

CAPÍTULO I – PROFISSÃO E MUTAÇÃO

1.1 – Serviço Social: A construção de uma prática

O Serviço Social no Brasil emerge nos anos 30, em meio a um cenário de turbulência econômica, política e social, sofrendo os reflexos do avanço do capitalismo, num momento em que a estrutura produtiva expandia-se para o setor industrial. O cenário mundial também era palco de profundas inflexões no campo econômico como a quebra da bolsa de Nova York, por exemplo, que não deixa de afetar a economia brasileira.

No Brasil, a economia que desde a segunda metade do século XIX até os anos 30, se caracterizava por um modelo agro-exportador, passa a adotar (Era Vargas) um modelo industrial, de substituição de importação, modelo nitidamente urbano-industrial. A mudança do sistema agrário-comercial para o industrial produziu profundas alterações sociais, principalmente com a mudança do estilo de vida rural para um urbano-industrial, levando a crescente urbanização, fenômeno este que só faz agravar problemas e conflitos sociais, solicitando das instâncias mandatárias articularem ações que contemplassem o aplacamento de tais situações. É um período de crescimento numérico da classe trabalhadora, extensamente explorada, mas em franca organização que se intensificam as lutas por melhores condições de vida e de trabalho, contudo a classe dominante encara tais lutas como ameaça a seus interesses e desorganização social e moral.

O novo modelo de sociedade amplia as contradições dentro do sistema e a gama de lutas reivindicativas, sendo que os setores dirigentes se utilizam, inicialmente, da hostilidade ou da benemerência, como resposta a elas. Este cenário conturbado cria as condições que propiciam a profissionalização do Serviço Social no Brasil, para intervir junto às seqüelas da questão social, naquele contexto. Primeiramente como operador da beneficência, atuando para o alívio dos males sociais decorrentes do processo de industrialização, junto às seqüelas negativas do novo processo econômico, em geral, sendo, sua resposta básica a de restauração e funcionamento social.

Surge por meio de iniciativa de movimentos laicos oriundos das classes dominantes, vinculados fortemente à Igreja Católica que buscava à época restaurar seu prestígio e poder na sociedade republicana brasileira, através de um projeto de recristianização da sociedade. Seu ideário será de vital importância para a formação dos primeiros assistentes sociais, onde sua influência implicará na percepção, à época, da questão social como questão moral a ser enfrentada a partir de um enfoque individualista, psicologizante e moralizador, que responsabiliza os sujeitos pelos problemas sociais que vivenciam. A igreja torna-se a responsável pela fundação das primeiras escolas de Serviço Social no país, através de sua ação renovadora. Surge o Serviço Social como prolongamento da ação social católica, adotando como pressuposto teórico sua linha mais tradicional e ortodoxa.

A formação profissional se dá neste momento a partir da influência européia, através do denominado Modelo Franco-Belga, tomando por base o princípio tomista de salvar corpo e alma, pois ambos constituem-se uma unidade. O centro das preocupações era a família operária, enquanto base da reprodução material e ideológica da força de trabalho, priorizando uma ação assistencialista, visando às seqüelas materiais da exploração capitalista junto a este segmento.

A formação dos primeiros assistentes sociais se deu, inicialmente recorrendo ao protagonismo de grupos sociais femininos da classe média burguesa, participantes do movimento católico leigo, para as quais eram ministrados cursos por assistentes sociais européias num intercâmbio que culmina na criação do Centro de Estudos e de Ação Social (CEAS), surgido em 1932 em São Paulo, e que mais tarde, em 1936, transforma-se na primeira Escola de Serviço Social do Brasil. O CEAS passa a buscar uma formação técnica especializada para o desempenho da ação social e da difusão da Doutrina Social da Igreja, permitindo que o Serviço Social surja num duplo: a partir da orientação do movimento laico, e também a partir de uma demanda do Estado.

E como assinala Vasconcelos (2002), a emergência das primeiras escolas de Serviço Social na década 30 contaram também com as abordagens e ações políticas do movimento higienista brasileira, que possuía forte influência em vários âmbitos da vida social e no campo político inclusive possuía grande penetração, com representantes no Congresso nacional. A influência dos parlamentares no Serviço Social foi marcante quando da criação da primeira escola de Serviço Social.

O Serviço Social católico se aliou ao movimento de higiene mental, o que pode ser percebido através da inclusão de disciplinas higienistas no currículo de graduação em Serviço Social de forma complementar e ou subordinada à abordagem católica, caso da Escola de São Paulo, ou como na primeira Escola do Rio de Janeiro, em que o conteúdo doutrinário católico não foi incluído, restando um conteúdo nitidamente médico. Ou seja, o processo de formação dos primeiros assistentes sociais é amplamente marcado pelos dois pólos, o que influenciou a evolução da profissão como um todo.

O Serviço Social se expande influenciado pelas contradições engendradas no processo urbano-industrial. Todavia, as demandas por bens e serviços pressionam o Estado a dar respostas no sentido de uma ação assistencial frente às exigências da reprodução social ampliada da vida de crescentes parcelas das classes trabalhadoras empobrecidas, o que somente o recurso à caridade não dava conta. Estas respostas vão se dar através da criação e desenvolvimento de instituições assistenciais estatais, principalmente na década de 40, quando o Estado assume o papel de regulador e fiador das relações sociais, através da viabilização do processo de acumulação capitalista e do atendimento das necessidades sociais das classes subalternas.

Este novo posicionamento do Estado se deu por conta das novas formas de enfrentamento da questão social, agora não mais como “questão de polícia”, mas como “questão de política” pública, visando alcançar grandes parcelas do proletariado atingidas por ela. As políticas sociais brasileiras, embora de caráter fragmentado, setorial, pontual e focal, tendo uma apreensão parcializada da realidade social, evidenciaram o papel regulador do Estado na esfera social.

Além do Estado, grandes empresas também surgiam como empregadoras de assistentes sociais, que passavam a se ocupar de trabalhos que visavam a mudança de comportamentos dos trabalhadores e suas famílias e é no processo de divisão social e técnica do trabalho gestado na conjuntura da época que o Serviço Social vai se inserir

“como mediador, obtendo legitimidade no conjunto de mecanismos reguladores, no âmbito das políticas sócio-assistenciais, desenvolvendo atividades e cumprindo objetivos que lhe são atribuídos socialmente e que (...) ultrapassam sua vontade e intencionalidade” (YAZBECK, 1999: 93).

Podemos apreender que as circunstâncias históricas definiram e consolidaram a profissão na medida em que as políticas sociais se constituíram no Brasil. É neste processo que os assistentes sociais, ao lado de outros profissionais, são demandados a implementar políticas sócio/assistenciais – públicas e privadas –, operando sob duas perspectivas: a prestação de serviços e a ação sócio-educativa (política/ideológica).

