

4

O Serviço Social e a Saúde Mental no século XX no Brasil.

Neste capítulo busco correlacionar a gênese do Serviço Social brasileiro, com o desenvolvimento das políticas de saúde mental, bem como estudar as formas de inserção do assistente social nesse campo. Com a agudização da pobreza, as classes trabalhadoras passaram a pressionar o Estado para ter acesso a bens e serviços. O aumento da demanda por serviços assistenciais foi crescente e as entidades caritativas, religiosas e filantrópicas passaram a ser ineficazes no processo de “restauração da ordem social”.

Assim, passou ser necessário haver uma maior qualificação profissional para responder a nova realidade social. Faz-se importante lembrar a forte influência que o Serviço Social norte-americano teve sobre as práticas profissionais dos assistentes sociais desde a década de 30 até os anos 60.

Ao resgatar o Movimento de Reconceituação do Serviço Social no Brasil procuro demonstrar sua significativa importância no processo de revisão do arcabouço teórico-metodológico e ídeo-político da profissão, a partir do qual esse profissional pode se preparar melhor para responder às novas faces da “questão social”.

Finalmente, procuro evidenciar o campo da saúde mental como área de intervenção do Serviço Social por este ser o objeto da minha pesquisa e também por constatar que existe recentemente uma carência de referenciais teóricos provenientes do Serviço Social. Por isso, o profissional da saúde mental fica à margem das discussões no seio da categoria profissional, ou sente-se culpabilizado pela falta de interlocução com os saberes “*psi*”.

4.1.O Serviço Social no Brasil e a atuação na saúde mental e sua inserção no campo da saúde mental.

O Serviço Social brasileiro emergiu na década de 30, no Brasil, período em que ocorria a transição da economia agro-exportadora para a industrial. Esse processo transformou gradativamente a inserção de nosso país no modo de produção capitalista, através do processo de industrialização e urbanização promovido pelo Governo de Getúlio Vargas, que impôs modificações profundas nos campos: econômico, político e social. No

contexto mundial, os Estados Unidos da América (EUA) estavam passando por uma profunda recessão econômica, em decorrência da quebra da bolsa de Nova York e essa crise afetou, sobretudo, os produtores de café do Brasil, uma vez que os EUA eram seus maiores importadores.

O processo de industrialização brasileira acirrou a relação entre o capital/trabalho, provocando o agravamento da “questão social”. A classe trabalhadora passou a se organizar pela melhoria de suas condições de vida e de trabalho. Assim, as ações caritativas, assistenciais, voluntárias e filantrópicas não conseguiam mais atender às demandas da classe trabalhadora. Esse cenário conturbado colaborou para o processo de profissionalização do serviço social, que passou a intervir de forma mais qualificada na questão social. Diante desse contexto, surgiram as primeiras escolas de Serviço Social no país.

O Serviço Social nasceu sob as influências do processo urbano-industrial, quando a classe trabalhadora passou a pressionar o Estado para a conquista do acesso a direitos, a bens e a serviços. Desta forma, o Estado foi obrigado a implementar ações assistenciais para atender às exigências da reprodução social da classe trabalhadora.

Nesse contexto, as demandas sociais emergentes não puderam mais apenas ser uma “questão de polícia”, mas passaram a ser vistas como uma “questão de política”. O Estado passou a recrutar os assistentes sociais para atuar no gerenciamento e na execução das políticas sociais, que se caracterizavam por serem fragmentárias, residuais e pontuais.

A ação racionalizadora do Estado no trato da questão social refletiu na sistematização das atividades na prática profissional dos assistentes sociais naquela época. Desta forma, as principais atividades desempenhadas por esses profissionais eram: o plantão, a triagem, o acompanhamento, o aconselhamento e a visita domiciliar, etc.

A Constituição de 1934, promulgada início do Governo de Vargas, mesmo sofrendo influência do movimento higienista brasileiro, reforçou os direitos conquistados anteriormente, e instituiu-se juridicamente no campo da proteção social. Segundo Rosa (2003:94), essa proteção se fundamentou na:

“Cidadania regulada” (Santos, 1987) “paramentada sob o signo da outorga, da concessão restrita aos trabalhadores urbanos, portadores de carteira profissional assinada; sindicalizados e com profissão reconhecida legalmente (Santos, 1987:68), pré-requisitos que permitem a contribuição compulsória para a Previdência Social”.

Nesse contexto, o Estado passou a ser o principal agente propulsor do desenvolvimento econômico e social, privilegiando os interesses do capital, mas também atendendo de forma bastante limitada aos anseios da classe trabalhadora. Assim ele subordinou as políticas sociais às econômicas, aliando a assistência à repressão. O Estado tinha como objetivo central garantir o consenso e a tranquilidade social. Por isso passou a recrutar o Assistente Social para intervir no campo das políticas sociais.

Focando nesse contexto, a temática dessa dissertação no campo da assistência psiquiátrica, constata-se que as estruturas hospitalocêntricas ainda eram a referência no atendimento e ganharam um novo reordenamento normativo e institucional, reforçando a centralização do governo Federal. Rosa (2003) destaca que por intermédio do Decreto nº 24.559 de 03 de julho de 1934 foi promulgada a Segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, que “dispõe sobre a profilaxia mental, assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psiquiátricos”. A mesma autora (2003) salienta que esse decreto reforçou o poder da psiquiatria na direção dos serviços de saúde e a internação psiquiátrica como principal meio de tratamento.

No Serviço Social contemporâneo há diferentes concepções que analisam a necessidade da profissionalização da assistência social no marco do capitalismo industrial nascente. Vejamos.

Para Iamamoto (1991), as protoformas do Serviço Social têm sua base nas obras e instituições que começaram a brotar no fim da 1ª Grande Guerra Mundial. A importância dessas instituições e obras não podem ser subestimadas ao analisarmos a gênese do Serviço Social, pois se a ação concreta era limitada e seu conteúdo era assistencial e paternalista, foi a partir de seu lento desenvolvimento que se criaram as bases materiais, organizacionais e humanas que a partir da década seguinte permitiram a expansão da ação Social e o surgimento das primeiras escolas de Serviço Social no Brasil²³.

Segundo Bisneto (2007), o Serviço Social emergiu para prestar assistência aos trabalhadores, para “amenizar” a tensão entre capital e trabalho, intervindo nas refrações mais imediatas da “questão social”. Ainda com base nesse autor, o Serviço Social iniciou

²³ Maiores informações consultar a obra *Relações Sociais e Serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*.

sua atuação na área da Saúde, uma vez que a psiquiatria não era um campo de atuação separado no Serviço Social, porque, sendo poucos, os profissionais atendiam a ambas as áreas²⁴.

Vasconcelos (2002) ressalta que as primeiras escolas de Serviço Social no Brasil sofreram influência das abordagens e da ação política do movimento de higiene mental.

