



**unioeste**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

**CENTRO DE EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E ARTES  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM LETRAS – NÍVEL DE  
MESTRADO E DOUTORADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM LINGUAGEM E SOCIEDADE**

ANA PAULA PICAGEVICZ RODRIGUES

**A MEDIDA DO PESO E O PESO DA MEDIDA: MEMÓRIA E ACONTECIMENTO  
RESSIGNIFICANDO O SENTIDO SOBRE/DO CORPO DISCURSIVO**

CASCAVEL – PR

2023

ANA PAULA PICAGEVICZ RODRIGUES

**A MEDIDA DO PESO E O PESO DA MEDIDA: MEMÓRIA E ACONTECIMENTO  
RESSIGNIFICANDO O SENTIDO SOBRE/DO CORPO DISCURSIVO**

Tese apresentada à Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE – para obtenção do título de Doutora em Letras, junto ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Letras, nível de Mestrado e Doutorado - área de concentração Linguagem e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Estudos Discursivos: memória, sujeito e sentido

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Sebastião Ferrari Soares

CASCADEL – PR

2023

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Picagevicz Rodrigues, Ana Paula

A medida do peso e o peso da medida: memória e acontecimento ressignificando o sentido sobre/do corpo / Ana Paula Picagevicz Rodrigues; orientador Alexandre Sebastião Ferrari Soares. -- Cascavel, 2023.

204 p.

Tese (Doutorado Campus de Cascavel) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Letras, 2023.

1. Acontecimento discurso. 2. Discurso. 3. Corpo discursivo. 4. Obesidade. I. Ferrari Soares, Alexandre Sebastião, orient. II. Título.

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE ANA PAULA PICAGEVICZ RODRIGUES, ALUNO(A) DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE, E DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO DO PROGRAMA E O REGIMENTO GERAL DA UNIOESTE.

Ao(s) 31 dia(s) do mês de agosto de 2023 às 09h00min, na modalidade remota síncrona, por meio de chamada de videoconferência, realizou-se a sessão pública da Defesa de Doutorado do(a) candidato(a) **ANA PAULA PICAGEVICZ RODRIGUES**, aluno(a) do Programa de Pós-Graduação em Letras - nível de Doutorado, na área de concentração em Linguagem e Sociedade. A comissão examinadora da Defesa Pública foi aprovada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Letras. Integraram a referida Comissão os(as) Professores(as) Doutores(as): Alexandre Sebastião Ferrari Soares, Dantielli Assumpção Garcia, Célia Bassuma Fernandes, Luciana Iost Vinhas e Fernanda Luiza Lunkes. Os trabalhos foram presididos pelo(a) professor Dr. Alexandre Sebastião Ferrari Soares. Tendo satisfeito todos os requisitos exigidos pela legislação em vigor, o(a) aluno(a) foi admitido(a) à Defesa de **TESE DE DOUTORADO**, intitulada: "“A medida do peso e o peso da medida: memória e acontecimento ressignificando o sentido do corpo". O(a) Senhor(a) Presidente declarou abertos os trabalhos, e em seguida, convidou o(a) candidato(a) a discorrer, em linhas gerais, sobre o conteúdo da Tese. Feita a explanação, o(a) candidato(a) foi arguido(a) sucessivamente, pelos(as) professores(as) doutores(as): Dantielli Assumpção Garcia, Célia Bassuma Fernandes, Luciana Iost Vinhas e Fernanda Luzia Lunkes. Findas as arguições, o(a) Senhor(a) Presidente suspendeu os trabalhos da sessão pública, a fim de que, em sessão secreta, a Comissão expressasse o seu julgamento sobre a Tese. Efetuado o julgamento, o(a) candidato(a) foi **APROVADA**. A seguir, o(a) Senhor(a) Presidente reabriu os trabalhos da sessão pública e deu conhecimento do resultado. E, para constar, o(a) Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Letras, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE - *Campus* de Cascavel, lavra a presente ata, e assina juntamente com os membros da Comissão Examinadora e o(a) candidato(a).



Orientador(a) - Alexandre Sebastião Ferrari Soares  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)



Dantielli Assumpção Garcia  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

*Célia Bassuma Fernandes*

Célia Bassuma Fernandes  
Universidade Estadual do Centro-Oeste

*Fernanda Luzia Lunkes*

Fernanda Luzia Lunkes  
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)

*Ana Paula Picagevicz*

Ana Paula Picagevicz  
Aluno(a)



Dantieli Assumpção Garcia  
Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Letras

*Para meus bebês anjos.*

## AGRADECIMENTOS

Esse percurso não seria o mesmo sem a presença, incentivo, torcida, conversas, risadas, lágrimas, abraços de muitas pessoas especiais. Por isso, nem se eu escolhesse milhares das mais belas palavras para agradecer cada um que esteve e está ao meu lado, nenhuma delas seria suficiente para agradecer. Mas para cumprir com o protocolo, faço alguns singelos agradecimentos.

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu orientador, prof. Alexandre Ferrari. Você é o responsável pela pesquisadora, profissional que hoje sou. Obrigada por me abrir as portas da UNIOESTE, da pesquisa, por acreditar em mim. Por todo apoio, leituras, puxões de orelha (necessários), paciência e ensinamentos nesses anos de pesquisa. E não apenas seu suporte profissional, muito obrigada por me dar a mão, por me ouvir e estar comigo naqueles momentos mais difíceis que enfrentei durante o doutorado. Você é exemplo e inspiração para mim. Sou infinitamente grata por tê-lo como orientador.

Agradeço ao Luiz Antonio Rodrigues, meu companheiro de vida, com quem eu aprendo todos os dias. Quem segura minha mão sempre, é apoio e incentivo. Você é meu maior exemplo e inspiração para seguir na pesquisa, na profissão, mas não apenas nisso, você é exemplo do melhor que nós podemos ser, é bom, honesto, leal, amigo. Obrigada por estar ao meu lado me apoiando, me ouvindo, segurando minha mão, pela paciência. Obrigada por não me deixar desamparada em todas as dificuldades enfrentadas durante essa caminhada e em todas que ainda virão. Por seu amor. Eu amo você!

À minha banca de qualificação, professoras Araci Ernst, Luciana Vinhas, Célia Bassuma Fernandes e Dantielli Garcia, pela leitura atenta e detalhada do meu texto, por toda atenção dedicada e apontamentos feitos. Muito obrigada!

À minha banca de defesa: professora Fernanda Lunkes, por aceitar prontamente receber meu texto para leitura, Luciana Vinhas, Célia Bassuma Fernandes e Dantielli Garcia, por aceitarem estar comigo também nesta etapa. Primeiro, digo que é um imenso orgulho tê-las como banca avaliadora da minha pesquisa, pois são grandes exemplos de mulheres na pesquisa. Obrigada pela leitura dedicada e apontamentos feitos.

Às minhas amigas e amigos - Onde há amigos a vida é leve:

À Dantielli, falo agora enquanto amiga que considero, presente que a UNIOESTE recebeu e me oportuniza ter. Obrigada por nossas conversas, muitas vezes rápidas, caminhadas (temos que repetir mais vezes), jantares, pelas palavras sempre sábias, por me acolher em sua vida também. Obrigada!

Aline Fantinel, Isabela K. Ferreira, Andressa A. Federizzi, presentes que o mestrado me trouxe: quantas coisas desde então já vivemos, por tudo que ainda há de vir, obrigada por estarem ao meu lado.

À Aline Fantinel, especialmente, obrigada por se dispor a revisar meu texto, pelo excelente trabalho mesmo em meio às turbulências diárias que a vida impõe, pela revisão atenta e detalhada feita. Muito obrigada!!

Às amigas que o doutorado me trouxe, Anna D. Peinhopf, Andriele Bortolin, Karla Albuquerque, Leila Pontes, Márcia Serschon, pela parceria desde então, pelas risadas, por me ouvirem, pelos abraços e acolhimento. Que assim seja sempre. Saibam que podem contar comigo também.

À minha amiga e agora tia, Rosa Maria Rodrigues. Ah! como me orgulho de ter em minha vida um exemplo de mulher tão maravilhosa, forte, inteligente, guerreira. Obrigada por estar comigo sempre, por emprestar seus livros, por nossas conversas, jantares, caminhadas (que precisamos retomar), principalmente, por me acolher como parte da família também.

À minha irmã, Mônica Picagevicz, por ser meu apoio, por torcer sempre pelo meu melhor, estar sempre ao meu lado incentivando. Por me aguentar em meus surtos no *WhatsApp*, por me ouvir sempre, paciente.

Ao nosso grupo da 5ª série, Rosa, Solange, Clodis, Fabio, Helena, Rafael e Luiz por me agregarem. Obrigada por me receberem de coração aberto e permitirem momentos tão agradáveis, pelas trocas e toda diversão proporcionada em nossos encontros e dia a dia.

À minha família, mesmo distante, por todo apoio, orações e incentivo.

Aos demais colegas de profissão e da Pós-Graduação, muito obrigada por torcerem por mim.

À CAPES, pela bolsa concedida!

RODRIGUES, Ana Paula Picagevicz. **A medida do peso e o peso da medida: memória e acontecimento ressignificando o sentido sobre/do corpo**. 2023. 204 f. Tese (Doutorado em Letras) – Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Cascavel, 2023.

Orientador: Alexandre Sebastião Ferrari Soares  
Defesa: 31 de agosto de 2023

## RESUMO

O corpo considerado gordo ou mesmo que aparente possuir um pouco de gordura, há muito não é visto com bons olhos. No percurso histórico do corpo, observamos que o corpo transita entre formas ditas como ideais para atender a determinados padrões de saúde, beleza, prestígio social. Em vista disso, os sujeitos buscam moldar seus corpos a fim de atenderem aos ditames sociais de cada época e, a partir disso, os sentidos para o corpo magro e gordo vão se instituindo e estagnando. Nessa trama, o corpo gordo é, entre tantas outras adjetivações, classificado como doente. Com base nisso, esta pesquisa busca, tendo como aporte teórico e metodológico, a Análise do Discurso francesa, analisar se o Índice de Massa Corporal (IMC) é um *acontecimento discursivo*. Para tanto, nosso corpus analítico é composto por documentos que têm como temática a obesidade, sendo eles: um arquivo oficial da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de outras instituições brasileiras, como a Associação Brasileira de para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO). Fundamentados na teoria pecheutiana, também analisamos como o discurso médico presente nesses documentos estabelece e formula o discurso sobre a saúde e a doença no tange ao corpo. Para tanto, consideramos necessário compreender como se dá o funcionamento desse discurso médico. A partir das análises, definimos, portanto, o IMC, instrumento tido mundialmente como meio diagnóstico da obesidade, como um acontecimento discursivo, tendo em vista que ressignifica os sentidos de saúde e doença para o corpo, tornando, dessa forma, a saúde e a doença categorizadas numericamente. Consideramos que isso ocorre porque o discurso médico é institucionalizado, uma vez que ele compõe práticas institucionalizados no AIE de Saúde, por isso tem assegurado o seu lugar de poder dizer do/sobre o corpo, saúde e doença. Nessa perspectiva, trata-se de um discurso cujo funcionamento predominante é autoritário que, pela forma como aborda a temática da obesidade, focando na perda de peso como sendo a única maneira de ter saúde ou de recuperá-la, acaba reforçando a inadequação do corpo gordo, (re)produzindo um efeito de sentido em que ser gordo é ser doente.

**PALAVRAS-CHAVES:** Acontecimento discurso. Discurso. Corpo discursivo. IMC. Obesidade.

RODRIGUES, Ana Paula Picagevicz. **The measure of the weight and the weight of the measure: memory and event resigning the meaning about/of the discursive body.** 2023. 204 f. Tese (Doutorado em Letras) – Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, Cascavel, 2023.

Orientador: Alexandre Sebastião Ferrari Soares

Defesa: 31<sup>st</sup> August, 2023

## **ABSTRACT**

A body that is considered fat, or even appears to have a little fat, has long been frowned upon. In the historical evolution of the body, we can observe that it alternates between forms considered ideal to meet certain standards of health, beauty and social prestige. As a result, people try to shape their bodies to meet the social demands of the era, establishing and stagnating the meanings attached to slim and fat bodies. In this narrative, the fat body is classified as sick, among many other adjectives. Based on this research, and using French discourse analysis as a theoretical and methodological framework, this study aims to analyze whether the Body Mass Index (BMI) is a discursive event. To this end, our corpus of analysis consists of documents dealing with obesity: an official dossier of the World Health Organization (WHO) and other Brazilian institutions such as the Brazilian Association for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO). Based on Pêcheux's theory, we also examine how the medical discourse contained in these documents establishes and formulates the discourse of health and disease in relation to the body. We therefore consider it necessary to understand how this medical discourse functions. Through our analysis, we define BMI, a globally recognized diagnostic tool for obesity, as a discursive event because it redefines the meanings of health and disease for the body and categorizes them numerically. We consider that this occurs because medical discourse is institutionalized, as it constitutes the institutionalized practices in AIE health, which is why it has secured the place of being able to say about the body, health and illness. From this perspective, it is a discourse whose dominant mode of operation is authoritarian and which, because of the way it addresses the issue of obesity by focusing on weight loss as the only way to be healthy or to get healthy again, ends up reinforcing the inadequacy of the body and (re)producing a meaning effect in which being fat is being sick.

**KEYWORDS:** Discursive event. Discourse. Body discursive. BMI. Obesity.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Representação hierárquica do AIE de saúde .....	49
<b>Figura 2</b> - Classificação da obesidade na CID-10 .....	108
<b>Figura 3</b> - Classificação da obesidade CID-11 .....	109
<b>Figura 4</b> - Classificação do baixo peso adultos na CID-11 .....	133
<b>Figura 5</b> - Lista de denominações de acordo com as listas do IMC .....	138
<b>Figura 6</b> - Representação IMC para o sobrepeso na OMS e na ABESO .....	149
<b>Figura 7</b> - Recorte do Filme “O mínimo para viver” .....	176

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AD	Análise do Discurso
ANS	Agência Nacional de Saúde Complementar
AIE	Aparelhos Ideológicos de Estado
ARE	Aparelhos Repressivos de Estado
SBEM	Associação Brasileira de Endocrinologia e metabologia
ABESO	Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica
CID	Classificação Internacional de Doenças
CP	Condições de Produção
NIDDM	Diabetes Melito não Dependente de Insulina
DNT	Doença Crônica Não Transmissível
DAC	Doença de Artéria Coronária
FD	Formação Discursiva
FI	Formação Ideológica
IMC	Índice de Massa Corporal
ICD	International Classification of Diseases
IOTF	International Obesity Task Force
LICM	Lista Internacional de Causas de Morte
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNSN	Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição
SD	Sequência Discursiva
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS E ANALÍTICOS PARA A ANÁLISE DO DISCURSO MÉDICO SOBRE O CORPO, SAÚDE E DOENÇA</b> .....	<b>20</b>
1.1 ANÁLISE DE DISCURSO E SEUS ENTREMEIOS.....	21
1.2 APARELHOS IDEOLÓGICOS DE ESTADO.....	27
1.2.1 Aparelho Ideológico de Estado de saúde e a constituição do <i>corpus</i> analítico	31
1.3 O DISCURSO AUTORITÁRIO NO/DO SABER MÉDICO .....	58
<b>2 A MEDIDA DO PESO: O IMC ENTRE MEMÓRIA E ACONTECIMENTO</b> .....	<b>67</b>
2.1 O ACONTECIMENTO DISCURSIVO .....	71
2.2 UMA HISTÓRIA DA CONSTRUÇÃO DA AVALIAÇÃO CORPORAL .....	75
2.2.1 Uma nova doença .....	94
2.3 MEMÓRIA E ACONTECIMENTO DISCURSIVO A PARTIR DOS DESDOBRAMENTOS DO IMC .....	109
2.3.1 Um gesto de análise.....	110
<b>3 O PESO DA MEDIDA: O PESO QUE NÃO PODE SER MENSURADO NA BALANÇA</b> .....	<b>142</b>
3.1 OBESIDADE: SENTIDOS POSSÍVEIS NO DISCURSO MÉDICO.....	143
3.1 A ABORDAGEM DO CORPO MAGRO NA CLASSIFICAÇÃO DO IMC .....	161
3.1.1 O corpo magro a partir da perspectiva do discurso médico nos documentos analisados .....	163
3.1.2 Saúde ou corpo magro, o que realmente interessa?.....	171
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>181</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>190</b>

## INTRODUÇÃO

Ser gordo<sup>1</sup>, em nossa época, é enfrentar olhares atravessados da sociedade: o gordo nunca sofreu tanto com a estigmatização como na atualidade. Em contrapartida, outrora, as formas mais avantajadas do corpo já foram apreciadas, desejadas, consideradas como sinal de ascendência social e de um corpo saudável. Mesmo nesse período, entretanto, já havia ressalvas: para o clero, por exemplo, a gordura não poderia denunciar os excessos, o vício e a gula. Além disso, o muito gordo, considerado obeso mórbido nos moldes atuais, já era alvo dos médicos, que alertavam sobre os perigos do excesso de gordura (VIGARELLO, 2012).

Diante dessa ambivalência, percebemos que, em uma perspectiva histórica e também cultural, as representações sociais e a valorização do gordo e do magro sofreram transformações. Apesar de hoje parecer um cenário improvável, regimes para engordar foram comuns no Renascimento, tanto que a variedade de “literatura” que se encontra sobre essa prática assemelha-se com a atual quantidade de regimes de emagrecimento (POULAIN, 2013). Nesse período, a beleza da mulher estava nas formas arredondadas do corpo e, por essa razão, a magreza, principalmente para as mulheres, era um malefício porque sinalizava a doença, falta de vigor e alegria. Já no universo masculino, a magreza não apresentava essas significações.

De acordo com Fischler (1990), até o século XIX, um corpo com mais adiposidade era bem-visto, pois ainda representava certo *status* social de saúde e riqueza. Segundo o autor, isso não significava que todos almejassem ser gordos, mas indicava que a gordura era mais consentida principalmente pelo prestígio que ela garantia ao sujeito. Diferentemente, nos dias atuais, verificamos que qualquer indício de gordura é condenado e/ou rejeitado. Sendo assim, de modo geral, hoje o desejo que move a vida dos sujeitos é ter/ser um corpo magro.

---

<sup>1</sup> As denominações - gordo e corpo gordo - utilizadas, nesta pesquisa, sinalizam minha posição pesquisadora do/sobre o corpo, por entender que obesidade e obeso, por sua vez, são formas que remetem à doença e ao doente respectivamente. Portanto, considerando que nem todo sujeito acima do peso se encaixe em uma dessas condições e que apenas um número não pode determinar um diagnóstico, os termos obesos e obesidade serão utilizados somente quando necessário e de acordo com o discurso médico presente em nosso arquivo, uma vez que não pode ser deixado de lado porque se trata do discurso oficial sobre o corpo e também sobre a doença. Gordo e corpo gordo são preferíveis, pois, por meio deles, busca-se uma desconstrução social para que não sejam mais utilizados de forma pejorativa e ofensiva. São usados pelos movimentos de ativismo gordo, por exemplo, e por estudiosos do corpo gordo, como Maria Luiza Jimenez Jimenez, a fim de romper, ainda, com o imaginário negativo e patologizado dos corpos considerados gordos.

Importa destacar que, em todas as épocas, inclusive quando o cenário era propício para o gordo, as representações sociais da obesidade demonstram ambiguidade (FISCHLER, 1990). Conforme destaca o autor, há uma fronteira sempre, seja pela figura do excessivo, do glutão ou daquele gordo que está violando as regras sociais. De acordo com Poulain (2013, p.126), existe um limite que diminui e expõe a anormalidade: “Haveria, portanto, um limite de tolerância relativa à obesidade que separa a sua aceitação e valorização da sua desvalorização”. Desse modo, a mudança nos referenciais da obesidade e magreza também pode estar relacionada às mudanças sociais, como destaca Poulain (2013, p. 127): “[...] transformação das modalidades de legitimidade das elites e das estruturas sociais, transformação do relacionamento com a nutrição”. Com relação ao Ocidente, o autor destaca o histórico confronto entre desnutrição persistente e a carência alimentar dos países em desenvolvimento de um lado e, de outro, a abundância de alimentos uma parcela da população.

Além disso, é possível perceber como a ciência, a medicina e uso de medicamentos contribuíram para imposição desse limite entre o que é ou não aceito. Nas palavras do autor:

O limite de sensibilidade ao gordo também diminuiu sob o efeito da medicalização das sociedades modernas. A ciência veio justificar a pontuação entre ‘demasiado’ e ‘como deve ser’, estabelecendo novos limites e a ordenação da corporalidade. (POULAIN, 2013, p. 127).

Como consequência, o gordo e o corpo gordo, além de um problema moral, tornam-se problemas sociais:

Para passar de um olhar positivo, ou relativamente positivo, à condenação, foi preciso, portanto, que **nas sociedades desenvolvidas e na escala total da sociedade um certo número de indivíduos conseguisse persuadir os outros de que essa situação era uma verdadeira problemática [...]**. A obesidade considerada como ‘anormal’, como ‘desviante’ em relação à norma é, sob essa perspectiva, uma construção social cujas etapas devem ser seguidas. Em um primeiro momento a obesidade foi considerada como um problema moral. O obeso era visto como um glutão, mas também um ser ‘moralmente grosseiro’. (POULAIN, 2013, p. 127, negrito meu).

Nesse vai e vem, observamos como os sentidos do corpo gordo e magro vão se estabelecendo na história, mostrando-nos o funcionamento das relações de poder

que regem o social, em que um poder dizer sobre o corpo vai colando sentidos quase sempre negativos para o gordo. Assim, a depreciação do corpo gordo foi se instalando aos poucos no imaginário social, fazendo com que seu valor se transformasse: o gordo passa a ser incapaz, preguiçoso, feio, imoral, descuidado e doente. O gordo é considerado um transgressor, já que ele viola regras que “governam o comer, o prazer, o trabalho e o esforço, a vontade e o controle de si” (FISCHLER, 1995, p. 74).

Por tudo de ruim que passou a significar, a gordura tornou-se, então, algo a ser evitado. Vivenciamos um cenário em que os sujeitos se sentem, continuamente, pressionados por todos os lados para não engordar, para conseguir se livrar da gordura e do que aparece a mais, tendo como base o ideal de corpo que se impõe na lógica social de hoje. Diante da cobrança e da luta por um corpo considerado padrão, segundo Fischler (1990;1995), outra realidade se impõe, caracterizando nossa época: as sociedades se tornaram “lipofóbicas”, rejeitam/odeiam quase que de forma maníaca a obesidade, enquanto idolatram obsessivamente a magreza.

Frente ao exposto, verificamos que o corpo entrou em cena, tornando-se pauta em diferentes áreas e, mesmo em seu território mais legítimo, como a Biologia e a Medicina, revela inquietações. Nas palavras de Courtine (2008, p. 10), no século XX: “jamais o corpo humano conheceu transformações de uma grandeza e de uma profundidade semelhantes às encontradas no decurso do século que acaba de terminar”. Observamos, então, que o corpo assumiu lugar de protagonista na vida dos sujeitos, tornando-se também lugar de desejos, investimentos, passaporte para ocupar determinados espaços sociais.

Nessa trama, entre os temas mais abordados, sem dúvidas, está o corpo gordo. Desde que a circulação dos “problemas” de saúde relacionados ao sobrepeso e à obesidade tornaram-se motivos de preocupação, atribuiu-se um sentido negativo para a gordura. Com base nas considerações Sant’Anna (2016), verificamos que o medo de engordar tornou-se comum em nossa sociedade. Isso porque o gordo, além de uma ameaça à saúde, tornou-se também uma problemática estética, tendo em vista que o discurso hegemônico supervaloriza a aparência corporal e considera o corpo gordo modelo do imperfeito e do anormal.

Em vista disso, percebemos que os sujeitos são movidos pela busca por um corpo perfeito, não só em relação ao seu formato, mas também por um corpo sem marcas do tempo e saudável. Contudo, consideramos pertinente destacar que, nessa

busca pelo ideal, estar totalmente satisfeito com o corpo que possuímos é da ordem do impossível.

Nessa perspectiva, enfatizamos que, além de uma questão moral, social e estética, no século XX, oficializa-se a compreensão de que o gordo se tornou prenúncio de doença. Em outras palavras, a gordura, considerada um problema estético e moral, passa a ser um mal que acomete o corpo.

Conforme Vigarello (2012), a partir da segunda metade do século XIX, as publicações científicas na área da Medicina demonstraram preocupação tanto com a avaliação da gordura quanto com as técnicas de emagrecimento. Com isso, o discurso médico, parece absorver de imediato o discurso da cultura do corpo magro, afirmando a importância de ser magro a qualquer preço.

No contexto científico, especificamente pelo saber da ciência médica, Vigarello (2012, p. 267) afirma que a obesidade começa a ser “submetida à experiência e ao cálculo, explorada pela ‘química e a fisiologia’, terreno de estudos que se tornou especializado no caso das outras patologias”. A partir desses estudos, além dos níveis, também foram evidenciados os tipos de gordura.

Com base no exposto, consideramos pertinente enfatizar que, de acordo com Poulain (2013), a obesidade não é uma descoberta médica recente, uma vez que já era observada e caracterizada como “enfermidade desagradável” pelos médicos gregos. O autor esclarece que, até se transformar em um conceito precisamente médico, a obesidade passou por algumas etapas: 1) foi considerada uma anomalia, uma enfermidade; 2) um esquema casual; 3) tornou-se um potencial objeto de estudo para o desenvolvimento de muitos setores da medicina. Dito de outro modo, inicialmente, a medicina conferiu à obesidade uma noção classificatória: era considerada uma anomalia, um desvio normal, visível e grave.

Com o progresso da Medicina, a partir do século XIX, pôde-se localizar e compreender melhor as doenças e, desse modo, também foi possível localizar as causas da obesidade. Sobre isso, Poulain (2013, p.162) afirma que o “verdadeiro estatuto ‘patológico’ da obesidade começa, portanto, quando se passa a considerar o tecido adiposo como o foco do problema, da doença” (POULAIN, 2013, p. 162). Localizar a obesidade, segundo ele, rompeu com o senso comum que a considerava apenas resultado de uma alimentação excessiva. A partir desse marco, observou-se que o processo anatômico e fisiológico influencia seu desenvolvimento.

A obesidade, já no início do século XX, representava uma indagação médica bastante problemática, uma vez que se fazia necessário avaliá-la, bem como estabelecer formas de tratamento. Após sua trajetória como tema de investigação científica, nos dias atuais, a obesidade é compreendida como uma doença que resulta do acúmulo excessivo de gordura corporal que, por consequência dessa condição, está ligada a riscos de desenvolver outras doenças (OMS, 2004).

A obesidade como doença é resultante, portanto, de uma cobrança que se endereça aos sujeitos em suas práticas cada vez mais acentuada para/com seus corpos, as quais resultam em uma constante medicalização, que termina, em nossa época, como sendo uma epidemia mundial. Além disso, Vigarello (2012) evidencia que o olhar sobre o sujeito gordo também mudou, passando a ser visto como um doente social, sem vontades, incômodo e caro aos cofres públicos. Com a valorização da imagem corporal, o corpo, quando não atende aos ideais de beleza e saúde, transformou-se em um alvo de discriminação social e exclusão. Em outras palavras, a partir da compreensão do corpo gordo como patológico, na impossibilidade de adequar-se à norma social, o sujeito gordo é estigmatizado e deixado à margem.

Ainda com relação ao ideal de corpo, Ortega (2008, p. 165) afirma que a “medicina sempre nos proveu modelos do corpo bom e ruim, de um corpo ideal”. Levando isso em consideração, nesta pesquisa, buscamos analisar o discurso médico presente em documentos que tratam da obesidade e estabelecem, com base em uma categoria numerada, como o corpo precisa ser para ser considerado saudável.

Para o desenvolvimento deste estudo, adotamos como enfoque teórico a Análise de Discurso (doravante AD) de linha francesa. Trata-se de uma Teoria semântica que estuda o discurso, refletindo a relação entre língua, discurso e ideologia. Historicamente, foi fundada na França, na década de 60, pelo filósofo Michel Pêcheux. No Brasil, desde 1980, a Análise do Discurso vem sendo desenvolvida e difundida por Eni Puccinelli Orlandi.

Então, nesta pesquisa, atentamo-nos especificamente para o discurso sobre/do corpo que, ao ser trazido para a Análise do Discurso, será considerado a partir das suas condições de produção, das relações de sentido em que é (re)produzido, bem como de sua historicidade. Abordar o discurso sobre/do corpo se justifica porque, segundo Ferreira (2019, p. 21), “o discurso, para nós, é também um modo de ver, de escutar, que compreende as percepções do corpo, cultura e do sujeito que aí se encontra incluído”. Dessa forma, amparados por essa teoria de cunho

discursivo, pretendemos ultrapassar o discurso médico sobre a doença, as práticas de prevenção e tratamento para penetrar nas bases sociais, históricas, políticas, culturais e também discursivas que estão na base da produção de condições patológicas, como é o caso da gordura corporal.

Portanto, as questões sociais e culturais de modo geral afetam os sujeitos. No que se refere ao sujeito especificamente, conceito caro para Análise do Discurso, Ferreira (2019) afirma que não há como falarmos em sujeito sem falarmos de cultura, uma vez que ela interpela os sujeitos pelas imagens, gestualidades e rituais do cotidiano. Em consonância, citamos as palavras de Bressan (2017, p. 138): na Análise do Discurso, “concebemos a cultura, assim como a língua, em sua materialidade, em sua relação com a história, com a memória, como aquilo que bordeja, margeia a produção dos sentidos e o processo de subjetivação”.

Nesta perspectiva, pretendemos refletir como a relação sujeito-corpo-cultura se manifesta na materialidade discursiva. Isso se torna possível porque, segundo Ferreira (2011), a forma de teorizar o sujeito ocorre a partir de sua constituição na e pela linguagem:

Teríamos, então, as formas de manifestação de um corpo cultural, amparadas numa figuração triangular: (1) a língua (como torção da linguagem) (2) o sujeito (como posição na formação social) e (3) a cultura (como suporte). (FERREIRA, 2011, p. 63).

Diante do exposto até o momento, reiteramos que nosso objetivo geral nesta pesquisa é analisar, com base nos pressupostos teóricos e metodológicos da Análise do Discurso, como os documentos organizados pela OMS e instituições brasileiras estabelecem e formulam o discurso sobre saúde e doença no que tange ao corpo. A partir disso, visamos verificar se o Índice de Massa Corporal (IMC) se configura como um Acontecimento Discursivo, buscando apreender, a partir das categorizações numéricas desse índice, como os sentidos de corpo saudável e doente são ressignificados. Dito de outra forma: a partir das análises do *corpus*, buscaremos observar como o discurso médico, ao propagar um discurso de saúde amparado no modelo de corpo magro, acaba reforçando a patologização do corpo gordo. Em vista disso, consideramos necessário demonstrar qual é o modelo de corpo saudável que esse discurso preconiza ao impor a adequação do corpo gordo. Também visamos

analisar como ocorre o silenciamento dos problemas de saúde que acometem o corpo magro.

Com relação à constituição do corpus desse estudo, destacamos que é formado por:

I) documentos da OMS: *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*; Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global; Constituição da Organização Mundial da Saúde.

II) documentos de instituições brasileiras: Política nacional de alimentação e nutrição; Diretrizes Brasileiras de Obesidade; Manifesto obesidade; Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira.

Para sustentar teoricamente a presente pesquisa, nosso embasamento teórico conta, além da AD, com o entrelaçar de diferentes áreas, que tratam principalmente do corpo. Neste momento, destacamos o campo do saber da Sociologia, em que nos pautamos sobretudo nos estudos de Georges Vigarello que tratam da história do corpo gordo e de Jean-Pierre Poulain, em “Sociologia da Obesidade”, que apresentam a questão da obesidade e suas consequências pelo viés sociológico. Na área da Psicologia, buscamos respaldo teórico em Joana Vilhena de Novaes, que estuda a relação beleza, corpo e mulher. No campo da História, abordamos os estudos sobre a história do corpo de Denise Bernuzzi de Sant’Anna, coorientada por Vigarello em seu doutorado. Ainda, nos embrenhamos nos estudos da área da saúde, como da Saúde Pública.

Para apresentar nossa pesquisa, portanto, adotamos a seguinte organização textual: além desta introdução e das considerações finais, o trabalho divide-se em 3 capítulos. No primeiro, dedicamo-nos em compreender o modo como se dá o funcionamento do discurso médico. Para isso, inicialmente, fazemos uma breve apresentação da teoria da Análise do Discurso francesa. Depois, abordamos o conceito de Aparelhos Ideológicos de Estados para definir e conceitualizar o Aparelho Ideológico de Estado de Saúde, visando principalmente à compreensão do funcionamento do discurso médico. Consideramos que esse discurso caracteriza-se como autoritário, uma vez que possui um lugar de poder dizer sobre o corpo, saúde e doença.

No segundo capítulo, com o intuito de verificar se o IMC pode ser considerado um Acontecimento Discursivo, apresentamos algumas considerações teóricas sobre esse conceito. Na sequência, levando em consideração tal propósito, também

abordamos algumas considerações históricas a respeito das tentativas de mensuração do corpo. Concomitantemente, neste capítulo, trazemos nossas análises de recortes oriundos principalmente do Relatório *Physical status: the use and interpretation of anthropometry* (OMS, 1995).

No terceiro capítulo, discorremos sobre os documentos posteriores ao Relatório de 1995, da OMS e de instituições brasileiras. Nesse momento, buscamos demonstrar como o discurso médico produz efeitos de sentidos para o corpo considerado saudável (magro) e doente (gordo).

Feitas essas considerações iniciais, em que explicitamos a temática, os objetivos e o *corpus* de nossa pesquisa, na sequência, apresentamos o primeiro capítulo, abordando a teoria da AD e o conceito Aparelhos Ideológicos do Estado.

*IMC - Rap Plus Size*

*O exame de sangue, detecto que tenho rap na veia  
 A glicose é alta porque de amor pelo rap a veia ta cheia  
 E falando de grossura, querem medir minha cintura  
 E se for grossa por favor arrombado não se assusta  
 Corre na esteira em busca do falso padrão perfeito  
 Corre pra compra pra produto milagroso com imediato efeito  
 Herbalife, chá verde, tranque a boca fique sem comer  
 Sem falar, reagir aqui cê não tem direito de escolher  
 Quis me ensina obedece, mais nunca foi boa aluna  
 Quer esconde preconceito preocupado com minha coluna  
 "Sara é a saúde, perca peso, emagreça"  
 Se molde entre na faca, faz plástica e enlouqueça  
 Não quero suas dicas, nem suas teorias estáticas  
 Prefiro a prática e só respeito me basta  
 Não aceito suas tendências é tudo beleza enlatada  
 Te recomendo fazer dieta, comece ficando de boca calada*

*O corpo é meu  
 Não gostou problema seu  
 Não preciso da sua aprovação não, então valeu  
 Eu corro da leste à norte  
 Eu corro da oeste à sul  
 E quem não gosta do meu peso  
 Vai tomar no c\*[...]*

*Eu queria entender, qual é o ponto, a questão?  
 Por que eu tenho que seguir de encontro ao seu padrão  
 Recompondo a afirmação, desmancha o véu e cai ao chão  
 Não preciso da boutique, do aplique nem malhação  
 Preciso de nutrição, pra mente e pra alma  
 Não assino a Tititi, odeio a Veja e a Claudia  
 Não quero instrução pra perder peso nem regime  
 Porque o regime é militar e de pensar já virou crime  
 Só imagine, se ver livre dos seus julgamentos  
 E parar com esse declive com ódio nos argumentos  
 Acredite o palpito de elite castrada moldada do meu apetite  
 Omite não admite no beat o estrago é largo pik dinamite  
 O que você permite? Eu não sou fitness  
 Não uso Guess, prefiro jazz do que o som dos seus decibéis  
 Sem stress, mede pra vê meu IMC na escala real  
 O maior índice ta na massa cinzenta, não corporal [...]*

## 1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS E ANALÍTICOS PARA A ANÁLISE DO DISCURSO MÉDICO SOBRE O CORPO, SAÚDE E DOENÇA

Neste capítulo, buscamos expor as primeiras observações acerca da Análise de Discurso de orientação francesa (doravante AD), cujo arcabouço teórico e metodológico fundamenta a presente pesquisa. Desse modo, embarcamos, a partir de agora, na apresentação desta “aventura teórica” (MALDIDIER, 2003) que é a *análise do discurso*, que tem no discurso seu ponto de partida.

Nessa aventura, que se dá “no meio de” outras teorias (ORLANDI, 2002), traçamos também o início da discussão a respeito do discurso médico sobre o corpo, temática que abordamos nesta tese. A teoria da *análise do discurso* surge habitando simultaneamente espaços que são estabelecidos em relações contraditórias entre teorias, conforme se pode observar no trecho:

Relações em que não faltam pressões, processos de inclusão e de exclusão, hierarquização e legitimação, apagamentos, ou seja, relações de sentidos mas também relações de força, na medida em que a forma sujeito histórica, que é a nossa, inclui, ou melhor, funciona pelo conhecimento, e por sua relação com o Poder (declinado pelo jurídico). (ORLANDI, 2002, p. 21).

Do mesmo modo, observamos que o corpo também emerge a partir de diferentes discursos, como da religião, cultura, sociedade, medicina, biologia, nutrição, tecnologia, moda, entre outros. Sendo assim, torna-se uma materialidade que se divide em vários corpos possíveis, ou seja, não é apenas um e sim uma multiplicidade de corpos (BRESSAN, 2017). O corpo torna-se um nó górdio (SANTAELLA, 2004), em que se encontram emaranhadas diferentes reflexões/concepções e, por isso, podemos afirmar que o corpo atravessa e é atravessado por diferentes discursos, que buscam compreendê-lo, fragmentá-lo e interpretá-lo. Diante disso, é pertinente esclarecer que, neste empreendimento analítico, não tomamos a metáfora do nó na tentativa de desatá-lo por completo, mas sim de observar como os sentidos saúde e doença despontam em modelos de corpos específicos para representar o que visivelmente, a partir da forma corporal, seria um corpo saudável ou um corpo doente.

Para tanto, tomamos o discurso médico<sup>2</sup> - discurso oficial - como orientador desta análise.

Isto posto, percebemos de antemão que não pretendemos percorrer de forma exaustiva toda a teoria da Análise do Discurso, aqui. Neste sentido, nosso objetivo é trazê-la no decurso da pesquisa, recortando de início apenas alguns conceitos e noções que compõem sua teoria e que farão parte do nosso referencial para proceder à análise do *corpus*. Então, a teoria não ficará restrita apenas a este capítulo, pois, nas demais sessões deste trabalho, ao abordarmos os documentos da OMS e demais instituições como observatório do discurso envolvendo corpo, saúde e doença, os conceitos da teoria serão mobilizados para ancorar o nosso gesto analítico. Em vista disso, ainda que em nossa exposição essas noções e conceitos sejam apresentados, em muitos momentos, separadamente, lembramos que eles mantêm relação, pois, em concordância com Indursky (2003, p. 102), formam “uma rede de relações teórico-analíticas” e, em função disso, não funcionam separados.

## 1.1 ANÁLISE DE DISCURSO E SEUS ENTREMEIOS

A teoria da Análise do Discurso foi historicamente fundada na França, na década de 60, pelo filósofo Michel Pêcheux. No Brasil, onde se estabeleceu fortemente a partir da década de 1980, a teoria é difundida e ampliada, tendo como precursora, Eni Puccinelli Orlandi.

A Análise do Discurso emerge em meio a um período de transformações no campo social, político e também científico. Ferreira (2010, p. 2) esclarece que “o movimento de maio de 68 e as novas interrogações que surgiram de súbito no âmbito das ciências humanas” irrompem mudanças nesta área. Nessas condições, em que ocorre o auge do estruturalismo, há um apagamento do sujeito nas reflexões de grandes estudiosos da época, mas importava “normalizar o sujeito, já que era visto como o elemento suscetível de perturbar a análise do objeto científico, que deveria responder a uma língua objetivada, padronizada” (FERREIRA, 2010, p. 2). Para Gadet:

---

<sup>2</sup> Nesta pesquisa, quando nos reportamos ao discurso médico, estamos nos referindo àquele que é institucionalizado pelos saberes produzidos cientificamente pela medicina e materializado (BRESSAN, 2017), em nosso caso, em documentos como “*Physical status: the use and interpretation of anthropometry*” e “Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global”, entre outros.

Na França, a Análise de discurso é, de imediato, concebida como um dispositivo que coloca em relação, sob uma forma mais completa do que suporia uma simples covariação, o campo da língua (susceptível de ser estudada pela linguística em sua forma plena) e o campo da sociedade apreendida pela história (nos termos das relações de força e de dominação ideológica). Emergência temporal, também; a Análise de Discurso aparece nos anos sessenta, sob uma conjuntura dominada pelo estruturalismo ainda pouco criticado na linguística, e triunfante por ser “generalizado”, isto é, exportado para as outras ciências humanas (por exemplo por Levi-Strauss ou Barthes), ou inspirador de reflexões mesmo quando não se declara explicitamente (por exemplo por Lacan, Foucault, Althusser ou Derrida) [...]. (GADET, 1997, p. 8).

Diante disso, notamos que a teoria da Análise do Discurso contribui para mudança no âmbito dos estudos da língua, que seguia rigidamente fechada aos preceitos do estruturalismo dominante à época, isto porque incorpora em suas discussões a perspectiva do social, da história e da ideologia na produção dos efeitos de sentido. A partir dessa perspectiva, a Análise do Discurso mostra que o sujeito é susceptível à linguagem e também aos equívocos da língua.

A teoria constitui-se, então, a partir da articulação de diferentes regiões dos saberes, em que Pêcheux estabelece contradições e deslocamentos: “De início, entre - no interior das ciências da linguagem - as tendências formalistas (gerativismo), sociologista (sócio, etnolinguísticas) e da fala (teorias da enunciação, conversacional)”, conforme esclarece Orlandi (2020a, p. 23-24). Portanto, Pêcheux preocupa-se com questões que eram deixadas à margem pelas Ciências Humanas e Sociais.

O quadro epistemológico da Análise do Discurso, por sua vez, resulta da imbricação de três áreas:

1. o materialismo histórico, como teoria das formações sociais e de suas transformações, compreendidas aí a teoria das ideologias;
2. a linguística, como teoria dos mecanismos sintáticos e dos processos de enunciação ao mesmo tempo;
3. a teoria do discurso, como teoria da determinação histórica dos processos semânticos. (PÊCHEUX; FUCHS, 1997, p. 163-164).

A teoria, instaurada a partir desses campos do conhecimento - materialismo histórico, linguística e teoria do discurso -, configura-se, portanto, como uma disciplina de entremeio, um lugar de problematizações. Essas três regiões, de acordo com os

autores supracitados, estão atravessadas e articuladas por uma teoria da subjetividade de base psicanalítica, que busca compreender o sujeito nesse processo. Portanto, segundo Mariani (1996, p. 22), a Análise do Discurso busca, no intervalo dessas teorias, trabalhar seus conceitos a partir de uma “reterritorialização”.

Então, para que seja possível produzir um gesto analítico, Análise do Discurso:

Interroga a Linguística pela historicidade que ela deixa de lado, questiona o Materialismo perguntando pelo simbólico e se demarca da Psicanálise pelo modo como, considerando a historicidade, trabalha a ideologia como materialmente relacionada ao inconsciente sem ser absorvida por ele. (ORLANDI, 2015, p. 18).

Tal asserção, como o exposto até o momento, demonstra como Pêcheux, no entrelaçar com outras áreas do conhecimento, estabelece o novo enfoque teórico. Neste sentido, percebemos que, ao “reterritorializar” para Análise do Discurso os conceitos oriundos desses campos, promove um deslocamento de seus sentidos, isto é, os conceitos não são mobilizados com os mesmos sentidos tal como em suas teorias de origem. Assim, na Análise do Discurso, por exemplo, a língua não é tomada como um sistema abstrato, mas como “a língua no mundo, com maneiras de significar, com homens falando, considerando a produção de sentidos enquanto parte de suas vidas, seja enquanto sujeitos seja enquanto membros de uma determinada forma de sociedade” (ORLANDI, 2015, p. 13-14).

Ao promover esse movimento, a Análise do Discurso, segundo Orlandi (2020a, p. 24), “produz um outro lugar de conhecimento com sua especificidade. Não é mera aplicação da linguística sobre as ciências sociais ou vice-versa”. Assim, a teoria mostra que não se pode separar a linguagem de sua exterioridade. Além disso, a Análise do Discurso delimita um novo objeto de estudo: o discurso. Nas palavras de Malidier (2003, p. 19), desde o texto fundador da teoria, Análise Automática do Discurso, em 1969, era possível observar “todos os fios constitutivos de um objeto radicalmente novo: o discurso”.

A noção de discurso emana da crítica ao esquema informacional de Jakobson, ao refutar a mensagem como transmissão de informação. Pêcheux (1997, p. 82) diz que o discurso não trata “necessariamente de uma transmissão de informação entre A e B, mas, de modo mais geral, de um ‘efeito de sentido’ entre os pontos A e B”. Desse modo, de acordo com o autor,

Chamaremos discurso uma sequência linguística de dimensão variável, geralmente superior a frase, referida às condições que determinam a produção dessa sequência em relação a outros discursos, sendo essas condições propriedades ligadas ao lugar daquele que fala e àquele que o discurso visa, isto é, àquele a quem se dirige formal ou informalmente, e ao que é visado através do discurso. (PÊCHEUX, 2012, p. 214).

Diante disso, observamos que, para Pêcheux, um discurso se dá em sua relação histórica, não separado das condições de sua produção e de outros discursos já enunciados. Assim, quando pensamos em discurso, concebemos como efeito de sentido entre o ponto A e B; ou seja, o discurso é efeito de sentidos entre interlocutores (PÊCHEUX, 1997; ORLANDI, 2015). Nesta perspectiva, a produção do sentido está na relação entre A e B, considerando os lugares sociais que ocupam e as determinações resultantes de tais lugares.

Ainda, na Análise do Discurso, consideramos o discurso “um objeto sócio-histórico em que o linguístico intervém como pressuposto” (ORLANDI, 2015, p. 14), sempre relacionado à história e à sociedade. O discurso, conforme a autora, é a linguagem em ação, sendo “o lugar em que se pode observar as relações entre língua e ideologia, compreendendo-se como a língua produz sentidos por/para os sujeitos” (ORLANDI, 2015, p. 15).

Além disso, Orlandi (2005, p. 63) retoma o pensamento de Pêcheux ao afirmar que “o discurso, definido em sua materialidade simbólica é ‘efeito de sentido entre locutores’ trazendo em si as marcas da articulação da língua com a história para significar”. A partir dessa concepção de discurso, concebemos o efeito produzido a partir da inserção da língua na história, regida pela ideologia, pois estamos diante de um dos aspectos materiais da ideologia, nas palavras de Mariane (1996, p. 23): “no discurso se dá o encontro entre língua e ideologia”. Especificamente sobre a ideologia, Orlandi explica:

Partindo da ideia de que a materialidade específica da ideologia é o discurso e a materialidade específica do discurso é a língua, trabalha a relação língua-discurso-ideologia. Essa relação se complementa com o fato de que, como diz M. Pêcheux (1975), não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia: o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia e é assim que a língua faz sentido. (ORLANDI, 2015, p. 15).

A partir dessa explicação, evocamos outro ponto importante da Análise do Discurso: o sujeito, posto que, na teoria, ele é atravessado pela ideologia. Além disso,

para pensar o discurso nesse arranjo, portanto, devemos fazê-lo a partir do lugar ocupado pelo sujeito, uma vez que o “sujeito se constrói” como sujeito do discurso no intervalo das três áreas citadas anteriormente. Em outras palavras, o sujeito do discurso vai, necessariamente, “colocar-se estratégica e perigosamente entre o sujeito da ideologia (pela noção de assujeitamento) e o sujeito da psicanálise (pela noção de inconsciente), ambos, materialmente constituídos e envoltos pela linguagem” (FERREIRA, 2010, p. 10).

Nesse sentido, não se pode pensar o sujeito apenas como ideológico (marxista/althusseriano) ou apenas como sujeito inconsciente (lacaniano/freudiano) e tampouco como a simples soma dessas concepções. Na Análise do discurso, o que distingue o sujeito dos demais “é o papel de intervenção da linguagem”, lembra Ferreira (2003, p. 40). Diante disso, a autora, de forma apurada, afirma que esse sujeito é, portanto:

*Efeito de linguagem, assujeitado e desejante, eis, então, nosso objeto de investigação em toda sua complexidade e heterogeneidade, unido de modo indissolúvel na topologia do nó borromeano à linguagem, à ideologia e ao inconsciente. A morada do sujeito foi tomada, como se vê, pela inscrição ideológica que se marca no desejo, o qual opera por deslizamento e um plano de contiguidade e remete sempre a uma falta. Já a linguagem, por sua vez, funciona não só como base material onde essas relações se dão, mas como a própria forma de que elas se revestem. (FERREIRA, 2010, p. 8, itálico da autora).*

Assim sendo, o sujeito é inconsciente à determinação ideológica e à posição que ocupa, o que, de acordo com Pêcheux (2014, p. 139), indica como essas duas estruturas operam juntas e, dessa forma, dissimulam a “própria existência”, produzindo um “tecido de evidências ‘subjetivas’”, constituindo, então, o sujeito.

Pêcheux busca, na Psicanálise, o alicerce para demonstrar porque o sujeito, ao dizer, acredita que o que diz é aquilo que é, não tendo a consciência de que isso procede de outro lugar, de um Outro que o constitui. Assim, os sujeitos são - interpelados - pela ideologia e ela os determina sem que seja notada.

Fundamentada nos estudos de Althusser, o conceito de ideologia, na Análise do Discurso, influencia a concepção de sujeito e assujeitamento. Para a teoria, por meio da ideologia se determina o que é e o que deve ser, produzindo um efeito de evidência sobre as coisas do mundo. Então, de acordo com Pêcheux (2014), a ideologia é um mecanismo de produção de evidências que estabelece como as coisas

do mundo devem ou não ser. Em vista disso, Orlandi (2015, p. 44) afirma que a ideologia “é a condição para a constituição do sujeito e dos sentidos”.

Reiteramos que, na constituição da Análise do Discurso, Pêcheux e Fuchs (1997), no que se refere à ideologia e sua relação com o discurso, embasam-se na teoria althusseriana acerca do materialismo histórico, o que permite compreender como a ideologia funciona nas relações sociais, sobretudo no modo de produção e reprodução de determinada sociedade.

Os autores destacam que o que importa para a Análise de Discurso “é a da superestrutura ideológica em sua ligação com o modo de produção que domina a formação social considerada” (PÊCHEUX; FUCHS, 1997, p. 165), uma vez que é por meio da reprodução ideológica que resultam as relações de classe. A região da ideologia, neste sentido, deve ser caracterizada por uma materialidade específica articulada sobre a materialidade econômica, dado que ela não se situa na ‘esfera das ideias’, acima do mundo das coisas e fatos econômicos. Desse modo,

o funcionamento da instância ideológica deve ser concebido como “determinado em última instância” pela instância econômica, na medida em que aparece como uma das condições (não econômicas) da reprodução da base econômica, mais especificamente das relações de produção inerentes a esta base econômica. A modalidade particular do funcionamento da instância ideológica quanto à reprodução das relações de produção consiste no que se convencionou chamar *interpelação*, ou o assujeitamento ideológico como sujeito ideológico, de tal modo que cada um seja *conduzido*, sem se dar conta, e tendo a impressão de estar exercendo a sua livre vontade, *a ocupar o seu lugar* em uma ou em outra das duas classes sociais antagonistas do modo de produção. (PÊCHEUX; FUCHS, 1997, p. 165-166).

No processo de interpelação, cada sujeito é levado a ocupar determinado lugar na estrutura de dada formação social, mas esse processo não é percebido. O funcionamento da ideologia faz com que o sujeito, pensando-se livre, aceite a sua sujeição sem se dar conta. A ideologia é, conforme notamos, uma das condições não-econômicas de reprodução das relações de produção existentes. E, para os autores, a reprodução contínua das relações de classe é assegurada materialmente pela existência de ‘realidade complexas’, que recebem o nome de Aparelhos Ideológicos de Estado.

À vista dessa apresentação, buscaremos compreender, por intermédio do discurso institucional da Organização Mundial da Saúde (OMS), as determinações

históricas e ideológicas do discurso médico que atuam na produção de uma ruptura na identificação dos sujeitos com a sua condição corporal.

O corpo é o principal objeto da Medicina. Todavia, diferentemente da forma que nós analistas do discurso compreendemos o corpo, como materialidade do sujeito e como discurso, a Medicina se ocupa do corpo biológico, empírico, orgânico. A Medicina, em um primeiro plano, conforme afirma Camargo Jr. (1992), refere-se à prática e ao saber médico. Por assim ser, ela abriga a investigação (anamnese) por meio de exame minucioso, diagnóstico (de doenças) e tratamento (clínica) das doenças do corpo. Esses pilares, teoricamente, dividem-se em múltiplas disciplinas, em que parte delas são ligadas especificamente à atividade médica, como a Fisiologia e Anatomia Patológica e outra parte estabelece conexão com a Biologia e a Química.

Ainda de acordo com o autor, apoiada cada vez mais na Matemática, encontra-se a epidemiologia; o cálculo se torna um artifício do qual o campo médico faz uso para observar os índices de morbidade e mortalidade, incidência e prevalência, bem como a população de risco para determinada doença. De forma quantitativa, a área médica se ampara em números e produz um efeito de discurso estável e inquestionável sobre saúde e doença. Dito de outro modo, em seu “funcionamento discursivo interno”, não há possibilidade para interpretação, pois esse espaço discursivo foi estabilizado, o que, de acordo com Orlandi (2020a, p. 141), “resulta de interdição à interpretação”. Então, a partir da Matemática, uma ciência exata, o discurso médico (re)produz enunciados “aparentemente” lógicos.

Frente ao exposto, nossa pretensão agora é abordar o discurso médico, já que o consideramos como produtor do sentido de saúde e doença. Para compreender tal discurso e seus efeitos de sentido, é necessário entender como ele funciona, empreitada que nos propomos realizar na sequência.

## 1.2 APARELHOS IDEOLÓGICOS DE ESTADO

Para falar em Aparelhos Ideológicos de Estado (doravante AIE), em Análise do Discurso, precisamos nos reportar aos estudos de Louis Althusser, filósofo francês. Isto porque, ao refletir sobre o funcionamento ideológico no discurso, Pêcheux retoma a teoria althusseriana realizada a partir de uma leitura da teoria Marxista.

Compreender os conceitos referentes aos AIE é relevante quando observamos o discurso médico. Do mesmo modo, verificar a forma como a ideologia atua na (re)produção de saberes utilizando-se dos aparelhos é pertinente para entendermos o funcionamento das instituições de saúde na produção do sentido de saúde e doença no que tange especificamente ao corpo gordo e magro. Em vista disso, neste primeiro momento, apresentamos brevemente a noção de AIE.

Ao tomar como ponto de partida o ponto de vista da reprodução, Althusser explora o modo como ocorre a reprodução das relações de produção por meio dos AIE. Dessa forma, pressupõe a constituição da sociedade a partir da concepção de Marx, retomando o ‘todo social’ e seus níveis/instâncias em que a estrutura de toda sociedade se divide, a saber: na infraestrutura e na superestrutura. Nessa última, operam a instância jurídico-política (o Direito e o Estado) e a instância ideológica (as diferentes ideologias, religiosas, moral, jurídica, política, etc.) e, naquela, a instância econômica, que se refere à “unidade” de forças reprodutivas e relações de produção (ALTHUSSER, 1999).

No que diz respeito às forças produtivas, Althusser (1999, p. 48) considera que “são constituídas pela *unidade* de um jogo complexo e regulamentos”, cujo resultado posto em campo é o objeto de trabalho, os instrumentos de produção e os agentes de produção, ou força de trabalho, que se dá pelo salário. O salário é a forma material concedida ao trabalhador por seus serviços prestados em uma formação social capitalista e é substancial para a reprodução material deste trabalhador, reproduzindo-se como força de trabalho (ALTHUSSER, 1999).

Outro ponto são as relações de produção. Antes, porém, é necessário observar que, para explicar o funcionamento da estrutura de toda sociedade, Althusser emprega a metáfora do edifício para demonstrar que uma construção necessita de um suporte para sustentar-se. Nessa analogia, a base é a infraestrutura, o suporte econômico da sociedade, sob o qual se erguem os “dois ‘andares’” superiores, que formam a superestrutura. Desse modo, a infraestrutura é essencial para a constituição da estrutura social, ou seja, ela é encarregada de dar suporte à estrutura.

O autor ressalta que o objetivo da metáfora do edifício é representar a “determinação em última instância’ pela base econômica” (ALTHUSSER, 1999, p. 80), isso quer dizer que, tudo o que acontece na base econômica influencia o andar superior. Contudo, por deter o poder sobre o Estado e a ideologia, a superestrutura define-se como a classe dominante.

Portanto, as relações de produção referem-se aos que detêm os meios de produção, pois “são relações de um tipo muito particular que existem, [...], nas Sociedades de classes, entre os agentes da produção e outros personagens *que não são agentes da produção* e, no entanto, intervêm na produção” (ALTHUSSER, 1999, p. 51, itálicos do autor). Althusser observa o Direito, o Estado e a ideologia tendo como base duas perspectivas, a “da prática e da produção” e “da reprodução”. Ele concebe o Estado tal qual definido por Marx, isto é, como aparelho repressivo e, dessa forma, conforme destaca Chagas (2012, p. 3), atrelando “esse mecanismo ao poder da (luta da) classe dominante (burguesa) sobre a classe dominada (operária), em prol da mais valia. Essa é a função essencial do Estado”. Nesse sentido, o Estado deve assegurar as condições sociais de existência, mantendo a reprodução desta realidade.

