



**V CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
VI SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
V CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

**EIXO FUNDAMENTOS DO SERVIÇO SOCIAL: o trabalho profissional de
Assistentes Sociais**

**O “Social” na Saúde: uma análise preliminar dos discursos do
“Social” na enfermaria de um hospital de alta complexidade do SUS**

João Pedro Marques Curty Lage¹
Silvana Marta Tumelero²

Resumo: O trabalho apresenta resultados preliminares de pesquisa qualitativa que objetivou identificar através das práticas discursivas dos profissionais de saúde, os sentidos atribuídos ao “Social”. Foram entrevistados profissionais de saúde de uma enfermaria, Assistentes Sociais, Psicólogos, Fisioterapeutas, Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais, Nutricionistas, Farmacêutico e Médicos. A análise preliminar revelou inespecificidade dos discursos sobre o “Social” no contexto hospitalar, tendência individualizante das conceituações do social e da sua relação com a sociedade, acentuada, por especificidades da clínica nas instituições hospitalares. Dentre as dificuldades apresentadas, destacam a ausência dessa discussão nos ementários/currículos de suas áreas de formação, bem como nos processos pedagógicos da graduação.

Palavras-chave: Discursos sobre o social; Assistência em saúde; Hospital

Abstract:

The paper presents preliminary results from a qualitative research aimed at identifying, through the discursive practices of healthcare professionals, the meanings attributed to the term "Social." Professionals from a hospital ward, including Social Workers, Psychologists, Physiotherapists, Nurses, Occupational Therapists, Nutritionists, Pharmacists, and Doctors, were interviewed. Preliminary analysis revealed a lack of specificity in discourses surrounding the term "Social" within the hospital context, with a tendency towards individualistic conceptualizations of the social and its relationship with society, accentuated by the specificities of clinical practices within hospital institutions. Among the challenges highlighted were the absence of this discussion in the curricula of their respective fields of study, as well as in undergraduate pedagogical processes.

Keywords: Social Discourse; Health assistance; Hospital;

¹ Assistente Social da Unidade de Movimentação e Acompanhamento de Pessoas (CPP/UMAP) da Pró-reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal do Paraná (PROGEPE/UFPR).
Graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

joaocurtylage@gmail.com

² Assistente Social, Professora Associada da Universidade Federal do Paraná (pesquisadora do Grupo de Pesquisa Desenvolvimento Territorial Sustentável - UFPR, integrante do corpo docente da Residência Multiprofissional em Saúde do CHC-UFPR), Doutora em Serviço Social UFSC,
siltumelero@ufpr.br



1. INTRODUÇÃO

Os resultados parciais apresentados neste trabalho decorrem de uma pesquisa realizada ao longo do ano de 2023 no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), a qual foi motivada por inquietações na inserção em um programa de residência multiprofissional em atenção hospitalar e pelas reflexões produzidas no processo de orientação acadêmica.

No contexto da residência multiprofissional, na condição de assistentes sociais residentes, nos deparamos cotidianamente com uma certa indeterminação da conceituação do “Social” na saúde, sobretudo, no contexto hospitalar, o que produz demandas equivocadas à intervenção profissional do Serviço Social. Desse modo, como fundamento hipotético e força propulsora da pesquisa, avaliamos uma conformação polissêmica do conceito de “Social” e das suas implicações no campo da saúde. Essa conformação polissêmica independe das orientações postuladas pelos organismos multilaterais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), das legislações e normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da própria arquitetura teórico-metodológica que foi base para o Movimento da Reforma Sanitária (MRS).

O “Social” aparece no cenário da intervenção e da assistência à saúde na forma de um caleidoscópio de sentidos que são atribuídos por diferentes profissionais com implicações e fundamentações teórico-metodológicas, éticas e políticas distintas. Essas implicações aparecem cotidianamente nos contextos hospitalares e atravessam a intervenção do/a assistente social em vários aspectos, mas sobretudo, na compreensão e na produção de expectativas na equipe de saúde sobre o nosso fazer profissional.

Da hipótese inicial de uma certa indeterminação e, de certo modo, um não-lugar do “Social” na saúde, construímos o projeto de pesquisa que almejou identificar por meio das práticas discursivas dos profissionais de saúde os diversos sentidos atribuídos ao “Social” no contexto de um hospital geral no sul do país.

Em termos metodológicos, o recorte espacial da pesquisa está nas unidades da Clínica Médica Feminina (CMF) e da Clínica Médica Masculina (CMM) de um hospital geral na região sul do país e a delimitação temporal relacionou-se aos período de vínculo dos sujeitos participantes - profissionais de saúde atuantes na CMM e na CMF no período de junho a agosto de 2023. Em relação aos vínculos de trabalho, os entrevistados foram residentes multiprofissionais, profissionais da rede EBSEH e profissionais do Regime Jurídico Único (RJU).