Ainda segundo esse autor, a psiquiatria higienista no Brasil esteve presente desde os anos 20, penetrando no corpo do Estado, à medida que contava com representantes no Congresso Nacional. A chegada de Vargas ao poder, em 1930, colaborou para que os defensores do higienismo obtivessem a ascensão política e social. Dessa forma, inscreveram na Carta Constitucional as responsabilidades do Estado com relação à higiene, à saúde pública, ao provimento dos serviços sociais: Vasconcelos (2002:144)

“(...) assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurarão coordenar, estimular a educação eugênica; amparar a maternidade e a infância; socorrer as famílias de prole numerosas; proteger a juventude contra toda a exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual; adotar medidas legislativas e administrativas a restringir a mortalidade e morbidade infantil; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; cuida da higiene mental e incentiva a luta contra os venenos sociais”.

Para Vasconcelos (2002), o movimento histórico de profissionalização do Serviço Social no Brasil foi perpassado pela confluência da vertente doutrinária católica (franco-belga), que já havia recebido a influência higienista provenientes do Serviço Social norte-americano. Para o autor tais influências colaboraram para o surgimento de uma prática calcada em abordagens individualizantes, com ênfase nos problemas psicológicos, sobretudo nos anos 40. Para finalizar, Vasconcelos (2002) traz a tona que a primeira Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro teve em seu currículo²⁵ uma orientação nitidamente médico/higienista, permanecendo com esse “tom” até meados dos anos 70, quando o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, na vertente de

²⁴ Segundo Bisneto (2007:21) “a literatura registra o início do Serviço Social em Saúde Mental no Brasil como sendo em 1946 (...) nos primeiros trinta anos de existência de Serviço Social no Brasil não havia muitos assistentes sociais trabalhando na área psiquiátrica em clínicas, hospitais ou manicômios simplesmente porque o número desses profissionais era reduzido até os anos 1960 (...)”.

²⁵ Maiores informações consultar: Vasconcelos, E.M (org): Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade (2002: 179-180) Cortez, São Paulo.

intenção de ruptura, questionou profundamente o tradicionalismo e o conservadorismo das práticas profissionais, como veremos mais adiante.

As contribuições de Vasconcelos (2002) para a formação das primeiras Escolas de Serviço Social no Brasil permite uma compreensão diferenciada da amplitude do movimento higienista no Brasil. Esse movimento, através de sua capilaridade, penetrou o currículo das primeiras Escolas de Formação de Assistentes Sociais em nosso país, como também trouxe repercussões no referencial teórico-metodológico e técnico-instrumental do Serviço Social. A influência norte-americana na profissão, particularmente após a II Guerra, ocorreu através da incorporação das teorias estrutural-funcionalista e das metodologias de intervenção, especificamente dos métodos de Serviço Social de caso, de Serviço Social de grupo e de Organização de Comunidade e mais tarde do Desenvolvimento de Comunidade. Segundo Soares (2006:18):

“Este modelo de formação profissional sustenta sua interpretação do desenvolvimento como resultante das capacidades individuais e culturais, a partir de uma visão harmônica da sociedade, e concentrando-se no estudo do comportamento dos indivíduos, tendo o empirismo como tendência dominante, em que a atuação profissional exigiria ênfase na instrumentalização técnica, com a valorização do método, deslocando-se o eixo teórico de influência do neotomismo para pressupostos funcionalistas da sociologia”.

Foi neste contexto que, segundo Vasconcelos (2002) foram criados os Centros de Orientação Infantil e os Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ) em 1946, com o objetivo de diagnosticar e tratar “crianças-problemas” e implementar a educação higiênica nas escolas e nas famílias. Bisneto (2007) salienta que foram nos (COI/COJ) que os Assistentes Sociais desenvolveram as primeiras práticas em Saúde Mental, servindo de base para o nascimento do “Serviço Social Clínico”. Nesses espaços os assistentes sociais eram designados para desempenhar as seguintes atribuições: estudo de caso da família, da criança e do adolescente, a fim de “prevenir” o aparecimento das neuroses na infância. Todo o trabalho objetivou a adaptação ao meio social e à reforma moral. Os instrumentais técnico-operativos utilizados pelos assistentes sociais eram: entrevista e o acompanhamento dos casos.

Mesmo com o viés adaptativo, individualizador e normatizador²⁶ presente nas intervenções do Serviço Social nessa época e nesse espaço institucional, Vasconcelos (2002) enfatiza que as clínicas atendiam às demandas reais da população que necessitava de cuidados no campo da saúde mental, que até então não encontravam espaços nos serviços públicos de saúde.

O trabalho se estruturou com base numa equipe multiprofissional, fato que valorizou o “status” profissional do assistente social. Nos hospitais psiquiátricos públicos, a clientela permaneceu inalterada, abrigando a população mais pauperizada, os indigentes ou crônicos que haviam sido abandonados por seus familiares. Bisneto (2007) esclarece que nestes hospícios trabalhavam poucos assistentes sociais. Já a população mais abastada encaminhava seus entes para as clínicas psiquiátricas particulares, segundo (Cerqueira,1968:44-46).

Como se pode perceber, o perfil da população dos hospícios públicos refletia o ideário higienista, que objetivou sanear e preservar a sociedade do convívio com as pessoas que por algum motivo não se enquadravam no novo ordenamento econômico capitalista urbano e, por isso, eram consideradas insanas. A partir da admissão nos hospitais psiquiátricos, elas permaneciam abandonadas por muitos anos, enclausuradas, perdendo seus laços sociais e familiares, levando à morte prematura principalmente por doenças infectocontagiosas.

Para Iamamoto (1992:20) o Serviço Social nesse período buscava:

“(...) uma ação educativa entre a família trabalhadora, numa linha não apenas curativa, mas preventiva dos problemas sociais. Distingui-se também da assistência pública, que desconhecendo, a singularidade e particularidade dos indivíduos, produz respostas não diferenciadas aos ‘problemas sociais’”.

A partir da II Guerra, apesar de o tratamento hegemônico no campo da saúde mental ser eminentemente cronificador e segregador segundo Vasconcelos (2002) alguns profissionais propuseram experimentar novas formas de entender e tratar a loucura como as oficinas terapêutico-expressivas da Dr^a Nise da Silveira. Em 1946, época em que a

²⁶ O caráter adaptativo, individualizador e normatizador se fundamentavam na teoria e técnicas da psicologia do Ego, na sociologia e antropologia funcionalista, que davam sustentação às abordagens usadas nos COI's e COJ's.

assistência psiquiátrica brasileira era eminentemente baseada no sistema asilar, a Dr^a Nise da Silveira e sua equipe ousaram e iniciaram a implantação de novas propostas de intervenção junto aos pacientes. Em um ambiente aberto passaram a desenvolver atividades ocupacionais e profissionalizantes, sobretudo artístico- expressivas. Por meio dessas atividades se promovia um processo de individuação e desenvolvimento pessoal, em que o paciente tinha a oportunidade de projetar suas imagens interiores. Embora sua proposta fosse inovadora, trazendo benefícios reais para os usuários, tem-se que ressaltar que esse modelo não teve condições de criticar abertamente as instituições visando substituí-las, ou de propor uma reabilitação psicossocial efetiva do usuário com vistas a todas as suas dimensões de reprodução social.

