento da pesquisa, retratamos o perfil epidemiológico dos homens submetidos à cirurgia bariátrica num Hospital terciário da rede pública do estado credenciado para este procedimento ao SUS em Fortaleza, Ceará. Brasil. Por esta forma, dados foram colhidos, nos arquivos do programa de cirurgia bariátrica de pacientes que já haviam sido cirurgiados e estavam de alta hospitalar, de acordo com características sócio-demográficas: procedência, faixa etária, sexo, localização de moradia, nível de escolaridade. Isto posto, de 2002 ao início da coleta já haviam sido realizados 221 procedimentos, mas apenas 28 deles eram homens. Assim, iniciamos a pesquisa nesse grupo alvo, o homem cearense, para um estudo antropológico aprofundado depois da aprovação do Comitê de Ética (MS- CNS/1996) protocolo nº: 304 / 2009 do hospital referenciado. Por sua vez, a psicóloga da equipe foi convidada à identificar seis “casos ricos em informações” (YIN, 2001) de homens >18 anos que estão inseridos no programa de acompanhamento ambulatorial desde o pré-operatório. Enfim, a visita inicial objetivou estabelecer elos de confiança, explicando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, assim, nenhum recusou a participar.

No segundo momento, entrevista etnográfica foi conduzida com os informantes-chave, enfocando narrativa da enfermidade (KLEINMANN, 1988) e observação-participante. Inspiradas na antropologia interpretativa (GEERTZ, 1977), repleta de auto-reflexão (ITURRA, 1999; BOFF, 2000), procuramos transpor o enfoque biomédico, valorizando as experiências vividas do homem obeso mórbido. Sendo assim, guiadas por um roteiro aberto de perguntas norteadoras (MINAYO, 2000; MINAYO, 1997), exploramos o universo cultural, simbólico e cotidiano no contexto do nordeste brasileiro usando fotos de revistas masculinas como Men's Health e literatura de cordel para estimular as falas narradas. Nesse sentido, indagamos, como sugere Kleinmann (2006, What really matters), "*O que realmente importa para esses homens? O que está em jogo para eles?*" Em momentos oportunos, incentivamos as informantes a narrar livremente sua experiência vivida, com uma pergunta disparadora: "*Como foi ser homem gordo pra você?*" As narrativas da enfermidade (KLEINMANN, 1988) foram suscitadas durante todo o percurso da vida como obeso mórbido. Nesse ínterim, reconstruímos, caso a caso, o pensar desses seis homens antes, durante, e depois da sua cirurgia. Assim sendo, narrando na sua voz, permitiu o informante expressar sua própria visãoêmica da sua história, os acontecimentos e experiências pessoais, como é prevista na narrativa (KLEINMANN, 1988; LIRA et al. 2003 e BOFF, 2000): "*Através da narrativa as pessoas são capazes de evocar sua memória, (...) encontram possíveis explicações para isso, jogam as suas representações em cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social*". (LIRA et al., 2003). Diante disso, com um vínculo de empatia, aproximamos a realidade social da pobreza. De fato, enriquecemos e validamos as falas com observação-participante de visitas domiciliares, encontros familiares, reuniões mensais no hospital e anotações no diário de campo.

Dessa forma, reconstruímos, caso a caso, o pensar desses seis homens antes, durante, e depois da sua cirurgia. Assim, dentro do quadro de análise proposto, narrado na sua voz, permitiu o informante expressar sua própria visãoêmica da sua história, os acontecimentos e experiências pessoais, como é prevista na narrativa (KLEINMAN, 1988; LIRA ET AL. 2003 e BOFF, 2000), ou seja, "*Através da narrativa, as pessoas são capazes de evocar sua memória, (...) encontram possíveis explicações para isso, jogam as suas representações em cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social*".

Noutro momento, aprofundamos as análises, empregando a "interpretação semântica contextualizada", interligando os sinais, significados e ações tomadas diante das situações marcantes da vida (BIBEAU, 1988; BIBEAU e CORIN, 1995).

Nesta perspectiva, as entrevistas e narrativas foram gravadas, transcritas, relidas, organizadas e codificadas. Diante disto, sob o pano de fundo teórico de leituras, analisamos nesse primeiro momento, seu conteúdo (BARDIN, 1977). Assim, emergiam temáticas tais como: a experiência do sofrimento, sofrimento social, marcas, desumanização, violência e autoestima, monstruosidade, a relação com os profissionais de saúde, as práticas de cuidado e o (re) enquadramento. A partir daí, aprofundamos as análises empregando a “interpretação semântica contextualizada”, interligando os sinais, significados e ações tomadas diante das situações marcantes da vida (BIBEAU, 1988; BIBEAU e CORIN, 1995). Além disso, desvelamos, aqui, sofrimento do corpo, o significado que eles atribuíram a esse peso da “carga” cultural e o que fizeram para enfrentar o preconceito e a vergonha. De fato, embora uma tarefa difícil, tentamos compreender o seu sofrimento na íntegra, inserindo-o no seu mundo moral local e contexto macrossocial (KLEINMANN, 2006:25). Enfim, juntos, produzimos uma etnografia, uma descrição densa (GERTZ,1977), escrita com sensibilidade moral e indignação social, do o que é ser homem, pobre e obeso no Nordeste brasileiro.

A pesquisa foi fundamentada nos princípios éticos, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os nomes dos informantes são fictícios.

3.3. Resultados e discussões

Em Hospital público estadual para o tratamento da obesidade mórbida com cirurgia bariátrica no nordeste brasileiro, o homem (38%) tem a carga epidemiológica muito semelhante ao das mulheres, (42 %) respectivamente. Entretanto, o número de procedimentos realizados em homens entre o ano de janeiro 2002 a janeiro 2009, foi significativamente menor do que em mulheres, representando 26,9% do total de 221 cirurgias realizadas. Assim, o sofrimento se fez presente na memória corporal. Por sua vez, os seis homens obesos mórbidos descrevem as repercussões que a gordura exagerada produziu nas suas vidas, atingindo sua imagem impiedosamente. E, assim, desvela os verdadeiros motivos que a determina e as causas reais da sobrecarga de peso. De fato, a multivocalidade da gordura saturada deve ser destacada mostrando que os casos entrelaçam-se no sofrimento, preconceito e limitações. Na verdade, o estigma perpassa em todos, embora cada um tenha seu caminho delineado. Destarte, nas entrelinhas dos diálogos com homens obesos, familiares, e profissionais de saúde, emergiram metáforas da aparência corporal carregadas de significado

cultural. A partir daí, a “pelanca” deixada pela cirurgia relembra a desmoralização, insatisfação, ansiedade, mas também, flexibilidade de (re) enquadramento social de um corpo que foi gordo.

3.4. Policial Ferrolho: engancha, mas não prende

Importa destacar, para a nossa avaliação que casando-se aos 21 anos, muito novo, Fausto foi morar perto da Av. Mister Hull, região do PICI, na simpática casinha que hoje já é seu relento próprio. Assim, rapaz alto e forte, que comia de tudo: *“parecia um trator!”* é cearense da capital. De fato, cheio de expectativas, logo ingressou na Academia de Polícia Militar, *“fazia tudo que um policial tem que fazer!”* Um trabalho que sempre teve vontade, ser policial, homem da lei para ajudar na proteção da sociedade e direitos de cidadania. Destarte, sempre tranquilo usava muito na região fortalezense o transporte público para deslocar-se para o trabalho: *“sempre entrei no ônibus pela frente, era policial e sempre fui respeitado”*. Nesse ínterim, seus dias de trabalho começaram a ficar curtos pelo excesso de obrigações, os filhos começaram a nascer, a família cresceu e as despesas também: *“os horários ficam desorganizados, você come qualquer coisa, em qualquer hora, em qualquer lugar”*. Entretanto, envolvido demais com as rondas na caça aos bandidos pelas ruas da cidade em sua viatura, foi difícil perceber as mudanças do próprio corpo, pois quando se deu conta, já estava frente a um serviço de orientação para obesos mórbidos, levado por um grande amigo que sofrera do mesmo agravo. Deste modo, começava a dar sinais de problemas circulatórios, cansaço, hipertensão, *“minhas pernas ficavam inchadas demais e a pressão ficava lá em cima, aí o cansaço incomodava muito. Aí nessa hora acho que dei o primeiro passo, procurei ajuda”*. Sempre muito calado e responsável, contentava-se em estar na companhia da esposa e dos 3 filhos que crescendo trouxeram-lhe muito aprendizado. A esposa sempre companheira nunca reclamou, mas usava humor quando percebia que a cama de casal precisava ser consertada porque nas horas do caloroso namoro quebrava e não tinha jeito: *“(…)lá em casa era cada dia, uma cama nova, uma quebradêra danada, precisava de tijolo pra aguentar as quebrada. Era peso demais, 175kg”*. Era uma das poucas diversões. O dia - a - dia de Fausto ficou cheio de situações preconceituosas e vergonha. Assim, foi percebendo frente às dificuldades que algo estava realmente diferente. Por conseguinte, começaram a aparecer no cotidiano as piadas ouvidas nas idas e vindas do trabalho honesto e desgastante quando o ônibus parava: *“borá baleia, jamanta (caminhão grande), ferrolho (tranca a porta), entra logo e vê se não atrapalha a passagem de ninguém (...). Como era*