O projeto de pesquisa foi elaborado em conformidade à Resolução 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado pelo Comitê de Ética do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR sob parecer n. 6.179.265. Foram realizadas entrevistas com o total de



16 profissionais, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Médicos, Nutricionistas, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais, selecionados pelos seus respectivos cenários de prática, já descritos anteriormente.

As entrevistas, de natureza aberta, foram realizadas a partir de questões orientadoras amplas que circularam sobre o conceito de “Social”, a compreensão dos entrevistados sobre relação do “Social” com a área de saúde e com as instituições hospitalares. Ocorreram em salas das clínicas e foram gravadas e transcritas.

Esta exposição tem um caráter preliminar, nesse sentido, não compreende a totalidade da pesquisa, mas busca expor algumas reflexões e aproximações dos dados já produzidos a partir da intencionalidade da pesquisa apresentada nesta introdução.

Cabe evidenciar que a discussão em torno do “Social” no processo de assistência à saúde dos pacientes em instituições hospitalares é tarefa fundamental para materialização do conceito ampliado de saúde e para qualificação das intervenções técnicas produzidas por essa gama de profissionais e ações de saúde. Não obstante a justificativa técnica, ainda encontramos uma de natureza política, no sentido de que certa significação do “social” implica em visões de mundo distintas e orientações epistemológicas diversas, muitas vezes, até distanciando-se das orientações postuladas por organismos multilaterais, pelo arcabouço teórico-metodológico da saúde coletiva no Brasil e, por fim, pela própria legislação de base no Sistema Único de Saúde (SUS) a Lei n. 8.080/1990. Assim, compreendemos que pela via da interpretação e da análise dos discursos enunciados pelos profissionais de saúde sobre o “social”, encontramos uma via privilegiada para apreensão dos sentidos do próprio “social” no contexto hospitalar e dos seus efeitos sobre os pacientes, familiares e profissionais de saúde.

A exposição da aproximação teórico-metodológica realizada nessa pesquisa compreende três tópicos: a) Uma aproximação com a emergência do “Social” no contexto das Ciências Humanas e Sociais e suas diferentes influências e matizes teórico-metodológicas, no qual apresentamos alguns resultados tanto no nível da pesquisa bibliográfica quanto na construção de um arcabouço que permitisse compreender a emergência do conceito de “Social”, ao menos em seu sentido moderno e a relação deste conceito com as instituições hospitalares; b) A influência do conceito de “Social” e seu entrecruzamento com a saúde e o contexto hospitalar; c) Uma análise preliminar da construção de sentido e das discursividades que circulam o “Social” no contexto profissional a partir do discurso de profissionais de saúde de uma enfermagem, no qual realizamos uma análise preliminar das sequências discursivas extraídas dos relatos dos profissionais, buscando compreender como o sentido em relação ao conceito “Social” é produzido.

Prendemos, no decorrer da conclusão da pesquisa aprofundar os eixos anteriormente apresentados e estabelecer aproximações que permitam evidenciar a relação



entre social-saúde no contexto hospitalar. Ainda que em caráter inconcluso, este artigo apresenta o desvelamento de algumas possibilidades que se inscrevem na discussão de um tema tão denso quanto a relação entre dois conceitos com profunda carga semântica, sendo eles: Social e Saúde.

Esses achados preliminares apontam para a necessidade de uma reflexão mais aprofundada sobre o papel do "Social" no contexto da prática clínica hospitalar, bem como para a inclusão de conteúdos relacionados nos currículos acadêmicos, visando uma formação mais abrangente e contextualizada dos profissionais de saúde.

2. A EMERSÃO DO “SOCIAL”: aproximações teóricas

Um dos caminhos mais percorridos no âmbito das ciências humanas e sociais para apreensão da emersão do “discurso do social” está em situar suas “condições de produção” (Pêcheux, 1978) nos processos de modernização e secularização que atravessaram as sociedades ocidentais, no contexto dos séculos XVIII e XIX. Um contexto histórico marcado pela modernização das instituições, das estruturas sociais e pela ruptura entre uma regulação social fundada na tradição pelo princípio da razão iluminista e do Estado. O discurso do social em sua acepção moderna, busca sua significação nos produtos do desencaixe social, da desfiliação e desagregação, oriundas do fenômeno da industrialização massiva, da instituição da mediação fundamental do trabalho assalariado e da precarização de vida da classe trabalhadora à margem do desenvolvimento e dos logros do progresso técnico e científico. (Castel, 1998; Ivo, 2012; Giddens, 2002; Donzelot, 1994;). Esse contexto, principalmente, pós-revolução de 1848, aponta os fracassos e a fragilidade da vida na República e das assimetrias presentes no tecido social.

É no laço analítico entre o desenvolvimento do modo de produção capitalista e da lei de valorização do capital, das estratégias de resistência e luta política da classe trabalhadora e do próprio desenvolvimento das Ciências Humanas e Sociais e da ideia de “Sociedade” que encontramos a materialização dos fios que localizamos a produção do discurso do “Social”. Não é que não existiam “discursos do social” anteriormente, aliás, podemos observar sua convocação em muitas obras contratualistas, mas nesse contexto, o discurso adquire uma característica específica - adentra os solos da realidade e dimensiona aspectos da vida em sociedade, dos processos de exploração, conflito, resistência e das respostas produzidas tanto em nível público quanto privado para suas sequelas (Netto, 1991). Problemas como risco social e sanitário, educação infantil, circulação de crianças, pobreza e marginalização são inseridos no cenário da discussão pública.