Diferente das práticas propostas da Dr. Nise da Silveira teve-se a inserção gradativa dos novos assistentes sociais formados nos primeiros cursos do país nos hospitais psiquiátricos. Essa inserção, segundo Vasconcelos (2002) se deu segundo o modelo de mediação na ‘porta de entrada e saída’ das enfermarias e asilos psiquiátricos, em fins dos anos 40 e início dos anos 50. Os primeiros assistentes sociais que se formaram no Rio de Janeiro na década de 40, precisavam se inserir no mercado de trabalho. Assim, as escolas formadoras passaram a procurar as diretorias dos hospitais psiquiátricos com o intuito de que os recém-formados fossem trabalhar nas seções de assistência social dessas instituições. Cabe ressaltar que estas funções eram exercidas anteriormente pelos médicos e outros trabalhadores de nível médio.

A prática de mediação na “porta de entrada e saída” das enfermarias e asilos psiquiátricos, segundo Vasconcelos (2002) funcionava de forma diretamente subordinada aos médicos e à direção, atendendo a demandas como o levantamento de dados sociais e familiares para a preparação das altas, numa prática semelhante ao *after care*²⁷ norte-americano, porém de forma mais burocratizada e massificante. O objetivo principal dos profissionais naquele período era o de atender as demandas institucionais, mas eles também

²⁷ Segundo Valente (1993) o Serviço Social norte-americano, desde os primórdios, atuava com as famílias dos portadores de transtorno mental, tanto no período em que estes estavam internados, quanto no período de alta hospitalar, denominado na época de “*after care*”. Nessa época, foi criado em Nova York um sistema voluntário de âmbito estadual para dar suporte temporário aos egressos dos hospitais. Pode-se dizer que houve a preocupação de se criar uma embrionária rede de atenção comunitária, para que os egressos tivessem a oportunidade de retomar seus laços sociais.

atendiam as demandas dos usuários referentes às suas necessidades básicas imediatas: roupas, cigarros, recursos financeiros, sociais.

“Assim, no geral, o padrão geral de prática dessas equipes era nitidamente uniprofissional, subalterno, burocrático, superficial (sem poder se dedicar ao estudo e intervenção mais complexa de casos ou a intervenções familiares, grupais e comunitárias) e, em alguns casos, assistencialista” (Vasconcelos, 2002:187).

Este modelo de prática também atendia de forma eficiente os interesses institucionais e corporativistas dos “saberes *psi*”, ao reduzirem o sofrimento do sujeito e sua patologia. Não era relevante articular as demais demandas apresentadas pelo ‘paciente’ durante o período da internação como as de manutenção ou da perda do trabalho, as dificuldades familiares e sociais após um período de longa internação. A omissão das categorias sociais no trato da loucura, em nosso país, continuou a existir e ainda existe em muitos espaços profissionais mesmo depois de o processo de reforma psiquiátrica brasileiro já ter atingido sua maturidade.

Pode-se observar que o Serviço Social orientou sua prática pelas demandas imediatas colocadas ora pelo empregador e ora pelo usuário, assumindo uma perspectiva de prática empiricista, pragmática e tecnicista, sem fazer as conexões com os contextos macroestruturais que perpassam todas as intervenções tais como os fatores, econômicos, sociais, históricos, etc.

Cabe ressaltar que, no período em que emergiram essas duas experiências, a assistência psiquiátrica no país foi colocada sob a supervisão geral do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), criado em 1944, sendo encampado pelo Ministério da Saúde em 1953. No final da década de 50, o SNDM passou a estimular implantação de alguns serviços ambulatoriais e serviços comunitários, embora as ações efetivas o governo continuassem a investir maciçamente na construção de estruturas asilares.

Durante o regime militar brasileiro, sob a influência de experiências internacionais²⁸, surgiu o projeto pioneiro de comunidade terapêutica da Clínica Pinel em Porto Alegre. O trabalho ali desenvolvido influenciou o aparecimento de várias comunidades similares dentro dos hospitais, pelo país.

²⁸ Estas experiências foram apresentadas no capítulo I desta dissertação.

As comunidades terapêuticas nas décadas de 60 e 70 objetivaram a democratização e a humanização das relações entre profissionais e usuários através da utilização dos dispositivos grupais e coletivos de participação. Essas atividades inovaram ao buscar envolver os familiares e ao realizar o acompanhamento dos usuários que tinham licenças temporárias ou altas dos hospitais. O trabalho nessas comunidades se caracterizava pela intervenção de todos os técnicos visando a um atendimento global do paciente, havendo uma proposta de reabilitação psicossocial, objetivando a saída do usuário do âmbito institucional e a sua reinserção sócio-familiar. A estrutura criada nas comunidades terapêuticas permitiu a formação de uma equipe multiprofissional formada por assistentes sociais, psiquiatras, psicólogos e terapeutas.

Segundo Rosa (2003), o governo militar buscou a modernização do atendimento à saúde para aqueles que estavam inseridos formalmente no mercado de trabalho; atingiu também a psiquiatria com intuito de recuperar a força de trabalho perdida temporariamente pelo transtorno. As repercussões no campo da saúde mental foram:

a) De um lado, os asilos públicos se mantiveram inalterados, com o passar dos anos. Sua população era predominantemente de indigentes, desempregados, população de rua, etc. A desqualificação técnica da equipe era uma realidade constante. A falta de investimento na adequação física era sentida pelos pacientes que estavam mais vulneráveis a outras doenças decorrentes da ausência de higiene e dos maus-tratos.

b) De outro lado, a lógica privatizante estimulou os investimentos em ambulatórios e leitos particulares, via convênios com o então INAMPS, para os trabalhadores do setor formal do mercado de trabalho.

Este novo conjunto de serviços gerou a fragmentação da clientela em diferentes classes sociais por linhas institucionais distintas. O hospício e a perda dos laços sócio-familiares era o destino certo e inevitável para os pobres; já os mais abastados poderiam recorrer ao tratamento ambulatorial. Segundo Rosa (2003: 99)

“Na assistência psiquiátrica, o estado incrementa este duplo padrão ao remeter as pessoas desvinculadas da previdência aos hospitais da rede pública e os trabalhadores previdenciários aos hospitais da rede privada, pela contratação de seus leitos psiquiátricos”.

Este padrão ainda se reproduz de alguma forma hoje, embora não mais com instituições privadas conveniadas e sustentadas pelo Estado. A população remanescente nos

asilos é de baixa renda. Ela já vivenciou várias internações e traz consigo uma história de vida cheia de sofrimento. De outro lado, os mais abastados continuam sendo tratados nos ambulatórios e internados nas clínicas particulares, embora se saiba que o tratamento ambulatorial e uniprofissional em saúde mental é pouco eficaz por não compreender todas as demandas trazidas pelo usuário.

Na medida em que o regime militar foi mostrando sua face mais repressiva e suas contradições, particularmente nos anos 70, o movimento de contestação ao governo também se ampliou perpassando todas as categorias profissionais, influenciando também novas práticas em saúde mental. Neste contexto, segundo Vasconcelos (2002) se testemunhou a influência do sanitarismo e da psiquiatria social nos anos 70 e 80. A década de 70 recebeu a influência de movimentos que pregavam mudanças na atenção psiquiátrica. O ideário da psiquiatria preventiva norte-americana e o papel mais ativo de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), e sua subsidiária a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) influenciaram o campo da saúde pública através do engajamento dos médicos e profissionais da saúde. Temos como exemplo dessa influência a Portaria do INAMPS de 1973, que entre outras coisas passou a exigir um aumento do número de profissionais no interior dos hospitais psiquiátricos, inclusive de assistentes sociais.

