

O corpo feminino e o preço da inclusão na cultura contemporânea

Body and History

Mary Del Priore^I; Dirce de Sá Freire^{II}

I - Universidade de São Paulo

II - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

RESUMO:

Uma introdução à história da obesidade – A transformação do gordo – Ao longo de diferentes épocas, o diálogo entre beleza e gordura – Na Contemporaneidade – as transformações tecnológicas a serviço da magreza – a mulher e o exercício físico: o abandono das curvas e a adoção do tipo longilíneo – refinamento da culinária (da banha aos lights) danos trazidos a partir do fast food – obesidade torna-se uma questão de saúde pública – a tecnologia a serviço da obesidade. Obesidade e as fases do desenvolvimento humano: O processo de “engordamento” – a obesidade é uma questão cultural? Causas da obesidade – Dinâmica presente na obesidade – divulgação da cirurgia de redução do estômago: Grupos Operativos e Sessões Individuais Opção cirúrgica para controle da obesidade – pré-operatório e pós-operatório – Reflexão acerca do acompanhamento terapêutico: Criação de um novo espaço de debate sobre os transtornos alimentares tendo a Psicanálise como referencial teórico – as contribuições da Psicossomática para compreensão dos transtornos alimentares – Reeducação Alimentar e não Dieta – a interface com a orientação nutricionista – O emagrecimento e o resgate do prazer de comer

Palavras-chave: História da Obesidade; Obesidade e Beleza; Tratamentos para Obesidade; Tecnologia a serviço da obesidade

ABSTRACT:

A sight in the history of obesity –Transformation of Obesity - Through different ages, the dialogue amongst beauty and fatness – Nowadays – tech improvement in service of slimness – the woman and body fitness:

discarding a curved body and adoption of thin shape - cuisine upgrading (from fat to light) – damages health brought by “fast-food” – obesity becomes a matter of public health – technology assisting obesity. Obesity and stages of human development: The process of “fatness” – Is obesity a matter of culture? Reasons of obesity – Dynamics claimed in obesity – Knowing about stomach downsizing: working group(s) and single session(s). Medical options for obesity control – ante and post surgical – Considerations regarding medical follow-up. Build up of new areas for discussions about disturbances based on Psychoanalysis -. For a better understanding of Psychosomatic and eating disturb – Reeducation not diet – Interface with specialist nutrition guidance - reducing fat and ransom pleasure of eating.

Key words: History of Obesity, Obesity and Beauty; Treatment for Obesity; Technology assisting obesity – (tech improvement in service of slimness)

Enquanto em Brasília se discute a “Fome Zero”, a obesidade no Brasil já tem custos. São um bilhão e cem milhões gastos com consultas médicas e tratamentos para excesso de peso. Estamos cada vez mais gordos, e mais caros! Numa sociedade lipofóbica que só nos quer magros e esbeltos e onde a medicina vê na obesidade um caso de saúde pública, já há militantes do “*Fat is beautiful*”. A rejeição da obesidade e dos gordos levou Marlon Brando a reagir: “entre mercadores da magreza, diz ele, ser gordo é revolucionário!”.

Antigamente era diferente. A definição social da boa corpulência (*l’embonpoint* ou em-bom-estado) era bem outra. Lembremos, por exemplo, que a entrada do açúcar e da batata no cardápio europeu modificou os modelos de beleza feminina. O historiador Jean-Louis Flandrin foi o primeiro a apontar a transformação sofrida pelos cânones estéticos, por meio da introdução destes lipídios¹. Entre os séculos XVI e XVIII, a Europa abandonava os seios pequenos e quadris estreitos das mulheres retratadas por pintores como Dürer, para mergulhar nas dobras rosadas das