A partir de tal conceito, então, em sua concepção teórica, Althusser (1999) salienta que:

Para poder construir uma teoria de Estado, é indispensável levar em consideração não só a distinção entre Poder de Estado (e seus detentores) e Aparelhos de Estado, mas também uma outra “realidade” que se encontra, manifestamente, do lado do Aparelho repressor de Estado, mas não se confunde com ele; corremos o risco teórico de designá-la por Aparelhos Ideológicos de Estado. O ponto preciso de intervenção teórica diz respeito, portanto, a esses Aparelhos ideológicos de Estado na sua diferença em relação ao Aparelho de Estado, no sentido de Aparelho repressor de Estado. (ALTHUSSER, 1999, p. 102).

Em suma, o aparelho repressivo do Estado (ARE) refere-se aos diferentes mecanismos que são voltados para o exercício da repressão, por meio do uso da força, funcionando pela violência. O ARE compreende, desse modo, “o governo, a administração, o exército, a polícia, os tribunais, as prisões, etc.” (ALTHUSSER, 1985, p. 67). Por outro lado, como o aparelho estatal não é somente repressor, os dispositivos que funcionam enquanto AIE são definidos como: “um certo número de realidades que se apresentam ao observador imediato sob a forma de instituições distintas e especializadas” (ALTHUSSER, 1985, p. 68). A título de exemplificação, citamos alguns dos aparelhos listados pelo filósofo:

AIE religioso (o sistema das diferentes igrejas),  
AIE escolar (sistema das diferentes escolas públicas e particulares),

AIE familiar,  
 AIE jurídico,  
 AIE político (o sistema de que fazem parte os diferentes partidos),  
 AIE sindical,  
 AIE da informação (imprensa, rádio-televisão, etc.),  
 AIE cultural (Letras, Belas Artes, desportos, etc.). (ALTHUSSER, 1985, p. 68).

Cada aparelho, segundo Althusser (1999), forma um sistema de instituições, organizações e práticas equivalentes, atuando em diferentes esferas sociais, conforme a lista apresentada. Então,

Um Aparelho ideológico de Estado é um sistema de instituições, organizações e práticas correspondentes, definidas. Nas instituições, organizações e práticas desse sistema é realizada toda a Ideologia de Estado ou uma parte dessa ideologia (em geral, uma combinação típica de certos elementos). A ideologia realizada em um AIE garante sua unidade de sistema “ancorada” em funções materiais, próprias de cada AIE, que não são redutíveis a essa ideologia, mas lhe servem de “suporte”. (ALTHUSSER, 1999 p. 104).

Os AIE funcionam através da ideologia, dado que são dispositivos que servem à ‘manutenção da realidade’, ou seja, das relações de produção. A ideologia atua assegurando a coesão social, regulando e estipulando normas para as práticas sociais, conseqüentemente, para os sujeitos. Essa é a distinção essencial entre ARE e AIE, isto é, o primeiro funciona basicamente por intermédio da violência e o último pela ideologia. Necessariamente, lembra Vinhas (2014, p. 21): “O objetivo, tanto nos AIE como no ARE, é manter a reprodução de ‘valores’, seja por mecanismos ideológicos ou por mecanismos repressivos”.

Cabe acrescentar que há alguns outros pontos para distinguir os aparelhos repressivos dos ideológicos: num primeiro momento é que, os AIE são marcados pela pluralidade, ao passo que só existe um ARE. Noutra momento, conforme Althusser (1985, p. 70), os AIE são de domínio privado, enquanto os aparelhos repressivos são públicos, mas os dois tipos de aparelhos não são unicamente repressivos ou ideológicos, em virtude de se ter um duplo funcionamento, pois “não há aparelho puramente repressivo”, como também “não há aparelho puramente ideológico”. Desta forma, “a escola, as igrejas ‘moldam’ por métodos próprios de sanções, exclusões, seleção etc.”, não somente seus funcionários, como também “suas ovelhas”, destaca Althusser (1985, p. 70).

O autor esclarece, ainda, que é importante deter-se à explicação do porquê os aparelhos ideológicos são considerados privados.

A distinção entre o público e o privado é uma distinção intrínseca ao direito burguês, e válida nos domínios (subordinados) aonde o direito burguês exerce seus 'poderes'. O domínio do Estado lhe escapa, pois este está 'além do Direito': o Estado, que é o Estado da classe dominante, não é nem público nem privado, ele é contrário a condição de toda distinção entre o público e o privado. Digamos a mesma coisa dos nossos Aparelhos Ideológicos de Estado. Pouco importa se as instituições que os constituem sejam 'públicas' ou 'privadas'. O que importa é o seu funcionamento. Instituições privadas podem perfeitamente 'funcionar' como Aparelho Ideológico de Estado. (ALTHUSSER, 1985, p. 69).

Portanto, por mais que aparente haver uma dispersão, posto que os aparelhos funcionam através da ideologia, é justamente esse funcionamento que fornece um efeito de unificação. De acordo com Althusser (1985, p. 71), "a ideologia, na qual funciona, está de fato sempre unificada, apesar da sua diversidade e contradição, sob a ideologia dominante, que é a ideologia da 'classe dominante'".

Retomando Lunkes (2021, p. 91), as relações de força, que atuam pela perpetuação da ideologia dominante "da/pela classe dominante", são impulsionadas por distintas práticas que se fazem presentes no interior dos aparelhos ideológicos. Essa concepção de Althusser destaca que a classe dominante é detentora do poder do Estado e, por assim ser, ela se faz efetiva nos AIE. A respeito disso, percebemos que "nenhuma classe pode, de forma duradoura, deter o poder do Estado sem exercer ao mesmo tempo sua hegemonia sobre e nos Aparelhos Ideológicos do Estado" (ALTHUSSER, 1985, p. 71).

A partir da lista proposta por Althusser, que deixa brecha para que se possa pensar em sua ampliação, abordamos, a partir deste ponto, uma discussão acerca dos Aparelhos Ideológicos de Estado de saúde.

### 1.2.1 Aparelho Ideológico de Estado de saúde e a constituição do *corpus* analítico

Consideramos pertinente entender o funcionamento do discurso médico nos documentos da Organização Mundial da Saúde, Ministério Público, ABESO, ANS, OPAS, entre outras instituições, que tratam do estado físico corporal, tendo em vista

que acreditamos, desde o início desta pesquisa, que ele funciona como discurso dominante não apenas pelo lugar social que é representado nesse discurso (que vamos trabalhar na sequência), mas também porque ele é institucionalizado.

Como mencionado anteriormente, a partir da brecha deixada na lista dos AIE de Althusser, torna-se possível pensarmos em um Aparelho Ideológico de Estado médico ou de saúde. Tanto é assim que AIE médico e AIE de saúde são encontrados inclusive na própria obra Althusser (1999) - *Sobre a Reprodução*. Ao analisar a luta de classe a partir de alguns dos AIE apontados em sua lista, o autor cita o Aparelho Ideológico de Estado 'médico':

A fissura deixada por Althusser, então, nos possibilita explorar a possibilidade de um Aparelho Ideológico de Estado médico ou de saúde. Essas duas formas, AIE médico e AIE de saúde, são encontradas. Inclusive, Althusser (1999), conforme assinala Lunkes (2021), na obra "Sobre a Reprodução", ao analisar a luta de classe a partir de alguns do AIE desta lista, o autor cita, em nota de rodapé, o Aparelho Ideológico de Estado 'médico':

[...] pensamos ter o direito de chamar, nas nossas formações sociais capitalistas, o Aparelho ideológico de Estado 'médico'. Este mereceria um estudo exclusivo a respeito do qual a notável obra de Foucault, desprezado por nossas Autoridades Médicas (infelizmente, elas já não o podem queimar), fornece-nos a genealogia de elementos importantes. (ALTHUSSER, 1999, p. 183).

O autor não prolonga sua observação, mas isso não nos impossibilita de refletir e discutir um pouco mais sobre a temática. Sendo assim, consideramos que a existência do AIE médico pode ser assegurada porque, enquanto conjunto de instituições, os aparelhos servem de suporte à ideologia, a qual opera no interior deste aparelho e lhe garante à sua unidade. E, sendo nos aparelhos ideológicos o lugar onde ocorre a realização da ideologia dominante, o AIE médico trabalha também, a seu modo, para manter os interesses das classes dominantes.

Lunkes (2021) chama nossa atenção para o fato de que, dado o caráter provisório da designação Aparelho Ideológico de Estado Médico, é possível colocá-la em revisão. A respeito disso, ela afirma:

Compreendo que o termo 'médico' não abrange de forma mais consequente e pode limitar a prática outras inscrições nesse AIE e que são, inclusive, práticas terapêuticas não legitimadas por outras

instituições que compõem o sistema. Tratam-se, entretanto, de práticas que circulam em disputa no movimento da história e que colocam em questão fundamentalmente a cura de diferentes males humanos. Trago como exemplos as práticas dos curandeiros, das benzedadeiras, dos xamãs, dos *coaches* [...]. (LUNKES, 2021, p. 92).

Ainda sobre essa questão, a autora salienta que existem outras práticas que podem ser excluídas a partir da designação de AIE médico. Isso faz com que observemos a contradição que constitui as práticas de todo AIE no que tange à disputa de saberes e poderes no exercício da ideologia dominante. Frente ao exposto, a autora sugere a substituição do termo ‘médico’ por ‘saúde’ e, assim, temos o Aparelho Ideológico de Estado de saúde. Especificamente sobre o termo a ‘saúde’, Lunkes (2021, p.93) explica: “constitui-se enquanto um objeto (assim como a liberdade, a justiça, a democracia, entre outros) disputado em diferentes práticas como a empírica, a ideológica e a teórica”.

Em Silva (1975)<sup>3</sup>, a autora considera que o aparelho médico é possível porque:

Trata-se na verdade de um sistema que por meio de práticas (técnicas), atitudes, comportamentos, códigos (a ética médica, estatutos e regulamentação profissão, etc.), rituais (o vestuário, a postura, etc.), discursos (um vocabulário técnico bastante especializado, um tipo de sequência de raciocínio e atuação, ou seja, uma forma própria de pensar, falar e atuar sobre os corpos), instituições (hospitais, ambulatórios, consultórios) e formas organizacionais, assegura a reprodução ideológica das relações de produção numa sociedade. (SILVA, 1975, p. 56).

Mesmo que nossa pesquisa trate apenas do discurso médico, o discurso que é legitimado, com base nas observações das autoras Lunkes (2021) e Silva (1975), parece-nos viável adotar a sugestão da troca do termo ‘médico’ para ‘saúde’, assumindo então a nomenclatura de Aparelho Ideológico de Estado de saúde<sup>4</sup>. Isto porque as práticas não legitimadas, como por exemplo, a medicina popular (medicina tradicional), no Brasil, é muito buscada por uma parte da população, já que, muitas vezes, não tem acesso aos sistemas de saúde legitimados (SINGUER; CAMPOS;

---

<sup>3</sup> Na pesquisa de mestrado em Psicologia da referida autora, que trata sobre a relação médico-paciente, tendo como hipótese de que essa relação é uma relação de poder- dominação-submissão, ela apresenta uma discussão acerca do Aparelho Ideológico de Estado médico. Apesar de Silva (1975) não expressar nenhuma indicação sobre mudança do termo “médico” para o de “saúde”, como ocorre em Lunkes (2019, 2021), acreditamos que suas contribuições nos fornecem pistas para que possamos explorar e ampliar as reflexões dos AIE de saúde em nossa pesquisa.

<sup>4</sup> Dessa forma, em nosso texto, o AIE de saúde aparecerá como aparelho médico apenas quando se tratar diretamente das palavras de Silva (1975).

OLIVEIRA, 1988). Além disso, o AIE de saúde tem como prática a assistência aos sujeitos e seus corpos, independentemente de ser legitimado ou não. Em vista disso, entendemos que o objetivo pelo qual trabalham é o mesmo: tratar os males que atingem os corpos, dar assistência, curar, prevenir etc.

Nessa direção, no que tange especificamente ao AIE de saúde, em conformidade com o que Silva (1975) expõe, observamos que a maneira como a reprodução se dá é distinta. Isto ocorre porque, enquanto outros aparelhos asseguram a qualificação e a submissão<sup>5</sup>, o AIE de saúde assegura a “conservação” e a “reparação” da força do trabalho, garantindo também a qualificação-submissão, “ao menos no sentido amplo, reproduzindo as condições éticas, jurídicas, profissionais, culturais que mantêm e desenvolvem a qualificação-submissão” (SILVA, 1975, p. 58). Isto significa que, por meio de mecanismos próprios, o AIE de saúde irá garantir a sujeição ideológica.

O “AIE médico” interpela os sujeitos como sujeitos-paciente (SILVA, 1975), mas não só isso, uma vez que interpela também os sujeitos como sujeitos-doente. Essa diferenciação entre sujeito-paciente e sujeito-doente é escolhida porque o paciente é todo sujeito que busca os serviços médicos periodicamente, em consultas de rotina, que se encontra sob cuidados médicos e que pode ou não estar doente.

O doente é aquele que apresenta uma condição patológica constatada pelo médico, mas não necessariamente está à disposição do trato, do cuidado médico. Diante disso, uma pessoa está doente se necessita de auxílio subjetivo e objetivo, ou seja: “necessita do conselho do médico e de sua intervenção”, sob essas condições, “inquestionavelmente, a pessoa está doente” (HEGENBERG, 1998, p. 60).

Os sujeitos-doente, dessa forma, devem (ou deveriam) aceitar o diagnóstico, seguir um tratamento, tomar medicações quando necessário, entre outros cuidados. Isso porque os sujeitos precisam estar aptos para ocupar seus lugares na geração de

---

<sup>5</sup> Qualificação e submissão não têm só uma ligação com preparo profissional, conhecimento técnico, mas também com uma qualificação para cumprir funções/papéis sociais. Conforme Althusser (1985, p. 57), “[...] a força de trabalho deve ser (diversamente) qualificada e, portanto, reproduzida como tal [...] ora, vejamos, como se dá esta reprodução da qualificação (diversificada) da força de trabalho no regime capitalista? Ao contrário do que ocorria nas formações sociais escravistas e servis”, esta reprodução tende a ser assegurada, “cada vez mais, fora da produção: através do sistema escolar capitalista e outras instâncias e instituições”. Observemos o AIE escolar, além de ensinar o conteúdo do conhecimento e o técnico, ele vai, ao mesmo tempo em que ensina ler e escrever, habilitar quanto a normas, regras morais, condutas, valores que, basicamente, dizem sobre a representação social do lugar e função que deve ocupar o sujeito. Ou seja: A qualificação se reproduz a partir da submissão à ideologia dominante, ou da prática desta (ALTHUSSER, 1985).

lucros, considerando a formação social de modo de reprodução capitalista. São, portanto, interpelados para que possam contribuir com a reprodução e manutenção dos lugares sociais.

Althusser (1985, p. 106) destaca que, em uma sociedade antagônica e marcada pela lógica do capital, os AIE dispõem de uma função específica, a reprodução e exploração: “Com efeito, o Estado e seus Aparelhos, só têm sentido do ponto de vista da luta de classes, enquanto aparelho da luta de classes mantenedor da opressão de classe e das condições da exploração e sua reprodução”. Nesse tocante, na formulação da Análise do Discurso, Pêcheux (2014), ao retomar a concepção de ideologia constituinte dos AIE, avança demonstrando que, em uma sociedade que é marcada pela luta de classes, os aparelhos ideológicos não são apenas instrumentos de manutenção e reprodução das relações de produção. Mas é nesse lugar que os mecanismos da ideologia dominante funcionam.

O funcionamento do AIE de saúde também se difere dos demais no sentido de que irão atuar não com a função de reprodução e sim com a de “cura” ou “assistência” ao corpo (SILVA, 1975). Além disso, considerando o prestígio e a função social cada vez mais desenvolvida da Medicina no seio da sociedade, o discurso médico vai assegurar uma submissão ao limite. Então, o poder assumido por essa instituição funciona no controle dos comportamentos na sociedade, estabelecendo comportamentos, atitudes e práticas ideais para o corpo e tudo que porventura venha se afastar do estabelecido é tomado como diferente, anormal. Esse aparelho cria, portanto, as normas para o que é/deve ser uma vida saudável (bons hábitos, alimentação correta, descanso, atividade física, etc.). Nessa perspectiva, estabelece, ainda, as normas de como o corpo deve ser para que seja considerado saudável.

A partir dessas observações, é pertinente destacar também que o AIE de saúde, assim como outros aparelhos ideológicos, movimenta-se de acordo com o desenvolvimento das forças produtivas e com “as relações de produção” que devem reproduzir (SILVA, 1975, p. 61). Assim, devemos considerar a formação social e o modo de produção em questão, já que os aparelhos ideológicos materializam a ideologia em condições concretas.

Em razão disso, a forma como o AIE de saúde atua vai depender da formação social em questão. Dito de outro modo, em uma conjuntura que tem como base a reprodução do capitalismo, no intuito de manter/reproduzir os interesses dominantes, o sujeito precisa estar apto à produção e, para tanto, entendemos que ele precisa ter

saúde, pois, nesse sistema, o sujeito só interessa se estiver produzindo. Em contrapartida, o sujeito que é improdutivo (por doença) deve buscar restabelecer a saúde, ou será preterido.

Isto posto, atentando para o corpo gordo, podemos perceber que é considerado como doente pelo discurso médico, fato que pode, por exemplo, levar alguém a ser preterido em seleções de emprego. Outro exemplo atual refere-se a casos em que pessoas são consideradas inaptas para assumir concursos públicos pelo simples fato do resultado do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) ser igual ou superior a 30, indicando obesidade<sup>6</sup>.

Articular a prática médica às demais práticas sociais nos leva a apreender os pontos supracitados. Para Donnangelo e Pereira (1976, p. 22), essa articulação nos mostra que os objetivos da prática médica “se encontram fora dela, na estrutura econômica e político-ideológica das sociedades as quais integra”. Diante disso, ao observarmos historicamente o desenvolvimento da prática médica, constituída como uma instituição de legitimidade hegemônica e detentora do domínio e dos saberes sobre a saúde e a doença, verificamos que o modo de compreender e conceber a saúde e a doença, prevenir doenças e tratá-las, bem como a manutenção da saúde, ocorre no interior do mesmo processo em que acontece a organização dos modos de produção e reprodução, tanto biológicas quanto sociais (ORNELLAS, 1999). As mudanças que a área médica sofre se dão, assim, na sua articulação com a sociedade e, ao abrir-se para esse espaço, assume a função de suprimir a doença e, conseqüentemente, serve como instrumento de manutenção/reprodução da força de trabalho.

Independente da organização, do nível da assistência ou prevenção, ou das diversas instituições, a finalidade do AIE de saúde é a assistência. A assistência se constitui como um todo, lembra Silva (1975). A partir dessa atuação, há o estabelecimento, por parte do próprio “aparelho médico”, de representar “o lugar privilegiado”:

A seu ver, o aparelho médico representa o lugar privilegiado, onde, diante da objetividade do saber, as diferenças devidas à origem familiar, profissional, etc. desaparecem ou devem desaparecer. Trata-se de um lugar neutro, porque técnico. Rever esta representação que o aparelho médico faz de si mesmo não significa encontrar as

---

<sup>6</sup> Voltaremos a essa questão no decorrer da pesquisa.

imperfeições da assistência, nem dizer que a unidade ainda não foi atingida. Supõe que se considere sua realidade contraditória não como imperfeição, restos do passado ou reação à modernização, mas como um conjunto de contradições necessárias que têm uma função histórica determinada e que se explicam pelas condições materiais de existência numa formação social. (SILVA, 1975, p. 64).

Diante disso, ainda de acordo com Silva (1975), em continuidade com a escola, que é divisora e não unificadora, o AIE de saúde tem sua própria rede divisória, em que a assistência é feita a partir de diferentes objetivos e formas. A autora salienta que essa diferenciação não se dá entre público ou privado, distinção que pouco importa pois, segundo Althusser (1985, p. 69), o que “importa é seu funcionamento”, acrescentando que, “na verdade o Estado não intervém onde o privado está apenas encarregado de desempenhar tarefas complementares a sua” (SILVA, 1975, p. 65). Contudo, ele vai se ocupar do que, ao seu ver, necessita ser vigiado, como a assistência médica de massa, do corpo que precisa estar saudável para trabalhar.

Essa divisória, então, diz respeito à assistência de massa e da não massa. A respeito disso, Silva (1975) lembra que foi na era industrial que importantes mudanças ocorreram nesse aspecto, visto que a socialização das forças produtivas ocasionou valorização e preocupação com os custos da força de trabalho, promovendo a estruturação dos hospitais, bem como o fortalecimento e reorganização do AIE de saúde. No íntimo dessas transformações, a assistência vai ascender e romper sua ligação com a pobreza. Essa dissociação é o marco que confere ao hospital uma nova função: lugar de prestar assistência.

De acordo com Foucault (1979, p. 80), o capitalismo, ainda em desenvolvimento no final do século XVIII e início do século XIX, apresenta um novo elemento, que é o corpo “enquanto força de produção, força de trabalho”. Para que a Medicina chegue nesse corpo, ela precisa percorrer algumas etapas, sendo que o corpo como força de produção não é o primeiro foco da área. Ao contrário disso, o problema do corpo, a saúde da força de trabalho foi assumida pela medicina na segunda metade do século XIX.

Como sugere Althusser (1999), em Foucault, encontramos importantes elementos que nos permitem compreender a redefinição da medicina como prática social e o funcionamento do AIE de saúde. Tomando como ponto de partida o fim das grandes epidemias de lepra, Foucault (2010), em “História da Loucura”, mostra como, ao sair de cena, tal enfermidade deixa sem utilidade as estruturas que eram

designadas para o isolamento dos doentes, abrindo caminho para outros indivíduos que também necessitavam de cuidados, sobretudo, espirituais e também médicos. A lepra será substituída primeiramente pelas doenças venéreas e, conseqüentemente, na sequência, outras doenças também surgiram, além de outros personagens que surgem e compõem esse cenário, conforme mostra o autor:

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. (FOUCAULT, 2010, p. 6).

O cuidado do doente, segundo Foucault (1975, 1979, 2010), dava-se de forma unificada com demais desvalidos:

[...] encerram-se os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados opiniáticos, os portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie, pessoas a quem a família ou o poder real querem evitar um castigo público, pais de família dissipadores, eclesiásticos em infração, **em resumo todos aqueles que, em relação a ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de ‘alteração’**. (FOUCAULT, 1975, p. 54, negrito meu).

Incumbida normalmente à Igreja e à caridade, desde a Idade Média, a assistência era genérica, não havia uma separação institucional. Esses lugares agora não comportam uma “vocalização médica”, diferente dos leprosários, que tinham um sentido apenas médico; o sujeito não era designado a esse lugar para ser tratado, mas sim, por não poder fazer parte da sociedade. Encerra-se todo aquele que é inconveniente para a cidade, todo aquele que não é considerado normal, que possui algum desequilíbrio e diferença que o impossibilita de se encaixar a um modelo.

Dessa forma, nesse cenário, “O gesto que aprisiona não é mais tão simples: também ele tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais” (FOUCAULT, 2010, p. 53). O internamento não tinha relação com cuidar das doenças, assistência em saúde, mas das “relações da sociedade consigo própria” (FOUCAULT, 1975, p. 55), das representações que ela faz da conduta desses sujeitos, a fim de afastar toda desordem e estabelecer a ordem pública, traço compatível com o nascimento das cidades. O hospital, criados ou antigos leprosários e demais instituições de reclusão funcionavam mais como um lugar jurídico.

Em vista disso, fazemos um adendo: tal conjuntura aponta para as motivações/orientações que resultaram na construção de um lugar social para o diferente. Em outras palavras, é como se tudo que possa abalar a lógica de normalidade devesse ser retirado de vista. Consoante com o que expõe Foucault (2010) sobre a loucura, consideramos que excluir o doente da ordem social também vai marcar seu lugar como o de quem não se encaixa na ordem do comum e normal e, dessa forma, o lugar desses sujeitos vai sendo demarcado como um lugar de desordem e, por isso, devem ser isolados ou expulsos.

De modo similar, consideramos que uma carga negativa sobre a representação do diferente também recai sobre o corpo gordo, sobre o sujeito gordo, não de forma acentuada nessa mesma época, mas gradativamente a gordura é tomada e definida como uma patologia. Além disso, tal carga negativa se acentua também por valores estéticos e morais, que fazem com que o peso do olhar social sobre esse corpo vá, em igual intensidade, instituir formas de exclusão. Aos poucos, o corpo gordo, em relação à norma, denuncia como não se deve ser. A gordura corporal é uma marca singular, que aponta para características, conduta e gestos próprios, distinguindo do que se pode encontrar em um sujeito magro (normal). O gordo, pensado na lógica de Foucault, assume um parentesco com tudo que se enquadra como inconveniente.

Ainda com base em Foucault (1975, 2010), verificamos que, com o advento do capitalismo, o sujeito será percebido conforme sua utilidade, sua participação na produção, visto que:

É que, no mundo burguês em processo de constituição, um vício maior, o pecado por excelência no mundo do comércio, acaba de ser definido; não é mais o orgulho nem a avidez como na Idade Média; é a ociosidade. A categoria comum que grupa todos aqueles que residem nas casas de internamento, é a incapacidade em que se encontram de tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo das riquezas (seja por sua culpa ou acidentalmente). A exclusão a que são condenados está na razão direta desta incapacidade e indica o aparecimento no mundo moderno de um corte que não existia antes. **O internamento foi então ligado nas suas origens e no seu sentido primordial a esta reestruturação do espaço social.** (FOUCAULT, 1975, p. 55, negrito meu).

O hospital, que outrora tinha como missão a prática da caridade, passa para um viés político e social, servindo a outras obrigações de interesse coletivo. O internamento, conforme mostra Foucault, serve para excluir/isolar aquele que é

julgado como diferente pela sociedade burguesa e industrial que se encontrava em ascensão. O papel da assistência das instituições de reclusão no mundo do comércio e da produção se dava como medida econômica e precaução social, afirma Foucault (2010). Assim, a assistência pública teria como finalidade remediar a insegurança que a parcela populacional dos desfavorecidos representava e, por isso, condenava-se toda forma de inutilidade social, encerrando-se todo aquele que estava ocioso, visto que não pode ser nem produtor nem consumidor.

Nessa lógica, notamos que o internamento representava mais um caráter moral e político do que de tratamento, dado que nesses locais, conforme Foucault (1975, p. 55), “não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade”. Ressaltamos também que, nas antigas instituições, reinava o trabalho forçado, “fia-se, fabricam-se objetos diversos” que eram vendidos a baixos preços para que os lucros fossem repassados aos hospitais, o que permitia seu funcionamento.

Podemos observar que a mudança no modo de produção é determinante para esse acontecimento histórico<sup>7</sup>. A passagem do sistema feudal para o capitalista faz com que a população das cidades mude drasticamente e nessa nova organização a política de assistência e contenção do desemprego é posta em questão. Nesse sentido, Foucault (2010, p. 405) assevera que a existência dessas instituições como depósito de gente, mesmo que gradativamente o Estado assumisse o controle, tornava-se insustentável porque a realidade mostrou que não bastava para solucionar tais problemas. E à pobreza se dá um novo sentido: “com a indústria nascente, que tem necessidade de braços”, o pobre “faz parte novamente da nação”.

É diante disso que a assistência assumirá também um outro sentido. Quando o internamento rompe com seu antigo ideal de segregar o diferente, dissocia-se a doença e a pobreza. Essa ruptura que ocorre no final do século XVIII faz com que o hospital se torne lugar oficial de assistência (SILVA, 1975). A ideologia dominante passa a ver na população uma utilidade e “interná-la seria um contra-senso” (FOUCAULT, 2010, p. 408), devendo tomar seu lugar no espaço social, tornando-se mão de obra barata. Ainda sobre isso, o autor (1975, p. 56) afirma que essa mudança se deve em parte aos ideais da Revolução Francesa, que buscavam “suprimir o internamento como símbolo da antiga opressão e restringir na medida do possível a

---

<sup>7</sup> Esse conceito será retomado e definido no próximo capítulo.

assistência hospitalar como sinal de uma classe miserável”. Dessa forma, ainda nas palavras do autor, destacamos que:

O pobre<sup>8</sup> é reintroduzido na comunidade da qual tinha sido expulso pelo internamento; mas agora tem um novo rosto. Não é mais a justificativa da riqueza, sua forma espiritual: é a matéria-prima da riqueza. Tinha sido sua razão de ser, é agora sua condição de existência. Através do pobre, o rico não mais se transcende, subsiste. Transformada em coisa essencial para a riqueza, a pobreza deve ser libertada do internamento e posta à sua disposição. (FOUCAULT, 2010, p. 410).

Como consequência, ao passo que se torna útil para a sociedade, também se torna um perigo, porque afeta as ambições econômicas pois, conforme Singer, Campos e Oliveira (1988, p. 18), os serviços médicos, que até então “provavelmente” eram prestados apenas à classe dominante, vão sendo direcionados ao restante da população. A ideologia dominante agora tem, nessa parcela, recursos produtivos e, por essa razão, o adoecimento não pode/deve acontecer e nem incidir na taxa de mortalidade, uma vez que, para a produção, “uma população será tanto mais preciosa quanto mais numerosa for” (FOUCAULT, 2010, p. 406).

Sendo assim, a medicina também assume como tarefa reduzir a mortalidade, fazendo com que os serviços médicos e a assistência se tornem mais acessíveis, sendo direcionados para a classe trabalhadora. Já a classe dominante passa a temer as doenças e consequentes epidemias que podem surgir e se alastrar por meio desses numerosos sujeitos que circulavam livremente pelas cidades.

Outro motivo de preocupação referia-se à precariedade e à situação de pobreza da classe trabalhadora que, caso ocorressem revoltas, provocaria tumulto à ordem estabelecida. É nesse contexto, então, que a medicina encontra, ou melhor, é direcionada ao social. Conforme esclarece Foucault (1979, p. 97), citando o exemplo do que ocorreu na Inglaterra no século XIX, surge a Medicina que serve ao controle da saúde e do corpo da classe menos favorecida, a fim de tornar essa classe “apta ao trabalho e menos perigosa às classes mais ricas”.

---

<sup>8</sup> Cabe lembrar que, diante disso, o objetivo de Foucault (2010) é mostrar como as antigas casas de internamento foram, paulatinamente, consagradas aos loucos, herdeiros naturais do internamento e da exclusão. E, dessa forma, o internamento vai obter significado médico, mas que, para esse sujeito não rompe com as antigas práticas que simbolizam a internação. Contudo, nosso objetivo aqui é apenas observar e compreender a constituição do AIE de saúde e a sua divisão ao nível de assistência.

As condições em que se dava essa nova ordem econômica e social era totalmente incompatível à saúde. Assim,

**Os problemas de saúde suscitados pela Revolução Industrial não afetavam apenas o proletariado mas também as classes dominantes.** Em primeiro lugar, eles não ficavam imunes às epidemias que grassavam novos centros industriais. Em segundo lugar, as más condições de vida e de saúde deveriam reduzir significativamente a produtividade do trabalho. E, em terceiro lugar, a situação desesperadora que se encontrava a classe operária era terreno fértil para movimentos de revolta, que punha em perigo a ordem instituída. **Começou a ficar claro para a própria classe dominante que urgia remediar esta situação, criando-se condições mínimas para que a reprodução da força de trabalho pudesse se dar de modo sistemático e para que a capacidade de trabalho dos operários fosse preservada.** (SINGUER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1988, p. 21, negrito meu).

Em suma, ainda de acordo com os autores acima, esse cenário todo é resultado de uma “necessidade” de sobrevivência da classe dominante perante o capitalismo ascendente, sendo que a solução para tentar amenizar esse quadro insustentável foi a intervenção do Estado, criando toda uma legislação para garantir a conservação e a manutenção da força de trabalho.

Ante o exposto, em conformidade com Foucault, podemos afirmar que, mesmo com a intervenção do Estado, ainda não se tratava literalmente da saúde, de se preocupar com a saúde dos sujeitos, mas sim de manter lugares ideologicamente determinados. Nesse sentido, os sujeitos trabalhadores, quando impossibilitados de trabalhar por motivos de adoecimento, perderiam sua utilidade para a classe dominante, uma vez que isso impactaria na produtividade. Assim, o modo de produção e reprodução capitalista passa a necessitar do AIE de saúde, que vai assumir o papel “de garantir a reprodução da capacidade de trabalho” (SINGER; CAMPOS; OLIVEIRA, 1988, p. 21).

Portanto, a medicina, ao se voltar para o corpo enquanto agente da força de trabalho, visa aumentar ou pelo menos manter seu nível de produtividade. Com base nisso, enfatizamos que não se trata de reduzir a divisão que cabe ao AIE de saúde em formas diferentes de tratar o burguês e o detentor da força de trabalho, mas sim de compreender como “as diferenças redes ao conservar-reparar o fazem ideologicamente de forma diferente, uma vez que se trata de reproduzir-manter lugares”, explica Silva (1975, p. 66).

A partir da ilusão de neutralidade desse aparelho, que é respaldada em seu caráter técnico, recalca a função ideológica, o que confere a destreza necessária para que esse aparelho exerça seu papel na manutenção da representação social. Ainda, dada a interpelação do sujeito em paciente/doente, a partir dos critérios que são próprios do AIE de saúde, é que ocorre a conservação e a reparação destes lugares e funções sociais já prescritos. Nesse sentido, os sistemas de saúde revelam-se como uma espécie de braço para a classe dominante na recuperação da força de trabalho, necessária para a sua manutenção.

Ainda sobre o papel da ideologia dominante e seu atravessamento nas relações sociais entre burgueses e trabalhadores, citamos novamente Silva que esclarece a assistência não de massa e de massa:

Inculcada de forma diferente no aparelho escolar a ideologia dominante será cobrada de forma diferente no aparelho médico. Trata-se de manter na burguesia intérpretes ativos da ideologia burguesa, através de uma assistência não de massa, onde o ritual, as posturas, o discurso, o vocabulário, a instituição são adequados ao reforço deste papel ativo. Ao mesmo tempo trata-se, na assistência de massa, de manter a submissão a uma ideologia dominante através de condutas e práticas que reforcem este papel passivo. (Aceitação-resignação). (SILVA, 1975, p. 66).

Tomando os estudos althusserianos como norte, compreendemos que o AIE de saúde, assim como as demais instituições, serve de suporte para a materialização da ideologia que se realiza no interior dos aparelhos ideológicos. Os aparelhos, como instituição, têm como função o controle social dos sujeitos, isso se dá através de normas e regulamentos. O AIE de Saúde é essencialmente normativo e, nessa condição, dispõe, a partir do discurso da ideologia dominante, as normas para uma vida com saúde. Segundo Silva (1975), esse discurso, por sua vez, é proferido de forma que não fale da classe dominada e tampouco de suas condições materiais de existência, nem de sua vivência diária.

Em consonância com a autora supracitada, podemos afirmar que, mesmo que esse discurso dissimule problemas reais, ele tem um efeito de dependência, pois o sujeito pertencente à força de trabalho se apresenta mais frágil ou inferior em relação à ideologia dominante, ou ainda, uma dependência no que se refere à relação sujeito paciente/doente e médico, uma vez que esse exerce poder sobre aquele. Assim, a fim

de obter ou preservar a saúde, o sujeito submete-se a determinadas práticas de cuidados com o corpo, as quais são validadas, em nosso caso, pelo AIE de saúde.

Dessa forma, o sujeito acredita ter uma escolha própria, quando, na verdade, é resultante da formação discursiva e formação ideológica correspondente. Isso ocorre devido ao sujeito, ao ser interpelado, esquecer aquilo que o determina e o coloca no lugar que ocupa; nas palavras de Pêcheux (2014, p. 149), é a ideologia que “fornece ‘a cada sujeito’ sua ‘realidade’, enquanto sistema de evidência e de significações percebidas - aceitas - experimentadas”.

A ideologia fornece evidências de como as coisas devem ou não ser, dispondo ao sujeito, de acordo com a posição social ocupada, um sentido que lhe é evidente. Por exemplo, de que deve submeter-se a realizar exames médicos, tomar determinadas medicações, ou seja, adotar cuidados para com a saúde corporal. De acordo com Althusser:

Em todos esses esquemas, constatamos, portanto, que a representação da ideológica da ideologia é, em si mesma, obrigada a reconhecer que todo sujeito, dotado de uma consciência e acreditando nas ideias que sua consciência lhe inspira ou aceita livremente, deve ‘agir segundo suas ideias’, portanto, deve inscrever nos atos de sua prática material suas próprias ideias de sujeito livre. Se não o fizer, não estará procedendo bem. (ALTHUSSER, 1999, p. 207).

O sujeito, inserido nas condições sociais capitalista, então, “deve” adotar determinados comportamentos que são estabelecidos e validados pelos AIE. Cabe, ainda, nesse ponto, destacarmos a abordagem pêcheuxtiana sobre a ideologia. Quando Pêcheux (2014, p. 130) evoca o termo AIE de Althusser (1985), afirma que: “as ideologias não são feitas de ‘ideias’ mas de ‘práticas’”.

Assim, Pêcheux nos mostra que essas práticas materializam, a partir dos discursos, as ideologias que têm função dominante e, por isso, são qualificadas para assegurar a reprodução e manutenção das relações sociais. A ideologia exerce uma função social em que, agindo sobre os sujeitos, direciona seus comportamentos a fim de que se conserve a manutenção/transformação das relações de produção. Nesse encadeamento, são dissimuladas as contradições sociais e as determinações de base econômica, fazendo com que os sujeitos assumam as recomendações médicas de cuidados com a saúde e queiram deixar costumes apontados como prejudiciais para uma vida saudável.

Todavia, com base em Silva (1975), verificamos que o AIE de saúde não é, enquanto sistema, uma máquina em perfeito funcionamento com o sistema econômico e social, ao contrário disso, é uma peça fadada a atestar, de uma forma ou outra, a dominação de uma classe sobre a outra. Nos termos de Pêcheux (2014, p. 130), esse aparelho não escapa ao caráter contraditório “de todo modo de produção” que é baseado em uma divisão de classe. Por esse motivo, é palco da uma ininterrupta luta de classes e, assim, também constitui de forma simultânea e contraditoriamente “o lugar e as condições ideológicas da transformação das relações de produção” (PÊCHEUX, 2014, p. 131).

O AIE de saúde, então, enfrenta uma ideologia da classe dominada que se opõe à dominante. Isso nos leva para dois caminhos: um refere-se à resistência, indisciplina, abandono ou recusa em seguir tratamento, questionar até mesmo com violência; e outro diz respeito às reformas que “[...] decorrem da necessidade de uma atualização constante em relação ao desenvolvimento das forças de produção e da necessidade de fazer frente às resistências”, conforme Silva (1975, p. 69). É através das reformas que surgem os novos planejamentos de saúde e novas formas de manipulação, o que, de acordo com a autora, são práticas que buscam fazer o paciente participar e não romper com o que lhe é imposto.

Ainda segundo Silva (1975), as mudanças no AIE de saúde se fazem, portanto, de acordo com as necessidades do Aparelho de Estado, que é responsável, inclusive, por traçar as normas para o AIE de saúde. Isso ocorre por meio dos ministérios, secretarias de saúde, planejamentos e políticas de saúde e, nessa lista, acrescentamos também as instituições de estudo e pesquisa e a Organização Mundial da Saúde. Consideramos essa inclusão pertinente porque tratamos do discurso médico sobre a saúde e doença em relação ao corpo e, conforme já delimitamos antes, a partir de documentos que registram o que regula a prática do agente do AIE de saúde. Essas instituições funcionam como representantes desse agente e exercem autoridade, que é ancorada “na divisão trabalho manual e trabalho intelectual no monopólio e segredo do saber” (SILVA, 1975, p. 4).

Especificamente sobre a institucionalização dos serviços de saúde<sup>9</sup>, que ocorre a partir da segunda metade do século XIX, verificamos que teve a função elementar

---

<sup>9</sup> Serviços de saúde se referem ao exercício das áreas legitimadas cujo fim específico é tratar da preservação e restauração da saúde da população, destacam Singer, Campos e Oliveira (1988).

de impor aos sujeitos normas de comportamento<sup>10</sup>, visando à preservação/manutenção da saúde. Mas, apenas após a Segunda Guerra mundial, é que se expandem as medidas de proteção social, “fazendo com que advenha um mecanismo que confere direito à doença, ao respectivo tratamento e à recuperação da saúde”, destaca Leandro (2016).

Essas reflexões nos permitem situar a constituição do nosso *corpus* discursivo e iniciar nosso percurso analítico. Ocupando-nos da nossa temática, o sujeito gordo, portador de um corpo que paulatinamente é classificado como doente e entre outras designações que são validadas, além do AIE de saúde, pelo aparelho familiar, midiático (informação) e cultural, por exemplo.

Para não ser rotulado como tal, esse sujeito, constituído na formação social capitalista, neoliberalista (trataremos dos efeitos desse sistema em nossas análises) e de obrigação com a saúde (temos a magreza como um dos critérios), busca se ajustar nos termos de obtenção de boa saúde, visto que o discurso dominante não atribui nenhum valor positivo em relação ao corpo gordo.

Novaes (2013) considera que a gordura figura entre os piores desleixos com o corpo e, levando em consideração os discursos que circulam em nossa sociedade, acreditamos ser possível acrescentar que ela também é vista como um desleixo com a saúde. Sendo assim, a gordura corporal não indica apenas a improdutividade, gula, preguiça, feiura e sedentarismo, pois soma-se a tudo isso, a imagem construída para esse corpo, que é a de doença.

Em nome do corpo saudável, os sujeitos devem adotar e/ou mudar os hábitos e estilo de vida que são considerados fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade. De acordo com o *site* da Organização Pan-Americana da Saúde, “a obesidade afeta a maioria dos sistemas do corpo” (OPAS, 2022). Em razão disso, desde que a obesidade se tornou um problema de saúde pública e uma questão social (POULAIN, 2013), percebemos “um cuidado” com o corpo dos sujeitos por parte do governo, uma vez que surgem recomendações de cuidados coletivos para o corpo, como por exemplo, a prática de atividade física, dietas, hábitos alimentares; tudo isso

---

<sup>10</sup> Nessa conjuntura social, surge a corrente da medicina higienista, bastante importante para as mudanças ocorridas, pois concilia as novas medidas para com a saúde com a (re)organização da sociedade. Desse modo, para combater as doenças, era necessário adotar medidas de higiene, assim como mudanças na infraestrutura dos imóveis, ligando as casas à rede pública de esgotos, modos de vida, distribuição de alimentos, entre outras formas de intervenção médica na vida da população (LEANDRO, 2016).

a fim de evitar e prevenir o ganho de peso, na tentativa de assegurar uma maior expectativa de vida e também de manter a produtividade no trabalho.

Pessoas gordas não são novidade (FOXCRIFT, 2013), a obesidade sempre foi um fato na vida dos sujeitos nos mais diferentes períodos históricos. Essa característica física, a partir do exposto, foi, por muito tempo, atribuída à classe dominante<sup>11</sup>, considerando que dispunha de fácil acesso a alimentos de melhor qualidade, assim como, essa parcela não necessitava dispor de força de trabalho para viver. Na atualidade, a obesidade já não atinge apenas as classes mais favorecidas, inclusive, destaca-se em larga escala na classe trabalhadora (POULAIN, 2013).

A reorganização social promovida pelo capitalismo constitui a sociedade em classes a partir de uma repartição desigual, ocasionando o engendramento de todas as desigualdades sociais. Nesse sentido, podemos afirmar que a classe detentora dos modos de produção pode saciar suas necessidades e ter acesso a alimentos saudáveis; enquanto a classe detentora da força de trabalho, alimenta-se da forma que puder. “Ontem, trabalhadores famintos marchavam por pão em frente ao capitalista com uma grande barriga, um charuto e uma cartola. Hoje, trabalhadores gordos e obesos estão marchando por um aumento de 3% em frente a um empresário musculoso, que malha” (FISCHLER, 2021)<sup>12</sup>. A obesidade é considerada uma doença desencadeada por diferentes fatores. Então, mesmo que a má alimentação seja determinante em muitos casos, ela não é a única, questão a que retornaremos posteriormente.

Diante do desenvolvimento das sociedades, o advento da urbanização unido à globalização, sinais de mudanças que já se percebiam ao final do século XVIII, refletem em quase todos os segmentos sociais. Assim, questões como a saúde se tornam uma demanda e uma preocupação a nível mais abrangente. Ainda, nesse cenário, também a ciência médica avança mais rapidamente. A partir de novas demandas que essa nova realidade solicitava, após várias tentativas de organizar uma instituição de caráter internacional para tratar dos problemas sanitários do mundo

---

<sup>11</sup> Inclusive, Poulain (2013, p. 128) retoma Fischler (1990) e lembra que a valorização da magreza surge como crítica a partir da condenação do capitalismo. “Como o capitalista acumula o capital, o gordo acumula energia sob forma de gordura em seu próprio corpo”, ou seja, a denúncia da exploração do proletariado, a figura do gordo/da gorda, representada no capitalista, seria daquele sujeito imoral, explorador. O “gordo seria aquele que come mais do que lhe compete e que não aceita a lógica de distribuição”. E isso dá um estatuto à gordura de moralmente incorreta, ser gorda/gordo é ser egoísta. Ao passo que a magreza acende como sinal de integridade.

<sup>12</sup> Registro audiovisual. Tradução simultânea.

(OMS, 1978; OMS, 2002), em 1946, em uma reunião da Conferência Internacional da Saúde, a OMS é criada, sendo efetivada em 1948.

A OMS é uma instituição internacional vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU), considerada autoridade e porta-voz da saúde mundial. Ela monitora, avalia e influencia as políticas de saúde a nível global. Então, além de contribuir com os países membros, fornecendo “informações e orientações objetivas e confiáveis” no que se refere à saúde, a Organização deve assisti-los no desenvolvimento de normas para os sistemas nacionais de saúde (OMS, 2004).

À vista disso, considerando que o agente do AIE de saúde, em nosso caso, o médico, o nutricionista, entre outros profissionais legitimados, são a última peça do encadeamento deste aparelho, sendo regulados e controlados pelas instâncias superiores (SILVA, 1975), entendemos que a OMS funciona como AIE de saúde.

Na estrutura hierárquica do AIE de saúde, a OMS encontra-se no topo, conforme a figura 1, apresentada abaixo. Isso porque, para que os governos dos Estados membros tomem decisões e estabeleçam orientações sobre a saúde, a Organização sempre disponibiliza publicações atualizadas para direcionar as decisões como: medidas sanitárias; normas quanto a métodos de diagnóstico e tratamento para uso internacional; revisões e análises de políticas de saúde; manuais práticos; livros e materiais para treinamento de categorias específicas de profissionais da saúde; diretrizes internacionais; programas e pesquisas; bem como, “relatórios de consenso do conceito mais moderno que oferecem aconselhamento técnico e recomendações para tomadores de decisões” (OMS, 2004). Para que isso seja possível, a Organização convoca grupos de especialistas para revisar e/ou elaborar tais materiais.

A hierarquia representada na figura anterior nos mostra que o AIE de saúde não atua desconectado, de modo que seu funcionamento é regulado e controlado dentro do próprio aparelho. Nesse sentido, compreendemos que os médicos são os operadores desse aparelho, e, segundo Silva (1975, p. 71), são também “as últimas peças” dessa cadeia. Acima deles, podemos elencar as secretarias de saúde, administração dos hospitais, instituição como a SBEM (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia), ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). No nível seguinte, destacamos o Ministério da Saúde nacional, pois é o governo (Aparelho de Estado) que estabelece as orientações quanto às políticas de saúde e o controle de suas efetivações. Por fim, no topo dessa hierarquia, está a OMS,

instituição que regulamenta as decisões referente à saúde à nível mundial, da qual o Brasil também faz parte.

**Figura 1** - Representação hierárquica do AIE de saúde



Fonte: elaborado pela autora (2022).

Frente ao exposto, reiteramos que, a partir dessa discussão, pretendemos demonstrar a escolha do nosso *corpus*, que é composto por recortes, que a partir de agora designaremos de Sequências Discursivas<sup>13</sup> (doravante SD), recortadas de alguns documentos produzidos pela OMS e de outras de instituições nacionais, como o Ministério da Saúde, ABESO, ANS. Ressaltamos também que essas instituições se baseiam no que preconiza a OMS sobre determinado assunto de saúde, que, em nosso caso, refere-se à obesidade, incorporando o tema saúde e doença.

Portanto, tomamos como objeto de análise o discurso médico institucionalizado nessas organizações, que está ancorado na divisão trabalho manual *versus* trabalho intelectual, antagonismo produzido na socialização capitalista do trabalho. O referido AIE de saúde situa-se no trabalho intelectual, que é atribuído à pequena burguesia, grupo em que podemos situar o médico, que vai ocupar o lugar de representante da burguesia.

Esta divisão está então diretamente ligada ao monopólio do saber, forma de apropriação capitalista dos conhecimentos científicos e de

---

<sup>13</sup> Courtine (2014, p. 55) define a Sequência Discursiva como um conjunto de sequências que podem ser “orais ou escritas de dimensão superior à frase”, retiradas de um campo discurso, e que em nosso caso, é composto do discurso médico derivado de documentos de instituições que tratam de questões de saúde do corpo.

reprodução ideológica de dominação-subordinação, pela permanente exclusão dos que não sabem ou não devem saber. Por sua vez, é monopólio do saber, ou ainda no segredo do saber, que os médicos sempre defenderam de forma particularmente eficiente, que se ancora o exercício de autoridade. Esta articulação é importante para que 'saber é poder' não seja apenas uma frase. (SILVA, 1975, p. 73).

Assim, podemos observar que o agente do AIE de saúde, por estar subordinado, vai partilhar uma parcela desse segredo do saber, assegurando a autoridade que ele exerce. E, no caso da OMS e demais instituições, a partir do grau de hierarquia, regula as ações desse agente. Isso nos permite situar a relação de força acerca da produção de sentidos sobre saúde e doença para o corpo.

A partir disso, mobilizamos o nosso arquivo<sup>14</sup> com o objetivo de compreender as determinações históricas e ideológicas na produção de sentido sobre saúde e doença, bem como entender como esses saberes mobilizados afetam também a produção de sentidos sobre o corpo gordo e magro que circula socialmente em nossa formação social.

Consideramos ser possível investigar essa temática, uma vez que o corpo também significa, pois, como nos lembra Orlandi (2012, p. 95), o corpo “não escapa à determinação histórica, nem à interpelação ideológica do sujeito. O corpo não é infenso à ideologia”. Assim, o discurso sobre saúde e doença direcionam os efeitos de sentidos produzidos pelo AIE de saúde para o corpo e da forma como ele é significado também é discursivizado.

A OMS, a partir do acordo internacional firmado, inicialmente, por sessenta e um Estados-Membros<sup>15</sup>, busca “cooperar entre si e com os outros para promover e proteger a saúde de todos os povos” (OMS, 1946). Nesse encaminhamento, retomamos o que afirma Lunkes (2021, p. 93), ao citar Pêcheux (2012, p. 24), “a saúde constitui-se enquanto um objeto (assim como a liberdade, a justiça, a democracia, entre outros) disputado em diferentes práticas, tais como a empírica, a ideológica e a teórica”.

A partir dessas considerações, apresentamos nossa primeira SD, que define o termo saúde, já que consta como um dos princípios basilares da “Constituição da

---

<sup>14</sup> Conforme Orlandi (2020, p. 137), arquivo é entendido “como o campo de documentos pertinentes e disponíveis (as coisas a saber) sobre uma questão”.

<sup>15</sup> Hoje, 194 Estados-Membros integram a OMS.

Organização Mundial da Saúde”, documento que trata dos objetivos e regras de funcionamento da Organização.

**SD 1 - A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.** (OMS, 1946, negritos e destaques meus).

O conceito de saúde passou por modificações ao longo dos tempos até chegarmos à definição da OMS. Isso porque foi conceituada em diferentes conjunturas, de distintos níveis de conhecimento, de construção social e de momento histórico. Mas, mundialmente, o conceito adotado é o apresentado na SD 1. Nesta sequência, temos uma noção de saúde que está ligada e/ou influenciada pelo contexto social da época, bastante ampla e que refere-se, talvez, mais sobre o que se almejava nas condições de produção do pós-guerra, assim a “saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações” (SCLIAR, 2007, p. 37). Filho (2011, p. 8) considera que essa formulação se dá “talvez buscando alívio para o espírito depressivo do pós-guerra”.

Para a Análise do Discurso, as condições de produção compõem os sentidos dos discursos. Em vista disso, notamos que a SD 1 em meio a uma condição social colapsada, de “ruínas acumuladas”. Conforme Lima (2013, p. 154), nesse período, as nações individualizadas acolhiam suas feridas e tentavam reparar suas perdas, tanto materiais quanto humanas, assim, “o conceito de saúde da Organização nasceu da sua utopia em outorgar à saúde a condição de patrimônio da humanidade”.

Ao atentarmos especificamente para o verbo ser, no presente do indicativo, verificamos que sugere, de acordo com Cunha e Cintra (2017, p. 462), “estados permanentes ou assim considerados, como seja uma verdade científica [...]”. Então, o segmento “a saúde é um estado de completo bem-estar” enuncia um fato desejado e atual à época em que, diante do cenário catastrófico vivido, as nações tentavam reparar as perdas materiais e humanas, emergindo assim o anseio de unir forças e

Isso posto, saúde é essa condição de boa disposição física, mental e social, que pode ser convertida em sinônimos, como segurança, tranquilidade, harmonia, aconchego, felicidade, uma vez que buscava romper com o passado recente, o qual remetia a uma condição contrária à almejada. A conjugação do verbo no presente do indicativo produz, desta forma, um efeito de sentido de saúde que só pode ser concebido ao atingir esse estado de completo bem-estar e apaga outros sentidos possíveis.

A OMS, nesse anseio de unificação, como uma organização intergovernamental de suporte aos Estados-Membros (LIMA, 2013), inculca a ideia de unidade e igualdade de saúde, uma vez que seu objetivo “será a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível” (OMS, 1946).

Assim, a SD analisada acaba produzindo também um efeito de sentido de que a saúde pode ser um bem comum, disponível a todo sujeito e de qualquer lugar no mundo. Tal concepção associada ao uso do vocábulo “completo”, instaura um imaginário de totalidade, em que todas as partes para ser/ter um corpo saudável se unificam em um tipo de bem-estar. Isso desliza, ainda, para um efeito de completude, de que se pode atingir uma saúde plena.

Então, parece-nos impossível alcançar esse estado e, por isso, é praticamente inatingível. Somos constantemente bombardeados por novos recursos para melhorar e cuidar da saúde de nosso corpo, como cirurgias, atividade física, medicações, hipnose bariátrica, batom que emagrece, aparelhos dentários, pomadas, cremes, cintas e tantos outros.

Nessa perspectiva, basta também observarmos o cenário pandêmico vivido entre 2020 e 2021, para perceber que a ideia de igualdade e completude se desfaz. Na ocasião, dizia-se que jovens, pessoas sem comorbidades e crianças seriam os menos afetados, enquanto pessoas acima dos 60 anos e com doenças preexistentes apresentavam maiores riscos se expostos ao vírus SARS-CoV-2 (OMS, 2020). Diante do avanço do vírus, pessoas obesas também integraram o grupo de risco. Contudo, a realidade nos fez perceber que, ao contrário do que se preconizava, muitos jovens sem comorbidades morreram, enquanto idosos passaram imunes<sup>16</sup>.

Em vista disso, verificamos que a pandemia deixou evidente que não há como prever como o corpo pode ou não se comportar diante de cada doença, como é caso dos exemplos de atletas como do campeão olímpico brasileiro, Bruno Schmidt, de 34 anos (FERNANDES, 2021); o jogador de futebol Jonathan, debilitado por mais de duas semanas pelos efeitos do vírus em seu organismo (PIRES, 2020); e da médica

---

<sup>16</sup> Há, inclusive, pesquisas, como a da geneticista Mayana Zatz, coordenadora do Centro de Estudos do Genoma Humano e de Células-Tronco da USP, que investiga genes que podem tornar as pessoas mais resistentes ou vulneráveis ao coronavírus. A respeito disso, Azevedo (2021) evidencia: “Além de centenários sobreviventes e jovens que faleceram, a pesquisa investiga mais de 80 nonagenários que se curaram ou sequer manifestaram sintomas de Covid-19 mesmo estando positivos; 100 dos chamados casais discordantes, definidos como aqueles em que um dos cônjuges adoeceu com gravidade ou morreu e o outro nada teve; e gêmeos igualmente expostos ao coronavírus.”, destaca Azevedo (2021).

Angelita Habr-Gama, de 88 anos, que mesmo sem comorbidades, foi intubada e passou mais de cinquenta dias internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (AZEVEDO, 2021).

Com base nisso, compreendemos que não há como o corpo do sujeito, enquanto ser biológico que é, responder e (re)agir de igual maneira quando exposto a um vírus ou quando acometido por qualquer doença. Nessa perspectiva, seria utópico, ilusório, assim como o conceito de saúde proposto, dizer que idade, gênero, estilo de vida são condições que asseguram saúde ao sujeito. Isso porque, além da biologia do corpo, os sujeitos também possuem diferentes condições de acesso aos sistemas de saúde e aos tratamentos para, assim, poder recuperar o estado de saúde “plena”. Ainda, De acordo com Canguilhem (2009), não há um retorno de um estado de saúde tal como se apresentava anteriormente à manifestação da doença; o organismo biológico é afetado e sua recuperação se faz considerando uma adequação em relação à doença que o afetou.

