

Análise do discurso sobre saúde em um programa governamental de atividade física

Analysis of the discourse on health in a governmental program of physical activity

MACIEL MG, SARAIVA LAS, MARTINS JCO, MEURER ST. Análise do discurso sobre saúde em um programa governamental de atividade física. *R. bras. Ci. e Mov* 2018;26(3):114-122.

RESUMO: O discurso entendido como uma prática social permite interpretar as diferentes mensagens representadas pela linguagem. Considerando que a concepção de saúde apresenta um viés ideológico e político, este estudo se propôs a realizar uma análise discursiva da temática saúde segundo a percepção de profissionais de Educação Física e alunos do Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte/MG. A escolha do local e dos participantes foi intencional. Como instrumento de coleta, adotamos a entrevista em profundidade; o número de participantes foi determinado pela técnica de saturação dos dados. A interpretação das informações foi realizada pela abordagem sociocognitiva do discurso proposta pelo linguista Van Dijk, que considera o contexto social, a linguagem e os processos cognitivos na construção do discurso. Participaram da pesquisa 18 pessoas (três profissionais de Educação Física e 15 alunos). Como principais resultados, identificamos os modelos mentais assumidos por esses profissionais, denotando a memória social, e pelos alunos, representando a memória episódica, que estão relacionados ao predomínio da concepção hegemônica de saúde. Esta, apresenta uma ênfase na adoção de um discurso que propõe representações sociais pautadas na normalidade dos aspectos clínico-fisiológicos, que por sua vez, pode ter o intuito de estabelecer um possível controle social sobre os comportamentos assumidos pelo contexto social a partir de um estilo de vida idealizado como saudável. Concluímos que a adoção da abordagem sociocognitiva contribui para compreender os processos ideológicos socialmente construídos na produção do discurso sobre a saúde, identificando os modelos mentais assumidos por profissionais da saúde e pelo senso comum.

Palabras-chave: Abordagem sociocognitiva; Saúde; Ideologia.

ABSTRACT: The discourse is understood as a social practice allows interpreting the different messages represented by language. Considering that the conception of health presents an ideological and political bias, this study proposed to perform a discursive analysis of the health theme according to the perception of Physical Education professionals and users in the City Academy Program in Belo Horizonte/MG. The choice of location and participants was intentional. As an instrument of collection, we adopted the in-depth interview; the number of participants was determined by the technique of data saturation. The interpretation of the information was carried out by the sociocognitive approach of the discourse proposed by the linguist Van Dijk, who considers the social context, the language and the cognitive processes in the construction of the discourse. 18 people (three Physical Education professionals and 15 users) participated in the research. As main results, we identified the mental models assumed by these professionals, denoting the social memory, and by the users, representing the episodic memory, that are related to the predominance of the hegemonic conception of health. It presents an emphasis on the adoption of a discourse that proposes social representations based on the normality of the clinical-physiological aspects, which in turn, may have the intention of establishing a possible social control over the behaviors assumed by the social context from a style Idealized life as healthy. We conclude that the adoption of the sociocognitive approach contributes to understand the ideological processes socially constructed in the production of the discourse on health, identifying the mental models assumed by health professionals and common sense.

Palavras-chave: Sociocognitive approach; Health; Ideology.

Marcos G. Maciel¹
Luiz Alex Silva Saraiva²
José Clerton O. Martins³
Simone T. Meurer^{1,4}

¹Universidade do Estado de Minas Gerais

²Universidade Federal de Minas Gerais

³Universidade de Fortaleza

⁴Instituto Federal de Minas Gerais

Recebido: 15/08/2017

Aceito: 07/08/2018

Contato: Marcos Gonçalves Maciel - marcos.maciel@uemg.com

Introdução

Os programas governamentais de atividade física (PGAF) no Brasil são encarados como uma importante estratégia para a promoção da saúde e combate às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)^{1,2,3}. Esses programas apregoam a difusão de um estilo de vida idealizado como saudável, pautado na perspectiva biomédica.

Um dos exemplos desses programas é a Academia da Cidade de Belo Horizonte/MG (PAC-BH), o qual tem sido investigado por diferentes autores^{4,9}. O PAC-BH foi implantado em 2006, tendo 63 polos distribuídos nas nove regionais administrativas, contando com a intervenção de 170 profissionais de Educação Física, atendendo aproximadamente 25.000 pessoas⁴.

Entendendo que toda ação política apresenta um viés ideológico, estudos qualitativos são relevantes para refletir sobre os modelos de saúde adotados nesses programas, pois interferem, por exemplo, na concepção do estilo de vida difundido à população. Para tanto, a análise crítica do discurso¹⁰⁻¹³ é uma das formas de interpretação que podem ser utilizadas para esse propósito.