“gordinhas” de Rubens e Rembrandt. Gordura não era só sinônimo de beleza, mas, também, de distinção social. Nas sociedades do Antigo Regime, os indivíduos se distinguiam por sua capacidade em escolher determinados alimentos, em detrimento de outros. A nobreza podia se dar ao luxo de consumir cremes, manteiga, açúcar e molhos ácidos e temperados. Os pobres cozinhavam o pouco que comiam, com banha. Os derivados da cana, por sua vez, eram tão caros que só podiam ser consumidos como remédio. Nestas sociedades, o regime das elites ditava um ideal feminino que andava de par com a corpulência das grandes damas. Não havia formosura, sem gordura! E gordura era sinônimo de riqueza. Havia também uma correlação direta entre gosto alimentar e gosto sexual. Na poesia e na literatura do mesmo período, observa-se que os adjetivos empregados para designar a mulher amada e a comida são os mesmos: “delicada, gostosa, suculenta, doce, deliciosa” etc...

Apesar das preocupações higienistas alimentarem a moda da gordinha – engordavam-se as mulheres muito magras, pois se temia que essas ficassem anêmicas ou histéricas –, a obesidade começava a provocar, em meados do século XIX, interjeições negativas. Sobre as baianas, “os maiores espécimes da raça humana” dizia um estarecido viajante estrangeiro de passagem pelo Brasil que essas pesavam mais de 200 libras e andavam “sacudindo suas carnes na rua, e a grossa circunferência de seus braços”. As mulheres brancas eram descritas por observadores estrangeiros como possuidoras de um corpo negligenciado, corpulento e pesado, emoldurado por um rosto precocemente envelhecido. As causas eram várias²: a indolência, os banhos quentes, o amor à comodidade, o ócio excessivo desfrutado numa sociedade escravista, o matrimônio e a maternidade precoces, as formas de lazer e de sociabilidade que não

estimulavam o exercício físico, o confinamento ao lar impregnado de apatia onde prevalecia o hábito de “desfrutar de uma sesta, ou cochilo depois do jantar”, como explicava, em 1821, o inglês James Henderson.

Apesar do declarado horror à obesidade, os viajantes estrangeiros reconheciam, contudo, que o modelo “cheio”, arredondado, correspondia ao ideal de beleza dos brasileiros, o que explicavam pela decorrência do gosto de seus ancestrais. Gorda e bela eram qualidades sinônimas para a raça latina meridional, incluídos aí os brasileiros, e para explicar essa queda pela exuberância, era invocada a influência do sangue mourisco. Dizia-se que o maior elogio que se podia fazer a uma dama no país era estar a cada dia “mais gorda e mais bonita”, “coisa – segundo o inglês Richard Burton, em 1893 – que cedo acontece à maioria delas”. Gordas quando mocinhas, ao chegarem aos trinta anos já eram corpulentas, incapazes de seduzir o olhar dos estrangeiros. “O leitor pode notar, nessas moças vestidas de preto da cintura para cima, um contraste com a gorda matrona que a segue”, queixava-se Daniel Kidder³.

Gilberto Freyre chega a dizer com graça, que as “vastas e ostensivas ancas” das matronas brasileiras eram verdadeiras “insígnias aristocráticas”. A “descadeirada”, sendo olhada como deficiente de corpo! A mulher de formas mais salientes tendia a ser considerada a mais ortodoxamente feminina⁴. Ancas eram o símbolo da mulher sexuada, desejável e fecunda. Feliz prisioneira dessas formas, ela sublinhava a relação entre sua conformação anatômica e sua função biológica e, ao mesmo tempo, sagrada: reproduzir, procriar, perpetuar.

As ancas ganharam uma grande aliada com a moda das “anquinhas”. Essa espécie de enchimento artificial, capaz de valorizar o baixo corporal feminino, deu ao posterior feminino uma forma ainda mais luxuriante. Se

preciso fosse, usavam-se suplementos de variado tipo, feitos de barbatanas, lâminas de ferro, *pufs* de jornal e até “pneumáticos” para preencher e valorizar as virtudes calipíguas das que não as tinham.