Nesta perspectiva, ainda com base em Lima (2013), consideramos que essa impossibilidade também pode estar associada à realidade da época do pós-guerra, pois a Organização já era composta por distintos povos, de distintos estágios da vida social, política e econômica, bem como diferentes níveis de desenvolvimento de saúde. Assim, na SD 1, saúde seria uma utopia, pois não há/haveria forma de garantir grau de saúde plena para todos os povos, já que, para isso, dependemos de outros fatores como o econômico. A respeito disso, Lunkes (2021), ao retomar Almeida Filho (2011, p. 9), explica:

O autor classifica o efeito de tal definição como um ‘misticismo sanitário’ e salienta a força e os desdobramentos da ideologia frente a essa elaboração, uma vez que passará a se buscar justamente essa completude, o ‘todo completo’ como explicitado no fio do discurso, que coloca em questão não se tratar do ‘nada da doença’. (LUNKES, 2021, p. 93).

O conceito de saúde trazido na SD 1 é normativo, dado que, diante de seus objetivos, funções e estrutura, a OMS coloca-se como autoridade máxima em saúde. Dessa forma, constitui-se, como afirma Lima (2013, p. 161), em uma estrutura internacional que detém poder hegemônico quanto à saúde (de todos os povos).

Assim: “vale lembrar que, no contexto planetário de políticas e ações de saúde pública, o termo ‘internacional’ não remeteria ao total de relações entre os povos, mas

às ‘relações entre governos de nações soberanas’”. Nesse sentido, ainda de acordo com Lima (2013), destacamos que “a construção social da OMS já se inicia, a partir de sua própria Constituição, no interior de um movimento hegemônico”. Para nós, isso ressoa como uma forma da classe dominante manter seu lugar.

É, pois, a existência do AIE que garante materialmente essa reprodução de relações sociais, o que, para Courtine (2014, p. 71): “Trata-se de realidades complexas que colocam em jogo práticas associadas a relações de lugares (determinadas pelas relações de classes)”. Essa hegemonia se estende, ainda, pelo fato de que a OMS é formada por agentes do AIE de saúde, em sua grande maioria médicos, mas também por biólogos, entre outros detentores dos saberes sobre o corpo, saúde e doenças.

Posto isso, na sequência, expomos o segundo princípio basilar da Constituição da OMS, que constitui nossa segunda SD:

SD 2 - Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui **um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social.** (OMS, 1946, negritos e destaque meu).

Na formulação da teoria da Análise do Discurso, Pêcheux (2014) retoma a ideia de ideologia que se faz presente nos AIE para lembrar que, nas sociedades marcadas pela luta de classes, os aparelhos ideológicos são somente instrumentos de manutenção/reprodução das relações de produção. Para o autor, é nessa esfera que funcionam os mecanismos da ideologia dominante, assim como é nas relações de exploração resultante que há viabilidade de transformação. De acordo com ele:

Ao falar de ‘reprodução/transformação’, estamos designando o caráter intrinsecamente contraditório de *todo modo de produção que se baseia numa divisão de classes, isto é, cujo ‘princípio’ é a luta de classes*. Isso significa, em particular, que consideramos errôneo localizar em pontos diferentes, de um lado, o que contribui para a reprodução das relações de produção e, de outro, o que contribui para sua transformação. (PÊCHEUX, 2014, p. 130, itálico do autor).

Diante disso, pensando em nossa divisão social, estabelecida entre capital e trabalho, a ideologia dominante vai efetivar interesses de quem detém o poder econômico e político, a fim de cumprir a sua superioridade sobre a classe dominada.

Deste modo, ao refletir sobre a ideologia, Pêcheux (2014, p. 137) diferencia o que seria a Ideologia geral e ideologia dominante, esclarecendo que a Ideologia geral não se realiza nos aparelhos ideológicos, uma vez que ela é “*omni-histórica*”. Já a ideologia dominante, por sua vez, pode ser caracterizada historicamente, bem como ligada ao inconsciente, o que aponta para sua função de dissimular seu funcionamento, produzindo, assim, o sentido de evidência do/para sujeito.

Ainda, o filósofo nos assegura que a ideologia da classe dominante não se torna dominante sem motivo e que os aparelhos ideológicos não podem ser apontados como expressão da supremacia dominante. Diante disso, esclarece que é no interior dos AIE que a ideologia atua e que não pode ser tomada como “ideias” e sim como “práticas”, as quais se efetivam na sociedade, isso porque, “é pela instalação e do funcionamento dos aparelhos ideológicos de Estado, nos quais essa ideologia [ideologia da classe dominante] é realizada e se realiza, que ela se torna dominante” (PÊCHEUX, 2014, p.131). No que tange às ideologias práticas, explica que:

[...] são práticas de classes (de luta de classes) na ideologia. Isso equivale a dizer que não há na luta ideológica (bem como nas outras formas da luta de classes), posições de ‘classes’ que existam de modo abstrato e que sejam então aplicadas aos diferentes ‘objetos’ ideológicos regionais das situações concretas, na Escola, na Família, etc. É aí, na verdade que o vínculo contraditório entre reprodução e transformação das relações de produção se liga ao nível ideológico, na medida em que não são os ‘objetos’ ideológicos regionais tomados um a um, mas sim o próprio desmembramento em regiões (Deus, a moral, a Lei, a Justiça, a Família, o Saber, etc.). (PÊCHEUX, 2014, p. 132).

Com base no exposto, verificamos que, numa sociedade de classes e suas relações, a ideologia dominante trabalha para assegurar a hegemonia de sua classe. Retomando Althusser, Pêcheux (2014, p. 133) explicita que “a classe da ideologia dominante assegura o ‘contrato’ e o ‘diálogo’ com o adversário de classe, isto é, o proletário e seus aliados, função com a qual uma organização do proletariado não pode, evidentemente, e como tal, coincidir”.

Portanto, podemos afirmar que cada classe, a partir do funcionamento desta ideologia, consegue efetivar seus objetivos. A OMS, ao propor, internacionalmente, zelar pela saúde dos povos, garante a concretização dos interesses da classe dominante. Enquanto Organização que compõe o AIE de saúde, discurso dominante

sobre a saúde, a Organização impõe sobre todos os Estados-Membros que busquem o ideal preconizado.

Desse modo, ao ser divulgada a definição que consta na SD1, além de reconhecer o direito à saúde e da “obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde” (SCLIAR, 2007, p. 36), a constituição dessa instituição, abre caminho para que o Estado, sob pretexto de promover a saúde, possa intervir na vida dos sujeitos. A respeito disso, consideramos que essa noção aparece como um indicador de igualdade, o que apaga a contradição entre classes.

A SD 2 reforça esse apagamento, tendo em vista que o discurso da OMS é proferido no discurso da ideologia dominante e não fala desse ou daquele sujeito, dessa ou daquela classe, pois, ao colocar a saúde como um dos “direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”, recalca a divisão social.

Na SD 2, a OMS, a partir da ideologia burguesa/dominante, recalca o lugar da classe dominada a fim de manter os seus interesses e a sua dominação. Então, ao propor que saúde é um estado de completo bem-estar, que deve ser assegurado pelos governos e a todos os povos, apagando suas peculiaridades, a Organização proeminente no AIE de saúde visa a um controle sobre a saúde e seus determinantes.

A partir disso, também objetiva atingir um estado de harmonia e de segurança mundial, conforme assegura: “seguintes princípios são basilares [...] para as suas relações harmoniosas e para a sua segurança” (OMS, 1946). A saúde plena e global é deliberada, no entanto, sem que seja tangível a todos ou a uma classe e os sujeitos pertencentes a ela e, por essa razão, gera a ilusão de acesso à saúde.

À vista do que apresentamos até o momento, podemos observar que as mudanças sofridas socialmente influenciaram nas condições de vida e de saúde dos sujeitos, fazendo com que a medicina emergisse nesse meio com o intuito de gerir esses problemas. Somando-se a isso, temos os avanços das áreas da Biologia científica e da Medicina, que direcionam sua atenção ao corpo e aos fenômenos relacionados a ele. E, na procura por sentidos, o discurso biomédico produz o sentido de saúde, assim como o de doença, que influenciam a percepção do corpo hoje, pois, de acordo com Vigarello (2012), é a partir do avanço no conhecimento em saúde, desde a modernidade, que contribui para uma construção também moderna do corpo.

O que vemos, então, a partir da análise das SDs 1 e 2, é a construção de um posicionamento do AIE de saúde orientado pela ideologia dominante e capitalista que

visa, a partir de um efeito de completude e de totalidade em saúde, que apaga a busca por manter a hegemonia da classe dominante, a manutenção de um lugar e papel, bem como o monopólio do saber e intervenções sobre o corpo, a saúde e as doenças. A representação social da OMS na estrutura do AIE de saúde faz com que, ao disseminar dados, pesquisas, informações, orientações, hoje, seus cento e noventa e quatro Estados-Membros coloquem em prática e reproduzam, em seus sistemas de saúde, a ideologia de saúde preconizada.

Dessa forma, coloca-se em prática a tentativa de controlar, a nível mundial, os corpos dos sujeitos, dizendo como esses corpos precisam ser/estar para serem saudáveis. Então, o discurso médico clínico vai servir de suporte, em última instância, para que se mantenha/reproduza lugares sociais. Isso se dá pelo funcionamento ideológico, que interpela o sujeito, nesse caso, pelo discurso médico de saúde, passando a adotar hábitos para manter/ser saudável.

As práticas discursivas dos AIE de saúde, por meio de divulgação científica e campanhas são, portanto, essenciais para enredar os sujeitos no discurso de saúde, de corpo saudável, uma vez que, trata-se do discurso oficial e que detém o saber sobre o corpo. Digamos que esses são os meios encontrados para que as instituições e organizações que compõem o AIE de saúde possam materializar a ideologia de boa saúde.

No que tange nossa proposta, as práticas discursivas do AIE de saúde sobre a obesidade buscam esse enlace do sujeito que é gordo a adotar medidas para emagrecer, principalmente, conforme Poulain (2013) adverte, porque a obesidade é considerada um problema grave dado ao risco aumentado de o sujeito desenvolver outras doenças que podem, inclusive, levar à morte.

Dessa forma, o AIE de saúde utiliza como estratégias a materialização da ideologia, que podemos chamar de combate à obesidade, através de campanhas de promoção de uma vida mais saudável, de dietas, bem como a divulgação de pesquisas e dados sobre essa doença, na busca por interpelar os sujeitos ideologicamente com o discurso de saúde corporal orientado e disseminado por esse aparelho. Aliás, podemos incluir nesse emaranhado, a criação do Dia Mundial da Obesidade, que oportuniza a mobilização dos saberes produzidos pela ciência na busca pelo enfrentamento da obesidade.

A dominação ideológica do AIE de saúde tornou-se viável dado ao imaginário dessa prática discursiva na estrutura social, uma vez que ele controla e determina os

sentidos que é possível circular socialmente. Diante disso, a forma como a OMS - e demais instituições que compõem esse aparelho - mobiliza os sentidos para o que é um corpo saudável ou doente afeta, significativamente, a vida dos sujeitos considerados obesos.

Ao serem interpelados ideologicamente, esses sujeitos são orientados a assumirem as recomendações médicas para ter uma boa saúde e um corpo saudável. Ou seja: os sujeitos são interpelados a (re)construir seus corpos a partir de um modelo de corpo que é fornecido pelo discurso médico e, para isso, fazem dieta, praticam atividade física, adotam mudanças na alimentação, fazem procedimentos cirúrgicos e estéticos, usam medicação, entre outros<sup>17</sup>. Portanto, o funcionamento da ideologia exerce uma função social de modo que, agindo sobre os sujeitos, direciona seus comportamentos, a fim de que se conserve a manutenção/transformação das relações de produção.

Com relação ao diagnóstico, no caso da obesidade, não é necessária a realização de exame específico porque ela é oficialmente diagnosticada pelo Índice de Massa Corporal (como apresentaremos no próximo capítulo) e é visivelmente notada. A doença passa a existir com o diagnóstico, que por sua vez, é baseado no critério de normalidade e patologia resultantes do saber oficial - ideologia dominante; critérios definidos “sob a égide do AIE de saúde” (LUNKES, 2021, p. 94). A vida do sujeito será regrada a partir disso, tanto no aspecto social quanto no laboral e, portanto, o sujeito tem seu lugar designado: um lugar de doente, de inadequado.

Então, compreendemos que os sentidos, parafraseando Lunkes (2021), não se dão ao acaso, mas resultam de uma formação social cuja inscrição é cunhada em relações de poder. Por esse motivo, nesse encadeamento teórico, ainda podemos tomar o discurso médico, derivado dos documentos analisados, como um discurso autoritário, questão tratada no tópico a seguir.

### 1.3 O DISCURSO AUTORITÁRIO NO/DO SABER MÉDICO

---

<sup>17</sup> Hoje, são tantas as práticas produzidas a fim de se ter/construir o corpo ideal e saudável disseminado, que se faz necessário deixar em aberto as possibilidades possíveis. Exemplos disso são a prática de hipnose bariátrica, uso de cosméticos como o batom que promete emagrecimento, aparelhos do tipo ortodônticos que dificultam a ingestão de alimentos ...

Na Análise do Discurso, a tipologia do discurso possibilita, consoante com Orlandi (1988, p. 24), que não se exclua determinação concreta que dão característica para tal e, assim, “a tipologia opera um recorte que distingue o que no contexto de situação deve ser levado em conta na constituição de sentido”. Devido o nosso *corpus* ser constituído por recortes de documentos, estamos diante de um discurso científico biomédico e, por isso, também técnico, que é produzido por especialistas de diferentes áreas com o objetivo de estudar a saúde, a doença e o corpo humano; ou seja, temos um discurso cuja linguagem trata de fatos e/ou assuntos técnicos/científicos.

Então, considerando que as normas, diagnósticos e tratamentos são produzidos com/e sob a tutela do AIE de saúde, apenas parte do discurso é acessível ao sujeito, posto que, o que pode e deve ser dito já foi determinado anteriormente.

Nesse seguimento, retomamos Pêcheux (1997, p. 77), que explica que os sentidos resultam de relações. Então, na relação de forças, o dizer do sujeito parte de determinado lugar que é constitutivo do que ele diz, já que a sociedade é composta por relações hierarquizadas que se amparam no poder desses distintos lugares, como o dizer do médico. Nas palavras do filósofo: “o que diz, o que enuncia, promete ou denuncia não tem o mesmo estatuto conforme o lugar que ocupa”. O sujeito do discurso ocupa um lugar social e é a partir dele que diz e isso é marcado por um processo histórico que regula o que pode e deve ser dito. É por isso que certos discursos exercem também maior força sobre outros. Nas palavras de Pêcheux:

Nossa hipótese é a de que esses lugares estão *representados* nos processos discursivos em que são colocados em jogo. Entretanto, seria ingênuo supor que o *lugar como feixe de traços objetivos* funciona como tal no interior do processo discursivo; ele se encontra aí representado, isto é, *presente, mas transformado*. (PÊCHEUX, 1997, p. 82, itálicos do autor).

Além disso, Pêcheux (1997) delinea que os mecanismos responsáveis pelo funcionamento do processo discursivo são compostos pelas formações imaginárias<sup>18</sup>. O lugar do médico, desse modo, já está dado pelo lugar que lhe é determinado na formação social. Para o autor, isso é constituinte do discurso e de seu processo de significação, uma vez que o imaginário é parte do funcionamento da linguagem.

---

<sup>18</sup> As formações imaginárias são o que determinam, nos processos discursivos, o lugar “que A e B se atribuem cada um a si e ao outro, a imagem que eles se fazem do próprio lugar e do lugar do outro”. (PÊCHEUX, 1997, p. 82).

Quando Pêcheux (2014) mostra que a “ideologia da classe dominante” encontra nos AIE lugar e meio de realização (PÊCHEUX, 2014, p. 131), aponta-nos um ponto importante de sua reflexão, pois, como destaca Vinhas (2014, p. 25), “da mesma forma que os AIE, compreendidos enquanto as formações ideológicas, são, por excelência, os lugares da reprodução dos saberes determinados ideologicamente, eles são, também, os lugares de transformação desses saberes”.

Desse modo, citando Grigoletto (2007, p. 5), “se pensarmos a formação social relacionadas às diferentes formações ideológicas, as quais, por sua vez, estão materializadas nas diferentes relações de poder que perpassam instituições como [...] a ciência”, teremos a disciplinarização dos saberes, mantida pelo efeito de verdade. Então, o discurso médico, por estar atado à ciência, é tomado como verdade absoluta. Considerando a relação de força, portanto, o discurso médico é regulador do sentido de saúde e doença para o corpo.

Especificamente sobre Foucault (1979), ao longo do seu trabalho, podemos afirmar que ele se dedicou a compreender o lugar ocupado pela Medicina, o poder a ela atribuído, bem como o estabelecimento de verdade por ela sustentado. Nesse sentido, ele nos mostra que o foco da Medicina muda: em um primeiro estágio, ocupava-se da busca por compreender a doença e como ela se relacionava com o corpo; em outro, volta essa percepção à vigilância, ao controle e, ainda podemos acrescentar, o estigma para com alguns grupos que eram/são considerados doentes. O conhecimento médico é concebido como um saber incontestável e isso legitima o discurso médico, dando estatuto de discurso de poder.

Frente ao exposto, reiteremos, ainda, que o discurso médico se institui como um discurso autoritário e, conseqüentemente, produz um efeito de verdade. Nesse âmbito, o discurso sobre o corpo magro como saudável e o gordo como patológico é institucionalizado, ou seja, é autorizando que se diga sobre o corpo gordo e magro dentro das “formas permitidas”. Essas formas, no discurso médico, valem-se do poder dizer que é permitido por esse tipo de discurso.

Historicamente, identificamos diferenciadas práticas discursivas funcionando como coercitivas no sentido de controlar os corpos. Então, o processo de regulação do corpo e do discurso sobre o corpo encontra no discurso médico um mecanismo contínuo e bastante eficaz ao estabelecer o que é saúde ou doença, uma vez que a Medicina se constitui como principal guia de leitura do corpo e da doença (FAURE, 2008). Ao se constituir nesse lugar privilegiado, o da ideologia dominante, ela vai

validar a busca por moldar o corpo considerado inadequado, assim como, os discursos sobre o corpo, já que determina o que deve/pode ou não ser dito em relação a ele. Dito de outro modo, o discurso médico, por ser regulado pelos AIE de saúde, que institucionaliza o discurso do “cuidado”, da “saúde”, da “normalidade”, direciona o que pode ser falado sobre o corpo dentro desses moldes.

Abaixo apresentamos outra SD (3), retirada da “Constituição da Organização Mundial da Saúde” que demonstra/exemplifica a função da OMS:

SD 3 - f) **Estabelecer e manter** os serviços administrativos e técnicos julgados necessários, **compreendendo os serviços de epidemiologia e de estatística**; g) **Estimular e aperfeiçoar os trabalhos para eliminar doenças epidêmicas**, endêmicas e outras; [...] j) **Promover a cooperação** entre os grupos científicos e profissionais **que contribuem para o progresso da saúde**; [...] s) **Estabelecer e rever**, conforme for necessário, **a nomenclatura internacional das doenças, das causas de morte e dos métodos de saúde pública**; [...] t) **Estabelecer normas para métodos de diagnóstico**, conforme for necessário. (OMS, 1946, negritos meus).

A OMS, legitimada por seu discurso de autoridade, idealiza a constituição de uma comunidade “mundial” que assumiria o compromisso de assegurar a saúde para todos. Para isso, entre outras funções, conforme a SD 3 denota, as funções serão disseminadas para as demais instituições que compõem o AIE de saúde, sustentando também o lugar de poder em relação à preservação e manutenção da saúde.

Ao observar a SD 3, notamos a necessidade de estabelecer normas e controle sobre (novas) doenças, de (causa) mortes, epidemias, etc. Nessa sequência, fica salientada a consolidação desse controle, pois os objetivos destacados asseguram isto: estabelecer e/ou manter os serviços que tratam do estudo epidemiológico e estatístico e, a partir disso, rever os documentos que servem de base para a propagação desse controle de forma mundial. A criação dessa instituição, portanto, dada suas funções, é correlata a uma considerável expansão do número de patologias, assegurado na função de: “Estabelecer e rever, conforme for necessário, a nomenclatura internacional das doenças”.

Embasada em um discurso de autoridade, composto por um rol de ‘especialistas’, a OMS esboça a constituição de um discurso que vai permitir patologizar o corpo gordo. Esse grau de autoridade, institucionalizado no AIE de

saúde, permite construir, legitimar e divulgar esse discurso. Isso pode ser observado na próxima SD<sup>19</sup>, retirada do documento da OMS “*Obesity*”:

SD 4 - **O sobrepeso e a obesidade são definidos como acúmulo anormal ou excessivo de gordura que apresenta risco à saúde.** (OMS, 2022a, negritos, destaques e tradução minha.)

A Medicina se apropria dos discursos que problematizam a gordura como patologia. Diante disso, é pertinente ressaltar que, conforme Poulain (2013), a Medicina não descobriu o corpo gordo apenas no século XX, pois os gregos já se questionavam sobre a gordura corporal e a tomavam como doença; segundo esses médicos, os gordos morriam mais cedo que os magros, afirma Foxcroft (2013).

Ao absorver essas, entre outras formas de condenações, junto aos avanços que a ciência biológica e médica adquire, especificamente a partir do século XIX, quando passa ser possível observar a localização das patologias no corpo, efetiva-se o estatuto patológico da obesidade. Especificamente sobre essa questão, Poulain (2013, p. 162) declara que “a localização da obesidade no tecido adiposo, a análise de casos clínicos e a utilização cada vez mais sistemática da autópsia contribuíram para o desenvolvimento do pensamento científico”. Dessa forma, surge o conhecimento que a área necessitava para legitimar seu discurso do saber sobre o corpo gordo e poder afirmar, conforme a SD 4, que a obesidade consiste nesse acúmulo ‘anormal’ e ‘excessivo’ de gordura no corpo.

A definição de obesidade apresentada na sequência supracitada vai acompanhar o diagnóstico do discurso médico na clínica, designando o lugar do paciente como doente. O sujeito será interpelado em sujeito-doente, quando apresentar acúmulo ou excesso de gordura, devendo aceitar, passivamente, esse lugar.

É, portanto, o discurso médico que vai dispor as regras de como esse sujeito deve se portar a partir do diagnóstico. Para consolidar esse lugar, também reiteramos que a institucionalização e a mudança do estatuto epistemológico fazem com que a obesidade entre oficialmente para a Classificação Internacional de Doenças, tornando-se uma “verdadeira” doença. Considerando que, apenas o discurso oficial

---

<sup>19</sup> “*Overweight and obesity are defined as abnormal or excessive fat accumulation that presents a risk to health*”.

(detentor do saber sobre) pode dizer quem é doente e que, para isso, ainda se faz necessário comportar-se de acordo com as normas e instrumentos (SILVA, 1975). Nesse sentido, a obesidade como doença, ou mesmo o sobrepeso, conforme a SD 4, passam a existir com o diagnóstico de ‘acúmulo anormal’ e ‘excesso’ de gordura.

Somando-se aos avanços científicos que o discurso médico alcança, portanto, é assegurado que esse discurso diga sobre a obesidade e tudo o que se relacione a ela, conforme a SD (5) seguinte (retirada do documento “Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global”) nos mostra:

**SD 5 - Avanços consideráveis foram feitos em dieta, exercícios e abordagens comportamentais para o tratamento da obesidade desde seu advento, na primeira metade do século XX.** Novas drogas com perfis ainda melhores de atividade farmacológica continuam sendo introduzidas regularmente. A cirurgia gástrica teve sucesso mais eficaz a longo prazo no tratamento de obesos graves. Independente do progresso, entretanto, a prevalência de obesidade continua a aumentar rapidamente e o desafio para os profissionais de saúde pública e cientistas nunca foi tão grande. (OMS, 2004, p. 2, negrito meu).

A prática discursiva advinda do discurso médico define, portanto, que sujeitos com uma determinada característica física são doentes e, considerando a SD 5, essas características, para o sujeito gordo, são o acúmulo anormal e o excesso de gordura. Sendo assim, na SD 5, é possível notar como o discurso médico, ao se apropriar do conhecimento da obesidade, “oferta” formas de tratamentos.

Nessa sequência, também observamos como a obesidade, assim como destaca Poulain (2013), é um objeto potencial para o desenvolvimento de vários setores da Medicina, Psicologia, Farmácia que contribuem para a apropriação da obesidade, pela área, enquanto um problema médico. Nesse formato, o discurso médico, sujeito-locutor, encontra-se no topo da hierarquia socialmente definida para a relação médico-paciente. E, a esse discurso, ao médico, é concedido o poder de falar sobre o corpo, sobre a gordura corporal, estabelecendo os efeitos de sentido que possibilitam a identificação do sujeito com esse discurso patológico.

Para sustentar nossa discussão, recorreremos a Orlandi (1987; 1988), que debate sobre o modo de classificar os tipos de discurso, salientando que são muitos os critérios para definição e estabelecimento deles, mas que, inicialmente, o que vai caracterizar o discurso é o seu funcionamento e não o seu tipo. Para a autora, a noção está ligada à ordem social, pois o tipo é entendido como um elemento estruturante

correlacionado à exterioridade, isto é, com as Condições de Produção do discurso e a sua relação com a Formação Ideológica.

Por essa esteira, Orlandi (1987, p. 231) afirma que: “É o tipo que recorta o contexto de situação, estabelecendo o domínio da significação do que se diz”. Diante disso, a tipologia é apresentada observando os modos do funcionamento do discurso, tomando como base os elementos constitutivos de suas condições de produção e suas relações com o modo de produção de sentidos com seus efeitos. Ainda com relação aos tipos de discurso, a autora apresenta a distinção entre os tipos polêmico, lúdico e autoritário:

O discurso lúdico é aquele em que o seu objeto se mantém presente enquanto tal e os interlocutores se expõem a essa presença, resultando disso o que chamaríamos de polissemia aberta (o exagero é o non-sense). O discurso polêmico mantém a presença do seu objeto, sendo que os participantes não se expõem, mas ao contrário procuram dominar o seu referente, dando-lhe uma direção, indicando perspectivas particularizantes pelas quais se o olha e se o diz, o que resulta na polissemia controlada (o exagero é a injúria). No discurso autoritário, o referente está ‘ausente’, oculto pelo dizer; não há realmente interlocutores, mas um agente exclusivo o que resulta na polissemia contida (o exagero é a ordem no sentido em que se diz ‘isso é uma ordem’, em que o sujeito passa a instrumento de comando). Esse discurso recusa outra forma de ser que não a linguagem. (ORLANDI, 1997, p. 15, aspas e parênteses da autora).

A forma de diferenciar esses discursos é a relação entre o referente (objeto do discurso) e os interlocutores (sujeito-locutor e sujeito-ouvinte) e, nessa lógica, inclui-se a noção de reversibilidade. Orlandi (1987, p. 239) esclarece que a reversibilidade é entendida como a troca de papéis na interação “que constitui o discurso e que o discurso constitui”. Ela salienta que não se deve fixar o locutor no lugar do locutor e o ouvinte no lugar de ouvinte, uma vez que, o sujeito-locutor/ouvinte, no processo discursivo, pode transpor seu lugar de origem.

Apoiando-se ainda na concepção de que há dois processos fundamentais da linguagem, o da paráfrase e o da polissemia, Orlandi (1987; 1988) diz que o discurso autoritário, forma sob a qual entendemos que se enquadra o discurso médico, é “o que tende para a paráfrase (o mesmo)” (ORLANDI, 1988, p. 24). Nesse sentido, a reversibilidade é contida no discurso, ou seja, não se dá abertura para troca de turnos, pois o sujeito-locutor exerce papel dominante e exclusivo na produção/distribuição de sentidos, é aquele que tem o poder de dizer, em que a polissemia é contida, assim o referente fica apagado. Temos, dessa forma, o apagamento do objeto, produzindo um

efeito de sentido único - monossêmico -, em que não se dá abertura para o sentido deslizar, apagando a sua relação com o interlocutor.

No discurso autoritário, portanto, o sentido é imposto, pois não há abertura para negociação sobre o objeto, uma vez que, há um sujeito que é reconhecido, considerando a relação de forças, hierarquicamente como superior na ordem social, assim, sua 'fala' vale mais, ou melhor, busca controlar e distribuir sentidos.

Nessa direção, o discurso médico como autoritário é a voz do saber. O médico, o imaginário em torno do médico, constrói-se numa posição privilegiada de portador do saber. Foucault (1998) destaca que o olhar do médico passeia desde o interior ao exterior do corpo, analisando e definindo o que é ou não natural, ou seja, normal, saudável. Isso confere ao sujeito, na posição de médico, um conhecimento quanto à essência da vida, do biológico, tendo o poder de definir se a forma, aparência, característica do corpo é ou não "normal/natural". Sendo assim, vemos que o normal assume, no discurso médico, lugar de ideal e, esse discurso, portador do saber que conhece o todo do corpo, possui o direito de poder dizer o que é um corpo normal (saudável) e um corpo doente.

De acordo com Orlandi (1987), o discurso do tipo autoritário se engendra no "é-porque-é". Por assim ser, o discurso médico vai impor o saber sobre o corpo e, ao instituir o discurso de saúde e o discurso patologizante, produz um efeito de verdade inquestionável. Além disso, configura-se como um discurso que influencia comportamentos em nome da obtenção de (boa) saúde, instituindo a vigilância e o "cuidado" sobre o corpo. No discurso autoritário, não há interlocutores, há uma ordem a ser seguida. Como vimos nas sequências analisadas anteriormente, esse discurso apaga o sujeito, visto que é um discurso técnico, que tem como especificidade, a impessoalidade.

O discurso médico é um discurso do poder. Deve-se, portanto, acatar as suas ordens. Nesse sentido, o sujeito que apresenta alteração na forma corporal, denotando excesso de gordura, não pode ser um sujeito saudável. Em suma, o sujeito-doente deve se adequar a fim de tornar-se saudável, posto que, a obesidade, por conta do seu valor negativo, tanto do ponto de vista sanitário quanto do estético, é algo a ser normalizado pela Medicina (SEIXAS; BIRMAN, 2012).

*“Não! Vocês vão ver uma gorda na rua, seus olhos vão sangrar, as pessoas vão sair correndo para as colinas...”*  
(GORDA, 2016)

## 2 A MEDIDA DO PESO: O IMC ENTRE MEMÓRIA E ACONTECIMENTO

Historicamente, vale lembrar, que nem sempre a gordura proporcionou tanto estranhamento como atualmente. Corpos mais avantajados foram desejados, relacionados à saúde, à fecundidade e ao *status* social. Inclusive, a própria OMS (2004, p. 1) sustenta essa afirmação: “No decorrer da maior parte da história humana, o ganho de peso e o armazenamento de gordura foram vistos como sinais de saúde e prosperidade”.

Em consonância, Sant’Anna (2016, p. 22) afirma que, no Brasil, no início do século XX, a obesidade não era problematizada como é hoje, podia-se “atribuir sentimentos nobres, como a coragem e a valentia, às pessoas ‘muito gordas’ sem que suas características físicas interferissem desfavoravelmente nos julgamentos de caráter”. Por mais que essa particularidade física também já fosse mencionada na imprensa, conforme explica a autora, não era com tanto destaque, o mais comum era usar os termos “pessoas muito gordas” e corpulência, mas que nem sempre se incitava o emagrecimento. “A gula era a principal suspeita que pesava sobre os gordos de diversos tamanhos e idade”, entretanto, representavam a fartura e isso, em certas circunstâncias, eram bem-vistas (SANT’ANNA, 2016, p. 31).

Com relação à magreza que, por muito tempo esteve nesse lugar de ‘estranhamento’, apesar de não ter sido tão temida quanto a obesidade é hoje, já foi vinculada à doença, à esterilidade e à pobreza. Por mais que nos pareça improvável, no Renascimento, regimes para engordar eram comuns tanto quanto hoje são frequentes os regimes para emagrecer (POULAIN, 2013). Neste período, a magreza, principalmente para as mulheres, era um malefício, porque sinalizava a doença, a falta de vigor e de alegria, além do fato de que a beleza da mulher estava nas formas arredondadas do corpo. Já, no universo masculino, a magreza não provocava grandes mudanças.

De acordo com Fischler (1990), um corpo com mais adiposidade era bem-visto até o século XIX, pois ainda representava certo *status* social de saúde e riqueza. Para o autor, isso indica que a gordura era mais consentida justamente pelo prestígio que ela garantia ao sujeito, não significando necessariamente que todas as pessoas almejassem ser gordas. Diante disso, importa destacar que, em todas as épocas, inclusive quando o cenário é propício para o gordo, as representações sociais da obesidade são ambíguas (FISCHLER, 1990).

Atualmente, o ganho de peso e/ou o acúmulo de gordura corporal representam, além de muitas outras qualidades negativas naturalizadas socialmente, a doença, ameaça à saúde e, por isso, é discursivizado como um corpo anormal e/ou doente. Já, por outro lado, a magreza passa a ser sinônimo de saúde e/ou normalidade. O que muda, então, na percepção da sociedade atual que faz circular/normatizar/normalizar discursos sobre o corpo gordo, compreendido como doente e feio e, por isso, é estigmatizado ao passo que o corpo magro é tido como ideal tanto no domínio da medicina quanto no senso comum?

Poulain (2013, p. 126) destaca que, seja pela figura do excessivo ou daquele gordo que está violando as regras sociais, há uma fronteira sempre: “Haveria, portanto, um limite de tolerância relativa à obesidade que separa a sua aceitação e valorização da sua desvalorização”. Havia, portanto, um limite de sensibilidade quanto à gordura que até então passava despercebida ou não era entendida como problema, porém com a diminuição desse limite, faz com que gordura revele a anormalidade.

Especificamente sobre a mudança nos referenciais da obesidade e magreza, ela pode estar relacionada também às mudanças sociais, como destaca Poulain (2013, p. 127): “[...] transformação das modalidades de legitimidade das elites e das estruturas sociais, transformação do relacionamento com a nutrição”. A título de exemplificação, o autor reforça que, no Ocidente, há a histórica desnutrição persistente em uma parcela da população, bem como há a carência alimentar nos países em desenvolvimento. Além desse fato social/econômico, o autor pondera a percepção da ciência/medicina:

O limite de sensibilidade ao gordo também diminuiu sob o efeito da medicalização das sociedades modernas. A ciência veio justificar a pontuação entre ‘demasiado’ e ‘como deve ser’, estabelecendo novos limites e a ordenação da corporalidade. (POULAIN, 2013, p. 127).

Além das alterações na estrutura social que certificam essas transformações quanto ao padrão de corpo, o autor também aponta para a ciência como um outro fator que atua significativamente para isso. Ainda sobre essa mudança, ele também explica que:

Para passar de um olhar positivo, ou relativamente positivo, à condenação, foi preciso, portanto, que nas sociedades desenvolvidas e na escala total da sociedade um certo número de indivíduos conseguisse persuadir os outros de que essa situação era uma verdadeira problemática [...]. A obesidade considerada como

‘anormal’, como ‘desviante’ em relação à norma é, sob essa perspectiva, uma construção social cujas etapas devem ser seguidas. Em um primeiro momento a obesidade foi considerada como um problema moral. O obeso era visto como um glutão, mas também um ser ‘moralmente grosseiro’. (POULAIN, 2013, p. 127).

Diante disso, observamos como os sentidos do corpo gordo e magro vão se movendo na história e, por conseguinte, como nos mostram o funcionamento das relações de força que regem o social, colando sentidos quase sempre negativos para o gordo. Assim, a depreciação do corpo gordo foi se instalando aos poucos no imaginário social, o gordo passa a ser incapaz, preguiçoso, feio, imoral, descuidado e doente. É considerado um transgressor, já que ele viola regras que “governam o comer, o prazer, o trabalho e o esforço, a vontade e o controle de si” (FISCHLER, 1995, p. 74). Logo, estabelecidos os sentidos não podem ser apagados, eles ressoam a partir do trabalho da memória, permitindo a reverberação desses sentidos.

Nesta perspectiva, por tudo de ruim que passou a significar, a gordura tornou-se algo a ser evitado e, por isso, vivenciamos um cenário em que os sujeitos se sentem, continuamente, pressionados por todos os lados para não engordar, ou para conseguir se livrar da gordura, do que aparece a mais do que é posto como ideal na lógica social de hoje. Uma das características da nossa época é a lipofobia, ou seja, rejeita-se a obesidade quase que de forma maníaca, conforme afirma Fischler (1990;1995), enquanto a magreza é supervalorizada.

O corpo vive, no percorrer dos tempos, uma verdadeira metamorfose definida pelas reviravoltas que podem ser observadas nas diferentes épocas e em cada sociedade. Essas mudanças fazem com que surjam padrões e representações ligados ao corpo que servem de orientação para os sujeitos. Portanto, entender como a historicidade desse corpo promove o retorno do já-dito pela memória discursiva, é compreender o movimento dos sentidos e sítios de significações dispostos, consolidados por uma ideologia dominante, a qual promove um efeito de sentido de que ser magro é o ideal. Isso acontece mesmo que a magreza esconda que nem sempre ela também ocorra de forma saudável, tendo em vista que nem sempre esse corpo magro está saudável. Além disso, enfatizamos que, ao se pensar a representação social de magreza como um dos critérios de beleza, não é qualquer corpo magro que representa o que é um corpo belo.

A gordura corporal, por muito tempo, foi um território obscuro para os saberes médicos. Entre as tentativas de localizar e definir os “excessos”, algumas se perderam

pelo caminho, seja pela ineficácia seja por falta de instrumentos que auxiliassem os profissionais de determinada época.

Hoje, a obesidade, como é especificada cientificamente o excesso de gordura corporal, é definida, pela Organização Mundial da Saúde, como uma doença crônica que é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura (tecido adiposo) no organismo (ANJOS, 2006). Para essa doença, no entanto, não é possível detectar a causa, pois ela resulta de questões multifatoriais e depende de interação de fatores genéticos, metabólicos, “mistura complexa de fatores dietéticos, de estilo de vida, genéticos, psicológicos, socioculturais, econômicos e ambientais” (OMS, 2020). Mas a principal causa apontada para o desenvolvimento dessa doença é o abuso na ingestão calórica e o sedentarismo, levando ao acúmulo da gordura no corpo.

As taxas de obesidade quase triplicaram desde 1975 e aumentaram quase cinco vezes em crianças e adolescentes, afetando pessoas de todas as idades e de todos os grupos sociais, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. A obesidade é um dos principais fatores de risco para várias doenças não transmissíveis (DCNT), como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, hipertensão e derrame, e várias formas de câncer. (OMS, 2020).

É, por esses motivos, que a obesidade é considerada problema de saúde pública, pois os gastos de uma pessoa gorda em relação a uma pessoa “normal” podem dobrar aos cofres públicos (VIGARELLO, 2012). Para Poulain (2013, p. 143), a obesidade tornou-se um problema de saúde pública “quando foi evidenciada, pelas empresas de seguro norte-americanas, as relações estatísticas entre a corpulência e a expectativa de vida, por um lado, e as despesas com a saúde, por outro”. Também é uma questão social, uma vez que os sujeitos gordos, são estigmatizados: “A estigmatização se baseia sobre um sistema de representações e de crenças que fazem da obesidade um reflexo das qualidades morais do indivíduo”, conforme Poulain (2013, p. 117).

O estudo do corpo, para nossa pesquisa, compreende, portanto, que a produção científica, ou seja, o discurso médico derivado do arquivo, passa também pelas transformações dos discursos historicamente produzidos, conforme já assinalado, não só considerando a apreciação ou desprestígio de determinados corpos, mas principalmente como uma condição de normalidade ou patologia, que sofre modificações ao longo da história por meio de suas aferições. Por esse viés, tomamos o corpo como lugar de materialização do sujeito gordo e magro, buscando

compreender o corpo para além do estatuto médico e biológico, mas como lugar de memória, em que a história deixa seu registro, sua marca.

À vista disso, neste capítulo, nosso objetivo central é compreender se a oficialização do Índice de Massa Corporal (IMC) se constitui ou não em um *acontecimento discursivo*. Nesse sentido, pretendemos problematizar as condições sócio-históricas de produção acerca do discurso que orientaram a OMS a declarar esse índice como instrumento para diagnosticar a obesidade. Para tanto, antes de proceder às análises, inicialmente, apresentamos uma breve revisão teórica no que diz respeito ao funcionamento do *acontecimento discursivo* para a teoria da Análise do Discurso. Contudo, não ficaremos limitados a abordar conceitos teóricos apenas neste tópico, haja vista que, em outros momentos do texto, a teoria também estará presente. Na sequência, trazemos um percurso histórico sobre a mensuração corporal e a oficialização da obesidade como doença para, por fim, analisar o IMC.

## 2.1 O ACONTECIMENTO DISCURSIVO

Com base em Orlandi (1987), verificamos que a Análise de Discurso busca, a partir da determinação histórica, compreender os processos de significação. Trata-se de uma teoria que se ocupa do discurso e do seu funcionamento. Sendo assim, o já-dito para muitos encerra-se nele mesmo, pois a ideia de estabilidade os permeia. Quando podemos tomar o que dizemos, uma vez dito, “vira coisa no mundo: ganha espessura, faz história. E a história traz em si a ambiguidade do que muda e do que permanece” (ORLANDI, 1987, p. 9). Então, não podemos considerar a língua, tampouco os sentidos, como algo que é estanque, impermeável, imutável.

Diante disso, nos estudos discursivos, conforme destaca Orlandi (2015, p. 17), procura-se compreender a língua não apenas como uma estrutura, mas também como acontecimento, “reunindo estrutura e acontecimento, a forma material é vista como o acontecimento do significante (língua) em um sujeito afetado pela história”. Para explicar a noção de *acontecimento*, a autora afirma que

É preciso lembrar que todo discurso é um deslocamento na rede de filiações, mas este deslocamento é justamente deslocamento em relação a uma filiação (memória) que sustenta a possibilidade mesma de se produzir sentido. [...] Cada acontecimento discursivo é inédito e

o retorno da memória não é simples reprodução. (ORLANDI, 2020a, p. 94).

Assim, ela chama nossa atenção para o fato de que, no funcionamento do discurso, o que sustenta a estrutura é a ocorrência de algo no registro histórico, podendo surgir as rupturas, um sentido novo. O *acontecimento discursivo* se dá, então, entre o batimento do analista do discurso com o novo sentido que irrompe.

O conceito de *acontecimento discursivo* foi cunhado por Pêcheux, ao reformular sua obra. *Discourse: Structure ou Evènement* foi apresentado, pela primeira vez, em uma conferência na Universidade Illinois, nos Estados Unidos, em 1983. O texto foi publicado em português, com tradução de Orlandi, como “O discurso: estrutura ou acontecimento” (ZOPPI-FONTANA, 2019).

O conceito em questão é desenvolvido por Pêcheux (2012) ao buscar compreender o discurso como um objeto que se constitui entre estrutura ou acontecimento. Desse modo, o filósofo tem como propósito observar o porquê de não ser possível delimitar todos os sentidos de um determinado discurso, como também, localizar onde podem se dar as rupturas que o modificam conforme a mudança de uma conjuntura a outra.

O conceito de *acontecimento* implica, então, em uma ideia de ruptura que recai sobre um discurso aparentemente estável e, assim, demarca um antes e um depois. Nessa lógica, a Análise do Discurso, perspectiva teórica que é uma concepção pós-estruturalista da linguagem, conforme destaca Dela-Silva (2008, p. 18), “não vê o discurso apenas como estrutura, com o sentido restrito à linguagem verbal empregada, mas também como acontecimento” e a sua compreensão depende também do extralinguístico, “como as suas condições de produção”.

Importa destacar que o *acontecimento discursivo* se difere do *acontecimento histórico* (DELA-SILVA, 2008, p. 14). A autora, ao citar Le Goff (1990), explica que, por acontecimento histórico, compreende-se “um fato pontual, que por sua relevância enquanto ocorrência no mundo, passa ser rememorado na história, fazendo parte do dizer sobre o passado de um povo, narrado pela ciência histórica”. Nessa trama, Guilhaumou e Maldidier (2014, p. 172) estabelecem que o *acontecimento discursivo* não se confunde, por exemplo, com “o acontecimento construído pelo historiador. Ele é apreendido na consistência de enunciados que se entrecruzam em um dado momento”.

Cazarin e Rasia (2014, p. 194), ao também retomarem Le Goff (1990), assentem que: “quando nos referimos a fatos e acontecimentos históricos, partimos do princípio de que, em Análise do Discurso, o que interessa não é o acontecimento em si, o evento empírico”, mas sim o *acontecimento* tomado enquanto fato histórico que é resultado de uma interpretação. O fato histórico é uma construção que assegura “que a *história* é também uma prática social” (LE GOFF, 1990, p. 11) e, conforme as autoras supracitadas, isso atesta, ainda, à sua não neutralidade. Logo,

Reconhecemos, no entanto, que um acontecimento em si pode ocorrer independentemente do sujeito, mas só se torna um fato histórico quando por ele simbolizado. Acreditamos, também, que o acontecimento em si, mesmo que negligenciado pelos historiadores, como afirma Le Goff (1996), na perspectiva da AD, são entendidos no sentido de que essa negligência é também ela resultado de um gesto interpretativo, pois o ‘esquecimento’ e/ou o silêncio também significam. (CAZARIN; RASIA, 2014, p. 194, aspas das autoras).

Com base nessas considerações, percebemos que o *acontecimento* em si, aquele que tomamos como fato histórico, é o que se considera um acontecimento histórico. Ou seja: algo pontual e que pode produzir diferentes discursividades, mesmo que, dado à incompletude do discurso, determinado acontecimento pode ser, muitas vezes, resultado de uma discursividade anterior. Já nas palavras de Dela-Silva (2008, p. 15), “O olhar discursivo compreende que o acontecimento histórico, enquanto acontecimento da ordem da realidade, das práticas humanas, possa ser discursivizado de diferentes formas e produzir diferentes sentidos”.

Baronas e Aguiar (2009, p. 167) lembram que a materialidade “histórico-linguística proposta por Pêcheux é distinta daquela concebida pelos sociólogos”, uma vez que, para estes, as palavras são investidas de história, ou seja, em sua concepção, são instrumentos que fazem circular valores ideológicos. Por isso, o discurso pode ser observado tanto como estrutura quanto acontecimento. Os autores também afirmam que: “esse estruturamento discursivo se dá sempre não na estabilidade da veiculação de valores ideológicos, mas, principalmente, na instabilidade produzida pela tensão, pelo conflito, pelo contínuo atravessamento de/entre esses valores”.

No entanto, Pêcheux (2012, p. 18), ao tomar o discurso enquanto estrutura e acontecimento, propõe entrecruzar três caminhos: “o do acontecimento, o da estrutura e o da tensão entre descrição e interpretação no interior da análise do discurso”.

Desse modo, leva-nos à compreensão de que o acontecimento discursivo é resultado do acontecimento histórico que vai ser discursivizado “no ponto de encontro de uma atualidade e uma memória” (PÊCHEUX, 2012, p. 17).

Para sustentar sua posição, o filósofo toma como base o enunciado “*On a gagné*” (ganhamos), proferido no cenário político francês, em 10 de maio de 1981, quando da vitória da esquerda, com François Mitterand, eleito presidente.

A materialidade discursiva desse enunciado coletivo é absolutamente particular: ela não tem nem o conteúdo nem a forma, nem a estrutura enunciativa de uma palavra de ordem de uma manifestação ou de um comício político. ‘*On a gagné*’ [‘Ganhamos’], cantado com um ritmo de uma melodia determinados (*on-a-gagné/dó-dó-dó-sol-dó*) constitui a retomada direta no espaço do acontecimento político, do grito coletivo dos torcedores de uma partida esportiva cuja equipe acaba de ganhar. Este grito marca o momento em que a participação passiva do espectador-torcedor se converte em atividade coletiva gestual e vocal, materializando a festa da vitória da equipe, tanto mais intensamente quanto ela era mais improvável. (PÊCHEUX, 2012, p. 21, parênteses, aspas e destaques do autor).

A mudança no significado da sentença “*On a gagné*”, ao passar do discurso esportivo para o político, revela o acontecimento discursivo que ocorreu naquela ocasião. Isso se dá, de acordo com Gallo (2001, s/p), “porque, a noção de *acontecimento discursivo* dá conta do momento da constituição do sujeito, sem priorizar os aspectos enunciativos aí envolvidos”.

Ao retomar o enunciado ‘*On a gagné*’, fora do espaço esportivo, mas no espaço político, Pêcheux (2012) mostra que esse enunciado sobrepõe o acontecimento, sublinhando “sua equivocidade”, a possibilidade de outros sentidos. Desse modo, se no campo esportivo, pergunta do tipo ‘quem ganhou na verdade?’ seria absurda, pois os enunciados que circulam nesse espaço possuem uma estabilidade lógica, mas o oposto se dá no cenário político, que, por não ter uma estabilidade lógica dos enunciados que o constituem, tal questionamento se torna pertinente.

Em sua leitura quanto ao posto, Baronas e Aguiar (2009, p. 168) lembram que, no campo político, “‘*On a gagné*’ pode ser traduzido pela equação ‘X diz X que pode significar a partir de diferentes formações discursivas Y, Z, W’, por exemplo”. A respeito disso, deve-se considerar que, ao ser movimentado pela mídia, dando ar de enunciado “logicamente estabilizado” (PÊCHEUX, 2012, p. 22), acaba direcionando para um efeito de que outros sentidos sejam possíveis. Para o autor:

[...] **todo enunciado é intrinsecamente suscetível de tornar-se outro, diferente de si mesmo, se deslocar discursivamente de seu sentido para derivar para um outro** (a não ser que a proibição da interpretação própria ao logicamente estável se exerça sobre ele explicitamente). Todo enunciado, toda sequência de enunciados é, pois linguisticamente descritível como uma série léxico-sintaticamente determinada) de pontos de deriva possíveis, oferecendo lugar a interpretação. (PÊCHEUX, 2012, p. 53, parênteses do autor e negrito meu).

Desse modo, ao exemplificar um acontecimento a partir do exemplo do dia 10 de maio de 1981, Pêcheux (2012, p. 28) reflete sobre o estatuto das discursividades que trabalham um acontecimento, “entrecruzando proposições de aparência logicamente estável, suscetíveis de respostas unívocas” e formulações irremediavelmente equívocas.

É, portanto, através de um acontecimento histórico, como a oficialização do IMC, que confere uma base histórica para que o acontecimento discursivo possa irromper. Logo, o acontecimento discursivo surge como aquilo que vai furar uma trama de dizeres, ou seja, fura uma rede que tentava manter uma regularização. Nas palavras de Dela-Silva (2008, p. 17), “o acontecimento discursivo pressupõe, assim, a relação entre dizeres que, ao se cruzarem, tendem a promover rupturas, ainda que um novo dizer, por princípio, seja formulado a partir das possibilidades que esse dizer encerra”.

A partir do exposto, antes de adentrarmos em nossa análise, vamos compreender as condições de produção que evocam nossa questão. Para isso, recorreremos, para além da Análise de Discurso, a estudiosos que tratam da obesidade, aos documentos elaborados por pesquisadores brasileiros a partir de estudos sobre medidas antropométricas e relatórios produzidos pela Organização Mundial da Saúde, principalmente, o que sugere o IMC como instrumento de mensuração do corpo. A partir desse estudo, relacionado aos preceitos da Análise do Discurso, pretendemos analisar, ainda, ao tomar o IMC como instrumento oficial para medição do corpo rompe, portanto, com discursos já cristalizados, instaurando o novo.

## 2.2 UMA HISTÓRIA DA CONSTRUÇÃO DA AVALIAÇÃO CORPORAL

A transformação do corpo é algo que se diferencia ao longo dos anos, por isso, a valorização do corpo magro ou gordo varia de uma conjuntura a outra, ou seja, cada

período vai definir as particularidades, destacando determinados atributos e estabelecendo padrões para os corpos. É diante de tal constatação que também surgem os padrões relacionados à beleza, sensualidade, saúde, que serão referência para os sujeitos, tanto para homens quanto para mulheres. Podemos afirmar, parafraseando Mauss (1974), que cada cultura, sociedade e época atua sobre o corpo a fim de moldá-lo conforme os valores existentes.

O corpo entrou em cena e, mesmo em seu território mais legítimo, como a Biologia e a Medicina, revela inquietações. No século XX, Courtine (2008, p. 10) afirma que o corpo emerge em diferentes áreas: “jamais o corpo humano conheceu transformações de uma grandeza e de uma profundidade semelhantes às encontradas no decurso do século que acaba de terminar”. Ele assumiu lugar de protagonista na vida dos sujeitos, tornando-se também lugar de desejos, investimentos, passaporte para ocupar determinados espaços sociais. Entretanto, estar totalmente satisfeito com o corpo que possuímos é da ordem do impossível, uma vez que o corpo considerado “ideal” é, quase sempre, inalcançável justamente por ser da ordem do ideal.

Garcia (2017, p. 338) destaca que: “o corpo, lido discursivamente, é lugar material em que a significação acontece, lugar de inscrição, de manifestação de dizeres”. Na perspectiva discursiva, discursos como o médico, o estético, o religioso, o cultural, entre outros, ao se entrelaçarem, produzem os múltiplos olhares que podemos direcionar ao corpo. O corpo é, desse modo, o lugar da inscrição de discursos que circulam em dada sociedade. Assim sendo, a definição de normalidade e anormalidade, de saudável e doente, de belo e feio, de ideal, retomando Hashiguti (2008), não podem ser apreendidos como algo natural de um corpo biológico, tendo em vista que são representações do corpo construídas no/pelo discurso.

Ao refletirmos sobre o corpo na Análise do Discurso, estamos tomando o sujeito “em seu aspecto inconsciente e ideológico, com a devida mediação da linguagem” (FERREIRA, 2015, p. 13). Não há corpos que não estejam cingidos de sentidos constituídos por meio de práticas históricas e sociais. Ou seja: os sujeitos se relacionam com seus corpos já atravessados por uma memória e pelo discurso social que o significam. Nas palavras de Orlandi (2012):

O corpo do sujeito é, nas condições sócio-históricas em que vivemos, parte do corpo social tal como ele é significado na história. Isto quer

dizer, entre outras coisas, que o sujeito relaciona-se com o seu corpo já atravessado por uma memória, pelo discurso social que o significa, pela maneira como ele se individualiza. No entanto, sempre há a incompletude, a falha, o possível. E os sentidos, como tenho repetido, sempre podem ser outros. (ORLANDI, 2012, p. 93).

Posto isso, ao longo dos tempos, percebemos que o discurso médico também, de modo direto e/ou indireto, contribui para as condições atuais de representação/padrões do corpo. Isso ocorre porque o discurso, um lugar por excelência da ideologia, é meio pelo qual saber e poder se articulam, já que quem fala o faz de determinado lugar e a partir de um domínio reconhecido institucionalmente.

Observamos, dessa maneira, o discurso médico, a partir dos nomes designados para a gordura, tateando, em um primeiro momento, o que seria a composição de um corpo gordo, criando formas para o emagrecimento desse corpo, revelando que a gordura seria uma substância obscura para a medicina em tempos mais antigos. E, aos poucos, a busca por entender esse fenômeno que toma o corpo, junto aos avanços que a área da ciência Biológica e Médica alcançam, chega-se à localização da gordura no corpo e à invenção dos graus/números que definem se o sujeito é gordo ou não.

Nesse sentido, é preciso atentar-se ao fato de que toda produção discursiva, conforme destaca Courtine (2014, p. 104), “faz circular – formulações anteriores, já enunciadas”, ou seja, para que o corpo gordo signifique, hoje, como doença dentre tantos outros sentidos, é necessário que esse sentido já tenha sido estabelecido antes. Dessa forma, o discurso sobre o corpo em diferentes épocas, no âmbito do discurso médico, contribui para estabelecer os sentidos que circulam atualmente como uma memória do dizer sobre o corpo, especialmente o gordo.

Em vista disso, abordamos outro conceito da Análise do Discurso: a memória discursiva que, de acordo com Orlandi (2006, p. 21), é concebida como um saber discursivo, “é o já dito que constitui o dizer”. A autora, ao trabalhar esse conceito em referência ao interdiscurso, salienta que: “é o saber discursivo que faz com que, ao falarmos, nossas palavras façam sentido” (ORLANDI, 2020b, p. 61).

Ao tomar o corpo como objeto, o discurso sobre as técnicas de avaliação e medição, em determinado momento histórico, produzem significações e constituem a memória do dizer sobre o corpo. Não apenas uma recordação histórica sobre a origem dessas técnicas, como também um pré-construído do discurso do corpo, que é determinante para a constituição de sentido. Nas palavras de Pêcheux (2014, p. 151),

o pré-construído corresponde ao “‘sempre-já-aí’ da interpelação ideológica que fornece-impõe a ‘realidade’ e seu ‘sentido’ sob a forma de universalidade (o ‘mundo das coisas’)”.

Considerar essa relação de passado e futuro, pensando o discurso sobre a categoria numerada do corpo, ao tratar do presente, é apreender como o já-dito se atualiza no dizer e como isso vai ressignificar sentidos sobre o corpo, principalmente quanto ao que é/ou deve ser um corpo saudável ou o doente. Atentar-se para os discursos sobre a mensuração corporal é analisar os processos discursivos que produzem sentidos para o corpo gordo e que contribuem para a constituição de sentidos.