pela frente que eu entrava, todo mundo via". As angústias adormecidas misturaram-se com a vergonha; que a filha mais velha, adolescente, despeja em palavras quando se lembrava da proximidade dos seus 15 anos. De fato, existia uma promessa de emagrecer para dançar a valsa, *"mas ela tinha vergonha dos amigos de dançar comigo gordo daquele jeito!"*. Isso tudo foi acumulando, *"eu saia pra trabalhar porque tinha que ir. Já era sacrifício até pra vestir a farda"*. Os olhares ao seu redor começaram a incomodar *"... e as pessoas me olhavam com cara cismada, parecia que tavam olhando era um monstro, um bicho, sei lá. Não perdiam a chance de ficá me agredindo chamando de apelido, era trubufú, baleia"*. As fardas usadas na Polícia Militar são padronizadas, então se reconhece o policial, *"gordo assim, num pega é nada. Desse jeito, ele nem consegue pegá ninguém, nem corre, ele corre"*. As limitações foram crescentes e, *"chegou num ponto que eu tava tão gordo que eu só podia mesmo era dirigir a viatura, virei motorista e a minha farda tinha que ser por encomenda, era gordura que não cabia dentro dos panos..."* Difícil para os colegas de serviço ficar na dependência de alguém que não podiam contar, eu nem pensava mais em andar rápido, doía tudo. Desmoralizado. O jeito foi me acomodar e aceitar a direção do carro. O acúmulo de peso foi maior do que o gasto energético e mesmo atuante na profissão, onde o corpo físico é instrumento de trabalho, foi parecendo não ter muita importância a carreira de policial. Destarte, Fausto expressa que o pior era saber que estava além do peso e não conseguia tomar uma decisão, ficava enganchado com facilidade e de todas as sensações era a pior: *"sai do meio ferrolho! – engancha, mas não prende. Eu era obeso mórbido, já era doença com ou sem apelido. Ao longo de uma vida agitada, chegar em casa cansado e ser recebido com comida gostosa, um ótimo jantar ou os almoços em família superavam as exigências da profissão: "eu sempre fui muito calado, nunca fui agressivo, então escutava tudo e não respondia. Acabava comendo e pronto"*. Entretanto, fez a cirurgia dois anos após ter iniciado uma longa caminhada de preparação com acompanhamento disciplinado, semanalmente, com psicóloga e nutricionista da equipe do hospital HGCC. Tudo foi como o protocolo exige. E, clinicamente bem, recebeu orientações por estes anos de pós-operatório. Porém, hoje, após 4 anos passados, pediu transferência para o setor burocrático da escola preparatória da Polícia Militar, *"lá o trabalho é mais light"*. De fato, chegou a pesar 105kg, mas abandonou totalmente o grupo de acompanhamento multidisciplinar, *"o tempo é corrido e não dá pra sair no horário das reuniões"*. As brincadeiras não são mais pejorativas, mas, como ficou com resíduos físicos da pele emagrecida e não fez a plástica ainda parece ser bem grande, *"nessas horas sinto muito a falta da dr^a. psicóloga, ela me ajudava muito!"*. Assim, algumas motivações despertam para uma nova vida, principalmente, se comparados às experiências

vividas enquanto “policial gordo”. *“Estou me preparando para dançar com a minha filha mais nova, sua festa de 15 anos, tá chegando e, desta vez, eu vou estar bem mais magro”*. A preocupação atual se estende ao novo ritmo de vida no trabalho também extenuante, onde sem horários disciplinados e comendo tudo, normalmente, possa a voltar à condição de obeso mórbido novamente, *“hoje não dá tempo de fazer exercícios e eu só caminho quando dá e, mesmo fechando a boca relaxei e tô pesando 115kg”*: Enfim, ficaram registrados na memória de um homem policial que são muito marcantes, até pela patente *“aquelas pessoas que me conheciam de muito tempo, continuam me chamando de “cabo gordo”. Mas hoje, tá tudo muito melhor, nem tem comparação! Tá todo mundo mais feliz”*. Assim, frente aos planos futuros, sonha apenas com uma aposentadoria, uma casinha no interior, onde possa viver com a família momentos de alegria e tranquilidade e *“com uma certeza de não querer nunca mais ser daquele jeito. Engordar assim, nunca mais!”*.

Neste caso, o Cabo Fausto, humano, corpo híbrido que sofre uma metamorfose ao ser apelidado como animal, uma baleia gorda. Enfim, um soldado tentando ajustar-se em um mamífero sobrepeso. Nesta transfiguração semântica, ele é literalmente desumanizado, sofre uma morte social. Por sua vez, o francês cientista político e historiador Audoin-Rouzeau (2008), no seu capítulo envolvente, massacres: corpo e guerra publicados da coleção de três volumes, História do Corpo (Corbin, Courtine e Vigarello, 2008), argumentando nos lembra que a desumanização mais extrema de seres humanos são atrocidades da guerra em que o corpo do inimigo — como o Cabo Fausto — é animalizado, ou seja, Soldados como o Cabo Fausto. Por outro lado, atos deliberados e gestos sutis dos soldados durante um combate são no intuito tornar o inimigo radicalmente inferior destruindo a parte que é mais humana do homem: raspagem do pêlo púbico, ferrar sua pele com um número de identificação, disfigurar seu rosto, corte a mão, mutilação da genitália e ainda pendurar-lhe de cabeça para baixo pelos pés e tira-lhe a pele vivo, escalpelá-lo — como um animal. De forma análoga, quando os cirurgiões fatiam abrindo seu abdome com camadas de gordura antes pesquisando Fausto — o gordo baleia — modificam o seu estômago para impedir o excesso de ingestão da comida (reseceting), ele fica semelhante ao arpão que captura as gordas baleias abatidas nas águas geladas do antártica. O sangue e gordura se misturam. Assim, simbolicamente, ele é uma baleia abatida (butchered) e como tal, é “ radicalmente inferiorizado”, para usar palavras de Audoin-Rouzeau (2008). Ademais, cabo Fausto tem sua personalidade totalmente aniquilada. Por outro lado, sua reputação moral como um senhor soldado, senhor marcado (GOFFMAN,1988). Em suma, sua alma humana essencial é para sempre estigmatizada. Apesar de submetido a cirurgia bariátrica que é agressiva e a perda de mais de 40% da

capacidade do seu estômago para receber alimentos e perder alguns 70 kg, o estigma de ser “o Cabo gordo baleia” continua a ser saturado em sua gordura, impossível de remover com um bisturi (faca). A ocupação de policial exige um padrão, sofria muita pressão, tinha que se enquadrar no modelo com suas medidas. Dando voz a Fausto, “Estava sempre com a sensação de estar atrapalhando, igual a um ferrolho...”. Uma vez um “gordo baleia”, sempre um gordo de baleia. Enfim, a permanência do seu estigma e sofrimento doloroso se confirmou durante a conversa que tive com o guarda militar que me recebeu. No centro de recepção da escola, na manhã de 16 de Julho, quando ao procurar pelo Cabo chamado Fausto, no seu “Quartel”, ouvi algo intrigante que me gerou incomodo. Perguntei: pode por favor chamar o Cabo Fausto? Eu até posso, mas é Fausto de que? Olha, ele me disse que ao chegar aqui só pedisse pra chamar o Cabo Fausto que todo mundo sabia quem era. Qual é o assunto? (ele perguntou curioso). Eu vim fazer uma entrevista com ele sobre uma cirurgia que ele fez. Ah! é o Cabo Gordo! A aparência: “ da inferiorização radical” de Cabo Fausto. De Gordo Baleia a Cabo Gordo. Continua a estigmatizar e desmoralizar esta polícia que não tem um corpo sarado, um perfil atlético. Agora, atrás da mesa de sua sala com trabalho burocrático, não consegue se desprender, tenta ser modelo e seguir as regras impostas para reconquistar sua reputação moral. No contexto do Nordeste, onde empregos são difíceis, precisa cultivar o espaço conquistado, mas o cuidado com o corpo tem a ver com o ideal biomédico. Portanto, precisava garantir a sobrevivência para sua família, e aumentou novamente o ritmo de trabalho percebendo que mesmo sem querer, os afazeres o fazem engordar de novo. Por fim, ganhar peso, calças apertadas. Por trás do birô, continua escondendo o estigma que ainda marcado, não foi estirpado com a retirada gordura saturada e, mesmo assim, procura testemunhar o quanto foi importante ter a chance de recomeçar. A justificativa para uma (re) engorda se dá quando o seu moral foi atingido e o nosso policial acomodado, se rende aos “olhares de fora” sofrendo julgamentos impiedosos e uma injustiça social. No entanto, ele tentou mudar o seu padrão mas a sociedade não. O estigma? Se perde com o dia – a – dia de Fausto e nas contas do almoxerifado.

