

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN SALUD MENTAL: CONSTRUCCIÓN DE ESTRATEGIAS¹

María Alice Ornellas Pereira²

La finalidad de este estudio es identificar las representaciones sobre la rehabilitación psicosocial por los profesionales de Salud Mental que trabajan en servicios abiertos, y también las dificultades que han encontrado en el proceso de hacer la atención eficaz para la población. El estudio utiliza una metodología cualitativa, recogiendo datos por medio de las entrevistas semi-estructuradas hechas con 15 personas. Los profesionales identifican el proceso de la rehabilitación como complejo, con varios obstáculos, a requerir su esmero y una actitud flexible para alcanzar los resultados previstos.

DESCRIPTORES: apoyo social; salud mental; formación de concepto

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION IN MENTAL HEALTH CARE: STRATEGIES UNDER CONSTRUCTION

This study aims to identify the representations about Psychosocial Rehabilitation by Mental Health professionals working in open services, and also the difficulties they have met in the process of turning the care effective for the population. The study uses a qualitative methodology, collecting data by means of semistructured interviews with 15 subjects. The professionals identify the rehabilitation process as complex, meeting several obstacles and requiring their dedication and a flexible attitude to achieve the expected results.

DESCRIPTORS: social support; mental health; concept formation

A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL: ESTRATÉGIAS EM CONSTRUÇÃO

Este estudo teve como objetivos identificar as representações elaboradas por profissionais de serviços substitutivos acerca da reabilitação psicossocial, e as dificuldades por eles encontradas na efetivação da assistência em Saúde Mental. Adotando abordagem qualitativa, a pesquisa teve a participação de quinze sujeitos, que foram ouvidos através da entrevista semi-estruturada. Identificou-se que a reabilitação é vista como processo complexo que enfrenta obstáculos diversos para a concretização de seus objetivos, e que as mudanças ocorridas na assistência solicitam, de cada profissional, disponibilidade e flexibilidade.

DESCRITORES: apoio social; saúde mental; formação de conceito

¹ Trabajo extraído de Tesis de Libre Docencia; ² Profesor Adjunto de la Facultad de Medicina de Botucatu, de la Universidad Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Brasil, e-mail: malice@fmb.unesp.br

INTRODUCCIÓN

El proceso de transformación a través del cual viene pasando la atención psiquiátrica en el país ha desencadenado complejos cambios estructurales, generando discusiones sobre la necesidad de reorganización la práctica de los profesionales del equipo multidisciplinario en Salud Mental considerando las nuevas formas asistenciales adoptadas. La creación de nuevos servicios ligados a la redes municipales y estatales no solo significaron una alternativa para la hospitalización, sino una apertura de posibilidades de un trabajo comunitario reintegrado al contexto social, capaz de dar un nuevo significado individual y social para las personas con trastorno mental, así como para sus familias.

La práctica actual de la asistencia tiende a seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, con la intención de dar menores recursos a los hospitales psiquiátricos, recolocándolos en estructuras comunitarias más elásticas y contextualizadas. A pesar de que los roles que le competen a cada uno se encuentran en proceso de elaboración, no existen dudas con respecto a la necesidad de orientación de los modelos de asistencia, teniendo por finalidad la importancia en la restitución del respeto a la persona portadora de trastorno mental y el restablecimiento de lazos sociales. Estos cambios generan conflictos y retos a ser enfrentados, conduciendo a otra forma de saber que exige flexibilidad en las acciones y roles de los diversos profesionales del equipo.

En esta óptica la rehabilitación psico-social, se caracteriza como un conjunto de estrategias dirigidas a aumentar la posibilidad de intercambios, a valorar las subjetividades, y a brindar obligaciones y solidaridad, sobrepasando la simple implantación de la red de servicios.