Na procura por sentidos, os dizeres biomédicos, produzem a percepção do corpo hoje. É, pois, com os avanços no conhecimento em saúde desde a modernidade, segundo Vigarello (2012), que contribuem para uma construção também moderna do corpo:

O avanço das técnicas de dissecação e a constituição da anatomia, nos séculos XIV- XV, constituem um marco central na transformação do saber sobre o corpo e na conformação do indivíduo moderno ocidental; mudança ontológica em que o indivíduo passa a ser provido de um corpo e não mais ser um corpo, que não era isolável do universo. É essa cisão, que fundamenta o cogito cartesiano. [...]. **É sob essa perspectiva que emerge uma forma de conhecimento sobre o corpo que tem como fundamento a sua visualização; técnicas que passam a produzir uma verdade sobre o corpo**, em que o máximo do seu conhecimento se dava, precisamente, quando morto [...]. (COELHO, 2020, p. 6, negrito meu).

A medicina moderna, de acordo com Coelho (2020, p. 6), tem na anatomia o seu momento de consagração, pois o corpo humano se torna alvo e será observado através de suas verdadeiras formas, bem como, “passa a ser visto como uma grande máquina, que pode ser objetivada pela medicina [...]. É um conhecimento objetivo sobre o corpo que contribui para aprimorar a ideia do corpo-máquina”. Além disso, destacamos que o “uso de instrumentos que possibilitassem o escrutínio do corpo foi uma condição imprescindível desde o século XVIII para o desenvolvimento das explorações médicas” (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010, p, 16), resultando em avanços da área posteriormente.

Em síntese, essa transformação na compreensão de corpo, que o encaminha para um processo de individualização e o concebe como uma máquina, resultam em

mudanças no quadro epistemológico da medicina e das estruturas sociais. Nesse sentido, podemos destacar as técnicas de avaliação e mensuração que recaem sobre o corpo, notadamente, a datar do Iluminismo (VIGARELLO, 2012). Ainda, com base em Coelho (2020, p. 6), destacamos que “esse processo está na raiz da compreensão contemporânea do corpo, que permeia a saúde e sua produção de conhecimentos, discursos e práticas”.

Assim, ao retomar a história da mensuração do corpo, observamos que, conforme Coelho (2020, p. 31), os primeiros instrumentos já aparecem “ligados ao desenvolvimento da medicina moderna e à arte no século XV, mas é só no século XVIII que a antropometria se configura como instrumento científico”. Este instrumento foi pensado, a princípio, para a prática militar e tinha como objetivo a padronização dos corpos dos sujeitos que serviam ao exército, “sendo usada também para a mensuração da força humana”. Contudo, a antropometria só será incorporada aos estudos populacionais a partir do século XIX, nas estatísticas vitais.

No entanto, antes de as medidas se tornarem instrumento científico oficial de avaliação das dimensões corporais, há um percurso marcado por algumas experimentações como, por exemplo, os primeiros modelos de balança. O uso desses equipamentos rudimentares merece atenção porque configuram-se como vestígios históricos que marcam uma mudança e uma preocupação cada vez mais evidente com as dimensões do corpo, com o que pode ser a gordura e do que ela é resultado.

Estes instrumentos incorporam-se e constituem um ‘novo’ discurso médico sobre a gordura; e, mesmo que esse sentido ainda não reverbere, os discursos sobre a mensuração do corpo, mais tarde, reconfiguram a memória do que é um corpo saudável ou doente. Ainda, consideramos pertinente ressaltar que a preocupação e os instrumentos iniciais elaborados para a mensuração do corpo partem de áreas não médicas, mas migram para ela.

De acordo com Vigarello (2012, p. 141), a partir do século XVIII, “a gordura supõe múltiplas gorduras”. Nessa conjuntura, há uma atenção mais acentuada quanto à multiplicidade e os olhares se voltam às diferentes formas dos excessos corporais. A individualidade que marca o período, que favorece a emancipação e a diversidade, aplica-se ao corpo, denotando suas singularidades, o que qualifica os volumes e os diferencia. Desse modo, são diversos os graus, mesmo que, mais esboçados do que

estudados efetivamente. Segundo o autor, surgem, assim, alguns procedimentos de medição para o corpo que, apesar de modestos, são “reais”.

O número, conforme Vigarello (2012, p. 145, **negrito meu**), é resultado do primeiro instrumento para medição do peso corporal, a balança. O foco dessa prática, à época, não estava no gordo nem no emagrecimento, mas era, antes de tudo, uma visão de saúde e não se referia à gordura em particular, “mas da transpiração; não do volume, mas dos vapores de humor e de água.

Além disso, **uma visão masculina e médica, que visa à funcionalidade**, o que remete ao cuidado diário com o corpo, não nos moldes de hoje, apenas quanto ao equilíbrio numerado do que é ingerido e do que é eliminado. Ou seja: não havia uma preocupação com o “controle da silhueta, mas com o da evaporação insensível, **excreção julgada necessária para escapar a qualquer ‘viciação’ interna**” (VIGARELLO, 2012, p. 145, **negrito meu**). Além disso, no universo da medicina, de acordo com o autor, tabelas de peso tanto do corpo como de alimentos e dejetos aparecem junto aos textos médicos, mas, como já assinalado, não se fazia um estudo detalhado sobre a perda de peso, tal como se dará mais tarde. Especificamente sobre o número, o autor ressalta:

A presença do número deve ser, porém, fortemente ressaltada, ainda que bem distante de qualquer avaliação de gordura. É o marco inicial de um princípio ainda hesitante, o de pensar e repensar as ‘coisas’ do corpo e comparar com os resultados. Marco tanto mais importante porquanto está em jogo o cuidado com o peso corporal. (VIGARELLO, 2012, p. 145).

Em resumo, Vigarello (2012) revela que a balança e os números obtidos, nesse primeiro momento, nada mais eram que mera observação individual, da quantidade de alimento ingerida em detrimento do que é eliminado. Tendo em vista que as condições da época ainda não tinham transformado as práticas de emagrecimento, são circunstâncias que revelam a percepção de que o “peso excessivo” era resultado “do ato de comer em demasia e gastar pouca energia” (FOXCROFT, 2013, p. 64).

Outra forma de medição que surge, nesse período, é a medição da cintura, da sua circunferência, que difunde de forma mais ampla “uma nova precisão”. A partir de relatos do *Journal de Médecine*, Vigarello (2012, p. 146) exemplifica como se dá essa constatação. De acordo com o autor, os redatores, “em seu levantamento de casos extremos [...], não se furtam a indicar os ‘perímetros’ de certos gordos espantosos: os

6 pés de cintura (182,88 cm) do cura de Saint- Eusèbe”, isso datado de 1757, além dos “8 pés (243,83 cm) do chefe dos meirinhos de Sens”, citado em 1760. Com base no autor, observamos que, nesse ponto, também não havia nenhuma preocupação cotidiana a partir dessa instrumentação, pois, mais uma vez, a preocupação com a medida em número era apenas com o insólito, mesmo que isso introduzisse uma nova percepção.

Por certo, os testemunhos e relatos, destacados por Vigarello (2012), carregam algo revelador para o período: a autoavaliação, atestando para um olhar mais sensível e acentuado para as formas do corpo. A autopercepção de se viver em um corpo gordo expõe a aflição do sujeito e traz indícios de uma maneira singular de perceber “o problema”. Isso, para o autor, era “o modo ‘moderno’ e ao mesmo tempo ‘ultrapassado’” de se avaliar o formato do corpo e as alterações que nele poderiam ocorrer. Essas descrições dão destaque, então, à medição da cintura em vez do peso, à gordura excessiva e não aos diferentes níveis de gordura. “A medida é obtida com a ajuda de um ‘cordão’ enviado ao médico para melhor atestar o ‘mal’” (VIGARELLO, 2012, p. 147); mal este, que, muitas vezes, só aumenta.

Os números obtidos, nessa forma de mensurar o corpo, não eram confrontados com a medição da altura, assinalando sua imprecisão. Havia, sem dúvidas, um cuidado inédito, mas sua atenção era apenas às medições da cintura (em polegadas e linhas), que podem aumentar no decorrer do tempo. Mesmo assim, tinha-se uma “última novidade: a medida, pela primeira vez, é fornecida a fim de orientar a consulta médica (VIGARELLO, 2012, p. 148)”. O ‘cordão’ vai transformar o volume em ‘objeto’, fugindo de uma visão puramente intuitiva.

Vigarello (2012, p. 148-149) afirma que há outros exemplos que ganham mais precisão após as décadas de 1760-1770, como um aparelho de flagelo romano (uma grande plataforma horizontal capaz de suportar um animal ou uma pessoa), inventado por John Wyatt, contemporâneo de um novo instrumento. Além disso, relatos de êxito na perda de peso após ingestão de diuréticos e água de sabão acompanham essas novidades. No tocante às formas de medições, portanto, observamos que elas eram esporádicas e que não se preocupavam com a progressão escalonada.

A respeito destes fatos, à luz da teoria da Análise do Discurso, pensando o desenrolar analítico aqui proposto, interessa-nos observar o modo como saberes e dizeres de outras conjunturas são retomados e como eles passam a serem articulados

ou mesmo atualizados no discurso a partir do funcionamento da paráfrase que irrompe no discurso médico que propomos analisar. Sendo assim, compreendemos que

Os processos parafrásticos são aqueles pelos quais **em todo dizer há sempre algo que se mantém, isto é, o dizível, a memória**. A paráfrase representa assim o retorno aos mesmos espaços do dizer. Produzem-se diferentes formulações do mesmo dizer sedimentado. (ORLANDI, 2015, p. 34, negrito meu).

A autora propõe que, ao pensar discursivamente a linguagem, articulem-se o mesmo e o diferente, simultaneamente. Tudo que é dito, todo ato de linguagem, portanto, existe em um jogo no qual transitam velhos e novos sentidos. A paráfrase, nos termos de Orlandi (2015), é o que permite a repetição, a produção de novos discursos a partir do que já está posto, já existe e, por isso, viabiliza a manutenção da trama discursiva.

O percurso traçado até aqui sinaliza o imaginário da época refletido no discurso médico, que é retomado em forma de paráfrase em documentos, diretrizes e manuais elaborados pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, associações e organizações com o intuito de promover o enfrentamento e a prevenção do ganho ou aumento de peso dos sujeitos. Dentre outras questões que serão analisadas mais adiante, a ingestão de alimentos (re)aparece como uma das causas possíveis para o ganho de peso.

Mais acima, observamos que o ato de pesar o corpo resultava de uma curiosidade individual que, ainda que apareça em anotações médicas, naquelas condições, eram ocasionais e compunham o imaginário sobre a composição do corpo. A relação entre o que se come e o que é eliminado, mesmo que não haja preocupação com o controle do peso, já era percebida e relacionada com o aumento do peso. Este fato acende um alerta quanto à dimensão e ao peso corporal, pois, o sujeito gordo pesa o corpo, posto que se atenta à alteração no peso corporal e infere que isso pode ter alguma relação com a quantidade de alimento que é ingerido.

Basicamente, podemos dizer que já se fazia uma associação na qual, indiferente da quantidade de alimento ingerido, se, se é gordo, é porque comeu mais do que devia. Ainda, esse momento sócio-histórico é palco para que se crie uma trama de efeitos de sentido postos em circulação, a partir dessa relação com a alimentação. O sujeito é gordo porque comeu em demasia, porque é um glutão.

Vale lembrar que, na Idade Média, o imaginário social cativava o acúmulo, pois “saúde supõe barriga cheia”, lembra Vigarello (2012, p. 21). Ou seja: o ganho de peso associado ao comer a mais não é uma novidade do século XVIII, pois, em tempos de escassez de alimentos, em que havia restrições de alimentos e fome – condição essa da Idade Média – ter a forma corporal mais avantajada era privilégio para poucos e sinônimo de fartura na mesa, de comer bem, ou mesmo de só ter o “básico” para comer. Então, ser gordo significava, além de privilégio, ter boa saúde.

Esse cenário muda assim como a concepção sobre o corpo gordo no discurso médico também se altera. Nesse sentido, consideramos que esse discurso é revestido de “regime de repetibilidade” (INDURSKY, 2011, p. 68), uma vez que os atos de pesar o corpo e de associar a gula/quantidade de alimento ingerido com o aumento/ganho de peso, ao se repetirem com afinco através dos tempos, ganham regularização e passam a se inscrever na memória coletiva. É pelo regime dessa repetição que se tornou, portanto, memorável.

Dito isso, reiteramos que mobilizamos nosso *corpus* a fim de observar como esses discursos ecoam, hoje, no discurso médico. Para tanto, antes de discorrer sobre a temática, apresentamos a seguir três sequências discursivas que serão objeto de análise. As SDs abaixo são retidas, respectivamente de “ Política Nacional de Alimentação e Nutrição”, “Obesidade” e “ Diretrizes brasileira da obesidade”.

**SD 6 - A obesidade na população brasileira está se tornando bem mais frequente do que a própria desnutrição infantil**, sinalizando um processo de transição epidemiológica que deve ser devidamente valorizado no plano da saúde coletiva. As doenças cardiovasculares, que representam a principal causa de morte e de incapacidade na vida adulta e na velhice e são responsáveis, **no Brasil, por 34% de todas as causas de óbito, estão relacionadas, em grande parte, com a obesidade e com práticas alimentares** e estilos de vida inadequados. Cabe registrar que a avaliação antropométrica dos brasileiros adultos, pelo Índice de Massa Corporal, decorrente **da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição - PNSN - , realizada em 1989 e divulgada em 1990, indicou que cerca de 24,6% apresentavam sobrepeso e 8,3% eram obesos**. O problema começa a ser evidenciado também em crianças e adolescentes. (BRASIL, 1999, negritos meus).

**SD 7 - O determinante mais imediato do acúmulo excessivo de gordura** e, por consequência, **da obesidade, é o balanço energético positivo**. (BRASIL, 2006, p. 19, negritos e destaque meus).

**SD 8 - A diminuição dos níveis de atividade física e o aumento da ingestão calórica são fatores determinantes ambientais mais fortes**. (ABESO, 2016, p. 33, negritos e destaque meu).

Notamos que, no percurso descrito por Vigarello, até então, não há preocupação com o controle do peso. Por outro lado, tem-se uma constatação visual que nos remete à relação entre gordura corporal e comida em excesso, que é e será retomada em diferentes condições de produção. Assim sendo, passamos de um cuidado em enumerar o que se come e o que se excreta, a fim de evitar uma “viciação” interna entendida como possíveis doenças, a uma perseverante preocupação com o formato e peso do corpo.

Percebemos, desse modo, que é reverberado nas sequências 6, 7 e 8 o que foi observado anteriormente pelo olhar e instrumentos rudimentares como o cordão, os primeiros modelos de balanças e, notadamente, a relação do quanto se come com o aumento/ganho de peso. Tudo isso oficialmente adentra ao discurso médico e, então, legitima cientificamente a relação do aumento de gordura com o ato de comer demais. Portanto, ao ser oficializada pelo discurso médico, dá credibilidade para que se repita, “e de repetição da repetição, até se cristalizarem” (INDURSKY, 2011, p. 77).

Nesse tocante, é imprescindível, quando pensamos na produção de sentidos, retomar o conceito de paráfrase, denominada por Pêcheux (1997, p. 169) como a “matriz do sentido”. Segundo Orlandi (2015, p. 36), “A paráfrase é a matriz do sentido, pois não há sentido sem repetição, sem sustentação no saber discursivo”. Para abordar o funcionamento da paráfrase discursiva, enquanto centro da produção de sentido, é preciso reportar-se ao que é exterior à linguagem e às condições sócio-histórico-ideológicas que possibilitam o já-dito. Por sua vez, o já-dito se refere a uma formação discursiva e a uma conjuntura sócio-histórica, que ecoa em outros discursos, ligados a outras formações discursivas e outras condições de produção.

Os documentos, diretrizes e manuais analisados constituem, com base em Indursky (2011, p. 76), “lugares de memória”, que alicerçam o imaginário da forma corporal, tornando possível o jogo de repetição discursiva “que alimenta o que é memorável para um grupo social”. Nesses materiais, também notamos o entrelaçar de diferentes posições-sujeito: a do pesquisador, do cientista, do médico; posições institucionalmente legitimadas a fim de (re)formular o conhecimento, conceitos e teorias. O discurso médico resultante do nosso arquivo é um discurso científico e, por isso, é também técnico. Logo, contém características próprias de funcionamento, bem como presta-se a determinados objetivos, como, neste caso, transmitir informações e conhecimento científico sobre o corpo.

Nas sequências aqui analisadas, observamos o uso da impessoalidade apagando o sujeito que pratica a ação. Ao omitir o sujeito, temos o efeito de sentido de neutralidade e objetividade que se pretende nesse discurso, não deixando espaço para uma interlocução. No entanto, não podemos esquecer que, conforme Pêcheux (2014, p. 181-182), a possibilidade de haver um discurso do sujeito da ciência em que esse sujeito seria apagado é utópica, pois em sua concepção “não há discurso da ciência (nem mesmo, a rigor, ‘discurso de uma ciência’) porque todo discurso é discurso de um sujeito [...] entendendo que todo discurso funciona com relação à forma-sujeito”.

Então, o discurso médico, nessa tentativa de tamponar a(s) voz(es) presentes, produz um efeito de verdade inquestionável: na SD 6 - “a obesidade [...] **está** se tornando bem mais frequente [...], no Brasil, 34% de todas as causas de óbito estão relacionadas, em grande parte, com a obesidade e com práticas alimentares e estilo de vida inadequados”; na SD 7 - “o determinante mais imediato do acúmulo excessivo de gordura [...] da obesidade, **é** o balanço energético positivo”; na SD 8 - “a diminuição dos níveis de atividade física e o aumento da ingestão calórica **são** fatores determinantes”. Esse efeito de verdade é ainda assegurado por meio do emprego do tempo presente (em destaque), como se a obesidade só possa ser fruto do ato de comer exageradamente, apagando outros potenciais determinantes, assim como outros sentidos possíveis.

Na SD 6, a menção à pesquisa realizada pela PNSN e as porcentagens é uma das formas de sustentar o efeito de neutralidade e de verdade, pois o número remete à exatidão e, para além de quantificar, formaliza esses dados conferindo uma aparente estabilidade ao discurso. Contudo, esses dados são tratados previamente pelo sujeito (que pode ser o médico, o cientista) e, nesse tratamento, o sujeito interpreta. A respeito disso, citamos Orlandi (2020, p. 142) que esclarece: “não há sentidos que não seja discursivo, isto é, que não seja sujeito à interpretação”.

Com base nisso, podemos afirmar que há diferentes ordens de discurso, conseqüentemente diferentes formas de interpretação, ou seja, sempre há interpretação. Assim sendo, nesse discurso específico - discurso médico -, o número significa quantitativamente os sujeitos sobrepesos e obesos, a relação dessa condição corporal com a morte, outras doenças e a hábitos alimentares inapropriados. Especificamente sobre alimentação inadequada, verificamos que nos remete a um já-dito: é necessário ter atenção à quantidade de alimento ingerida e do que se eliminava

via excremento, para evitar “viciações internas”. Além do mais, o discurso médico, nessa SD, reafirma a associação da obesidade a uma má alimentação, isto é, comer errado, consumir alimentos gordurosos e com muito açúcar, comer muito.

Com relação às práticas alimentares inadequadas, ao considerarmos as condições em que os discursos foram produzidos, observamos nas SDs a preocupação com aumento, causa e tratamento da obesidade, que tem acompanhado o discurso das áreas da saúde. O discurso médico, mais especificamente na SD 7 e 8, a fim de esclarecer as questões que se relacionam a essa condição corporal, busca explicações em outras áreas do conhecimento, como a física. Dessa forma, comer excessivamente torna-se, “balanço energético positivo” na SD 7 e, na SD 8, “aumento da ingestão calórica”.

O balanço energético positivo ocorre quando há ingestão de mais calorias que o corpo necessita para realizar suas atividades diárias, sendo armazenadas em forma de gordura. Decorrente do conhecimento sobre o corpo, o discurso médico parece esquecer do que é biológico e traz a matemática e leis da termodinâmica com o cálculo das calorias (energia). Isso produz o efeito de sentido de que o corpo é um corpo-máquina, ou seja, como se o corpo fosse uma máquina de entrada/saída de energia, tudo equilibrado com o intuito de manter seu bom funcionamento.

Perante o exposto, podemos apreender que a abundância de alimentos, regalia de muitos em alguns momentos históricos, passa a ser um problema, pois o que se come e o quanto se come pode fazer engordar; isso vai de um alerta à pavor na vida dos sujeitos. Diante dessas considerações, notamos que os sentidos, mesmo já consolidados e regularizados, são passíveis de sofrer alteração.

[...] as redes discursivas de formulação, formadas a partir de um regime de repetibilidade, vão recebendo novas formulações que, ao mesmo tempo que vão se reunindo às existentes, vão atualizando as redes de memórias. Tais formulações podem trazer o mesmo sentido e, nesse caso, produzem uma relação de metáfora em que uma palavra é tomada pela outra, mas produzindo o mesmo sentido, tal como ocorre em uma família parafrástica que funciona como matriz de sentido. (INDURSKY, 2011, p. 77).

Na análise, percebemos formulações diferentes, na medida em que o discurso científico rompe com um saber do senso comum e o transforma em oficial, quando comprovado. Assim sendo, a gula/comer muito/hábitos alimentares inapropriados,

tornam-se conceitos técnicos como ingestão de calorias a mais e isso gera uma carga energética positiva, conseqüentemente, na obesidade/sobrepeso.

Esse discurso técnico resulta do conhecimento sobre o corpo, pois tratamos de textos que trazem pesquisas, estudos relacionados a esse objeto, por isso possuem um vocabulário próprio. Dessa forma, a modificação percebida nos mostra que, considerando as sequências analisadas, mesmo que a textualidade seja diferente, ambos os discursos pertencem à mesma matriz de sentido. Ou seja: a relação entre a quantidade de alimentos ingerida e aumento de peso rompe com o senso comum e, ao ser oficializada a partir de uma constatação científica/médica, vai se repetir em estudos sobre a obesidade e planejamentos na área da saúde no que diz respeito à alimentação.

Em vista disso, é imprescindível, quando pensamos na produção de sentidos, retomar o conceito de paráfrase, conforme definiu Pêcheux (1997, p. 169), como sendo a “matriz do sentido”, pois é a partir de uma repetição no interior de uma família parafrástica que se constitui o efeito de sentido.

Ao retomar Indursky (2011, p. 76), podemos afirmar que os documentos com os quais trabalhamos constituem “lugares de memória”. Por assim ser, alicerçam o imaginário da forma corporal, tornando possível o jogo de repetição discursiva “que alimenta o que é memorável para um grupo social”. A relação feita entre comer além e ganho de peso agora é legitimada pelo discurso oficial, o que dá credibilidade para que se repita, “e de repetição da repetição, até se cristalizarem” (INDURSKY, 2011, p. 77).

Estes materiais funcionam, parafraseando a autora, como lugares de memória, regularizando, desse modo, o sentido e saberes que discursivizam esse acontecimento histórico. Observamos que esses saberes se organizam em redes discursivas de formulações, o que, de acordo com a autora, garante o “regime” de repetibilidade destes saberes.

Há, ainda, outros fatos históricos para explicitar. No percurso traçado por Vigarello (2012), a mais sugestiva e importante proposição de mensuração do corpo foi feita por Buffon. Georges-Louis Leclerc Le Comte de Buffon, um dos maiores naturalistas do seu tempo, ao fazer um complemento em sua obra “História natural”, em 1777, faz referência “a uma correspondência numérica entre estatura e peso”. Importa salientar que, “Buffon não confirma o aumento da prática de medição de peso, mas explora uma relação que desde muito se percebia intuitivamente sem que fosse

calculada” (VIGARELLO, 2012, p. 149). O naturalista vai demonstrar que existem diferentes graus de gordura, ou seja, a gordura de um homem grande não é a mesma de um homem pequeno, isto é, o peso de um não pode ser o mesmo que o do outro.

Em vista disso, podemos afirmar que sugerir diferentes gradações de corpo para uma mesma estatura, além de fases intermediárias a partir de números que indiquem os níveis mínimos e máximos de gordura, marca uma novidade. No entanto, os graus percebidos, ainda não foram nomeados.

Daí a apresentação totalmente original de ligação regulada: o peso ‘normal’ e o peso ‘excessivo’ o são em função de uma mesma percepção, o de estaturas idênticas [...]. Buffon estabelece uma série de quatro patamares e só dá um exemplo: o peso de um homem com altura de 5 pés e 6 polegadas (1,8m) deve ser de 160 a 180 libras (80 a 90kg). Ele é ‘já gordo’ se pesar 200 libras (100kg), ‘gordo demais’ se pesar 230 libras (115kg) e ‘muitíssimo espesso’, enfim, se pesar 250 libras (125kg) ou mais. (VIGARELLO, 2012, p. 149).

Surge, portanto, pela primeira vez, números ‘estatísticos’, pois se indica uma média, mesmo que o naturalista não relate como fez para calcular, afirma Vigarello (2012). Poulain (2013, p. 179) também afirma que Buffon foi o primeiro a se interessar por essa relação ‘peso e altura’, bem como aponta a inquietação que motivou seus estudos: “O problema da antropometria e do crescimento, que inquietava o célebre naturalista, é a avaliação da evolução da corpulência das populações em crescimento, isto é, crianças e adolescentes”. Para esse cálculo, então, “a altura é dividida pelo peso elevado ao cubo ( $A/P^3$ )”. Diante do posto, Vigarello (2012, p. 149) destaca a originalidade do cálculo de Buffon, “embora pouco aplicado”.

Questões da época convergem com o resultado obtido por Buffon, tal como o de Bossier de Sauvages que, ao especular um número para a gordura, questiona qual seria o peso ideal dessa massa em relação ao peso do corpo. A resposta é dada em número pelo anatomista de Montpellier: “Nos sujeitos medianamente gordos descobri que o peso da gordura era a metade do peso de todo o corpo” (VIGARELLO, 2012, p. 150).

Um dado bastante interessante e que merece destaque é:

Em 1783, Tenon alvitra números para o peso ‘máximo’, ‘mínimo’ e ‘médio’ dos habitantes da aldeia de Passy, onde o médico parisiense possui uma ‘terra’. O projeto é preciso: pesar 60 homens e o mesmo número de mulheres da população adulta de 25 a 40 anos. O resultado é escalonado: 83,307kg de peso máximo, 51,398 kg de peso mínimo

e 62,071kg de peso médio para os homens; com índices de 74,038kg de peso máximo, 36,805kg de peso mínimo e média de 54,916kg para as mulheres. (VIGARELLO, 2012, p. 150).

Observamos, nesse relato, que não se faz a relação com a estatura, mas se dá atenção para valores tanto médios quanto máximos, diferenciados entre homens e mulheres. Atentamos que Tenon, ao estabelecer tais números, em seu estudo, verificou que “o peso indica o aspecto ‘físico’ de uma população, seu estado corporal, desprezando o magro ou o gordo ‘demais’” (VIGARELLO, 2012, p. 150). Um resultado que remete “o mais ou menos em que pode ser situado um grupo”. E, em comparação aos números estabelecidos pelo estudo de Buffon, podemos afirmar que os números resultantes de Tenon são diferentes, mais concretos e modernos também, uma vez que:

Visam os indivíduos e compõem uma escala, uma gradação estabelecendo para cada pessoa o peso que ela pode ter a ‘menos’ ou a ‘mais’ em relação à média das que têm a mesma estatura. Sugerem mais ainda a classificação de grupos humanos, com o escalonamento de uma população em um quadro que vai do ‘menos gordo’ ao ‘mais gordo’. (VIGARELLO, 2012 p. 150-151).

Repercute, portanto, com Buffon, um modo de pensar o coletivo. Ainda de acordo com Vigarello (2012, p. 151), a instituição da contraposição que destaca a proporção “de grandes e pequenas corpulências em uma coletividade”, mesmo que “tabelas mais imaginadas que realizadas, claro, referindo-se no caso a apenas uma estatura (de 5 pés e 6 polegadas)”, praticamente não aplicadas ou nunca o são, mas delineiam “um perfil físico diferente da sociedade. O que permitiria, em tese, multiplicando os dados, comparar populações segundo a média de sua aparência física”.

Consideramos válido ressaltar que o cálculo estabelecido pelo naturalista não evoluiu além da visão ou de projeto, mas que, de forma moderada, cria pela primeira vez uma escala numérica para o corpo gordo. Além disso, o sentido para que Buffon estabelecesse tal cálculo está relatado em “Probabilidade” da Enciclopédia, “desenhando uma administração pública de novo tipo com o armazenamento dos mais diferentes dados sobre temperamento, idade, medidas corporais, doenças etc.” VIGARELLO, 2012, p. 151).

Socialmente, a invenção dos graus traz um novo olhar para o corpo, mesmo que fosse nova e não tão difundida a “cultura” do grau, é possível notar que a silhueta

se faz presente, com suas sutilezas e gradações. O que revela um olhar mais classificatório, mesmo que as práticas de emagrecimento não mudem drasticamente (VIGARELLO, 2012).

Embora ainda não se apresente como uma mudança significativa para a constituição de uma memória coletiva sobre o corpo, especificamente quando se estabelecem padrões para dizer qual o tamanho que esse corpo precisa ter/ser para ser considerado adequado no quesito saudável e/ou doente, observamos que esses discursos vão se somando a outros dizeres/saberes sobre o corpo até se transformarem, como veremos adiante.

Há, nestes últimos fatos relatados, uma alteração significativa na percepção quanto aos volumes do corpo por parte do discurso científico, que rompe com o discurso do senso comum ao migrar, pouco a pouco, para a área médica. Dessa forma, mesmo que neste momento não transpareçam mudanças quanto à busca por um corpo magro, esse discurso científico e médico, ao circular, vai legitimar e autorizar, mesmo que aos poucos, a busca pelas práticas de emagrecimento, visto que, esse tipo de discurso funciona como discurso de autoridade.

A medida vai se efetivar no século XIX, quando a inserção numérica na avaliação da estrutura/formação do corpo entra em cena, mesmo que de forma lenta, e o peso ainda seja destaque. Há, no início desse período, uma banalização dos tratados médicos sobre a obesidade. Inclusive, a atenção se dá, ainda, apenas aos casos extremos, somente o corpo mais gordo é realmente “estudado”, afirma Vigarello (2012, p. 195). Curiosamente, surge uma diversidade de números, como se repentinamente toda e qualquer forma de medição fosse útil.

De início, numerava-se o que se via, “as superfícies que se apresentam ao olhar imediato. Primeiro as circunferências, o contorno dos braços, das coxas, das pernas, do pescoço, da cintura, do ventre” (VIGARELLO, 2012, p. 196). Nesse ponto, notamos que há um retorno do “cordão” que antes servia à medição da cintura, mas que agora, abrange outras partes do corpo. Além disso, a relação altura e peso era outra forma de medição que se fazia no início do século, mas não era predominante.

O destaque mais importante se dá em 1832, quando os números obtidos por meio da relação peso e estatura foram submetidos ao cálculo estatístico:

Em 1832, o estatístico e sociólogo belga Adolphe Quetelet apresentou à Academia Real da Bélgica um trabalho intitulado *Le poids de l'homme aux différents ages* ('O peso do homem em diversas idades').

Surgia assim pela primeira vez um conhecimento sistemático da distribuição do peso entre os seres humanos. (POULAIN, 2013, p. 178, aspas e parênteses do autor).

Ao revisar a proposição de Buffon, portanto, Quételet foi o primeiro a montar quadro e tabelas, abarcando o gênero e idade, lembra Vigarello (2012). Após analisar o estudo, ele estabeleceu o cálculo  $P/A^2$  (POULAIN, 2013). A respeito desse cálculo:

A cada estatura corresponderia um peso 'normal' estatisticamente estabelecido: 1,60m de altura, por exemplo, num estudo em grande escala, corresponderia um peso médio de 57,15kg para os homens e 56,73kg para mulheres. Quételet chega a estabelecer quocientes que permitem calcular as variações em relação à média e, conseqüentemente, uma normalidade e desvios fundados inteiramente no número. Não a normalidade ideal, mas a real. (VIGARELLO, 2012, p. 197).

No entanto, o número obtido com esse cálculo não pode ser tomado tal como se faz hoje, uma vez que não era posto de forma individual, a fim de orientar qualquer tática de emagrecimento. Apesar disso, já demonstrava uma inédita percepção que se dava através da comparação numerada: escalas e gradações para o corpo (VIGARELLO, 2012).

Portanto, o estatístico, quando elaborou esse cálculo, não estava preocupado em medir o excesso de peso, apenas se interessava pela dinâmica corporal, salienta Poulain (2013). A justificativa de Quételet para seus cálculos, de acordo com Vigarello (2012, p. 198), é que eles tinham a finalidade “de melhor conhecer a carga que devem ‘suportar certas construções’, o ‘peso pessoal’ para melhor programar o trabalho de um homem, o peso segundo a idade e o sexo para melhor ajudar a medicina legal a identificar corpos”.

Ainda, com relação à tabela, ressaltamos que se referia a um projeto prático de tarefas e atividades, visões técnicas de execução e eficácia, ou seja, as questões estéticas não foram referidas ou tratadas no estudo de Quételet. Isso denota os caminhos e avanços que a área foi alcançando e, conseqüentemente, afetando a constituição dos discursos, uma vez que, “O discurso é assim, palavra em movimento, prática de linguagem” (ORLANDI, 2015, p. 13). Dito de outro modo, é assim que se observa o homem falando e, não só isso, é no discurso que também podemos verificar a determinação histórica dos sentidos, o modo como os sentidos são inscritos na história, a forma como são formulados e como circulam.

Ao vislumbrar os discursos constituídos até aqui, que vão desde a curiosidade à constituição de instrumentos que definem graus de gordura corporal, notamos que o que alterou o olhar e a forma de avaliar o corpo, portanto, foi o peso. Mesmo que, no início do século XIX, ainda não havia uma popularização das balanças ou da medição do peso, mas aos poucos, ela vai impor uma sentença aos sujeitos, a gordura passa a ser sinônimo de peso e, por isso, possível de medir. Essa nova avaliação da forma corporal não é resultado apenas da presença dos números, também é uma exigência social que, em meio às inovações, impõe novos padrões para o corpo (VIGARELLO, 2012).

Na última década do século XIX, difunde-se a pesagem, normalizando a balança. Tal constatação nos remete a uma “revolução” no quesito estética, pois agora a indicação do peso se torna uma evidência do/para os sujeitos. A banalização do número ocorre de forma mais acentuada quando teremos uma modificação nas tabelas de peso e estatura, prenúncio do que vem a ser hoje, o Índice de Massa Corpórea (IMC). De acordo com Vigarello (2012), ao acrescentar sua própria escala à de Quételet,

Saint-German pretende mesmo simplificar o seu uso: o peso expresso em libras deveria ter um número correspondente ao da estatura expressa em centímetros. Uma pessoa de 1,68m de altura seria ‘normal’ se pesasse 168 libras, ou seja, mais ou menos 80kg<sup>20</sup>. (VIGARELLO, 2012, p. 248).

O destaque se dá pelo fato de que todos os números eram tratados não só numa perspectiva médica, mas também estética<sup>21</sup>. Outro ponto a se observar é que, a partir da escala escolhida, o peso normal vai variar e trazer um questionamento ainda maior, uma vez que, “Uma mesma estatura, 1,68m por exemplo, corresponde a um peso ideal de 63,5kg para Quételet ou 84kg para Saint-German” (VIGARELLO, 2012, p. 249). Esta questão será retomada e estudada mais tarde, quando a OMS, por meio do relatório de 1995, define o IMC como instrumento universal para mensuração do corpo.

---

<sup>20</sup> Vigarello (2012, p. 248) ainda destaca que isso foi “logo contestado por Adrien Proust e Albert Mathie em sua *Hygiène de L’obèse*, em que se mostram sensíveis às tabelas de Quételet: o peso expresso em quilos, para eles, deveria ter um número correspondente ao da estatura expressa em centímetros menos 100. A consequência era bem diferente: o peso de 68kg é que seria a norma para uma pessoa de 1,68m.

<sup>21</sup> O autor não especifica como isso ocorre.

Frente ao exposto, nesse momento histórico, notamos a existência de uma discordância e diferença entre métodos e que a avaliação do corpo foi construída gradativamente. Antes mesmo de se tornar um instrumento de prestígio, o Índice de Massa Corporal, conforme observamos, percorre uma longa trajetória. Os números, resultado da proposição de Quételet, que caracteriza a medição do corpo como um acontecimento histórico, sempre retomados, serão definidos como um único e simples indicador, “o da ‘massa corporal’, calculado pela relação entre o peso (em kg) e o quadrado da altura (em m<sup>2</sup>)”, lembra Vigarello (2012, p. 319).

Esse movimento nos mostra como o trabalho do olhar vai criando alertas e dimensões sobre/para o corpo e, com isso, a categorização do peso que, primeiramente preocupava-se mais com a compreensão do corpo transforma-se em instrumento de vigilância do peso corporal (VIGARELLO, 2012). Ou seja, mesmo que haja mudança da conjuntura histórica, algo se mantém, mesmo que o discurso pareça ser outro, o sentido, entre diferenças e semelhanças no movimento dos dizeres, no funcionamento da memória discursiva, o já-dito ecoa na constituição dos sentidos sobre/do corpo gordo.

O período compreende mudanças significativas no âmbito da ciência biomédica e oferece novas possibilidades ao corpo. As descobertas e transformações na área permitem que se explore mais o corpo, tanto externa quanto internamente. Isso vai permitir compreender o corpo (como a anatomia) e, além disso, impor limites entre o que se considera normal e patológico, dando abertura para produção de verdades científicas.

Ao observarmos esses fatos históricos, buscamos apreender como os discursos se fazem prática ao dizer sobre os corpos, no trabalho que circunda poder, poder dizer sobre o que se apodera do imaginário e constrói “consciência”. E, no movimento entre mudança e permanência no discurso, que ocorrem de acordo com condições de cada época, mostra que o modo de se produzir o conhecimento sobre o corpo, no entanto, não é neutro, nem unívoco. As práticas sobre/para o corpo, o conhecimento e o olhar que interpretam esse corpo, o científico e o médico especificamente, são também produtos das condições sócio-histórico-ideológicas. Por esse motivo, a forma como o sujeito sente, interpreta e compreende o corpo, no processo de saúde e doença, é afetado por essas verdades construídas e consolidadas.

### 2.2.1 Uma nova doença

Compreender as condições de produção (CP) em que surge a necessidade de se ter um método que avalie a corpulência é assumir que a gordura corporal está em pauta. Assim como, em outros tempos, buscou-se compreender o que ela seria, agora, isso é possível, principalmente pelos avanços que ocorreram na área das ciências biomédicas. Por conta da evolução dessas áreas, também é possível saber o que é excesso de gordura, bem como compreender determinadas causas para o aumento ou permanência da gordura corporal. Portanto, verificamos que, em diferentes CPs, as valorizações do gordo e do magro oscilam, isso é fato. Um dos fatores que contribui para mudança e/ou permanência de sentidos para os diferentes corpos é a ciência e os seus progressos, notadamente, na área médica.

Então, as contradições que o corpo vivencia, muitas vezes perigosas, não surgiram agora. O corpo desde sempre foi falado e, nesse percurso, há convenções silenciosas que se voltam para a forma corporal e acabam por estabelecer diferentes sentidos para um formato que é tomado ideal e outro não, principalmente, quanto ao que é considerado um corpo saudável e/ou doente.

Dessa forma, o corpo vai ser investido de sentidos, o corpo normal e o patológico serão inseridos em uma lógica de normalização, instaurando um imaginário que se solidifica e habita o discurso sobre a saúde. Tal discurso é preconizado e sustentado nas/pelas práticas da área médica em busca da erradicação das práticas sociais relacionadas à gordura, constituindo um dispositivo para a normatização. Sendo assim, boa saúde, bem-estar, combate aos excessos alimentares e hábitos alimentares saudáveis são discursividades estabelecidas neste dispositivo.

A preocupação das sociedades contemporâneas com o ganho de peso aumentou notadamente no século XX, culminando também no significativo interesse por questões estéticas e de beleza. Surgem, então, novas formas de significar o corpo que interpelam os sujeitos e corroboram para a atual ditadura de beleza corporal. Contudo, neste momento e para a pesquisa, interessa-nos apenas atentarmos à problematização para com a gordura na área médica.

As circunstâncias da enunciação e o funcionamento da memória serão pensadas na Análise do Discurso, naquilo que Pêcheux designa condições de Produção. Pêcheux (1997, p. 77) explica que todo discurso “é sempre pronunciado a

partir de condições dadas” e, desse modo, “as CP do discurso mostram a conjuntura em que um discurso é produzido, bem como suas contradições” (INDURSKY, 2014, p. 36). Ainda com base na autora, é possível notar que elas implicam o contexto sócio-histórico-ideológico do dizer, bem como a relação antagônica de classes que se opera no instante que se diz. Nesse sentido, as condições de produção caracterizam e constituem o discurso ao mesmo tempo que remetem, conforme Pêcheux (1997), a

**Lugares determinados na estrutura de uma formação social**, lugares dos quais a sociologia pode descrever o feixe de traços objetivos característicos: assim, por exemplo, no interior da esfera da produção econômica, os lugares do ‘patrão’ (diretor, chefe da empresa etc.), do funcionário de repartição, do contramestre, do operário, são marcados por propriedades diferentes. (PÊCHEUX, 1997, p. 82, negrito meu).

À vista disso, segundo Indursky (2014), a relação de força entre esses lugares sociais será representada no discurso e isso se dá por meio de uma série de formações imaginárias que, para Pêcheux (1997), designam o lugar entre os interlocutores - destinador e destinatário - conferem a si e ao outro. A autora supracitada considera que é desse modo que se constrói o imaginário social; assim, o sujeito produz o seu discurso como efeito dessa rede de relações que é imaginária, por isso o discurso é representação do imaginário social.

Soares (2019, p. 36) afirma que também há que se considerar algo do exterior da linguagem para compreendermos o que é dito, uma vez que a memória dos sentidos de um discurso e suas CPs é “constitutiva da própria significação”. Então, sendo a história do corpo atravessada por vários discursos, em diferentes condições que criaram uma extensa rede de formulações, há uma memória social de longa duração que reúne enunciados sobre esse corpo, oriundos de diferentes áreas como da religião, cultura, política, ciência, indústria, moda, mídia, entre outras.

Isso demonstra que as condições sociais e históricas constituem o cenário discursivo que irá direcionar os sentidos possíveis para o sujeito gordo/magro de acordo com a posição ocupada. Aqui, em nossa proposição, o discurso médico funciona como autoritário, como um discurso de poder, que é tomado como verdade por se amparar no que é científico. Em síntese, esse discurso que é dominante vai reger o outro, que é o dominado. Desse modo, o sujeito, na posição de médico, é inscrito nesse discurso e assume um lugar de autoridade – poder dizer sobre. Assim,

ao observarmos o sujeito enquanto posição e a sua relação com dados sentidos, é possível chegarmos a uma compreensão do social e do linguístico.

Em vista disso, retomamos Orlandi (2015, p. 30), ao destacar que o dizer “significa pela história e pela língua”, ou seja, há um já-dito que sustenta todo dizer. Os sentidos, portanto, para o corpo vem pela história, pela memória, por sentidos constituídos em outros dizeres, outras vozes, que se estabelecem no funcionamento da língua, a qual é marcada pela ideologia e por posições relacionadas ao poder, de modo que, em sua materialidade, carregam os efeitos que afetam os sujeitos.

Nesse sentido, não é de hoje que diversas sociedades são caracterizadas pelas “tentativas de minimizar os efeitos do que é desconhecido nos corpos. Da religião à ciência, passando por diferentes disciplinas e pedagogias, a vontade de manter o próprio corpo sob controle”, afirma Sant’Anna (2006, p. 4). Ainda com base na autora, verificamos que ao compreender o processo histórico de determinado período, aprendemos como cada sociedade cria, além de seus ideais, formas de governá-lo e organizá-lo de acordo com os interesses, sejam eles individuais ou coletivos. E, por esse viés, a historicidade vivenciada pelo corpo revela práticas e técnicas elaboradas com o intuito de livrar os corpos das doenças, promover disciplina, obter saúde e bem-estar.

Adentramos, desse modo, nas nossas *condições de produção*, ou seja, no domínio da ciência, as quais delimitam de forma acentuada lugares (bem) específicos para o corpo gordo na sociedade, entre eles, o lugar de doente. De forma modesta e sem nos debruçar longamente no percurso histórico, buscamos compreender como o excesso de gordura corporal passa para a categoria de doença. Desse modo, a forma de compreender e significar esse aspecto físico, apesar de apresentar uma ampla produção no âmbito científico e médico, sua construção histórica como uma categoria clínica, afirma Seixas e Birman (2012), é encontrada em poucas obras. Para os autores:

Essa maneira de apreensão, contudo, remonta aos primórdios da medicina, até mesmo aos primórdios da ciência moderna. Inicialmente associado às preocupações com a saúde, o excesso de peso figurava como uma característica de cada indivíduo, sobre o qual pesava uma série de recomendações e cuidados não porque a obesidade implicasse risco iminente de vida, mas sim pelo pouco conhecimento a respeito dos mecanismos que levavam à doença e à morte. (SEIXAS; BIRMAN, 2012, p. 14).

De acordo com Santolin (2012, p. 75), apesar de alguns historiadores da obesidade considerarem que o excesso de gordura corporal já existisse na Pré-história, Antiguidade e Idade Média, há que se considerar um recorte temporal bem mais atual para o surgimento do conceito, principalmente, discursos que tratam essa condição corporal como doença. O autor delimita, então, o que ele nomeia como nascimento da obesidade, “entre meados do século XVII ao fim do XIX”.

Essas conjunturas ainda encontravam certas limitações tanto técnicas como diagnósticas e tecnológicas que auxiliassem nos estudos dos fenômenos e composição do corpo. Um marco, nesse percurso, que pode ser considerado importante é o que destaca Vigarello (2012). No século XVIII, a palavra obesidade será dicionarizada, sendo definida como: “**termo da medicina**. Estado de uma pessoa carregada demais de carnes ou gordura” e, um pouco mais tarde, a “*Enciclopédia*, que define obesidade como ‘corpulência excessiva’ que revela uma ‘**doença** oposta ao marasmo<sup>22</sup>” (VIGARELLO, 2012, p. 164, itálico do autor e negrito meu).

Assim, a palavra obesidade passa a ser usada preferencialmente em vez de corpulência e a ser classificada, “em geral”, na categoria de doença. A dicionarização, no entanto, não faz da palavra uma novidade, pois o vocábulo tem sua origem no Latim - “*obesitas*” - que significa gordura física, corpulência<sup>23</sup>. Esse fato denota que, pela primeira vez, o objeto obesidade não se resume mais à simples questão de acúmulo e eliminação, afirma Vigarello (2012).

À vista disso, lembra-nos Orlandi (2005) que formular é dar corpo ao sentido. Nessa perspectiva, Costa (2012, p. 134) lembra que o gesto de nomear é uma forma de formular, de se interpor na relação indireta, opaca, da representação linguagem/pensamento/mundo pelo homem. É interpretar. É, por isso, também, dar corpo aos sentidos”.

Dicionarizar a palavra obesidade é uma forma de torná-la oficial por conta da demanda gerada pelo seu uso. Hoje, consta nos dicionários como termo técnico médico: “estado de obeso, muito gordo”; e como uma patologia: “anomalia do excesso de peso caracterizada por hipertrofia do tecido adiposo”<sup>24</sup>. Assim, os sentidos vão

---

<sup>22</sup> O Marasmo é definido, entre outros, como uma condição de magreza extrema, ou seja: “é um dos tipos de desnutrição energético-proteica caracterizada pela grande perda de peso e perda muscular e de gordura generalizada” (RAMIREZ, 2021).

<sup>23</sup> Disponível em: < <https://origemdapalavra.com.br/pergunta/obesidade/>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

<sup>24</sup> Disponível em: < <https://www.aulete.com.br/obesidade>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

sendo colados à palavra e, mesmo que, entre os períodos apresentados, século XVII e XIX, o objeto de observação fosse apenas o corpo excessivamente gordo (VIGARELLO, 2012), há percepção e olhares que já tendem a essa definição de enfermidade.

À vista disso, lembra-nos Orlandi (2005) que formular é dar corpo ao sentido. Nessa perspectiva,

O gesto de nomear é uma forma de formular, de se interpor na relação indireta, opaca, da representação da linguagem/pensamento/mundo pelo homem. É interpretar. É, por isso, também, dar corpo aos sentidos. (COSTA, 2012, p. 134)

Então, ao denominar, estabelece-se uma referência, uma designação e, desse modo, dá-se existência àquilo que se refere/nomeia. Diante disso, lembramos que “as denominações (palavras, expressões ou locuções)”, conforme destacam Ferrari e Medeiros (2012, p. 84), concentram-se em um “grande bloco de produção de sentidos em relação ao que elas se referem”. O ato de denominar faz com que se instaure um processo de significação que se movimenta em dadas condições de produção e, nesse percurso, o sentido, o significado produzido pela denominação se inscreve em uma formação discursiva.

Inicialmente, observamos que, ao dicionarizar a denominação obesidade, já se vincula a gordura a algo negativo e à doença, mesmo que ainda não fosse oficialmente considerada como tal. Obesidade vai externar, ao menos nos dicionários, essa referência de que a gordura corporal em excesso é uma patologia. O sentido de doença, portanto, vai ser atrelado a essa condição física, como se o vínculo - obesidade-doença - estabelecesse uma relação de sempre já-lá entre a gordura corporal e a enfermidade.

Contudo, o funcionamento das denominações instaura um processo de significação e, nesse processo, apaga-se um ou outro sentido; podemos dizer, dessa forma, que o efeito de sentido produzido nessa relação, apaga, por exemplo, a relação estabelecida entre obesidade e saúde, ou seja, um sentido possível já enunciado antes e em outro lugar é ressignificado, apagam-se sentidos como - obesidade-saúde - antes tidos como evidentes.

Então, ainda sobre o ato de denominar, citamos Mariani:

Denominar não é apenas um aspecto do caráter de designação das línguas. **Denominar é significar**, ou melhor, representa uma vertente do processo social de produção de sentidos. **O processo de denominação não está na ordem da língua ou das coisas, mas organiza-se na ordem do discurso, o qual, relembrando mais uma vez, consiste na relação entre o linguístico e o histórico-social, ou entre linguagem e exterioridade.** (MARIANI, 1996, p. 138, negritos meus).

Em seu funcionamento, as denominações relacionam a linguagem e memória, formulando e reorganizando os sentidos. A obesidade, dessa forma, está inserida em um percurso de manutenção de uma memória constitutiva do imaginário social sobre o corpo e, no discurso médico, as denominações relacionadas à gordura nos conduzem à seleção dos sujeitos, classificando-os entre sãos e doentes. Isso nos aponta para um sentido que vai da palavra à condição e vice-versa, reincidindo, ainda, sobre a constituição do sujeito.

Na trilha do discurso médico e o que se encontra nos dicionários, o corpo gordo assume, então, entre outros efeitos de sentidos, o de doente. Em consideração a isso, vale lembrar que os sentidos possíveis das palavras, expressões e enunciados não sinalizam questões individuais e sim as determinações históricas de sua constituição no que diz respeito às relações de forças sociais (MARIANI, 1996). Dessa forma, em conformidade com Pêcheux (2014, p. 146), o sentido de uma palavra, expressão, como é o caso de obesidade, não existe em 'si mesmo', em sua relação transparente com o sentido literal do significante, "mas, ao contrário, é determinado pelas posições ideológicas que estão em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, expressões e proposições são produzidas, isto é, reproduzidas".

Dito de outro modo, as condições de produção do discurso em que elas são/estão inseridas fazem com que mudem de sentido de acordo com "as posições sustentadas por aqueles que a empregam" (PÊCHEUX, 2014, p. 147). Portanto, é assim que determinado termo ganha sentido, de acordo com quem o emprega, considerando sempre que esse 'quem' está situado em um determinado tempo e espaço, ou seja, faz parte de uma conjuntura sócio-histórica.

Assim, considerando as relações de hierarquização sociais, profissionais que se apropriaram do conhecimento científico, tornando-se possuidores desse determinado conhecimento, pela posição e apropriação do cientista feita, o discurso médico autoriza um saber legítimo e, por assim ser, o seu discurso tem autoridade, é

um discurso tomado como verdade<sup>25</sup>. Então, obesidade, ao ser tomada como uma condição médica, caracteriza um “ponto de estabilização de processos” resultante da relação de força entre formações discursivas em dada conjuntura (MARIANI, 1996, p. 138).

O ato de nomear (qualquer) doença sempre existiu. A gordura corporal, por exemplo, já recebeu diversas designações, além de obesidade, como: gordo, corpulência, polipionia, polisarquia, pimelose, nediez e adipose etc. (SANTOLIN, 2012)<sup>26</sup>. Alguns desses termos quase não foram utilizados, perdendo-se rapidamente, como nediez e pimelose e outros que, mesmo que tenham circulado, foram abandonados após um período, como “corpulência, polipionia e polisaquia [...]. Há, ainda, aquele cujo uso é tolerado somente em determinados contextos como a palavra gordo” (SANTOLIN, 2012, p. 20). Então, em relação à gordura corporal, as denominações permitem delinear as disputas e alianças históricas na produção de sentidos.

Observamos diferentes palavras para designar (significar um nome) uma condição física, porém, cada uma delas apresenta característica conceitual comum, como: a relação do excesso/exagero (de comida), do excessivo (no tamanho do corpo, abdômen, no peso e gordura corporal), da falta de cuidado com a saúde e com o corpo. Toda vez que se refere ao sujeito como obeso ou como portador de obesidade está se estabelecendo uma classificação para o seu corpo, o qual não comporta uma característica do que é normal/ideal.

Nesse percurso, é importante destacar que para a gordura ser oficializada como doença se faz necessário mais que incorporá-la ao dicionário. Como objeto da ciência biomédica, o corpo e os fenômenos que o afetam precisam ser desvendados e compreendidos. Logo, o discurso que problematiza o excesso de peso como uma patologia até o século XIX (POULAIN, 2013) ainda não possuía o suporte teórico/científico/tecnológico como se tem atualmente, como os instrumentos, a

---

<sup>25</sup> Adaptado de Orlandi (1987, p. 21), quando a autora fala da posição professor-cientista e da apropriação por ele feita, do cientista, “a voz do saber fala no professor”, conforme já discutido no capítulo anterior.

<sup>26</sup> O estudo de Santolin (2012, p. 18) é realizado para elaboração de sua dissertação de Mestrado em Educação Física. Os materiais consultados, por dificuldade de acesso, são decorrentes de fontes disponíveis no *Google* e *Google* livros, com foco em obras de historiadores da obesidade. O autor, objetivando compreender os conceitos relativos ao excesso de peso, realiza uma pesquisa a partir de fontes históricas e suas proposições sobre o tema, em que afirma dar prioridade ao discurso médico, visto que se trata de olhar para uma condição patológica.

epidemiologia nutricional, a estatística populacional. Os discursos, embora já tencionando a uma norma, eram construídos e sustentados não só por constatação e comparações visuais, mas também por princípios morais, sociais ou mesmo estéticos, políticos e religiosos etc., que regiam a época (SANTOLIN, 2012).

De acordo com Foucault (1998), aquilo que se apresentava ao 'olhar médico' restringia-se a uma experiência limitada e reduzida, experiência em que há um desconhecimento sobre o corpo e que não se proporciona um aprofundamento. Nesse sentido, até o Renascimento, Seixas e Birman destacam que (2012, p. 15), "a medicina esbarrava em certas limitações, em termos tanto diagnósticos quanto técnicos. O diagnóstico baseava-se muitas vezes nas descrições hipocráticas e galênicas dos temperamentos e humores" para assim poder definir o tratamento. Para os autores, a influência religiosa, que predominava desde a Idade Clássica, também afetava a construção do conhecimento e, dessa forma, a prática médica se sustentava em conhecimentos inconsistentes forjados a partir de uma visão mística do mundo e do corpo.

As mudanças ocorridas na área médica possibilitaram, portanto, a produção e reverberação dos conhecimentos sobre o corpo e, conseqüentemente, sobre a gordura. Dessa forma, cada vez mais o sentido patológico foi sendo vinculado e naturalizado a essa condição física e, por esse motivo, o corpo gordo foi(é) tomado com convicção como um corpo doente tanto científica como socialmente. Isso se dá, pois, a forma de conceber a doença (qualquer doença) se transforma no decorrer dos tempos, já que o 'olhar médico' vai se tornando mais apurado conforme avançam também as descobertas sobre o corpo. Como já adiantamos anteriormente, tanto a dissecação quanto a anatomia colaboram para que a medicina possa conhecer a composição do corpo.

Nessa perspectiva, Seixas e Birman (2012, p. 15) lembram que foi a partir do desenvolvimento da anatomia patológica e da junção desses conhecimentos ao campo da clínica (anatomoclínica) "que a doença passou a figurar como uma alteração do equilíbrio natural que se traduzia como saúde". Com a dessacralização do corpo, conforme os autores, ele passa a ser mais acessível ao conhecimento, pois o ato de conhecer se desloca do campo religioso e passa a ocupar o da razão. Assim, à medida que se difundia o conhecimento fisiológico do corpo, a necessidade de localizar a 'sede' das doenças também aumentava.

Pensar na doença é algo que passa a fazer parte do cotidiano da ciência médica. Para Foucault (1998, p. 101), o olhar médico se volta para a questão da doença e “não é mais o olhar de qualquer observador, mas de um médico apoiado e justificado por uma instituição, médico que tem poder de decisão e intervenção”, afirma. Ainda sobre isso, o autor esclarece que

Novos objetos vão se dar ao saber médico, na medida e ao mesmo tempo que o sujeito cognoscente se reorganiza, se modifica e se põe a funcionar de uma forma nova. Não foi, portanto, a concepção da doença que mudou primeiramente, e em seguida a maneira de reconhecê-la; nem tampouco o sistema de sinais foi modificado e em seguida a teoria; mas todo o conjunto e, mais profundamente, a relação da doença com este olhar a que ela se oferece e que, ao mesmo tempo, ela constitui. (FOUCAULT, 1998, p. 101).