3.5. De moço “fofucho” a homem gostoso

A menção é explicitamente à abordagem obesa, pois aos 18 anos, Júnior se dá conta que precisa de ajuda após consulta médica. Já é de portador obesidade mórbida, com peso de 169kg. De fato, gordo de tanto comer, comer de tudo o que sempre gostou, foi encaminhado

por um médico, amigo da família preocupado ao ver seus exames, para o recente serviço especializado do HGCC. Na época, datada de 2002, iniciavam-se as primeiras cirurgias bariátricas no estado do Ceará pelo SUS, com programa direcionado e apoio da equipe multiprofissional. Por outro lado, chegou meio tímido e temeroso, embora tenha optado a participar da avaliação espontaneamente. Deste modo, sempre muito disciplinado, seguiu rigorosamente, com as recomendações apoiado pelos pais e irmã para que encontrasse qualidade de vida no futuro próximo. Caso contrário, as expectativas de doenças cardiovasculares e risco de morte, estavam muito acentuadas. Assim, muito jovem, com os hormônios a flor da pele, em plena adolescência, precisou de privações e muita persistência. A pressão arterial e os níveis glicêmicos ainda não indicavam índices ruins, mas a condição musculoesquelética e respiratória eram desfavoráveis para um homem da sua idade. A mãe, enfermeira, sempre consciente como profissional da área de saúde, mas, como genitora ficou cega para enxergar que a gordura visível não era mais o que deixava o filho lindo! *“Eu sempre fui aquela criança gorda, que todo mundo olha e quer pegar!”* Sempre muito estudioso e brincalhão, o garoto de pele alva e cabelos acastanhados sempre achava desculpa para não jogar o disputado futebol. Porém, único filho homem, sempre foi estimulado para o esporte futebolístico, grande orgulho para seu pai que fora atleta profissional na mocidade, *“o meu pai nunca se conformou de não gostar de jogar futebol, dizia que ia ser bom pra exercitar, perder peso, tentei, mas eu detestava”*. Assim, relata gostar mesmo de andar de bicicleta, *“para os esportes de quadra sempre fui preguiçoso, acho que é por que não gostava mesmo! Queria algo com mais liberdade”*. Todavia, sair com os amigos para passear, praia e conversar, sempre foi a escolha predileta de diversão. Na Barra do Ceará, bairro da região leste na área metropolitana de Fortaleza, onde mora até hoje, o grande grupo de amigos da mesma faixa etária construía junto uma adolescência cheia de cumplicidade. *“Brincávamos por toda parte, beira de praia, praças e desbravando lugares que ainda nem tinham asfalto, isso era liberdade, era bom demais”*. Desde a infância, foi crescendo muito entrosado com o grupo e nem sequer percebia que, entre eles, era sempre o que estava sozinho em sua bicicleta, *“pedalava muito e nem percebia que era pesado”*. Aparentemente, não parecia algo importante, mas, *“nunca tinha parado pra pensar porque nunca me chamavam pra ir na garupa!”* Depois de alguns meses de operado: *“me dei conta e foi uma sensação indescritível, eu podia fazer igual aos outros, muito mais e, inclusive, coisas que nem lembrava (...) aí me empolguei”*. A partir disso, descreve com tranqüilidade, atualmente, momentos constrangedores de quando ainda estava gordo, conta uma ida ao colégio: *“como todos os dias pegava o ônibus e, não sei o que houve naquela manhã que fiquei entalado na*

roleta (...)”. Mesmo sem se dar conta foi uma situação disparadora para procura e aceitação de ajuda. “*Estava resolvido, tinha que dar certo. Era uma nova tentativa*”. Ademais, sempre foi um rapaz alegre, gostava de festas e muito movimento, brincava com as piadas e mesmo com o excesso de gordura, não tinha deixado de frequentar estes ambientes, “*mas as implicâncias, brincadeiras ficaram mais agressivas e, isto sim, me maltratava. Eram feitas por pessoas desconhecidas, nunca os amigos*”. De fato, durante uma fala repentina, lembrou e explicou consulta com a psicóloga do programa: “*ela me pediu pra fazer um desenho de como eu me via, fiz um homem, todo de roupa, empaletozado. Um tempo depois da cirurgia, eu comecei a me ver fisicamente de novo, outro desenho foi pedido sem que eu me lembrasse do primeiro, desenhei um cara magro e de calção, o corpo de fora*”. Ter bom senso e consciência de ser gordo “*ajudaram a enfrentar o preconceito*”. Mas, não era apenas aceitar, tinha que perseverar e o espelho era a medida de avaliação, “*eu era tímido pra falar de mim, do meu corpo, acho que no inconsciente era vergonha*”. Com perda de peso exagerada, nem sequer dava para as pessoas imaginarem que havia sido cirurgiado, fazia exercícios físicos constantemente na academia “*e mostrava fotos antigas no meu trabalho dizendo que era um irmão, só pra ver a reação das pessoas (...) depois era só sucesso*”. Dos apelidos o que sempre pegou foi “*fofucho*”, uma forma carinhosa de ser tratado, principalmente, pelas amigas. “*Sempre tive muitas amigas mulheres. Eu sabia ouvir*”. Depois da cirurgia, era tudo novo, “*agora elas me procuravam de um jeito diferente e, isso, nunca tinha acontecido, saí ganhando porque além de amigas, ganhei mulheres, admiradoras*”. Assim, a época de colher frutos da nova fase chegou, a valorização pelo sexo oposto despertava algo diferente, “*eu tava bombado – como dizem daqueles que estão com o corpo todo bonito, estavam me tratando como um homem de verdade, tinha tesão no meio e isso era diferente*”. As oportunidades profissionais surgiram com o curso de auxiliar de enfermagem, foi admitido em serviço especializado particular com extenuante carga horária diária: “*aí, chega um tempo que você tá tão cansado que procura o que é mais fácil pra comer e não o alimento certo, ideal. Eu comecei a engordar de novo depois que comecei a trabalhar*”. Desde então, no mercado de trabalho, na busca de independência financeira, não finalizou seu tratamento com a plástica e administra os excessos de pele: “*é pelanca mesmo, dá um mal estar só de olhar... é horrível!*” Ao contrário do que via ao olhar-se no espelho, em meses antes, quando começou a emagrecer de forma exagerada, “*precisei fazer compensação calórica com suporte nutricional, já pensou eu tinha que ingerir chocolates, sorvetes, massas para conseguir ficar bem ou então sentia mal estar, fraqueza*”. Portanto, após 7 anos, tem cuidado da aparência física com ginástica, mas questiona a falta de tempo para a retirada da pele na barriga que

encobre a região do sexo, “*embora não atrapalhe nada porque na hora do vamo vê é bom demais e eu me garanto. Eu até acho que homem sarado demais, barriga tanquinho, sei não, dá até pra desconfiar se é homem mesmo*”. Ademais, perceber que pode falar de si, sentir-se livre para ver o próprio corpo sem olhares atravessados penetrando sua gordura deixa uma memória viva e ressalta: “*momentos onde a equipe me elogiava de tanto sacrifício como exemplo positivo de perseverança e disciplina*”. Enfim, o adolescente cresceu, virou homem e, hoje, aos 26 anos, perdeu 89 kg e ganhou prazeres simples como usar a roupa que escolhe porque gosta e se mostra mais. Por fim, sabe que os cuidados devem ser constantes porque não se come mais como antes, “*o desejo pelos alimentos muda*”. Logo vê-se que o desejo de Júnior pela vida também mudou.

Nesta perspectiva, a vida de Júnior foi dividida em duas partes. Antes e depois da cirurgia bariátrica. A descoberta pelos prazeres do corpo de homem eclodiu com a retirada de uma gordura que excedia a saturação em plena adolescência. Nesse sentido, foi possível colocar de frente o visível com o invisível (MERLEAU PONTY, 1992). No contexto nordestino, onde o machismo é imperoso na sociedade nordestina, ele fala de uma necessidade de “sede” constante, de água e de vida. Assim, tomada pela lembrança do sofrimento de ter vivido a obesidade mórbida, esta narrativa deu voz a Júnior, que ainda adolescente, foi surpreendido pelas possibilidades de ser homem 100% vida ao invés de ser 100% morte. Segundo Gomes (2008), em a Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde, se viu homem capaz de dar prazer pelo simples fato de apresentar à mostra sua genitália exposta. Já era se sentir diferente, pois foi crescendo sem perceber que o prazer que tinha em seu poder era tão viril. E, neste caso, a virilidade deste homem nordestino estava escondida pela gordura mórbida. Desde os primeiros estudos de Bourdier por Kuhler (2005), a estruturação da sexualidade masculina em a Dominação Masculina, pode-se destacar neste jovem que, aos 26 anos de idade, fala da experiência de ser apresentado para o próprio corpo. Enfim, conheceu-se como homem fálico após emagrecer. Por fim, o corpo foi modificado, sua capacidade de ingerir alimentos em quantidade mudou com a cirurgia, mas deixou peles penduradas e murchas que atualmente marcam o corpo de homem. Até o momento que antecedia a cirurgia, não havia sido valorizado como figura de macho, principalmente, na mudança de atitudes (SILVA, 1993). Portanto, o masculino e viril, sexualmente cheio de potenciais estabelecidos pela sólida cultura cearense, estava em redescoberta para este jovem numa época que já se rediscute os papéis sócio-culturais de um homem que busca uma nova imagem. Na sociedade nordestina de alicerces patriarcais, que o gênero masculino representa, os órgãos sexuais de Júnior pareciam estar guardados sob um avental de banha, sem muita exposição apenas como