No final da década de 70 com o avanço dos movimentos sociais no país inicia-se a luta pela redemocratização. No campo da saúde emergiram dois grandes movimentos: o de Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica²⁹. Ambos questionaram o modelo de saúde em curso e propuseram a universalização do acesso.

No que tange ao Serviço Social, a década de 70, segundo Vasconcelos (2003), representou a consolidação do Serviço Social psiquiátrico, combinando a tradição do Serviço Social clínico, do modelo de porta e entrada e saída, com a influência da psiquiatria social de Leme Lopes (práticas grupais com familiares) e Luís Cerqueira (atividades de praxiterapia), somando-se ao movimento de terapia de família, sobretudo de inspiração sistêmica, presente até nossos dias.

²⁹ Ambos movimentos serão tratados com mais rigor no capítulo II.

Entretanto com as expectativas do Estado ao inserir o assistente social no campo da saúde mental continuaram, segundo Gonçalves, as seguintes linhas de atuação:

“o assistente social psiquiátrico tem, entre outras, as seguintes funções: interpretação do paciente para o meio ambiente e para a instituição (em caso de internação) e vice-versa; preparação para a alta; seguimento de egressos; Serviço Social de casos; Serviço Social de grupos; colaboração em pesquisas médicas; participação em programas comunitários de saúde mental” (Gonçalves, 1985:48).

Assim, segundo Soares (2006), o Serviço Social atendia as necessidades da psiquiatria hegemônica minimizando as contradições do sistema e racionalizando os saberes “*psi*” que não conseguiam dar conta das demandas sócio-econômicas trazidas pelos usuários.

As práticas tradicionais³⁰ do Serviço Social começaram a ser questionadas a partir da metade da década de 60, pelo movimento de Reconceituação do Serviço Social, culminando no que Iamamoto denomina de questionamento global da profissão: “de seus fundamentos ideo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu *modus operandi*” (Iamamoto: 1999:206).

Segundo Vasconcelos, o Movimento de Reconceituação possibilitou a criação de um projeto profissional abrangente, provocando uma politização das ações dos profissionais que por sua vez passaram a se organizar corporativamente.

Esse fato que contribuiu para a reestruturação da formação profissional na qual ganharam importância os embates epistemológicos, metodológicos e ideológicos.

Segundo Iamamoto (1999), tal questionamento se gestou no contexto de profundas mudanças que se operavam no continente latino-americano, no qual coexistiu a efervescência de lutas sociais, demarcadas pela exaustão daquela modalidade de expansão do capitalismo no cenário mundial.

Nesse contexto, o pensamento social latino-americano buscou entender a sua própria história ao questionar as teorias endógenas a esta realidade. Assim, o Serviço Social latino-americano propôs uma ampla revisão na trajetória da profissão.

As principais preocupações do Movimento de Reconceituação, segundo Iamamoto (1999:209) foram:

³⁰ Netto (2005, p. 06) define o Serviço Social tradicional pelos seguintes componentes a prática empirista, reiterativa, paliativa e burocratizada, orientada por uma ética liberal burguesa, que de um ponto de vista claramente funcionalista.

- “O reconhecimento e a busca de uma compreensão dos rumos peculiares do desenvolvimento latino-americano em sua relação de dependência aos países “cêntricos” para a contextualização histórica da ação profissional, o que redundou em uma incorporação das produções acadêmicas no vasto campo das ciências econômicas, sociais e políticas;
- a concentração de esforços na criação de um projeto profissional abrangente atento às características latino-americanas, em contraposição ao tradicionalismo, envolvendo critérios teórico-metodológicos e prático-interventivos;
- politização da ação profissional solidária com a “libertação dos oprimidos” e comprometida com a “transformação social”;
- a necessidade de se atribuir um “estatuto científico” ao Serviço Social lançando-o no campo dos debates epistemológicos, metodológicos e das ideologias;

As preocupações anteriores se canalizaram para a reestruturação da formação profissional, articulando ensino, pesquisa e prática profissional, exigindo da Universidade o exercício da crítica, do debate, da produção criadora de conhecimentos no estreitamento de seus vínculos com a sociedade.

A partir dos anos 70, o Serviço Social latino-americano passou a ser marcado por análises e propostas de inspiração marxista, rompendo com suas próprias produções iniciais. Este fato favoreceu a ruptura teórica e prática com a tradição profissional em vigor. Há que ressaltar que essa primeira aproximação com a tradição marxista redundou no chamamento dos profissionais ao compromisso político, o que sugeria a necessidade de se dispor de um ponto de vista de classe na análise da sociedade, impondo uma revisão no papel do assistente social nessa sociedade. Esta aproximação neste primeiro momento ainda não foi orientada pelas fontes clássicas de Marx favorecendo o ecletismo. Desta forma, o discurso que se pretendia ser marxista passou a conviver com uma bagagem eclética, de raiz conservadora e positivista da qual o Serviço Social foi caudatário e contra qual se insurgiu o Movimento de Reconceituação ainda permanecia no interior da categoria.

Assim, o Movimento de Reconceituação apresentou um duplo dilema que segundo Yamamoto persiste até a contemporaneidade: o fatalismo e o messianismo decorrentes de uma análise da prática social esvaziada de historicidade. Ainda segundo a autora, é preciso romper com o fatalismo que determina a prática profissional voltada aos interesses do

capital e com a visão messiânica a-histórica do Serviço Social, que privilegia os propósitos individuais e voluntaristas de transformação societária.

No Brasil, esse movimento defendeu uma nova postura, refutou o tradicionalismo, descobrindo uma nova proposta de prática, que atendesse ao projeto social dos trabalhadores. Objetivava-se a superação do desempenho assistemático, indutivo, carente de procedimentos técnico-científicos rigorosos, voltado para a correção e o ajustamento dos indivíduos à ordem vigente. Além disso, expurgou do seu âmbito teórico questões referentes ao humanismo concreto; criticou as modalidades de intervenção, questionando-as metodologicamente.

Até então o Serviço Social buscou adequar a profissão às exigências do Estado, aceitando o quadro político vigente e executando tecnicamente as tarefas propostas pelo aparato governamental. O processo renovador passou por uma etapa crítica, ocasionando crises com o aparelho autoritário. Este fato exigiu uma prática orientada mais diretamente e por pressupostos teórico-metodológicos que informassem e ordenassem a postura profissional comprometida com o homem oprimido, visando transformar a estrutura política e cultural capitalista que organiza e fortalece a alienação.

Situando esse movimento no Brasil, Netto (1992) que considerou três perspectivas diferenciadas: a de modernização, a de renovação do conservadorismo, e a de intenção de ruptura.