Dos processos que significam em última instância o deslocamento da sua formação ideológica a partir de transformações na base produtiva da formação social - sua



circunscrição se dá na forma de uma questão social. Aqui há uma íntima relação entre o princípio ordenador da desigualdade social para uma reflexão em torno da questão social e das suas expressões nas sociedades após o processo de industrialização e dos deslocamentos macroestruturais das sociedades com o desenvolvimento do modo de produção capitalista. É essa mudança social que permite o deslocamento da produção de sentido de um “discurso do social” que afetará diretamente a noção de saúde e risco sanitário. Nesse primeiro momento, tem sua fundamentação, principalmente no discurso conservador-reformista, da coesão social (Durkheim, 1997) e da necessidade da produção de uma normalização da regulação das relações a partir do ordenamento da moral de uma estruturação social “anômica”, como observamos no próprio projeto de instituição da disciplina sociológica e das ciências sociais.

Em outra analítica, devemos ainda considerar que as condições de produção do discurso do social não o qualificam apenas enquanto transformações societais, apesar das mediações contínuas que realiza com a estrutura social e a representação em torno do objeto “Social”, mas também na qualidade de um “campo híbrido” de contornos sombrios que também implica o desenvolvimento de técnicas, governos e dispositivos disciplinares e pedagogias de intervenção contínua. É a partir desses deslocamentos da ordem da estruturação social, das relações de socialização e da pauperização da classe trabalhadora que os vultos dos seus contornos são delineados. É por um lado, a partir dos processos de reconhecimento político e jurídico (Honneth, 2012) e a inscrição coletiva das demandas da classe trabalhadora e, por outro, das demandas oriundas da organização do Estado e do próprio Capital, que as sequelas do ordenamento capitalista são setorizados no significativo “problemas sociais”, classificados e inscritos em um espaço institucional e instrumental a partir da instituição de sistemas compensatórios e políticas de proteção social. Dentro desses sistemas compensatórios emerge um caleidoscópio de profissões que carregam o Social como sufixo - psicólogos sociais, pedagogos sociais, médicos sociais, assistentes sociais e auxiliares sociais.

O “Social” enquanto “Questão Social” está condicionado às implicações do ordenamento urbano-industrial, da extensiva normatividade e regulação social no campo das relações sociais, assim como, da instituição por parte do Estado de políticas de proteção social em resposta às estratégias organizativas e políticas da classe trabalhadora. Essas formas organizativas desenvolvidas pelos estratos sociais espoliados são fundamentais para o desenvolvimento das políticas sociais, dos direitos sociais e outras respostas do Estado. A ascensão do “Social” enquanto uma questão de relevância pública não se deve unicamente a uma posição do governo em relação aos governados, mas na relação contraditória estabelecida entre política, sociedade e economia nas sociedades ordenadas pelo modo de produção capitalista. Envolve uma inscrição política de classe



social, relativa àquela excluída do “progresso e do desenvolvimento racionalizador”. Pois é nesse período compreendido enquanto “modernidade” que encontramos o desenvolvimento de processos de mudança social, crise e desfiliação no contexto da Europa no século XIX, com o progresso da técnica, da instrumentalização da vida e do desenvolvimento de formas públicas de regulação e promoção da integração e do controle social. (Giddens, 2002; Castel, 2005; Ivo, 2012; Donzelot, 1994; Netto, 1991; Yamamoto e Carvalho, 1982).

A observância dessa constante por parte de Karl Marx, indica que na mesma medida em que crescem os processos de valorização do capital e da exploração da mais-valia, também cresce a expropriação da classe trabalhadora e o aprofundamento da desigualdade social. A “Questão Social” pode ser entendida a partir de Yamamoto (1982) e Netto, (1992), enquanto um conceito que exprime a relação dialética entre o capital e o trabalho. Isso não significa apenas o cenário da desigualdade e do pauperismo, mas também da inscrição política dos sujeitos sociais ante à consciência da sua própria exploração. Significa por um lado, os processos de expropriação e os vetores que engendram suas expressões, e por outro, o campo da inscrição política da classe trabalhadora e do processo de conscientização política. O que queremos dizer é que há uma transformação qualitativa do significado da desigualdade na sociedade capitalista e essa transformação tem implicações na produção de um discurso do social.