O discurso é concebido como uma prática social que reflete os significados, crenças, atuando na (re)construção do conhecimento e das relações socioculturais. Assim, a compreensão da linguagem permite interpretar as complexas relações sociais de poder, reconhecendo que a relação entre discurso e sociedade é histórica, ideológica e passível de mediação.

Uma das técnicas existentes de análise do discurso é a abordagem sociocognitiva, desenvolvida pelo linguista holandês Van Dijk^{14,15}. Segundo esse autor, o processo de elaboração ou compreensão de um discurso não é diretamente controlado pelos papéis dos interlocutores, classe social, idade. Esses elementos vão constituir subjetivamente um discurso, pois, dependerá, primeiramente, de como as pessoas compreendem e interpretam os elementos contextuais relevantes para a elaboração desse discurso, assim como os conhecimentos por elas compartilhados.

Van Dijk¹⁴ propõe a análise de determinado objeto de investigação a partir da tríade discurso+cognição+sociedade. Esse autor agrega um novo elemento à análise do discurso, a cognição¹⁶. Esta, a partir dos pressupostos da Psicologia Cognitiva, representa uma propriedade desenvolvida individual e socialmente, pois é adquirida, aprendida, formada e transformada, tanto em processos de interações sociais e como individuais, pela percepção com o meio social.

A análise da sociedade ou contexto social é entendida por esse mesmo autor como uma construção humana resultante de interações coordenadas e negociadas entre os diferentes atores sociais em suas diferentes culturas. De acordo com Van Dijk¹⁴, essas interações são efetivadas a partir de crenças, conhecimentos, normas e valores compartilhados coletivamente. Dessa forma, é imprescindível o envolvimento dos aspectos cognitivos capazes de desenvolver tais elaborações de si mesmos e atribuí-las aos distintos grupos sociais.

Ainda segundo Van Dijk¹⁶, se essas elaborações são de natureza cognitiva, sua função, entretanto, são de ordem social. Dito de outra forma, as pessoas interagem socialmente os conhecimentos porque compartilham os mesmos sistemas de crenças, ainda que de formas distintas. Todavia, esses conhecimentos não são apenas sociais, já que os mesmos, também, estão relacionados às experiências individuais. Considerando esses aspectos o objetivo deste estudo é realizar uma análise discursiva da temática saúde segundo a percepção de profissionais de Educação Física e alunos do PAC-BH.

Procedimentos metodológicos

Esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa, descritiva-exploratória e de campo, sendo do tipo estudo de caso¹⁷. A coleta dos dados foi realizada no PAC-BH, sendo que a escolha do polo investigado e dos participantes foi de forma intencional. No entanto, como critério de inclusão, o polo deveria ter mais de um ano de funcionamento. Os profissionais atuantes no polo, também, teriam que ter mais de um ano nessa unidade, tendo em vista que já teriam adquirido uma familiarização com a proposta do programa e com as peculiaridades dos alunos. Estes por sua vez, deveriam ser frequentes nas aulas há mais de seis meses, considerando ser um tempo que possibilite o estabelecimento de um hábito da prática da atividade física.

Como técnica de coleta dos dados foi adotada a entrevista em profundidade, por meio de um roteiro semiestruturado. O número de entrevistados foi definido pelo critério de saturação dos dados¹⁸; para a interpretação das informações usamos a análise crítica do discurso, especificamente a abordagem sociocognitiva^{14,15}.

As entrevistas foram realizadas em janeiro de 2016, em uma sala do polo e/ou nas casas dos participantes, conforme prévio agendamento, sendo gravadas por meio de áudio e posteriormente transcritas – digitalizadas para

um editor de textos. Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética sob os pareceres de números, 1.548.799 e 1.808.411.

Resultados e discussão

Participaram da pesquisa 18 pessoas, sendo 15 alunos – o perfil sociodemográfico dos alunos é apresentado na Tabela 1 – e três profissionais de Educação Física. Para manter o anonimato dos participantes, criamos um nome fictício para os alunos, seguido pela sua idade; os profissionais serão identificados como P1, P2, P3.

Um desses profissionais é ocupante de cargo administrativo – coordenador regional do PAC-BH –, e dois atuam no polo como professores. Quanto ao perfil desses profissionais, apresentam uma média de idade de 29,6 anos – com idade compreendida entre 26 e 36 anos; todos são bacharéis em Educação Física – dois, também, são licenciados na área – tendo uma média de 6,3 anos de tempo de formação – com formação entre 2008 e 2011; um possui mestrado em Educação Física, outro, especialização *lato sensu*, e outro estava cursando uma especialização *lato sensu*. Quanto ao tempo de trabalho no PAC-BH, esses profissionais possuíam em média 3,6 anos de intervenção.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos alunos.