A primeira vertente chamada de *modernizadora* era pautada no estrutural-funcionalismo e tinha como propostas a adequação da profissão aos instrumentos, técnicas, formulações para atendimento técnico-instrumental e tecnologia de planejamento de administração que possibilitassem a operacionalização nos marcos de estratégias de desenvolvimento capitalista. Seu marco principal encontra-se nos resultados formulados nos Seminários de Teorização de Araxá (1967) e Teresópolis (1970), com grande influência sobre o grupo profissional.

Como nos indica Netto, (1998:154) “o núcleo central desta perspectiva é a tematização do Serviço Social como interveniente, dinamizador e integrador, no processo de desenvolvimento”. Esta vertente foi marcada pelo tradicionalismo profissional. Seu caráter inovador foi o referencial teórico metodológico utilizado o estrutural-funcionalismo norte-americano.

Os assistentes sociais objetivavam modernizar e imprimir um maior grau de eficiência em sua prática profissional a fim de garantir o pleno desenvolvimento do capitalismo, minimizando os conflitos sociais.

A segunda vertente, denominada de *renovação do conservadorismo* emergiu na metade dos anos 70, amparada pela teoria e nos debates filosóficos da fenomenologia e do existencialismo cristão. Essa vertente não buscou um rompimento com as práticas anteriores do Serviço Social, mas lhe atribuiu uma nova roupagem através da valorização da elaboração teórica e do repúdio ao positivismo. Seu caráter inovador residia na busca pela sofisticação da prática profissional, mas ainda propunha uma intervenção de ajuda psicossocial.

Essas duas vertentes ainda adotavam uma postura assistencialista, mesmo tendo adquirido um novo “rigor técnico e científico”. Na direção proposta por elas, a profissão aproximou seus compromissos com a classe dominante, operacionalizando as políticas sociais de cunho paternalista.

A terceira vertente, intitulada *intenção de ruptura*, ocorreu no quadro da Universidade brasileira na primeira metade dos anos 70, tendo como cenário a Escola de Serviço Social da PUC de Minas Gerais, ficando marginal até o fim dessa década. Somente nos anos 80 é que ganhou repercussão, ultrapassando os muros da academia e envolvendo os focos e organismos da categoria profissional. A partir da segunda metade dos anos 80, essa perspectiva se tornou um interlocutor destacado dos Assistentes Sociais, o que pode dar a falsa impressão de ser uma representação hegemônica no meio profissional.

Esta perspectiva confrontou-se com a autocracia burguesa, colidindo com essa ordem no plano teórico-cultural, profissional e político. Por isso, só quando essa ordem entrou em crise e a classe operária entrou na cena política, é que a nova vertente transcendeu as discussões de pequenos círculos acadêmicos e polarizou segmentos profissionais ponderáveis.

Assim, a Intenção de Ruptura deve ser compreendida, dentre outros fatores, a partir da inserção dos cursos de Serviço Social nas universidades, constituindo-se em um dos vetores significativos para o processo de renovação da profissão no cenário brasileiro, tendo como projeto romper substantivamente com o tradicionalismo e suas implicações teórico-metodológicas e prático-profissionais.

Percebe-se ainda que a Ruptura expressou o processo de laicização e diferenciação da profissão, bem como tendências e forças presentes na estrutura da sociedade brasileira, ocupando no plano do Serviço Social a significação das tendências mais democráticas da sociedade brasileira desde a década de 60.

A evolução desta perspectiva pode ser configurada em dois momentos:

- 1) o primeiro se estendeu até a abertura dos anos 80, sendo constituído pela análise crítica das principais propostas de renovação profissional, referindo-se aos estudos que resgatavam o projeto de ruptura em formulações latino-americanas e/ou submeteram à discussão propostas modernizadoras,
- 2) o segundo momento beneficiou-se com os ganhos anteriores e ergueu-se sobre seus acúmulos, mas apresentou uma oxigenação diferente, e cobriu o primeiro terço da década de 80. Capitalizou a precipitação da crise da ditadura e sua ultrapassagem com a movimentação social que a acompanhou e com seus rebatimentos na profissão e na universidade. Não abandonou a abordagem crítico-analítica afirmada antes, avançando para elaborações crítico-históricas mais abrangentes apoiadas no recurso de concepções teórico-metodológicas colhidas em fontes originais.

A partir de então, procurou pensar criticamente a instituição do Serviço Social à luz de suportes teóricos e heurísticos, apropriados no curso de um exame que faz os Assistentes Sociais defrontarem com as fontes “clássicas” da teoria social.

O avanço maior foi a maturidade intelectual e teórica da perspectiva de Ruptura, que passou a se situar numa interlocução próxima às ciências sociais e com outras áreas da produção do saber sem abrir mão da referencialidade do Serviço Social.

No campo da saúde mental, nos anos 80, o Serviço Social se apresentou como uma profissão legitimada e consolidada no mercado de trabalho. Sob a influência dos princípios da reforma psiquiátrica, que se assemelham aos princípios do projeto ético político do Serviço Social, a profissão ganhou espaço de trabalho dos novos dispositivos desinstitucionalizantes que foram sendo criados. Passou a intervir nas oficinas terapêuticas, nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), nas residências terapêuticas, ganhando novos espaços no interior das equipes interdisciplinares.

4.2 O debate atual do Serviço Social no campo da saúde mental.

“Se o Serviço Social cresceu na busca de uma fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças consegue apresentar na intervenção. Sem dúvida, para se avançar hoje na profissão, se faz necessário recuperar as lacunas da década de 80,. E a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente de intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços. Este fato rebate na atuação do Serviço Social na área da saúde – o maior campo de trabalho” (BRAVO& MATOS, 2004:08).

O debate atual do Serviço Social no campo da saúde mental foi impulsionado, sobretudo pelo processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica brasileiro, uma vez que este demanda uma nova prática profissional sintonizada, sobretudo com o processo de inclusão e de resgate dos direitos sociais desses cidadãos.

A partir do processo de desconstrução da assistência hospitalocêntrica no país, difundido pela reforma psiquiátrica, que contribuiu para a implementação de uma nova política pública, e para a construção de novas tecnologias de cuidado, emergiu a necessidade de revisão das práticas profissionais desenvolvidas nesses espaços. As práticas típicas dos espaços de “clausura” passaram a ser anacrônicas diante dos objetivos de ampliação dos laços sociais, de resgate da autonomia, de luta contra a segregação social e o estigma de incapacidade e de periculosidade secularmente atribuído ao portador de transtorno mental.

Passou-se a cobrar que a atuação do assistente social, e a dos demais profissionais devem estar comprometida com a instauração do SUS e com a política pública de saúde mental, objetivando assegurar a universalidade, a equidade e a integralidade da assistência através da criação de uma rede de serviços de atenção psicossocial. Por isso, as formas de prestar o cuidado ao portador de transtorno mental se modificaram e as antigas práticas que ficavam restritas aos atendimentos individuais, orientações e encaminhamentos deixavam de ser eficazes diante da nova realidade no atendimento.

Assim, a inserção do Serviço Social no campo da saúde mental é marcada por questionamentos a respeito do objeto, da especificidade e da legitimidade profissional, que

nos levavam a uma busca pela superação do tradicionalismo profissional e do seu lastro conservador.

Entretanto, ao revisar a bibliografia profissional neste campo constata-se que os autores afirmam que existe um “dilema” no cerne da profissão.