O século XX trouxe transformações. Desde o início do século, na Europa, multiplicavam-se os ginásios, os professores de ginástica, os manuais de medicina que chamavam atenção para as vantagens físicas e morais dos exercícios. As idéias de teóricos importantes como Tissot ou Pestalozzi corriam o mundo. Uma nova atenção voltada à análise dos músculos e das articulações graduava os exercícios, racionalizando e programando seu aprendizado. Não se desperdiçava mais força na desordem de gesticulações livres⁵. Os novos métodos de ginástica investiam em potencializar as forças físicas e as mulheres começavam a pedalar ou a jogar tênis na Europa. Não faltou quem achasse a novidade imoral, uma degenerescência e até mesmo, pecado.

Na Europa, de onde vinham todas as modas, a entrada da mulher no mundo do exercício físico, do exercício sobre bicicletas, nas quadras de tênis, nas piscinas e praias, trouxe também a aprovação de corpos esbeltos, leves e delicados. Tinha início a perseguição ao chamado “*enbompoint*” – os *quilinhos* a mais –, mesmo que discreto. O estilo “tubo” valorizava curvas graciosas e bem lançadas. Regime e musculação começavam a modelar as compleições esguias que passam a caracterizar a mulher moderna, desembaraçada do espartilho e ao mesmo tempo de sua gordura decorativa. As pesadas matronas de Renoir são substituídas pelas sílfides de Degas. Insidiosamente, a norma estética emagrece, endurece, masculiniza o corpo feminino, deixando a “ampulheta” para trás.

Realizada em setembro de 1996, uma pesquisa Datafolha⁶, cujo título era “Beleza a qualquer custo”, revelava que 50% das mulheres não estavam

satisfeitas com o seu peso e que 55% gostariam de fazer uma cirurgia plástica. O dado contrastante é que 61% das mesmas não praticava exercícios físicos, preferindo cuidar da beleza na base da compra de cosméticos. Barrigas perfeitas, pernas rijas, seios altos, enfim, se possível, “tudo no lugar”, graças a produtos milagrosos! Segundo a Datafolha, 50% não estão satisfeitas com o seu peso atual e 20% gostariam de perder mais de dez quilos. Emagrecer, sim. Fazer ginástica, como propunham os higienistas dos anos 20, não! A preocupação com a beleza suplanta a com a saúde.

Microcâmeras que entram no corpo, cânulas que sugam gentilmente camadas de gordura entre peles e músculos, transferência de gordura de uma região do corpo para outra, substâncias sintéticas que funcionam como massa de modelar, tudo isso permite à mulher “fazer-se mais magra e logo, mais bela”. Hoje, a gordura cresce mais rapidamente entre as classes desfavorecidas que não podem se dar ao luxo de regimes e academias. Mas nada disso é novo. Melhorar as capacidades do corpo, exercícios e cuidados com a pele existem na literatura médica desde Hipócrates e migraram daí para os tratados de educação e saúde da Idade Média e do Renascimento. Tudo bem que as técnicas de ontem são, hoje, consideradas suaves: dança e caminhadas. Interessante é que no passado, o exercício não era jamais emprestado ao mundo masculino, mas ao feminino. Varrer o quintal e esfregar o chão era tido por ginástica eficiente e útil. Recomendavam-se técnicas passivas extraídas das atividades diárias: se deixar sacudir, numa carroça, por exemplo, para tonificar os músculos. Enfim, exercícios tão passivos quanto aqueles a que nos submetemos ao ligar nosso corpos aos eletrodos de cintas que prometem milagres.

Não faltavam, também, manuais ensinando as pessoas a “se governar para conservar a beleza e a saúde”. Não eram apenas regimes alimentares, mas regimes de vida onde se buscava o equilíbrio entre exercício e repouso, ar e meio ambiente, alimento e bebida. Já se procurava o famoso equilíbrio que parece faltar, tanto na discussão sobre a “Fome Zero” quanto na lipofobia que tomou conta do país.