Idade (média/anos)		51,9
Sexo	Masculino	6
	Feminino	9
Escolaridade	Séries Iniciais	4
	Ens. Fundamental II (in) completo*	5
	Ens. Médio (in) completo	6
Estado Civil	Casado	11
	Viúvo	2
	Divorciado/solteiro	2
Ocupação	Aposentado	6
	Do lar	5
	Trabalhando	3
	Pensionista	1
Número de participantes		15

Fonte: Dados do autor.

*Referente do 6º ao 9º anos.

Análise do contexto social

O contexto é onde ocorre determinada prática social, tendo em vista a inter-relação das condições sociais, políticas, culturais, ideológicas atuando de forma interdependente, interferindo no modo de vida da população¹⁴. Dessa forma, para se compreender o objetivo do PAC-BH, se faz necessário analisar os motivos que desencadeiam o desenvolvimento dessa política pública. Assim, faremos uma breve contextualização de alguns fatores que influenciam a ação do poder público para a implantação desse programa como proposta de influenciar a modificação do estilo de vida da população.

A World Health Organization¹⁹ entende o estilo de vida como um modo de viver baseado em padrões de comportamento identificáveis que são determinados pela relação entre as características individuais, interações sociais, condições socioeconômicas e ambientais. Por sua vez, Nahas²⁰ entende o estilo de vida como o conjunto de hábitos e comportamentos adotados pela sociedade moderna, sendo o principal responsável pelas alterações relacionadas ao perfil de morbimortalidade populacional.

Segundo dados apresentados pelo relatório da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)²¹, a maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis ao estilo de vida adotado. Especificamente em relação à cidade de Belo Horizonte, o boletim do VIGITEL²² no período de 2006 a 2013, relata, em síntese, uma prevalência de fatores de risco às DCNT, semelhantes, negativamente, ao perfil nacional quanto à identificação de um estilo de vida considerado pouco saudável.

Esse cenário tem mobilizado o poder público em várias partes do país a adotar programas similares ao PAC-BH. Este é definido como “[...] espaços públicos de promoção da saúde, com infraestrutura adequada para a vivência da atividade física, propiciando aos seus cidadãos, avaliação física, avaliação e orientação nutricional e a prática orientada dos exercícios físicos de forma regular” (LAS CASAS *et al.*⁴, p. 88).

Grosso modo, considerando as características do contexto social descrito, a proposta de intervenção desse programa é contribuir para promover junto à população, um estilo de vida idealizado como saudável. Para tanto, as ações desenvolvidas seguem uma perspectiva biomédica^{1,2,6}. Esta adota um discurso que incentiva a modificação de comportamentos individuais e coletivos para se alcançar os pressupostos traçados pela área, tendo a vivência da atividade física como uma de suas prioridades^{2,10}.

Conforme Van Dijk¹⁴ os discursos são produzidos e compreendidos como uma função de atitudes socialmente relacionadas às ideologias e às representações sociais, que são estabelecidas cognitivamente. Assim, segundo o autor, o processo de elaboração do discurso pode ser caracterizado como a formulação de um modelo mental. Em outras palavras, algo que alguém sabe ou tem uma opinião sobre um assunto é gradualmente transformado nos sentidos de um discurso e, em seguida, expresso como um modelo do contexto social.

A formação desse modelo mental, segundo Van Dijk, pode ser pessoal - denominado de memória episódica, que está vinculada ao conhecimento individual - como ao modelo social. Este, também, conhecido como memória semântica, faz uso dos conhecimentos gerais socialmente compartilhados. No entanto, embora, interdependente, cada modelo é único. Assim, a mesma pessoa pode construir um modelo ímpar, isto é, uma interpretação distinta do mesmo discurso; porém, o modelo mental é mutável, podendo modificar-se em virtude das experiências e conhecimentos adquiridos.

Todavia, de acordo com Van Dijk¹⁵, é preciso estar ciente que todo o processo de compreensão é coordenado pela linguagem, e, esta, por sua vez, interage com o contexto social. Este informa ao usuário da língua quais os objetivos do discurso, quem são os seus participantes e os seus papéis, o que se sabe, ou não. Tais informações são cruciais para entender as propriedades dos diferentes discursos sociais.

Uma vez formado o modelo mental de um discurso, os usuários da língua podem generalizar esses modelos, e, assim, construir estruturas de conhecimentos mais gerais e abstratas. É desta forma, segundo Van Dijk^{14,15}, que os usuários da língua podem aprender com as suas experiências.

Memória semântica

A partir dos depoimentos dos profissionais e alunos, adotamos a hermenêutica²³ como base para discutir a perspectiva coletiva de saúde. O dicionário *Michaelis online*¹ define o termo saúde, como um substantivo feminino, referenciando um bom estado orgânico, sobretudo, se relacionando aos aspectos fisiológicos. A WHO¹⁹ entende a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade. No entanto, essa concepção não é unânime entre os profissionais da área^{24,25}.