O “dilema” apresentado se correlaciona a três dimensões da profissão: teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa. A dimensão teórico-metodológica possibilita a compreensão da realidade social, capacita a intervenção profissional e orienta a “práxis”. Não podemos esquecer que esta dimensão caminha *pari passu* com os pressupostos ético-políticos que são norteados pelos princípios da liberdade, da autonomia, da emancipação e da plena expansão dos indivíduos sociais. A última dimensão é a técnica-operativa do Serviço Social, ou seja, são os instrumentos e técnicas utilizadas na intervenção na realidade.

Na atualidade, temos três autores que abordam a problemática do debate sobre a inserção do assistente social no campo da saúde mental e a Reforma Psiquiátrica, a saber: Vasconcelos (2002), Bisneto (2007) e Rodrigues (2002).

Vasconcelos (2002) defende que o fosso do Serviço Social e da Saúde Mental tem correlação com o processo de reconceituação que reproduziu no seio da profissão um recalçamento da temática da subjetividade, sobretudo de seus aspectos relacionados ao inconsciente, à personalidade e ao campo das emoções. Ainda de acordo com Vasconcelos (2002), a temática da subjetividade sofreu um processo de empobrecimento, tendendo a ser associada apenas ao campo do indivíduo, em detrimento dos seus diversos aspectos institucionais e coletivos, associados às temáticas da ideologia e dos processos políticos culturais e de gênero.

O movimento de Reconceituação adotou várias versões do marxismo como matriz teórica, incluindo inicialmente a influência de fontes marxistas simplificadoras, como sistematizadas por Netto (1992 a 1994). Para Vasconcelos (2002), a abordagem da temática da subjetividade, no processo de reconceituação do Serviço Social brasileiro, foi marcada por um processo semelhante àquele com que a hegemonia soviética operou com as teorias da subjetividade. Num primeiro momento, o movimento revolucionário soviético ampliou o debate acerca da psicanálise das teorias do inconsciente e de suas implicações no processo de crítica e mudança da cultura, mas apenas no período estritamente revolucionário. Após a

implantação deste regime, com o stalinismo, houve um recalçamento dos temas do inconsciente, sexualidade, da emoção. O recalçamento da subjetividade extrapolou o marxismo soviético e se estendeu ao marxismo ocidental, como assinalou um dos mais destacados marxistas brasileiros dedicados à temática da subjetividade:

“o interesse pela questão da subjetividade no interior do pensamento marxista esteve praticamente congelado, sob o período que se convencionou chamar de ‘stalinista’, e ainda hoje é alvo da crítica mordaz por parte de certas correntes que se propõem marxistas, encarando-as como uma questão burguesa ou pequeno-burguesa”, chegando a reconhecer “a supressão dessas questões (da subjetividade) no interior do pensamento marxista” (Vasconcelos, 2002:200)

No seio do Serviço Social, o Movimento de Reconceituação e a Intenção de Ruptura, ao criticar a abordagem da subjetividade hegemônica do Serviço Social pré-reconceituação, praticamente a identificou como única opção disponível de abordagem da temática, reproduzindo um processo de recalçamento dos temas da subjetividade, do inconsciente, da emoção e dos processos de subjetivação em geral muito semelhante àquele realizado pelo marxismo soviético, praticamente desconhecendo ou secundarizando todo o debate e a produção teórica feita por algumas correntes da psicanálise e outras correntes de aproximação da esquerda com o tema da subjetividade desde a década de 20, produzindo um enorme empobrecimento teórico para a profissão e trazendo implicações sérias na formação, na cultura profissional e na prática concreta dos profissionais (Vasconcelos, 2002).

Para Bisneto (2007), o dilema do Serviço Social se relaciona à indefinição no campo de intervenção, porque a atuação do assistente social se dilui em várias especialidades do campo “*psi*” e terapêutico que dominam o conhecimento na saúde mental. Ainda pontua que a profissão tem dificuldades de estabelecer com clareza as suas especificidades ou metodologia. Alerta que esse fato contribui para que o profissional atue como técnico subordinado e complementar ao poder psiquiátrico. “O Serviço Social, como neste caso atua numa área em que não é mandante, fica sujeito a várias ambigüidades” (Bisneto, 2005:120).

Segundo esse autor o Movimento de Reconceituação propiciou uma contestação da psiquiatrização dos problemas sociais e do seu viés psicologizante que foi adotado naquela época como referencial teórico-metodológico para o Serviço Social na saúde mental. Segundo esse autor “os paradigmas em Serviço Social que tentavam orientar a prática nos

anos 1970 não conseguiram estabelecer uma metodologia de atuação em Saúde Mental (2007:28)”. Um dos aspectos dificultadores estava na forma como o marxismo foi absorvido pela Reconceituação, por apresentar dificuldades em abordar as questões relativas à subjetividade na atenção ao sujeito singular – usuário. Ainda mais se considerarmos que “na maioria dos casos o fator determinante de internação é mais social que psíquico (Bisneto, 2007:29)”.

Ainda segundo esse autor, as críticas à atuação do Serviço Social no campo da saúde mental após o movimento de reconceituação podem ser percebidas na diminuição de referências de autores do Serviço Social tradicional³¹ nos Trabalhos de Conclusão de Cursos (TCCs), sendo substituídos por Marilda Iamamoto, José Paulo Netto, entre outros, nos anos 1990. O autor alerta que a crítica sobre a bibliografia tradicional de base psicossocial não foi acompanhada pela publicação de livros de Serviço Social e Saúde Mental, mas por livros de autores da psiquiatria social institucionalista (Franco Basaglia, Michel Foucault, dentre outros). Portanto, existe uma lacuna de produção do Serviço Social no campo da saúde mental que compreenda os debates e dilemas da profissão na atualidade, dificultando a atuação dos profissionais nesse campo.

Para finalizar, defende que a herança do Serviço Social psiquiátrico norte-americano está presente até hoje no campo da saúde mental, sendo representada pelos profissionais mais antigos, e que o discurso do Movimento de Reforma Psiquiátrica encanta os novos assistentes sociais. Para ele, é preciso resgatar a “entrada” dos assistentes na saúde mental, pois essa só ocorreu por meio de portarias ministeriais³² que obrigaram a contratação de assistentes sociais. Esse é o marco que diferencia o Serviço Social brasileiro em saúde mental do americano, que desde os primórdios atuava na saúde mental.

Rodrigues (2002), por sua vez, compreende que o “dilema” do Serviço Social no campo da saúde mental se fortalece devido a dois elementos: a persistência de traços conservadores, herdados do passado recente, na nova geração de assistentes sociais que

³¹ Gordon Hamilton, Annete Garrete entre outros.

³² O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) instituiu por meio do Manual de serviços para a assistência psiquiátrica, de 1973, a formação de equipes multiprofissionais, com a presença de assistentes sociais, entre outros. Os recursos humanos necessários foram fixados pelo “Formulário de Classificação Hospitalar” Reclar, de 1974, com base no número de leitos.

atuam na Saúde Mental e a presença de fortes traços pós-modernos no ideário da reforma psiquiátrica brasileira.