Este movimento abriu para o Serviço Social brasileiro em expansão um mercado de trabalho que impulsionou sua profissionalização e ampliou suas possibilidades de intervenção – abrindo novos campos de trabalho - para além do trabalho de ação social encampado sob o patrocínio do bloco católico e implementado no âmbito privado. Desta forma, as bases sociais de seu processo de formação são ampliadas, e o assistente social passa assumir um lugar privilegiado na execução de políticas sociais implementadas pelo Estado. Há um crescimento do número de escolas para responder à crescente requisição profissional, consequentemente observa-se a elevação do seu status profissional.

Amplia-se a influência norte-americana na América Latina e no Brasil, a partir do segundo pós-guerra se expnade, principalmente através de uma ideologia de planejamento e desenvolvimento econômicos, e que faz recuar a influência européia. Esta influência norte-americana se dá também na profissão, com a incorporação das teorias estrutural-funcionalistas e das metodologias de intervenção, especificamente os métodos de Serviço Social de Caso, Serviço Social de Grupo, Organização de Comunidade e, posteriormente, Desenvolvimento de Comunidade. Este modelo de formação profissional sustenta sua interpretação do desenvolvimento como resultante das capacidades individuais e culturais, a partir de numa 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.

Pautando-se por uma ação racionalizadora no enfrentamento dos problemas sociais, tem grande importância a sistematização das atividades na prática profissional, como o plantão, a triagem, acompanhamentos,

aconselhamentos, distribuição de auxílios, socialização, através dos grupos e engajamento em equipes multiprofissionais.

O desenvolvimentismo é amplamente difundido nos países latino-americanos, iniciando-se um programa de cooperação técnica e financeira para com estes por meio da ONU e do governo norte-americano, por conta da preocupação destes com os riscos sociais que os países subdesenvolvidos poderiam trazer para a ordem socioeconômica do capitalismo no continente.

Neste período o chamado Desenvolvimento de Comunidade (DC) toma impulso, sua proposta pauta-se no estímulo a correção das disfuncionalidades engendradas pelo sistema capitalista, sendo então instrumento ideológico para integração da população pobre à ordem social capitalista no contexto de dependência no país.

No decorrer deste processo (Governo JK) os profissionais do Serviço Social participam deste movimento, inserindo-se em programas de DC em todo o país, sendo que neste período temos também o desenvolvimento da profissão, tanto quantitativa quanto qualitativamente através do aumento do número de escolas e abertura de novos espaços ocupacionais, como nas pequenas prefeituras, indústrias e também com requisição de atuação em coordenação e administração de programas sociais que passam a ser desenvolvidos em diferentes áreas.

Já nos anos 60 a proposta governamental direcionava-se no sentido de superação do subdesenvolvimento do Brasil, em sua marginalização concorrencial no sistema capitalista mundial e pobreza generalizada; tal superação se daria por meio da aceleração econômica com o investimento na indústria pesada e abertura ao capital internacional. Este é um período em que a profissão toma novos rumos, em termos teórico-metodológicos, direcionando sua ação, por um lado, para os desajustamentos psicossociais, muito influenciados pela prática norte-americana; por outro lado, ampliam-se a abordagem grupal e comunitária.

No plano político vive-se uma conjuntura de maior participação política e radicalização de lutas sociais, momento em que a inserção de alguns assistentes sociais (mais engajados) nos projetos de DC se dá pelo viés das transformações estruturais, num período de reivindicações por reformas de base (Governo João Goulart).

Em meio ao agravamento da questão social e crescimento dos níveis de empobrecimento da população trabalhadora. Acirra-se o debate e a mobilização

política, os discursos se radicalizam e novos atores sociais entram em cena: partidos, sindicatos, movimento sociais.

O Serviço Social não fica alheio a este processo e passa por inflexões que levam a um movimento inicial de crítica ao viés assistencialista e integrador das práticas tradicionais da profissão, esta passa a sintonizar-se com as mudanças da sociedade a fim de dar respostas às demandas que vão lhe sendo exigidas.

No entanto, instaura-se a ditadura militar (1964) onde os processos de ruptura societais são postos em cheque, e as lutas por alternativas de desenvolvimento nacional-popular e democrática são sufocadas. Durante o regime há o fortalecimento da máquina estatal que se voltava para a consolidação da chamada modernização conservadora em que há ampliação das funções, políticas, sociais, culturais e econômicas do Estado, esta última integrada a adensamento de padrões internacionais definidas pelo centro capitalista, dando continuidade ao projeto posto aos países da periferia capitalista.

No campo das políticas sociais e assistenciais estas são implantadas de forma centralizada, burocrática e autoritária imperando uma lógica mercantil em benefício do grande capital, o que não deixa de atingir as instituições responsáveis por sua organização e implementação. A questão social é nesse momento tratada através do binômio repressão/assistência.

Para os assistentes sociais esta nova orientação das políticas sociais que atinge as entidades de assistência, é responsável pela diversificação e ampliação do seu mercado de trabalho e leva a necessidade de mudança em seu perfil de formação, posto a necessidade de qualificação pela racionalização técnica. Estas mudanças contribuem também para os avanços no campo acadêmico, com a inserção do Serviço Social no circuito universitário e com o estreitamento de seu diálogo com as disciplinas das ciências sócias, momento em que há expansão de cursos de pós-graduação na área.

No Brasil o modelo de desenvolvimento adotado pela ditadura precipita a crise do serviço social tradicional provocando um significativo processo de renovação da profissão, contudo este neutraliza as suas vertentes críticas, e estimula as tendências conectadas com o viés desenvolvimentista-modernizador.

Em meados da década de 60, na América Latina, é perceptível a insuficiência da proposta desenvolvimentista, com a ampliação de propostas de transformação da sociedade. No interior da profissão passa-se ao questionamento

da metodologia, objetivos e conteúdos da formação profissional, levando a uma crise ideológica no interior de muitas escolas. Esboça-se, o movimento de reconceitualização latino-americano que se posicionava no sentido de superar a prática profissional atrelada aos interesses de grupos dominantes, indicando a necessidade de nova perspectiva teórico-metodológica, fundada nas categorias da dialética.

O Serviço Social descobre a dimensão política de sua prática. O modelo vigente do Serviço Social, baseada numa visão funcionalista do indivíduo e com funções integradoras, com perspectiva de manutenção do *status quo*, não poderia mais responder à realidade latino-americana que vivia momentos de transformação sócio-política e econômica. O objeto de ação profissional deveria se deslocar para os problemas estruturais da sociedade.

A este processo, de grandes questionamentos no interior da profissão, em termos de seu modo de fazer e pensar a intervenção convencionou-se chamar de renovação do Serviço Social (NETTO, 1998).