Ao analisarmos os depoimentos dos participantes da pesquisa sobre o que entendem como sendo saúde, identificamos, que individual e coletivamente, ainda prevalece o pensamento biomédico apregoado pela WHO¹⁹:

Saúde? Não vou fazer aquele discurso da organização mundial da saúde. Uai, eu vejo que pra mim, saúde é justamente isso, essa prevenção, promoção. É o bem-estar físico, social; porque é o que a gente ver na academia mesmo. Eu não vou ver a saúde em si. Ah. É a falta da doença? Não é a ausência da doença. É estar bem comigo mesmo, espiritualmente falando, mentalmente falando. Acho que entra todo esse contexto. Porque não adianta nada está bem fisicamente, se o meu psicológico não está bem. Então, tem de ser um conjunto de coisas, um conjunto de ações, pra eu poder tá chegando também num estado bom, ou muito bom de saúde. (P1)

Eu não consigo associar saúde sem uma boa qualidade de vida, porque se perde muito em qualidade de vida quando não se tem uma boa saúde, né. E, mais uma vez, não tem como se compor a saúde pra cada um, né. É muito individual, muito particular; mas eu não consigo desassociar as duas coisas; eu acho que saúde vai mais uma vez de encontro a isso, não é só a saúde física, né. A integridade física da pessoa, mas vai além da saúde ... né. Vai a saúde psicológica, o bem-estar, né. Até questões financeiras vão interferir na saúde da pessoa, né. [...], então, saúde é tudo [...]. (P2)

Saúde? [...] Saúde pra mim é tudo. [...] É você estar bem. Tanto emocionalmente, tanto fisicamente, tanto socialmente, é fisiologicamente. Porque, você pode está ok, mas se o psicológico não tá bom, não acho que você esteja saudável. Então, é você está bem em todos os seus aspectos de vida, social; o financeiro interfere. É, sei lá, saúde em si mesma, fisiológica, biológico, saúde psicológica, que eu acho que é a mais importante. É você tá bem nesse sentido. Ter uma boa saúde pra mim é você está bem em todos os aspectos. (P3)

1 Essa fonte foi utilizada por entendermos que expressa o senso comum.

Os fragmentos das falas dos profissionais do PAC-BH demonstram uma concordância com a proposta defendida pela WHO: “[...] É o bem-estar físico, social [...]”; “[...] Não é a ausência da doença [...]”; “[...] Vai a saúde psicológica, o bem-estar, né [...]”; “[...] Então, é você está bem em todos os seus aspectos de vida, social [...]”. Enfim, esses discursos reproduzidos denotam a representação de um conhecimento social específico da área da saúde. Ademais, os modelos mentais presentes estão relacionados a uma subdivisão do entendimento das categorias que compõem a saúde humana – biológica, social, psicológica. Em outras palavras, como apresentado por Van Dijk¹⁴, esses modelos são interações da linguagem a partir de crenças, conhecimentos, normas e valores compartilhados coletivamente.

O depoimento de P1 é iniciado dizendo que não iria reproduzir o conceito apontado pela WHO¹⁹. Contudo, o discurso apresentado segue a mesma perspectiva apresentada por essa organização, pois quando o profissional diz: “[...] é o bem-estar físico, social [...]”, acaba assumindo o mesmo posicionamento institucional. Portanto, percebemos a reprodução de uma ideologia propagada pela perspectiva biomédica.

No entanto, esse profissional busca “desvincular-se” desse conceito, tentando contemplar a saúde em sua totalidade: “[...] é estar bem comigo mesmo, espiritualmente falando, mentalmente falando [...]”; todavia, no final de sua fala, retorna ao mesmo conceito, ao entender que saúde consiste em um estado hierarquizado: “[...] pra eu poder tá chegando, também, num estado bom, ou muito bom de saúde [...]”.

Os depoimentos de P2 e P3 apresentam uma similaridade a P1 quanto ao entendimento da saúde. Conforme descrito por P3, “[...] Saúde pra mim é tudo [...]”, o que se assemelha ao entendimento de senso comum, por exemplo, também, assumido pelos alunos: “[...] Saúde é tudo! A vida da pessoa é a saúde! [...]” (VANDO, 66); “É tudo! Pra mim vale mais que dinheiro! É vida longa né! [...]” (JOÃO, 44); “É tudo de bom né?” (MARIA, 68).

Por outro lado, os depoimentos dos primeiros atores sociais, também, demonstram o entendimento específico de uma área profissional, ou seja, identificam uma inter-relação existente das diferentes dimensões da saúde que são discutidas durante a formação acadêmica, seja a inicial e/ou continuada.