Ainda, recentemente em uma crítica à contaminação “modernizadora” do conceito do “Social”, Bruno Latour, em sua obra “Reagregando o social: uma introdução à teoria ator-rede” (2012) discorre sobre uma restrição do significado do “social”. Na defesa de um projeto científico em torno da sociologia pragmática, discorre sobre a história da conceituação do social e de como, no discurso que circula o conceito, este foi se restringindo ao sentido de “problemas sociais”. O autor realiza uma reflexão etimológica sobre o significado da palavra, que caminha da sua raiz *seq*-[seguir], passa pelo latim e pelo significado de associação ou seguir alguém, pelos contratualistas e o problema do contrato social e da relação Sociedade Civil/Estado, até chegar no campo heurístico dos “problemas sociais” ou “questão social”. Para B. Latour (2012, p. 24), é “devido à constante restrição do significado (contrato social, questão social, assistentes sociais) que nossa tendência é limitar o social [...]”. Discordamos da posição do autor, em relação ao conceito “Questão Social”, ele retira o movimento que significa e recoloca a questão apenas pelo ponto de vista das suas expressões. No entanto, não caberia aqui uma discussão aprofundada dos equívocos por parte do autor, na leitura da teoria social de Marx. Cabe apenas indicar sua crítica da contaminação modernizadora do conceito e a necessidade da sua ampliação e “descontaminação”.



3. O “SOCIAL” NA SAÚDE E NO CONTEXTO HOSPITALAR: aproximações críticas

Os discursos do social, quando compreendidos enquanto práticas contínuas e descontínuas de uma formação discursiva, são organizadoras dos sentidos do social na saúde e por consequência nas instituições hospitalares. Partimos da premissa da “reorganização formal e em profundidade [...]” (Foucault, 1977, p. XIII). Nesse sentido, o deslocamento do discurso do social, não deve ser considerado como um abandono de velhas práticas para o nascimento do novo, mas do processo de reorganização discursiva das condições de existência do discurso do social. Também não podemos obliterar, que a história da medicina passa pela organização da medicina social que tinha como ação, território e família. Na passagem do século XVIII para o XIX a experiência da clínica e do hospital-escola reorganiza os discursos e o olhar sobre a saúde e a doença. O nascimento da clínica é uma experiência que torna o espaço da nossa pesquisa uma possibilidade - as enfermarias e a observação das afecções. Aqui, a história das instituições hospitalares se mistura com transformações intradiscursivas da prática médica e de outras profissões inseridas no campo da saúde. (Idem, 1977).

Doravante, com a emergência de novos discursos oficiais que reclamam cientificidade e os deslocamentos da própria prática médica e assistencial na saúde e nos hospitais, o lugar do social é percebido a partir da produção e articulação de outros sentidos no campo da saúde. O social neste contexto deve ser deslocado para outras instituições adequadas, aqui se desenha a lógica do modelo biomédico, modelo centrado na doença e em práticas curativas direcionadas à forma-sujeito-doente. Ao longo do século XVIII tanto os indivíduos quanto a população, são alvos da intervenção da medicina, das tecnologias corporais e dos dispositivos hospitalares. Para Foucault (2019) é no contexto do século XIX que podemos observar o fenômeno da “[...] redistribuição dessas duas medicinas [...]” (Idem, 2019, p. 189). Não devemos esquecer de pontuar que a transformação e a redistribuição dessas medicinas estão relacionadas ao avanço e desenvolvimento do capitalismo moderno.

A finalidade da instituição hospitalar e o discurso em torno dos sujeitos da ação profissional, como já explicitado, são transformados ao longo da história, pelo modo de produção e da organização social. No curso da idade média o hospital assume uma função de assistência social, ou aquilo que se considerava enquanto assistência social naquele bloco histórico – e permanece como espaço de controle social de estratos populacionais perigosos ao desenvolvimento coeso da sociedade capitalista moderna (Ornellas, 1988). A autora ainda adverte que mesmo após o processo de laicização do hospital, ele ainda se mantém como “[...] uma combinação de hospedaria e asilo, instituição de abrigo e tratamento de doentes, sem adquirir uma definição pragmática.” (Idem, 1988, p 256). Esse cenário é transformado com o nascimento da clínica e da forma-sujeito doente. Quando



(Ornelas, 1988) discorre sobre essa “função de assistência social”, consideramos uma afirmação de que o hospital era, antes do deslocamento operado pela experiência clínica, um espaço destinado aos “problemas sociais”. O social aqui circula em torno dos “problemas ao desenvolvimento capitalista” e enquanto desafio do projeto modernizador e ao ideal de organização social e moral erigido pelo ideal burguês. Ainda, a “experiência da clínica” opera um deslocamento no significado institucional atrelado à mediação do trabalho assalariado e da necessidade da manutenção do corpo doente para produção.

Agora fiquemos com essa disjunção entre o corpo social e um corpo individualizado e dos desdobramentos dessa cisão na organização da instituição hospitalar, essa disjunção está associada à emergência da razão instrumental no século XIX orientada, sobretudo pelo positivismo científico, pelas descobertas da anatomia patológica e dos imperativos categóricos da razão e pela capacidade do rastreamento etiológico das afecções no campo molecular. A razão adquire “[...] valor operacional, seu papel de domínio dos homens e da natureza tornou-se o único critério para avaliá-la.” (Horkheimer, 2015, p. 29). Essa razão instrumental, que não se restringe ao biológico, também afeta os discursos do social e o projeto de uma ciência do social³, podemos observar de acordo com (Garbois *et al*, 2014) uma retomada por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) criada em 2006 no século XXI de um discurso instrumental do social e em reorganizações discursivas que produzem continuidades em relação ao discurso positivista do século XIX.