propriedade natural (BOURDIER,1936). Esta imagem de potência e virilidade, sempre foi escondida pela disponibilidade e escuta do garoto bonzinho, homem amigo e excelente, Ocúmplice que excediam na forma de uma gordura gostosa. Júnior deu-se conta de que tinha dificuldade de olhar-se, enxergar o próprio corpo, que precisava ser reconhecida e auto-descoberta com total intensidade (GOMES, 2008). Aqui, não era apenas a força física que assumia a supremacia. Era a honra que chegara com o prazer promovido pelo próprio corpo. Bourdieu (2006) se mistura nas linhas da literatura de cordel tão cultivada nesta região, “honra para tais homens está na visibilidade e glória social validando sua posição dominante”. Ele já tinha as armas para esta glória. Assim, frente ao espelho, a sensação de que um avental cobria suas partes mais íntimas surgiu quando emagrecido o tecido gorduroso fez-se “pelanca” – pele mole e sem forma que cai com o próprio peso. Por fim, reconhece que atarefado demais com o espaço profissional conquistado abandona as orientações do percurso pós-operatório deixando de lado as atividades físicas. Assim, como servira de exemplo de perseverança e disciplina para processo de manutenção frente ao grupo do hospital, se questiona até onde precisa ser um homem “*sarado*”, com “barriga tanquinho para ser homem de verdade, macho”. Deste modo, repete de forma bem consciente seu cuidado com a saúde e a alegria de ter encontrado o homem até então, encoberto pelo avental de gordura. Destarte, se percebermos o jovem adulto deixa explícito em suas falas, a percepção por ter trocado a gordura que encobria seu sexo pela consciência de (re) conhecer sua performance masculina através dos novos relacionamentos que chegaram sem que precisasse buscar. Já que enriquece a cultura nordestina exclama-se que a mulher com seus carinhos faz do homem o que ela quer, no qual se lê: “Se tiver homem que diga/ Que não gosta de mulher/ Não é bem homem ,eu lhe digo/ É outro animal qualquer /de homem é bem diferente/Anda no meio da gente/ E não sabe o que ele quer” (ANTUNES, 1977 - CORDEL). Ademais, o avental que cobria o que nem ele mesmo queria enxergar, agora pode ser constantemente levantado se desejar mostrar sua virilidade. Assim como nos carnavais, festas que permitem a aproximação da sociedade com situações que querem ser vistas, mas nem sempre são permitidas. “Agora pode!” Na região do Nordeste brasileiro, parece abrir espaço para ocasiões como esta, onde a informalidade troca o autoritário machismo pela potência enraizada no macho que dá prazer. Portanto, aproximar a masculinidade do simples prazer visual pode gerar confrontos se falarmos de tudo que pode ou não pode ser mostrado. Na verdade, quanto a Junior, hoje mostra-se com facilidade na frente do espelho ou sob algum olhar mais desejoso, não mais recusa-se. Portanto, o proibido chega como forma de brincadeira, como nos cordéis, possibilitando mudanças de conceitos

que punem e castram o prazer da carne, ou seja, “*Destemido e sem igual/Na queda de braço ele/ Não encontrava um rival/ Na luta livre, se fala/ Era o atleta real*” (BATISTA, 1980).

3.6. Rir por fora, chora por dentro

Em crise de apnéia, Hélio, 35 anos, hipertenso e pesando 187kg, teve que ser levado as pressas ao hospital. A grande angústia da sua mãe foi como remover o filho tão pesado para emergência. A casa apertada, de corredor estreito, localizada na periferia de Fortaleza dificultava o deslocamento da massa sem movimento, o corpo largado, desfalecido. A família tinha uma moto que Hélio usava para seus passeios ou para fazer entregas de facção que a mãe produz como costureira. Assim, entregas, ultimamente, era seu único trabalho, “*obeso não tem opção de emprego*”. De fato, precisaram do carro que foi emprestado do vizinho, “*ele percebeu o pedido de ajuda e deu o jeito dele!É amigo mesmo*”. O mais difícil foi colocar o rapaz dentro do carro, o amigo disponível, mas franzino demais e a mãe cansada pelos desgastantes dias de sono mal dormido em alerta de cuidado: “*um homão daquele com tão pouco espaço entre a porta de casa e o banco do carro, nem sei como foi que deu...*”. Na ruela de casas sem movimento próxima à Av. Sargento Hermínio, muito estreita fica no lado murado enfrente ao movimentado trilho, no bairro Presidente Kennedy, que começou uma movimentação, “*nessas horas, todo mundo quer saber o que é, qué curiá!*” O longo caminho até o hospital no centro da cidade parecia não ter fim: “*mas parecia que eu tava vendo toda a minha vida passando na minha mente, hoje eu sei que não era vida, era a morte...*”. O excesso de peso começou anos antes, quando resolveu voltar de Manaus, sozinho pro Ceará separando-se da mãe. “*Aí, a tristeza começou, ficava muito só e ansioso*”, isso provocou uma “*comilança*”, era uma vontade descontrolada de comer para superar a solidão. “*Era pura ansiedade (...) comecei a descontar na comida pela saudade e a distância da mãe, antes era só eu e ela, meu pai já tinha ido embora, já viu né?*” Preso ao leito hospitalar, nem parecia aquele homem de aparência indígena, moreno de cabelos lisos, alegre, um “*baixinho brincalhão*”. Até poucos dias antes, encontrava os amigos para beber, contar piadas e curtir a vida: “*adorava sair, passear, ir a festas e sempre na companhia de amigos (...) que se aproveitavam da minha gordura fazendo brincadeiras*”. Quando ele e sua gordura se tornam alvo de piadas do bairro tudo muda. Enfim, Hélio se sente agredido pelo preconceito. A auto-exclusão social é percebida em ocasiões cotidianas como reuniões de aniversário, olhares em restaurantes ou até mesmo, uma festa dançante quando escuta frequentemente comentários

que incomodam e concretizam o próprio “peso”: *“olha ali bicho! Se tu não ti cuidá vai ficá é assim, quebrando até as cadeira”*. E, mesmo entristecido, ainda tentava levar uma vida normal, fazia as coisas parecerem engraçadas *“Cara já pensou! Eu saia dirigindo moto. Vixe! Aí, o pessoal dizia assim: êita a moto vai quebrar...e com esse monte de gordura dá pra fazer um monte de tocinho, isso era motivo de muita risada!”* Houve dois momentos, onde tudo não foi só de brincadeira: na procura do emprego, *“... eles sempre tinham vaga disponível e eles nunca me contratavam porque eu era um exagero de gordo!* e no sexo com a namorada, *“era namorada de muito tempo, na verdade, foi ela que fez o menino, eu já nem me preocupava com isso, até porque eu não tinha vontade porque não conseguia fazer era nada...”*. Na condição crítica que chegou ao hospital especializado que fazia acompanhamento, foi encaminhado para a intervenção cirúrgica com prioridade, *“era fazer ou morrer”*. Os riscos eram muito maiores, isso era evidente, a cada revisão mensal do programa, onde percebia que elevados níveis de ansiedade o faziam comer mais e, ao invés de perder os quilos, aumentava. O programa pede perda de 10% do peso total para poder operar, é exigência do pré-operatório e, neste caso, o interessado não diminuiu nada. Portanto, durante a cirurgia que durou mais de 5h, *“eu achava que tava era sonhando, que nada eu tava era morrendo!”* Fez parada cardiorespiratória severa e só retornou depois de muita insistência dos médicos (BOFF, 2000). Assim, a mãe sempre cuidadosa não saia mais de perto, parecia ser cuidado excessivo, mas em nenhum momento, falou sobre as intercorrências. *“Só me toquei mesmo disso tudo, quando o dr. falou na reunião geral pra todo mundo do grupo ouvir: cadê o menino que não perdia peso e quase morreu na operação?”*. Naquele momento, as palavras pareceram determinar uma nova fase de vida, um recomeço: *“Você teve sorte menino, nasceu de novo, mas deu muito trabalho”*. Além disso, driblar o preconceito evitou mais desprezo e depressão, *“naquele tempo, se eu fosse ficar triste só por essa gordura, eu ia era morrer”*. Apesar da cirurgia bariátrica em 2005 e a perda de 94kg, ficaram as “pelancas” e as marcas do sofrimento inscrito na sua memória. *“Agora, eu já tô trabalhando e posso retribuir o que a minha mãe fez por mim (...) protegê, cuidá e também cuidá do meu filho que é um presente pra mim e, antes, eu nem tinha como brincá com ele. Hoje, o pensamento é outro: “quero trabalhar muito e ganhar o meu dinheiro, ir nas festas, usá roupa da moda que eu escolher e se diverti muito! Eu num quero mais é ficá gordão”*.