Como estrategia, la rehabilitación permite la recuperación, generando capacidad, permitiendo que pueda ser restablecido el ejercicio de la ciudadanía, creando vínculos de la persona que requiere atención con el servicio que lo asiste. Siendo así, " la tarea que tiene el servicio de salud mental es de ayudar a la persona que en algún momento de su vida perdió esa capacidad, realizando su seguimiento durante la recuperación de espacios no protegidos, sin embargo socialmente abiertos para la producción de nuevos sentidos"⁽¹⁾. De esta forma, se evidencia el cambio en las relaciones de tutela para las obligaciones,

surgiendo nuevas prácticas en las instituciones que adoptan el proceso de transformación social y que han enfocado cuatro aspectos: vivienda, trabajo, familia y creatividad (lúdica/artística).

En los espacios creados también surgen inquietudes y dudas sobre como realizar la asistencia, como hacer que los cuidados producidos sean rehabilitadores y productores de sentido. Es un reto para los profesionales el poseer la capacidad de establecer vínculos y ser receptivo. Es imprescindible que los actores de la transformación de la asistencia psiquiátrica sean mas comprometidos éticamente con la asistencia y con su propio deseo, preguntándose continuamente: "Qué estoy haciendo aquí?", reconstruyendo a cada día su respuesta, configurándose de esta forma, una dinámica de ir y venir en las prácticas representadas⁽²⁾. Lo que nos lleva a reflexionar sobre el intercambio de experiencias y sobre el compartir el saber lo que nos ayuda a ampliar la comprensión, facilitando las actividades de rehabilitación.

Considerando el proceso de transformación de la asistencia en Salud Mental, este estudio tuvo como objetivos identificar las representaciones elaboradas por los profesionales de los servicios sustitutos con respecto a la rehabilitación psico-social y a las dificultades encontradas durante la implantación de nuevas prácticas.

METODOLOGÍA

Esta investigación se introduce dentro de los supuestos del método cualitativo de investigación, en el cual se trabaja con el significado, en el cual un individuo o un determinado grupo da significado a los fenómenos vividos. La investigación cualitativa utiliza al ambiente natural como fuente directa de datos, siendo el investigador su principal instrumento⁽³⁾.

Desarrollamos el estudio en los servicios abiertos de la región de Ribeirao Preto -SP: el Hospital Día del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, y el Núcleo de Atención Psico-social de Ribeirão Preto (NAPS/RP).

Los sujetos participantes eran profesionales pertenecientes a los equipos técnicos del NAPS y HD: enfermeros, psicólogos, médicos, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales. No se establecieron criterios previos para la selección. Fue realizada una

invitación a los participantes aclarando sobre los procedimientos éticos de la investigación, una vez que el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la EERP/USP (Proceso Número 0292/2002). El proyecto fue aceptado por todos los profesionales invitados, quienes durante el periodo de ejecución de las entrevistas se encontraban trabajando. Las entrevistas fueron grabadas, teniendo una duración promedio de 30 minutos. Fue utilizada la entrevista semi-estructurada para la recolección de datos. Utilizando las siguientes preguntas: a) Cómo usted comprende la rehabilitación psico-social? b) Por qué considera importante su realización? c) Cuáles son las dificultades enfrentadas en este proceso?

A partir de la "atención del flujo"⁽⁴⁾ fueron realizadas varias lecturas de los textos transcritos, estableciendo contacto con el material obtenido. La próxima fase estuvo constituida por el *Análisis Temático*, el cual pertenece a la primera fase del proceso de Análisis del Enunciado⁽⁵⁾. A partir de esta fase se obtuvieron cinco temas. En este artículo presentaremos los temas *Autonomía e Introducción Social*, como parte de la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La rehabilitación psico-social aparece en las entrevistas, como asociada a la idea de autonomía, refiriéndose a la concepción de que el paciente es una persona a ser considerada en su individualidad, valorizando los cambios que se dan, cambios que son conquistas a ser alcanzados.