As visões e posições dominantes neste período são conforme aponta, em síntese, o autor:

A *perspectiva modernizadora* foi um esforço na tentativa de adequação do Serviço Social enquanto instrumento interventivo junto ao arsenal de técnicas operacionalizados nas 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 junto ao 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 mantém uma relação de continuidade com o caldo tradicional da profissão, mas tem sua peculiaridade fincada na nova fundamentação a que recorre com aportes ao estrutural-funcionalismo norte-americano. O que segundo o autor demonstra que o caráter modernizador desta concepção reside em aceitar como um dado inquestionável a ordem sociopolítica ditatorial, procurando dotar a profissão de referências e instrumentos aptos a responder as demandas que ora se apresentavam, donde, o caráter tecnocrático que se impõe. Como afirmado por Netto, “foi a expressão da renovação profissional adequada à autocracia burguesa”. Quando da crise do

regime autocrático, em meados da década de 70, esta perspectiva tem sua hegemonia posta em questão e sua influência vai gradativamente diminuindo no universo profissional.

O Serviço Social pauta sua ação profissional, nesse período, numa busca de modernização e de eficiência para permitir o melhor funcionamento do sistema, e volta-se para os problemas decorrentes das relações sociais de produção, visando corrigir seus efeitos e atender a problemas ligados a vida da cidade, como água, luz, melhoria de rua etc.

Com a perspectiva de *reatualização do conservadorismo* temos uma direção profissional mais afeita a mudanças; é a vertente que não rompe com ao passado, mas lhe dá nova roupagem através da exigência pela valorização da elaboração teórica, que recusa os padrões teórico-metodológicos da tradição positivista – bem como a conexão às referências do pensamento crítico-dialético –, deslocando-se da explicação para compreensão e propondo para o Serviço Social uma intervenção de ajuda psicossocial. O seu caráter renovador reside na sua reatualização posto o esforço em operar a prática profissional fundada em matrizes mais sofisticadas. Esta vertente reclama uma inspiração fenomenológica.

É o período em que a profissão, apesar do “rigor técnico e científico” que buscava, assume uma postura assistencialista. Estreitando seu compromisso com as classes dominantes, assume a operacionalização das políticas sociais paternalistas que começaram a se expandir no período de maior repressão do regime convergindo com este para a eliminação de obstáculos ao crescimento econômico.

E, finalmente, a *Intenção de Ruptura*, que realiza uma crítica sistemática ao desempenho tradicional do Serviço Social em seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos. Sua constituição resgata a crítica societária pré-64, e buscando uma ruptura sócio-política de modo a dar novas respostas as requisições postas pelo desenvolvimento societário brasileiro. Tem suas elaborações seminais junto a comunidade acadêmica, em seu quadro docentes e profissionais.

“Na sua evolução e explicitação, ela recorre progressivamente à tradição marxista e revela as dificuldades da sua afirmação no marco sociopolítico da autocracia burguesa: sua emersão inicial (configurada no célebre “Método Belo Horizonte”), na primeira metade da década de setenta, permaneceu longos anos um signo isolado.” (NETTO, 1998: 159)

Ressalta ainda o autor que somada à influência emanada do pensamento latino-americano reconceptualizado,

“esta vertente tem muito da sua audiência contabilizada ao descrédito político da perspectiva modernizadora e à generalizada crítica às ciências sociais acadêmicas; no entanto, parecem-nos fundamentais, para explicar a sua repercussão, as condições de trabalho da massa da categoria profissional –, o novo público em que se recrutam os quadros técnicos, o clima efervescente do circuito universitário quando da crise da ditadura(envolvendo todos os intervenientes da arena acadêmica), e, principalmente, o quadro sociopolítico e ideológico dos primeiros anos da década, que conduziu à participação cívica amplos contingentes das novas camadas médias urbanas, com destaque para seus setores técnicos”(1988: 159).

A partir de 1978 – período pós-“milagre”, caracterizado pela queda do crescimento econômico e o retorno ao processo inflacionário, preconiza-se uma abertura do regime, o que foi se dando, pela pressão da população, sindicatos, movimentos sociais, partidos políticos, operariado e instituições da sociedade civil, e como estratégia de sobrevivência do próprio regime. É somente nesse contexto que se pode dizer que segmentos do Serviço Social, no Brasil, começam assumir a perspectiva dialética de reconceituação.

Com o avanço da crise da ditadura esta perspectiva tem maior desenvolvimento nos meios acadêmicos, passando a qualificar o debate acadêmico e político da profissão, adensando-se somente na década de 80, no que tem grande influência o seminal trabalho de Iamamoto, o livro “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil”, com sua discussão acerca das condições que dão intelegibilidade a compreensão da profissão dentro do escopo das relações capitalistas de produção, o aspecto funcional da profissão é colocado para a categoria profissional.

Inicia-se a gestão de um projeto profissional comprometido com o avanço da democracia, com a construção da cidadania para todos, com a qualificação das políticas públicas enquanto direitos. Neste período as entidades profissionais, juntamente com a academia jogam um papel fundamental na evolução e disseminação da massa crítica então formada. A direção social então assumida vai rebater junto ao grupo profissional na perspectiva de legitimação social junto às classes trabalhadoras. Neste momento temos a elaboração de um novo código de ética, em 1986.

A partir da década de 80 a profissão sente a necessidade de acompanhar o processo de transformações sociais, políticas e econômicas do mundo contemporâneo e da própria realidade brasileira. Com o passar dos tempos novas situações e exigências foram sendo colocadas para a profissão, obrigando os profissionais a se atualizarem e redefinirem suas estratégias e procedimentos, tendo que se adequar às novas demandas e requisições impostas pelo mercado de trabalho na contemporaneidade, principalmente no que diz respeito às particularidades da inserção dos assistentes sociais face aos novos contornos da questão social.

O assistente social tem seu processo de trabalho tecido e orientado por condições econômicas, políticas e culturais determinadas historicamente. Tendo como matéria-prima da ação profissional as diversas manifestações da questão social, intervem nelas através de seus instrumentos de trabalho, ou seja, seu acervo técnico e bases teórico- metodológicas; estas dizem respeito aos conhecimentos e habilidades adquiridos em seu processo formativo e são organizados pelas instituições demandatárias (recursos materiais), sem que isso seja tomado como limite para sua ação.

Seu trabalho tem também um horizonte ético-político, que é o de um compromisso com as camadas populares, direcionado pela defesa ampla da democracia e a luta pelos direitos sociais dos cidadãos, consoante os princípios fundamentais inscritos no Código de Ética Profissional: ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos da classe trabalhadora.