Importante destacar é que todos os profissionais reproduzem um discurso baseado em modelos mentais formados individualmente, isto é, suas próprias percepções, como descrito nos seguintes fragmentos: “[...] É estar bem comigo mesmo, espiritualmente falando, mentalmente falando [...]”; “[...] não tem como se compor a saúde pra cada um [...]”; “[...] É, sei lá, saúde em si mesma, fisiológica, biológico, saúde psicológica, que eu acho que é a mais importante [...]”, mas, também, utilizam do conhecimento coletivo assumido pela área, isto é, adquiridos pela formação acadêmica.

Entretanto, essas distinções são normais, pois segundo Van Dijk¹⁴, as pessoas interagem socialmente os conhecimentos porque compartilham os mesmos sistemas de crenças e conhecimentos, ainda que de formas distintas. Notadamente, esses conhecimentos não são apenas sociais, já que existem conhecimentos que estão relacionados às experiências individuais¹⁴.

Tecendo uma crítica à concepção de saúde estipulada pela WHO, autores como Farinatti e Ferreira²⁵ relatam que a ausência de uma sintomatologia que caracterize uma doença não garante que uma pessoa seja saudável, pois alguns sinais patológicos só aparecem em seus estágios mais avançados, estando, portanto, “invisíveis” em vários momentos da vida. Assim, de acordo com os autores, a saúde deve ser compreendida de forma sistêmica, e não fragmentada. Essa também é a concepção defendida por Almeida Filho²⁶ quando alega que a saúde é entendida como *holos* denotando inteireza, totalidade, uma percepção de univocidade, como a própria vida.

Como contrapondo à perspectiva hegemônica, a Saúde Coletiva enfatiza uma abordagem centrada nas subjetividades, considerando não apenas a etiologia e sintomatologia de uma doença; mas, também a necessidade de sua investigação considerando os aspectos socioculturais e individuais^{23,26}.

Ademais, falar em saúde é falar da vida em sua plenitude. Isso requer, portanto, a busca por uma compreensão transversal que envolva didaticamente a multidimensionalidade do ser humano, ou seja, uma inter-relação dos diferentes aspectos biopsicossociais, que por sua vez, também, deveriam contemplar uma abordagem subjetiva da saúde.

O entendimento polissêmico assumido pela saúde pode ser explicado, por exemplo, pela proposta elaborada por Van Dijk²⁷ ao relatar que há variações na linguagem conforme os componentes socioculturais envolvidos que constroem o discurso. Ainda conforme esse autor, uma vez estabelecido certo conhecimento geral sobre o tema, pode-se (re)construir modelos mentais mais específicos, como, por exemplo, a saúde.

Em síntese, os três profissionais não entendem a saúde como a ausência de doença. Todavia, quando perguntado se a saúde seria o oposto da doença, não souberam expressar de forma tão clara a esse respeito. Assim, o modelo mental da saúde

como componente positivo, ou seja, não contrário à doença, dar-se-ia a partir da perspectiva da compreensão da inteireza da saúde em relação à própria vida, e não como um componente, ou um recurso para se viver, como proposto por Canguilhem²⁸.

Notadamente, embora haja uma memória social relativamente coerente em um grupo específico, como a área da saúde, segundo os aspectos cognitivos propostos por Van Dijk^{14,15}, é normal ter entendimentos distintos entre esses membros; denotando assim, uma peculiaridade entre os modelos mentais coletivos e individuais.

Memória episódica

Nesta seção, discutimos o entendimento da saúde a partir dos modelos mentais apresentados pelos alunos. Entretanto, como as respostas dadas pelos mesmos foram semelhantes, citaremos apenas alguns exemplos dos depoimentos coletados.

Identificamos por meio dos depoentes, um viés ideológico da área biomédica. Esse conhecimento pode ter sido adquirido, por exemplo, de forma transversal pelas mídias, pelos profissionais da saúde, e no próprio PAC-BH. Em geral os discursos apresentados denotam uma característica de culpabilização das pessoas:

É estar com os resultados dos exames bons. Porque se tiver alguma coisa diferente ali, alguma coisa deve tá acontecendo. (CÁSSIA, 53).

O que a gente aprende lá na academia, é alimentação, alimentação adequada. Antes eu não incomodava com isso, hoje não. Por exemplo, hidratação, antes eu bebia pouca água, agora bebo mais. [...] tipo assim, depois de certa idade, a gente não pode descuidar de ir ao médico não. (MÁRIO, 60).

O profissional da saúde como formador de opinião pode exercer influência sobre a pessoa-população por meio das informações transmitidas, criando modelos mentais a respeito de determinado assunto, interferindo, assim, em seu comportamento. Essa perspectiva foi estudada no PAC-BH por Toledo *et al.*²⁹. As autoras por meio de uma amostragem representativa de um polo investigaram a adesão de alunos à proposta de modos saudáveis de vida – alimentação saudável e vivência de atividade física – mediante aconselhamento realizado por profissionais de saúde. Os resultados encontrados demonstram que os processos sociais e psicológicos que permeiam a relação médico-paciente influenciaram mudanças no estilo de vida:

A adoção de modos de vida mais saudáveis requer a proposição de estratégias que favoreçam a adesão, bem como a participação dos profissionais na realização do aconselhamento como ação de promoção da saúde que gere maior autonomia e qualidade de vida, sustentado por políticas e programas de promoção da saúde (TOLEDO *et al.*²⁹ p. 540).