Com relação ao primeiro aspecto a autora sustenta sua argumentação no fato de que mesmo na atualidade alguns assistentes sociais mantêm posturas “tarefeiras” e voluntaristas dentro dos dispositivos desinstitucionalizantes. Ela alega que o conservadorismo profissional no campo da saúde mental é decorrente do descompasso entre as vanguardas da categoria e o exercício profissional no cotidiano. A postura “tarefeira” permanece presente tanto nos hospitais psiquiátricos como também nos novos dispositivos, nos quais o assistente social ainda se encontra subordinado ao psiquiatra, retrocedendo às funções do Serviço Social anteriores ao movimento de reconceituação da profissão. Esta postura é confirmada nos estudos de Vasconcelos (200:186) pelo menos nos hospitais tradicionais:

“na maioria das enfermarias de asilos e hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro e do país, principalmente no setor privado, o Serviço Social tem reproduzido um “modelo de prática” que remonta à atuação profissional exercida nos anos 40 e 50 na porta de entrada e saída das enfermarias psiquiátricas. Tal modelo não apenas compreende um exercício profissional voltado prioritariamente para o levantamento de dados sociais e familiares dos pacientes, contatos com familiares para alta, confecção de atestados sociais e encaminhamentos (...)”.

Rodrigues (2002) pondera que o “tarefismo” se faz presente nos dispositivos alternativos ao modelo asilar tais como: as oficinas terapêuticas ou laborativas. Isso ocorre porque, muitas vezes, os trabalhos oferecidos nessas oficinas são executados de forma mecânica e irrefletida. Além disso, nesses espaços, o “acolhimento” faz parte da rotina de trabalho sem que se prescindia de uma capacitação ou de reflexões teóricas consistentes. Dessa maneira, segundo Rodrigues (2002:99),

“as demandas prioritárias à intervenção profissional são mais afetivas do que propriamente terapêuticas e o recurso privilegiado da atuação institucional cotidiana é o “afeto”, a “escuta da diferença”, a “percepção e a aceitação da singularidade”.

Diante do exposto, Rodrigues percebe que o Serviço Social apresentaria uma “fragilidade” no campo da saúde mental, que de acordo com Rodrigues se correlaciona com “uma defasagem entre o acúmulo teórico-metodológico obtido pela profissão desde os anos 80 e o campo da prática profissional cotidiana”.

Soma-se a isso, segundo ela, a predominância de conteúdos pós-modernos no ideário da Reforma Psiquiátrica no país que tendem a reforçar as posturas pragmáticas e voluntaristas no trato da loucura, pois proclamam o irracionalismo, o ceticismo, a verdade e o real concebido como caótico e tomado como mero discurso e signo. A autora defende que o descentramento do sujeito tem sido o fio condutor de diferentes propostas terapêuticas dentre elas a “nova clínica”³³ que se baseia nos seguintes postulados: espontaneidade e improvisação. Essa clínica se apresenta como espaço de criação, liberdade, etc. Não havendo pretensão científica se aproxima de experiências artísticas pós-modernas. Seu segundo postulado corresponde ao estatuto do “encontro” que dispensa especialidades e profissionalidades; o terceiro refere-se à perspectiva transteórica que se opera no ecletismo e na busca que transcende a teoria, incorporando os saberes não-teóricos. Desta forma corrobora o voluntarismo e o pragmatismo.

Rodrigues (2002) reconhece que esse dilema no campo da saúde mental não é uma exclusividade do assistente social. Ele perpassa todas as profissões que compõem as equipes multidisciplinares dentro dos novos dispositivos de base territorial e comunitária. Aponta como alternativa o resgate da perspectiva basagliana da psiquiatria democrática que compreende o portador de transtorno mental como um sujeito social. Por isso, os técnicos devem estar atentos às dimensões sociais que estão presentes na demanda psiquiátrica.

Considero que, cabe aos profissionais da Saúde Mental, dentre eles o Assistente Social, o tratamento do sujeito que sofre, considerando os contextos de vida em que esse sofrimento surge como experiência no campo da intersubjetividade. Assim, surge a necessidade da equipe profissional estar comprometida ética e politicamente com o processo de Reforma Psiquiátrica. Estar comprometido com o processo de Reforma Psiquiátrica significa promover uma revisão no papel desempenhado pela equipe técnica que deve atuar no sentido de pôr em funcionamento o dispositivo da desinstitucionalização e perceber a complexidade dos problemas com os quais lida: entender a loucura não como incapacidade, doença mental, mas como um modo diferente de relação com o mundo, possibilitando ao portador de transtorno mental o acesso ao trabalho, à cultura, ao lazer, à

³³ Para uns a “nova clínica” denomina-se “clínica do acaso” ou “clínica do inesperado” G. Baramblit, “A clínica como ela é”, in: SaúdeLoucura, São Paulo, Hucitec, n.5,1997); para outros, intitula-se “clínica da experimentação” (M.S. Ferreira, “Cotidiano na toca: atualização dos recursos e afetos”, in: Cadernos IPUB, Rio de Janeiro, n.14, 1999).

prática de esportes, etc. O saber técnico deve ser utilizado como possibilidade de criação da subjetividade. Sendo assim o trabalho do assistente social no campo da saúde mental deve estar voltado para a defesa intransigente dos direitos sociais dos portadores de transtorno mental.

Não podemos perder de vista que a abordagem contemporânea da loucura se inspira na análise histórica da sociedade e das formas de saber-poder da modernidade e tem como ponto de partida a noção de produção histórica. Pensar em produção histórica de saberes remete a uma mesma operação metodológica na produção de conhecimento: não considerar as coisas e eventos como naturais e acabadas, buscar a compreensão de um momento histórico-social para entender a emergência de novos olhares e práticas sobre o homem, e considerar o próprio homem como uma invenção (Torre & Amarante, 2001).

4.3. Os pontos de convergência entre o projeto ético - político do Serviço Social e os princípios da Reforma Psiquiátrica.

“[...] para superar o modelo manicomial é necessário analisar o sofrimento psíquico individual como um fenômeno que põe em questão simultaneamente a experiência subjetiva singular e o universo social-histórico em que essa experiência emerge e ganha existência para o próprio sujeito e para os outros[...]” (Bezerra, Jr, 1992:114).

Como vimos, o projeto ético-político do Serviço Social tem suas raízes no movimento de recusa e crítica ao conservadorismo profissional, no início da década de 70 e atinge sua maturidade nos anos 90.

As lutas contra o regime militar e a conquista da democracia nos anos 80 fomentaram no interior da categoria profissional a disputa entre projetos societários distintos (os que defendiam os interesses das classes trabalhadoras e os que defendiam os interesses capitalistas). Nesse contexto, buscou-se incorporar o pluralismo político no Serviço Social que redimensionou não só a organização da própria categoria profissional, como também propiciou a inserção inédita da profissão no marco do movimento dos trabalhadores brasileiros, possibilitando alterações no referencial teórico-metodológico da profissão.

Para Iamamoto (1992, p.55) o Serviço Social só pode afirmar-se como *prática institucionalizada e legitimada* na sociedade ao responder a *necessidades sociais* derivadas da prática histórica das classes sociais na produção e reprodução dos meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada.