Diante disso, surge uma nova forma de conceber a doença, em que o corpo é o que se torna doente. Esses avanços e descobertas dão ao discurso médico autoridade para poder dizer sobre/do excesso de gordura corporal como categoria de doença, um mal a ser vigiado, tratado, eliminado. Posto isso, retomando Pêcheux (2014), quando pensa a ideologia, tem como enfoque as suas determinações sobre a linguagem, propondo-a como lugar e meio de realização das chamadas ideologias dominantes, definidas nas instituições sociais, que aqui tomamos como os AIE de saúde, ao qual o discurso médico está atrelado. Significa pensar que, dependendo do período histórico e social, discursos com efeito de evidência podem vir a ser outros pois, de acordo com Vinhas (2014, p. 115), também dependem da formação ideológica que está “mais forte”, levando em consideração que se trata de um jogo de forças.

Então, observamos que, com o enfraquecimento da instituição Igreja, o discurso médico ascende ao lugar de controle dos sujeitos. Há uma ruptura histórica ao pensarmos nessas condições, haja vista que temos um discurso médico que vai se apropriar do discurso religioso, que compreendia o corpo gordo como pecado e condenava a gula e aquele que converte a gordura excessiva a uma questão de saúde e doença. Com a instituição Igreja enfraquecida, os AIE de saúde são chamados (ou tomam posse diante à oportunidade) a ocupar o lugar e produzir discursos (ainda sem amparo científico), substituindo a Igreja no papel de condenar os desvios e exercer seu poder (SANTOLIN, 2012).

Por essa ótica, podemos afirmar que há uma passagem de um discurso que problematizava a moral, o funcional, o social, a estética e a gula, o desregramento, a lentidão, a incapacidade e a anormalidade para um discurso médico que visa à composição, ao tamanho, massa corporal e à quantidade de gordura. Esse discurso, no funcionamento da época, absorve as condenações sejam elas morais ou estéticas, incorporando-as em uma rede fisiológica e anatômica, em que o resultado será o mesmo ou uma forma intensa de condenação para o corpo. Por conseguinte, esse discurso, em função de ampliar suas práticas de poder, faz uso dessa condição e, a partir do que já circulava em diferentes discursos sobre princípios para o corpo, constitui-se em um lugar de classificação de condições patológicas.

A gordura corporal, ao passo que se torna uma patologia, mostra-se como mais um objeto de que a medicina “precisa” se ocupar. O sujeito ideologicamente interpelado por esse discurso vai tomar a gordura também como problema médico e não só moral ou social. Instaurada na sociedade, a díade - saúde x doença - trava uma perpétua busca por explicar, definir, localizar o que pode afetar o estado de saúde (normalidade) dos sujeitos. Sendo assim, para a ciência médica e para o sujeito, impõe-se uma batalha para manter-se sadio.

Especificamente sobre a área biomédica, verificamos que os conhecimentos adquiridos e alcançados por ela possibilitaram também registros, como a descrição de diversas doenças e, por consequência, a definição de causas de mortes ocasionadas por elas. Então, para que uma doença seja oficializada, há um método próprio. Inicialmente, isso acotecia através dos registros de causas de morte, o que, segundo a OMS (2022b), resultava em uma confusão entre causa de morte e doença, uma vez que, nem toda causa de morte é resultado de alguma causa patológica, como também nem toda doença vai resultar em morte (SANTOLIN, 2021).

As nosografias, como é definido o ato de nomear cada ‘entidade mórbida’, “sempre existiram em todas as sociedades, mesmo nas mais primitivas, as quais apresentaram teorias sobre a origem natural e sobrenatural da doença e o nome dado a uma doença quase sempre tentava traduzir isso”, afirma Laurenti (1991, p. 408). A primeira lista, conforme destaca o autor, foi elaborada pelo inglês Jonh Graunt, publicada em 1662. Esse é o primeiro estudo estatístico de doenças registrado, em que Graunt analisa a mortalidade em Londres ao observar os dados registrados em paróquias.

Laurenti (1991, p. 408) explica que isso aconteceu “segundo algumas variáveis, como sexo, idade, procedência e - o grande feito! - causa. Graunt listou 83 causas de morte”, sendo que esses registros incluíam algumas especificações etiológicas, sintomas ou patogenias. Ressaltamos que a lista de Graunt é uma das primeiras a ser citada quando o assunto é classificação de doenças, mesmo que seja considerada uma primeira tentativa ou proposta, pois, ainda não se tratava de uma classificação e sim de uma listagem de doenças ou sintomas sem que se fizesse um agrupamento, o que é necessário para realizar a classificação.

Depois da lista de Graunt, entre o período que vai do século XVII ao século XIX, surgem vários tipos de tabelas elaboradas a fim de listar doenças, principalmente, considerando as que levavam à morte, desconsiderando-se outras não letais. Com isso, observamos que o avanço do conhecimento médico sobre as numerosas doenças que acometem o homem vai crescendo e, com isso, crescem também o número de classificações. No entanto, elas eram apenas exercício médico, em forma de trabalhos acadêmicos, mas que aparentemente não tinham aplicação e, se tinham, era pouca ou limitada (LOURENTI, 2012).

Nesse cenário, o discurso médico teve seu exercício de controle disperso, pois não havia uma classificação de uso internacional, o que limitava o estudo de comparação internacional sobre a frequência de doenças que resultavam em morte. Esse interesse fez com que várias tentativas fossem feitas durante o século XIX, mas tiveram pouca aceitação. Então,

Em 1893 surgiu uma classificação que, com suas sucessivas revisões, passou a ser usada internacionalmente como classificação de causas de morte e na metade do século XX passou a ser uma classificação internacional de doenças, mesmo que não fossem causas de morte. (LOURENTI, 1991, p. 410).

A Lista Internacional de Causas da Morte (LICM) ou Classificação de Bertillon (nome que recebia até 1948) foi adotada por vários países e passou a ser revisada a partir de 1900. Ao registrar a sexta revisão, em 1948, passa-se da edição anterior a esta, de 487 para mais de 4.500 causas de morte listadas (SANTOLIN, 2021). A agora Classificação Internacional de Doenças<sup>27</sup> (CID) é responsabilidade da Organização Mundial da Saúde e foi posta em uso em 1950. Conforme já destacado, inclusive, na

---

<sup>27</sup> Originalmente é intitulada “*International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*” - Classificação Internacional de Doenças, Lesões e causas de morte (WHO, 2018).

SD 3, “Estabelecer e rever, conforme for necessário, a nomenclatura internacional das doenças, das causas de morte” (OMS, 1946) é uma das funções dessa nova instituição.

Observamos que a OMS, ao assumir o papel de “estabelecer” e “rever” a nomenclatura das doenças e causas de morte, enquanto um AIE de saúde, configura-se como a autoridade que vai orientar, a partir das suas publicações, tomadas como oficiais, a prática médica e ações de outras organizações como o MS, no Brasil. Na sequência discursiva (SD3) analisada, a função desse aparelho ideológico pode, então, ser relacionada à expansão dos números de doenças existentes. Podemos, desse modo, perceber que da primeira tabela, com a listagem de 191 condições, houve um salto considerável até a última edição, posta em vigor em janeiro de 2022, a CID-11, que, de acordo com OPAS (2022), conta com mais de 120 mil termos codificáveis, rol que é composto também pela obesidade. Santolin (2021) aponta também que da LICM-5, a primeira CID de 1948, à LICM-6, que a OMS assina, de 487 chega-se a 4.500 tipos de doença.

Ainda, enfatizamos como a OMS toma cuidado em separar nomenclatura de doença e de causa de mortes - “a nomenclatura internacional das doenças, das causas de morte” -, o que não se fazia nas tabelas antecedentes e, por isso, não correspondiam, especificamente a um sistema nosográfico, mas em registros de causas de mortalidade apenas (OMS, 2022b). Ao centralizar a CID aos cuidados da OMS, como demonstrado na SD3, o instrumento que servia apenas à estatística de doenças letais passa a incluir doenças não mortais<sup>28</sup>.

Assim, mesmo que a gordura corporal como uma condição patológica não fosse novidade que nos remete a tempos longínquos (SANTOLIN, 2012; 2021), a oficialização é muito mais recente e nos reporta ao período entre o século XVIII e XIX (VIGARELLO, 2012; POULAIN, 2013). Além do mais, de acordo com Poulain (2013, p. 157), o *status* de doença é resultado de a obesidade ser objeto de uma “argumentação sanitária cada vez mais avançada, de uma lenta, porém contínua,

---

<sup>28</sup> Nesse aspecto, Santolin (2021, p. 169) lembra que, mesmo ocorrendo a significativa modificação na CID ao se tornar posse da OMS, na CID-6, a primeira revisão sob sua orientação. “Uma grande parte das condições trazidas pela CID-6 é, na verdade, uma causa de morte e não poderia ser, de forma alguma, patologizada. Por exemplo, uma ampla gama de acidentes, presentes nas LICMs, continua na lista, sugerindo que tais traumas seriam doenças”.

medicalização<sup>29</sup>". Então, há um salto entre o período que considerava a obesidade um problema moral e estético ao que a tornou doença (e causa de doenças).

Para Corand (1992), a medicalização da obesidade<sup>30</sup> ocorreu com o auxílio de médicos, mesmo que muitos não a considerassem/considerem como doença. No entanto, o lugar social que ocupa essa classe lhe confere poder para colocar e/ou manter essa condição corporal em evidência e, assim, acaba ressaltando a necessidade de se estabelecer um controle social sobre ela. Medicalizar seria, observando o posto, buscar por explicações e intervenções médicas a quaisquer sintomas ou fenômenos comportamentais, o que acaba por condensar uma conduta, funcionamento coletivo do sujeito, a problemas individuais e enquadramentos patológicos.

Para concretizar o estatuto de doença, é preciso ser nomeado (a obesidade já é) e ser reconhecido oficialmente como tal. Assim, os AIE de saúde, que englobam o rol científico e biomédico, através de pesquisas, congressos, revistas, conferências, entre outros, corroboram para que obesidade assuma essa posição. Considerando, ainda, os três níveis da medicalização (conceitual, institucional e internacional), a obesidade como doença é tomada por uma instituição, no caso, a OMS e será oficializada como tal. Hoje, dentre os tópicos que estabelecem tal categoria, a transformação do estatuto epidemiológico é um deles, pois, até então, a gordura era considerada apenas fator de risco. O objetivo de "certos 'militantes'" em transformá-la em doença, conforme Poulain (2013, p. 172), é alcançado em 1990, quando "ela foi integrada na nosografia 'oficial' da *International Classifications of Diseases* (ICD)<sup>31</sup>".

Essa informação, ao que parece, converge com a de Santolin (2021) que, ao revisar as listagens da CID desde 1900, afirma que, na CID-6, a obesidade aparece como uma condição patologizada. Na lista em questão, no item 287, figura a

---

<sup>29</sup> A medicalização é um processo pelo qual determinado problema de saúde 'não médico' ou de responsabilidade médica são definidos e tratados como médicos, na condição de doença ou disfunção, lembra Poulain (2013) ao citar Conrad (1992). Para que a obesidade faça a transição - problema moral para uma doença -, foi necessário, então, passar pelo processo de medicalização. Este processo ocorre a partir de três níveis: I) conceitual, ao se adotar a linguagem médica para abordar dado problema, em que a participação do profissional não é necessária; II) institucional, quando uma instituição especializada (em nosso caso, os AIE de saúde), assume o que agora é problema médico e lhe dá legitimidade como doença; III) interacional, quando firma a relação médico-paciente, a partir do diagnóstico e tratamento.

<sup>30</sup> Não apenas a obesidade, mas com a medicalização, outras condições/problemas passaram a ser tomados como doenças, por exemplo, dependência de álcool e química, menopausa, anorexia, infertilidade, etc. (FIGUEIREDO; VELHOS, 2012).

<sup>31</sup> Em português: Classificação Internacional de Doenças (CID).

“obesidade, não especificada como de origem endócrina”<sup>32</sup> (OMS, 1948), não constando mais em nenhum subgrupo. Dessa forma, “não é possível deduzir se a condição foi posta na lista enquanto uma doença ou, simplesmente, enquanto um sintoma de uma disfunção, doença ou patologia endócrina. Há, entretanto, uma espécie de asserção etiológica no item”, destaca Santolin (2021, p. 169), sugerindo que a obesidade pode ser causa para disfunções endócrinas.

Nesse contexto, vale retomar que essa é a primeira revisão da CID em que a OMS está à frente, apresentando um significativo aumento das condições listadas (de 487 a mais de 4.500). Importa retomar, ainda, que é nesse mesmo período que essa instituição define o conceito de saúde, conforme apresentamos na SD 1, “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Tal conceito implica diretamente na definição de doença, fato significativo para o aumento da lista, como também para a inclusão da obesidade nela.

Embasados, provavelmente nesta concepção de saúde, os responsáveis pela sexta revisão da Classificação, sem o amparo de evidências clínicas (SANTOLIN, 2021), reiteram que a obesidade ainda era uma questão médica problemática nessa época (POULAIN, 2013). Isso porque havia diferentes paradigmas para sua causa e não havia um parâmetro técnico para definir um sujeito como obeso (OLIVER, 2005). Assim, a obesidade foi acrescentada à lista, mas de forma vaga, já que não temos como apreender o seu significado observando apenas a CID e talvez aí resida a aparente divergência entre Santolin (2021) e Poulain (2013).

A obesidade ainda se apresentava apenas como um risco à saúde e necessitava passar pelo processo de medicalização para assumir seu lugar como problema médico e, para receber sua rotulagem médica, então, faltava o suporte linguístico e/ou conceitual para melhor esclarecer essa condição, suas causas e no que ela pode resultar.

Na próxima lista, essa classificação não sofre alteração e, na oitava revisão, o número é alterado de 287 para 277 apenas. Na revisão 9, feita em 1975, a obesidade na classificação 278 foi definida como “Obesidade e outras formas de hiperalimentação” (OMS, 1980, p. 166), constando como um subgrupo das “doenças glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo, transtornos imunitários”, especificamente, localizada entre “outros transtornos metabólicos e transtornos

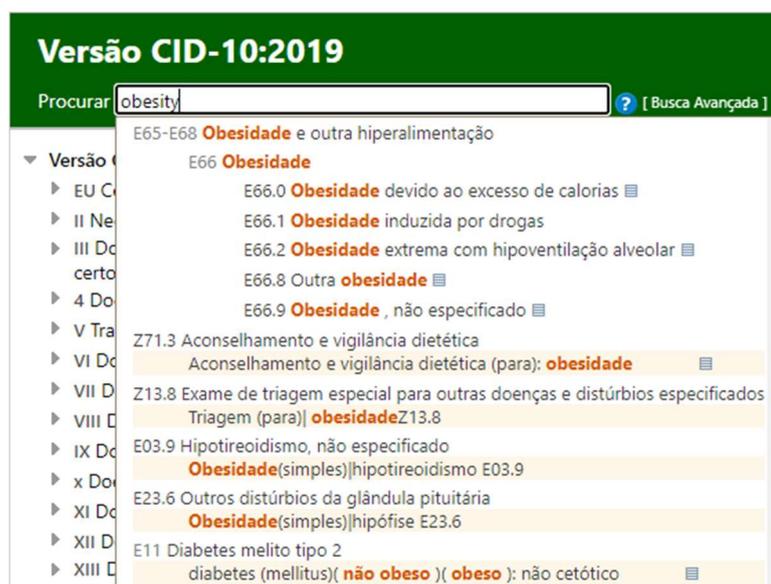
---

<sup>32</sup> “*obesity, not specified as of endocrine origin*”.

imunitários”. É listada, na sequência, em 278.0 apenas como “obesidade”, e em 278.1 “adiposidade localizada”, outra condição que se relaciona com a doença em questão; além disso, nesse subgrupo, relacionado ao termo, havia hipervitaminoses, que também está relacionada à hiperalimentação. Observamos, perante o exposto, que o sentido de obesidade vai transitar de causa para problemas relacionados ao sistema endócrino, a problemas relacionados ao metabolismo, à hiperalimentação e à nutrição.

Na CID-10, que tem a primeira versão publicada em 1990 e vigente até 2021, aumentam as condições respectivas à obesidade e estão agrupadas na categoria - obesidade e outras hiperalimentação - de E65 a E68 temos: obesidade; obesidade por excesso de calorias; obesidade induzida por drogas; obesidade extrema com hipoventilação alveolar; outra obesidade; obesidade não especificada. Conforme Figura 2:

**Figura 2 - Classificação da obesidade na CID-10**



Fonte: OMS (2019).

Na última revisão de 2018, vigente a partir de 2022, as condições listadas para obesidade aumentaram ainda mais, como demonstrado na Figura 3:

Figura 3 - Classificação da obesidade CID-11

Fonte: OMS (2022c).

Eis uma base para o discurso médico. No seu interior, observamos que a classificação da obesidade enquanto doença transita em meio a inconsistências em que, ora “nomeia-se uma condição considerada uma doença”, ora consta como aspectos que dizem respeito à etiologia - causa -, sintoma associado, entre outros (SANTOLIN, 2021). No entanto, há o *status* de doença oficial, considerada crônica e complexa, que é caracterizada pelo excesso de gordura/adiposidade corporal. Nas listas, ainda, é possível notar a presença de definições técnicas complexas, pois são publicações para um público específico. Dessa forma, a informação é transmitida pelo viés da ideologia dominante, lembrando que, o AIE de saúde configura-se como lugar oportuno para isso, pois a oficialização e a definição da doença se dão aparadas por esses aparelhos ideológicos. Em outras palavras, o discurso médico sobre a obesidade serve como veículo para transmitir/assegurar a ideologia dominante.

### 2.3 MEMÓRIA E ACONTECIMENTO DISCURSIVO A PARTIR DOS DESDOBRAMENTOS DO IMC

Os dizeres/saberes sobre o corpo gordo são compreendidos a partir de sua natureza sócio-histórico-ideológica. Para apreender o imaginário social sobre o corpo gordo é de vital importância percorrer o histórico social e ideológico que sustenta esse imaginário, uma vez que os sentidos que hoje nos chegam sobre o corpo remetem a

um histórico que teve base a interpretação das descrições científico/médico sobre a composição e técnicas para compreensão corporal. Essas descrições permitiram múltiplas interpretações sobre, principalmente, a forma que o corpo precisa ter/ser para ser saudável e/ou doente.

Com base no exposto até o momento, na sequência, pretendemos analisar se o IMC é um acontecimento discursivo.

### 2.3.1 Um gesto de análise

Os discursos sobre o corpo gordo funcionam como efeito de uma memória que atravessa o tempo e que antecede a regularização dos números. Passamos, conseqüentemente, de um período que considerava o corpo gordo apenas um problema moral e estético para outro em que a gordura, além disso, é uma doença e/ou causa de outras doenças. De acordo com o que abordamos no tópico anterior, isso é reflexo de um discurso médico cada vez mais formalizado e de uma medicalização que, apesar de lenta, está presente e eleva a gordura corporal ao *status* de doença, de modo que, em nosso cenário atual, tal comorbidade configura-se como uma epidemia mundial.

Observamos que esses discursos, aos poucos, constituem, deslocam e ressignificam os sentidos para o corpo, inscrevendo-se na ordem da repetibilidade. A respeito disso, citamos a explicação de Courtine e Marandin (2016, p. 45): “Os discursos se repetem: ‘sincronicamente’ no fio de seu desenrolar e ‘diacronicamente’ no fio do tempo: os mesmos temas, as mesmas formulações, as mesmas figuras retornam, reaparecem”. Com base nisso, acreditamos que o discurso sobre o corpo gordo não se fecha somente nos retalhos e testemunhos da atualidade, já que, pelo jogo da historicidade, ele é constantemente ressignificado e/ou preservado. Nesse vai e vem, temos significantes que repetem, retomam dizeres e sentidos sobre o corpo e beleza, corpo e saúde, corpo e doença, corpo ideal. Recuperar a memória desses dizeres é trabalho do fio discursivo de sentidos, consolidados e difundidos pela história. Assim,

O fato de que há um já-dito que sustenta a possibilidade mesma de todo dizer, é fundamental para se compreender o funcionamento do

discurso, a sua relação com o sujeito e com a ideologia. A observação do interdiscurso nos permite, no exemplo, remeter o dizer [...] a toda uma filiação de dizeres, a uma memória, e a identificá-la em sua historicidade, em sua significância, mostrando seus compromissos políticos e ideológicos. (ORLANDI, 2015, p. 30).

Podemos afirmar, então, que há uma relação entre o já-dito e o que se está dizendo, entre a instituição do sentido e sua reformulação, que é a relação existente entre o interdiscurso e o intradiscurso (ORLANDI, 2015). Nesse ponto, retomamos Indursky (2003, p. 102), para quem a noção de estrutura se liga à de repetibilidade, ressaltando que “um discurso não existe de forma isolada”, pois estabelece ligação com outros discursos, “no interior de domínio do saber, as *formações discursivas* (FD)”. Conforme já afirmamos, a FD é o que vai ou não autorizar certos discursos. Sendo o sujeito clivado entre ideologia e inconsciente, o seu discurso, por consequência, será afetado por essa constituição, inscrevendo-se em uma dada FD, “de onde não só retira os elementos de saber que se organizam no interior do seu discurso, como também e, sobretudo, ele se significa ao significar ou re-significar seu dizer” (INDURSKY, 2003, p. 102).

A partir dessa reflexão, adentramos em duas noções caras para a Análise do Discurso: repetibilidade e estrutura, considerando enquanto objeto de reflexão, o discurso. Para a teoria, esses dois conceitos não existem isolados um do outro, formando uma rede de relações, tanto teórica quanto analítica. Como já observamos anteriormente, há saberes que antecedem o discurso do sujeito, “mais especificamente: a existência destes saberes é vertical e sua sede é a formação discursiva e, antes dela, o interdiscurso” (INDURSKY, 2003, p. 102).

A noção de repetibilidade, portanto, permite-nos considerar que os saberes do discurso do sujeito são preexistentes. Tendo em vista que o sujeito, por ser afetado pelo esquecimento (PÊCHEUX; FUCHS, 1997, p.169), ao formular seu discurso, tem ilusão “de estar na fonte do sentido”, ou seja, ele acredita que é fonte do seu dizer. Dessa forma, ele esquece que os discursos já foram formulados por outros sujeitos em outros lugares, isto é, esquece que, ao retomar esses dizeres, ele o faz sem ter consciência. Em suma, Indursky esclarece que

[...] desta forma, encontramos uma característica essencial da noção de *memória* tal como evocada pela AD: o sujeito, ao produzir seu discurso, o realiza sob o regime da repetibilidade, mas o faz afetado

pelo esquecimento, na crença de ser a origem daquele saber. (INDURSKY, 2011, p. 70, itálico da autora).

Isso faz com que o discurso se inscreva na ordem da repetibilidade, noção que está correlacionada à de estrutura. Nesse sentido, Indursky (2003, p. 103) afirma que “a repetibilidade mobiliza estas duas formas de estrutura: sua dimensão vertical e sua dimensão horizontal”. Nessa perspectiva, a autora, ao retomar Courtine (2014), lembra que, ao pensarmos os enunciados e os saberes representados neles, compreendemos que eles existem em uma estrutura, que podem ser apreendidas na dimensão vertical e horizontal (INDURSKY, 2003; COURTINE, 2014).

A capacidade de repetição dos enunciados, para Indursky (2003), será elucidada pela noção de estrutura. Dessa forma, a estrutura vertical corresponde a “formulações determináveis noutras sequências discursivas” (COURTINE, 2014, p. 90), ou seja, os saberes anteriores ao discurso do sujeito encontram-se no interior dessa estrutura. Nesse sentido, o sujeito, ao inscrever seu discurso na ordem da repetibilidade, cria um duplo movimento:

Inicialmente retira seu discurso de uma rede de formulações pré-existentes (COURTINE, 1981) e, ato contínuo, re-inscreve seu discurso nesta mesma rede de formulações. Ou seja: os saberes originam-se na rede de formulações e a ela retornam, instituindo uma espécie de moto perpétuo ou, se preferirmos, um ciclo de repetibilidade. (INDURSKY, 2003, p. 103).

Já, por outro lado, há a estrutura horizontal que corresponde ao intradiscurso, em que é localizada a formulação do sujeito, a forma que o enunciado toma em seu discurso. Sobre isso, Indursky (2003, p. 103) salienta que o enunciado remete à “existência vertical da estrutura e a formulação para sua existência horizontal”. Sendo assim, a existência anterior do enunciado corresponde à estrutura vertical e a formulação, por sua vez, é uma atualização deste enunciado. Portanto, é no cruzamento entre a estrutura vertical e a horizontal que se formula o discurso. Assim, para a autora supracitada, a formulação do discurso do sujeito se produz no ponto em que se encontra o interdiscurso com o intradiscurso, sendo ainda, momento que dá lugar para a repetição. A autora assevera:

Poderia ainda, lembrando Pêcheux (1990, p. 17), afirmar que este cruzamento é ‘ponto de encontro de uma *memória* com uma *atualidade*’. Redizendo isto: este ponto de encontro é onde o

enunciado, proveniente na estrutura interdiscursiva, pelo viés da repetição, é inscrito na estrutura do discurso do sujeito, no intradiscurso. E nesse ponto de encontro de uma memória (o interdiscurso) com uma atualidade (o intradiscurso) instaura-se o *efeito de memória*: os sentidos são rememorados, atualizados, resignificados. (INDURSKY, 2003, p. 103, aspas, parênteses e itálico a autora).

Ainda com base em Indursky (2003), tudo o que apresentamos até aqui refere-se à memória que, para Análise do Discurso, conforme Pêcheux (2020, p. 46), não deve ser entendida como “memória individual”, mas, sim, como uma memória social. A partir dessa trama, temos um “efeito de memória, que é fortemente lacunar, possibilitando que os sentidos se desloquem, derivem, se transformem, se resignifiquem” (INDURSKY, 2003, p. 104).

Frente ao exposto, abordamos o conceito de acontecimento discursivo que, em conformidade com Zoppi-Fontana (2020), não pode ser pensado dissociado do conceito de memória discursiva. Segundo a autora:

O acontecimento discursivo nos permite pensar a relação da ruptura, da emergência, da interrupção com aquilo que é da ordem da reformulação, da repetição, da paráfrase, que seria a memória discursiva. Então, um primeiro aspecto importante em relação ao conceito, é que não se pode pensar o acontecimento discursivo sem pensar o conceito de memória discursiva. Por quê? Porque o acontecimento discursivo ele vem deslocar, ele vem transformar, ele vem mexer na rede de filiações históricas que afetam os processos de constituição do sentido e do sujeito. (ZOPPI-FONTANA, 2019<sup>33</sup>).

Isso indica, então, que o IMC faz trabalhar a memória. O discurso resultante dos números e categorias do Índice inscreve-se em uma vasta teia de formulações que precede a sua própria universalidade. Essa trama de formulações, por sua vez, está inscrita em uma memória que é social, de longa duração, como pudemos acompanhar até agora, que reúne enunciados sobre a paisagem, sobre a mensuração do corpo e sobre sua patologização.

Ainda, é essa memória social que, antes mesmo dos discursos da obesidade a definirem com um número, uma categoria tabelada, podemos reconhecer que ela já é atravessada por enunciados de um discurso-outro, que podemos tomar como ‘efeito de origem’ - nos termos de Indursky (2003) - Especificamente sobre isso,

---

<sup>33</sup> Transcrição de produção audiovisual, sem registro de página.

consideramos que esse efeito de origem refere-se tanto pelo fato da gordura corporal ser categorizada como doença, quanto pela dicionarização da palavra obesidade - “termo da medicina. Estado de uma pessoa carregada demais por [...] gordura” (VIGARELLO, 2012, p. 324), como já mencionado. Subsequente a isso, os fatos que decorrem no e a partir do século XVIII compactuam para uma naturalização de sentidos para o corpo gordo como doente, exteriorizando o trabalho da ideologia em promover a sedimentação de um dizer, para que essa naturalização de sentido tornasse mais legítima, como se fosse a única possível.

Podemos, pois, tomar isso como um efeito de memória que perpassa o tempo, revelando o cuidado, medo, repúdio e estigma de/em ganhar peso que grande parcela da população tem, apontando para o enlace de formulações que foram/são marcadas por cerceamento sobre a gordura corporal, pois, “um texto dado trabalha através de sua circulação social, o que supõe que sua estruturação é uma questão social, e que ela se diferencia seguindo uma diferenciação da memória e uma diferenciação das produções de sentido” (ACHARD, 2020, p. 21).

Foucault (1979) lembra que o século XVIII foi marcado pelo surgimento da saúde e do bem-estar físico com um objetivo do poder político. Com relação a esse fato, o autor atribui a medicalização da sociedade aos processos relacionados ao aumento do domínio do poder e do saber médico, que ocorrem a partir do referido recorte histórico. A medicina adquire e/ou conquista, portanto, um influente papel no controle dos corpos, aconselhando e definindo regras gerais para o comportamento, moral e higiene, tendo foco no corpo do trabalhador que é tomado como corpo social. Nesse sentido, o corpo deixa de ser apenas empírico para também ser político. Desse modo, cabe ao médico o poder de controlar e regulá-lo através de normas de saúde fundamentadas em princípios científicos de saber.

Nesse processo, designado por Foucault (1999) de ‘biopolítica’, está em pauta o homem, por meio do controle da taxa de reprodução, fecundidade, natalidade, mortalidade, prevenção de doenças, surgindo assim as medições estatísticas desses fenômenos em nível global. Nas palavras do autor,

Não se trata, por conseguinte, em absoluto, de considerar o indivíduo no nível do detalhe, mas, pelo contrário, mediante mecanismos globais, de agir de tal maneira que se obtenham estados globais de equilíbrio, de regularidade; em resumo, de levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles

não uma disciplina, mas uma regulamentação. (FOUCAULT, 1999, p. 294).

O objeto de regulamentação, sem dúvidas, é o homem. Dessa forma, o discurso médico amplia sua atuação e poder por meio do que Foucault chama de 'biopoder', construindo um espaço privilegiado para a promoção de um sujeito sadio.

Em vista disso, podemos afirmar que a saúde se torna um meio eficaz de controle e exercício de poder sobre os indivíduos. Nesse aspecto, ela ainda ganha lugar no corpo social, em que, ao citar Foucault (1979), Coelho (2020, p. 55) considera que os corpos são "tomados no conjunto da sociedade, e a garantia do nível de saúde passam a se dar por meio de mecanismos, regulamentos e instituições diversos que incidem sobre esse corpo social". Isso se dá, de acordo com Foucault (1979, p. 198), não apenas pela "preservação, manutenção e conservação da 'força de trabalho'", mas, principalmente, dos efeitos do processo econômico-político de acumulação, em que se vê um importante aumento demográfico, sendo necessário integrar esses aspectos ao desenvolvimento com:

A urgência de controlá-lo por mecanismos de poder mais adequados e mais rigorosos fazem aparecer a 'população' – com suas variáveis de números, de repartição espacial ou cronológica, de longevidade e de saúde – não somente como problema teórico, mas como objeto de vigilância, análise, intervenção operações transformadoras, etc. (FOUCAULT, 1979, p. 198).

Os corpos se tornam objeto de investimento e não apenas de controle, haja vista que se pensa em sua maior utilidade. Então, há, no final do século XVIII, a constatação de que as condições de saúde e adoecimento merecem atenção política e pública. Desse modo, concebe-se a necessidade de obtenção de dados mais específicos sobre a população e suas características. No entanto, os meios utilizados ainda eram imprecisos e vagos, de modo que, aos poucos, surge o interesse por entender os fenômenos relacionados à saúde e às doenças através de números (COELHO, 2020).

Nesta perspectiva, podemos considerar que, no interior da construção do discurso médico, determinado sujeito ou grupo de sujeitos passa a ser portador de uma patologia. Na díade saúde x doença, a ideologia de saúde surge como um instrumento e/ou prática específica que transforma o modo de ser sujeito,

qualificando-o, modificando-o no intuito de adquirir a saúde. O exercício médico, para exercer sua posição de poder dizer sobre determinada condição considerada patológica, primeiramente, precisa elevá-la à posição de doença. Para Canguilhem (2009), para estabelecer-se a norma, há essa necessidade de desqualificar uma condição para que se institua sua adequação ou correção. Portanto, é assim que o poder/autoridade do discurso médico é produzido.

A rede de filiação de sentidos se constitui sob um regime de repetibilidade, de adequação do corpo gordo, de saúde e doença, no interior da prática discursiva do discurso científico/médico, o que vai historicizando os mesmos sentidos. O já-lá do sentido que está inscrito na ideologia dominante acerca da saúde corporal, posta em um lugar outro, não se fecha apenas no dizer da atualidade. O sentido foi permanentemente ressignificado e preservado pela movência da história, pois há sentidos que retornam, repetem e voltam a dizer do/sobre o corpo, qualificando-o como saudável/doente. Nesse movimento, a ideologia trabalha a estabilidade de um sentido oficial, e a memória recupera esse sentido que é também dominante.

Nesse deslizamento de sentidos, ressoa toda a produção do discurso médico que diz sobre/do corpo. É o efeito de memória que torna possível compreender que se tenha um momento no qual as questões relacionadas ao corpo, à saúde e à doença, por exemplo, deixam de ser apreendidas apenas pelo visual e pela imprecisão de um saber geral, adentrando à área científica/médica. É nessas condições que surgem os estudos de Quételet.

A história do IMC nos remete ao século XIX, quando o então Índice de Quételet é criado. Adolphe Quételet, a partir de sua fórmula matemática cria um método que permite observar a dinâmica corporal: “Quételet chega a estabelecer quocientes que permitem, uma normalidade e desvios fundados inteiramente no número. Não a normalidade ideal, mas a real”, lembra Vigarello (2012, p. 197), destacando que, nessa época, o que foi estabelecido estatisticamente não pode ser equiparado com os desdobramentos dos números hoje. A respeito disso, observamos que

As estatísticas vitais estão presentes ao longo da obra de Quételet, mas especialmente na primeira metade do século XIX, com estudos realizados a partir dos censos do Reino Unido dos Países Baixos e, posteriormente, da Bélgica. Quételet trabalha com quadros de nascimentos, mortalidades, criminalidade, casamentos, etc., sempre destacando a importância do seu uso pelo Estado, no sentido de formar arquivos que pudessem contribuir para o direcionamento do bem-estar geral da população. Em uma de suas publicações afirma a

importância do Estado para a garantia do crescimento da população, assim como os meios para a sua subsistência, para o que o acompanhamento de nascimentos e mortes seria central. (COELHO, 2020, p. 56).

Como se pode observar, Quételet não leva em consideração sua fórmula para avaliar a composição corporal individual ou a gordura. Nas condições da época, havia o interesse por instrumentos estatísticos, objetivando com que se tornassem universais a fim de estabelecer comparações quanto à frequência de doenças e causas de morte. Conforme lembra Vigarello (2012), a proposição estava relacionada a uma visão técnica de realizações e eficácia, pois o cálculo estatístico proposto visava uma compreensão de fenômenos sociais, reflexo de um padrão que Quételet observava em sua longa jornada de estudo. Além disso, o cálculo a partir do peso e altura, por muito tempo, era apenas conhecido por um pequeno grupo de pesquisadores que acompanhavam seus trabalhos.

Portanto, consideramos que expor essas CPs possibilita observar que o discurso, conforme é cunhado pela Análise do Discurso, não surge do nada, mas remete sempre às formações sociais, ou seja, nas palavras de Orlandi (2015, p. 40), o processo discursivo “assenta-se no modo como as relações sociais se inscrevem na história e são regidas, em uma sociedade como a nossa, por relações de poder”. Assim, “Não é no dizer que em si mesmo que o sentido é” deslocado para nossa pesquisa, de corpo gordo doente, “nem tampouco pelas intenções de quem diz. É preciso referi-lo às suas condições de produção”, pois os sentidos não estão nas palavras, elas ganham sentido ou perdem, dependendo da FD nas quais se inscrevem.

De acordo com Orlandi (2015), as FDs representam, no discurso, as *formações ideológicas* (FI) e, dessa forma, os sentidos serão sempre ideologicamente determinados. Desse modo,

Não há sentido que não o seja. Tudo que dizemos tem, pois, traço ideológico em relação a outros traços ideológicos. E isto não está na essência das palavras, mas na discursividade, isto é, na maneira como, no discurso, a ideologia produz seus efeitos, materializando-se nele. (ORLANDI, 2015, p. 41).

Concebemos, pois, que é a ideologia que determina um e não outro efeito de sentido para o texto. Até aqui observamos como os sentidos sobre a categoria

numerada do corpo vai se constituir, a partir de deslocamentos de diferentes áreas do conhecimento, entrecruzando-se na trama discursiva até o nó final. Em outras palavras, é como se, lá atrás, ao medir a cintura, ao pesar o corpo por mera curiosidade com instrumentos rudimentares fossem os pontos iniciais de uma grande rede de discursos que não se encerram em si e ali; da Estatística, da Biologia e ciências médicas, formando um núcleo que compõe a FD médica, transformando os sentidos. Em síntese: “as palavras com outras palavras. Toda palavra é sempre parte do discurso. E todo discurso se delinea na relação com os outros: dizeres presentes e dizeres que se alojam na memória” (ORLANDI, 2015, p. 41).

Cada uma dessas redes de formulações, separadas no tempo e espaço, tomadas separadamente, uma a uma, em seu espaço e tempo de enunciação (INDURSKY, 2003), remete a diferentes estruturas horizontais, que indicam diferentes modos de dizer sobre a mensuração do corpo, colocando-nos diante de uma dispersão no interdiscurso. Por outro lado, se tomamos estas mesmas redes de formulações, dispersas no espaço e tempo, mas não isoladamente e sim como uma rede interdiscursiva, colocamo-nos diante da estrutura vertical. Isso implica, pois, em observar a relação que se estabelece entre o efeito de memória - o retorno de um já-dito - e o(s) efeito(s) de sentido provocados ao fazer essa retomada.

Atravessando praticamente um século de silêncio, o Índice de Quételet é retomado, ao ser revisado por Keys e alguns colaboradores, em 1972. Os estudiosos revisaram a precisão do método, chegando à conclusão de que ele era recomendável para estudos epidemiológicos. Sobre isso, Coelho explicita que

Em 1972, Keys e colaboradores publicam trabalho sobre a importância e a necessidade de se padronizar um índice relacionado ao peso. Eles comparam diferentes índices aplicados a dados amostrais de homens nos Estados Unidos, na Europa (Finlândia e Itália), no Japão e na África do Sul, reafirmando que o Índice de Massa Corporal seria o mais adequado. (COELHO, 2020, p. 32).

Nesse cenário, Vigarello (2012) lembra que, após o discurso sobre emagrecimento e de luta contra o excesso de peso, presentes de forma marcante nos dados sobre mortalidade, foram organizados pelas seguradoras a partir de 1920, colaborando para que o gordo ou a gordura, aos poucos, se tornasse inimiga estética e uma questão central na vida dos sujeitos. Desse processo, resulta uma banalização quanto à mensuração do corpo e dos tratamentos/medicações relativos à perda de

peso.

Ainda, Coelho (2020, p. 120) assente que Keys se desidentifica com o discurso proveniente principalmente das seguradoras norte-americanas, por trazerem à baila estatísticas que relacionavam o excesso de peso à mortalidade, já que não só estabeleciam uma conexão entre a obesidade e as taxas de mortalidade, como também a vinculavam a doenças cardiovasculares. Para a fisiopatologia, segundo a autora, “todo esse discurso se trata de uma campanha contra o excesso de peso”.

Dessa forma, ao se retomar determinada rede de formulações, além de repetições possíveis implicadas nesta rede, pode haver deslizamentos de sentido, que são responsáveis por fazer uma reorganização da memória. Dito de outro modo, o movimento que direciona ao retorno da memória possibilita a ruptura - reformulação de práticas discursivas -, inaugurando assim uma nova rede de formulações. Isso nos diz que o sentido derivou, vindo a ser outro. Trata-se do *acontecimento discursivo* que vem ‘perturbar a memória’ (PÊCHEUX, 2020), fazendo emergir novos dizeres e, conseqüentemente, novos sentidos.

[...] a memória tende a absorver o acontecimento, como uma série matemática prolonga-se conjecturando o termo seguinte em vista do começo da série, mas o acontecimento discursivo, provocando interrupção, pode desmanchar essa ‘regularização’ e produzir retrospectivamente uma outra série sob a primeira, desmascarar o aparecimento de uma nova série que não estava constituída enquanto tal e que é assim o produto do acontecimento; o acontecimento, no caso, desloca e desregula os implícitos associados ao sistema de regularização anterior. (PÊCHEUX, 2020, p. 49).

Há, quando ocorre um *acontecimento*, um jogo de força. Nessa tensão entre o antes e o agora, a memória tenta unir os sentidos à repetibilidade, enquanto o novo vai romper com a ordem da repetibilidade, instituindo um novo sentido possível ao enunciado. Em vista disso, destacamos que, quando um novo discurso irrompe, ele quebra com a ordem do repetível, mas não apaga a memória (PÊCHEUX, 2020; INDURSKY, 2003). Desse modo, a nova organização se torna responsável também por um novo arranjo da memória social.

Em 1995, a OMS reuniu diversos especialistas que sugeriam o Índice Massa Corporal como método de avaliação para a obesidade. Mais tarde, e sob a influência do *International Obesity Task Force* (IOTF), a Organização modifica as categorias e oficializa o IMC (POULAIN, 2013). Isso se torna possível, pois, conforme consta em

sua constituição, a OMS tem também a seguinte função apresentada na sequência discursiva (9) abaixo, retirada da “Constituição da Organização Mundial da Saúde”:

SD 9 - j) **Promover a cooperação entre os grupos científicos e profissionais que contribuem para o progresso da saúde**; [...]. (OMS, 1946, negritos e destaques meus).

Na SD 9, temos uma junção dos AIE de saúde, sobretudo, para atuarem unidos. Entretanto, mesmo considerando que compartilham da mesma rede de filiação ideológica e saberes vinculados a uma mesma FD, ainda assim podem ocupar posições-sujeito distintas. Isso porque a SD analisada trata da décima função da constituição da OMS: a de “promover a cooperação” entre diferentes cientistas e profissionais para contribuir para o avanço na área da saúde.

Essa função se cumpre quando o comitê de especialistas desse órgão, com “mais cem profissionais”, se reúne, em 1995, para analisar e propor um instrumento universal, a fim de estabelecer a estrutura e “os contextos para o uso e a interpretação atual e futuras da antropometria” (OMS, 1995, p. 3, tradução minha)<sup>34</sup>.

Na SD 9, o apagamento do sujeito tem um efeito de neutralidade sobre as tomadas de decisões dessa instituição, além de recalcar o caráter normativo desse aparelho ideológico, pois não é a voz de um sujeito (o Diretor Geral), mas ecoam várias vozes amparadas no saber científico.

O sentido sugerido por esse coletivo também aponta para uma posição ideológica da OMS que produz um efeito de unidade, em que cada lugar do mundo se fez presente nessa tomada de decisão, pois “envolveu mais de cem especialistas de todo mundo”<sup>35</sup> (OMS, 1995, p. 1, tradução minha). Esse discurso acaba por traçar normas para o corpo dos sujeitos, de uma forma que não fala somente de um ou de outro, mas de todos no mundo. Portanto, é isso que o efeito de unidade produz e recalca outros problemas efetivos, como as incoerências que esse instrumento apresenta, que serão discutidas adiante.

Nesse encadeamento, lembramos que as seguradoras norte-americanas têm uma significativa importância na institucionalização da mensuração do peso e, diante disso, ainda, impulsionaram a problematização da obesidade e do sobrepeso no âmbito da Saúde Pública (FISCHLER, 1995). Essas seguradoras faziam uso de métodos sem muitos critérios e de criação própria, a fim de estabelecer estatísticas

---

<sup>34</sup> “Contexts for present and future uses and interpretation of anthropometry”.

<sup>35</sup> “Involving more than 100 experts worldwide”.

sobre um parâmetro de peso desejável ou ideal, dados que eram produzidos, dessa forma, apenas para interesses próprios, por isso, não legitimados. As coletas de dados serviram como base para que viabilizassem campanhas incitando a perda de peso (COELHO, 2020). Então, essas práticas discursivas vão fazendo circular a rede de formulação que está inscrita em um tempo de longa duração, uma memória, em sentidos já estabilizados.

É possível perceber que as seguradoras tentaram produzir uma necessidade de padronizar um instrumento para mensurar o corpo. A OMS toma para si essa função, visto que é a instituição máxima para tratar de assuntos da saúde mundialmente. Nesse âmbito, o efeito de unidade, como consta na SD9, apaga quaisquer interesses outros que a escolha desse instrumento pode carregar, assim, “para o progresso da saúde”. Com base nisso, pode ser lido aqui, que importa a coletividade, dentre os escolhidos de “todos os lugares do mundo”, temos uma ideologia de igualdade, de concordância com um “todo” representado em “mais de cem” sujeitos, que, em nosso caso, vêm como “progresso” para a saúde ter o objeto gordura definida e numerada. Estabelecer isso não vai apagar os demais sentidos, visto que, pelo regime da repetibilidade, já se tornaram memoráveis.

O relatório da OMS em questão não vai sugerir números apenas para adultos, também pensa no recém-nascido, bebê, crianças, adolescentes, no adulto magro, adultos com 60 anos ou mais velhos, mulheres grávidas e lactantes<sup>36</sup>. Ao tratar do adulto com excesso de peso, a OMS (1995) descreve que, quando há um aumento da ingestão energética maior do que o gasto de energia, esse excesso é armazenado em forma de gordura no tecido adiposo. Por esse motivo, a Organização enfatiza que esse armazenamento é importante quando há necessidade de sobreviver à escassez de alimentos, mas ressalta que o excesso de peso e a obesidade predominante em nossas condições atuais está associado a um aumento da mortalidade e morbidade.

Desse modo, retomando nossa SD 3, em seu último item: “t) Estabelecer normas para métodos de diagnóstico, conforme for necessário”, a OMS enquanto instituição do AIE de saúde, para o progresso da saúde, vai “estabelecer normas”, assumindo seu poder normativo na intervenção sobre a vida dos sujeitos. Assim, o

---

<sup>36</sup> Não desconsideramos as etapas etárias da avaliação pelo IMC, porque dadas as variações para a avaliação de cada uma depende de diferentes fatores, como curvas de crescimento em crianças e adolescentes, idade gestacional em gestantes, entre outros. Optamos por recortar, em nosso *corpus*, considerações sobre a proposição do IMC para a avaliação de adultos.

estabelecimento do diagnóstico “nos critérios de normal e patológico” (SILVA, 1975, 98) se dá no/pelo saber oficial, ou seja, na/pela ideologia dominante.

Diante dessa função, a OMS, em seu papel de policiar condições de saúde e doença, assume posição de controle ao risco iminente em que se encaixa a obesidade. Para amenizar a ameaça, é necessário saber qual a sua proporção, ponto em que reside o diagnóstico por meio do IMC, que vai dar suporte numérico, por meio da estatística epidemiológica, para que se pense nas possíveis intervenções.

A obesidade se torna preocupante, pois, dependendo do grau de armazenamento da gordura corporal, ela é associada ao maior risco à saúde (OMS, 1995). Por esse motivo, mesmo afirmando ser difícil medir o nível/quantidade da gordura no corpo, a Organização afirma que, “[...] a definição prática da obesidade se embasa no índice de massa corporal (IMC), também chamado de índice de Quételet, que se dá pela união do peso pela altura (peso (kg)/altura<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)). (OMS, 1995, p. 312, tradução minha)<sup>37</sup>.

Nessa perspectiva, a escolha do IMC, pelo comitê de especialistas da OMS, como melhor método para a avaliação da obesidade, em si, é um fato histórico. Ou seja, temos um fato pontual, que pela sua relevância e expansão enquanto ocorrência no mundo, passa a ser rememorado, mesmo que recente. Trata-se, portanto, de um fato bastante significativo para ser lembrado ou registrado em livros, para fazer parte da história de um povo, de uma sociedade, refletindo a cultura. Diante disso, temos um *acontecimento histórico* que carecia de discursos, sentidos, novos sentidos, conforme analisaremos na próxima sequência discursiva, em que apresentamos a tabela presente no relatório de 1995 (“*Utilisation et interprétation de l’anthropométrie: rapport d’ un comité OMS d’experts. Genève*”) e a do relatório técnico de 1997<sup>38</sup> (“Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global”), no qual constam os acréscimos feitos à tabela:

---

<sup>37</sup> “[...] the practical definition of obesity is therefore based on the body mass index (BMI), also known as Quetelet’s Index, Which relates height to weight (weight (kg)/height<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>))”.

<sup>38</sup> A versão consultada em português é de 2004.

## SD 10 – Recorte das tabelas de classificação do IMC para adultos OMS

<p><b>A</b></p> <p>Classify according to BMI:</p> <p>normal range: BMI 18.50-24.99</p> <p>grade 1 overweight: BMI 25.00-29.99</p> <p>grade 2 overweight: BMI 30.00-39.99</p> <p>grade 3 overweight: BMI <math>\geq</math> 40.00</p>	<p><b>B</b></p> <p>Table 2.1</p> <p><b>Classification of adults according to BMI<sup>a</sup></b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Classification</th> <th>BMI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Underweight</td> <td>&lt;18.50</td> </tr> <tr> <td>Normal range</td> <td>18.50-24.99</td> </tr> <tr> <td>Overweight:</td> <td><math>\geq</math>25.00</td> </tr> <tr> <td>  Preobese</td> <td>25.00-29.99</td> </tr> <tr> <td>  Obese class I</td> <td>30.00-34.99</td> </tr> <tr> <td>  Obese class II</td> <td>35.00-39.99</td> </tr> <tr> <td>  Obese class III</td> <td><math>\geq</math>40.00</td> </tr> </tbody> </table>	Classification	BMI	Underweight	<18.50	Normal range	18.50-24.99	Overweight:	$\geq$ 25.00	Preobese	25.00-29.99	Obese class I	30.00-34.99	Obese class II	35.00-39.99	Obese class III	$\geq$ 40.00
Classification	BMI																
Underweight	<18.50																
Normal range	18.50-24.99																
Overweight:	$\geq$ 25.00																
Preobese	25.00-29.99																
Obese class I	30.00-34.99																
Obese class II	35.00-39.99																
Obese class III	$\geq$ 40.00																

Fonte: Recorte - A: OMS (1995, p. 329); Recorte - B) OMS (2000, p. 9).

Na SD 10, rememora-se ao mesmo tempo que se vivencia algo que é inédito e que ainda não era nomeado, melhor dito, não era numerado ou categorizado. Mesmo que se tivesse, o cálculo feito por Buffon e Quételet, a preocupação era apenas voltada para a compreensão do corpo. O número e a escala eram uma forma de visualização do coletivo, que busca estabelecer comparações que poderiam ser em grande escala, como em diferentes populações. Ainda, a medição individual do corpo, quando se dava, era um registro individual e causal às CPs da época, mesmo que se tenha introduzido uma nova percepção: “É uma cultura nova do ‘grau’, ainda que pouco ou mal explicitada. A silhueta torna-se mais presente, com nuances e escalas. Sinal evidente de uma categorização do olhar” (VIGARELLO, 2012, p. 156). Contudo, destacamos que isso não se transforma em uma prática cotidiana, por exemplo, de busca pelo emagrecimento.

Isso implica observar que, dada as CPs, o corpo gordo não era afetado ideologicamente pelo discurso do emagrecimento, diferentemente que em CPs atuais. O passar de índice de Quételet a IMC aponta para uma mudança de sentido e também para uma FD diferente e antagônica. Conforme nos mostra o caminho percorrido por Vigarello (2012, p. 197), junto às escalas de Buffon, a gordura é mais estudada em escalas e graus, as formas diversificadas do corpo se tornam mais perceptíveis. Com Quételet, os números são mais precisos e estudos mais aprofundados, no entanto, com base em Vigarello (2012, p. 197), “nenhum deles parece ter sido concebido para

orientar qualquer estratégia individual de emagrecimento”, tampouco a estética era trazida à pauta.

Entretanto, em 1995, o corpo e a forma corporal já são mais centrais na vida dos sujeitos, pois o século XX instaura uma acentuada preocupação com a beleza que legitima a busca por um modelo de corpo que é necessariamente representado pelo modelo da magreza. Por outro lado, o corpo se torna objeto da medicina e, a partir do avanço do conhecimento sobre o corpo e das formas de visualizações<sup>39</sup>, instituíram um novo saber sobre ele, novas formas de ver e descrevê-lo e, principalmente, “instaurou a relação entre o normal (e socialmente aceitável) e o patológico” (HASHIGUTI, 2008, p. 26).

Verificamos, então, que é esse olhar que regula, classifica e normatiza o corpo. Isso desloca o sujeito do século XIX para o século XX, apontando para o encontro de uma atualidade com uma memória. O Índice de Quételet vai inscrevendo o número nos estudos das estatísticas vitais, ou seja, foca o olhar apenas sobre o coletivo; o IMC produz um efeito contrário, pois foge da sua proposição de estudo grupal e comparativo, apesar de servir ainda para orientar estudos epidemiológicos sobre o aumento de peso (COELHO, 2020). Em outras palavras, ele é usado de forma individual e diagnóstica para o corpo (POULAIN, 2013).

Tal mudança vai instaurar uma ruptura com a discursividade inscrita no repetível, ou seja, de um cenário em que a preocupação com o corpo gordo existia, mas que era algo meramente casual e especulativo. Ao romper, não só com os discursos sobre o corpo gordo, como também sobre o magro, os corpos serão numerados e categorizados. Na SD10, usava-se pela primeira vez o termo “pré-obeso”, além de estágios diferentes para a obesidade, conforme Sant’Anna (2016) e Vigarello (2012).

Esses números, ainda, estabelecem um problema de Saúde Pública, o que origina uma mobilização “com ‘apelo de urgência’, um ‘debate politizado’”. Essa constatação mostra uma visão voltada para o institucional, ou seja, pela primeira vez, temos uma “construção coletiva contra a obesidade” (VIGARELLO, 2012, p. 322). Em

---

<sup>39</sup> Formas de visualização referem-se ao uso de instrumentos que possibilitam a exploração do corpo por parte da Medicina. Essas tecnologias, para além de afetar a forma de ver o corpo, também afetam a forma como concebemos a doença e a saúde, assim como compreendemos a intervenção terapêutica (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010, p. 16-17).

vista disso, notamos que há um *acontecimento discursivo* que oportuniza o surgimento desses novos espaços de significações, conforme afirma Zoppi-Fontana (2014).

Pensar esse salto no tempo, então, permite observarmos, como na SD 10, que não só se atualiza a memória, mas se reorganizam saberes. O IMC não só numera o corpo, como também define três categorias (classificação) para os sujeitos, considerando as tabelas A e B. Em A, o índice diz respeito ao que apresenta a OMS (1995), em que temos as seguintes categorias: I) dos normais = magros; II) dos doentes = que apresentam excesso de peso dividido em grau I, II e III. Em B, temos, além da inclusão da classificação do baixo peso, que aparece em separado no relatório do recorte A, a mudança dos vocábulos grau para classe e de excesso de peso para obesidade. Além disso, houve acréscimos adotados no relatório de 1997 e mudança de categoria de acordo o resultado do IMC, que são: III) categoria dos "doentes" = abaixo do peso; IV) dos quase doentes = dos sobrepesos e pré-obesos.

Nos recortes A e B, observamos a mudança feita entre "*overweight*" e "*obese*". A escolha de excesso de peso em vez de obeso é justificada pela Organização e se dá, segundo afirma, pela imprecisão do índice: "Como o IMC não mede a massa nem a porcentagem da gordura e não existe um limite de valor estabelecido para a massa e a porcentagem de gordura que se podem definir em valores limites para o IMC"<sup>40</sup> (OMS, 1995, p. 312, tradução minha), os especialistas responsáveis pelo relatório em questão tomam, dessa forma, como referência "*overweight*" e "*obesity*", pois definir graus de obesidade implica conhecer a composição corporal (OMS, 1995) e o índice não permite tal compreensão.

Na SD 10, nos dois recortes, o excesso de peso e obeso, apesar da alteração dos números do IMC funcionam como sinônimos, sendo substituídos por muitos discursos, inclusive pelo discurso médico de nossas análises. Por outro lado, a denominação pré-obeso, que irrompe também como uma subdivisão do excesso de peso no recorte B, não tem a mesma recorrência em enunciados.

À primeira vista, excesso de peso - pré-obeso - obeso parecem-nos excludentes e não mantém relação de sentido entre si, mas, ao subdividir a primeira opção, permitem-nos observar o esforço em manter uma direção de sentidos. Em um

---

<sup>40</sup> "Because BMI does not measure fat mass or fat percentage and because there are no clearly established cut-off for BMI, the Expert Committee decided to express different levels of high BMI in terms of degrees of overweight rather than degrees of obesity (which would imply Knowledge of body composition)".

primeiro momento, se o excesso de peso é a melhor opção para se referir à gordura como doença, essa clivagem, para além de reforçar a inadequação do corpo gordo, tais denominações, junto às variações numéricas, sugerem o quanto o sujeito se distancia da categoria de normal/saudável.

Nesse processo de significação da gordura corporal, essas denominações ressaltam as diferenças entre o corpo magro e o corpo gordo na sociedade, assim como remete essas condições aos seus já-ditos. O excesso de peso, pré-obeso e obeso, considerando o recorte A e B da SD 10, reportam-nos à imagem da inadequação que qualquer sinal de gordura no corpo pode apresentar, posto que, o discurso médico consolida a condição - normal - no IMC 18,50 a 24,99. Dessa forma, acima de 24,99, temos um efeito de sentido de gradação para doença.