Num primeiro momento diríamos que a obesidade já teve seu lugar na história da estética e, tal como a feiúra, é uma questão cultural. Entretanto, desde os primórdios dos tempos modernos, quando identificamos o início do culto à magreza, vemos que ficou reservado à obesidade o lugar da exclusão. Sobretudo às mulheres, que, na atualidade, são excluídas do “mundo fashion”, daquele que é aceito pela mídia e que determina o seu espaço social. O mundo globalizado que diminui distâncias e espaços também ficou menor para os obesos. Em sua ambigüidade, a globalização disseminou os hambúrgueres e as fritas, que são os representantes máximos desse aumento de peso. Nestes tempos de “fast food” a obesidade ganha então uma nova dimensão, passando a ser considerada um problema de saúde pública, saindo da polaridade *feio x bonito* ou *aceito x excluído*, para entrar na questão *morbidade x saúde*.

Não há mais espaço para tantos excessos ou tanta gordura. Os obesos experimentam, além da exclusão social, uma baixa auto-estima que potencializa ainda mais os núcleos relativos à compulsividade, à ansiedade, às insatisfações sexuais e ao medo de se expor, tão presentes nesse processo de “engordamento”. No entanto, esses sintomas pouco representam se comparados com a morbidade encontrada quando a obesidade já está instalada. Referimo-nos ao fenômeno da *Obesidade Mórbida* e de suas conseqüências, tais como a dificuldade nas articulações da marcha, a

diabetes do tipo II, o aumento da taxa do colesterol e dos triglicerídeos, a hipertensão arterial e as eventuais complicações cardíacas que se seguem; sem nos esquecer daquelas que prejudicam o sujeito do ponto de vista emocional, como o processo de “anestesiamento” ou o “congelamento” do sentir.

Hoje já podemos afirmar que *a obesidade é uma doença!* Doença que causa muitos desconfortos, do ponto de vista físico, estético ou psicológico. Ela tem aumentado cada vez mais, chegando a apresentar as características do que podemos chamar de uma *epidemia de obesidade*. O Dr. Alfredo Halpern diz que parece que quanto mais falamos e tentamos resolver o problema, mais a obesidade cresce. “De duas uma, ou se discute e se age de maneira errada ou a obesidade tem uma espécie de força que a torna evolutiva e incurável”⁷. Preferimos acreditar que mudando a maneira como se vem atuando poderemos contribuir para a diminuição das catastróficas dimensões que ela vem adquirindo.

Considera-se obeso o sujeito que tem uma quantidade de gordura maior do que a “quantidade normal...”. E sem querer entrar na polêmica em torno do que é a normalidade e sem pretender responder a questão que se coloca sobre o que seria o peso ideal (normal?) nos tempos atuais, estaremos adotando o critério do Índice de Massa Corporal (IMC), por ser esta uma avaliação aceita mundialmente como o método mais eficaz de se determinar o grau de obesidade de uma pessoa. Este índice é calculado dividindo-se o peso em quilos pela altura em metros ao quadrado. De acordo com a tabela abaixo são classificadas as diferentes categorias de obesidade:

- IMC de 20 a 25 - Peso Saudável
- IMC de 25 a 30 – Sobrepeso
- IMC de 30 a 35 - Obesidade Leve
- IMC de 35 a 40 - Obesidade Moderada
- IMC acima de 40 - Obesidade Mórbida