Desta forma, o Serviço Social se afirma como instituição a partir da divisão do trabalho. Portanto, o significado do Serviço Social se correlaciona com a dinâmica das relações entre as classes e como estas se relacionam com o Estado para o enfrentamento da “questão social”. Assim, o exercício profissional do assistente social ocorre no âmbito das relações entre o Estado³⁴ e a sociedade civil.

Assim, o projeto ético-político da profissão se caracteriza por uma ruptura com o Serviço Social anteriormente consolidado no Brasil, buscando novos valores vinculados a um projeto de sociedade comprometido com a democracia, a liberdade e a justiça social. O projeto recebe novos aportes teórico-metodológicos que culminaram com uma nova visão da profissão em vários aspectos como: a sua relação com a sociedade, sua trajetória histórica e sua relação com os empregadores e usuários (Netto 1999; Cardoso 1999).

Esse projeto está delineado no Código de Ética dos Assistentes Sociais, de 1993, e expresso na lei de Regulamentação da Profissão (nº 8.662/93) e nas Diretrizes Curriculares do Ensino de Serviço Social, de 1996. O Código de Ética fornece as diretrizes para o projeto ético-político. Nele têm-se como valores éticos e políticos centrais a liberdade e a justiça social cujos pressupostos são a equidade e a democracia.

Todo projeto profissional tem uma dimensão ética que pressupõe normatizações como aquelas que estão expressas no Código de Ética das profissões, porém:

“Envolvem ainda as escolhas teóricas, ideológicas e políticas das categorias e dos profissionais – por isto mesmo, a contemporânea designação dos projetos profissionais com o projeto ético-político revela toda a sua razão de ser: uma identificação ética só adquire efetividade histórica concreta quando se combina com uma direção político-profissional” (Netto, 1999:99).

Segundo Sant’ana (2000), a dimensão política dos projetos profissionais deve-se ao fato de eles estarem vinculados a projetos societários maiores que envolvem o conjunto da sociedade.

³⁴ Estado este capitalista que se estrutura via uma sociedade de classes.

O projeto ético-político do Serviço Social reconhece a liberdade como valor ético central, o que reforça o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Ele também se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero (Netto, 1999:104-05). Assume a defesa intransigente dos direitos humanos, recusando toda forma de autoritarismo e arbítrio; defende a democracia como forma de ampliação da cidadania dos indivíduos sociais.

Para Yamamoto (1999), o projeto ético-político do Serviço Social se empenha no processo de eliminação de todas as formas de preconceito, afirmando o direito à participação dos grupos socialmente discriminados e o respeito às diferenças. Outro princípio diz respeito à democracia, envolvendo a luta permanente pela ampliação da cidadania com vistas à efetivação dos direitos políticos, civis e sociais de todos os cidadãos.

Os princípios norteadores do projeto ético-político do Serviço Social se correlacionam com os princípios da nova lei psiquiátrica brasileira de nº 10216/01. Vejamos:

No Artigo 1º, os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e o grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

No Artigo 2º Parágrafo Único, têm-se os direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

- VIII ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de Saúde Mental.

Assim, assegurar a proteção universal dos portadores de transtorno mental pelos serviços e ações de saúde de base comunitária e territorial impõe que seja quebrado um antigo paradigma de que o tratamento das pessoas acometidas pelo transtorno mental seja centralizado no modelo asilar. É nesse contexto que ocorre a ruptura com o padrão anterior, na medida em que os serviços de reabilitação psicossocial ganham espaço e as internações passam a ser um recurso último e pontual, apenas no período de crise, retornando-se a seu ambiente em poucos dias.

Ainda cabe registrar que a Lei nº 10216/01 assegura uma concepção ampliada de saúde como “o efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como a expressão ativa – e participativa- do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais” (Luz, 1991:29). Portanto, o assistente social passa a ter um papel importante na luta pela efetivação dessas conquistas, uma vez que está em contato permanente com o usuário. Este fato possibilita ao profissional realizar uma “escuta” de forma atenciosa, a fim de identificar as suas necessidades imediatas, construir o seu projeto terapêutico com a equipe como também atuar na busca da melhoria dos serviços e na luta pela reinserção dos usuários na comunidade. Além disso, o profissional deve buscar fazer alianças com os demais trabalhadores que atuam na instituição para garantir a participação dos mesmos nos processos decisórios da política de saúde.

Rotelli (1990) compreende a desinstitucionalização como um processo prático-político que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções, em torno não mais da doença, mas da existência e do sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social. Um novo objeto, portanto, que não é mais objeto, mas, sujeito; e por outro lado, não mais uma situação estática, mas, em permanente desequilíbrio. Como resultado a questão torna-se, não mais o tratamento, mas, a emancipação; não mais a restituição da saúde, mas, sua invenção; não a reparação, mas a renascimento social das pessoas, em outras palavras, o processo de singularização e ressingularização.

Portanto, a nova abordagem insere a saúde mental no campo da conquista e reinvenção da cidadania (Mezzina et al., 1992; Bezerra Jr.,1992), que passa pelos tradicionais direitos civis, políticos e sociais da cidadania, e implica numa luta pelo reconhecimento das especificidades associada à condição existencial e social determinada pelo transtorno. Desta maneira, o Portador de Transtorno Mental tem a possibilidade de superar a condição de sujeito, e se transformar em usuário do sistema de saúde que luta para conquistar cidadania para si e para seu grupo – desenvolvendo sua autonomia e lutando por sua cidadania ativa, com o objetivo de reinserir no corpo social, consumindo, produzindo e desempenhando novos papéis, de forma compatível com as diferenças existenciais advindas do seu transtorno³⁵.

Do ponto de vista do Serviço Social, Iamamoto (1999) afirma que o desafio ético-político do Serviço Social é redescobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual; traçar horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que sejam solidárias com o modo de vida daqueles que a vivenciam, não só como vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da sua vida, da sua humanidade.

Tanto no projeto ético-político como no processo de reforma psiquiátrica brasileira ocorre uma preocupação com a qualidade dos serviços prestados, o respeito pelo usuário, a luta contra o processo discriminatório e a busca pela qualidade nos programas oferecidos. Tais preocupações reforçam as mudanças ocorridas no seio do Serviço Social e da Saúde Mental e reafirmam o compromisso com posturas progressistas.

Do ponto de vista profissional, o projeto ético-político requer do profissional um compromisso com a competência que deve ser produto do aprimoramento intelectual do Assistente Social. Tem-se uma ênfase na formação acadêmica qualificada, embasada em concepções teórico-metodológico críticas e sólidas, a fim de subsidiar uma análise concreta da realidade social. Por fim, o projeto “impõe” uma nova relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos Assistentes Sociais, que é o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população.

³⁵ Segundo Bezerra Jr (1992) propõe que se pense a experiência da loucura fora do binômio razão/desrazão, trazendo para o campo da inclusão/exclusão. Para ele a perspectiva da inclusão permite se pensar a cidadania do portador de transtorno mental para além dos direitos formais assegurados pela democracia moderna.

Podemos assim concluir que há amplas linhas de convergência entre o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, e as diretrizes e as práticas propostas pelo projeto de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial em nosso país.