Esta nova “realidade” configura para o Serviço Social uma revisão de suas demandas e atribuições, tendo esta categoria de profissionais que rever sua prática frente à contemporaneidade com suas perspectivas desregulamentadoras do mercado e tendências a trabalhos interdisciplinares que, se por um lado abrem possibilidades novas, impõem a discussão em torno do tema da indefinição profissional.

Dentro deste panorama, as novas inflexões surgidas no seio dos movimentos a favor da reforma psiquiátrica no Brasil são terreno fértil para a categoria profissional discutir este tema.

Mas antes devemos fazer uma incursão na relação entre o Serviço Social e o campo da saúde mental, que é constitutiva da própria formação histórica da profissão. Se em seu início pautava-se em uma ação eminentemente assistencialista, com um viés disciplinador e ajustador dos comportamentos, como toda a prática do Serviço Social, com o tempo sofreu uma gradativa mudança que expressou as profundas alterações sociais experimentadas nos últimos 20 anos do século XX. Os processos de reavaliações internas, tanto da própria profissão, quanto dos demais arcabouços teóricos nos quais baseia sua formação – aí incluída a área psiquiátrica - principalmente no que tange as Reformas porque passou, trouxeram fortes conseqüências na prática da área de saúde mental.

Para compreender estas mudanças, partiremos agora para uma análise histórica do Serviço Social no campo da saúde mental, abordando sua trajetória em hospitais psiquiátricos até as reformas na assistência assumidas a partir da década de 70, sendo concretizadas através de políticas públicas nos anos 80 e principalmente na década de 90. Daremos ênfase, por fim, à importância do Serviço Social hoje, dentro de equipes que orientam-se pela prática da reabilitação psicossocial.

1.2 – Serviço Social em Saúde Mental: Uma prática em construção

O nascimento do Serviço Social psiquiátrico é datado por volta do ano 1905, quando ocorre o primeiro contato entre o Serviço Social e a Psiquiatria nos Estados Unidos. Segundo Bartlett, teórica do serviço social norte-americano, “na saúde mental os quadros de referência do principal grupo profissional (psiquiatria) e do Serviço Social estavam mais próximos do que em qualquer outro campo que envolvesse prática multidisciplinar”. (BARTLETT, 1970:20).

Desde o início da profissão os assistentes sociais conviveram de perto com as questões referentes aos doentes mentais, logo percebendo a especificidade do problema.

“Os Assistentes Sociais estavam bem familiarizados com o terrível problema do reajustamento enfrentado pelo doente mental após a alta, pois além dos fatores ambientais que contribuíram adversamente para o desencadear da doença, tinham que encarar as dificuldades que o estigma da loucura acarreta para as pessoas.” (CAMPOS, 1993:36)

As primeiras práticas do chamado Serviço Social psiquiátrico nos Estados Unidos se constituíram antes mesmo do reconhecimento formal da profissão. As práticas de “*after-care*” se destinavam a preparar o paciente psiquiátrico para a alta hospitalar, enfatizando a importância da questão social para uma psiquiatria até então centrada apenas nos aspectos psiquiátricos da prática hospitalar.

A psiquiatria nesta época vinha passando por um período de reformulação quando percebeu que não podia mais tratar o doente mental como um organismo isolado. Havia compreensão da extrema importância do meio ambiente do paciente para formação do conjunto de sua personalidade e da doença mental, assim como para o bom encaminhamento da alta.

A partir dos princípios de Higiene Mental, formulados por Adolf Meyer, mais importante psiquiatra de sua época nos EUA, se estabeleceram objetivos para melhorar a vida dos loucos e facilitar o seu retorno à vida social. Meyer, na primeira década do século XX, partiu para uma nova visão da psiquiatria, quando passou a se estudar o paciente em sua situação de vida. Essa prática traz uma contribuição valiosa para o desenvolvimento do Serviço Social Psiquiátrico, assegurando papel importante dos trabalhadores sociais na prevenção das doenças mentais. Estes eram mobilizados no sentido de coletar dados sociais, econômicos, hereditários, físicos, familiares, mentais e emocionais dos pacientes, constituindo-se uma das origens do Serviço Social nos EUA.

Um dos marcos importantes desta origem se deu em Boston, a partir de 1912, onde Mary C. Jarret, uma das pioneiras nesta prática, foi responsável pela coordenação do Departamento de Serviço Social do Boston Psychiatry Hospital. Foi a partir desta experiência que foi intensificado o processo de se relacionar os fatores sociais e psiquiátricos no tratamento dos distúrbios mentais.

Mas é a partir da entrada dos Estados Unidos na Primeira Guerra Mundial em 1917, que este campo de atuação do serviço social se vê intimamente forçado a intervir no ambiente social, entendendo que este influencia a conduta individual, tanto sã, quanto insana. A realidade da guerra proporcionou aos assistentes sociais uma ampliação do trabalho, desde o tratamento das neuroses de guerra, bem como de soldados psicóticos e delinquentes, além de uma abordagem com seus familiares numa ótica de ajustamento. Ou seja, mudou a ênfase do trabalho dos fatores sócio-econômicos para os psicológicos, tendo esta experiência causado grande impacto no meio profissional.

Surge a necessidade de se especializar no assunto. Novamente em Boston há a criação da The Smith College Training School for Psychiatry Social Work, em 1918. Curso este que tinha a influência da sociologia, psicologia, e ênfase na psiquiatria social. Segundo LOPES e VIANNA (1993: 25), “o Serviço Social Psiquiátrico como especialidade dá início à chamada fase psicológica do serviço social, preocupava-se com o desenvolvimento do indivíduo, o ajustamento individual e o meio”.

Como nos indica Vasconcelos (2000), os anos posteriores à I Guerra mostraram uma crescente fusão do serviço social com a psiquiatria e o movimento de higiene mental. O movimento de higiene mental centrava-se no poder e pretensão da psiquiatria em regenerar toda a sociedade tendo como pressuposto a redução da complexidade do social através das abordagens da eugenia¹ e uma psicologia normatizadora e ajustadora dos comportamentos considerados anormais.

Este movimento tem suas raízes formuladas na França em meados do século XIX, com uma mudança na própria dinâmica interna dentro do campo teórico psiquiátrico. A psiquiatria, que até então se centrava no estudo e descrição dos sintomas e sinais visuais da doença, com o marco teórico da publicação do *Traité des dégénérescences* de Morel, em 1857, ocupa-se agora de sua etiologia, isto é, das causas e da gênese da doença.

Esta mudança implicou no deslocamento do campo de exercício do tratamento moral psiquiátrico para fora do asilo. Se até aquele momento praticava-se uma profilaxia defensiva, que isolava e tratava os indivíduos em ambientes fechados, agora o foco seria dado a uma profilaxia preservadora que buscava modificar as condições intelectuais, físicas e morais, combatendo as causas das doenças e prevenindo seus efeitos.