Na proporção do aumento da gravidade dos sintomas da obesidade, surge uma nova terapêutica, a cirurgia de redução do estômago. Esta é uma intervenção cirúrgica de grande porte que, contudo, "opera a barriga, mas não opera a cabeça". Faz-se necessário um suporte psicoterapêutico que permita acompanhar as transformações estruturais pelas quais passa esse "novo corpo" para que, agora, impedido de engordar e livre do chamado "efeito sanfona", possa mover-se em direção ao prazer. Vem apresentando ótimos resultados clínicos o trabalho terapêutico em grupo, que inclui obesos que já foram operados e outros que se preparam para cirurgia. Vale dizer que a eficácia do trabalho em grupo para os pacientes no pré e no pós-operatório não elimina a importância do atendimento individual, que permite tratar as questões de forma ainda mais aprofundada, quando o paciente tem esta demanda. Fazemos uma psicoterapia de grupo de base psicanalítica, utilizando técnicas de meditação, de relaxamento e de grupo operativo, tendo como tarefa terapêutica garantir que este procedimento se traduza no resgate da saúde integral e não apenas em mais um retalhamento do corpo, que somente banalizaria cicatrizes em nome de uma estética opressora⁸.

Quais os objetivos desta cirurgia? O objetivo do tratamento cirúrgico é não só eliminar ou minimizar as doenças associadas à obesidade, como também resolver os problemas psicológicos e sociais causados pela mesma nas simples questões do cotidiano, como na higiene pessoal, nos problemas de locomoção, nas atividades sociais, sexuais e no trabalho. O objetivo do

tratamento cirúrgico é melhorar a qualidade de vida do obeso, resolvendo os problemas de ordem física e psicossocial que o excesso de peso acarreta. É muito importante frisar que a indicação desta cirurgia se restringe para quem tem *Obesidade Mórbida*, ou seja, quem apresenta um IMC acima de 40, e não para aqueles que, em função de algum excesso de peso e por força da pressão que a exclusão social exerce, sentem-se tentados a fazer esta drástica opção. A lipofobia explica esse movimento em direção às soluções mágicas, fazendo com que as pessoas queiram *pagar* com esta cirurgia o preço de serem reincluídas no social.

Sintomático do processo de discriminação que sofrem os gordos e obesos é o fato de cada vez mais eles serem preteridos no mercado de trabalho, como atesta a cliente que diz "não vejo a hora de operar para conseguir um emprego", pois suas últimas tentativas no mercado de trabalho foram totalmente frustradas em função de sua obesidade. Das diversões estão também excluídos, já que, por exemplo, as poltronas dos teatros ou dos cinemas são tão exíguas, que impedem sua permanência nestes locais.

Com a disseminação e a vulgarização dessa cirurgia, assistimos a um processo de banalização dos riscos que ela envolve, fazendo com que cada vez um maior número de pessoas busque essa alternativa como uma *solução mágica*. Este problema não pode e não deve ser tratado com recursos ilusórios ou varinhas de condão, mas com muita seriedade para que não se perca de vista a gravidade deste procedimento cirúrgico. A cirurgia da Obesidade Mórbida é um procedimento complexo que pode envolver complicações ou intercorrências, como toda cirurgia de grande porte. Felizmente, a incidência de complicações tem se mostrado pequena (0,5%), fazendo com que a cirurgia, quando bem indicada e o paciente bem preparado, se torne um excelente método no tratamento desta doença.

Verificamos um verdadeiro processo de “Renascimento”, vivido por alguns de nossos pacientes, que se evidencia, por exemplo, quando a data da cirurgia torna-se motivo de comemoração de um “segundo aniversário”. Com certeza, não faltam motivos que justifiquem esta vivência, uma vez que esta cirurgia remete a pessoa a fases muito primitivas da vida. Estar limitado ao consumo, única e exclusivamente de líquidos, como acontece no pós-operatório imediato, facilita essa regressão, quando o paciente encontra-se mais dependente do outro e remetido ao seu período de amamentação. Além de representar um renascer para uma vida nova, com mais possibilidades de ser feliz. É imprescindível que o paciente possa contar com o apoio familiar ou de quem possa se ocupar dos cuidados básicos, sobretudo alimentares, quando se decide pela cirurgia.