Analisando os recortes A e B da SD 10, temos uma relação de parafraseagem “perfeita”, porque um sujeito, cujo peso X altura resulte em um IMC igual ou maior que 25,00, é considerado obeso ou com excesso de peso, visto que: I) o paciente é obeso; II) o paciente apresenta excesso de peso; III) o paciente apresenta sobrepeso/pré-obesidade. Em vista disso, consideramos que as denominações *obesas*, *excesso de peso*, *sobrepeso* e *pré-obeso* têm o mesmo referente - o corpo com excesso de gordura -, bem como o mesmo sentido nas sentenças em análise: esse corpo não é saudável. Ou seja, essa paráfrase se fundamenta na regularidade de sentido entre o recorte A e o recorte B, uma vez que não há uma desidentificação com a FD médica por parte do sujeito, nem um deslizamento de sentido sobre ser/estar obeso.

Nessa sequência, percebemos a mudança de grau presente no recorte A, para classe, no recorte B. Grau é um substantivo que, entre seus usos, sugere a possibilidade de tomá-lo como “medida de intensidade de uma doença”<sup>41</sup>; o substantivo classe, por sua vez, pode definir um “grupo de pessoas que se destacam por características particulares”<sup>42</sup>. Nessa perspectiva, dizer classe não é o mesmo que grau, logo, o discurso médico que definia estágios para o excesso de peso, os quais já estabeleciam o quanto o sujeito se afastava da condição de normal, produz, ainda, um efeito de agrupamento.

Isso ocorre simultaneamente com a passagem de excesso de peso para obesidade, lembrando que a própria OMS salienta, em 1995, que o IMC não mede

---

<sup>41</sup> Disponível em: <https://aulete.com.br/GRAU>. Acesso em: 20 out. 2022.

<sup>42</sup> Disponível em: <https://aulete.com.br/classe>. Acesso em: 20 out. 2022.

com precisão a massa e a gordura corporal, justificando a escolha de excesso de peso a obesidade. O IMC passa a agrupar sujeitos de acordo com um número, sujeitos que gradativamente fogem à fronteira do normal, seja por um décimo a mais ou muitos mais. Com base nisso, percebemos que, considerando o IMC, o limite entre o sentido de saúde e doença para o corpo é muito tênue e opaco, já que muitos outros fatores podem influenciar a alteração do peso do sujeito no momento que faz a pesagem e não apenas a gordura, mas isso não é abordado/dito.

Pertencer, portanto, a um dos agrupamentos acima do IMC 24,99 é automaticamente ocupar o lugar de doente. De acordo com Poulain (2013, p. 184), as mudanças e os acréscimos feitos nos índices, observados nos recortes A e B, não apresentam nenhum “consenso real” e que não se dão de forma ingênua. O IMC como *acontecimento*, ao adotar “obeso”, que por si só carrega o peso da patologia, junto ao substantivo “classe”, direciona a qual grupo de doente o sujeito pertence, a saber, doente ou muito doente.

De acordo com os recortes da sequência discursiva analisada, a partir de determinado número, o médico, por exemplo, determinará se o sujeito é “normal”, quase doente, ou “doente”. Pensar, desse modo, a movência de sentido, implica perceber a passagem da FD das estatísticas no século XIX para a FD médica do século XX. A inserção das categorias não apenas aponta para uma mudança no conceito de saúde e doença corporal, como também estabelece uma noção quantitativa.

Sobre isso, Santolin (2012) problematiza que, ao mobilizar essas categorias, na atualidade, o discurso médico inscreve o sujeito em uma posição de saudável ou doente; a categoria baixo peso e sobrepeso considera que o sujeito não seria totalmente saudável nem totalmente doente, mas um semi-doente. Tais sentidos passam a fazer parte da memória. Essa FD faz trabalhar algumas questões das CPs atuais, mas carrega também dizeres já produzidos em outra FD, cujas percepções eram meramente visuais.

Nesse sentido, o discurso do médico (re)atualizou os termos normal e anormal, destituindo deles o sentido naturalizado, além de instaurar as denominações baixo peso e pré-obeso, sendo que esta última pode ser tomada como sinônimo de sobrepeso ou como excesso de peso. Então, a mensuração surge como uma tendência normalizadora e se torna um padrão que classifica os sujeitos entre saudáveis e doentes, alcançando assim o parâmetro vigente para a saúde que filia o

sentido de normal à saúde e o anormal ao patológico, nos termos de Canguilhem (2009).

De acordo com a OMS (1995, p. 327, tradução minha)<sup>43</sup>, O IMC é um “bom indicador do acúmulo do excesso de energia como a gordura nos homens e mulheres”, destacando que no grupo de que o IMC é igual ou superior a 30, tem-se maior risco de desenvolver outras doenças correlacionadas, como hipertensão arterial, maior risco de desenvolver cardiopatia coronariana e diabetes. Além disso, um IMC alto associado a outros fatores como o hábito de fumar pode levar ao desenvolvimento de outros problemas de saúde. A partir do resultado numérico, então, o sujeito pode saber se seu corpo se apresenta como doente, ou ainda, como um risco para tantas outras patologias que podem ser desenvolvidas.

O Índice vai certificar, portanto, a gordura como uma doença e essa ruptura produz um *acontecimento discursivo* que pode ser analisado pelo viés da ressignificação do que é saudável e doente. Como forma de sustentar essa afirmação, atentemo-nos para o fato de que o discurso sobre a categorização se orienta também através das mudanças ocorridas no campo da epidemiologia, em que a mensuração do corpo, através dos números, vai romper com o que era apenas uma constatação mental, visual e subjetiva das diferentes formas/proporções do corpo.

A partir disso, o saber médico assume as diretrizes, métodos e os tratamentos direcionados aos sujeitos considerados obesos. Desse modo, o discurso médico instaura a doença e o risco de desenvolver doenças como algo que pode ser calculado, o que permite ecoar uma tentativa de matematizar, por exemplo, imposições morais e estéticas que podem ditar os modos que o sujeito deve se comportar, sinalizando para uma estratégia de governabilidade, nos termos de Foucault (2008).

Esse discurso sobre a doença e o risco, vinculado à FD médica, acaba por instaurar um medo no sujeito que é interpelado pela ideologia de saúde, levando-o à obediência ou a tentativa de obedecer. Sob nossa perspectiva, o discurso médico, que se encaixa no discurso autoritário, representante do saber sobre o corpo, diz do seu lugar determinado, por isso não pode ou não deve ser contestado. Em outras palavras,

---

<sup>43</sup> “Body mass index appears to be a good indicator of deposition of excess energy as fat in adult White men and women” (OMS, 195, p. 327).

pela advertência do risco e da doença, temos um efeito de dever, tendo em vista que o sujeito sente-se no dever de seguir as prescrições médicas.

Ainda, nesse sentido, a partir do IMC, um número maior e/ou igual a 30 inclui o sujeito na categoria de doente, o que é naturalizado e incontestável, de tal forma que o sujeito, ao constatar esse número, tem certeza de que está doente. No que tange à circulação desse cálculo, o IMC, lembra Sant'Anna (2016, p. 142), “serviu para detectar a obesidade não apenas em termos mundiais, mas também dentro de escolas, empresas, clubes de lazer, concursos, etc.” Então, o fio que tece o discurso sobre corpo saudável e doente extrapola a FD médica e passa a circular em um lugar outro.

O resultado entre o peso x altura cujo resultado é 30 ou maior aparece como alerta sobre as chances de desenvolver outras doenças, como a diabetes, alguns tipos de cânceres, problemas cardíacos e vasculares, entre tantos outros (OMS, 1995; 2004). Em razão desses dizeres assumirem estatuto de verdade absoluta, mesmo que uma parcela médica não considere a obesidade uma ‘verdadeira’ doença, segundo Poulain (2013), há um efeito de verdade, porque não é qualquer um que diz. Logo, a tendência é que se busque mudança no estilo de vida, principalmente no âmbito da alimentação e prática de atividade física. O sujeito-doente, ao ser interpelado ideologicamente por esse discurso, vê-se sem saída, ou ele segue as recomendações médicas para ter saúde, atingindo o número ideal, ou está condenado a ser doente.

Em contrapartida, conforme a SD 10, o cálculo que resulta em IMC “<18,50” indica um corpo “abaixo do peso” e, por assim ser, pode ser tomado como um corpo que não se encontra em uma condição dita como normal. Sobre isso, verificamos que o uso do advérbio “abaixo”, de modo geral, pode indicar “ponto inferior”, “categoria inferior” e “direção descendente” (BECHARA, 2016, p. 7). Deste modo, um corpo “abaixo” do peso é, em tese, também “doente”.

No relatório analisado, há uma seção intitulada “*Thin adults*” (Adultos magros), em que a OMS aborda sobre essa condição para a população adulta, apresentando, conforme a SD 11, a definição para os graus de baixo peso como a “deficiência (desnutrição<sup>44</sup>) crônica de energia”, em que, conforme salienta a OMS (1995, p. 345),

---

<sup>44</sup> Esse acréscimo é meu e se dá de acordo com Anjos (1992, p. 433), que, ao revisar a literatura do IMC como indicador nutricional em adultos, analisa também os “limites de corte para desnutrição energética crônica”, ou seja, deficiência e desnutrição, neste caso, seriam sinônimas.

a “condição de baixo IMC é denominada ‘magreza’”<sup>45</sup>, terminologia que melhor se adéqua ao estudo. Tais graus se classificam em três, conforme o documento **“Utilisation et interprétation de l’anthropométrie: rapport d’ un comité OMS d’experts. Genève”**:

#### SD 11 – Recorte IMC para o baixo peso OMS

grade 1: BMI 17.0-18.49 (mild thinness)

grade 2: BMI 16.0-16.99 (moderate thinness)

grade 3: BMI <16.0 (severe thinness)

Fonte: OMS (1995, p. 364).

Na SD 11, grau 1 corresponde a uma magreza leve, o grau 2, a magreza moderada e grau 3 a magreza grave, ou severa, na tradução literal. Frente a isso, percebemos que o grau abaixo do peso, enquanto uma condição inferior ao que é tido normal, considerando apenas a nossa SD 10, parece não nos direcionar para um sentido patológico para o corpo com esse IMC. No entanto, observando os graus destacados na sequência acima, uma magreza leve e/ou moderada pode não assustar tanto, isto é, um corpo com essa característica dificilmente indica, aos olhares sociais, um corpo doente ou pré-doente. Com relação ao sobrepeso e obesidade, por sua vez, é notável os olhares sociais de julgamento, definindo um corpo doente. Ainda sobre essa diferenciação, também podemos pensar na proporção que a OMS discorre sobre a temática em seu relatório e a forma como a aborda.

Especificamente no discurso sobre o estatuto da magreza em adultos, para a OMS (1995), o estado nutricional e a saúde da população adulta são especialmente importantes, uma vez que esse grupo etário é o responsável pelo suporte econômico do restante da sociedade. É justamente por esse fato que a medicina direcionou seus cuidados à população em geral no século XVII/XIX, uma vez que se preocupava em manter os indivíduos saudáveis e aptos para o trabalho. O corpo configurava-se como um recurso produtivo que não pode/deve adoecer, e, a partir disso, subentende-se um caráter valorativo dos quais se confere ao corpo que é magro, àquele que sustenta o imaginário de boa saúde.

O discurso médico, nesse sentido, amparado por estudos em diferentes populações, mostra que, quando o grau de magreza é moderado ou grave, o corpo

---

<sup>45</sup> “the condition of low BMI is termed ‘thinnes’”.

não vai corresponder às demandas laborais, pois “indivíduos de baixo peso corporal são mais propensos a deixar de comparecer no trabalho por causa de doenças ou exaustão”<sup>46</sup> (OMS, 1995, p. 349). A baixa produtividade, ainda, é comprometida pela motivação e o estado de saúde do sujeito. Compreendemos, portanto, que independente do formato do corpo, ele só tem certo valor se puder encaixar-se no bom funcionamento da sociedade capitalista, tendo força de trabalho, sendo produtor de capital e bom consumidor. A respeito disso, retomamos Foucault (2010) que evidenciou que o corpo doente, para época, era um peso morto.

Ainda assim, consideramos pertinente enfatizar que o baixo peso repercute de forma mais discreta socialmente, pois, em comparação com o aumento de pessoas com sobrepeso, é relativamente baixo em qualquer população (OMS, 1995), assim, os graus de magreza não figuram de forma acentuada como um problema de Saúde Pública<sup>47</sup>. Em populações em que há um número expressivo de magreza, pode indicar insegurança alimentar ou consequência de doenças infecciosas alastradas, como a AIDS e tuberculose, destaca o relatório. Ou ainda, a magreza excessiva pode indicar a vulnerabilidade de parcela da população diante de fenômenos como a seca, período de escassez de alimentos e epidemias.

Na SD 10, mesmo que possamos fazer uma leitura de que “abaixo do peso” representa uma patologia, essa possibilidade só é viável tomando a SD 11, quando o baixo peso é inferior ao IMC 18,50. Ao contrário disso, ao se igualar ao valor, podemos entender que não apresenta uma condição de risco ou doença, porém, o corpo que coincide com IMC 18,50 está na fronteira do normal para o “anormal”. O baixo peso está relacionado com mortalidade e morbidade, quando seu grau é moderado ou grave (OMS, 1995).

Assim, o que podemos observar diante do posto é que, no tocante à magreza, no discurso médico analisado, ela é relacionada mais a problemas de âmbito social que de saúde; ela é um problema que se pode solucionar dando condições para que o sujeito se alimente e/ou se alimente melhor, por exemplo. A capacidade física do

---

<sup>46</sup> *“Individuals of low body weight are more likely to fail to appear for work because of illness or exhaustion”.*

<sup>47</sup> Dados recentes mostram que: “Mais de 1 bilhão de pessoas no mundo são obesas – 650 milhões de adultos, 340 milhões de adolescentes e 39 milhões de crianças. Esse número continua aumentando. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, até 2025, aproximadamente 167 milhões de pessoas” (OPAS, 2022). Em relatório, a ONU mostra que “o número total de pessoas desnutridas em 2021 é de 823 milhões” (ONU, 2022).

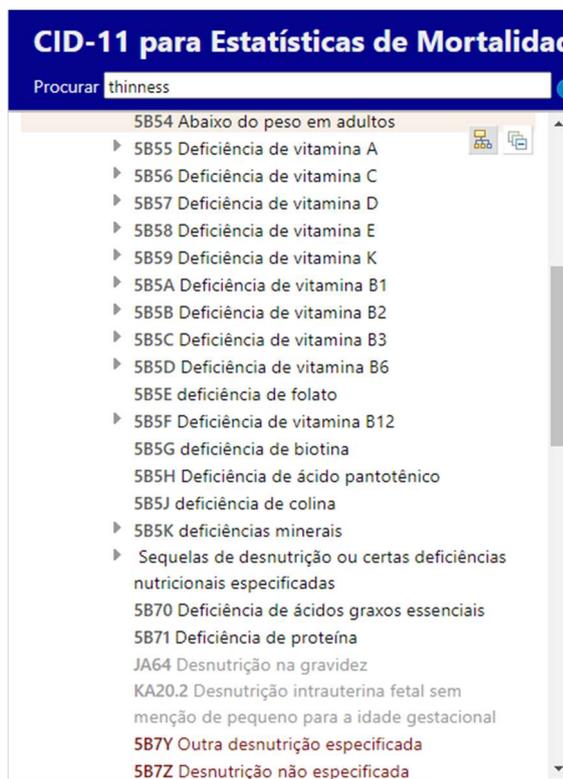
sujeito que está abaixo do peso também é retomada nas recomendações feitas, reforçando, dessa forma, a relação quanto à improdutividade e ao rendimento laboral.

Outro fator que reforça isso é o fato de que as pesquisas apresentadas como sustento das afirmações quanto à improdutividade e aos problemas de saúde trazem dados de países em desenvolvimento (Ásia; África), países que são relativamente pobres, com índice alto de insegurança alimentar e de adultos em estado de magreza excessiva. Em suma, o sujeito abaixo do peso não gera gastos significativos aos cofres públicos como o sobrepeso e a obesidade, então, “não há muito com que se preocupar”.

Todavia, ao consultar as duas últimas listas internacionais de doenças, na CID-11, a condição magreza em adultos aparece registrada, conforme Figura 4. Dessa forma, o corpo abaixo do peso, com IMC  $<18,50$ , no discurso médico não é considerado um corpo saudável e constitui-se como um marcador de risco de morbimortalidade por doenças consideradas crônicas não transmissíveis, assim como o excesso de peso. No entanto, o discurso médico parece minimizar essa condição patológica, uma vez que não há alardes como acontece com a obesidade. Isso ecoa como se a desnutrição, má nutrição, deficiência nutricional e até mesmo os transtornos alimentares, condições que correlacionam com o baixo peso, fossem uma condição mais saudável do que aquela com uns quilos a mais.

A OMS (2004, p. 70) justifica que o problema em avaliar os efeitos da perda de peso refere-se à distinção entre a perda de peso intencional e não intencional, pois: “se a perda de peso ocorrer não intencionalmente, como resultado de doença subjacente ou enfermidade grave, a associação entre perda de peso e morbidade ou mortalidade será falsamente aumentada”. Ainda, a Organização destaca que a perda de peso “pode ser temporária e resultante de enfermidade aguda mínima”.

**Figura 4 - Classificação do baixo peso adultos na CID-11**



Fonte: OMS (2022).

Em adultos, a perda de peso prejudicial acaba sendo cerceada pelas limitações dos estudos. Mesmo que a magreza, incluída na CID-11, venha romper de certo modo com o efeito minimizante que essa condição pode trazer à saúde, o sujeito magro, aos olhos sociais e até mesmo da balança, também precisa ser “vigiado”, pois esse corpo pode apresentar anemias, carência proteica e/ou energética, carência de vitaminas. Como sócio-historicamente se construiu uma imagem de magreza relacionada à saúde, a ilusão é que esse modelo de corpo não possa vir apresentar-se como doente e/ou causa para outras doenças.

Nesta perspectiva, a forma como a OMS trata a temática em seus discursos acaba por apagar, para além dessas possibilidades, os transtornos alimentares que se tornaram tão comuns, muitas vezes, resultando do medo que se tem de engordar. Ou, ainda, apagando outros problemas, como a fome, que já fora temida e teve/tem a imagem da magreza como representante.

O IMC, nesse aspecto, ressignifica o que é saúde e doença, direcionando a forma que o corpo precisa ter para se enquadrar em uma ou outra condição, conforme a SD 10 e 11. Observando esse *acontecimento*, podemos afirmar que o sujeito é

encurralado pelo número, que traça alguns limites para seu corpo: um corpo que não pode ser nem mais nem menos, não pode ter sobras, mas também não pode faltar nada, precisa ser exato, porque é um corpo matematizado. O IMC naturaliza uma forma de compreender e de matematizar o corpo, tanto do obeso como do subnutrido, o que interfere significativamente na maneira como o sujeito vai se relacionar com seu corpo.

Tendo em vista o apresentado até o momento, acreditamos que, ao se uniformizar os estudos epidemiológicos através do IMC, não se está apenas normalizando uma categoria para o peso, mas também para o próprio indivíduo. Ou seja: o IMC normaliza categorias que ordenam os sujeitos, os que estão abaixo do peso, os sobrepesos e os obesos (enquanto categorias de peso), resultando um sentido normativo, com intuito de tornar os sujeitos “normais”.

Nesse aspecto, de acordo com a OMS (1995, p. 329-330), a regra é: a) os sujeitos com um IMC entre 18,50 e 24,99 devem “evitar chegar ao excesso de peso”, não havendo necessidade de perder peso. Para quem possui IMC de 25,00 a 29,99, além de evitar o aumento de peso, “recomenda-se um estilo de vida saudável que contribua para melhorar o perfil de risco”, como adotar a prática de atividade física e a diminuição da ingestão de gordura visando perder peso de forma moderada.

Seguindo, defende que, para um IMC acima de 30,00 a 39,99, é preciso seguir as mesmas orientações anteriores, mas com acompanhamento médico, pois há maior risco de desenvolver outras doenças crônicas não transmissíveis (como a diabetes). Por fim, para o sujeito que se encontra com IMC igual ou maior que 40, são recomendadas “ações intensivas para reduzir o peso”, a perda de peso deve ser o objetivo principal e “deve se considerar opções tais como o tratamento cirúrgico da obesidade” (OMS, 1995, p. 330). Para o baixo peso, não há recomendações similares a essas.

Nesses documentos, o discurso médico institucionalizado faz com que o que é dito não possa ser contestado, pois se sustenta na verdade científica que ele carrega. Enquanto aparelho ideológico colocador de normas, como notamos, está o tempo todo tratando do que é normal e do que é patológico. O discurso médico, nesse sentido, metrifica o corpo estabelecendo quais fronteiras não podem ser extrapoladas, por isso devem ser vigiadas. E, se ultrapassadas, o sujeito é colocado no lugar do diferente: nesse lugar, como clandestino, o sujeito pode provar diferentes dissabores. Então, diante desse discurso que condena tudo o que falta ou sobra no corpo, não resta uma

alternativa ao sujeito a não ser se ajustar, bem como buscar manter-se dentro do limite da “variação normal”. Especificamente sobre isso, retomamos a SD 10, em que consta que o corpo com um IMC 18,50 ou 24,99, já está na fronteira - um estar entre -, entre o que é normal e o que não é. Sendo assim, nessa matematização do corpo, um décimo numérico pode mudar o *status* de saudável para doente (ou possível doente).

Estamos, portanto, frente a um *acontecimento discursivo* que dispõe desse novo sítio de significações, pois o que antes não era plausível dizer, agora se tornou enunciável e, assim, organiza uma nova rede discursiva de formulações. Saúde e doença tornaram-se possíveis de serem definidas por números; números para o corpo e para as estatísticas epidemiológicas que acabam constatando o aumento cada vez maior de pessoas com sobrepeso ou obesas, conforme destaca a OMS (2004).

Por conta desse aumento, a preocupação com a obesidade se tornou tão frequente que de certo modo substitui a atenção aos demais problemas que eram comuns na área da saúde, como a desnutrição e as doenças infecciosas. Isso permite, então, que o discurso médico, baseado no IMC, seja atrelado a um discurso de promoção de saúde e assim busque atualizar os planejamentos da área, bem como, elabore novas formas de manipulação frente ao que chama de “epidemia de obesidade”. Diferentemente do que acontece com o baixo peso, a dificuldade de se estipular se o emagrecimento excessivo é intencional ou causado por outra enfermidade, dificulta a criação de um sensacionalismo em torno dessa categoria.

O *acontecimento discursivo*, para Zoppi-Fontana (2014, 56), é como um ponto de quebra nos rituais enunciativos, por isso se configura a partir da “emergência de um enunciado ou uma posição enunciativa novos que reconfiguram o discurso, e através deste participam do processo de produção do real histórico”. Assim, o discurso da OMS apresenta-se como *acontecimento* no instante em que permite a emergência de enunciados como:

- “o ganho de peso e a obesidade estão representando ameaças crescentes para a saúde em todo mundo. A obesidade é uma doença crônica, prevalente em todos os países”;
- “a epidemia de obesidade é um resultado de problemas sociais, econômicos e culturais [...]” (OMS, 2004, p. 2-4);
- “A obesidade na população brasileira está se tornando bem mais frequente do que a própria desnutrição infantil [...], no Brasil, por 34% de todas as causas de óbito, estão relacionadas, em grande parte, com a

obesidade e com práticas alimentares e estilos de vida inadequados.”  
(BRASIL, 1999).

Com base nesses enunciados, podemos afirmar que há tantos outros que vão caracterizar novas posições enunciativas e reorganizarão a memória sobre o que é considerado um corpo saudável e o que é corpo doente.

Ainda, diante dos desdobramentos do IMC e pela simplicidade de seu uso, ao extrapolar seu ambiente oficial, uma vez que esse instrumento diagnóstico da obesidade vai circular para além do ambiente institucional, generalizando-se, passa a servir como um sistema classificatório de “norma social”, tendo como argumento e amparo o discurso médico. Dessa forma, por mais que já acontecesse um movimento que expusesse o excesso de gordura corporal como um problema, são intensificadas as campanhas de saúde pública (POULAIN, 2013), assim como organizações que logram fôlego ou outras que surgem tendo como foco a obesidade, ampliando em uma escala maior o discurso de saúde embasado no IMC.

Logo, a partir dessa promoção de discursos de saúde, não resta uma alternativa ao sujeito, senão buscá-la. Dessa maneira, o discurso começa a trabalhar o *acontecimento* “em seu contexto de atualidade e no espaço da memória que ele convoca e que já começa a reorganizar” (PÊCHEUX, 2012, p. 19). Em consonância, Poulain (2013, p. 177) acredita que a memória vai “vulgarizando-se e difundindo no corpo social”, de modo que as categorias resultantes do IMC acabam se transformando em “normas sociais de corpulência ‘aceitável/desejável’ ou ‘desviantes’”, assegurando o estatuto de doente ao sujeito considerado obeso. Diante do posto, no que se refere ao *acontecimento discursivo*,

Tudo quanto precede sinaliza que a estrutura, ao mobilizar a memória discursiva, trabalha com o repetível, inscrito em um tempo de longa duração, enquanto o acontecimento discursivo trabalha, a um só tempo, com a ruptura do mesmo e com a instauração do novo, inscrevendo-se em uma outra espécie de tempo, de curta duração. **Instituída a ruptura com o dizer memorial, abre-se um novo domínio de memória, em torno do qual novos dizeres irão inscrever-se, participando desta nova estrutura.** Estamos diante do encontro entre sentidos já postos, presentes na estrutura, com novos sentidos que são produzidos a partir desse acontecimento histórico que reclama sentidos, que pede interpretações, os quais, ao serem discursivizados, o ressignificam. (INDURSKY, 2003, p. 118, negrito meu).

O enunciado inaugural faz trabalhar a memória, reorganizando-a. Desse modo, o discurso médico torna possível que o aumento ou redução da gordura corporal seja definido por números, não mais um cordão ou pesagem antes e depois de comer apenas. A OMS, a partir do momento que sugere o IMC, entre as demais possibilidades, para instrumento de diagnóstico da obesidade, torna possível que o corpo magro, sobrepeso e obeso sejam tomados também como: IMC 18,50; IMC 25,00; IMC 30,00/≥40,00; números que o sujeito atribuiu ao corpo e para se referir a si mesmo.

Podemos perceber, ainda, a partir das SDs 10 e 11, que temos a produção médica de sentidos que compõem o sentido sobre o corpo considerado normal, saudável, doente ou quase isso, que parte de um referente de corpo de “variação normal”, como categoria a se manter ou se buscar e modelo a ser seguido pelo sujeito para estar dentro das normas e padrões saudáveis e o outro que se deve evitar. Na outra ponta desse emaranhado, está o corpo que é definido pelo excesso, por extrapolar as regras da normalidade, por passar a fronteira do que é posto como saudável. Assim, percebemos que o excesso de peso, em curto período de tempo, entre 1995 e 1998, é definido como obesidade e como corpo doente.

Nessa trama, podemos, então, afirmar, que esses sentidos reconstroem e ressignificam a memória sobre saúde e doença. Isso se torna possível por meio das determinações sócio-históricas e ideológicas, que fazem com que a forma como os sentidos de saúde e de doença são percebidos se modifique. O discurso derivado dos AIE de saúde será sempre determinado também nessas condições, por isso expressa características de determinada formação social. Esse movimento determinante dos sentidos dá às palavras sentidos possíveis.

Desse modo, a forma linguística da palavra pode ser a mesma, no entanto, as condições históricas vão conduzir os efeitos de sentidos, que podem ser sempre outros, ou até mesmo contraditórios. Em vista disso, quanto ao corpo, as denominações saúde ou doença podem produzir sentidos diferentes<sup>48</sup>, ou mesmo, palavras distintas como normal/magro ou anormal/obeso tornam possível produzir sentidos semelhantes. São as práticas históricas, portanto, que vão permitir a produção de sentido sobre a saúde e doença, implicando no desdobramento e

---

<sup>48</sup> Podemos pensar aqui na concepção da gordura e da magreza na Idade Média. Nessa época, ser gorda/gordo simbolizava, entre outras acepções, um sujeito com saúde, ao contrário de ser magra/magro, que sugeriria um sujeito doente.

movimento do gesto de interpretação que ideologicamente são concebidos sobre a saúde/normal e doença/anormal nas sociedades.

Nesse encadeamento, as denominações que são utilizadas para se referir às diferentes categorias do corpo coexistem na língua para designar o baixo peso, magreza, excesso de peso, sendo empregadas pelo/no discurso médico da OMS ou por outros discursos que fogem desse domínio. Com o intuito de observarmos os termos utilizados para se referir ao corpo - e seu tamanho -, apresentamos Figura 5:

**Figura 5** - Lista de denominações de acordo com as listas do IMC<sup>49</sup>

IMC				
OMS	DENOMINAÇÕES			
< 18,5 abaixo do peso	magreza abaixo do normal	magro excesso de magreza		
18,5-24,99 variação normal	saudável normal	peso normal peso adequado	adequado eutrófico	peso ideal eutrofia
≥ 25 sobrepeso	sobrepeso			
25-29,99 pré-obeso	sobrepeso excesso de peso	acima do peso pré-obeso	levemente acima do peso	
30-34,99 excesso de peso grau I obeso classe I	obesidade grau I obesidade	obesidade leve		
35-39,99 excesso de peso grau II obeso classe II	obesidade grau II obesidade	obesidade extrema obesidade moderada		
≥ 40 obeso classe III	obesidade grau III obesidade	obesidade grave obesidade severa	obesidade mórbida	

Fonte: elaborado pela autora (2022).

A partir disso, podemos observar que essas diferentes denominações se referem às categorias definidas pela OMS para as condições corporais com base no que sugere o IMC. Notamos, dessa forma, que essas expressões permitem diferentes possibilidades de enunciar também o corpo. Elas estabelecem uma fronteira, demarcando o limite para o sujeito e para o corpo. Essas denominações que foram se constituindo ao longo dos tempos também constituíram os sentidos para o corpo.

<sup>49</sup> Essa lista foi elaborada a partir de pesquisa na plataforma google imagens, a fim de observar como as tabelas do IMC disseminadas apresentam as classificações. Então, tendo como base o que dispõe a OMS (1995 e 1998), observamos diferentes expressões usadas para referir-se a elas. Observar essas alterações na forma de denominar cada classificação contribui para que possamos compreender os efeitos de sentido sobre o corpo magro e gordo a partir do discurso médico e de circulação social, que parece constituir o primeiro.

Assim, com base na historicidade do próprio corpo, os sentidos significam a partir de um processo em que retomam e/ou atestam ora um efeito de sentido negativo ora positivo.

Há, na figura apresentada, denominações sobre uma mesma classificação que se alteram nos discursos dos AIE de saúde sobre o corpo, em que o sentido se constitui na mobilização do interdiscurso da formação discursiva médica, oportunizando-nos observar uma tentativa de direcionar os sentidos. Então, o uso dessas denominações engendra, por um lado, um certo modo de significar positivamente o corpo que se encontra dentro do limite do que é posto como normal, direcionando o efeito de sentido de corpo ideal, normal, saudável, adequado etc.

Por outro lado, o IMC que se refere à gordura corporal, a partir de IMC 25, apresenta uma associação negativa dessa condição, relacionada à gravidade, intensidade, morbidez e excesso. Dessa forma, temos denominações que designam linguisticamente o diagnóstico quantificável para o corpo e que significam pela relação que mantêm em si, preservando e reiterando esses sentidos. De acordo com Mariani (1996, p. 148, *acréscimo meu*), “as denominações sustentam um fio básico de referencialidade discursiva”, que se mantém o mesmo no discurso médico e, por isso, “há uma paráfrase discursiva de negatividade [e naturalidade] em permanente reconfiguração: na repetição, o mesmo e pequenas modificações vão se introduzindo nas denominações utilizadas”.

Então, como podemos perceber, o discurso sobre o corpo organizou regiões discursivas de sentido que ecoaram ao longo dos tempos e que se reorganizaram no espaço da memória que o *acontecimento* evoca. A instituição do IMC faz ressoar essas denominações, tendo, no número, a base para definir o estatuto de saúde do sujeito que está assegurado no “peso ideal”, “normal”, “adequado”, mas que também, em sentido amplo, é firmado por “magro” e “magreza”.

Tais denominações derivam da condição abaixo do peso e variação normal, mostrando que as tabelas do IMC, a partir da disseminação, abarcam outros adjetivos e substantivos que são tomados como sinônimos. Nesse processo, expressões das formações discursivas dos AIE de saúde vão se acoplando, instaurando, desse modo, relações ideológicas já estabilizadas (MARIANI, 1996).

Em síntese, as denominações compõem dois blocos de efeitos de sentido para o corpo: saudável e doente. O IMC é o instrumento de diagnóstico que vai dizer o quanto o sujeito se afasta da condição de saúde. E, por consequência, esse

instrumento vai circular como um sistema classificatório de corpo e do próprio sujeito, de modo que a existência de corpos gordos (que é um fenômeno corporal de causas que podem ser puramente biológicas, mas também ambientais, sociais, psicológicas entre outras) que passa a ser vista pelos sujeitos como uma doença.

O corpo gordo, portanto, deixa de ser apenas uma característica física quando relacionado ao imaginário que o estigmatiza como corpo “anormal” e não saudável. Assim sendo, constroem-se valores e discursos, a partir do discurso oficial, que redimensionam o sentido do que é saudável e normal. Isso porque temos uma série de movimentos que vão modificando certos sentidos, deslocando-os, conforme lembra Indursky (2003, p. 119), ao citar Orlandi (1993), “de um ‘sítio de significância’ para outro”.

Por fim, reiteramos que o Índice de Quételet trouxe grandes contribuições para o universo científico. No entanto, o IMC como instrumento diagnóstico, ao ser generalizado, resultou em uma forma de normalização dos corpos, uma vez que, mesmo equivalendo a um número, está permeado por valores sociais, culturais, estéticos, curativos ou moralizantes, que afetam negativamente a vida dos sujeitos, notadamente, daqueles cujo índice se distancia da fronteira do normal e saudável.

*“Eu levei seis anos sofrendo de um câncer, porque eu ia aos médicos e os médicos olhavam e só viam uma paciente gorda, que estava gorda porque comia errado, porque não se exercitava o suficiente. Eu só almoçava shake de dieta, malhava sempre que podia quando chegava em casa, uma média de cinco dias na semana, pelo menos uma hora e meia por dia. Eu não conseguia emagrecer.”*  
(GORDA, 2016)

### 3 O PESO DA MEDIDA: O PESO QUE NÃO PODE SER MENSURADO NA BALANÇA

Conforme explicitado anteriormente, até a definição de que a gordura é uma condição corporal que pode se enquadrar no estatuto de doença e/ou fator de risco para desenvolvimento de outras enfermidades, ocorreu uma trajetória de estudos na área que contribuíram para ressignificação do sentido do corpo gordo. Ao refletirmos sobre essa trajetória, observamos que ela passa, necessariamente, por momentos centrais: I) a inclusão da obesidade na Classificação Internacional de Doenças (em 1948); II) quando a OMS, em 1995, “sugere” o Índice de Massa Corporal como instrumento diagnóstico e III) a propagação desse instrumento, produzindo não uma evidência, mas a certeza, por meio do número, que o problema das sociedades modernas era evidente: “todos nós nos tornaríamos gordos” (POULAIN, 2013, p. 143).

Nessa perspectiva, consideramos que o IMC, enquanto acontecimento discursivo, oportuniza a produção do efeito de sentido de que a obesidade seria um problema social. Essa nova organização do discurso é responsável, portanto, por reorganizar a memória social, instaurando um novo domínio de memória que estabelece a possibilidade desse e de outros dizeres.

Estamos, então, diante de um cenário alarmante em que, mesmo que a obesidade passe por uma mudança no estatuto científico, atualmente ela recebe o *status* de epidemia, influenciando significativamente as condições que circundam a obesidade, tornando-a cada vez mais evidente. Diante disso, consideramos que o discurso médico produz um efeito de necessidade e de intensificação na luta contra a obesidade.

Frente ao exposto, destacamos que, com a proposição deste capítulo, objetivamos compreender os sentidos que ecoavam/ecoam sobre o sujeito/corpo gordo no discurso (re)produzido por documentos pósteros ao Relatório de 1995, da OMS. Nesse sentido, a seguir, buscamos analisar as sequências discursivas considerando os conceitos de AIE de saúde e de *acontecimento discursivo*, a fim de demonstrar como o discurso médico significa o corpo de variação normal e o considerado com excesso de peso.

### 3.1 OBESIDADE: SENTIDOS POSSÍVEIS NO DISCURSO MÉDICO

Nas últimas décadas, acompanhamos o desenvolvimento de inúmeras pesquisas que assinalam a rápida mudança no quadro de transição nutricional e epidemiológica, destacando a diminuição da desnutrição e o aumento/predomínio da obesidade e do sobrepeso nas populações. Essas alterações são consequências da transformação do modo de vida das sociedades, como a urbanização, industrialização, mudança nos hábitos alimentares e o sedentarismo (POULAIN, 2013).

Nomeado como 'discurso oficial' por Poulain (2013, p. 20), o discurso médico diz que o sujeito, nessas condições, estoca a energia excedente, repercutindo no sobrepeso e numa possível obesidade futura. Há muitos estudos que associam a obesidade e sua influência quanto à mobilidade e mortalidade. Além disso, dados revelam um recorrente acometimento de outras doenças em sujeitos obesos, como doenças cardiovasculares e diabetes (OMS, 2004).

O destaque que a obesidade recebe, em partes, deve-se ao IMC, instrumento diagnóstico do corpo, especialmente quando se trata do corpo que dispõe de excesso de gordura. De acordo com a OMS, o IMC entra para o rol dos recursos que fornecem as medidas antropométricas, as quais contribuem para computação de dados referentes ao estado nutricional das populações, possibilitando constatar a prevalência e o aumento da obesidade nas distintas populações a nível mundial, bem como indicar a necessidade de conduzir políticas públicas e decisões no âmbito clínico. Com relação à antropometria, nos estudos epidemiológicos, podemos afirmar que seu significativo uso a partir do IMC, principalmente, no tocante ao excesso de peso, ocorre devido à simplicidade e acessibilidade (baixo custo), além do fato de que, de modo geral, sabemos nossa altura/peso e, assim, nós mesmos podemos efetuar o cálculo.

A obesidade surge como holofote na agenda pública e, sucessivamente, assume lugar como problema de saúde pública. Para Poulain (2013), isso se dá face à institucionalização da obesidade e à mudança do estatuto epidemiológico. Ao se propagar como patologia no meio médico e na sociedade, corroborando para tal institucionalização, o autor aponta eventos que aconteceram após 1966. A título de exemplificação, citamos a criação de algumas instituições como *Association for the Study of Obesity* e de algumas revistas científicas, como: *International Journal of*

*Obesity, Obesity Research e Obesity and Metabolism*. Também aconteceu o primeiro congresso internacional sobre o tema em 1974 e a criação do *International Obesity Taskforce* (IOTF). Especificamente, no Brasil, destacamos a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, fundada em 1950, e a ABESO, criada em 1986. Além disso, consideramos relevante ressaltar a realização dos relatórios da OMS, tendo em vista que, neste estudo, abordamos os que tratam sobre a obesidade, publicados após final da década de 90.

A partir dessas considerações, verificamos que, conforme Poulain (2013, p. 149), a obesidade representa um problema que precisa ser evidenciado. A partir disso, notamos, então, mudança no vocabulário e mudanças “de estatuto epidemiológico para noções como ‘fator de risco’, ‘doença’, ‘doença mortal’, ‘epidemia’”. Essas definições apontam para uma inclinação ideológica no que tange à condição corporal do sujeito gordo.

Dito isso, na sequência, apresentamos sequências discursivas recortadas e procedemos às análises. Neste ponto, destacamos que partimos do estabelecimento da obesidade como epidemia, conforme a SD abaixo, retirada do relatório “Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global”.

SD 12 - **Obesidade**: prevenindo e controlando a **epidemia global**. (OMS, 2004, negrito meu).

Primeiramente, informamos que essa SD compõe o título do relatório técnico n. 894, do Conselho da OMS, de 1997. Assim como os demais, ele é resultado de um estudo conjunto, pois envolveu mais de cem especialistas de todo o mundo e, ainda, contou com a colaboração da IOTF e *Rowett Research Institute*, colaborador da OMS sobre nutrição (OMS, 2004).

Nesse documento, observamos o discurso médico a respeito do significativo crescimento de pessoas com excesso de peso ou obesidade, comparando metaforicamente com uma epidemia. Então, na SD 12, parece ser de interesse do discurso oficial promover certo burburinho acerca da temática, já que, em tom alarmante, sugere, a nível global, a propagação súbita e sem controle.

Os efeitos de sentidos produzidos pela OMS em suas práticas discursivas são determinados pelo lugar social que ocupa como instituição de saúde. Tendo em vista os atravessamentos ideológicos das pesquisas, dos estudos científico-médicos nos

discursos da organização, podemos afirmar que há uma representação imaginária de seu papel social como órgão superior de saúde. Além disso, a oficialização do IMC, que institui o *acontecimento discursivo* no espaço das políticas mundiais de saúde, favorece, a partir desses discursos, a organização de saberes diversos sobre a obesidade. Então, o que antes era passível de não ser dito, impensável, improvável, agora, pode/deve ser dito: a obesidade é uma epidemia global. Discurso esse, que é acatado, pois não é qualquer um que diz.

Na medicina, epidemia refere-se à doença infecciosa e transitória, que afeta, em um mesmo lugar e ao mesmo tempo, muitas pessoas. Notamos, então, que o discurso médico, na SD 12, sugere que a obesidade e o excesso de peso são tão nocivos à saúde da população mundial a ponto de serem comparados a uma epidemia, considerando que se tornaram comuns em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Isso pode ser percebido no seguinte trecho: “Quase todos os países (tanto de alta como de baixa renda) estão experimentando uma epidemia de obesidade”<sup>50</sup> (OMS, 2003, p. 61). Entretanto, à primeira vista, parece-nos uma tese um tanto quanto equivocada, pois epidemia remete à doença contagiosa que afeta em um determinado espaço e ao mesmo tempo muitas pessoas, já a obesidade é definida como uma doença crônica não transmissível (DNT).

Entendemos que a obesidade e o sobrepeso atingem muitas pessoas e não apenas em um local, mas em diferentes lugares. Em relação ao tempo, é uma doença que aparece de forma gradual, pois depende de múltiplos fatores para se manifestar, e afeta apenas um ou outro corpo. Analogamente, isso quer dizer que, ao cruzarmos com um sujeito gordo, não significa que, após uma janela imunológica, podemos testar positivo para obesidade. Sendo assim, Poulain (2013) afirma que a obesidade constitui a primeira epidemia não infecciosa da humanidade.

Com base no exposto, percebemos um movimento metafórico dos sentidos, em que circulam os efeitos de sentido que se tem sobre a gordura corporal. Esse movimento refere-se ao que Pêcheux (1997; 2014) nomeia de efeito metafórico, um fenômeno semântico gerado por uma substituição contextual, produzindo um deslizamento de sentido sem romper com ele. Observamos, dessa forma, que a OMS, ao dizer epidemia, retoma algumas memórias, como: a memória trágica das grandes

---

<sup>50</sup> “Almost all countries (high-income and low-income alike) are experiencing an obesity epidemic”. (OMS, 2003, p. 61).

epidemias que, sem controle, quase dizimaram, em seus períodos, muitos povos e a memória das consequências sociais, econômicas, demográficas, culturais. Além disso, podemos retomar a memória do desespero e a busca por explicações/soluções. A respeito disso, Poulain (2013) destaca que a inquietante preocupação com a obesidade resulta do fato de que todas as ações empreendidas até hoje, para tentar controlar ou conter seu desenvolvimento, revelaram-se ineficazes e prejudiciais.

Então, ao trazer isso à tona, a OMS, porta-voz da ideologia dominante no que se refere à saúde, demonstra-se cautelosa sobre os danos que essa doença desafiante pode causar. Nessa perspectiva, percebemos que, por mais que um dizer modifique semanticamente sua estrutura enunciativa, ainda assim existirá a equivalência de sentidos nessa cadeia semântica. Em outras palavras, citando Pêcheux (2014), trata-se do uso de outra palavra para que a mesma coisa seja dita

Em vista disso, com base na teoria, verificamos, no caso em análise, a retomada de uma memória que se tem sobre epidemia como forma de sustentar a manutenção de um efeito de sentido. Portanto, a epidemia (contagiosa) pode, agora, ser substituída pela obesidade que, apesar de não ser contagiosa, pode trazer as mesmas consequências ao cenário mundial. Em síntese, devemos temer a obesidade, porque ela é tão perigosa quanto uma epidemia.

Em outra SD (13), do mesmo relatório em questão (“Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global”) da OMS, há o seguinte apontamento:

SD 13 - Atualmente, o **ganho de peso e a obesidade estão representando ameaças crescentes para a saúde de todo mundo. [...] ela é agora tão comum que está substituindo as preocupações de saúde mais tradicionais, inclusive desnutrição e doenças infecciosas.** (OMS, 2004, p. 1, negritos meus).

Com base nessas considerações, podemos perceber que a OMS reforça o sentido de epidemia, definindo a obesidade (mais o ganho de peso) como um indício de um evento perigoso, por meio do uso substantivo ameaça. Trata-se de uma ameaça “tão comum”, cujo sentido é intensificado pelo uso do advérbio “tão”. Sendo assim, a obesidade, que se configura coletiva e não distingue sujeitos, irrompe como um “novo” problema, como substituta de preocupações de saúde já enraizadas (desnutrição e doenças infecciosas), com as quais a medicina já sabia “lidar”.

Há, na SD em questão, a produção de um sentido de igualdade e de unidade. Conforme Silva (1975), a obesidade é vinculada à ideologia dominante, denotando um

indicador ideológico de igualdade. Dito de outro modo, a doença pode atingir a todos, ricos e pobres, demonstrando, então, que a obesidade não discrimina, ou seja, não é uma doença apenas de países ricos: ela pode acometer a todos em todo mundo.

É possível, ainda, depreender do discurso da SD 12 e 13, outro efeito de sentido: o emprego de termos que revelam um exagero, funcionando quase como uma hipérbole. Um uso intencional das expressões “ameaça”, “tão comum”, “todo mundo” confere ênfase no (efeito) de sentido que se deseja produzir: a obesidade pode atingir todo e a todos no mundo; qualquer sujeito, a qualquer momento, pode “se contaminar” com essa doença.

Assim, o discurso da obesidade como epidemia direciona os sujeitos aos cuidados, à cautela, uma vez que o ganho de peso e o estado de obesidade representam uma ameaça à sua saúde. Considerando essas SDs, observamos que o corpo obeso configura-se como uma ameaça tanto para o sujeito quanto para o outro (sociedade), tendo em vista que se trata de ameaça sanitária e econômica.

Isto posto, consideramos que o discurso médico - que autoriza o estatuto de epidemia de obesidade -, além de promover o autocuidado, a vigilância e busca pela saúde (ser/estar magro), também oportuniza o aumento, em nome da saúde, da discriminação para com o corpo diferente, o gordo. Consequentemente, o exagero sobre a obesidade e seu risco de forma global faz com que a atenção e a midiatização se deem em grande escala e de forma alarmista (POULAIN, 2013), conferindo a ideia de que ela é uma calamidade iminente (SEIXAS; BIRMAN, 2012). A respeito disso, enfatizamos que tal compreensão não ocorre, por exemplo, ao se observar os riscos da magreza.

A OMS, dentre suas funções, visa fornecer informações, orientações objetivas e confiáveis no campo da saúde, cujos relatórios oferecem aconselhamento técnico e recomendações para tomadores de decisão (OMS, 2004). Considerando a importância da instituição e de seus relatórios no campo da saúde, na orientação dos países-membros, percebemos que o relatório em questão atua na perspectiva de propagar a obesidade como uma doença grave e, por isso, necessita de prevenção e tratamento. Assim, com as SDs em análise, observamos a instauração de uma epidemia que repercute na supervalorização da temática. Para Poulain (2013), isso faz com que as estatísticas sobre a obesidade se tornem robustas, desviando o foco da discussão, em que a existência do ‘problema’ deixa de ser a pauta principal, cedendo espaço para ‘como lutar contra a epidemia’.

Desse modo, a partir das SD 12 e 13, podemos dizer que o discurso médico declara uma guerra contra a obesidade e, simultaneamente, contra o sujeito gordo. Nesse sentido, o discurso de saúde justifica e propaga, de forma generalizada, que todo corpo considerado obeso é uma ameaça à saúde e deve ser combatido, ocasionando, em muitos casos, a gordofobia, conceito usado para se referir ao preconceito, exclusão e intolerância à gordura corporal, que reflete também nos serviços de saúde, nas políticas públicas e na prática profissional.

A formação discursiva médica das SD 12 e 13, em nome de todos, firmado na imagem do lugar social da OMS, instaura, por essa ótica, uma “caça” à gordura e ao sujeito gordo. Isso remete-nos ao funcionamento discursivo da ressignificação do que é um corpo considerado saudável ou doente que se acentuou, nesse período, para o discurso médico. A partir do número que categoriza a massa corporal dos sujeitos, resultado do cálculo do IMC, podemos observar que há um aumento de incidências de casos de sobrepeso e obesidade.

Desse modo, os números atestam que a obesidade é uma condição de perigo, de inimiga e de problema para a saúde pública. O sentido de epidemia global, a partir da ideologia de saúde, pode, nesse sentido, dramatizar e exagerar, colocando a obesidade como uma ameaça sanitária. Como consequência, esse sentido também pode direcionar o sujeito com sobrepeso e obesidade a buscar pela sua adequação, que não tem como ser outra, a não ser o emagrecimento.

Nessa trama, somando-se à obesidade, a OMS, ainda, traz o sobrepeso como algo que merece destaque, pois ele seria um prenúncio para essa futura enfermidade. Vejamos, então, a próxima sequência discursiva, recortada do relatório “ Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global”:

SD 14 - **Os riscos à saúde causados pela gordura corpórea excessiva estão associados a um aumento relativamente pequeno no peso corpóreo**, não apenas à obesidade marcante. (OMS, 2004, p. 4, negritos e destaque meus).

Para a análise dessa sequência, retomamos a SD 10 e observamos que o discurso médico rememora e também reforça que, ao exceder um décimo da fronteira da “variação normal” para o corpo, o sujeito já assume a possibilidade de se tornar doente ou quase isso. O discurso mobilizado nos leva a pensar, por exemplo, que um sujeito com IMC 25,00 enquadra-se na definição de excesso de peso, mas,

considerando que o limite do normal é 24,99, verificamos que uma diferença praticamente insignificante já determina uma ameaça à saúde corporal. De acordo com a OMS (2004), identificar o sobrepeso (e a obesidade) importa para, justamente, definir os grupos ou sujeitos que apresentam maior risco de morbidade e mortalidade, mas, sem dúvidas, tomando o IMC como instrumento diagnóstico, o limite numérico é muito modesto para que alguns sujeitos sejam considerados como doentes.

Podemos afirmar, então, que o discurso médico da SD 14 é resultado de uma preocupação com as consequências que o sobrepeso e a obesidade podem trazer à saúde do sujeito. Isso porque a OMS (2004) elenca várias doenças que se relacionam com as duas classificações, como o diabetes melito não dependente de insulina (NIDDM), doença de artéria coronária (DAC), hipertensão, alguns tipos de cânceres, colecistopatias e também problemas psicossociais.

Assim, estar acima do peso aproxima mais o sujeito-(quase)doente a uma outra condição patológica, colocando-o a um passo de adentrar às estatísticas de risco, de gasto, de problema (futuro) à saúde pública. Verificamos, nessa sequência, que o discurso médico lembra ao sujeito que não pode se permitir esse ‘pequeno’ deslize. Há, dessa forma, uma equiparação/aproximação do corpo sobrepeso ao obeso, como demonstram as tabelas de Classificação do IMC da SD10, recorte B, que ABESO divulga em suas “Diretrizes Brasileiras de Obesidade”, representadas na Figura 6.

**Figura 6** - Representação IMC para o sobrepeso na OMS e na ABESO

INSTITUIÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	RISCO DE DOENÇA
OMS	25,00 - 29,99	aumentado
ABESO	25,00 - 29,99	pouco elevado

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Observamos que, além de o Relatório e as Diretrizes adotarem a orientação de uso do IMC, também evidenciam as gradações para o risco de doenças correlatas às

condições de sobrepeso e obesidade. Em vista disso, em conformidade com a SD14, consideramos que essa proximidade coloca o corpo com sobrepeso também como um objeto das mesmas advertências aplicadas ao sujeito com corpo obeso, uma vez que já é considerado como pré-obesidade (SD 10 - recorte B).

Ante o exposto, na SD 14, podemos afirmar que o discurso médico tende a determinar à adequação de um corpo com uma proporção, muitas vezes, insignificante de gordura corporal. Dessa forma, por mais que o sobrepeso acoberte certo grau de gravidade e não se equipare tanto às consequências para a saúde corporal como a obesidade, estar nessa classificação também é não se encaixar na variação de normal (magro).

Em outras palavras, o corpo em condição de sobrepeso está no limiar entre saúde e doença, e assim como a obesidade, na sequência discursiva analisada, estar com sobrepeso (um pouco acima do peso) é desviar do que é uma condição corporal normal. O efeito de sentido, para o sujeito-doente, é de necessidade constante de vigilância para com o corpo. Sendo assim, podemos afirmar que essa forma de dizer sobre o a gordura corporal é uma forma de sustentar o cenário epidêmico criado. Há também uma ampliação de sujeitos cuja forma corporal deve levá-los a submeter-se à assistência e à prevenção inculcadas pelo AIE de saúde.

Com base no exposto, podemos inferir que ampliando o número de sujeitos em condição de risco aumenta-se também a submissão à ideologia de saúde. Na SD 14, dizer que “os riscos à saúde” também se devem a “um aumento relativamente pequeno no peso corpóreo” não está desprovido de sentido, isto é, a partir desse discurso, reafirma-se não só uma ideologia dominante, mas aproveita-se para incutir questões úteis para sua manutenção, como o controle e a adequação do peso corporal, tendo em vista que o sujeito-doente está em desarranjo.

Diante disso, pensando nos modos atuais de produção, capitalista/neoliberal, o sujeito, ao ser interpelado por esse discurso, pode passar a ser também um consumidor em potencial dos produtos e serviços disponibilizados pelos AIE de saúde (legitimados ou não).

A obesidade como epidemia é também sustentada por outro ponto que inclusive a torna um dos grandes desafios para a saúde pública: trata-se do seu impacto econômico. Sobre isso, citamos Vigarello (2012), que considera que os gastos com a saúde de um sujeito obeso dobram em relação aos de um sujeito magro. Assim sendo, a obesidade passa a ser um “mal” que assombra as sociedades na

atualidade e o que atesta isso são os números resultantes do IMC - diagnóstico que classifica e expõe o sobrepeso e obesidade como problema à saúde pública. No tocante à OMS, em tom alarmista, a instituição salienta que os gastos para “lidar” com ela são enormes (OMS, 2004).

Especificamente sobre o aspecto financeiro, na SD seguinte, recorte das “Diretrizes Brasileira de Obesidade” da ABESO, destacamos a questão de gastos relacionados à obesidade:

SD 15 - A obesidade está associada a maior morbidade secundária a aumento da resistência à insulina, diabetes, hipertensão e dislipidemias, **condições que representam cerca de 8% do total de gastos em saúde pública no Brasil. Existem ainda custos indiretos relacionados ao afastamento do trabalho, absenteísmo e aposentadorias mais precoces dos indivíduos com obesidade.** (ABESO, 2016, p. 163, negritos meus).

O cálculo do custo econômico da obesidade e sobrepeso é obtido a partir da técnica “custo enfermidade”, a qual é utilizada para estipular o impacto financeiro de determinada doença em uma comunidade (OMS, 2004). Segundo a SD 15, oito por cento dos custos da saúde pública no Brasil são com a obesidade, além dos custos indiretos, que estão ligados aos dias de trabalho perdidos, perda de produtividade na escala econômica.

Em síntese, custos diretos se referem ao custo para a “comunidade”, quando uma parcela (do todo) dos recursos é destinada especificamente ao diagnóstico e tratamento da obesidade e doenças relacionadas a ela. Como gastos indiretos, enquadram-se os que estão ligados à questão econômica e bem-estar “dos outros (membros da sociedade)” e não para o sujeito. Como bem especifica a SD 15, “esses custos são normalmente medidos como a produção perdida pela ausência relacionada ao trabalho e morte prematura” (OMS, 2004, p. 80).

Somando-se a esses dois critérios, ainda há os custos intangíveis, de ordem individual, o “impacto da obesidade sobre a qualidade de vida geralmente e sobre a saúde especificamente” (OMS, 2004a, p. 80). Esse tipo de custo, por sua vez, é o que recebe menos atenção, pois, conforme a Organização (2004), é o mais difícil de ser quantificado.

Na SD 15, cada sujeito-doente, com sobrepeso ou obesidade, que necessite utilizar o sistema de saúde, é representado em porcentagem da despesa. No Brasil, em 2018, “considerando separadamente a obesidade como fator de risco para

hipertensão e diabetes, os custos atribuíveis a essa doença chegaram a R\$ 1,42 bilhão [...], ou seja, 41% dos custos totais” (NILSON et al. 2020, p. 1). Nesse sentido, podemos considerar que a fatura não seria tão alta se não tivéssemos um significativo índice de sujeitos com excesso de peso. Além disso, essa sequência nos leva a pensar que, sem essa condição, poderíamos ter menos casos de sujeitos diabéticos, resistentes à insulina, com hipertensão e dislipidemias. Sendo assim, consideramos que há, no discurso médico, certa culpabilização do sujeito pelos gastos na saúde pública, colocando-o em uma posição de usurpador, mesmo que seja seu direito fazer uso dos sistemas de saúde. “Os obesos passaram a ser vistos como aqueles que consomem mais recursos do que os demais”, conforme atesta Sant’anna (2016, p. 160). Em síntese, portanto, os sujeitos-doentes com sobrepeso e obesos são também uma ameaça econômica.