Mas, se por um lado, as origens históricas do movimento higienista estão na França, foi nos Estados Unidos, no início da década de 20 que o movimento vai atingir seu auge, chegando na mesma época a países como: Luxemburgo, Suíça, Áustria, Hungria, Holanda, Polônia, Checoslováquia, Itália, Suécia, Finlândia, Espanha, Argentina, Peru e Brasil.

¹ Entendida como o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente.

Para difusão das idéias higienistas no Brasil, foi criada em 1923, por Gustavo Riedel, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), grupo de grande influência na psiquiatria exercida à época².

A psiquiatria higienista no Brasil teve sua emergência na década de 20, tendo como elemento fundamental para a sua expressão política e social a intervenção de parlamentares higienistas na Assembléia Constituinte de 1934, que inaugurava um período em que a questão da higiene e saúde pública passam a ser responsabilidade do Estado. As questões referentes aos serviços sociais e o papel do Estado neste âmbito foram sistematizados no pensamento de Pacheco e Silva, expresso em seu livro intitulado “Serviços Sociais”, publicado em 1937.

A influência do higienismo no Serviço Social não foi apenas doutrinária e legislativa, e marcou claramente a iniciativa de fundação da primeira escola de serviço social no Rio de Janeiro. Segundo Vasconcelos³, embora alguns higienistas mantivessem relações conflituosas com a doutrina católica, “a relação entre o catolicismo e o projeto higienista também se expressa (...), numa relação de complementariedade e de demarcação de áreas de competência”. Se, de um lado, a relação de complementariedade pode ser observada quando o Serviço Social católico abre espaço em seus currículos para disciplinas de caráter higienista nos cursos de graduação, por outro, a competição corporativa pela competência profissional em suas áreas específicas de atuação se desdobrava no combate, por parte do Serviço Social à subordinação funcional à medicina, em se tratando de área de reconhecida competência do Serviço Social.

“ O movimento de higiene mental não só teve uma forte influência na própria constituição do serviço social doutrinário católico belga, francês e brasileiro, mas esta teve clara continuidade através do chamado período de influência norte-americana a partir dos anos 40. Este não significou uma ruptura com os princípios fundamentais da tradição higienista e doutrinária católica, e sim apenas o aprofundamento e complexificação de alguns de seus componentes, particularmente no Serviço Social de casos, através da influência de uma das versões mais conservadoras do movimento psicanalítico, a psicologia do ego, que significou uma clara continuidade da perspectiva higienista nos Estados

² Para uma abordagem histórica, ver: COSTA, Jurandir Freire. *História da psiquiatria no Brasil – Um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 1989, capítulos I e II.

³ VASCONCELOS, E.M. “Serviço Social e Interdisciplinaridade: o Exemplo da Saúde Mental”. São Paulo: Cortez, 2000, p.148.

Unidos, com ênfase na adaptação e ajustamento dos indivíduos”.⁴

Na década de 30 o Serviço Social como um todo sofreu grande influência da psicanálise que forneceu a base para o relacionamento com os clientes e com a metodologia psicossocial. A Conferência de Milfort nos EUA é considerado o marco histórico desta tendência.

A teoria freudiana vai demonstrar a intensa relação entre fatores sociais e intrapsíquicos, mudando o enfoque do Serviço Social para o indivíduo e não mais para o ambiente. Os assistentes sociais da época vão buscar uma identificação com os pacientes e seus familiares, com a preocupação de desvendar alguns aspectos significativos da loucura: o impacto da doença sobre eles, os sentimentos desenvolvidos, as dificuldades em aceitar o tratamento e suas respostas às situações vivenciadas.

A fase psicológica do Serviço Social marcou profundamente a profissão fornecendo as bases para o relacionamento com os clientes. Esta perspectiva na década de 40, ainda nos EUA, apontava formas divergentes de enfrentamento dos problemas trazidos pelos usuários. Divergências estas que conduziram à formação de duas escolas de pensamento: a Escola Diagnóstica e a Escola Funcional.

A Escola Diagnóstica tem sua origem nas formulações de Mary Richmond e Gordon Hamilton, que se baseavam na teoria psicanalítica freudiana. Nesta o indivíduo é visto em uma perspectiva linear, em que seu momento presente é determinado por situações causais de sua vida pregressa, que ao serem solucionadas liberam potencialidades do indivíduo para o ajustamento ideal.

Esta escola tinha como proposta o fortalecimento do ego do sujeito, utilizando como método de ajuda psicológica o próprio relacionamento do assistente social e o seu cliente, tendo o profissional o controle total do processo em que ele avaliava e determinava as potencialidades e falhas do seu cliente. Com isto, esta escola visava resolver os conflitos internos do indivíduo e amenizar a pressão externa.

Já a Escola Funcional originou-se em 1930, na School of Social Work da Universidade da Pensilvânia, em um grupo liderado por Otto Rank, discípulo dissidente de Freud, tendo como expoente no Serviço Social a figura de Virginia

⁴ Ibid. p. 183.

Robson. Acreditava-se, nesta Escola, que a problemática do cliente advinha das dificuldades nos relacionamentos interpessoais, sendo necessário então, criar mecanismos para que o cliente desarmasse suas defesas, propiciando o autoconhecimento e o processo de mudança no qual seria o maior responsável e sendo o assistente social um agente facilitador. A vontade do cliente é a grande responsável pelas mudanças, e a ele é dado o direito de escolher o caminho que lhe convier. Busca-se por fim criar condições para que o cliente desenvolva uma nova forma de se relacionar com os demais.

Seguiremos a partir daqui com as apreciações de Vasconcelos (2002) quanto a presença do Serviço Social em serviços de saúde mental.

Em meio a todo esse processo já exposto, é na década de 40, sobretudo no Rio de Janeiro, que a presença do Serviço Social em serviços de saúde mental no Brasil se inicia, proposta por higienistas brasileiros e americanos, sob o molde das “Child Guidance Clinics”, tendo como estratégia diagnosticar e tratar “crianças-problemas” e implementar a educação higiênica nas escolas e na família, principalmente a partir da criação dos Centros de Orientação Infantil (COI) e Centro de Orientação Juvenil (COJ). Em 1946, no Rio de Janeiro foram fundados serviços deste tipo, tendo papel fundamental na difusão da prática do Serviço Social clínico a partir da tradição do serviço social de caso.

O trabalho dos COJ foram referência teórica e prática para as gerações de assistentes sociais do chamado Serviço Social clínico. Isto também devido ao que significou o “Serviço Social psiquiátrico” pelo reconhecimento do capital simbólico da profissão, pois nesta área atuavam em um ambiente de estímulo intelectual e operativo, e porque seu trabalho e competência eram reconhecidos pelos demais profissionais, muitos dos quais os assistentes sociais estavam historicamente subordinados. Além disso, muitos tiveram a oportunidade de, como profissionais liberais trabalhar em consultórios privados, o que possibilitava ganhos econômicos antes limitados devido a situação de assalariamento. Outro ganho que o atendimento nas clínicas possibilitou diz respeito a constituição das equipes multidisciplinares, que por serem pouco hierárquicas contribuíram na valorização do status profissional.