... hasta el venir y regresar a casa, estaba dentro del cuarto, aislado, sin cuidarse, no salía para nada, y ahora el simple hecho de ser activo, de él venir para el H.D. y volver, creo que es la rehabilitación.

La consideración de la persona en su individualidad se asoció a los cambios que se dan en el propio profesional, quien reflexiona y valoriza los procesos, para dirigirlos hacia la autonomía abordando aspectos de su vida diaria.

... yo imagina que la rehabilitación era colocar a la persona en una facultad (...) hoy entiendo que la rehabilitación son pequeñas cosas y tenemos que valorarlas (...) como bañarse, el autocuidado, el cortarse el cabello, hacer la barba y cortar las uñas.

Observamos por el testimonio que la autonomía es un concepto a ser elaborado por el profesional:

A veces los propios profesionales ayudan en la cronicidad de las personas. Creo que falta algo en el proyecto terapéutico, en la gravedad de la enfermedad de la persona.

Una concepción mejor construida sobre autonomía se refiere a que el paciente debe involucrarse en un proceso de auto-organización:

...es la persona tener control de las cosas que siente el poder hacer algo por la propia vida.

... creo que la comprensión del individuo de comprender el mecanismo de cura no solo está en las manos del médico, del psicólogo o del enfermero, pues permite que él tenga otras posibilidades dentro de sus capacidades.

Otra concepción más simple, enfoca solo la introducción social:

... nuestro objetivo es retornarlo a la vida social lo más rápido posible a una condición que él antes tenía.

La diversidad de la visión del profesional y el trasladar su atención del enfoque de la enfermedad estimula descubrimientos importantes en la asistencia, permitiendo la ampliación de las perspectivas del paciente, facilitando la disposición para el cotidiano en su vida.

La autonomía es una condición para que la persona pueda generar normas, orden en la propia vida, de acuerdo con las situaciones a ser enfrentadas. Existe ocasionalmente una comprensión equivocada de las relaciones entre autonomía, auto-suficiencia e independencia. Todos tenemos dependencias, por lo tanto la persona con trastorno mental depende muy poco de relaciones/cosas, y esta situación limitada puede disminuir su autonomía⁽⁶⁾.

Es en este contexto que las relaciones de intercambio, con amplias dimensiones, se constituyen en un eje marcador del proceso de rehabilitación, dando secuencia a varios niveles de obligación, sean efectivos, materiales o simbólicos. En la medida en que la persona aumente su poder de efectuar intercambios, crece proporcionalmente su poder de responsabilidad, pudiendo entenderse esta autonomía como una condición adquirida por el paciente a través de su participación con el propio proceso de rehabilitación.

Es evidente que el estar involucrado, el compromiso y la participación del profesional son aspectos de gran valor y que permiten que la persona en sufrimiento psíquico pueda reconstruir y retornar a su propio camino. No obstante, este camino sin fin y pre-determinado tendrá un recorrido que el caminante puede/quiere recorrer, teniendo al

profesional como elemento catalizador y como referencia importante en los caminos subjetivos.

Los testimonios citados también sugieren considerar posibilidades de que se produzca la auto-reorganización personal, origen de la participación dinámica del paciente como principal actor en el escenario de las probabilidades. Posterior a la "recaída" como consecuencia de la experiencia de convivir con los aspectos propios del trastorno mental, se podrá iniciar el periodo de reconstrucción, sea desde el punto de vista psíquico, de la personalidad, de los significados y de los afectos. Esta diversidad exige proyectos que consideran la subjetividad, los cuales mantienen la idea de ser un conjunto con amplios vínculos.

La rehabilitación para la introducción social fue considerada en las entrevistas como asociada a la idea de pertenecer y al movimiento que trae para sí algo que quedo dormido. En las instituciones psiquiátricas la relación sujeto-objeto se da a través de los protocolos de procedimientos, despersonalizando a la persona, a través de un ciclo silencioso que conduce a estados crónicos tanto para el paciente, la institución y los profesionales. Asimismo, relacionada a la introducción aparece la idea de rescate:

... es reconstruir alguna cosa que se perdió dentro del hospital (...) uno puede intentar promover espacios para que pueda retornar a sus cosas, incluyendo el poder participar.