Dessa forma, através da narrativa de Hélio, nos deparamos com o sofrimento humano citado por Kleinmann (1988) quando interligamos a fala chorosa do informante ao processo de afastamento social gerada pela obesidade mórbida. Ademais, seu corpo, produtor e portador de significados, tentava o tempo todo espantar a solidão e tristeza através da

compulsão pela comida. As relações afetivas construídas pelo convívio social foram abrindo espaço para brincadeiras pejorativas. No entanto, a ideia de que o corpo obeso pertence a um indivíduo de personalidade leve, brincalhona e engraçada: *“quanto mais couro melhor o sapato”* refletiu outra impressão, parecia sofrimento. Por fim, as constantes piadas aparecem como um dos vários mitos relacionados à obesidade frente à discriminação, baixa autoestima e as alterações do comportamento alimentar. Destarte, a cirurgia tirou gordura e resgatou um sofrimento saturado ingerido em cada piada. Ademais, as brincadeiras desencadearam um estigma. As dificuldades no dia-a-dia cresceram em relacionamentos, transporte, locomoção e no trabalho. Assim, sair pelo bairro era mais prático, pelas dificuldades existentes para quem tem excesso de peso. Era sinônimo de acessibilidade tumultuada, deslocar-se com lentidão na esburacada e perigosa periferia da cidade. Este roteiro era parte do contexto desse jovem. Ele se deparou com sequelas de uma doença que também é social e moral. A condição dependia de um tratamento que precisa de disciplina, força de vontade. De fato, Hélio usa seu corpo como “memória”, lembrando sofrimentos múltiplos dos olhares cruzados durante a experiência da enfermidade. As recusas nas entrevistas de emprego vieram à tona, *“todas as vezes que eu cheguei pra entrevista eu via que era tantas vaga e a Dra. nem conversava comigo direito e já ia logo dizendo que as vaga já tinham sido preenchidas. Eu sabia que era mentira. Só tinha uma certeza, que não tinha vaga pra gordo igual a mim”*. Este foi um desabafo de Hélio seguido de muitas lágrimas. O próprio corpo alterado ou deformado, grotesco e, até mesmo, repugnante, supunha que os outros tendem a tratá-lo com desprezo e hostilidade. Com a cirurgia bariátrica, veio o resgate de sofrimentos destacados nas falas do jovem “ex-gordo”. As complicações que a obesidade trouxe a sua saúde, são descritas frente ao “peso” do corpo, que Hélio descreve com sua proximidade da morte durante a distante trajetória da periferia até o hospital onde busca ajuda. A gordura acumula-se no corpo para preencher as perdas afetivas. Portanto, fica explícito com as dificuldades encontradas no sofrimento deste homem que o corpo obeso encontrava dificuldades, até mesmo, nas tarefas mais simples da vida cotidiana, como própria higiene corporal, atividades laborais e nos afazeres domésticos. Portanto, realizá-los tornou-se uma limitação constante pela dependência da mãe. Por fim, um desafio que aparecia de forma traumática. Enfim, uma *“verdadeira humilhação para um homem da minha idade”*, além da dependência financeira agora também a física. Assim, perder peso, significava recuperar integridade e a autoestima. Por outro lado, resgatar as atividades do cotidiano e (re) integrar-se ao seu papel social através da cirurgia bariátrica, possibilitou Hélio a (re) viver prazerosamente em sociedade. Além disso, *“a gordura boa como toicinho”* na fuga da realidade, ignorando-a. Diante disso, cegar para a

imagem mental do próprio corpo, não foi suficiente para evitar a fase assustadora de crises de apnéia e muita discriminação, vividas por este rapaz, que em sua fala, diz: *“eu queria mais era espantar a raiva e o sofrimento, senão eu ia era morrer”*. Assim, percebemos que as marcas deixadas publicamente pela obesidade, podem estigmatizar a pessoa, desgraçando-a (Kleinmann, 1988). Seu corpo era o espelho deste sentir, ancoradouro do seu sofrimento. Durante a narrativa, aparecem enfrentamentos impostos pela sociedade, preconceitos e restrições que distanciam o rapaz, mecanismo de defesa. Herbes com seu corpo obeso conseguiu driblar as brincadeiras, fazia questão de mostrar alegria, *“eu queria mais era espantar a raiva e o sofrimento, senão eu ia era morrer”*. *“Eu até queria parar de comê, mas não conseguia. Cada vez que tentava alguma coisa e não conseguia era pior ainda(...)”*. *Estas reações* aparecem principalmente, nas formas comportamentais não valorizadas na grande maioria das investigações do modelo hegemônico. Já médicos antropólogos trazem o argumento de que as doenças crônicas que se apropriam do corpo físico são, muitas vezes, respostas sócio-culturais incompreendidas aos profissionais responsáveis pelo acompanhamento clínico (LIRA, NATIONS e CATRIB, 2003). Enfim, o seu valor pessoal é obtido pela análise da sua aparência física e relatado pelo próprio Hélio, reforçando a teoria do estigma de Goffman (1995). Assim, o dia - a - dia, estava impregnado de insatisfação e tristeza. Portanto, o sofrimento virou um desafio para Herbes no momento onde a risada nervosa, transformou-se em choro de angústia. A fragilidade do modelo biomédico mutilou a doença como propõe a técnica, exterminando a gordura saturada e seus significados. Hoje, após ter vivido esta experiência de ser gordo, concretiza a fala de Cortine, Corbin e Vigarello (2008) corpo anormal em História do Corpo, quando ressucita seu sofrimento, resignificando-o e edifica a qualidade de vida de um homem que ria por fora, mas chorava por dentro pelo sofrimento de “peso” da doença (Kleinmann).

3.7. Ronaldão: “O Rei na Barriga” e na alma

Na perspectiva geral dos fatos, o sujeito tenta descrever a sua realidade vivida. Assim, trabalhando na lanchonete da família perto da praça principal em Aracati, município praiano do estado do CE, Ronaldão, 30 anos, moreno alto e com um sorriso fácil no rosto, começa sua história orgulhando-se de ter sido durante os últimos 4 anos, o eleito popular Rei Momo do carnaval da região onde mora, *“ser Rei Momo é tudo de bom, é se sentir a última bolacha do pacote!”* Depois de anos sendo tentado pelos amigos a colocar-se em evidência pelo seu excesso de “fofura” — forma carinhosa de descrever gordura exagerada, resistia pela

timidez e temia as repercussões que eram distantes do seu imaginário. O perfeccionismo de conhecer o que busca pôde, também, trazer surpresas e gerar encantamento: *“antes de entrar de cara numa situação, eu procuro estudar um pouco ela, que é pra quando chegá a ocasião eu já está preparado”*. As perspectivas eram promissoras para quem estava percebendo preconceitos por ser obeso e não abria mão de comer o que dava prazer: *“ser Rei é ter o poder, você abre espaço, é respeitado e as pessoas passam a te olhar diferente (...) e eu que era tímido demais, acabei vendo que tinha muita alegria e diversão”*. Assim, chegou a pesar 172kg e antes de submeter-se a cirurgia bariátrica de fato, já tinha perdido peso com sacrifício, participava do programa de obesidade mórbida do HGCC e estava com 144kg. Assim, *“quando eu chegava na frente do espelho, eu procurava, procurava, mas eu não conseguia ver esse peso todo!”* As tentativas foram estressantes, precisa-se muita disciplina com as regras de pré-operatório e *“quando não deu certo a segunda vez, eu engordei mais do que tinha perdido, o acompanhamento com a psicóloga do programa foi o que me salvou”*. De fato, um total de três pré-operatórios, Ricardo já estava se sentindo desestimulado, passou uns meses com pensamento de desistir até realmente retomar orientações e operar-se, *“a primeira vez cheguei a entrar no centro cirúrgico de um hospital particular da cidade e me mandaram sair, foi a sensação mais frustrante de toda minha vida, eu tinha me preparado praquilo, os médicos tinham me convidado, era experiência nova e, eu mesmo com medo, aceitei, eu queria tentar!”* Destarte, relata que começou a engordar quando ainda tinha seus 16 anos e parou de participar dos treinos do time de futebol na escola Marista de sua cidade para ajudar os pais com o trabalho e sustento da família. Nesse ínterim, sofreu preconceitos e humilhações, mas tem consciência de que não tinha uma boa qualidade na alimentação, *“sempre gostei de comer coisas calóricas, beliscava, engordava porque comia muitas guloseimas e não pratão de comida, comia porque queria, gostava”*. Na retrospectiva de sua vida, depois da intervenção cirúrgica tranquila e todos os maus momentos morbidamente vividos, define como é ser um homem obeso, *“hoje não dá pra dizer que seja uma derrota total! Porque tem vantagens e desvantagens. Eu vejo que você tem que ser uma pessoa alegre, dependendo de ser obeso ou não, a gente tem o livre arbítrio de escolher o que quer pra nossa vida”*. Conta que ao final de sua adolescência já gordo, foi convidado a ingressar na vida religiosa e deu continuidade a sua disciplinada formação através dos estudos na Arquidiocese de Aracati. Assim, percebeu ao longo de sua permanência no seminário que não desejava uma vida de exclusão aos prazeres mundanos, *“o bom e não o proibido, queria vivê aquilo que não se vive no dentro do seminário, sua agenda é com base na disciplina”*. Assim, fez a sua escolha, desligou-se para viver a vida. A certeza de partilhar os prazeres do mundo

estava evidente e ultrapassavam o antigo prazer de comer e estudar, *“tava engordando, eu não notava não. Acho que a relação para engordar e perder é a mesma, só que para engordar tem o prazer de comer e perder não, é só sacrifício”*. A opção de usar a gordura a seu favor apareceu em meio a esta nova construção de vida, já era uma doença, a obesidade mórbida, estava consciente, *“mas estava fazendo coisas boas sem fazer o errado, na vida mundana isto serve para construir a autoimagem”*. Portanto, ajudar no Natal como papai Noel de uma comunidade carente, despertou a fantasia de ser responsável pelo prazer do outro, a gordura não tinha peso, significava prazer e poder, *“eu sei que as pessoas diziam e brigavam porque eu estava muito gordo, mas eu não sentia este peso todo!, Andava de bicicleta, corria e esta gordura não me incomodava”*. Foi quando veio o título de Rei do Carnaval, *“O Rei Momo, com enorme barriga, gordo e alegre, que faz o povo rir em coro, festejar”*. Aquele que tem o poder na barriga grande, cheia de gordura. Mas, a vida passa, as pessoas amadurecem, *“a cada dia que passa, você constrói uma coisa nova...”* e, agora, o rei carnavalesco, *“que uma vez Rei Momo, rei Momo para sempre – O Ronaldão de Aracati”*, encontrou o momento de cuidar-se, modificar a sua imagem mórbida por uma imagem saudável, então: *“luto agora por um rei moderno da geração saúde, o Rei Momo magro”*. Enfim, festeja sem a saturação de uma gordura a sua nova autoimagem, mas com o mesmo prazer da alegria o poder de ser Rei.