Ao longo de sua história, o Serviço Social e seus modelos de prática profissional em saúde mental sofreram outras influências. No período referente às décadas de 40 a 90, mesmo sem ter a mesma repercussão na cultura e formação

profissional como no caso do movimento de higiene mental, foram configurados diversos “modelos” de intervenção, que orientavam as práticas profissionais do serviço social no campo da saúde mental no período em foco. São elas:

◆ As Oficinas Terapêutico-Expressivas de Nise da Silveira: no ano de 1946, em uma época em que a assistência psiquiátrica era essencialmente asilar, a Dra. Nise e sua equipe iniciaram a implantação de novas propostas de trabalho com os pacientes, no que é hoje o Instituto Municipal Nise da Silveira, em ambiente aberto e diferenciado com atividades ocupacionais, profissionalizantes e, sobretudo, artístico-expressivas. Nesse ambiente se promoviam um processo de individuação e desenvolvimento pessoal, em que o cliente pudesse projetar imagens interiores.

Vários assistentes sociais estagiaram nessas oficinas, contudo sua influência se restringiu aos profissionais que trabalhavam no campo da saúde mental, e não se deu no campo teórico, mas prático. Sua influência enquanto abordagem individualizada, humanizadora e ética quanto ao direito dos clientes, em sua subjetividade e história pessoal, como também por sua produção artística, teve repercussões na atual prática dos assistentes sociais inseridos no campo da saúde mental.

◆ A prática de mediação na ‘porta de entrada e saída’ das enfermarias e asilos psiquiátricos, em fim dos anos 40 e início dos anos 50: os primeiros assistentes sociais estavam se formando no Rio de Janeiro na década de 40 e precisavam se inserir no mercado de trabalho; para tal as escolas de serviço social procuraram, através das diretorias dos hospitais psiquiátricos a assimilação desses profissionais nas seções de assistência social dessas instituições, funções estas que eram exercidas por médicos e outros trabalhadores de nível superior.

A prática era a de se constituir equipes multiprofissionais na ‘porta de entrada e saída’ dos hospitais que, como nos aponta Vasconcelos, funcionavam de forma diretamente subalterna aos médicos e à direção, atendendo a demandas como o levantamento de dados sociais e familiares para preparação de alta, numa prática semelhante ao *after care* norte-americano, porém mais burocratizado e massificante. Além destas, atendiam demandas dos próprios usuários referentes às

necessidades imediatas, tais como roupas, contatos, recursos sociais e financeiros etc.

“Assim em 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 mais complexa de casos ou a intervenções familiares, grupais e comunitárias) e, em alguns casos assistencialista”⁵.

Eram práticas superespecializadas com base em suas próprias competências, enquanto as outras dimensões e necessidades dos usuários eram negligenciadas e reduzidas, ou despojadas em outros grupos profissionais ou instituições sociais. Tudo o que não era psíquico era empurrado para outras instituições.

Como ponto em comum com o modelo de Dra. Nise, que consideramos negativo, as práticas profissionais dentro da instituição como um todo não objetivavam mudança de concepção ou de contexto, nem tinham uma proposta de reabilitação efetiva de forma a abranger o conjunto das dimensões existenciais e sociais do usuário.

♦ As Comunidades Terapêuticas nas décadas de 60 e 70 – a partir do modelo importado dos Estados Unidos, que já as implantava desde a década de 50: neste período o projeto político do governo militar visava à modernização e o crescimento sócio-econômico do país. Os investimentos na área da saúde aumentaram, no entanto tais investimentos foram direcionados ao setor privado. Tal direcionamento provocou um deslocamento da clientela do setor formal privado, ou seja, nos asilos antigos ficou a clientela vítima de extrema miséria. Neste âmbito, as comunidades terapêuticas surgiram como resposta à repressão e ao abandono dos asilos, sendo um dispositivo alternativo inspirado nas idéias da antipsiquiatria anglo-saxônica e na psicoterapia institucional francesa. Essas experiências,

“Buscaram a democratização e a humanização das relações entre profissionais e usuários, através principalmente de dispositivos grupais e coletivos de participação (grupos operativos, assembléias etc.), envolvendo também os familiares,

⁵ VASCONCELOS, E. M. *Op. cit.*, p. 187.

e a atividade de acompanhamento externo daqueles que recebessem licenças temporárias ou alta”⁶.

Uma das referências da atuação de assistentes sociais nas comunidades terapêuticas foi a da Assistente Social Lêda de Oliveira que em 1969 coordenava a equipe do serviço social da Comunidade Terapêutica do CPPII e mais tarde ocupou a coordenação do Serviço Social da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), tendo importante papel de divulgação dessa prática entre assistentes sociais e estagiários da área.

O trabalho nessas comunidades se caracterizava pela intervenção de todos os técnicos visando um atendimento global do paciente, numa preocupação com o processo de reabilitação psicossocial, buscando a saída deste do âmbito institucional e sua reinserção familiar e na comunidade.

Nas equipes, assistentes sociais, psiquiatras, psicólogos e terapeutas coordenavam grupos e atividades de acordo com a organização da equipe. Essa prática representou para o Serviço Social uma atuação mais complexa junto aos familiares, não só na preparação para a alta, mas no acompanhamento de todo o processo de reinserção, viabilizando suporte também através de grupos de acolhimento.

Além deste, outro aspecto de suma importância pôde ser identificado nas práticas em comunidades terapêuticas: a abertura que se deu a práticas integradas, diminuindo os traços de subalternidade em relação aos médicos, num questionamento claro da divisão clássica do trabalho em saúde mental, inclusive com alguns assistentes sociais assumindo cargos de direção. Prática bem diversa da década anterior, onde o traço de subalternidade era a maior característica.

♦ Sanitarismo e Reforma Psiquiátrica nos anos 70 e 80: a década de 70 foi marcada pela grande influência de movimentos que pregavam mudanças na atenção psiquiátrica. As idéias da psiquiatria preventiva e as organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), tiveram forte repercussão nos rumos que o campo da saúde mental tomou no Brasil. Isto se refletiu nas tentativas de

⁶ VASCONCELOS, E. M. *Op. cit.*, p. 190.

reorganização do setor psiquiátrico, citando-se como exemplo desta tendência a portaria do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS que em 1973 exigia o aumento do número de profissionais nos hospitais psiquiátricos, inclusive dos assistentes sociais.