Nessa perspectiva, observamos o processo histórico de reorganização dos discursos que são recuperados da memória coletiva e circulados em determinado tempo-espço, essa circulação está imbricada com mudanças societárias, políticas e teóricas que implicam na produção de novos sentidos e do deslocamento do discurso oficial da saúde em relação ao social. A CNDSS é um instrumento importante para manutenção da discussão do social na saúde e na compreensão das suas implicações neste campo, nos profissionais de saúde e nas instituições hospitalares. Mas enquanto um discurso, deve ser compreendido a partir das suas condições de formação e implicações ético-políticas. Francis Sodré (2014), em seu estudo no contexto da atenção primária em saúde, analisa uma certa tendência de externalização do “social” da saúde pública. “É como se existisse uma porta imaginária dentro das unidades de saúde que dividissem o biológico e o social.” (SODRÉ, 2014, p. 79). Dessa forma, observa-se uma série de vetores que configuram uma diferenciação dos

³ Nossa referência aqui está no fato de que no século XIX as ciências humanas também foram afetadas pela busca de uma objetividade científica. Não queremos realizar uma discussão em torno do objeto sociológico. O que nos cabe nessa discussão é o fato de que essa “razão instrumental” também se insere no campo da discussão em torno do social e dos problemas em torno da lógica civilizatória necessária ao processo de modernização.



limites entre biológico e o social. No contexto da atenção hospitalar também é comum discursos como “Essa internação é social!” ou “Isso é um caso social!”.

Esses discursos materializam no contexto dos hospitais de alta complexidade a mesma divisão apontada pela autora, de um corpo biológico, composto pelas suas representações nosológicas, etiológicas e curativas, e outro, representado pelo social e coletivo, que aparece inicialmente indeterminado pela sua própria polissemia, na forma da ausência de doença e outras discursividades que são vetores da produção sua própria descontinuidade – as portas imaginárias da razão instrumental que dividem os limites do normal e do patológico. O que chamamos de modernidade é constituído justamente nessa disjunção dicotômica da razão cartesiana – normal/patológico, corpo/mente, saúde/doença. No caso das instituições hospitalares, nós observamos uma realidade ainda mais refratária à discussão do social. Diferentemente da discussão ampliada dos sistemas de saúde e saúde ampliada, a realidade hospitalar sofre uma série de transformações ao longo dos séculos XVIII, XIX e XX. Há uma transformação do lugar do acolhimento dos pobres e doentes incuráveis, para um lugar de investimento de alta tecnologia e inclinação para a experiência clínica. A experiência clínica reclama o sentido da doença, da compartimentação dos saberes e da especialização terapêutica.

Em relação à tematização do social na saúde na contemporaneidade, depreendemos de Sodr e *et al* (2014, p. 1175) que ela   retomada no século XXI em um contexto de aprofundamento das desigualdades sociais e da estrutura macropolítica que   qualificada como pós-neoliberalismo.   nesse contexto que a Organiza o Mundial da Saúde (OMS) criou em 2005 a Comissão sobre os Determinantes Sociais na Saúde (CNDSS), tendo como fundamento a expansão da discussão dos Determinantes Sociais na Saúde (DSS) e do reconhecimento teórico-político do impacto das desigualdades e iniquidades sociais na saúde da popula o global. Enquanto um discurso oficial, a OMS também publicou por meio da CNDSS um relatório intitulado “As Causas Sociais da Iniquidades em Saúde no Brasil” que suscitou uma série de discussões e disputas sobre o discurso do social presente na visão do relatório e do organismo. Alguns autores pontuam uma lógica de fragmenta o, reducionismo e a-criticismo. (Idem, 2014, p. 1176).

Na perspectiva de Garbois *et al* (2017, p. 73) ao longo do trabalho da CNDSS observa-se uma concep o que reifica e individualiza o conceito do social. De acordo com as autoras, existe um discurso do social que em certa medida o qualifica como um domínio específico de um campo científico e hermético. A tematiza o do social também aparece nos relatórios da CNDSS enquanto uma externalidade na rela o entre indivíduo e sociedade, problema epistemológico muito presente na sociologia do século XIX. As autoras identificam uma retomada ao discurso do social de orienta o epistemológica positivista - o discurso dos “problemas sociais” e a individualiza o das desigualdades.