Nos primeiros meses, as restrições alimentares são significativas e convém que as orientações nutricionais sejam seguidas com o maior rigor possível, visando a exigir esforço mínimo do estômago que foi tão invadido. É aconselhável que a família do obeso também seja assistida, tanto no pré quanto no pós-operatório, para que as inquietações presentes naqueles que acompanham o paciente possam encontrar “continente” suficientemente favorável para dirimir suas dúvidas. É freqüente, por exemplo, constataremos que outro membro da família engorda quando o paciente obeso emagrece. Como afirma uma paciente, “A gordura anda na família”, e então o atendimento terapêutico familiar é indicado para evitar que outra pessoa da família venha a ocupar esse espaçoso lugar de desconforto antes preenchido por aquele que corajosamente se submeteu a esta intervenção cirúrgica.

Deixar peso desnecessário para trás é uma grande conquista, mas não é solução para todos os problemas, por mais que nossos pacientes vivenciem

dessa forma o alívio que experimentam. Buscamos prepará-los para as transformações que o corpo vai sofrer, mas lembramos que emagrecer não significa, por exemplo, solução para todos os problemas, tais como aqueles de ordem financeira, e nem tampouco é garantia de se encontrar a alma gêmea, como a maioria fantasia. Alguns experimentam a obesidade como uma forma de tortura, uma vez que o paciente não consegue deixar de lembrar que “é gordo” um só minuto de sua vida. Até quando dormem seus sonhos estão referidos num universo onde os desconfortos da gordura se fazem presentes. Depois de um ano e meio de cirurgia, já tendo perdido 66 quilos (dos 128 quilos que pesava antes da cirurgia), ouvimos de uma paciente “Hoje sou 66 quilos mais feliz”, e no mesmo dia manifestou seu desejo de conclamar todos os obesos para um singular movimento: “a tortura da gordura nunca mais!”.

Eventualmente presenciamos o paciente preferir não contar para seus pares que fez a cirurgia, ou até mesmo esconder de seus familiares que fez a escolha mais radical. Esta situação denota que está presente em seu inconsciente o velho e conhecido preconceito social que atribui “falta de caráter” ou “falta de vergonha na cara” àquele que é gordo ou obeso. Também é indicativo de que a cirurgia está sendo encarada exatamente como uma solução mágica cujos resultados são desqualificados diante do outro, e inclusive, em função dessa conjuntura, estes podem se revelar nem tão bons assim. Para que o emagrecimento seja valorizado pelo social, precisa estar associado à “força de vontade”, ou seja, àquilo de que, acredita-se, o gordo seja desprovido – afirmação em que comumente ele também acaba acreditando. O mínimo que podemos concluir é que o preço da inclusão social daquele que é vítima desta doença genética ainda sem cura pode precisar passar pela dissimulação ou pela mentira...

Esta cirurgia é tão ou mais radical e violenta quanto à própria obesidade. É claro que existe um ganho estético e uma possibilidade de conquista de ganho estético, mas o objetivo é a busca da manutenção da saúde e da vida. As pessoas recebem uma ajuda para sua dificuldade com a questão do limite, ou seja, um "basta!", quando elas sozinhas não conseguem dar, o que não quer dizer que o obeso não tenha força de vontade⁹. Muito pelo contrário, pois a maioria das pessoas dá prova de que investe em seu desejo; mas, como afirma uma de nossas clientes, "já fiz muitas dietas e já cheguei a perder até 30 ou 40 kg, mas manter essa perda era muito difícil de sustentar em função dos bloqueios emocionais que a obesidade me impunha, como a ansiedade que me levava à compulsividade alimentar".

Faz-se necessário que o trabalho terapêutico seja acompanhado do importante enfoque na compulsividade alimentar, quando o sujeito descobre que não deve fechar a boca para emagrecer, mas precisa aprender a deixá-la aberta.