Em 1978 com o avanço dos movimentos sociais no país e a luta pela redemocratização, iniciaram-se dois movimentos de crítica e mudanças no sistema público de saúde e saúde mental, conhecidos como “Reforma Sanitária” e “Reforma Psiquiátrica”. Estes movimentos representaram um momento de questionamento e busca de reestruturação de uma conjuntura que não dava conta de atender as demandas que diziam respeito à saúde como um todo.

No que se refere ao serviço social, a década de 70 foi marcada pela consolidação do Serviço Social Psiquiátrico combinado a tradição do Serviço Social Clínico através do modelo de psiquiatria social de Lemes Lopes (práticas grupais com familiares), e de Luiz Cerqueira (atividades de praxiterapia), somando-se ao movimento de terapia de família, forte até hoje.

Apesar de grandes avanços nesta área vale situar o discurso pelo qual o Estado tomava o serviço social no campo psiquiátrico, de acordo com os parâmetros normativos inscritos em documentação do Ministério da Previdência e Assistência Social,

“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).

Atendendo às necessidades da psiquiatria o Serviço Social atuava para minimizar as contradições do sistema e racionalizar o atendimento que os saberes “psi” não davam conta, já que se tratava de atuar junto a uma população vivendo em extrema pobreza.

Entre 1977 e 1981, a proposta de Serviço Social Psiquiátrico é sistematizada no curso de especialização do Instituto de psiquiatria da Universidade do Brasil - IPUB, coordenada pela assistente social Maria Augusta Temponi.

É desse período também o diálogo com os países latino-americanos de língua hispânica, no contexto do movimento de Reconceituação e em meio às

discussões surgiram contestações ao viés psicologizante das correntes tradicionais. O Movimento de Reconceituação do Serviço Social teve início na década de 60, na América latina. Nesse momento o espaço de atividades profissional do assistente social era contraditório, pois sua proposta teórica não conseguia refletir-se na prática profissional.

O movimento significou um marco importante e fundamental de revisão crítica e um questionamento global da profissão, em seus fundamentos teórico-ideológicos, de suas raízes sócio-políticas, e das características de sua prática profissional, produzindo reavaliações do processo de desenvolvimento dos países latino-americanos, reconhecendo as contradições sociais presentes na sociedade. Um debate foi travado também sobre a contextualização histórica de seu trabalho, forjando a criação de um projeto profissional abrangente exigindo uma politização da ação dos profissionais e das organizações corporativas, bem como as de ensino.

Na década de 80 o projeto profissional que é elaborado é resultado e parte desse movimento de Renovação instaurado na profissão e, simultaneamente, em toda a sociedade, resultando no objetivo de construir uma sociedade democrática, baseando-se na igualdade nas relações sociais.

O redirecionamento das práticas profissionais implicou uma ampla aproximação dos princípios que norteavam a proposta de reconceituação da profissão com as idéias da Reforma Psiquiátrica.

As idéias da Reforma no Brasil tomam impulso principalmente a partir de 1975, em meio ao regime de exceção, por ocasião de uma primeira visita de Franco Basaglia ao país. A fase inicial teve uma face mais pública de denúncias das condições terríveis existentes dentro dos asilos estatais, bem como da realidade da privatização e mercantilização da psiquiatria privada conveniada. A segunda fase da reforma, principalmente no início dos anos 80, tem como característica a ampliação da discussão com a opinião pública e a crítica a desumanização da realidade interna dos manicômios e eclosão do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que assumem o lema: Por uma sociedade sem manicômios”, desembocando num momento de transformação nas políticas de saúde mental, principalmente através da formulação do Projeto de Lei de autoria do deputado Paulo Delgado em 1989, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redirecionamento do modelo

assistencial em saúde mental, cuja referência está no processo de desinstitucionalização.

Nos anos 80, sob a influência dos princípios da reforma psiquiátrica, o Serviço Social ganhou novos espaços nas instituições. Passou a intervir em oficinas terapêuticas, CAPS, NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), residências assistidas, ganhando também um novo espaço nas equipes interdisciplinares numa perspectiva de resgate da cidadania e dos direitos humanos e sociais dos usuários.

A partir de 1990, com a implantação progressiva do Sistema Único de Saúde, o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil é desencadeado como política oficial do governo, estimulado e conduzido pelo Ministério da Saúde. No âmbito da assistência hospitalar, criaram-se normas objetivas de qualificação dos serviços de internação e dispositivos de fiscalização. Seguindo a lógica de descentralização do Sistema único de Saúde - SUS, foi sendo estimulada a constituição de redes de atenção psicossocial, substitutivas ao modelo centrado na internação hospitalar.

Cabe lembrar aqui as propostas da II Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 1992, em que os serviços em saúde mental estão inseridos na proposta de atenção integral à saúde, devendo, no caso da saúde mental, priorizar o atendimento interdisciplinar ao portador de sofrimento mental, com participação familiar e comunitária nos serviços de saúde.

Através do trabalho em grupo, dos atendimentos às famílias, trabalhos em moradias assistidas, CAPS e NAPS, e da abordagem interdisciplinar - que envolve um conjunto de profissionais atuando sobre um mesmo objeto para a construção de um saber comum - o assistente social se constitui hoje como um dos profissionais privilegiados a dar respostas às questões sociais envolvidas, sem perder de vista as dimensões biológica e psíquica. As atividades realizadas por esse profissional permitem que ele possa detectar questões importantes para o processo de reabilitação, questões estas que podem estar ligadas à família, ao meio social na qual vive ou ao próprio transtorno mental.

1.3 - Interdisciplinaridade - o desafio contemporâneo

É sabido que a saúde mental envolve um leque de situações complexas que não podem ser apreendidas de forma isolada; a abordagem interdisciplinar se coloca como um dos caminhos e mesmo como exigência, face à visão fragmentária do saber, que portanto tempo dominou a ciência e o campo da saúde mental de modo específico, através da centralização do poder nas mãos dos psiquiatras. Esta demanda pela interdisciplinaridade não se dá sem que acarrete grandes discussões frente ao tema da partilha do poder, perda de prestígio profissional e mesmo da especificidade na intervenção.

A exigência de uma postura interdisciplinar diz respeito à sensibilidade de cada ciência às contribuições, perspectivas e enfoques das outras. Não significa a eliminação das diferenças; ao contrário é a partir delas e da autonomia bem definida de cada disciplina e de sua identidade própria que ela se estabelece.

Os profissionais em uma equipe interdisciplinar contribuem por meio de seus conhecimentos técnico-científicos, atuando frente à determinada situação, não visando uma atitude de exclusividade frente às questões que se apresentam, mas ampliando-as numa perspectiva conjunta, que visualiza a totalidade do fenômeno, de tal forma que cada especialista é chamado a ultrapassar seus limites e abrir-se às contribuições de outras disciplinas.