No caso da realidade brasileira, há uma aproximação crítica com teorias sociológicas no contexto do século XX. Essas teorias, sobretudo, do âmbito das teorias marxianas e marxistas implicaram em novos pressupostos teórico-metodológicos para apreensão da determinação social do processo saúde-doença e da compreensão ampliada das dimensões sociais do adoecimento das populações e da produção de ações de saúde. O movimento da reforma sanitária é um ideal exemplo para essa compreensão. Esse projeto demonstra uma apreensão e operacionalização crítica da relação saúde-sociedade e apresenta novas formas da construção para essa relação, inclusive, formas institucionalizadas de um sistema de saúde universal, público e gratuito. No caso específico do Brasil e do seu sistema de saúde, tributo do Movimento da Reforma Sanitária, há evidente menção ao “Social” na legislação de regulamentação do SUS, podemos analisar no Art. 3º que postula que “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país [...]”. (Brasil, 1990). Nesse mesmo artigo há indicação de uma série de fatores que influenciam diretamente na saúde e no adoecimento de populações, como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação entre outros.

4. DISCURSOS DO SOCIAL NO CONTEXTO HOSPITALAR: uma análise preliminar

Como uma análise preliminar dos “discursos do social” e uma tentativa de compreender seus processos significativos, selecionamos intencionalmente algumas sequências discursivas que permitem a compreensão da indeterminação identificada no contexto empírico da assistência à saúde e do exercício profissional e, mais do que isso, possibilitam a apreensão dos significados múltiplos que o discurso do “social” pode assumir em um contexto hospitalar.

Na primeira sequência discursiva, o “social” é descrito com um sentido global “[...] porque a gente vive em sociedade e tudo é construído em sociedade” (SQ1, Entrevista 1). Neste fragmento, assume o sentido metonímico da ideia de sociedade, há uma imbricação entre os dois conceitos e um alargamento do sentido do “social”, para além da sua acepção típica no contexto da saúde, na forma de “problemas sociais” ou “desigualdade social”. No entanto, há uma ênfase na característica relacional dos dimensionamentos sociais, afinal sua materialização no contexto da assistência é apreendida na forma da relação pessoa-pessoa, que podemos observar na sequência - “Eu acho que a gente está falando de pessoas, em relação interpessoais, assim, acho que é bem em conjunto” (SQ2, Entrevista 1). Nessa sequência há uma ênfase da compreensão do social na sua dimensão relacional, com sobreposição entre os dois conceitos social-sociedade, não há indicação de nenhuma cadeia de sentidos que convoque em alguma medida a ideia da desigualdade, diferença ou exclusão social. Nesse aspecto, há maior ênfase no “social” enquanto uma rede de



interdependência entre os indivíduos e da sociedade enquanto esta é a soma do todo. Ainda caberia aprofundar as raízes que produzem esse pensamento e suas vinculações epistemológicas, cabe adiantar, que essa compreensão do social é presente, principalmente no estrutural-funcionalismo e nos primeiros esforços para apreensão da constituição da sociedade.

Há uma tendência nas sequências discursivas da significação do “social” enquanto relacionado a relações interpessoais, vínculos e conexões entre os indivíduos no contexto da sociedade. Podemos observar essa continuidade em “[...] a gente faz o atendimento e identifica o social nas relações familiares” (SQ3, Entrevista 2). Além disso, este profissional ao longo da entrevista relatou uma série de instrumentações do atendimento do “social” enquanto uma demanda, nesse sentido, indicou que “[...] percebo que só lembram da gente nos casos mais extremos, quando o social é tudo, até mesmo a relação entre os pacientes”. (SQ4, Entrevista 2). Nessa passagem há a indicação de um lugar técnico instituído para o atendimento do “social” no contexto hospitalar. Esse é um dos primeiros discursos onde o “social” aparece em relação ao processo de desigualdade e precariedade, no entanto, ele aparece como algo a mais, para além do sentido instituído de vulnerabilidade social, “[...] só que vem pra gente, assim, no trabalho, relacionados a coisas mais complexas, como por exemplo: pessoas em situação de rua que estão em muita vulnerabilidade social e sem acesso aos serviços de saúde, mas o social não é só isso sabe?” (SQ4, Entrevista 2). Apesar da qualificação enquanto algo “a mais”, não há precisão teórico-metodológica para definição da sua circunscrição. O social é “tudo” e “nada” ao mesmo tempo.

Outra perspectiva que encontramos no processo de entrevista e na análise preliminar dos discursos, é a compreensão do “social” na relação estabelecida entre indivíduo-meio. Podemos analisar essa significação em “Eu fico pensando em uma parte do indivíduo, sabe? O ambiente em que ele mora e existe.” (SQ5, Entrevista 3). Aqui, o “social” assume uma forma de pensar os dimensionamentos ambientais dos pacientes, ou seja, há uma compreensão do ser humano como um reflexo do seu meio. Ainda, podemos analisar um processo de decomposição do social enquanto um “sintoma” de rastreamento etiológico. Além disso, o humano é compartimentado e o “social” aparece enquanto uma parte fragmentada, assim como outros órgãos, na lógica da organização discursiva da experiência clínica. O indivíduo-meio aparece enquanto uma justificativa que poderá ser compreendida para um processo diagnóstico que implique na sua compreensão. Diferentemente de uma parte do indivíduo, na Entrevista 4, o “Social” aparece enquanto a parte de um todo do paciente - “Ah para mim fica muito naquela questão do paciente como um todo, né? Que é uma coisa muito atrelada [...] eu já estou puxando para questões sociais do paciente”. (SQ6, Entrevista 4). Nessa sequência, o social na saúde aparece como elemento que pretende dimensionar o indivíduo em uma totalidade. Além disso, um outro conceito aparece em sua pluralidade



“questões sociais”. No entanto, devemos considerar preliminarmente que “naquela questão” do “paciente como um todo” denota uma certa inespecificidade.