O processo de "renascimento" no emagrecimento pode ter como desdobramento um processo que sugerimos nomear de "recasamento". Os cônjuges podem encontrar um no outro o apoio necessário para atravessar este período de transformação. O marido de uma paciente nos diz que tem muito medo que sua mulher perca o brilho que ele conhece em seu olhar quando ela está prestes a saborear uma apetitosa sobremesa. Então temos a oportunidade de trabalhar com este casal a possibilidade de transferir ou, psicanaliticamente falando, deslocar para outros aspectos de sua vida o prazer anteriormente encontrado, quase que exclusivamente, na alimentação. Desviar o olhar da sobremesa e trazê-lo para si próprio pode representar uma conquista ou uma grande satisfação.

É tarefa terapêutica ajudar o paciente a descobrir o prazer que ele pode desfrutar no contato com os outros sentidos, como, por exemplo, o olfato, que é responsável por 90% do prazer experimentado com a alimentação. Sugerimos, por exemplo, que o paciente aprecie o perfume que um determinado alimento exala ao ser preparado ou servido. Ou ainda, a importância de se observar mais aquilo que se vai ingerir, permitindo que o alimento passe pelo olhar antes de chegar ao paladar. Para uma dona de casa foi muito interessante ter descoberto a importância que assumiu o ato de servir seus familiares à mesa, pois esse contato, quase tátil, com a comida passou a lhe proporcionar um prazer antes desconhecido. Outra cliente nos relata o prazer que experimentou ao "colocar a mão na massa" quando assumiu o preparo da comida da família ao sair de férias logo depois de fazer a cirurgia. Ela não podia comer aquilo que preparava, mas sentia-se satisfeita com aquele contato e descobriu outra faceta do prazer que o alimento pode proporcionar ao presenciar os filhos, parentes e amigos degustando sua comida, agora em forma de obra-de-arte.

Ver sua imagem refletida no espelho mais de acordo com os valores e as exigências culturais de nossa sociedade, e que acaba se tornando o preço da inclusão na cultura contemporânea, pode ser mais gratificante do que qualquer prazer que o paladar possa oferecer. E como a obesidade é uma doença genética para a qual ainda não se encontrou a cura, percebemos que diminuir a quantidade da ingesta (agora facilitada pela ação cirúrgica) deixa de representar um obstáculo intransponível, saindo, inclusive, do âmbito da moral. Vemos o paciente "trocar de satisfação" com relativa facilidade. Não estamos sugerindo que não haja o risco de se trocar, por exemplo, a compulsividade alimentar pela alcoólica ou mesmo pela sexual, mas sabemos, pela prática clínica, que uma vez solucionada a causa do

“engordamento”, o paciente encontra condições de se reequilibrar num novo patamar emocional. Constatamos um processo inverso àquele que acreditava que jamais se poderia emagrecer se não houvesse primeiramente um resgate da auto-estima perdida.

Não é verdade que exista uma personalidade própria dos obesos. Existem sim decorrências emocionais do fato de o indivíduo ser obeso, como se sentir humilhado, desmoralizado, envergonhado ou deslocado do mundo. O obeso desenvolve determinados traços de caráter que são conseqüências e não causa da obesidade, como falta de confiança, desejo de agradar a todos, vergonha do próprio corpo e problemas sexuais. Existem pessoas que ganham peso por causa de problemas emocionais, mas não significa que somente os problemas emocionais possam explicar o processo de “engordamento”. Como afirma Halpern: “Não é obeso quem quer, mas é obeso quem tem predisposição a sê-lo”¹⁰.

O “recasamento”, processo a que nos referimos acima, está presente, por exemplo, quando acompanhamos a mudança na postura da cliente que passa a aceitar as sugestões do marido para que ela tente fazer as refeições em casa antes de saírem para algum evento social que inclua grandes comilanças. Em função de sua condição de diabética e hipertensa, o marido buscava, com estas sugestões, evitar que ela cometesse excessos, mas ela as desconsiderava porque sabia que se seguisse as orientações do cônjuge, acabaria comendo em dobro. Com a ajuda “mecânica” que a intervenção cirúrgica representa, os conselhos do marido passam a ser acolhidas pela nossa cliente e um novo pacto pode ser estabelecido, onde a voz do parceiro magro passa a soar como um convite para desfrutar do processo de “renascimento-recasamento” deste par.