A interdisciplinaridade consistindo num trabalho em comum, não prescinde, portanto, da comunicação, caracterizando-se pelo grau de interação das disciplinas e da intensidade de trocas entre os especialistas frente a um projeto em comum. Cada disciplina dando sua contribuição, preservando, contudo, a integridade de seus métodos e conceitos.

Disciplinaridade relaciona-se à exploração científica especializada de determinado domínio de estudo. Sendo resultante do paradigma positivista da ciência, e obedecendo à lógica do pensamento fragmentador - progresso linear -, que separa o pensar do agir, isolando os fenômenos do contexto de que fazem parte, negando sua historicidade e suas múltiplas determinações.

A interdisciplinaridade, nos termos de Vasconcelos (2002: 47)

“Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em

comum princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para a decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos”.

Diante destes termos, a interdisciplinaridade se difere e se caracteriza pelo diálogo, pela troca de informações, pela integração entre as disciplinas envolvidas num projeto de atuação e não pela justaposição entre as diversas áreas do saber.

De tal forma compreendida as intervenções interdisciplinares podem indicar, ao mesmo tempo alternativas positivas e forma de resistência à organização fragmentária do trabalho nos diferentes espaços ocupacionais em que se dá, quanto seu reverso, creditando o seu uso como uma solução salvadora dos males impostos pela contemporânea produção técnico-científica.

Diante de tal perspectiva, MELO & ALMEIDA (2000) colocam que existem diferentes formas de se compreender a interdisciplinaridade. Para os fins deste estudo abordaremos as duas tendências: a primeira recebeu a nomeação de os Pioneiros, e a segunda abordagem, os Críticos.

O avanço da discussão da interdisciplinaridade teve como precursor Hilton Japiassú, ainda sob a égide ditatorial e de transição política dos anos 70/80. A compreensão de interdisciplinaridade desta tendência estaria ligada a uma atitude de espírito, feita de curiosidade frente as relações existentes entre as coisas, e que escapam à observação comum. Seria uma atitude de embate frente a superespecialização.

Segundo as autoras, as idéias propostas por Japiassú foram tão fortes e inovadoras que influenciaram movimentos contemporâneos como a Reforma Sanitária, a luta antimanicomial e os novos projetos em saúde mental, entre outros. É sob a base conceitual proposta por ele que se baseiam ainda hoje as formulações acerca das noções de interdisciplinaridade. E embora reconheçamos os avanços ocorridos optamos também por utilizá-lo como teórico central para os fins deste estudo.

♦ Os Críticos – fetiche da pan-interdisciplinaridade

Os chamados críticos contribuem à discussão do tema quando vinculam as características do modo de produção científica ao modo de produção capitalista. Esta tendência faz uma crítica marxista da interdisciplinaridade.

O fetiche da pan-interdisciplinaridade seria a constante argumentação em favor da interdisciplinaridade, desconhecendo as determinações históricas e as contradições inerentes ao movimento do real, fazendo dela um remédio para todos os males oriundos da fragmentação do saber.

É a perda do caráter histórico que gera o risco de tratá-la como fetiche, atribuindo um significado em si mesma. Dessa forma, a questão de fundo deixaria de ser a visão fundada na parceria, se existiria ou não, mas, primordialmente, quando e em que condições esta parceria se estabeleceria.

Trata-se de reconhecer que a interdisciplinaridade se torna uma necessidade na produção de conhecimento quando se considera o caráter dialético da realidade social (MELO, 2002:232), devendo ser apreendida como uma necessidade (algo que historicamente se impõe) e como problema (algo que se impõe como desafio a ser enfrentado).

Essa crítica impõe reconhecer que a necessidade da interdisciplinaridade na produção do conhecimento funda-se no caráter dialético da realidade social, que é una e diversa ao mesmo tempo. possibilitando, pois, resgatar a totalidade⁷ do ser humano e uma maior compreensão da realidade social no qual os especialistas são chamados a intervir, analisando sua vida sob os mais variados aspectos a fim de proporcionar-lhe uma resposta mais adequada para o seu problema.

A interdisciplinaridade, dessa forma, está lotada na materialidade das relações capitalistas de produção da existência, dentre as questões envolvidas, o discurso da competência profissional – socialmente atribuída – funciona como instrumento de intimidação, de reprodução da divisão social do trabalho.

No âmbito da divisão social e técnica do trabalho, as diversas profissões têm se constituído como especializações do trabalho coletivo, passando a existir na medida em que a sociedade capitalista passa a requerer o aprimoramento de

⁷ A concepção da categoria totalidade significa buscar explicitar, dentro de algo que é delimitado, as múltiplas determinações e mediações históricas que o constitui.

formas de subordinação e controle da classe trabalhadora no exercício de novas funções sociais e uma nova racionalidade no atendimento das necessidades impostas pelo desenvolvimento histórico da sociedade.

Segundo este panorama, dependendo da utilidade social, política e econômica, e da relevância para o andamento do processo produtivo, algumas profissões detêm maior poder que outras nos diversos espaços institucionais.

Vasconcelos propõe que para a investigação dos conflitos e processos de poder que envolvem as práticas interdisciplinares seja necessário colocá-las no campo das profissões e de suas instituições, elencando quatro elementos básicos:

- ♦ processo de inserção histórica na divisão social e técnica do trabalho e da constituição dos saberes enquanto estratégias de poder, sendo este de fundamental importância para entender as práticas profissionais contemporâneas.

- ♦ mandato social sobre um campo específico, ou seja, o reconhecimento da competência profissional para tomar decisões, realizar tarefas específicas, atribuição de responsabilidade legal, atribuições pelo Estado ou pela sociedade específica.

- ♦ institucionalização de organizações corporativas, sindicatos, associações e conselhos profissionais, que exercem controle sobre a formação e as práticas de seus filiados, bem como estabelecem fronteiras de saber e competência com as outras profissões.

- ♦ cultura profissional, os valores culturais, imaginários e identidades sociais específicas assumidas por cada grupo ou subgrupo profissional, bem como as preferências teóricas e técnicas e, seus padrões de relação com a clientela, a sociedade e com a vida política.

“Assim, a proposta de interdisciplinaridade convive na prática com uma 'sombra' espessa de um conjunto de estratégias de saber/poder, de competição intra e intercorporativa e de processos institucionais e sócio-culturais muito fortes, que impõem barreiras profundas à troca de saberes e a práticas interprofissionais colaborativas e flexíveis” (VASCONCELOS, 2002: 53),

Isso se dá de tal forma que a

“...compreensão mais específica da dinâmica da cultura e identidades profissionais é de fundamental importância para o processo da reforma psiquiátrica e para uma análise crítica das práticas interdisciplinares” (VASCONCELOS, 2002: 54).