A profissional de saúde entrevistada nº 5 relatou que compreende o social na saúde como “[...] relações entre pessoas. Sou bem leiga no assunto. Não tive nada sobre isso na minha formação. Acho que o social na saúde é isso.” (SQ7, Entrevista 5). Denota que compreende o “Social” na saúde apenas como a relação entre pessoas e indica que houve um déficit na sua graduação na problematização do tema. Contraditoriamente, ao longo do processo de entrevista e das tentativas de formulação de um discurso que permita compreender o “social” na saúde, enuncia a seguinte sequência - “[...] o social aparece em problemas e dificuldades no acesso de medicamentos, no acesso à unidade básica de saúde” (SQ8, Entrevista 5). Nessa sequência discursiva, há uma ampliação do próprio sentido definido *a priori* do “social” na saúde, em vez de apenas uma relação pessoa-pessoa como em boa parte dos discursos, amplia o sentido para o acesso aos serviços, insumos e políticas públicas. Por um lado encontramos uma significação inserida em um campo individualizante e, por outro, há um reconhecimento do “Social” na forma dos acessos às políticas públicas e demais serviços e direitos sociais reconhecidos e instituídos na forma de políticas, programas e projetos.

Até a sexta profissional de saúde entrevistada/o, não houve nenhuma referência direta nos discursos dos profissionais ao princípio da desigualdade social. Tão pouco referências sobre a organização mundial da saúde, documentos orientadores, ou até mesmo, sobre os determinantes e condicionantes sociais da saúde, como prevê disposição do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990). Na sequência discursiva 9, a profissional indica que o “social” deve ser compreendido “[...] na parte financeira, renda. Eh...políticas públicas relacionadas a isso...moradia, lazer. Eu acho que é um conceito geral como está na Organização Mundial de Saúde, sabe? parecido com isso, não sei.” (SQ9, Entrevista 6). Este é um dos primeiros discursos que convoca a OMS ou até mesmo a ideia de políticas públicas para pensar uma circunscrição do “social” na saúde e, especificamente, no contexto hospitalar. Até então, observamos uma certa individualização do conceito. Em quase todas as sequências discursivas, ele aparece associado à ideia de uma relação social, mas raramente, seu sentido aparece na forma de desigualdades sociais ou elementos da estruturação da sociedade capitalista que impactam no processo saúde-doença dos pacientes e dos usuários dos serviços de saúde. No entanto, essa compreensão não é conceitualmente exposta. Ela ainda aparece, como os outros discursos, em uma perspectiva impressionista, sem qualquer critério teórico-metodológico e sem amparo de literatura especializada dentro da própria discussão da saúde coletiva no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Como esse trabalho representa um esforço ainda aproximativo e preliminar, as considerações finais são expressas em sistematização dos possíveis caminhos a serem percorridos ao longo da pesquisa. De maneira preliminar, nossa hipótese, de uma certa indeterminação e polissemia na compreensão do “Social” na saúde foi confirmada. Podemos analisar, a partir das sequências discursivas dos profissionais entrevistados que há uma múltipla interpretação e conceitualização do “Social” na saúde e, no nosso caso específico, no contexto hospitalar. Podemos observar que há uma inclinação na produção do seu sentido enquanto um fator fragmentado, relativo a condições singulares do paciente, nesse sentido, uma tendência individualizante na sua apreensão. Ora o “Social” aparece enquanto uma parte do indivíduo e outrora na relação pessoa-pessoa.

No caso dos discursos em que há uma citação indireta dos determinantes e condicionantes, há uma compreensão fragmentada dos fatores. Não identificamos uma visão que possibilite a compreensão de totalidade da determinação “Social” e, ainda, uma apreensão que figure os próprios sentidos postulados pela Lei. nº 8.080, da determinação atrelada à formação social e econômica. Mesmo quando observamos movimentos críticos e recursos discursivos que resgatam formações ideológicas que convocam um sentido do “Social” enquanto desigualdade social e dos efeitos estruturais na produção da saúde, ela não aparece em sua totalidade. Ou seja, não há apreensão crítica da sua produção e reprodução e dos efeitos da estruturação da sociedade capitalista na saúde de suas populações. Por fim, indicamos alguns elementos para exploração ao longo da análise de outras sequências discursivas advindas das entrevistas e ampliação do escopo da pesquisa:

a) Análise individualizante, centrada na noção de pessoa e fragmentada na compreensão do “Social” na saúde e no contexto hospitalar. Há uma primazia na circulação de um discurso do conceito na sua forma individualizada, ou seja, por meio da relação pessoa-pessoa, redes de apoio, suporte social e relações familiares. Isso não quer dizer que essas relações não sejam importantes para se pensar os dimensionamentos sociais da saúde da população, mas não são elas as únicas responsáveis. Por fim, analisamos que opera em alguma medida uma lógica de “Social” centrado na noção de pessoa, no entanto, nenhum dos entrevistados aprofundou sobre seus pontos de partida, no ponto de vista teórico-metodológico, para discussão do conceito.