Nesta perspectiva, *“presume-se que o rei deve dominar seus súditos e ele o faz também, por um corpo inevitavelmente idealizado”* (VIGARELLO, 2008). De fato, o século XVI, XVII na França e na Inglaterra, era a monarquia quem ditava as regras. O corpo do rei, onde o absolutismo estava em cena expressava saúde e fartura por ser corpulento e forte, dando sempre a ideia de poder. Na raquítica sociedade do Ceará, a tentativa de engorda, favorece a ascensão social. Ser gordo e avolumado promete uma vida mais elitizada, principalmente, na região do Nordeste brasileiro, onde pobreza e fome são evidentes. Assim, ser rei e relacionar este poder com a gordura de uma grande pança, se faz muito longínqua, já é parte da história da humanidade. Assim, até para esta região onde o pobre sofre, até porque é gordo demais. Ademais, quando um corpo se faz anormal, mórbido como o rei momo da história, é um rei que tem um significado. O rei na barriga no Nordeste, também reforça relação de poder ao cumprimento por estar tudo bem (como bater na barriga um do outro na forma de cumprimento), com a fartura em meio a tanto sofrimento com a seca do interior e a falta de proventos pelo desemprego na zona urbana. Katz (2009) usa a flexibilidade nas mudanças, trabalhando conceitos do estigma que pode não ser tão fixo, é dinâmico. Ao longo das experiências pode-se mudar. Nesse sentido, assim como Katz administrou o encontro

clínico, o nosso rei carnavalesco pôde reescrever a sua estória frente à sociedade, “*quero ser um rei momo magro!*”. O comitê do carnaval de Aracati já pensa em mudar as regras do carnaval e já pensa em mudar as regras, colaborar, redefinir, (re) enquadrando os conceitos do rei momo. Portanto, o mito tão antigo quanto à história dos séculos, no império francês e os velhos carnavais brasileiros. Porque? “... *ser o rei momo magro, pode ser tão bom quanto ser gordo, é só poder e prazer...*”, comilança e status, metáfora de status, gordo pela fartura de ser rico, privilégios de comer e viver, reflete que ser gordo é ser poderoso, ele muda esta imagem. Mas, este rei tem poder e quer mudar o costumeiro jogo. Destarte, estimulou a reflexão sobre a cultura, mudanças de padrões culturais e quando saiu do seminário para mudar regras percebeu que viver o mundano pode ser sinônimo de poder, prazer e uma vida saudável. No contexto atual, mudar o estigma, a flexibilização, permite uma nova dimensão de viver como um verdadeiro rei : “*uma vez rei, rei para sempre!*”. Isto é redimensionar. Aqui, Ronaldão percebe que pode usar seu poder a favor de uma mudança e fala em reajustar as imagens para um rei magro. Assim como Katz administrou o encontro clínico, no caso do nosso rei foi possível usar a flexibilidade nas mudanças, trabalhando conceitos do preconceito e do estigma que pode não ser tão fixo, é dinâmico. Ao longo das experiências pode-se mudar. Argumenta Katz sugere em seu estudo, o Ronaldão continuará aceito na sociedade com impacto positivo pelo poder que representa mantendo o status e privilégios além de valorizado pela cultura. Se comparado com a narrativa do cabo Fausto, a sociedade vai redefinindo conceitos, direciona a mudança da imagem reagindo ao novo corpo que exerce a função social. Ronaldão perdeu a gordura, mas não o status. O policial não, a sociedade não o reconheceu após o seu esforço, possivelmente, pela rigidez do sistema militar na preservação do corpo físico. O rei momo, muito enraizado para os brasileiros, continua fortalecendo a proposta carnavalesca do Aracati. Por esta forma, a cidade já está preocupada em flexibilizar-se, saudável poder de conquistar o povo e não somente viver os benefícios do poder. Por fim, o rei se sente reconhecido, portanto, não era só a imagem corporal que foi embora quebrando paradigmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nossa proposta neste trabalho foi compreender a obesidade mórbida no homem cearense desvelando a inserção da carga subjetiva na experiência da enfermidade com intuito de humanizar o cuidado. Deste modo, a experiência da enfermidade, para homens obesos mórbidos, é um sofrimento social, centrado na cronicidade, preconceito, desmoralização, estigma e vergonha. Destarte, retrata situações vividas por pessoas fragilizadas, em consequência à patologia biológica.

Importa destacar para a nossa avaliação, que a narrativa desses homens obesos, permitiu um olhar surpreendente, capaz de desvelar os significados escondidos entre “pelancas”, “panças”, “banhas”, gorduras transformadas em deformidades.

Nesse sentido, a carga emocional da gordura excessiva, aumenta o sofrimento de uma epidemia que tem dimensão moral. De fato, infelizmente, os profissionais de saúde, em sua maioria, não conseguem alcançar até as representações êmicas – o que vem de dentro para fora, compreendendo as “dores” que distinguem o seu modo de viver.

A partir daí, não negamos à notável melhoria observada após o tratamento médico e cirúrgico. Entretanto, a vulnerabilidade provocada pelas marcas da enfermidade exige a humanização do cuidado.

De forma geral, a experiência da enfermidade, para homens obesos mórbidos, é um sofrimento social, centrado na cronicidade, preconceito, desmoralização, estigma e vergonha. Portanto, retrata situações vividas por pessoas fragilizadas, em consequência à patologia biológica.

Nesta perspectiva, a narrativa desses homens obesos, permitiu um olhar surpreendente, capaz de desvelar os significados escondidos entre “pelancas”, “panças”, “banhas”, gorduras transformadas em deformidades. Por fim, percebemos que a carga emocional da gordura excessiva, aumenta o sofrimento de uma epidemia que tem dimensão moral. Na verdade, os profissionais de saúde, em maioria, não conseguem alcançar até as representações êmicas, ou

seja, o que vem de dentro para fora, compreendendo as “dores” que distinguem o seu modo de viver.

Cumpramos, ainda, que não negamos à notável melhoria observada após o tratamento médico e cirúrgico. Entretanto, a vulnerabilidade provocada pelas marcas da enfermidade, exige a humanização do cuidado. Na verdade, essa pesquisa antropológica traz à baila, o entendimento científico sobre a obesidade mórbida persistente na biomedicina. Enfim, o conhecimento da experiência de ser homem obeso mórbido cearense, sugere que os profissionais da saúde escutem com atenção a subjetividade da experiência humana, pois valores e emoções ainda permanecem atrás dos dados estatísticos. Por fim, não haverá mudança, se virtualmente, não olharmos a “carga cultural e os significados” desta gordura saturada, que mostra um homem gordo em plena masculinidade, mas coloca dúvida quanto à virilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, LUIZ ANTÔNIO. **Obesidade e Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Coleção Temas em Saúde, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDOS DA OBESIDADE - **ABESO** Disponível em: <http://www.abeso.org.br> Acesso em: 16 fev., 2008.

AUGUSTO; PINTO, José (Org). **Metodologia das ciências sociais**. 10.ed. Porto: Afrontamento. p. 32-34, 1999.

ALMEIDA, G.N. de, LOUREIRO, S.R.e SANTOS, J.E. A imagem corporal das mulheres morbidamente obesas Avaliada através do desenho da figura humana. **Psicologia Reflexão e crítica**,15 (2).pp.283-292, 2002.

ALVES, P. C. A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. **Caderno de Saúde pública**, Rio de Janeiro, 9(3):263-271,jul/set,1993.

_____. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 22 (08):1547-1554. ago, 2006

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P. C.B.; SOUZA, I. M. A (Orgs.) **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.171-85,1999.

BATISTA, Abraão Bezerra. Literatura de: **o direito que a mulher tem**. Juazeiro, 1980.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BIBEAU, G. A step towards thick thinking: from webs of significance to connections across dimensions. **Medical anthropology Quarterly**, Detroit, v. 2, p. 402-415, 1988.

BIBEAU, Gilles; CORIN, Ellen. From submission to the text to interpretive violence. In: BIBEAU, Gilles; CORIN, Ellen(Ed.). **Beyond textuality: asceticism and violence in anthropological interpretation**. Berlin: Montonde Gruyter. p. 3-54, 1995.

BRASIL. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde (DATASUS). **Caderno de Obesidade**, 2007. [texto na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde . Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2000.

BUENO, Eva P. O Peso certo para a luta. **Revista Espaço Acadêmico**. Abril, v(35) ISSN1519.6186, 2004.

BARREIRA, Irllys Alencar Firmo. O Lugar do Indivíduo na Sociedade: sob o prisma da liberdade e dos constrangimentos sociais. In: **Revista de Ciências Sociais-Revisitando Temas Clássicos e Contemporâneos**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará- UFC, v.34, n. 2, 2003.