Ainda, observamos que a instituição aponta também os custos indiretos e, dessa forma, somando aos custos diretos, esse discurso direciona o sentido de reparo: o corpo do sujeito-doente deve ser reparado. Isso porque, o sujeito, na formação social atual, só interessa se ele estiver produzindo/consumindo, devendo estar apto para a geração de lucros. O sujeito-doente, com sobrepeso e obeso, não interessam, porque apenas resultam em gastos. Por essa razão, as práticas discursivas dos AIE de saúde investem em um discurso de promoção de saúde e emagrecimento, a fim de interpelar o sujeito para que possa contribuir com a reprodução e manutenção dos lugares sociais.

Enredando a nossa análise, podemos dizer que o discurso médico produz um paradoxo, em que, ora o sujeito-doente é útil enquanto um bom consumidor, ora passa a ser um fardo, pois custa caro aos cofres públicos, como se deglutisse também a verba do outro. Portanto, o discurso médico, devido ao cenário epidêmico e de prejuízos econômicos, estipula a forma como o sujeito deve reparar a saúde. Nesse sentido, a seguir, apresentamos as sequências discursivas (16 e 17, recortadas, respectivamente, do “Manifesto Obesidade: cuidar de todas as formas” e “Diretrizes Brasileira de Obesidade”) que demonstram como o discurso médico aborda o tratamento do sujeito-doente.

**SD 16 - O enfrentamento da obesidade, cuidando de todas as formas, com orientações para mudanças no estilo de vida, ajustes na alimentação, prescrição de atividade física [...]. (ABESO; SBEM, 2021, p. 7, negritos meus).**

SD 17 - [...] foco na modificação dos hábitos de vida relacionados com orientações nutricionais para **diminuir o consumo de calorias na alimentação e exercícios para aumentar o gasto calórico**. (ABESO, 2016, p. 55, negrito meu).

Nessas sequências discursivas, o discurso médico foca, como causa e tratamento da obesidade, no estilo de vida do sujeito, referindo-se à alimentação e ao exercício/atividade física, ou seja, o sujeito necessita comer menos e exercitar-se mais. Retoma-se, assim, a memória de que o sujeito-doente só é gordo porque come demais e é preguiçoso/inativo. Especificamente na SD 17, rememora-se a ideia de corpo-máquina, de um corpo cujo bom funcionamento precisa estar em equilíbrio com o consumo e gasto de energia, do contrário, é preciso reparação e manutenção, como se, sem esse equilíbrio, a máquina parasse de trabalhar.

Hoje é de conhecimento e de consenso do discurso médico de que a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial (ANS, 2017); de que ela também é resultado da interação dos genes, estilo de vida, ambiente e fatores emocionais; de que o ambiente atual possui grande potencial no estímulo de desenvolvimento da obesidade (ABESO, 2016). Mesmo assim, as recomendações, como a das SDs em análise, focam, quando sugerem como procedimento de “cura” a mudança do estilo de vida, isto é, no sujeito como sendo o responsável por promover a sua saúde.

Apesar de citar demais fatores, como no trecho “resultado de uma interação entre fatores genéticos, comportamentais e ambientais em que **a ingestão alimentar é maior que o gasto energético**” (ANS, 2017, p. 11, negrito meu), que não dependem da vontade e do modo de vida do sujeito, a ótica do discurso médico de que a obesidade é uma responsabilidade do sujeito é reafirmada. Assim sendo, mesmo que existam as demais causas, elas parecem possuir menor valor, indicando que o discurso médico enuncia um discurso de culpabilidade e responsabilidade individual do sujeito-doente.

Diante dessa perspectiva, a proposição de intervenção de forma individualizada se dá porque está relacionada à etiologia da obesidade mais disseminada, que é a teoria do balanço energético positivo (PAIM; KOVALESKI, 2020). Em vista disso, o discurso médico parece abordar a temática de forma reducionista, deixando o coletivo de lado, visto que o sobrepeso e a obesidade são considerados problemas de saúde pública, direcionando uma promoção de responsabilidade individual e de falta de força de vontade do sujeito-doente.

Na SD 16, o discurso médico faz uso da substantivação do verbo “enfrentar” - “o enfrentamento”, produzindo um efeito de sentido de que o excesso de peso é algo que necessita ser combatido. Então, no trecho “o excesso de peso deve ser encarado como uma doença por **todos** os médicos” (ABESO; SBEM, 2021, p. 7, negrito meu), notamos que esse discurso coloca seu exército - os médicos - em campo de batalha, numa posição de luta contra a obesidade. Nessa luta, os sujeitos-médicos dispõem das armas para que esse combate possa ser resolvido, basta convencer o sujeito-doente, que por meio de “mudança de estilo de vida”, “ajustes na alimentação” e adoção de “atividade física”, a gordura pode ser vencida.

Em outra SD recortada do Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira” de 2017, observamos o seguinte:

SD 18 - Sabe-se que **o tratamento clínico (mudança de estilo de vida e medicamentos) reduz em média 10% do peso corporal, daí a importância de um diagnóstico e intervenção precoces. E o tratamento cirúrgico da obesidade reduz 30% do peso corporal.** (ANS, 2017, p. 11, negrito meu).

Essa SD ressoa que o discurso médico, além da mudança de estilo de vida no que diz respeito à alimentação saudável, dieta e prática de atividade física, acrescenta o uso de medicamentos e cirurgia como forma de tratamento e/ou cura. Tudo isso motivado por um único objetivo: o emagrecimento. Podemos, com essa SD, apreender que a prática discursiva desse AIE de saúde sugere que vale tudo em busca do corpo saudável. Ou seja, o discurso médico, pelo caráter multifatorial dessa condição, valida essas práticas, já que essa “dimensão multidisciplinar e multiparadigmática” contribui para que a obesidade seja apropriada como problema médico (POULAIN, 2013). Esse discurso individualiza o tratamento da obesidade ao mesmo tempo que orienta o uso de fármacos, podendo impulsionar o mercado (DIAS et al. 2017). Sobre isso, destacamos que “o Brasil é um dos países com maiores índices de uso de medicamentos controlados para emagrecer” (BRASIL, p. 2014, 151).

Na SD 18, verificamos o uso da impessoalidade, quando o sujeito agente é indeterminado - “sabe-se”. Com isso, a ANS demonstra uma tentativa de mostrar-se neutra, pois, ao fazer isso, silencia a autoria dos especialistas que produziram o manual, gerando efeito de sentido de que se trata de um consenso da categoria. Portanto, “é porque é”, o discurso médico não abre possibilidade para que se produza outro sentido, produzindo, dessa forma, um sentido de generalidade. Parece que “todo

mundo sabe que é assim”, o que se torna incontestável, porque apresenta números como prova - “reduz em média 10% da gordura corporal” e o resultado melhora a partir de intervenção cirúrgica, com uma redução de “30%”. Isso ocorre na ilusão de apagar as marcas ideológicas desse discurso.

Enquanto discurso autoritário, o discurso médico, ao mesmo tempo em que diz que basta mudar o estilo de vida, não descarta também intervenções mais invasivas no corpo. Por ser impositivo, não deixa margens para questionamentos de como essas práticas repercutem na vida dos sujeitos e sobre seus efeitos prejudiciais/colaterais. Por conta disso, ao idealizar a saúde e um corpo sadio, os sujeitos focam no emagrecimento a qualquer custo, ou seja, esses efeitos ‘negativos’ ficam em segundo plano.

No entanto, destacamos que, apesar dessas práticas medicamentosas ou cirúrgicas funcionarem, manter o “peso ideal” é uma tarefa dura, que exige muita disciplina, pois, com qualquer descuido, a gordura volta (ALTHEIA, 2019) ou aumenta, conforme afirma Foxcroft:

Quem faz as dietas da moda consegue perder inicialmente 5% ou 10% de seu peso com qualquer uma delas, mas os quilos quase sempre retornam. Um relatório recente da *American Psychological Association*, que examinou 31 estudos sobre dietas, descobriu que, após dois anos de regime, até dois terços de seus participantes tinham peso mais elevado do que antes de começá-lo. A manutenção do emagrecimento foi constatada em apenas uma minoria dos participantes, ao passo que a recuperação total do peso perdido foi observada na maioria. (FOXCRIFT, 2013, p. 12).

Em vista disso, a autora salienta que é preciso cautela perante essas práticas, muitas vezes perigosas, como uso de medicamentos mal orientados. Sendo assim, como bem lembra Poulain (2013), a maioria dos tratamentos para a obesidade fracassa.

Ainda na SD 18, percebemos que a prática medicamentosa e cirúrgica pode ser dispensada se o ganho de peso for identificado precocemente, ou ainda, se intervenções fossem realizadas previamente sobre o corpo sobrepeso. Em todo caso, notamos que o sujeito-doente parece ser culpabilizado pelo discurso médico, por não se encaixar na variação normal. Isso porque, no contexto sócio-histórico movido por ideologias capitalistas, “*se eu quiser, eu posso tudo*” (ORLANDI, 2012, p. 213, itálico da autora).

Nessa lógica, também percebemos um direcionamento de ações para solucionar o quadro de sobrepeso e obesidade tendo como foco o comportamento individual, fato que se torna mais perceptível na passagem: “O paciente deve ser abordado individualmente sobre história do peso e dos problemas de saúde dele advindos e a motivação para agir contra os fatores obesogênicos ambientais” (ABESO, 2016, p. 55).

A respeito disso, Castiel, Moraes e Paula (2016, p. 104) afirmam que a saúde pública “passa a enfatizar mais ainda a responsabilidade individual e a autodisciplina no ambiente político neoliberal, que se ajusta bem às medidas de austeridade diante das crises financeiras globais”. Sendo assim, ao instigar o sujeito para que adote medidas comportamentais individuais (alimentares e/ou prática de atividade física), o faz porque é mais fácil e resulta em baixo custo, além do bônus de não afrontar a indústria de alimentos por exemplo.

Ou seja: dieta e atividade física são mais baratas e, por isso, a cirurgia bariátrica, por exemplo, só é realizada em casos de obesidade grave – IMC > 40 ou 35 (quando coexistir uma ou mais comorbidade grave relacionada) -, e ainda, em caso de o fracasso do sujeito-doente, que após tratamento médico de pelo menos dois anos, em que não consegue emagrecer ou manter o peso perdido, esteja documentado (ABESO, 2016, p. 163).

Relacionando tais observações com a teoria que nos ampara teoricamente, retomamos, nesse momento, o processo de interpelação e individuação do sujeito. Orlandi (2010), assim como Pêcheux (1997), teorizam que o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia, no simbólico, resultando na forma-sujeito histórica e, por outro lado, pelo Estado, “com suas instituições e as relações materializadas pela formação social que lhe corresponde” (ORLANDI, 2005, p. 106) ocorre a individuação dessa forma-sujeito. De acordo com Orlandi:

[...] pensando a relação desse sujeito assim individuado, com o corpo político, de que recebe por este mesmo ato sua unidade, seu eu comum, sua vida e sua vontade - a forma da pessoa pública, esta correspondendo a uma forma de individuação, o sentimento de ser um, no todo da sociedade. É a forma de individuação em relação à sociedade em geral, de que resulta o “eu comum”. (ORLANDI, 2010, p. 5).

Como resultado desse processo, destaca Orlandi (2005), tem-se um indivíduo dono/responsável de suas vontades, um sujeito de direitos e deveres. O sujeito individuado é o que vai estabelecer uma relação de identificação com esta ou aquela formação discursiva. A autora explica que é desse modo que:

se constitui em uma posição-sujeito na sociedade. E isto deriva de seus modos de individuação pelo Estado (ou pela falha do Estado), pela articulação simbólico-política através das instituições e discursos, daí resultando sua inscrição em uma formação discursiva e sua posição sujeito que se inscreve então na formação social [...] com os sentidos que o identificam em sua posição sujeito na sociedade. (ORLANDI, 2012, p. 228).

Para a autora, a partir da constituição forma-sujeito histórica dá-se a individuação do sujeito. Essa noção, sujeito individuado, não é psicológica, mas política, pois a relação indivíduo-sociedade é política (ORLANDI, 2010). Com base nisso, consideramos que o discurso dos AIE de saúde sobre o corpo é um discurso que individua. Esse processo de individuação pelo Estado, no que tange ao território mais íntimo do sujeito - o corpo “natural e concreto” - ocorre porque sempre tivemos ou fomos um corpo e, por isso, parece-nos familiar (SANT’ANNA, 2000). É, então, o registro do que consideramos nossa “identidade” ou, nos termos de Pêcheux (1997), “processo de identificação”.

Dito isso, verificamos que os documentos analisados, nos quais o discurso médico está filiado à ideologia de saúde, configuram-se como lugares de memória de como o corpo deve ou não ser para ser saudável. Dessa forma, sacode o sentido de que o corpo é território tranquilo, é o “lugar primeiro de identidade” do sujeito (VIGARELLO, p. 335), deslocando-o para posição doente quando rompe com o que é posto como normal. Isso se dá pela forma como os AIE de Saúde individualizam o sujeito com excesso de peso, significando sua identificação com a formação discursiva que lhe origina: é doente porque come demais e de forma errada, além de ser sedentário.

O corpo é espaço institucionalizado e ligado ao poder dos AIE de Saúde. Então, o discurso médico estrutura seu discurso em função da saúde de um sujeito de corpo saudável, o que marca a interpelação. Um sujeito que se relaciona com práticas para uma vida saudável e possui um corpo magro é a posição que somos convidados a ocupar. Extrapolar com esse sentido de corpo não é possível sem romper com a norma, sem ser deixado à margem. Ocupar, portanto, a posição-sujeito doente faz com que não se possa fugir dos sentidos que acompanham tal posição: ameaça,

sedentário, glutão, e tantos outros. Dessa forma, o sujeito é afetado pelos sentidos do discurso médico que emergem (também) desses documentos. Essa condição de sujeito-doente se torna a sua principal marca identitária e, por isso, é julgado, pelo discurso médico, como culpado:

Sabe-se que a ideia de culpa envolve, antes de tudo, um julgamento e a desaprovação de alguém em função de alguma falha, transgressão (como falta, pecado, delito, ofensa etc.) em relação à moral ou às leis vigentes em um determinado contexto. Inevitavelmente, está ligada à noção de responsabilidade, ou seja, à capacidade de responder socialmente pelos próprios atos. (CASTIEL; DIAZ, 2007, p. 35).

Nessa perspectiva, ao depositar a responsabilidade de prevenção e tratamento de forma individualizada, os AIE de Saúde produzem um sentido de culpabilidade, em que o sujeito-doente é culpado por sua condição, tendo em vista o discurso de “força de vontade”. O discurso médico, nesse sentido, parece buscar educar esses sujeitos para mudar o comportamento antes que seja tarde demais. Assim, no discurso médico, nas condições de vida atuais, em que o individualismo é marcado pela responsabilidade pessoal junto à liberdade de escolha, o sujeito é “livre” para escolher.

Isso, por sua vez, certifica o fracasso como culpa por ocupar a posição-sujeito doente, por se render às ofertas, consumindo açúcar em excesso, gordura saturada, alimentos ultraprocessados e processados, bem como pela inatividade física. No entanto, enfatizamos que, segundo Poulain (2013), a obesidade tem caráter multifatorial, por isso, é possível responsabilizar outros autores, como as indústrias farmacêuticas e agroalimentares, mídia, políticos, pesquisadores (por deixarem influenciar pelos industriáveis e manipulação de dados), entre outros.

A obesidade é um efeito da atual conjuntura, em que se culpabiliza o sujeito pela sua própria condição, quando nem sempre se tem acessibilidade aos tratamentos, bem como o acesso à alimentação “adequada”, tendo em vista as condições econômicas e sociais vulneráveis (POULAIN, 2013). Então, considerando esse cenário socioeconômico, percebemos que as escolhas, como a alimentar, tornam-se complexas, pois dependem, além das características ambientais e individuais, de fatores econômicos que englobam renda e preços. Nesse sentido, destacamos que “o mecanismo de preços exerce caráter proibitivo sobre escolhas alimentares de modo inversamente proporcional ao nível socioeconômico do

indivíduo” (RECH et al. 2016, p. 4). Diante de todas essas condições, de uma posição de vítima, o sujeito passa a ocupar, portanto, a de culpado.

O discurso médico, nessa trama, apresenta a fórmula: comer pouco e praticar muita atividade física. O binômio se apresenta como solução para uma questão bastante complexa, como a obesidade, em que se utilizam os conhecimentos científicos de forma simplista, direcionados unicamente para o biológico e para o modo de vida. Desse modo, como discurso autorizado, não abre brecha para problematizações epistemológicas (SANTOS *et al.* 2019).

Esse fato será utilizado pelos agentes dos AIE de Saúde como uma forma de regulação, inclusive, moral e que pode servir de julgamento, principalmente, aos que fogem da classificação normal: serão criticados por sua negligência e falta de autocuidado, considerados omissos em relação à saúde, desperdiçadores dos recursos públicos e dos seguros de saúde. Isso nos remete à lógica do cuidado de si (FOUCAULT, 1990), de modo que, para Castiel e Diaz (2007, p. 61), os sujeitos são “pessoalmente responsáveis pela gestão de riscos socialmente gerados”. Segundo os autores:

Um traço marcante da racionalidade neoliberal consiste na justaposição do indivíduo moral e responsável ao indivíduo econômico e racional. A noção de livre arbítrio se escora tanto no sentido do direito de decidir como no da liberdade da escolha. Esta é necessária na equação que desemboca na responsabilidade das ações e de suas consequências a este indivíduo. (CASTIEL; DIAZ, 2007, p. 61).

As medidas individuais não devem ser desvalorizadas, tampouco desconsideradas, mas, diante do exposto, podemos perceber que o discurso médico mostra como o Estado parece ser condescendente com a formação social atual que é a neoliberal. Assim, ao propor o tratamento e a prevenção do sobrepeso e da obesidade, tenta se isentar da responsabilidade pelo coletivo. O sujeito, constituído na formação social do capitalismo, deve, portanto, buscar adequar-se, ou seja, nesse entremeio, o sujeito é “convidado” a adotar comportamentos, a fim de sustentar a imagem de um corpo saudável e magro, visto que, socialmente e institucionalmente (pensando os AIE de Saúde), não há nenhuma asserção positiva e valorativa quanto ao corpo sobrepeso ou obeso.

As práticas discursivas na formação social capitalista colocam, então, o sobrepeso e a obesidade como sendo um aspecto em que a responsabilidade é

exclusivamente do sujeito, assim como, é tão somente sua responsabilidade emagrecer. Nessa lógica, o discurso médico, estrategicamente, torna os sujeitos responsáveis pela gestão dos riscos, visto que são “livres” para escolher, devendo assumir responsabilidade pelas consequências.

Em vista disso, citamos Lunkes (2021, p. 381) e sua leitura de Ehrenberg (2010), que aponta para o surgimento de um sujeito empreendedor “colocando cada um como possível empreendedor em qualquer iniciativa, tanto no âmbito profissional como no pessoal”. Com base nisso, ainda de acordo com o autor supracitado, podemos afirmar que o discurso médico pretende operar mudanças em relação a aspectos “cuja evidência de singularidade é bastante marcada”, como é o caso do sujeito-doente e do seu estilo de vida, cujo comportamento acerca da prática alimentar e da atividade física deve sofrer alteração, visando alcançar o nível de saúde dito como normal pelo discurso médico.

Nesse sentido, parafraseando Lunkes (2021), o corpo passa a ser como uma empresa e o próprio sujeito seu administrador, de modo que ter saúde depende dessa administração. O discurso médico funciona no sentido coercitivo, em que os sentidos impositivos se centram em ter/ser um corpo magro para ser considerado saudável. O sujeito, desse modo, é empresário de si mesmo (FOUCAULT, 2008b).

Especificamente sobre o corpo, enfatizamos que

Assim, é necessário um corpo apto, delgado, atraente de vários modos, não só com beleza física, mas também desfilando sinais indicativos da disponibilidade e abertura a experiências (como indicam certas marcas corporais - tatuagens, *piercings*). Corpos capazes, sobretudo, de dar conta do máximo de opções e possibilidades que se descortinam nos extensos e variados menus de atividades cotidianas, oferecidos para além das alternativas gastronômicas. Para isto, cabe a realização de ‘sacrifícios’ auto-infligidos. (CASTIEL; DIAZ, 2007, p. 62).

À vista disso, discursivamente, o tratamento e a prevenção são construídos por critérios estabelecidos e assegurados no discurso médico, enlaçando o sujeito a uma patologia e um tipo de tratamento, ou formas de prevenir. Portanto, o discurso médico, presente no *corpus* analisado, favorece um efeito de sentido que reforça a normalidade inerente ao modelo de corpo magro, validando esse modelo como garantia de saúde, tendo em vista que foca em uma abordagem de prevenção voltada

para a perda de peso. Além disso, (re)produz a estigmatização do sujeito gordo, um desviante que deve se ajustar.

A partir dessas considerações, percebemos que a ideologia de saúde age como um mecanismo de controle social, assombrando o sujeito gordo na busca pelo controle e/ou manutenção do peso, ou seja, deve tornar-se vigia de si. Assim, o discurso médico como discurso autoritário se torna base de condutas e modelo ideal de corpo também no espaço médico. Ao se estabelecer como discurso de poder, esse discurso assume voz de autoridade, ou seja, adota um discurso sem reversibilidade possível, em que os sentidos são postos como únicos possíveis, que vai do médico para o sujeito-doente.

### 3.1 A ABORDAGEM DO CORPO MAGRO NA CLASSIFICAÇÃO DO IMC

Só é gorda(o) quem quer!

A máxima que assombra a vida dos sujeitos na sociedade atual: ser gordo. Você tem que ser magro, senão, não se esforçou o suficiente, nem fez uso das práticas corporais que estão disponíveis no mercado. Temos, dessa forma, a premissa das sociedades e culturas modernas, em que os sujeitos buscam adaptação à norma corporal, visando à saúde corporal e/ou a um corpo “perfeito”. Não atender a essa exigência de um corpo livre dos riscos à saúde torna o sujeito desviante, incapaz de cuidar de si, irresponsável consigo e com os cofres públicos, como já discutimos anteriormente.

Nossa época, para Lipovetsky e Serroy (2015), não pode ser pensada separada do culto à saúde. E, tampouco, acrescentamos, do culto da beleza. Se o século XX se destaca como o período em que surge uma crescente intervenção médica sobre o corpo (MOULIN, 2008), também é o período em que emerge uma maior vigilância com a forma corporal (SOHN, 2008). Não que essa seja uma realidade que se manifesta apenas nessa época, mas é quando a preocupação com a saúde e “bem-estar” corporal se intensifica, alimentada também por uma expansão rápida da megaindústria da beleza e do lazer. Sobre isso, apresentamos as considerações de Sant’Anna (2000):

O comércio de medicamentos destinados ao emagrecimento e à manutenção da boa forma se banalizava juntamente com a manifestação dos programas de televisão preocupados em aconselhar cada um a 'adquirir um corpo belo e saudável', como se, doravante, fosse preciso, mais do que nunca, tomar consciência de que o corpo é algo que se adquire, se conquista e se constrói. (SANT'ANNA, 2000, p. 52).

Além desses componentes, podemos citar ainda a indústria alimentícia, da moda, da publicidade, entre outros. Notamos também aumento no rol de profissionais que se tornam especialistas no cuidado com o corpo, dentre os quais, destacamos os da área da saúde - médicos, nutricionistas, etc. Em vista disso, podemos afirmar que se forma uma gama de avanços da ciência médica, propiciando aos sujeitos várias possibilidades de modificarem seus corpos. É nesse e desse cenário que se intensifica o cuidado com o corpo, estabelecendo-se um dever, uma obrigação com esse cuidar, forjando diversas práticas de intervenções, dentre elas, a de emagrecimento, sustentadas pela ideologia de saúde.

Com base nisso, verificamos a existência de um cuidado indispensável com o corpo que se ampara no Mercado e no discurso médico. De acordo com Novaes (2013), o binômio saúde-beleza enfatiza que a beleza é determinante para se obter, por exemplo, a felicidade, indicando também que há um padrão estético estabelecido para a saúde. Novaes (2013, p. 85) afirma que "beleza exterior e saúde, aparência exterior desagradável e doença cada vez mais se associam como sinônimo", ou seja, o modo como a imagem do corpo é construída e apresentada em nossas condições sócio-históricas-ideológicas solidifica essa afirmação. Isso porque a rejeição para com o corpo gordo, em partes, dá-se pelo fato de que o excesso de gordura é associado a uma anormalidade física. Sendo assim, o discurso médico, a partir da categorização do que seria um corpo de variação normal, quase-doente e doente, contribui para essa rotulação estética, pois tudo o que foge do parâmetro de normalidade, como é o caso do excesso de gordura corporal, deve ser "curado".

O fruto resultante do funcionamento desse discurso médico é que incansavelmente os sujeitos estão em busca do corpo com IMC entre 18,50 e 24,99, ou seja, índices que apontam uma variação normal e a magreza adequada, revelando o modelo de corpo posto como único e possível de ser saudável. Dessa forma, o discurso médico, ao dar ares de neutralidade científica à depreciação do corpo gordo (POULAIN, 2004), justifica a rotulagem e a busca por adequação. Portanto, em

conformidade com Novaes (2013), reiteramos que o padrão estético da saúde é o corpo magro.

Posto isso, ressaltamos que não estamos afirmando que o discurso médico, por si só, seja culpado pela atual depreciação do corpo gordo. Entretanto, acreditamos que esse discurso também sustenta uma legitimidade à normalização do corpo magro e, conseqüentemente, uma patologização do gordo. Por essa razão, buscamos demonstrar como o discurso médico, amparado na ideologia de saúde, produz sentido sobre a variação normal do corpo. Para tanto, utilizamos como base para análise a tabela de classificação internacional de obesidade, o IMC, tanto a contida no relatório OMS (2004) como a que se encontra no *site* da ABESO (2016), nas “Diretrizes brasileiras de obesidade”<sup>51</sup>.

### 3.1.1 O corpo magro a partir da perspectiva do discurso médico nos documentos analisados

Encontramo-nos, dessa forma, em um cenário de ideais, crenças e representações sociais relativas ao corpo (magro) que esboçam um valor utópico, que estruturam padrões sociais e focam em normas que interpelam os sujeitos. No imaginário social, respaldado pelo discurso médico, o ser saudável refere-se à reprodução de estilos de vida saudável, que relacionam bom hábito alimentar, prática de atividade física e o formato corporal.

Ser e/ou estar magro é positivado em quaisquer condições, discursos ou forma de socialização. Por outro lado, pessoas gordas enfrentam diariamente e em todos os lugares a estigmatização nas relações sociais, laborais e afetivas. De modo reiterado, isso nem sempre foi assim, pois o corpo gordo é posto como algo que deve ser corrigido, já que a gordura é inquestionavelmente a causa do adoecimento, é ela, antes de tudo, que deve ser “curada”. Esse discurso reflete que não é apenas no

---

<sup>51</sup> É importante retomar que os documentos analisados têm como foco o excesso de peso e não a variação normal de corpo, ou seja, o corpo magro (considerando o IMC). Mas, por apresentarem todas as classificações, diferentemente do relatório de 1995, “*Utilisation et interprétation de l’anthropométrie: rapport d’ un comité OMS d’experts*”, que trata separadamente, trazendo as tabelas da obesidade em tópico e da magreza em outro, e expõe alguns detalhes sobre o IMC <18,50. Nos outros dois documentos, não há essa explanação sobre o corpo magro. Então, considerando que a posição adotada por esses AIE de Saúde está focada no emagrecimento, julgamos pertinente a análise apresentada a seguir.

espaço social que o corpo gordo é subjugado, uma vez que isso também acontece no campo da saúde. A partir do discurso médico, o sujeito gordo passa a ocupar lugar de doente e, para solucionar o problema, necessita apenas emagrecer. Emagrecer, então, apresenta-se como a solução para todos os problemas, inclusive, os de saúde e é isso que ressoa, inclusive, extrapolando os documentos e circula socialmente.

Frente ao exposto, uma das maiores queixas dos sujeitos que estudam o corpo gordo e militam contra esse cenário refere-se ao preconceito disfarçado e/ou justificado por uma preocupação com a “saúde” - entre aspas porque, nessa situação, o que menos importa é a saúde, porque ela funciona como pretexto para dissimular a aversão à gordura; dessa forma, pessoas gordas sofrem gordofobia (RANGEL, 2018; JIMENEZ JIMENEZ, 2020). Jimenez Jimenez (2020) aponta que essa preocupação com a “saúde” do sujeito gordo, ao ser rotulado como doente apenas por estar acima do peso, valida a discriminação. Por outro lado, isso não ocorre com pessoas magras, uma vez que não são questionadas sobre como está sua saúde, a pressão arterial, por exemplo. Isso porque, para a sociedade, o magro, independentemente de qualquer fator, é o normal. Consequentemente, os magros vivem em privilégio.

Dito isso, neste primeiro momento, para nossa análise, observamos os documentos retomando as tabelas do IMC<sup>52</sup> (OMS, 2004; ABESO, 2016), recortando a categoria abaixo peso e variação normal de cada documento. A seguir, apresentamos a SD recortada do relatório “Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global”:

#### SD 19 - Recorte da tabela de classificação internacional para adultos

Classificação	IMC	RISCO DE COMORBIDADES
ABAIXO PESO	< 18,50	Baixo (mas risco aumentado de outros problemas clínicos)
VARIAÇÃO NORMAL	18,50 - 24, 99	Médio

Fonte: adaptado OMS (2004, p. 9).

<sup>52</sup> Cabe salientar que, no restante da tabela do IMC (OMS, 2004), as demais classificações tampouco apresentam quais são os riscos que podem acometer o pré-obeso e o obeso classe I/II/III, inclusive, no que tange ao sobrepeso, não informa se essa condição é risco baixo, moderado, médio ou grave para comorbidades. No entanto, no decorrer do relatório, esses riscos são nomeados e apresentados com dados de estudos, custos, tratamento, modo de prevenção etc., diferentemente do que ocorre com baixo peso e variação normal, que seria o qualitativo magro.

Na SD 19, podemos verificar como é composta a tabela do IMC para adultos, a partir da atualização feita em 1998 pela OMS, em que destacamos as duas primeiras classificações que tratam da variação normal e abaixo do peso. O relatório em questão serve de base a nível mundial e consiste em orientações para a prática profissional, tendo em vista o modo como se posiciona e direciona o tratamento em relação ao corpo magro e gordo e, por isso, é fundamental para que compreendamos o atual discurso que relaciona saúde a determinada forma corporal. Além disso, serve de base para justificativas, na atual conjuntura, a respeito da discriminação do corpo gordo.

Nessa SD, a OMS (2004) não diz, quando classifica o baixo peso, a quais riscos se refere quando relaciona essa classificação a um nível de baixo risco, nem a classificação de variação normal a um nível de risco médio. De acordo com a OMS:

Fator de risco pode ser definido como característica ou circunstância determinável de uma pessoa ou de um grupo de pessoas associada a um risco anormal de aparecimento, ou evolução, de processo patológico ou de afecção especialmente desfavorável. (OMS, 1983).

Dessa forma, ao recorrermos à denominação comorbidade, na Medicina, verificamos que se refere à ocorrência de uma doença em conjunto com outra, isto é, a coexistência de doenças<sup>53</sup> em uma mesma pessoa. O termo risco, por sua vez, diz respeito à probabilidade de um evento que pode levar ao adoecimento e/ou morte. Então, na SD 19, o discurso médico indica que o baixo peso e a variação normal podem apresentar risco patológico baixo e médio ao sujeito mensurado como tal. De acordo com o discurso médico, nessa SD, há a possibilidade, mesmo que mínima, dessas duas categorias também indicarem o adoecimento/morte do sujeito. Contudo, não está dito qual/quais doenças podem acometer esse corpo, suas causas e consequências, o que fazer para evitar, etc.

Na SD 19, o IMC <18,50 apresenta risco baixo, ou seja, mínimo para comorbidades. Porém, há um parêntese: o risco para outras condições clínicas é aumentado. Essas outras condições direcionam para várias possibilidades, das quais, com base na CID-11, podemos citar a desnutrição, a deficiência de alguns tipos de vitaminas e a deficiência de proteína. No entanto, a OMS não aborda essas condições patológicas. A título de exemplificação, podemos considerar que um sujeito de IMC

---

<sup>53</sup> Disponível em: <https://www.dicio.com.br/comorbidade/>. Acesso em: 15 dez. 2022.

18,50 se enquadra na variação normal, mesmo estando no limite entre um corpo normal e a magreza grau I (conforme SD 11). Como o IMC entre 18,50 e 24,99 sugere um risco médio para comorbidades, o sujeito, cujo índice está entre os números de referência, encaixa-se na normalidade. Estando nessa classificação, ele encontra-se numa posição fronteira, não há risco elevado, mas também não está livre de desenvolver alguma patologia. Contudo, o discurso médico não informa quais seriam os riscos para essa condição.

O relatório, em sua segunda parte, até apresenta um tópico intitulado “Benefícios e riscos da perda de peso para a saúde”, em que distingue perda de peso intencional e não intencional e os problemas de avaliação dos efeitos que a perda de peso pode trazer aos sujeitos. O foco do tópico está principalmente nos benefícios que a perda de peso pode ocasionar para a saúde, questões gerais sobre perder peso e a sua relação com a (melhora da) saúde. Nem em nota os riscos de comorbidades relacionados ao baixo peso e à variação normal na tabela do IMC são abordados.

De acordo com o documento: “enquanto os efeitos da obesidade sobre a saúde e qualidade de vida de indivíduos obesos têm sido estudados detalhadamente, o impacto da perda de peso é muito menos documentada” (OMS, 2004, p. 70). Em tese, isso acontece porque há certa dificuldade em desenvolver estudos nesse tocante, visto que distinguir a perda de peso intencional da não intencional é importante, mas também complexa. Sobre isso, então, notamos que: “se a perda de peso ocorrer não intencionalmente, como resultado de doença subjacente ou enfermidade grave, a associação entre perda de peso e morbidade ou mortalidade será falsamente aumentada” (OMS, 2004, p. 71). A partir disso, percebemos que o discurso médico, portanto, fala de perda de peso, ou seja, sobre a busca por adequação do corpo a uma condição dita como saudável, mas não trata sobre baixo peso e variação normal. O discurso, dessa forma, fala sobre o emagrecimento.

Nas Diretrizes Brasileiras de Obesidade da ABESO, ao retomar a classificação do IMC para adultos, também encontramos a coluna relacionada aos riscos de doença. Na sequência discursiva seguinte (20, retirada das “Diretrizes Brasileiras de Obesidade”), observamos como ela é apresentada:

SD 20 – Recorte da tabela do IMC – ABESO

IMC (KG/M2)	CLASSIFICAÇÃO	OBESIDADE GRAU/CLASSE	RISCO DE DOENÇA
<18,5	Magro ou baixo peso	0	Baixo ou elevado
18,5 – 24,9	Normal ou eutrófico	0	normal

Fonte: adaptado ABESO (2016, p. 16).

Embasada nos pressupostos da OMS, a ABESO (2016, p. 16) apresenta a tabela acima da seguinte forma: “classificação internacional da obesidade segundo o índice de massa corporal (IMC) e risco de doença (Organização Mundial da Saúde) que divide a adiposidade em graus ou classes”. Nessa tabela, o termo comorbidade é substituído por doença, ressaltando que: “o ponto de corte para adultos baseia-se na associação entre IMC e doenças crônicas ou mortalidade” (ABESO, 2016, p. 16). Em vista disso, verificamos que, tal qual a OMS (2004), a ABESO não aborda quais doenças a classificação baixo peso e variação normal podem estar associadas.

Ainda sobre a SD 20, destacamos que ela não faz circular o mesmo sentido da SD 19, em que, na classificação abaixo do peso, indica-se baixo risco de comorbidades, mas perigo elevado para outros problemas clínicos. A SD 20 apenas informa sobre o nível (baixo ou elevado) do risco para desenvolvimento de doenças. São dois polos distintos: o uso do adjetivo baixo produz o efeito de sentido de que o risco para doenças é inferior ao normal e o adjetivo elevado o caracteriza como superior ao normal. Nesse caso, respectivamente, parece-nos que o discurso médico associa a classificação magro com risco baixo, visto que magro se encaixaria na condição de saudável, e a classificação baixo peso com risco elevado, considerando que é uma condição, de acordo com a CID-11, classificada como doença. Não dizer acarreta nessa possibilidade imprecisa.

Nessa mesma SD, a ABESO, a respeito da classificação eutrófica/normal, aponta como risco de doença - “normal”, não especificando, também, a que se refere esse “normal”. Dessa forma, produz um efeito de sentido de que, na diversidade de corpos possíveis, o magro é a forma “natural”. No que tange à categoria “normal”, o discurso médico reforça o sentido de normalidade e saúde para esse formato do corpo, em que os riscos são comuns a qualquer sujeito.

Com base nessas considerações, observamos que essas instituições silenciam as informações de que o baixo peso pode ser associado à desnutrição, transtornos

alimentares, deficiências nutricionais e proteicas etc. Tais dados são apresentados apenas na CID-11. Esse silenciamento, para a AD, significa. Orlandi (1997, p.71) afirma que, ao contrário do que estamos habituados a pensar, o silêncio não é mera “falta”, “vazio”, a ausência de palavras ou som; é o princípio da significação, “é matéria significativa por excelência”, é o que se instala no limiar do sentido.

Dito de outro modo, o silêncio não é ausência de palavras, mas sim a garantia do movimento de sentido, de modo que impô-lo apenas impede o sujeito de sustentar outro discurso, ou seja, não o cala. Nas palavras de Orlandi (1997, p.105), apreendemos então que: “Em condições dadas, fala-se para não dizer (ou não permitir que se digam) coisas que podem causar rupturas significativas na relação de sentidos”.

Reiteramos que os documentos em questão simplesmente não informam, ao divulgar as tabelas do IMC, quais seriam os riscos de comorbidades (doenças crônicas/mortalidade) associados à classificação abaixo do peso e da variação normal. Conforme Paim e Kovaleski (2020), isso pode ser considerado um ato imprudente, já que tais categorias se associam a sérios problemas que afetam, assim como a gordura pode afetar, a condição de saúde do sujeito. Os documentos produzem, entre outros, o efeito de sentido que apaga ou minimiza a existência desses problemas que podem ser tão graves quanto os relacionados ao excesso de gordura corporal. Com esse silenciamento, acabam indicando que a saúde está condicionada a um modelo de corpo.

Ainda refletindo sobre as SDs 19 e 20, percebemos como o discurso médico acaba sugerindo que o baixo peso ostenta menor chance de apresentar alguma patologia, de modo que o corpo será, quanto mais magro, melhor e mais saudável. Diante disso, podemos apreender como são negados, aos sujeitos, determinados sentidos sobre dadas condições de magreza e, concomitantemente, por causa desse apagamento de informações, faz com que o corpo magro signifique em relação a sentidos já estabelecidos, administrando as relações de sentidos (ORLANDI, 2017).

Com base nisso, percebemos que, nas SDs 19 e 20, o que está silenciado é, de certa forma, a possibilidade de que, assim como nem todo corpo gordo é ou será doente, também, nem todo corpo magro é ou será sempre saudável. Nesse sentido, em um cenário que retrata a obesidade como ‘epidemia’ e a obrigação com a saúde, em que “gordura é ‘ruim’ e fazer dieta é ‘normal’”, apaga-se o fato de que ser magro nem sempre é condição natural do corpo, que estar magro nem sempre é estar sadio,

tendo em vista que também “existe uma ligação entre dietas repetidas e doenças cardiovasculares, infarto, diabetes e debilidade do sistema imunológico” (FOX-CROFT, 2013, p. 11-12).

Muitas vezes, o estar magro ocorre porque o sujeito se submete a dietas restritivas, ao uso de medicamentos sem orientação e tantas outras práticas disponíveis, podendo afetar a condição saudável desse corpo. Apesar disso, nas sequências analisadas, percebemos que o discurso médico sugere que o corpo magro, inclusive quanto mais magro, menor a chance de adoecer.

Nessas SDs, há o retorno de um já-dito, em que o discurso médico categoriza o sujeito magro como o dentro da normalidade. Os documentos revelam que esse discurso é constituído por um não-dito, o que produz um efeito de evidência dessa normalidade, efetivada por um poder-dizer sobre. O sentido não pode ser outro:

A relação dito/não-dito pode ser contextualizada sócio-historicamente, em particular em relação ao que chamamos o “poder-dizer”. Pensando essa contextualização em relação ao silêncio fundador, podemos compreender a historicidade discursiva da construção do poder-dizer, atestado pelo discurso. Com efeito, a política do silêncio se define pelo fato de que ao dizer algo apagamos necessariamente outros sentidos possíveis, mas indesejáveis, em uma situação discursiva dada. (ORLANDI, 1997, p. 75).

O discurso médico, ao silenciar os riscos, impede que outros sentidos circulem. Então, se os processos de interdição podem ser políticos, morais ou linguísticos, conforme Orlandi (2017), nesse caso, a censura é política. Isto porque, considerando as condições de produção atuais, com altos índices de obesidade, as exigências sociais de magreza, o pavor de engordar, bem como a obrigação para com a saúde, não podemos afirmar que o sujeito magro, mesmo quando não se é magro naturalmente (por adotar constantemente práticas para ser e/ou permanecer nessa condição), não podem vir a adoecer.

Nem todo sujeito é magro sem que necessite adotar ao menos uma das práticas oferecidas pelo mercado. No caso dos documentos em questão, verificamos o oposto com relação ao corpo gordo, pois os riscos são apresentados em detalhes, estudos são feitos, apresentados e circulam facilmente em nosso cotidiano, o que nos parece reforçar a pressão normativa e estética em relação a esse modelo de corpo.

A censura, para Orlandi (1997, p. 108), sempre se dá na relação do dizer e do não poder dizer, sempre em relação a um discurso outro, que o sujeito será ou não

autorizado a dizer. Portanto, considerando a crítica apresentada por Poulain (2013), nossa hipótese é a de que os diferentes autores estão interessados na questão da obesidade como patologia e fator de risco. Para o autor, além de questões que envolvem universidade e governo, há a influência de *lobbies* sobre as pesquisas acadêmicas relacionadas à obesidade e “problemas” relacionados a ela, principalmente no meio farmacêutico, (agro)alimentar e nas indústrias de refeições rápidas.

Nessa perspectiva, como há um grande interesse em promover remédios voltados ao emagrecimento e alimentação dietética, também há uma magnitude de pesquisas que mostram os riscos que o excesso de gordura corporal pode apresentar à saúde. Além disso, o autor cita que especialistas detêm patentes de produtos para regimes, que organizações como o IOTF, que aparenta ser instituição científica independente, são financiadas pela “indústria de medicamentos”. Para ele, a própria OMS não fica de fora, o que coloca em xeque a sua credibilidade, uma vez que também seria financiada e pressionada por lobistas que, inclusive, a integram (POULAIN, 2013, p. 188-189).

Diante dessas considerações, notamos que não há lugar para se dizer sobre quais consequências para saúde estão relacionadas com a classificação baixo peso, quais as possíveis complicações podem acometer a saúde de um sujeito adulto magro, que vive de dietas, dietas restritivas, medicamentos, procedimentos cirúrgicos, estéticos para manter-se na categoria de corpo “normal/ideal”. Então, parece-nos evidente que a construção desses documentos é atravessada por conflitos de interesses. E, nessa queda de braço, os AIE de Saúde acabam produzindo e disponibilizando propostas e conteúdos específicos pautados em interesses “setoriais”, expondo apenas os problemas relacionados à obesidade, apagando os que se relacionam ao corpo magro.

Ao enfatizar a obesidade, portanto, o discurso médico desvia a atenção sobre os sérios riscos que o baixo peso (considerando a classificação do IMC) pode provocar, como é o caso do aumento/prevalência de distúrbios alimentares, com destaque para a bulimia e a anorexia e, ainda, má nutrição, distúrbios metabólicos, osteoporose. A respeito disso, chamamos a atenção para o que Strawbridge, Wallhagen e Hema (2000) apontam: as mulheres jovens são as mais afetadas por esses distúrbios.

De forma reiterada, Foxcroft (2013, p. 249) salienta que fazer dieta repetidamente “põe em risco a saúde, mais até, do que ficar um pouco acima do peso. Já se determinou que ele está ligado a doenças cardiovasculares, derrames, diabetes [...]”. Sendo assim, para não significar o que não se pretende, o discurso médico não dirá sobre as questões que envolvem o baixo peso, mas não porque não sabe ou não tem essa informação. Nesse caso, com base em Orlandi (1997), percebemos que o silêncio não significa ausência de informação, mas sim interdição. Logo, a censura impede que esses dados também circulem, signifiquem e estabeleçam novos sentidos.

Orlandi (1997, p. 108-109) afirma que “para dizer ‘isso’ que estaria nesta posição, o sujeito tem de construir um outro lugar, para ser ouvido, para significar” e “pela intervenção de relação de forças nas circunstâncias de enunciação: não se pode dizer aquilo que poderia ser dito, mas foi proibido. [...] São sentidos historicamente dizíveis, mas proibidos”. Neste sentido, acrescentamos: para que os AIE de Saúde construam esse outro lugar, para serem ouvidos, necessariamente, precisariam romper com autores versados anteriormente e assim poder dizer sobre os problemas de saúde que também afetam o corpo magro/baixo peso, como os transtornos alimentares, tendo em vista que, caso não tratados, segundo Rangel (2018), podem levar à morte por complicações de saúde como a desnutrição e a desidratação.

Então, a partir dos documentos da ABESO e OMS, podemos considerar que o discurso médico acaba sendo negligente, pois, ao silenciar os riscos citados, o discurso produz um efeito de sentido de que esse corpo possui pouca ou quase nenhuma chance de adoecer e, por consequência, encaixar-se nessa categoria é estar saudável. Isso repercute para além dos documentos e prática clínica, uma vez que, no âmbito social, é tomado como uma premissa verdadeira e inquestionável, pois parte do discurso oficial.

### 3.1.2 Saúde ou corpo magro, o que realmente interessa?

Conforme foi possível perceber anteriormente, reiteramos que o acontecimento discursivo, que irrompe da oficialização do IMC, promove a ressignificação de saúde e doença, relacionando magreza à saúde e gordura à doença. Essa relação, como vimos, respalda-se no discurso médico que, de acordo com Poulain (2013), configura-

se como uma concepção mecanicista que transpõe o olhar sobre a obesidade e que, por assim ser, viabiliza um movimento que responsabiliza o sujeito em relação às questões do seu corpo. Em outras palavras, estar acima do peso considerado normal é, entre outros fatores, uma questão de indisciplina e falta de vontade, desconsiderando demais fatores que determinam essa condição.

Ademais, nunca se falou tanto da aparência do corpo como nas condições atuais, assim como nas diferentes formas de reconfigurá-lo. Hoje é praticamente impossível nos sentirmos perfeitamente bem com nossos corpos, pois sempre podemos melhorá-lo. A busca por um corpo perfeito é o anseio que rege o dia a dia dos sujeitos: “saúde perfeita”, beleza e juventude infinita. Um corpo que se molda como objeto de consumo. Notadamente,

O século XX foi marcado pela hierarquização dos valores tradicionais da sociedade, os quais estariam sob a égide da ciência, da moda e do consumo. Os indivíduos urbanos teriam elegido ‘o bem-estar e os prazeres físicos como a bússola moral da vida’ (NÉSPOLI; NOVAES; ROSA, 2015, p. 153).

Nessa perspectiva, verificamos que a negatividade, as doenças e a morte não têm lugar, do mesmo modo, o que é feio é finito, padece e morre, não vindo a consumir e, por isso, não tem valor para a lógica do consumo, segundo os autores supracitados. Essas são as condições de um corpo que nunca foi “tão regulado, penetrado, auscultado, não só pela medicina, mas pelas ‘mutações do olhar’” (NÉSPOLI; NOVAES; ROSA, 2015, p. 153).

Novaes (2020) enfatiza que a saúde é dotada de um padrão estético instituído e, por esse motivo, não podemos desvincular beleza e saúde. Ou seja: os cuidados com a saúde - o cuidar-se - vão além da prudência real com a saúde, pois também estão intrinsecamente relacionados com a beleza e a boa forma física. Então, saúde e as práticas de beleza (alimentação, atividade física, procedimentos estéticos, medicação, etc.), aos poucos, vão sendo relacionados de forma que não se encontram os limites do que é realmente ter um corpo saudável.

Considerar a memória do corpo e as suas representações é observar os sentidos, a forma histórica de produzir discursividades e também subjetividades. Um corpo regulado, rejeitado, transgressor em relação às práticas discursivas que funcionam não apenas interpelando os sujeitos, mas a identificá-los e situá-los no que tange um já-dito. No aspecto da doença, portanto, o corpo que rompe com o normal,

deve ser medicalizado e “curado”, em nome da manutenção de uma saúde. Isso porque, na medicina, a norma é considerada um padrão ideal e o parâmetro de normalidade é um indicador de boa saúde (CABRITA; ABRAHÃO, 2014).

Diante do posto, notamos que o olhar do outro e o olhar social pesam sobre o sujeito, uma vez que, acometidos pela obesidade, são estigmatizados. Na conjuntura atual, os sujeitos, interpelados pela ideologia de saúde, buscam por inúmeras práticas de controle do peso, as quais são outorgadas pelos AIE de Saúde; inclusive, intervenções a qualquer forma corporal, a fim de que se esteja livre de riscos de doença, ou seja, livre de qualquer sinal de gordura corporal. Nesse sentido, consideramos que saúde e magreza (como sinônimo de beleza) parecem se mesclar, de forma que, vale lembrar: “a motivação da vontade de emagrecer raramente está associada à saúde” (POULAIN, 2013, p. 71).

Com base nisso, apresentamos a seguinte SD (21, recortada das “Diretrizes Brasileira de Obesidade):

SD 21 - [...] diretrizes práticas bem estabelecidas <b>minimizam dano e iatrogenia, reduzem práticas inadequadas, e ajudam na produção de um desfecho de saúde melhor para o paciente</b> , e podem até mesmo <b>ser usadas como base para a regulamentação de procedimentos e a tomada de decisão. O objetivo final é sempre a qualidade do cuidado</b> , servindo o melhor interesse do paciente. (ABESO, 2016, p. 7, negritos e destaques meus.).
--

Nos documentos que abordam o tratamento da obesidade, há uma predominância de abordagem normativa do peso. Logo, isso nos direciona para uma determinação, a partir do discurso médico, de que toda pessoa considerada acima do peso requer intervenção. Na SD 21, assegurada no seu lugar de poder em relação a manutenções e prevenção da saúde, a ABESO, ao estabelecer normas para um “desfecho de saúde melhor para o paciente”, afirma que elas devem “minimizar” danos, iatrogenia e práticas inadequadas. Reestabelecer a saúde é o que importa, mas, ao intervir terapêuticamente no corpo do sujeito, nem sempre se chega a esse resultado.

Na SD em questão, o discurso médico faz alusão a uma melhora e adequação da qualidade para o atendimento do sujeito gordo, que não deveria trazer prejuízos a esse sujeito e resultar em saúde. Contudo, há a possibilidade de que os efeitos sobre o sujeito sejam outros, ou seja, a ação do operador do AIE de Saúde pode ser prejudicial e ineficaz, pois pode induzir a iatrogenia, ou mesmo, diante de tantas

práticas, medicamentos, procedimentos ofertados, o sujeito pode não emagrecer e, por isso, podemos dizer que ele falha.

A ideologia é um ritual com falhas (Pêcheux, 2014) e essa falha é lugar do possível (ORLANDI, 2012), então, o que deveria curar torna possível o adoecimento. De acordo com a autora, há uma falha necessária e estruturante no sistema capitalista atual, que intervém no processo de identificação do sujeito. Dessa forma, a ideologia se abre em ruptura e o sujeito pode irromper com outros sentidos, podendo produzir outros efeitos nesse processo (ORLANDI, 2012). Por conseguinte, o sujeito-médico deveria, portanto, promover a assistência e a cura, mas, pela falha, pode favorecer o adoecimento.

Em vista disso, a doença obesidade põe em foco uma complexa problemática na relação médico, corpo e sujeito, uma vez que esse corpo, já significado, não é e nem pode ser lugar que comporta essa única doença. Inclusive, com exceção do diagnóstico do IMC, um corpo gordo pode não apresentar nenhum outro problema de saúde, relacionado ou não com a obesidade. Assim, retomamos nossa epígrafe, o relato da personagem do curta-metragem “Gorda” que, na tentativa de emagrecer, diante da pressão sobre o seu corpo gordo, almoçava *shakes* de dieta e praticava exercícios físicos regularmente, contudo, não obtinha o resultado desejado: emagrecimento.

Ao buscar os cuidados médicos para suas queixas, seu diagnóstico foi a obesidade e, por se menosprezar as demais queixas e deixar passar em seus exames “alteração no leucócito”, ela sofreu durante seis anos com um câncer (RIBEIRO, 2016). A respeito disso, observamos que há a identificação do sujeito com a formação discursiva médica, no entanto, a definição da gordura corporal como doença faz com que o sujeito-médico apague outras possibilidades. O sujeito-doente configura-se num dentro-fora: dentro da assistência, mas negligenciado (fora) por ela. Nessa perspectiva, a falha permite que o sujeito-gordo adoeça ou que sintomas não sejam investigados.

Ao falhar, é possível ainda que se produzam efeitos contrários, como o iatrogênico. A iatrogenia é, resumidamente, a “produção de efeitos deletérios sobre a saúde devido à ação médica” (TESSER, 2006, p. 63). Na concepção de Illich (1975), a patogênese é causada a partir e/ou pelos cuidados de saúde, como uso de fármacos de forma indevida, cirurgias sem necessidades. Isso acarreta danos à saúde, já que pode provocar o desenvolvimento de uma doença.

Em vista disso, percebemos como a falha torna possível que o sujeito-doente irrompa com (seus) outros sentidos, possibilitando que o sujeito e sentidos possam ser outros. Então, amparados em Orlandi (2012, p. 233), quando afirma que é a partir dos “furos da ideologia”, que o sujeito-doente pode se contraidentificar com a formação discursiva, nesse caso, a médica, pois pode aceitar sua condição, de modo que ser/estar gordo é ressignificado e, por isso, aceito. A autora chama isso também de resistência, que aqui podemos definir como a resistência de sujeitos gordos que teimam em (r)existir.

A partir das normas para a reparação-manutenção de saúde estabelecidas pelo AIE de saúde, reforçadas pelas políticas de contenção da obesidade, afirmar em documentos que se busca minimizar danos e a iatrogenia não impedem que ocorram. Entrelaçando o acontecimento discursivo do IMC, que produz o novo efeito de sentido, em que um número define se o sujeito é doente ou não, bem como as condições atuais de exigência de saúde e de corpo magro, deparamo-nos com diversas consequências na vida do sujeito, que nem sempre é gordo, mas que, por buscar adequação corporal, acaba adoecendo.

Para ter “saúde”, podemos observar como os sujeitos chegam ao extremo. Notadamente, nesse imaginário de saúde embasado no modelo de corpo magro, o corpo feminino é muito mais afetado, uma vez que, nós mulheres, desde pequenas, aprendemos que o nosso corpo é algo a ser cultivado, construído. O diagnóstico social soma-se ao médico e, desse enlace, surgem os efeitos adversos, como: casos de indução do vômito, não comer ou, como mostra o filme “O mínimo para viver”, comer o mínimo para sobreviver, achando que isso é normal e com o único propósito de ser magra. A respeito disso, ressaltamos que, em muitos dos casos mencionados, o sujeito já é magro.

**Figura 7** - Recorte do Filme “O mínimo para viver”



Fonte: Netflix (2017).

Nossa sociedade tem um padrão estético bastante impiedoso, mesmo que hoje tenhamos uma maior representatividade das diferentes formas corporais na moda, publicidade, mídia, o ideal de corpo ainda é aquele magro, de silhueta bem definida, torneado, sem marcas. O corpo da personagem (Figura 7) rompe totalmente com esse ideal, assim como o ideal de um corpo que deveria ser o saudável. Percebemos então que esse sujeito materializa no corpo o medo de engordar. Sobre essa questão, consideramos pertinente retomar as palavras de Orlandi que esclarece:

[...] o corpo da linguagem e o corpo do sujeito não são transparentes. São atravessados de discursividade, efeitos de sentido constituídos pelo confronto do simbólico como o político em um processo de memória que tem sua forma e funciona ideologicamente”. (ORLANDI, 2012b, p. 92).

Assim como o texto, o corpo também é discurso e, por isso, podemos afirmar que há disputa de sentidos nele. A imagem da personagem Ellen joga com o ideal de corpo belo e saudável, como evidencia uma de suas falas: “Eu não me sinto tão doente, sabe? **Não dizem que é melhor ser magra? Vou viver mais que os outros.**” (O MÍNIMO...,2017, 14 min 32s, negrito meu). Entretanto, para esses ‘outros’, não é essa a imagem de saúde e de beleza.

Quando a magreza é legitimada em qualquer discurso, espaço social e circunstância, o sujeito, interpelado pela ideologia de saúde e de beleza, mostra uma total submissão na busca por um corpo “belo” e “saudável”. A interpelação do sujeito mostra a passividade a qual é submetido quando chamado à busca desse padrão.