Todavia, o estudo conduzido por essas autoras, também identificou que 75% das pessoas apresentaram uma resistência à proposta de incorporação dos aconselhamentos feitos pelos profissionais da saúde. Em outras palavras, não interiorizaram os modelos mentais difundidos, continuando a priorizar seus próprios modelos mentais individuais e culturais, em detrimento ao conhecimento social dessa categoria profissional. Uma possível explicação para esse fato pode refletir o pensamento elaborado por Spinoza³⁰.

Como proposto por esse filósofo³⁰, os encontros agradáveis produzidos pelas experiências que se tem no cotidiano tendem a reprodução dessas vivências. Assim, se uma pessoa tem um encontro agradável, por exemplo, em comer um torresmo, ela criará uma representação mental de que deve continuar a fazê-lo, até quando lhe for conveniente, mesmo que seja contrário ao conhecimento da área da saúde. Esta por sua vez, alega que esse hábito alimentar é prejudicial à sua saúde. Dessa forma, essa pessoa, ao continuar a comer, constantemente, o torresmo, valoriza mais as próprias experiências e/ou a tradição local, onde essa vivência é comum, ao invés de seguir as orientações do profissional da saúde.

Semelhantemente, Silva *et al.*³¹ ao realizarem um estudo que teve como objetivo analisar a influência de oficinas/palestras educativas como estratégia de intervenção nutricional, com foco na aquisição de informações em nutrição e na percepção de mudanças de hábitos alimentares em um polo do PAC-BH, apontam a importância da observância dos aspectos socioculturais e individuais no desenvolvimento de intervenções dos profissionais da saúde:

Transformar conhecimento científico em mudanças efetivas alimentares é um grande desafio, haja vista o caráter multifatorial do comportamento alimentar. Assim, argumenta-se que o simples fornecimento de informações para aumentar o conhecimento não é suficiente para a mudança comportamental, sendo importante valorizar as dimensões subjetivas e sociais em um processo de troca interpessoal, em que os profissionais auxiliem os indivíduos a desenvolverem a capacidade de enfrentar os problemas, para obter melhores condições de saúde. Essas evidências podem explicar o porquê de nem todos os indivíduos terem mudado seus hábitos alimentares (SILVA *et al.*³¹, p. 656).

Como principal resultado, essas pesquisadoras inferiram que houve um resultado positivo das intervenções quanto à aquisição de informações em nutrição e mudança de hábitos alimentares. Em outras palavras, houve uma mudança dos modelos mentais apresentados por parte dos alunos quanto aos hábitos alimentares.

Essa nova atitude, segundo Van Dijk¹⁴, ocorre devido às alterações dos modelos mentais, ou seja, quando há interações efetivadas a partir do compartilhamento coletivo – crenças, conhecimentos e valores –, que são aceitos pelas pessoas em virtude de suas experiências individuais. O que se questiona não é a intervenção profissional quanto à divulgação dos cuidados necessários para ter saúde; mas, a reprodução, muitas vezes, somente do modelo biomédico, sem considerar os valores pessoais e socialmente construídos, conforme apontado por Silva *et al.*³¹. Para exemplificar esse fato, retomamos o depoimento de uma das alunas entrevistadas nesta pesquisa:

É estar com os resultados dos exames bons. Por que, se tiver alguma coisa diferente ali, alguma coisa deve tá acontecendo. (CÁSSIA, 53).

Esta fala denota a uma influência biomédica, que preconiza uma normatização das funções fisiológica para parametrizar o que é saúde. Canguilhem²⁸ critica essa perspectiva, e, também, questiona a definição de saúde a partir unicamente do estado patológico, defendendo a ideia de uma subjetivação da saúde. O autor acredita que o limite entre o normal e o patológico, tendo apenas como referência as médias aritméticas de determinadas funções fisiológicas, torna-se impreciso, se esse for o principal parâmetro para avaliar a saúde. Pois, segundo esse autor, uma pessoa ao apresentar um sintoma de uma doença em um determinado caso, em outro, essa mesma doença poderá não ser entendida como patologia, dependendo do cenário que for utilizado.

Ao concordar com Canguilhem, autores como Czeresnia²⁴ e Safatle³² relatam que ao categorizar o patológico como um sistema isolado, isto é, considerando somente determinados órgãos e/ou sistemas, não se considera a relação da totalidade indivisível do ser. Nessa linha de raciocínio, entendendo a saúde, ainda que em senso comum, mas, de forma ampliada, isto é, para além dos aspectos biomédicos, podemos citar os seguintes depoimentos:

Saúde é você ter uma boa vida, viver bem! É respirar bem, não ter cansaço, boa alimentação, dormir bem; entendeu? (MARCELA, 36).