BENÍCIO et al.,Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia.**Revista de Saúde Pública**. 38(13):392-8. Goiás, 2004, 2006.

BJORNTORP, Aspectos neuroendócrinos da síndrome metabólica. **N. Engl. J. Med.** 348:383-93, 2003.

BOURDIEU, Pierre. O corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas.Temas Livres. **Revista Ciências e Saúde Coletiva** v.11 n.2 Rio de Janeiro Apr./June, 2006.

_____. O Poder Simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

BRASIL. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Ministério da Saúde/FIOCRUZ,1996.

BRASIL. Ministério da Saúde (DATASUS). **Caderno de Obesidade**, 2007 [texto na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

BRETON, David Le. **A sociologia do Corpo** . Petrópolis: Vozes, 2006.

_____. **Adeus ao corpo**, Antropologia e sociedade. Campinas, SP: Papius, 2003.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2000.

BUKLANDY, Luciene; BODSTEIN, Regina Cele de A. Política e Saúde Coleiva: reflexão sobre a produção científica (1976 – 1992). **Caderno de Saúde Pública**, v.14, n.3, Julho/ Set., 1998.

COURTINE, Jean Jaques. **O Corpo anormal: história e antropologia cultural da deformidade**. In: Corbin, Alain; Courtine, Jean-Jaques, Vigarello, Georges (Org). **A História do corpo: as mutações no olhar do sec. XX**. Tradução de Efhraim ferreira Alves. Editora Vozes. Rio de janeiro. p. 234-240, 2008.

CANESQUI, Ana Maria. **Ciências sociais e Saúde no Brasil**. Coleção Saúde em Debate - série linha de frente. SP: HUCITEC , 2007.

CAPRARA, Andrea.; VERAS, Maria do Socorro e. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu,v.9, p.131-46, fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 20 nov., 2008.

COUTINHO, Walter; Consenso Latino-Americano de Obesidade: até onde já chegamos.

Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia.v.43,fas.1,p.5-6, fev.1999. Disponível

em:

<[http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=262024&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&next](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=262024&indexSearch=ID)

[tAction=lnk&exprSearch=262024&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=262024&indexSearch=ID)> Acesso em: 03/09/07, 2007.

CENEVIVA et al. Cirurgia Bariátrica e apnéia do sono. Faculdade de medicina de Ribeirão

Preto – fmrp.usp.br. n.39(2):235-245. SP., 2006.

CZEPIELEWSKI, M.A. Alterações metabólicas da obesidade na Síndrome de Cushing.

Jornal Clín. Endocrinol e Metab. 86:5534-40. Porto Alegre, 2001.

DIÁRIO DO NORDESTE – Jornal de circulação local no estado do CE. 10 de março.

Caderno Cidade p.12-14. Fortaleza-CE, 2008.

FANDIÑO, J. et. al. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. **Revista**

de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. v. 26, n.1, p. 47-51, Porto Alegre, jan/abr, 2004.

Disponível

em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010181082004000100007&script=sci_arttext&tlng=p

[t.](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010181082004000100007&script=sci_arttext&tlng=p)> Acesso em: 10/09/07 às 16: 45hs, 2007.

FARIA, O. P. et. al. Obesos mórbidos tratados com gastroplastia redutora com

bypass gástrico em y de roux: análise 160 pacientes. **Revista Brasília Médica.** v.39, p. 26-34,

2002.

Disponível

em:

<

[http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=356402&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&next](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=356402&indexSearch=ID)

[tAction=lnk&exprSearch=356402&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=356402&indexSearch=ID)> Acesso em: 05/09/07, 2007.

FERREIRA,V.A.; MAGALHÃES,R. Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. Um estudo

com mulheres da favela da rocinha, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de saúde pública, Rio**

de Janeiro, 21(6):1792-1800. nov-dez., 2005.

GARRIDO Jr.. Noções fundamentais, diagnóstico e classificação da obesidade. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**. SP.: Atheneu, 2002.

GEERTZ Clifford. **The interpretation of cultures**. New York (NY): Basic Books, 1977.

GOFFMAN, Erving. **Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUARESCHI, **Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais**. Petrópolis: Vozes. 2003.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. **Fisioterapia dermatofuncional**. 3.ed. Barueri: Manole, 2004.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim; NATIONS, Marilyn Kay; LUZ, Madel Therezinha. Pisada como Pano de Chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde Soc. São Paulo**, v.7,n.1,p.61-72, 2008.

GOMES, Romeu. **Sexualidade, Gênero e Saúde**. Coleção criança, mulher e saúde. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2008.

GUTMANN, Matthew C. **The Meanings of macho: Being a Man in Mexico City**. The Regents of the University of California. Ed. 1996 capítulo five -machismo – nine men's sexy
HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

HALPERN, A.; MANCINI, M. Obesidade. **Revista Brasileira de Medicina**. São Paulo, v. 56, n. 12, p. 131-140, dez. 1999.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde & Doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Com a Obesidade não se brinca, 2002-2003**. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/saude/obesidade.html> Acesso em: 17-09-07 às 20:25, 2007.

ITURRA, Raúl. Trabalho de campo e observação participante em antropologia. In: SILVA, Augusto; PINTO, José (Org). **Metodologia das ciências sociais**. 10ªed. Porto: Afrontamento, p. 32-34, 1999.

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2000.

KATZ, Arlene Michele ; ALEGRÍA, Margarita. The clinical encounter as local moral world: Shifts of assumptions and transformation in relational context. **Social Science e Medicine**. Bonston, ago., 2009.

KOWALSKI, Marizabel; FERREIRA, Maria Beatriz Rocha. Estética, corpo e cultura. **Revista Conexões, Campinas**, v. 5, n. 2, - ISSN: 1516-4381, 2007.

KEDE, M.P.V. e SABATOVICH, O. Dermatologia estética.São Paulo: Atheneu, 2004.

KLEINMAN, A.M.P. **The illness narratives suffering, healing e the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

_____. **What really matters: living a moral life amidst uncertainty and danger**. Oxford: Oxford University Press, 2006.

KOWALSKI, Monique. **A BELEZA FEMININA NA ERA DA DIVERSIDADE** Universidade do Estado de Santa Catarina. FLORIANÓPOLIS – SC, 2009.

LIMA, Robson Batista de. Dois masculinos, dois discursos: a representação do homem vaidoso nas revistas VIP e Men's Health. **Fazendo Gênero 8 – corpo, Violência e Poder**. Florianópolis. Ago., 2008.

LIRA, G.V; CATRIB, A.M.F; NATIONS, M.K. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **Rev Bras Promoção Saúde**. 16:59-66, 2003.

MANCINI, M.; Obstáculos Diagnósticos e Desafios Terapêuticos no Paciente Obeso. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. V. 45, n. 6, p. 584-606, São Paulo, dez. 2001. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000600013> Acesso em: 29/08/07 às 16h, 2007.

MARCHESINI, Simone Dallegrave; Valentini, Renata. Aspectos Psicológicos da Obesidade. In: Cirurgia de Obesidade Mórbida. Disponível em: <http://www.gastromet.com.br/newpage11.htm>. Acesso em 26 set., 2007.

MEDEIROS, Sílvio. IMPRIMIS. A Iluminação do Intelecto e o princípio do Belo em Tomás de Aquino – Parte I (ensaios). Adicionada em sábado, 17/março/2007. 16:47h.

MAUSS, Marcel. Les Techniques du Corps. **Jornal de Psicologia**, XXXII, p.3-4, 15 mars 1936. Disponível em: http://www.wupac.quebec.ca/zone30/classiques_des_sciences_sociales/index.html. Acessado em: 20 set., 2007.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **O Visível e o Invisível**. Tradução de José Arthur Giannotti e Armando Mora d'Oliveira. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

MEN'S HEALTH. SÃO PAULO; v.32.dez..2008.Mensal, 2008.

_____. SÃO PAULO;v.33.jan..2009.Mensal, 2009.

_____. SÃO PAULO;v.35.mar.2009.Mensal, 2009.

_____. SÃO PAULO;v.38.jun.2009.Mensal, 2009.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. **Bourdieu e o campo da saúde : uma sociologia em Actes**. Mimeo, 2007

MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a Desumanização da Medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MINAYO, C.S. et al (Org.). **Pesquisa Social - Teoria, Método e Criatividade**. 6 ed. Petrópolis, RJ:Vozes, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM** (Princípios e Diretrizes). Brasília. Agosto de 2008.

NATIONS, Marilyn Kay; GOMES, Annatália Meneses de Amorim. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, 23(9); 2103-2112, set, 2007.

NATIONS, Marilyn Kay; VIEIRA, Luisa Jane Eyre de Sousa; PINTO, Juliana Maria de Sousa. Sopro de Vida: experiência com a doença pulmonar obstrutiva crônica na pobreza urbana de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, 2008.

NATIONS, Marilyn Kay; LIRA, Geison Vasconcelos; CATRIB, Ana Maria Fontenelle. Stigma, deforminf metaphors and patient's moral experience of multibacillary leprosy in Sobral, Ceará State, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, 25(6) p. 1215-1224, jun, 2009.

NATIONS, Marilyn Kay. **Corte a Mortalha: o cálculo humano da morte infantil no Ceará**. Rio de Janeiro, RJ. Editora FIOCRUZ, 2009

NOLASCO, Sócrates. **O mito da masculinidade**. Coleção Gênero Plural. Editora Rocco, Rio de Janeiro. 1993.