Sobre isso, reiteramos que a motivação para emagrecer nem sempre está relacionada à saúde, mas a apelos estéticos (POULAIN, 2013), em nome de um corpo imaginário, inatingível, mas que é posto como normal. Nesse sentido, apagam-se os riscos associados a essa magreza tão desejada e buscada.

Retomando Canguilhem (2009), a concepção de normalidade, patologia e doença não podem ser pensadas fora do período que se encontram, ou seja, devemos levar em conta os valores/construções sociais. Além disso, o autor assegura que a saúde ou a doença sempre estarão relacionadas a subjetividades e não apenas a dimensões biologicamente científicas e objetivas; o normativo que determina o normal e o patológico é variável. Para ele, então:

Sem dúvida, há uma maneira de considerar o patológico como normal, definindo o normal e o anormal pela frequência estatística relativa. Em certo sentido, pode-se dizer que uma saúde perfeita contínua é um fato anormal. Mas é que existem dois sentidos da palavra saúde. A saúde, considerada de modo absoluto, é um conceito normativo que define um tipo ideal de estrutura e de comportamento orgânicos; nesse sentido, é um pleonasma falar em perfeita saúde, pois a saúde é o bem orgânico. A saúde adjetivada é um conceito descritivo que define uma certa disposição e reação de um organismo individual em relação às doenças possíveis. Os dois conceitos, descritivo qualificado e normativo absoluto, são tão distintos que mesmo o homem do povo diz que seu vizinho tem má saúde ou que ele não tem saúde, considerando como equivalentes a presença de um fato e a ausência de um valor. Quando se diz que uma saúde continuamente perfeita é anormal, expressa-se o fato de a experiência do ser vivo incluir, de fato, a doença. Anormal quer dizer precisamente inexistente, inobservável. Portanto, isso não passa de outra maneira de dizer que a saúde contínua é uma norma e que uma norma não existe. Nesse sentido abusivo, é evidente que o patológico não é anormal. (CANGUILHEM, 2009, p. 53).

Diante disso, não há como afirmar que um corpo nunca estará saudável ou que nunca adoecerá enquanto viver, pois não há como viver uma vida toda saudável. Todos os corpos experimentam doenças, umas são suprimidas, outras duram mais tempo. Caponi (2003, p. 134) destaca: “a tese de que a experiência do ser vivo inclui a doença, isto é, a ideia de que não existe saúde perfeita” seria reflexo de uma “ilegitimidade” das “políticas da saúde preocupadas em alcançar objetivos impossíveis”, em que estariam talvez mais próximas das estratégias de mercado do que em programas efetivos de promoção de saúde.

Citamos também o que afirma Birman (2005, p. 8): “o corpo é sem dúvida o registro no qual o sujeito se reconhece hoje na sua máxima vulnerabilidade. É neste registro onde aquele se sente mais ameaçado na sua integridade”, por isso, a saúde - do corpo -, hoje, é tomada como essencial, como um bem supremo. A esse bem, a partir de um ideal estabelecido, está relacionada a beleza.

Nessa lógica do corpo saudável, torna-se essencial combater os males que o assombram. Então, sobre isso, retomamos Ferreira (2015, p. 22), que afirma que o corpo, enquanto objeto teórico, encontra-se “determinado por novas formas de assujeitamento e, portanto, associado à noção de ideologia. Sendo assim, é possível compreender o controle e a dominação ao qual encontra-se submetido”. Em razão disso, enfatizamos que os documentos silenciam a que riscos de saúde a magreza estaria relacionada, no que tange principalmente à perda de peso intencional, ou seja, quando o sujeito busca diferentes práticas para emagrecer. Portanto, acrescido da exigência social, o discurso médico produz o efeito de sentido de legitimidade a um mito de saúde assegurado na representação do corpo magro.

Nesse sentido, ao pensar o corpo, Perrusi (2001), recobrando a teoria de Lucien Sfez (1996), diz que vivemos em um cenário de “utopia de saúde perfeita”. Perrusi (2001) assegura que esse cenário está alicerçado em ideologias como a da saúde promovida e legitimada pelo discurso médico porque: “não faltam, inclusive, nesse complexo de crenças, narrativas fabulosas e imaginárias que perpassam o cotidiano dos sujeitos, produzindo representações sociais do corpo e da saúde perfeitos”.

Esse mito de saúde perfeita nada mais seria que um culto ao corpo perfeito, livre de qualquer indício do que se considera “anormalidade”. Hoje, o horizonte desse mito é um corpo “divino, sem doença e com muito sucesso”. A título de exemplificação, o autor supracitado afirma que o sujeito “na malhação, pedalando a bicicleta, suando depois na esteira, fazendo dieta e tomando Prozac representaria meio caminho andado na direção da utopia da saúde perfeita” (PERRUSI, 2001).

A saúde seria, portanto, algo que se constrói a partir de práticas inovadoras e diversificadas oferecidas pela medicina, ciência e o mercado que tem interesse em um consumidor sedento por ser e/ou manter-se nos parâmetros de “saúde” impostos. Nessas condições, o acontecimento do IMC, ao ressignificar o conceito de saúde e doença baseado no formato corporal, cria também, sob o imaginário do corpo magro, um mito de saúde, barrando a circulação de outros sentidos, como o de desnutrição,

má nutrição, deficiência nutricional, transtornos alimentares, infartos e outros problemas de saúde que a condição magra pode também apresentar.

Desse modo, consideramos que, para o discurso médico, algumas questões são e devem continuar veladas, isto é, não podem/devem ser ditas. Então, a fim de manter a ordem do discurso, mantém-se a obesidade sob os holofotes, promovendo o emagrecimento acima de qualquer bem-estar do sujeito. À vista disso, a concepção de saúde (SD1) outorgada no “completo bem-estar” físico, mental e social do sujeito, é ilusória e inatingível.

Santana, Barbai e Chiaretti (2022, p. 10), ao citarem texto de Freud (2010), “Mal-estar da Civilização”, evidenciam três fontes de mal-estar: “as forças da natureza, contra as quais não se pode lutar; as doenças que atingem contingencialmente as pessoas e seus corpos; as relações com os outros que podem causar sofrimento”. Neste sentido, Ferreira (2015, p. 22) considera que o corpo é centro desse mal-estar, pelo que fazemos e deixamos de fazer com nosso corpo, ao nos submetemos aos padrões “insanos de domesticação/perfeição/normalização”. Com base nessas considerações, verificamos que hoje não há como um sujeito atingir o bem-estar, uma vez que somos o tempo todo bombardeados com novas práticas de saúde, novos ideais para seguir, a fim de obter um corpo com saúde “perfeita”.

Falar sobre saúde e sujeitos gordos é adentrar em um terreno frágil. Há, por um lado, um conhecimento firmado sobre a obesidade ser uma doença crônica, do grupo de doenças não transmissíveis, conforme a sua oficialização na Classificação Internacional de Doenças (CID). Por outro, há questionamentos sobre a definição da obesidade como doença, pois esse reconhecimento não é total e, conforme Poulain (2013), por isso, ela seria uma quase “verdadeira” doença:

[...] ela é reconhecida como doença pelo corpo médico, estabelecida como flagelo potencial pelos organismos de segurança social, mas as pessoas que são atingidas por ela não se beneficiam de uma verdadeira conscientização, como acontece com as outras doenças ‘verdadeiras’. (POULAIN, 2013, p. 173).

Nesse sentido, para Anjos (2006, p. 11), a não aceitação como uma premissa verdadeira se dá, pois, uma doença “do ponto de vista tradicional, requer a existência de um grupo de sinais e sintomas e alteração funcional de uma forma universal”. Contudo, como a obesidade é classificada pelo valor antropométrico de gordura corporal acima ou superior ao ponto de corte, por mais que esse procedimento possa

anunciar problemas de saúde que afetem inclusive a longevidade, não dá possibilidade para que se considere a obesidade como doença. E mesmo como fator de risco para outras doenças, não poderia, assim, ser tomada como doença.

O peso da medida é esse. Os sujeitos são reduzidos a um número, a partir dele, ora são estigmatizados por sua dimensão corporal, considerados doentes, desviantes e anormais; ora tornam-se doentes no processo de busca pelo número ideal. Mas, nessa trama, o peso em si não é sempre o problema, mas sim a sua representação (FOXCRIFT, 2013). Tudo isso se mescla, por um lado temos o sujeito-doente que deve emagrecer, visto que a gordura corporal não é uma condição para tal. Por outro, o sujeito saudável, o magro, adoce em busca de uma condição de saúde ou beleza irreal, um ideal de corpo que se institui também pelo discurso médico, quando, pelo diagnóstico da obesidade, o IMC, matematiza os corpos, estabelecendo números desejáveis.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nosso percurso analítico, a partir do objetivo proposto, analisar se o IMC se configura como um acontecimento discursivo, permitiu-nos algumas reflexões sobre os discursos sobre o corpo, seus sentidos, os sentidos de saúde e doença no tocante ao discurso médico.

Para tanto, nos aparamos teoricamente na Análise de Discurso francesa para observarmos o discurso sobre o corpo e os efeitos de sentidos produzidos pelo discurso médico para o corpo, saúde, doença e para os sujeitos, os quais se constituem neste discurso sobre, são absorvidos pelo processo discursivo que se institui no entrelaçar sujeito, língua e história. Assim, apreender o processo discursivo, uma vez que, salienta Pêcheux (1997, p. 82), “todo processo discursivo se inscreve numa relação ideológica de classes”, cuja base é a língua, por isso resulta em um processo que é linguístico e ideológico.

Como foi possível observar, a Análise do Discurso assume a existência material da ideologia, fundamentada na teoria althusseriana. Dessa forma, tomou-se como ponto de partida o funcionamento da ideologia a interpelar os indivíduos em sujeitos, por meio do efeito de evidência, em que o sujeito crê ser dono de suas ideias e crenças, não conseguindo dar-se conta do caráter histórico e ideológico dos sentidos. O discurso, práticas e comportamentos do sujeito, portanto, a partir do preconizado por Althusser, são validados pelos aparelhos ideológicos de Estado dos quais estão subordinados.

À vista disso, como foi possível perceber, Althusser (1985) deixa uma brecha que permitiu para além de sua lista de AIE, outras possibilidades de aparelhos ideológicos. Diante disso, amparados em Silva (1975) e Lunkes (2021), a fim de compreender o funcionamento do discurso médico, concebemos a OMS, Ministério da Saúde, a ABESO, ANS, SEBM entre outras, como Aparelho Ideológico de Saúde. Enquanto AIE de Saúde, essas instituições asseguram a reprodução ideológica das relações de produção da sociedade, que tem como prática a assistência, a fim de garantir a reparação e conservação da força de trabalho. Logo, por mecanismos próprios, atesta a sujeição ideológica e, a partir disso, interpela os sujeitos em sujeitos-doente.

Os AIE de Saúde agem em concordância com a formação social e o modo de produção em questão, em nosso caso, a capitalista, com o intuito de manter e

reproduzir interesses da classe dominante. Dessa forma, o sujeito precisa estar apto à produção, e para essa condição, precisa ser/estar saudável, porque, nessa formação social, só interessa se ele estiver produzindo. Então, considerando o corpo gordo, que é um corpo tomado como doente pelo discurso médico, nessa lógica, ou ele busca reestabelecer a saúde, ou é descartado, por exemplo, de seleções de emprego, impedido de assumir até mesmo um concurso público.

Em suma, os AIE de Saúde, sustentados na função de assistência e cura, assumem o papel de garantir a reprodução da capacidade de trabalho, ou seja, é responsável também pela reprodução e manutenção de lugares. Assim, serve de suporte para a materialização da ideologia dominante e, enquanto instituição, tem a função de controlar os sujeitos, por meio de normas e regulamentos, dado que são essencialmente normativos.

Nessa trama, o sujeito, interpelado pelo discurso médico de saúde, na busca por preservar ou manter-se saudável, submete-se às práticas de cuidados com o corpo. O discurso médico, por situar paulatinamente a gordura como doença, direciona o sujeito-doente, então, a uma busca por adequação. Em nome de ser ou ter um corpo saudável, os sujeitos são “convidados” a adotar mudanças nas práticas, hábitos e estilo de vida que os livrem de riscos de ficar/estar obesos.

O discurso médico, por estar atado à ciência, é tomado como verdade absoluta, pois é a voz do saber. Considerando as relações de força, ele é regulador do sentido de saúde e doença para o corpo. Assumindo, dessa forma, a forma de um discurso autoritário, pois não abre espaço para interlocução. Diante disso, no funcionamento do discurso médico o sentido é imposto, não há possibilidade de negociação, visto que sua fala vale mais. Assim, ao enunciar que ter saúde só é possível quando se atinge determinado número de IMC, é assim que é/deve ser.

Em nosso percurso, ainda, observamos que a tentativa de mensurar o corpo perpassa os tempos. Nessa trajetória, sentidos foram sendo produzidos e colados ao corpo gordo. Com isso, nossa atenção se volta à “necessidade” de criar-se esses equipamentos, prática que direciona para um olhar cada vez mais voltado às dimensões do corpo, com a gordura, o que é a gordura e do que ela é resultado. Essa necessidade em se conhecer mais e melhor o corpo, permite importantes avanços na área médica, da mesma forma que resulta na imposição de novos padrões para o corpo, para o limite de saúde e doença. Temos, em decorrência disso, a oficialização da obesidade como doença, ao ser incluída à Classificação Internacional de Doença

e, por fim, a recomendação do Índice de Massa Corporal como instrumento de diagnóstico da obesidade.

O IMC, como o próprio Relatório de 1995 aponta, “parece” um bom indicador do acúmulo de gordura, no entanto, para homens e mulheres brancos da Europa e da América do Norte. Essa afirmação pode ser baseada na concepção do Índice de Quételet, que se deu, especificamente na Europa. Assim, há um corpo em específico para o qual o cálculo foi criado e aplicá-lo a outros grupos parece arriscado. Mesmo assim, a Organização sugere que ele seja, portanto, o instrumento universal, uniformizando o modo como todos, no mundo, irão constatar a obesidade. Ele é escolhido, principalmente, por ser barato.

Ao sugerir o IMC como instrumento oficial, a fim de que se unifique o instrumento diagnóstico da obesidade, a OMS oportuniza que ele, portanto, rompa com uma série de formulações já estabelecidas e oportunize um novo sítio de significância, instituindo-se uma nova rede discursiva de formulações, conforme Courtine (2014). Exercendo seu papel normativo e função quase policial, a OMS, assume a posição de controle ao risco que a obesidade representa. Ao ser concebido em condições cuja preocupação com o corpo e a sua forma mais acentuada na vida dos sujeitos, os números do IMC regulam, classificam e normatizam os corpos.

Dessa forma, nós observamos que há um deslocamento do sujeito no tempo, bem como, produzindo o encontro de uma atualidade com uma memória (PÊCHEUX, 2012), em que, passamos do Índice de Quételet, que vai instaurando o número, primeiro para as estatísticas vitais, passando pela definição do peso ideal, para o IMC, que contrário ao que é inicialmente proposto pelo cálculo (estudo de grupos, por exemplo), para ser ferramenta diagnóstica e individual do corpo.

O IMC irrompe trazendo uma categoria numerada para o corpo gordo e magro. De modo que, o *acontecimento discursivo* é instaurando quando, a partir do índice, enunciados como classificação normal – IMC 18.50, classificação baixo peso – IMC <18.50, sobrepeso > 25.00, obesidade classe I/II/III acima de IMC 30.00, não apagam sentidos já-ditos sobre o corpo, mas produzam novos sentidos. Ou seja: ao mesmo tempo em que enunciados como esses fazem ressoar a proposição de Quételet – números para a estatística a fim de que o Estado fizesse uso para direcionar o bem-estar da população (COELHO, 2020), o IMC é decisivo para que novos sentidos façam se ouvir; nesse enredar, além dos números e categorias, usa-se pela primeira vez o termo “pré-obeso” e os diferentes estágios para a obesidade. Consequentemente, faz

emergir um novo problema para a Saúde Pública, fazendo com que a obesidade se torne um problema coletivo.

O IMC como *acontecimento* permite classificar os sujeitos entre: normais, doentes, quase doentes e “doentes” abaixo do peso. Assim, os enunciados instaurados pelo instrumento diagnóstico, entrecruzam com os dizeres memoriais com dizeres inaugurais, pois também serve à estatística, mas com ela rompe quando seu uso extrapola o ambiente clínico e serve para orientar individualmente a vida do sujeito.

O IMC enquanto um *acontecimento discursivo* ressignifica o sentido do que é um corpo saudável (normal) ou um corpo doente (gordo/obeso/excesso de peso/pré-obesidade/sobrepeso), ressaltando as diferenças sociais entre corpo magro e corpo gordo, quando consolidada a imagem de adequado ao IMC 18.50 a 24.99, classificando como normal, e tudo que fuja a esse limite, principalmente, acima de 24.99, corresponde a gradações de doença.

Notamos, que quando se matematiza o corpo dos sujeitos, a OMS agrupa sujeitos de acordo com um número. Saúde e doença passam a ser definidos também por esse número, remetendo-nos a um limite entre um e outro quase insignificante e opaco. O IMC como *acontecimento discursivo* faz com que o sujeito atribua um número para o corpo e se utilize dele para referir-se a si mesmo.

A partir do *corpus* analisado, podemos também observar que o *acontecimento discursivo* do IMC instaura um cenário inquietante ao permitir que se constate o número, cada vez mais emergente, da obesidade entre os povos. Diante disso, a obesidade vai ser tomada como uma epidemia, já que afeta muitos sujeitos ao mesmo tempo, surge de forma gradual, já que depende de diversos fatores para se manifestar.

O sentido de epidemia remete à memória das grandes epidemias, as quais resultaram em consequências drástica em vários âmbitos. Sendo, desse modo, uma forma de discursivizar a cautela diante dessa doença que desafia a ciência médica, posto que ela prevalece e se sobressai, mesmo diante de todos os esforços para contê-la. O corpo gordo passa a representar uma ameaça sanitária e econômica e isso promove um efeito de necessidade de autocuidado, vigilância e busca por um corpo magro, posto que é esse o formato de um corpo com saúde.

O corpo gordo é significado também, nessa lógica, como risco. Esse risco diz respeito à saúde, mas também à economia, porque um sujeito nessa condição se necessitar de atendimento médico, é mais dispendioso que um em condições ditas

como normais. O sujeito gordo é, nesse sentido, um glutão, usurpador das verbas públicas e, por isso, deve buscar reparar sua saúde. Em outras palavras, além disso, esse sujeito é um fardo social e econômico.

Os efeitos de sentidos para o corpo gordo voltam-se, tomando nossas análises, ao sujeito que é inadequado porque come demais, não se exercita, não tem um estilo de vida saudável. Assim, o discurso médico, na posição de poder dizer sobre a obesidade, orienta o meio de “cura”, que se resume, necessariamente, em mudar o modo de vida, sendo o sujeito, empreendedor e responsável pela sua própria saúde, apagando em seus discursos, ou minimizando, os demais determinantes da obesidade.

Não obstante, há que se lembrar as críticas, feitas até mesmo pela comunidade médica, que cercam esse instrumento. Uma delas corresponde às limitações que põem em risco a sua utilização como indicador da gordura corporal, já que, as variações da estatura, musculatura, ossos e a proporção dos corpos são distintas, entre os diferentes povos, sexo, idade. Nesse aspecto, produz um quadro equivocado diante da diversidade física do ser humano. Logo, no site da OMS, podemos observar algumas fórmulas, quadros, recomendações e tabelas a fim de ponderar o cálculo, mesmo assim, o que observamos é que o IMC segue sendo um mecanismo a padronizar os corpos e apontar os graus da obesidade.

Com essa padronização, produz-se um sujeito-doente, quando a obesidade nem sempre desencadeará em doença. O sujeito-obeso apresenta maior risco a desenvolver determinadas doenças como diabetes, hipertensão (SBEM, 2017), enquanto risco, não necessariamente se desenvolverá. O sujeito-obeso pode viver a vida toda sem que alguma dessas patologias se manifestem, bem como, o sujeito-magro pode morrer de um derrame cerebral sem nenhum precedente.

Decorre também, considerando o cálculo do IMC, a contradição das formas físicas, em que valoriza ou se desvaloriza uma determinada forma corporal. Nesse caso, basta lembrar que um corpo de um sujeito-fisiculturista, musculoso, pode resultar em um IMC alto, fato que automaticamente o colocaria no grupo dos obesos graus três, por exemplo.

Por outro lado, lembra Arruda (2019, p. 29), socialmente e clinicamente (acrescentamos), ele não é tomado como tal. “Ao se referir a alguém com essas características, são usados adjetivos como forte ou musculoso, inclusive se diz que essa pessoa está em forma, mas nunca é utilizado ‘gorda’ para essa pessoa”. Um

sujeito-gordo, com IMC alto, jamais será chamado de musculoso ou será considerado com um corpo em forma. Portanto, por meio da mensuração, reforçam-se representações sociais de qual corpo é ideal e qual não é. Então, por mais que o IMC seja válido para a epidemiologia, seu uso resulta em consequências socioculturais, como a discriminação do sujeito-gordo.

Nessa trama, observamos que a obesidade e o sobrepeso serão enquadrados como um problema de Saúde Pública. Apesar disso, o discurso médico direciona para o sujeito, de forma individual, a responsabilidade de “resolver” seu quadro de saúde. Diante disso, percebemos que essa tomada de posição dos aparelhos ideológicos de Saúde, inseridos nos moldes do capitalismo e da política neoliberal, dá-se pelo fato que não gera gastos e, tampouco, gera embate com autores interessados na temática, como a indústria de alimentos.

Nessa perspectiva, tem um sujeito que é doente porque come errado e é sedentário. Ou seja: extrapolar o sentido de corpo saudável, é ocupar a posição-sujeito doente, da qual não se pode fugir dos sentidos que a acompanham, doente, glutão, ameaça. Sendo, ainda, considerados culpados por sua condição, uma vez que, nesse cenário, o discurso produzido é o da força de vontade, pois “se você quiser, você consegue”. A saída desse quadro é dada pelo discurso médico: comer menos e praticar (muita) atividade física. Ao direcionar o tratamento da obesidade, o discurso médico opta, como foi possível observar, por uma abordagem focada na perda de peso. Essa tomada de posição contribui para que se produza um efeito favorável à magreza.

Os documentos analisados, nesta pesquisa, dizem respeito à obesidade. No entanto, como o IMC traz e é retratado nas tabelas reproduzidas, o discurso médico apaga os riscos associados à magreza, principalmente, relacionada ao baixo peso e à magreza intencional, resultante das práticas de emagrecimento atuais. Ser magro já é validado socialmente, é o ideal para os padrões de beleza e também de saúde. Apagar os efeitos negativos de dietas repetitivas, por exemplo, que podem acarretar também em doenças cardiovasculares, infarto e diabetes; apaga, ainda, que a magreza pode trazer consigo um estado de desnutrição e *déficit* de proteínas em adultos, que pode ser tão grave quanto a obesidade.

Apagar, nesses documentos, essas condições que podem se somar ao corpo magro soa imprudente. Para além disso, reforça a normalidade na imagem do corpo magro, tomando como única forma de “natural” e “normal” para o corpo, não dando

abertura para outra possibilidade, apagando, dessa forma, que qualquer corpo pode ser saudável, assim como, qualquer corpo pode adoecer.

As consequências socioculturais desses efeitos de sentido: a gordura como doença e a magreza como garantia de saúde “plena”, são irreparáveis. O sujeito gordo é quase que um criminoso que deve fugir dos espaços de convivência, ele perde inclusive seus direitos, enquanto o magro vive em regalias, não é julgado se não tem uma alimentação saudável, não é questionado sobre seu estado de saúde, tampouco há preocupação quanto a isso, o magro “não” precisa malhar, já é saudável por “natureza”. Em contraponto, para o gordo é negada a assistência, por isso, pode morrer, não há cadeiras adequadas para comportar seus corpos, não há macas nos sistemas de saúde para tratar desse sujeito, alguns equipamentos médicos não comportam a diversidade corporal; o sujeito-gordo não consegue viajar confortavelmente num avião ou ônibus, é impedido de ocupar a vaga conquistada em concurso público, é descartado em outras vagas de empregos; para o sujeito-gordo não há roupas, visto que até a moda “*plus size*” tem um padrão, não atende ao corpo gordo maior; na academia, já que deve emagrecer, há equipamentos que não suportam todos os corpos e suas dimensões.

Perante o que analisamos, não há, portanto, como não dizer que o discurso médico, discurso oficial sobre o corpo, a doença e a saúde, favoreça para essas condições, ou grande parte delas.

A abordagem médica normativa de perda de peso em relação aos sujeitos considerados gordos, como pudemos observar, é uma prática comum ao longo dos anos. Embora a intenção por trás desse enfoque seja melhorar a saúde e reduzir os riscos associados à obesidade, ela frequentemente não considera a subjetividade dos sujeitos, ou seja, as complexidades individuais, a diversidade de corpos, por isso observamos, quase sempre, consequências negativas para o sujeito-doente.

Esse tipo de prática inicia-se com a fixação de metas de perda de peso que são baseadas em índices de massa corporal (IMC) e padrões de peso corporal considerados “saudáveis” pelo discurso médico. No entanto, o IMC é uma medida limitada, que não leva em conta fatores importantes, como composição corporal, genética, histórico de saúde e bem-estar emocional. Fixar metas de perda de peso baseadas apenas no IMC pode criar uma pressão não saudável sobre os sujeitos-pacientes, levando a expectativas irrealistas e à perpetuação de padrões de beleza inatingíveis.

Em vez disso, uma abordagem mais inclusiva e centrada no sujeito-paciente seria fundamental para promover uma melhora na saúde e bem-estar deste, isso, inclusive, independentemente de seu tamanho ou aparência física. O respeito, a empatia e a compreensão das experiências individuais são cruciais para promover uma abordagem mais holística à saúde que valorize a subjetividade de corpos e promova uma visão positiva do próprio corpo.

Nessa perspectiva, salientamos que até há uma tentativa de mudança quanto à classificação da obesidade, a fim de “valorizar a saúde”. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), em uma pesquisa conjunta, salientam que “uma visão difundida no tratamento da obesidade é que o objetivo é normalizar o índice de massa corporal (IMC) do indivíduo”, mas que, “uma perda de peso modesta (geralmente acima de 5%) já está associada à melhoria clínica, enquanto perdas de peso de 10% a 15% trazem ainda mais benefícios, independentemente do IMC final”<sup>54</sup> Halpen *et al.* (2022, p. 1, tradução minha). Observamos, que o discurso médico compreende que propaga uma visão normatizadora para o corpo, mas que segue propondo a perda de peso como única alternativa para melhora “clínica” do sujeito: leia-se, para o sujeito ser “mais saudável” ainda precisa emagrecer, pois:

Nessa classificação, os indivíduos **que perdem uma proporção específica de peso são classificados como tendo obesidade “reduzida” ou “controlada”**. Esta classificação simples - que não pretende substituir outras, mas servir como ferramenta adjuvante - poderia ajudar a disseminar o conceito de benefícios clínicos derivados de uma modesta perda de peso, permitindo que indivíduos com obesidade e seus profissionais de saúde se concentrassem em **estratégias de manutenção de peso**<sup>55</sup>. (HALPEN *et al.*, 2022, p. 1, tradução minha).

O discurso médico, mesmo ao tentar propor um “novo olhar”, ele é ainda focado na perda de peso. Dessa forma, ainda é uma abordagem que desvia a atenção de do sujeito em si, uma vez que o número segue ali, não importa se é perder “só 5%, 10%

<sup>54</sup> *A widespread view in the treatment of obesity is that the goal is to normalize the individual's body mass index (BMI). However, a modest weight loss (usually above 5%) is already associated with clinical improvement, while weight losses of 10%-15% bring even further benefits, independent from the final BMI.*

<sup>55</sup> *In this classification, individuals losing a specific proportion of weight are classified as having “reduced” or “controlled” obesity. This simple classification – which is not intended to replace others but to serve as an adjuvant tool – could help disseminate the concept of clinical benefits derived from modest weight loss, allowing individuals with obesity and their health care professionals to focus on strategies for weight maintenance instead of further weight reduction.*

ou 15% de gordura corporal”, o discurso médico continua dizendo que a gordura é ruim, que ser gordo é ruim, por isso que o corpo, todavia, segue sendo matematizado; estar “mais saudável” continua dependendo de um número, mesmo que pequeno. Logo, o discurso médico segue negligenciando a importância de outros fatores na saúde dos sujeitos. Além disso, segue desencorajando os sujeitos a buscarem cuidados médicos por medo de serem julgados como culpados pela condição corporal.

## REFERÊNCIAS

- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes brasileiras de obesidade**: 2016. 4 ed. São Paulo. Disponível em: <https://abeso.org.br/diretrizes/>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Imunização contra covid-19 em pessoas com obesidade**. 2021. Disponível em: <https://abeso.org.br/imunizacao-contracovid-19-em-pessoas-com-obesidade/>. Acesso em: 12 fev. 2022.
- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica; SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Manifesto obesidade: cuidar de todas as formas**. *E-book* (72 p.), 2021. Disponível em: <https://abeso.org.br/manifesto-obesidade-cuidar-de-todas-as-formas/>. Acesso em: 23 abril 2020.
- ACHARD, Pierre. Memória e produção discursiva do sentido. In: ACHARD, Pierre *et al.* (Orgs.). **O papel da memória**. 5 ed. Campinas, São Paulo: Pontes Editores, 2020.
- ALTHEIA, Paola. **Não sou exposição**: questionamentos sobre imagem corporal, autoestima e saúde. Belo Horizonte: Quintal Edições, 2019.
- ALTHUSSER, Louis. **Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado**. 3 ed. Lisboa: Editorial Presença/Martins Fontes, 1985.
- ALTHUSSER, Louis. **Sobre a Reprodução**. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. Gerência-Geral de Regulação Assistencial. Gerência de Monitoramento Assistencial. Coordenadoria de Informações Assistenciais. **Manual de diretrizes para o enfretamento da obesidade na saúde suplementar brasileira** [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: ANS, 2017.
- ANJOS, Luiz Antonio dos. **Obesidade e saúde pública**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- ANJOS, Luiz Antonio dos. Índice de Massa Corporal ( $\text{massa corporal} \cdot \text{estatura}^2$ ) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 431-436. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101992000600009>. Acesso em: 12 jun. 2019.
- ARRUDA, Agnes de Souza. **O peso da mídia**: uma autoetnografia da gordofobia sob o olhar da complexidade. 2019. 116 f. Tese (Doutorado em Comunicação) – Universidade Paulista, São Paulo, 2019.
- AS DOENÇAS DA BELEZA. Publicado pelo canal Amores Possíveis, [S. I.], 2019. 1 vídeo (12min32). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=I7SgKx-loR0>. Acesso em: 20 out. 2022.

AZEVEDO, Ana Lúcia. Pesquisa busca entender por que há idosos centenários que não tem sequer sintomas enquanto jovens morrem de Covid. **Globo.com**, Rio de Janeiro, abril, 2021. Disponível em: <https://extra.globo.com/noticias/coronavirus/pesquisa-busca-entender-porque-ha-idosos-centenarios-que-nao-tem-sequer-sintomas-enquanto-jovens-morrem-de-covid-24955578.html>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BARONAS, Roberto Leiser; AGUIAR, Gisele Freitas de. Do acontecimento histórico ao acontecimento discursivo: o político na charge. **Bakhtiniana**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 165-182, 2º sem. 2009. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/bakhtiniana/article/view/3017>>. Acesso em: 15 set. 2021.

BECHARA, Evanildo. **Novo dicionário de dúvidas da Língua Portuguesa**. 1 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

BIRMAN, Joel. O sujeito desejante na contemporaneidade. **II SEAD - Seminário de Estudos em Análise do Discurso**, 2005. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/analisedodiscurso/anaisdosead/2SEAD/CONFERENCIA/JoelBirman.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição, **Portaria nº 710**, 10 jun. 1999. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0710\\_10\\_06\\_1999.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0710_10_06_1999.html)>. Acesso em: 05 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Obesidade**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRESSAN, Mariele Zawirucka. **O corpo que fal(h)a, nas tramas do discurso: a anoréxica e o(s) outro(s) no espetáculo da rede**. 2017. 296 f. Tese (Doutorado em Letras) – Instituto de Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

CABRITA, Bruno Correia; ABRAHÃO, Ana Lucia. O normal e o patológico na perspectiva do envelhecimento: uma revisão interativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, jul./set., p. 635-645, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SPJjTnY5gGV8ktFRMCshkdQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 fev. 2022.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **Physis**, revista de Saúde Coletiva, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/SBLPx396DBJ9G6LvYdvbrVb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 fev. 2022.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

CAPONI, Sandra. A saúde como objeto de reflexão filosófica. *In*: BAGRICHEVSKY, M., PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (org.). **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Edibes, 2003. p.115-136.

CASTIEL, Luiz David; DIAZ, Carlos Álvarez-Dardet. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CASTIEL, Luiz David; MORAES, Danielle Ribeiro de; PAULA, Igor Juliano de. Terapeuticalização e os dilemas preemptivistas na esfera da saúde pública individualizada. **Saúde e Sociedade** [online], v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902016142788>>. Acesso em: 28 out. 2021.

CAZARIN, Ercília Ana; RASIA, Gesualda dos Santos. As noções de acontecimento enunciativo e de acontecimento discurso: um olhar sobre o discurso político. **Letras**, Santa Maria, v. 24, n. 48, p. 193-210, jan./jun., 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/letras/article/view/14432>>. Acesso em 17 jan. 2021.

CHAGAS, Arnaldo Toni. O sujeito ideológico na perspectiva de Louis Althusser - o assujeitamento. **Portal dos Psicólogos**, 2012. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0675.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2022.

COELHO, Denise Eugenia Pereira. **A construção social da mensuração do corpo no campo da Saúde Pública: um resgate histórico-epistemológico**. 2020. 180 f. Tese (Doutorado em Ciências) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

CORAND, Peter. **Medicalization and social control**. *Annual Review of Sociology*, v. 18, 1992, p. 209-232.

COURTINE, Jean-Jacques. **Análise do discurso político: o discurso comunista endereços aos cristãos**. São Carlos: UduFSCar, 2014.

COURTINE, Jean-Jacques; MARANDIN, Jean-Marie. Que objeto para a análise do discurso?. *In*: CONEIN *et al.* (orgs.). **Materialidades discursivas**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2016, p. 33-54.

COURTINE, Jean-Jacques. Introdução. *In*: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGORELLO, Georges (org.). **História do corpo: da revolução à grande guerra**. Tradução: João Kreuch e Jaime Clasen. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 7-10.

COSTA, Graciely Cristina da. Denominação: um percurso de sentidos entre espaços e sujeitos. **Rua**, Campinas - SP, v. 18, n. 1, p. 134-147, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/rua.v18i1.8638291>. Acesso em:

CUNHA, Celso; CINTRA, Lindley. **Nova gramática do português contemporâneo**. 7 ed., Rio de Janeiro: Lexikon, 2017.

DELA-SILVA, Silmara Cristina. **O acontecimento discursivo da televisão no Brasil: a imprensa na constituição da TV como grande mídia**. 2008. 225 f. Tese (Doutorado em Linguística) - Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2008.

DIAS, Patricia Camacho *et al.* Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Q7r6YWsJSR5GZ9bJFBr6ckm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2021.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. **Saúde e sociedade**. 2 ed., São Paulo: Duas Cidades, 1979.

EHRENBERG, A. **O culto da performance**: da aventura empreendedora à depressão nervosa. Org. e trad. Pedro Bendassoli. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2010.

FAURE, Oliver. O olhar dos médicos. *In*: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGORELLO, Georges (org.). **História do corpo**: da revolução à grande guerra. Tradução: João Kreuch e Jaime Clasen. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 13-55.

FERRARI, Alexandre; Medeiros, Vanise. Na história de um gentílico, a tensa inscrição do ofício. **Revista Da Anpoll**, v. 1, n. 32, jul. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.18309/anp.v1i32.615>. Acesso em: 05 mar. 2023.

FERREIRA, Maria Cristina Leandro. O mal-estar do sujeito contemporâneo: político, cultura e arte. *In*: GRIGOLETTO, Evandra; DE NARDI, Fabiele Stockmans; SOBRINHO, Helson Flavio da Silva (Org.). **Sujeito, sentido, resistência**: entre a arte e o digital. Campinas, SP: Pontes Editores, 2019.

FERREIRA, Maria Cristina Leandro. Discurso: conceitos em movimento. *In*: **Oficinas de Análise do Discurso**: conceitos em movimento. FERREIRA, M. C. L. (Org). Campinas, SP: Pontes Editores, p.11-23, 2015.

FERREIRA, Maria Cristina Leandro. O discurso do corpo. *In* MITTMANN, Solange; SANSERVERINO, Antônio Marcos (Org.). **Trilhas da investigação**: a pesquisa no I.L. em sua diversidade constitutiva. Porto Alegre, RS: Instituto de Letras/UFRGS, 2011. p. 89 – 105.

FERREIRA, Maria Cristina Leandro. Análise do Discurso e suas interfaces: o lugar do sujeito na trama do discurso. **Organon**, Rio Grande do Sul, v. 24, n. 48, p. 1-10, 2010. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/organon/issue/view/1661/showToc>. Acesso em: 05 mar. 2021.

FERREIRA, Maria Cristina Leandro. O quadro atual da Análise de Discurso no Brasil. **Revista Letras**; Espaço de Circulação de Linguagem. Universidade Federal de Santa

Maria, n.º. 27, 2003, p. 39-46. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5902/2176148511896>. Acesso em: 15 abr. 2020.

FERREIRA, Maria Cristina Leandro. **Glossário de termos do discurso**. Porto Alegre: UFRGS, 2001.

FIGUEIREDO, Simone Pallone de; VELHO, Léa. **A medicalização da Obesidade**. In: IX Jornadas Latinoamericanas de Estudios Sociales de la Ciencia y de la Tecnología, Ciudad de México, Jun. 2012. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/258275521\\_A\\_medicalizacao\\_da\\_obesidade](https://www.researchgate.net/publication/258275521_A_medicalizacao_da_obesidade). Acesso em: 10 set. 2021.

FILHO, Naomar de Almeida. O que é saúde?. Versão *Online*, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

FISCHLER, Claude. **El (h)omnívoro**: El gusto, la cocina y el cuerpo. Trad. de Mario Merlino. Barcelona: Editorial Anagrama, 1990.

FISCHLER, Claude. Obeso benigno, obeso maligno. In: SANT'ANNA, D. B (org). **Políticas do corpo**: elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

FISCHLER, Claude. Obesidade: problema individual ou social? **Manifesto obesidade**. 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2hP7eiouqVM>. Acesso em: 05 mar. 2021.

FOUCAULT, Michel. Doença mental e psicologia. Trad. Lilian Rose Shalders, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado, 10 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: a vontade de saber I. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**: curso dado no College de France (1977-1978). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**: na Idade Clássica. Trad. José Teixeira Coelho Neto. 9 ed., São Paulo: Perspectiva, 2010.

FOXCROFT, Louise. **A tirania das dietas**: dois mil anos de luta contra o peso. Trad. Luís C. Borges, São Paulo: Três Estrelas, 2013.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos** (1930-1936). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GADET, Françoise. Prefácio. In: *In*: GADET, F.; HAK, T. **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Tradução: Bethânia Mariani *et al.* 3º ed. Campinas-SP: Editora da UNICAMP, p. 7-10, 1997.

GALLO, Solange Leda. Autoria: questão enunciativa ou discursiva?. **Revista Linguagem em (Dis)curso**, volume 1, número 2, jan./jun. 2001. Disponível em: <[http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Linguagem\\_Discurso/article/view/172#:~:text=Resumo%3A%20Trata%2Dse%20de%20um,%C3%A0%20no%C3%A7%C3%A3o%20de%20EFEITO%20AUTOR.](http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Linguagem_Discurso/article/view/172#:~:text=Resumo%3A%20Trata%2Dse%20de%20um,%C3%A0%20no%C3%A7%C3%A3o%20de%20EFEITO%20AUTOR.)>. Acesso em: 07 jan. 2021.

GARCIA, Dantielli Assumpção. Uma inscrição no banheiro, um corpo que significa: efeitos de/sobre mulher. In: Souza, Lucília Abrahão *et al.* (org.). **Travessias em discurso**: a língua na história. São Carlos: Pedro e João Editores, 2017, p.331-346.

GORDA. Direção Luiza Santos Junqueira Ribeiro. Intérpretes: Cláudia Rocha, Dandara Aryadne, Elisa Nesi. [S. l.], 15m45, 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PVoZftI7Ebs&list=PLeNmiYLFbSJ4umia5nIO9rVUprvPpuzxB>. Acesso em: 02 jul. 2019.

GRIGOLETTO, E. Do lugar social ao lugar discursivo: o imbricamento de diferentes posições-sujeito. In: II SEMINÁRIO DE ESTUDOS EM ANÁLISE DO DISCURSO, II, Porto Alegre. **Anais eletrônico**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. Disponível em:<[http://anaisdosead.com.br/sead2\\_simposios.html](http://anaisdosead.com.br/sead2_simposios.html)>. Acesso em: 05 fev. 2022.

GUILHAUMOU, Jacques; MALDIDIER, Denise. Efeitos do arquivo: a análise do discurso no lado da história. In: ORLANDI, Eni Puccinelli (Org.). **Gestos de Leitura**: da história no discurso. 4 ed. Campinas, São Paulo: Editora da UNICAMP, 2014.

HALPERN, Bruno et al. Proposal of an obesity classification based on weight history: an official document by the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism (SBEM) and the Brazilian Society for the Study of Obesity and Metabolic Syndrome (ABESO). **Arch Endocrinol Metab.**, 66/2, mar.\abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.20945/2359-3997000000465>. Acesso em: 23 jul. 2023.

HASHIGUTI, Simone Tiemi. **Corpo de memória**. 2008. 124 f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada) – Instituto de Estudos de Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, 2008.

HEGENBERG, Leonidas. **Doença**: um estudo filosófico. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde**: nêmesis da medicina. 4.ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

INDURSKY, Freda. Lula lá: estrutura e acontecimento. **Organon**, Porto Alegre – UFRGS, v. 17, n. 35, p. 101-121, 2003. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/organon/article/view/30020>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

INDURSKY, Freda. A memória na cena do discurso. *In*: INDURSKY, Freda; MITTMANN, Solange; FERREIRA, Maria Cristina Leandro (Orgs.). **Memória e história na/da análise do discurso**. Campinas: Mercado de Letras, 2011, p. 67-89.

INDURSKY, Freda. **A fala dos quartéis e as outras vozes**. 2 ed., Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2014.

JIMENEZ-JIMENEZ, Maria Luiza. **Lute como uma gorda: gordofobia, resistência e ativismo**. 2020. 237 f. Tese (Doutorado em estudos da cultura contemporânea), Universidade Federal do Mato Grosso, Faculdade de Comunicação e Arte, Cuiabá, 2020.

RIBEIRO, Luiza Santos Junqueira. **Gorda: processo de criação e realização de curta-metragem documentário**. 2016. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Comunicação - Habilitação em Radialismo) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 25, 1991. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/L4Z7xNFDDyWzjq5VYsF9B5v/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 set. 2021.

LEANDRO, Maria Engrácia. Saúde e doença através dos tempos e dos contextos sociais. *In*: 15º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia, Florianópolis, Santa Catarina. **Anais eletrônicos** [...]. nov. 2016. Disponível em: [https://www.15snhct.sbhct.org.br/resources/anais/12/1470566464\\_ARQUIVO\\_MIGAL\\_eandr16BrasilDoencaSaud.doc.pdf](https://www.15snhct.sbhct.org.br/resources/anais/12/1470566464_ARQUIVO_MIGAL_eandr16BrasilDoencaSaud.doc.pdf). Acesso em: 1 set. 2022.

LE GOFF, Jacques. **História e memória**. Trad. Bernardo Leitão *et al.* Campinas, São Paulo: Editora da UNICAMP, 1990.

LIMA, Rita de Cássia Gabrielli Souza. **Movimento atenção primária à saúde como um produto da hegemonia: análise das Assembleias Mundiais de Saúde de 1948 a 1978**. 2013. 318 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Faculdade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

LUNKES, Fernanda Luzia. O sujeito e(m) efeitos de mal-estar: entre diagnóstico(s) e culpa. *In*: SILVA, Dalexon Sérgio da; SILVA, Claudemir dos Santos. *Pêcheux em (dis)curso: entre o já-dito e o novo. Uma homenagem á professora Nadia Azevedo*. São Carlos: Pedro e João Editores, 2021, p. 377-395.

LUNKES, Fernanda Luzia. Aparelhos Ideológicos de Estado de Saúde: o político do/no diagnóstico. *In*: FLORES, Giovanna Benedetto *et al.* (org.). **Análise de discurso em rede: cultura e mídia**. V. 5, 1 ed., Campinas, SP: Editora Pontes, 2019, p. 87-101.

MALDIDIER, Denise. **A inquietação do Discurso**. Tradução: Eni P. Orlandi. Campinas: Pontes, 2003.

MARIANI, Bethania Sampaio Corrêa. **O comunismo imaginário: práticas discursivas da imprensa sobre o PCB (1922-1989)**. 1996. 259 f. Tese (Doutorado em Linguística) Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1996.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU, 1974.

MOULIN, Anne Marie. O corpo diante da medicina. *In*: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. **História do corpo: as mutações do olhar: o século XX**. Tradução Ephraim Ferreira Alves. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 15-82.

NÉSPOLI, Natália; NOVAES, Joana de Vilhena; ROSA, Carlos Mendes. O corpo na cultura: obesidade como doença, biopolítica e normalização. **DESAFIOS: Revista interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 1, n. 2, p. 149-168, jan/jun., 2015. Disponível em: <  
<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/1473/8257>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

NILSON, Eduardo Augusto Fernandes *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Rev Panam Salud Publica**, n. 44, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>. Acesso em: 10 de fev. 2023.

NOVAES, Joana de Vilhena. **O intolerável peso da feiura: sobre as mulheres e seus corpos**. Rio de Janeiro: PUC Rio: Garamond, 2013.

OLIVER, J. Eric. **Fat Politics: The Real Story Behind America's Obesity Epidemic**. New York: Oxford University, 2005.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Número de pessoas afetadas pela fome sobe para 828 milhões em 2021. 2022. Disponível em: [https://brasil.un.org/pt-br/189062-n%C3%BAmero-de-pessoas-afetadas-pela-fome-sobe-para-828-milh%C3%B5es-em-2021#:~:text=Alimentos%20\(WFP\).-%20n%C3%BAmero%20de%20pessoas%20afetadas%20pela%20fome%20globalmente%20subiu%20para,Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas%20sobre%20o%20tema](https://brasil.un.org/pt-br/189062-n%C3%BAmero-de-pessoas-afetadas-pela-fome-sobe-para-828-milh%C3%B5es-em-2021#:~:text=Alimentos%20(WFP).-%20n%C3%BAmero%20de%20pessoas%20afetadas%20pela%20fome%20globalmente%20subiu%20para,Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas%20sobre%20o%20tema). Acesso em: 25 ago. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **International Classification of Diseases, Revision 6**. 1948. Disponível em: <http://www.wolfbane.com/icd/icd6h.htm>. Acesso em: 10 out. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **International public health between the two world wars - the organizational problems**. Geneva, n. 3, 1979. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39249>. Acesso em: 25 ago. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Utilisation et interprétation de l'anthropométrie: rapport d' un comité OMS d'experts**. Genève, 1995. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37006> >. Acesso em: 05 jan. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision**. 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/>. Acesso em: 05 out. 2022.

WHO. Organização Mundial da Saúde. **Obesity**. 2022a. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1). Acesso em: 25 de jul. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **History of the development of the ICD**. 2022b. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icd/historyoficd.pdf?sfvrsn=b9e617af\\_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icd/historyoficd.pdf?sfvrsn=b9e617af_3&download=true). Acesso em: 05 out. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **International Classification of Diseases 11th Revision**. 2022c. Disponível em: <https://icd.who.int/en>. Acesso em: 5 de out. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Manual da Classificação estatística Internacional de Doenças, lesões e causas de morte**. v.1, São Paulo, 1980.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia da obesidade**. Tradução Andréa Favano, São Paulo: Roca, 2004a.

OMS. Organização mundial da Saúde. **Dia mundial da obesidade: obesidade e suas raízes**. 2020. Disponível em: < <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/03/04/default-calendar/world-obesity-day>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Manual sobre enfoque de risco na saúde materno-infantil**. Brasil: OMS: 1983.

OMS. Organização mundial da saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <http://www.nepp-dh.ufrj.br/oms2.html>. Acesso em: 10 out. 2021.

O MÍNIMO para viver. Direção: Martin Noxon. Produção: Martin Noxon. Intérpretes: Lily Collins, Keanu Reeves, Carrie Preston, Lili Taylor, Alex Sharp e Liana Liberato. Estados Unidos: Netflix, 2017 (107 min).

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Dia mundial da obesidade 2022: acelerar ação para acabar com a obesidade**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-3-2022-dia-mundial-da-obesidade-2022-acelerar-acao-para-acabar-com-obesidade>. Acesso em: 29 ago. 2022.

ORNELLAS, Cleusa P. As doenças e os doentes: a apresentação das práticas médicas no modo de produção capitalista. Revista Latino-americana de Enfermagem, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 19-26, jan. 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11691999000100004>. Acesso em: 02 jul. 2022.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico**. 5 ed. São Paulo: Editora Pontes, 2020a.

ORLANDI, Eni Puccinelli. Maio de 1968: os silêncios da memória. In: ACHARD, Pierre *et al.* **Papel da memória**. Tradução de José Horta Nunes. 5 ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2020b, p. 55-65.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Eu, Tu, Ele**: discurso e real da história. 2 ed., Campinas, SP: Pontes Editores, 2017.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso**: Princípios e Procedimentos. São Paulo, Ed. Pontes, 2015.

ORLANDI, Eni Puccinelli. A materialidade do gesto de interpretação e o discurso eletrônico. In: DIAS, Cristiane. **Formas de mobilidade no espaço e-urbano**: sentido e materialidade digital [*online*]. Série e-urbano, v 2, 2013.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Discurso em análise**: sujeito, sentido, ideologia. Ed. 2, Campinas – São Paulo: Pontes, 2012.

ORLANDI, Eni Puccinelli. Os sentidos de uma estátua: espaço, individuação, acontecimento e memória. **Entremeio**: revista de estudos do discurso, v.1, n. 1, jul. 2010. Disponível em: <http://www.entremeios.inf.br/published/1.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

ORLANDI, Eni Puccinelli. Análise do Discurso. In: LAGAZZI-RODRIGUES, Suzy; ORLANDI, Eni Puccinelli (Orgs.). **Introdução às ciências da linguagem** - Discurso e textualidade. Campinas, SP: Pontes Editores, 2006, p. 11-32.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Discurso e Texto**: formulação e circulação dos sentidos. 2 ed., Campinas, SP: Pontes, 2005.

ORLANDI, Eni Puccinelli. A análise de discurso e seus entre-meios: notas a sua história no Brasil. **Cadernos de Estudos Linguísticos**, Campinas, v. 42, p. 21-40, Jan./Jun. 2002. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cel/article/view/8637139> Acesso em: 20 set. 2020.

ORLANDI, Eni Puccinelli. E vão surgindo sentidos. In: ORLANDI, Eni Puccinelli. (org.) **Discurso fundador**. Campinas, Pontes, 1993.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. 4 ed., Campinas, SP: Editora da Unicamp, 1997.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **A linguagem em seu funcionamento**: as formas do discurso. 2 ed. Campinas, SP: Pontes, 1987.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Discurso e Leitura**. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1988.

ORTEGA, Francisco. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

ORTEGA, Francisco; ZORZANELLI, Rafaela. **Corpo em evidência**: a ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PAIM, Marina Bastos; KOVALESKI, Douglas Francisco. Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190227>. Acesso em: 12 ago. 2021.

PÊCHEUX, Michel. FUCHS, Catherine. A propósito da Análise Automática do Discurso: atualizações e Perspectivas (1975). In: GADET, F.; HAK, T. **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Trad. Bethânia Mariani *et al.* 3º ed. Campinas-SP: Editora da UNICAMP, p. 163-252, 1997.

PÊCHEUX, Michel. Análise automática do discurso. In: GADET, F.; HAK, T. **Por uma análise automática do discurso**: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Trad. Bethânia Mariani *et al.* 3º ed. Campinas-SP: Editora da UNICAMP, p. 61-161, 1997.

PÊCHEUX, Michel. **Discurso**: estrutura e acontecimento. Trad. Eni P. Orlandi, São Paulo: Pontes, 2012.

PÊCHEUX, Michel. **Semântica e Discurso**: uma crítica à afirmação do óbvio. Trad. Eni P. Orlandi *et al.* Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2014.

PÊCHEUX, Michel. Papel da Memória. In: ACHARD, Pierre *et al.* (orgs.). **Papel da Memória**. Tradução de José Horta Nunes. 5 ed., Campinas, SP: Pontes Editores, p. 45-54, 2020.

PERUSSI, Arthur. Utopia da saúde perfeita: a nova ideologia do corpo na modernidade. **CAOS**, v. 1, n. 3, dez., 2001. Disponível em: <<https://periodicos.ufpb.br/index.php/caos/article/view/47126>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

POULAIN, Jean-Pierre. **Sociologia da Obesidade**. Trad. Cecília Padra. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2013.

RANGEL, Natália Fonseca de Abreu. **O ativismo gordo em campo**: política, identidade e construção de significados. 2018. 178 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

RAMIREZ, Gonzalo. **Marasmo**: o que é, sintomas e tratamento. Tua Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/marasmo/>. Acesso em: 02 out. 2022.

RAP PLUS SIZE. **IMC**. OQ Produções, 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kX17Djplb1w>. Acesso em: 20 mar. 2023.

RECH, Daiani Cristina *et al.* As políticas públicas e o enfrentamento da obesidade no Brasil: uma revisão reflexiva. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 1, n. 1, p. 192-202, 3 out. 2016.

SANTANA, Juliana; BARBAI, Marcos; CHIARETTI, Paula. Articulações entre corpo, saúde e modos de subjetivação. In: SANTANA, Juliana; BARBAI, Marcos; CHIARETTI, Paula (orgs.). **Discurso e saúde: hegemonia de sentidos, corpo e sujeito**. São Carlos: Pedro e João Editores, 2022, p. 7-20.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. **Gordos, magros e obesos: uma história de peso no Brasil**. 1 ed. São Paulo: Estação Liberdade, 2016.

SANT'ANNA, Denize Bernuzzi de. É possível realizar uma história do corpo? In: SOARES, Carmen Lúcia (org.). **Corpo e História**. 3. ed. Campinas, SP: Autores Associados, 2006, p. 03-23.

SANT'ANNA, Denize Bernuzzi de. Descobri o corpo: uma história sem fim. *Educação e Realidade*, v. 25, n. 2, p. 49-58, 2000. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/46832>. Acesso em: 05 nov. 2021.

SANTAELLA, Lucia. **Corpo e comunicação: sintoma da cultura**. São Paulo: Paulus, 2004.

SANTOLIN, Cezar Barbosa. **O nascimento da obesidade: um estudo genealógico do discurso patologizante**. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

SANTOLIN, Cezar Barbosa. História da obesidade na classificação internacional de doenças (CID): de 1900 a 2018. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 25, n. 3, p. 167-172, set./dez. 2021. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v25i3.2021.8045>. Acesso em: 20 de jan. 2023.

SANTOS, Manoel Antônio dos *et al.* Corpo, saúde e sociedade de consumo: a construção social do corpo saudável. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 239-252, 2019.

SEIXAS, Cristiane Marques; BIRMAN, Joel. O peso do patológico: biopolítica e vida nua. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos: Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan.-mar. 2012, p.13-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000100002>. Acesso em: 15 out. 2021.

SILVA, Maria da Glória Ribeiro da. **Contribuição ao estudo do problema do poder na relação médico-paciente**. 1975. 151 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Pontifícia Universidade Católica - PUC, Rio de Janeiro, 1975.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth Machado de. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988.

SOARES, Alexandre Sebastião Ferrari. **A homossexualidade e a AIDS no imaginário de revistas semanais (1985-1990)**. São Carlos: Pedro e João Editores, 2019.

SOHN, Anne-Marie. O corpo sexuado. *In*: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. **História do corpo**: as mutações do olhar: o século XX. Tradução Ephraim Ferreira Alves. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 109-154.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SFEZ, Lucien. **A saúde perfeita**: crítica de uma nova utopia. Tradução Marcos Bagno. São Paulo: UNIMARCO Editora, 1996.

STRAWDBRIGDE, Willian j.; WALLHAGEN, Margaret I.; SHEMA, Sarah J. New NHLBI Clinical Guidelines for obesity and overweight: will they promote health? **AJPH**, v. 90, n. 3, p. 340-343, mar. 2000. Disponível em: < <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.90.3.340>>. Acesso em: 17 jan. 2022.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006.

VIGARELLO, Georges. **As metamorfoses do gordo**: história da obesidade no ocidente: da Idade Média ao século XX. Trad. Marcus Penchel. Petrópolis – RJ: Vozes, 2012.

VINHAS, Luciana Iost. **Discurso, corpo e linguagem**: processos de subjetivação no cárcere feminino. 2014. 303 f. Tese (Doutorado em Letras) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Letras, Porto Alegre, 2014.

ZOPPI-FONTANA, Mónica. **Cidadãos modernos**: discurso e representação política. 2 ed. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2014.

ZOPPI-FONTANA, Mónica. Acontecimento discursivo. *In*: MARIANI, Bethania (org.). **Enciclopédia Virtual de Análise do Discurso e áreas afins (Encidis)**. Niterói: UFF, 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=exCWhsW3hug>. Acesso em: 20 jun. 2021.