A ajuda familiar no processo de busca da nova identidade de magro é importante porque precisamos lembrar que é o outro que nos legitima como sujeitos do desejo. Esta transformação corporal pode promover uma “crise de identidade” depois da cirurgia e durante o processo de emagrecimento. É comum os pacientes relatarem uma grande mudança na forma como passam a se relacionar com o espelho, descobrindo prazer na observação dessa nova imagem refletida. Para ilustrar a importância da ajuda terapêutica nesse resgate da identidade, contamos com o testemunho de uma paciente que nos confidenciou: “Dessa forma, espero vir a assumir cada vez mais minha real identidade, contando com a escuta terapêutica adequada que está me ajudando a descobrir o significado, a tarefa e o caminho da minha vida”. Neste caminho de reencontro consigo mesmo ou de retorno a um desejo mais legítimo de ser aceito e querido, os pacientes descobrem a oportunidade de dedicar um olhar mais cuidadoso para si próprios, pois menos encobertos pela espessa camada de gordura ficam mais expostos e se sentem mais verdadeiros, com mais possibilidades de estarem em contato com seus reais desejos.

A longa história de nossos corpos ensina que, quanto mais olharmos para trás, buscando conhecer o passado de nossos avós obesos, melhor entenderemos e construiremos nossa identidade, no presente.

Referências Bibliográficas:

- DEL PRIORE, M. *Corpo a corpo com a mulher – história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: Senac, 2002.
FLANDRIN, J-L. Manger, une pratique culturelle. *Sciences Humaines*, n.135, Février, 2003.
FREYRE, G. *Modos de homem & modas de mulher*. Rio de Janeiro: Record, 1986.
HALPERN, A. *Mitos e verdades – Obesidade*. São Paulo: Contexto, 1997.

MARCHESINI, Simone Dallegrave. *Aspectos Psicológicos da Obesidade*. Internet, acesso em junho de 2003.

REVISTA FOLHA, parte integrante da FOLHA DE SÃO PAULO de 22 de Setembro de 1996, ano 5, número 231, pp. 12-20.

SÁ FREIRE, Dirce e ARRUDA, José Augusto. *Gastroplastia: Uma Solução Mágica?* Em: obra jornalística *Oxigênio*, Ano III, nº17, Agosto de 2001, p. 10.

Mary Del Priore (USP) é historiadora.

E-mail: mdpriore@highway.com.br

Dirce de Sá Freire (PUC/RJ) é psicanalista.

E-mail: dircedesafreire@globo.com

¹ Ver sua opinião em Manger, une pratique culturelle, *Sciences Humaines*, n.135, février, 2003.

² Apud Mary Del Priore, *Corpo a corpo com a mulher – história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: Senac, 2002.

³ Idem, p.195.

⁴ *Modos de homem & modas de mulher*. Rio de Janeiro: Record, 1986, p. 65.

⁵ Emprestamos ao mesmo (op.cit, p. 190-195) todas as informações do parágrafo anterior e do seguinte.

⁶ Revista Folha, parte integrante da Folha de São Paulo de 22 de setembro de 1996, ano 5, número 231, pp. 12-20.

⁷ HALPERN, A. *Mitos e verdades – Obesidade*. São Paulo: Contexto, 1997, p. 9.

⁸ As informações dos últimos parágrafos foram extraídas de COSTA, Dirce Sá Freire e ARRUDA, José Augusto. *Gastroplastia: Uma Solução Mágica?*. Em: obra jornalística *Oxigênio*, Ano III, nº 17, agosto de 2001, p. 10.

⁹ MARCHESINI, Simone Dallegrave – *Aspectos Psicológicos da Obesidade*, Internet, acesso em junho de 2003.

¹⁰ HALPERN, A. – op. cit., p. 37.