OLIVEIRA, Verence Martins; LINARDI, Rosa Cardelino; AZEVEDO, Alexandre Pinto. Cirurgia Bariátrica – **Aspectos psicológicos e psiquiátricos**. Rev. Psiq. Clin. 31 (4); 199-201, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças (CID-10)**. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8º Ed. São Paulo: EDUSP, 2000.

PORTER, Roy; VIGARELLO, Georges. Corpo, saúde e doença. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges(Org). **A história do corpo: Da renascenças às luzes**. Tradução de Lúcia Orth. Rio de Janeiro: Vozes. p. 441-486, 2008.

PUGLIA, Carlos Roberto. Diretrizes em Foco; Indicações para o tratamento operatório da obesidade mórbida. **Revista da Associação Médica Brasileira**.v.50,n.2,São Paulo,abr/jan p.109-26, 2004. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302004000200015&script=sci_arttext&tlng=em> Acesso em: 06/09/07 às 17:30, 2007.

REPETTO, G. Histórico da obesidade. In: HALPERN, A. et al. (Org.). **Obesidade**. São Paulo: Lemos. p.3-13, 1998.

REY, Fernando Gonzáles. Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: **Os processos da construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thomsn, 2005.

RODRIGUES et al. Crenças e influências sobre dietas de emagrecimento entre obesos de baixa renda. **Ciê. Saúde Coletiva**. v.12,n.6, pp.1567-1574. ISSN1413-8123, 2007.

SEGAL, Adriano; FANDIÑO, Júlia. Indicações e contra-indicações para a realização das operações bariátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 24s.3, p. 68-72, dez. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000700015&script=sci_arttext&tlng=pt> Acesso em: 08/09/07 às 18:20h, 2007.

SEVALHO, Gil. **Uma abordagem histórica das representações sociais da saúde e doença**. Cad. Saúde Pública, vol.9, n.3, jul.set, p.349-363, 1993.

STIKER, Henri-Jaques. Nova percepção do corpo enfermo. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (Org). **A história do corpo: da revolução à grande guerra**. Tradução de Ephraim Ferreira Alves. Rio de Janeiro: Vozes. p.347-374, 2008.

SUDO, Nara; LUZ, Terezinha Madel. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. **Ciência e Saúde Coletiva**. Temas livres. 12(4):1033-1040, 2007.

SUPLICY, Eduardo Matarazzo. **Programa Fome Zero do presidente Lula e as perspectivas da Renda Básica de Cidadania no Brasil**. Revista Econômica, v.4, n.1, p.95-115, junho 2002 – impressa em OUT., 2003.

SILVA, Antônio de Pádua Dias da. **Representação do masculino no imaginário do cordel**. Universidade Estadual da Paraíba, 1993.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, J. M. **Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença**. Cad. saúde Públ., Rio de Janeiro, 10(4):497-504, Out/Dez, 1994.

VIGARELLO, Georges. O Corpo do rei. éditions du Seuil, 2005. Editora Vozes, Ltda. **Direitos de publicação em língua portuguesa**, 2008.

_____. **A história do corpo: da revolução à grande guerra**. Tradução de Ephraim Ferreira Alves. Rio de Janeiro: Vozes. p.347-374, 2008.

VILHENA, Junia de; NOVAES, Joana de Vilhena. Comendo, comendo e não se satisfazendo: apenas uma questão cirúrgica? Obesidade Mórbida e o culto ao corpo na sociedade contemporânea. Revista mal-estar e subjetividade. Fortaleza- v. VIII- n.2 p.379-406. Jun.2008

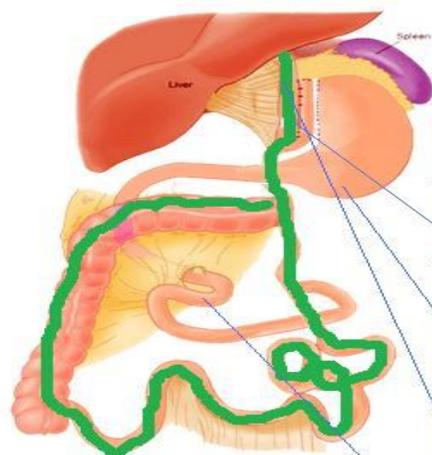
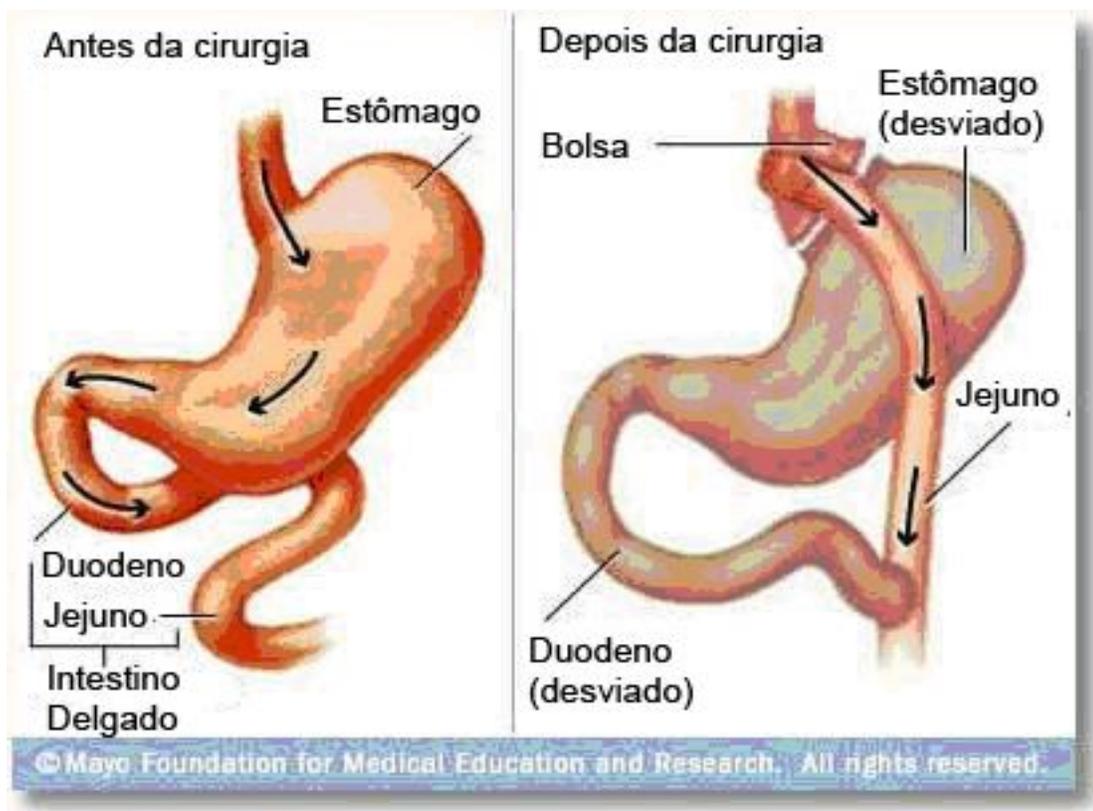
YIN, Robert, K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZILBERSTEIN, B.; GALVÃO, M. G. N.; RAMOS, A. C. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. **Revista Brasileira de Medicina**. V. 59, n. 4, p. 258-264, abr/2002. Disponível em: <http://www.gastroobesocenter.com.br/goc_institucional/cientifico_01.pdf> Acesso em: 10/09/07 às 16:37h, 2007.

ANEXOS

ANEXO A

CIRURGIA BARIÁTRICA



A parte em verde mostra o novo caminho do alimento após a cirurgia, repare que ele ficou bem mais curto do que na primeira figura, diminuindo o aproveitamento do alimento que é

Essa é a parte do estômago por onde o alimento continua passando após a cirurgia.

Essa parte do estômago (95%) fica isolada, produzindo suco gástrico que vai ser lançado lá embaixo no intestino.

Um anel pode ser colocado aqui para aumentar a sensação de saciedade e diminuir a fome.

Repare que o alimento "corta caminho" e fica menos no intestino.

ANEXO B

Rei Momo (Carnaval)



(Arquivos – fotos autorizadas para pesquisa)

ANEXO C

Obesidade Mórbida



(Arquivos – fotos autorizadas para pesquisa)



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ / SUS
HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS
CENTRO DE ESTUDOS APERFEIÇOAMENTO E PESQUISA
COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CEP

Data da Aprovação: 08/05/09

Protocolo do CEP: 304/2009

Título do projeto: O PESO DO GORDO: CARGA DA ENFERMIDADE APÓS EXPERIÊNCIA DA CIRURGIA BARIÁTRICA

Pesquisador responsável: Andréa Stopiglia Guedes Braide

Orientadora: Marilyn Kay Nations

Levamos ao conhecimento de V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral Dr. César Cals, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, Resolução N°. 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução N°. 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997 respectivamente, avaliou e aprovou o referido projeto, em reunião do dia 08 de maio de 2009.

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de não participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra por ele assinado.
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme estabelecido no protocolo.
3. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Qualquer modificação ou emenda ao protocolo deve ser apresentada ao CEP para nova avaliação.
5. Relatório parcial e final devem ser apresentados ao CEP.


Dr. Antonio Luiz Carneiro Jerônimo
Coordenador do CEP

*Ana Paula de
05/05/09*

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)