Oh! Saúde pra mim é uma boa convivência, porque se você não tiver uma boa convivência, você não terá uma boa saúde. Você é aquilo que você vive, se você. (REGINA, 60).

Saúde é você viver bem! É não ter com que se preocupar, não ter dor, não ter que ir ao médico pra fazer controle, né! (MARTA, 40).

Saúde é você ter uma boa vida, viver bem! É respirar bem, não ter cansaço, boa alimentação, dormir bem; entendeu? Ter um processo dentro de você tudo de bom. (CARLOS, 62).

O modelo mental adotado pelas pessoas apresenta valores relacionados à autossatisfação, interações interpessoais satisfatórias, sentimento de autonomia e liberdade para realizar as tarefas do cotidiano, portanto, não se restringindo à ideologia biomédica. Conforme Van Dijk¹⁴ é comum haver diferentes modelos mentais quanto a um mesmo tema, pois estão relacionados à subjetivação, às representações esquemáticas das dimensões pessoais e sociais relevantes em cada modelo de evento, como, por exemplo, contexto social, pessoas e ações envolvidas.

Tendo em vista que os modelos mentais descrevem as crenças pessoais a respeito de um evento, opiniões, e, provavelmente as emoções envolvidas, esses modelos denotam, assim, a base da produção e compreensão do discurso, em especial do seu significado social, ou seja, exerce o controle do modelo de contexto.

Considerando os discursos analisados, identificamos a existência da incorporação de um discurso biomédico, como, também, apontado no estudo realizado por Ruas⁶ que semelhantemente, investigou as representações sobre a saúde em alunos do PAC-BH. Todavia, não há uma unanimidade sobre o entendimento sobre a saúde por parte das pessoas. Assim, há alunos que compreendem a saúde como *holos*, uma perspectiva indivisível do ser humano; outros a fragmentam, tendo em vista as suas diferentes dimensões, como didaticamente estabelecidas. Portanto, identifica-se que a construção do discurso sobre a saúde transcende o modelo mental dos profissionais dessa área, como, também, incorpora componentes socioculturais e individuais.

Considerações finais

O objetivo deste estudo consiste na análise discursiva da temática saúde por profissionais de Educação Física e alunos de um polo do PAC-BH. Para tanto, exploramos as relações de interdependência existente entre o contexto social e a formação das memórias semântica e episódica. A adoção da abordagem sociocognitiva permitiu analisar os processos ideológicos socialmente construídos na produção do discurso sobre a saúde. Este é influenciado, sobretudo, pela área biomédica que propõe representações sociais pautadas na normalidade dos aspectos clínico-fisiológicos.

Assim, o discurso biomédico, ao buscar a formação de modelo mental quanto à saúde, influencia um possível controle social sobre os comportamentos assumidos pela população a partir de um estilo de vida idealizado como saudável. O que pode ser observado em alguns depoimentos analisados.

Por outro lado, percebemos nas falas dos participantes, um modelo mental distinto a essa área profissional, pautado, sobretudo, no entendimento de senso comum. Esse modelo assume as atitudes simples da vida para a obtenção de uma “boa saúde”, mas, todavia, relevantes, como, por exemplo, ter um bom relacionamento social, dormir bem, ter uma alimentação satisfatória.

Em geral, identificamos pela análise dos depoimentos, formas sofisticadas de ocultação de reprodução do discurso da temática em questão, assim como da responsabilidade do poder público em promover condições dignas de vida à população que contribua efetivamente para a obtenção da saúde idealizada. Pois em nenhuma das falas foi citada o dever do Estado em garantir uma equidade social para se cumprir com o discurso biomédico difundido.

O modelo mental hegemônico dessa área, atrelado ao silenciamento do discurso do papel do Estado, parecem integrar estratégias que enfatizam visões unilaterais e de culpabilização das pessoas por meio de um processo que busca uma legitimação, naturalização e até uma banalização de certos hábitos de vida focados nos aspectos comportamentais que devem ser assumidos.

Todavia, uma discussão da saúde, por exemplo, seguindo a perspectiva hermenêutica, bem como o uso da análise crítica do discurso, pode ampliar o entendimento dessa temática para além dos aspectos clínicos e parametrizados, normalmente assumidos pela área biomédica. Portanto, a saúde deveria ser analisada de forma ideológica, dinâmica, complexa e transversalmente.