El vínculo con la empresa es bueno, aquí uno no tiene estos convenios y es muy difícil que este tipo de pacientes graves vuelvan a trabajar.

De esta forma, la noción de restitución de las partes perdidas aparecen vinculadas a la posibilidad del paciente de poder rescatarse a si mismo, "solo aquello que surge dentro del núcleo del ser de cada uno, es que puede ser vivido como real. Una vida aparentemente normal puede ser mantenida a partir del *falso self*, mientras el individuo sigue ausente de si mismo, excluido de la propia vida. Es interesante notar que el *falso self* es realmente una defensa disociada, que protege el verdadero self, mientras este último permanece oculto"⁽⁷⁾. De esta forma, lo oculto dentro del hospital y configurado por los síntomas de psicosis pueden producir el proceso de limitación de la propia existencia. La reconstrucción que parece ser perdida, tiene dependencia directa con los vínculos creados alrededor de la propia persona, así como tiene ligación con la sensibilidad de los profesionales a los códigos desconocidos.

A pesar que la rehabilitación, la introducción y el contexto también hayan sido considerados por los sujetos como factores interdependientes, surge el descrédito como una posibilidad de existencia, dentro un conjunto de procedimientos o estrategias inter-vinculadas a la ampliación de redes interactivas promotoras de cambios reales:

... es el que la persona pueda ser parte de su contexto, yo trabajo con el tiempo de introducción que con la rehabilitación en sí, pues la rehabilitación tiene el supuesto de integrar todos los aspectos de la persona y muchas veces esto no es posible.

El testimonio del sujeto esta en contraposición con los supuesto teóricos de la conducta humana, al referirse al significado de la conducta en una determinada situación vivida⁽⁸⁾. La calidad del objeto está relacionada y deriva de las relaciones y condiciones en las cuales cada sujeto se encuentra en determinado momento.

Una concepción frecuente en la rehabilitación psico-social la identifica como un *proceso complejo*:

... involucra muchos factores, es parte de una política transformadora de salud mental y es un trabajo que lleva a la persona de regreso a la vida.

La complejidad de la rehabilitación psico-social surge en la presencia de contradicciones, indeterminaciones, probabilidades, dificultades y vínculos que se contraponen al pensamiento simplificado:

lo veo como un proceso muy amplio, complejo, muy difícil de definir, donde termina y donde comienza, porque tantas variables que uno a veces no las percibe vinculadas al proceso de enfermedad, son muchas y complejas.

... es complejo... abarca una visión, una atención en la revisión de roles sociales. Los familiares y el rol del paciente dentro de la sociedad es un lugar que favorece a la enfermedad o la salud.

La complejidad referida en los testimonios de los sujetos en estudio, recuerda la amplitud de las interacciones entre las partes, que interfieren y construyen el todo dinámico, el cual nunca se acaba, ni se reduce a la suma de los elementos. Lo específico de cada parte, en contacto con otros, se modifica, así como también se modifica el todo:

... son muchos los diferentes factores, pero enfrente la rehabilitación como una tela cada uno dependiendo del otro para construir alguna cosa.

La propia existencia de esta "tela" que el sujeto trae, se entiende como vida y en ella están implícitas dependencias, contradicciones y

ambigüedades que lo conducen a una nueva comprensión y enlace de los fenómenos.

Entre las variables y contradicciones rescatadas por los sujetos, la familia y la posición del paciente en la sociedad, estas fueron citadas como factores que influyen en el proceso de salud/enfermedad. Siendo así, existe una extensión de fronteras de referencia significativa para un grupo social mas amplio, no limitándose solo a la familia, pero que incluye el conjunto de vínculos interpersonales, considerando a la cultura, al trabajo, los amigos y entendiendo la importancia de esta visión social, la cual es también metabolizada por los profesionales.

la complejidad del trabajo de rehabilitación exige altas inversiones en el desarrollo de los profesionales y en el desarrollo de metodologías de tratamiento.