b) Tendência impressionista e ausência de subsídios teórico-metodológicos do “Social” na saúde em diversas profissões. Um dos relatos mais presentes é da ausência dessa discussão nas graduações de saúde. Nesse sentido, há uma relevância em uma intervenção atomizada e clínica em detrimento de uma visão ampliada do usuário dos serviços de saúde e do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Nenhum dos profissionais entrevistados apresentou referência teórica ou realizou menção aos fundamentos teóricos,



metodológicos e legais do SUS e das discussões em torno da relação entre saúde e sociedade.

c) A desigualdade social enquanto um “problema social” compartimentado em situações individuais. Não há menção ao papel da organização e da formação social, econômica e histórica do país e do sistema capitalista na produção dessas desigualdades. Neste sentido, a ideia do conceito de “sociedade” é reatualizada em um viés individualizante e retirado do seu contexto ampliado. O discurso reaparece na forma de “problemas sociais” e questões que são estão relacionadas com o contexto estrutural da sociedade capitalista.

d) O “Social” como um atributo externo dos sujeitos hospitalizados. Aqui há um esforço de realizar uma cisão entre saúde e social. O “Social” aparece não enquanto elemento constitutivo desse sujeito, mas enquanto algo “lá de fora”, algo que convoque a pensar a inserção desse sujeito em cadeias mais amplas da sociabilidade. Aqui há um esforço para pensar esse sujeito inserido em políticas sociais e outros equipamentos e serviços do Estado. No entanto, há uma obliteração do próprio lugar do hospital e da atenção hospitalar enquanto uma política pública. Há uma ênfase na ideia do sujeito que vive fora, do sujeito para além dos muros hospitalares.

Os tópicos descritos anteriormente apontam uma direção para o seguimento da pesquisa e aprofundamento das análises. Uma das nossas hipóteses está centrada na discussão da relação entre o neoliberalismo e seus desdobramentos na política de saúde e na própria compreensão do “Social” na saúde. Em alguma medida, observamos que há certa interdição do discurso crítico na relação saúde-sociedade. Essa interdição é algo absolutamente contraditória aos fundamentos teóricos, metodológicos e legais do SUS e do Movimento da Reforma Sanitária e ao discurso da saúde enquanto uma expressão da formação social e econômica de um país, como postulado pela Lei n. 8.080/1990.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde [...]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 10/03/2024.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social.** Petrópolis, Vozes, 1998.

DONZELOT, J. ***L'invention du social: essai sur le declin des passions politiques.*** Paris: Seuil, [1984] 1994.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm.** Institute for Future Studies, 1991.

DURKHEIM, E. **As etapas do pensamento sociológico.** São Paulo: Martins Fontes, 1997.

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. 2. ed. Rio de Janeiro, 1977.



- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. São Paulo, Paz e Terra, 2019.
- GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1173–1182, 2014.
- GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- HONNETH, A. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. Tradução Luiz Repa. São Paulo: Editora 34, 2012.
- HORKHEIMER, M. **Eclipse Da Razão**. Tradução De Carlos Henrique Pissardo. São Paulo: Editora da Unesp, 2015.
- IAMAMOTO, M. V. CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez/Celats, 1982.
- IVO, A. B. L. A invenção do “social” e a normatividade das ciências sociais: dilemas clássicos e tendências contemporâneas. **Sociologia & Antropologia**, v.02.03, 69–101, 2012.
- LAGE, J. P. M. C. A luta pelos sentidos: a “negligência familiar” e sua produção discursiva em processos de suspensão do poder familiar. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, v. 8, n. 1, p. 242-262, 2024.
- LATOURET, B. **Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede**. Salvador: Edufba; Bauru: Edusc, 2012.
- LAURELL, A. C. *La salud-enfermedad como proceso social*. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, 2, 1982, pp. 7-25. Tradução E. D. Nunes.
- NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 1991.
- NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.
- ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Fontes, 3ª edição, 2001.
- ORLANDI, E. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. Campinas: Edunicamp, 2002.
- ORNELLAS, C. P. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **Revista Bras. Enferm.** Brasília, v. 51, n. 2, p. 253-262, abr/jun., 1998.
- PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Campinas: Ed. da UNICAMP, 1988. 317 p.
- SODRÉ, F. **O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. A conceptual framework for action on the social determinants of health. **Social Determinants of Health Discussion Paper 2**. Genova, 2011