Referências

1. Maciel MG, Dias C, Silva LP. Lazer e atividade física no Brasil. In: Noce F, Couto ACP, Aleixo IMS, Organizadores. O profissional de educação física na área da saúde. Belo Horizonte: EEEFTO/UFMG, 2014. p. 117-126.
2. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, Silva Júnior JB. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. Rev. Bras. de Ativ. Fís. e Saúde. 2014; 19(3): 286-299.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Avaliação da efetividade de programas de atividade física no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Las Casas RCR, Guimarães VR, Cotta RF, *et al.* O profissional de educação física no sistema único de saúde de Belo Horizonte. In: Noce F, Couto ACP, Aleixo IMS, organizadores. O profissional de educação física na área da saúde. Belo Horizonte: EEEFTO/UFMG; 2014. p. 88-116.
5. Figueira TR, Lopes ACS, Modena CM. Barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde. Rev. Nutr. 2016; 29(1): 85-95.
6. Ruas RFB. Representações de usuários do programa academia da saúde sobre promoção da saúde e prevenção de doenças [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Enfermagem; 2016.
7. Silva VV, Baptista LMTR. Discurso político: legitimação, naturalização ou banalização da corrupção? Discurso & Sociedad; 2011; 5(4): 723-748.
8. Costa JO, Reis BZ, Costa D. Perfil de saúde, estado nutricional e nível de conhecimento em nutrição de usuárias do Programa Academia da Cidade - Aracaju, SE. Rev. Bras. de Ativ. Fís. e Saúde. 2012; 17(2): 93-99.
9. Meneses MC, Pimentes AM, Santos LC, Lopes ACS. Fatores associados ao diabetes Mellitus em participantes do Programa ‘Academia da Cidade’ na Região Leste do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2007 e 2008. Epidemiol. Serv. Saúde. 2011; 20(4): 439-448.
10. Maciel MG, Soares LA. Análise discurso do Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte/MG. Licere. 2016;

19(1): 203-232.

11. Lagos RAS. Sedentarismo, deporte y la presión biopolítica de vivir saludable: Análisis del discurso del sistema elige vivir sano em Chile. *Movimento*. 2016; 22(2): 391-402.
12. Company-Morales M, Sicilia-Camacho A, Rubio-Jiménez MF, Fontalba-Navas A. La epidemia de la obesidad en España: La retórica de su discurso y riesgos potenciales. *Movimento*. 2016; 22(4): 1063-1076.
13. Santolin CB, Rigo LC. O nascimento do discurso patologizante da obesidade. *Movimento*. 2015; 21: 81-94.
14. Van Dijk T. *Discurso e contexto: Uma abordagem sociocognitiva*. Tradução: Rodolfo Illari. São Paulo: Contexto; 2012.
15. Van Dijk T. *Ideology and discourse: A Multidisciplinary Introduction*. Barcelona: 2004.
16. Van Dijk T. *Cognição Discurso e Interação*. São Paulo: Contexto; 1986.
17. Creswell JW. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
18. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Tradução: Luciane de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
19. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, volume 5, 2004. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68896/1/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf. [2016 dez 26].
20. Nahas MV. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida saudável*. 6. ed. Rev. e atual. Londrina: Midiograf; 2013.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2014: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília. 2015. Disponível em: <https://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>. [2015 abr 08].
22. Perez AA, Pereira EC, Felício FCS, *et al.* Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Vigitel - Belo Horizonte 2006-2013. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=cartilha_vigitel-print-2013-saida.pdf. [2016 mai 01].
23. Ayres JRCM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17(1): 43-62.
24. Czeresnia D. *Categoria vida: Reflexões para uma nova biologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
25. Farinatti PTV, Ferreira MS. *Saúde, promoção da saúde e educação física: Conceitos, princípios e aplicações*. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2006.
26. Almeida Filho N. *O que saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
27. Van Dijk T. Notícias e conhecimento. Tradução de Luciano Bottini, Heloiza Hercovitz e Eduardo Meditsch. *Estudos em Jornalismo e Mídia*. 2005, II(2): 1-17. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/jornalismo/article/view/2138/1850>. [2016 abr 10].
28. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009. Disponível em: http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/psicologia/O_Normal_e_o_Patologico.pdf. [2014 ago 10].
29. Toledo MTT, Abreu MN, Lopes ACS. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2013; 47(3): 540-548.
30. Spinoza B. *Ética demonstrada em ordem geométrica e dividida em cinco partes que tratam*. Tradução Roberto Brandão. Disponível em: <http://www.andre.brochieri.nom.br/livros/ilos/Baruch-Spinoza-Etica-Demonstrada-a-maneira-dos-Geometras-PT-BR.pdf>. [2015 nov 16].
31. Silva CP, Carmo AS, Horta PM, Santos LC. Intervenção nutricional pautada na estratégia de oficinas em um serviço de promoção da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev. Nutr*. 2014; 26(6): 647-658.
32. Safatle V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiæ Zúdia*. 2014; 9(1): 11-27.