Para el sujeto, la dificultad se encuentra socializada en la preparación y en la competencia de los profesionales que atiende a personas en situaciones complejas, dejando notar expectativas personales remotas sobre el proceso rehabilitación efectivo, como si existiese una distancia entre las posibilidades reales para que tal situación pueda darse. Entre las condiciones que los profesionales consideran importantes para la rehabilitación psico-social, identificamos la necesidad de un equipo preparado para brindar asistencia, así como la necesidad de mayor información para el paciente y la sociedad y la necesidad de una asistencia que se traslada del "foco de la enfermedad". Surge como un punto común en la discusión la importancia de cooperación de diversas líneas de actividad para la construcción de una nueva asistencia, la cual no se encuentra dentro de la supremacía de un conocimiento único:

Un buen equipo, debido a los factores ser diversos, implicando también esfuerzo de varios profesionales de diversas áreas, trabajando conjuntamente.

El trabajo en equipo es importante, es fundamental que el equipo tenga competencia para el diagnóstico de necesidades.

...los profesionales tiene roles diferentes, en su etiqueta de embalaje, pero el contenido no es diferente, uno abre y todos tienen el mismo sabor, el mismo aspecto, entonces el proceso de R.P.S. se vuelve manco, pues tiene saber y competencias diferentes, no siendo capaces de realizar diagnósticos diferenciados y mucho menos planificación terapéutica diferenciada.

A pesar que los testimonios consideren la importancia del equipo, demuestran inquietudes con respecto al producto derivado de su desempeño, el cual según los sujetos puede que no sea capaz de aprender las necesidades reales de las personas. Lo cual sugiere que los procedimientos realizados por el equipo, no siempre podrán traer beneficios en las necesidades satisfechas, es decir, en la producción de acciones no siempre está presente la dinámica esperada entre las necesidades identificadas y las actividades que harán posible la vida.

La pregunta para la delimitación de roles es muy difícil en Salud Mental, recordando que específicamente en esta área el buen relacionamiento del equipo como algo imprescindible⁽⁹⁾. Mientras tanto la falta de rigidez en los roles, la flexibilidad de este, el respeto por la formación profesional de cada uno y el flujo dinámico del cotidiano en la atención de servicios abiertos exigen competencia, responsabilidad y compromiso frente a la demanda presentada. El tipo de servicio y la organización del equipo que brinda atención son variables que determinan la evolución del proceso de la enfermedad y la eficacia en las intervenciones, siendo estas establecidas por los vínculos y que brinda acogida y solidaridad⁽¹¹⁾.

La preocupación para desarrollar capacitación para enfrentar con la gran cantidad de solicitudes de cada paciente, se encuentra presente en el testimonio de los sujetos:

Un buen equipo es importante, lo que sucede es que muchas veces el servicio se vuelve una colonia de vacaciones, algo así, pues es un espacio protegido, a veces el paciente mejora porque la protección hace bien, pero esta lejos de poder percibir las necesidades del paciente. En consecuencia se tiene un enfoque mas superficial, pues se tiene cierta mejoría, pero después viene una rápida recaída.

La posibilidad del profesional tener una visión plural, aumentada esta a su competencia y responsabilidad para con la asistencia, la cual busca la generación de significados subjetivos, redescubre recursos de acuerdo con el tiempo y el límite de cada uno. También se evidencia la importancia del profesional poder desarrollar condiciones de apoyo frente al sufrimiento psíquico del otro y organizar su propia existencia.

Los servicios abiertos requieren determinar sus características como lugares de acogida, por lo tanto no de permanencia ⁽¹⁰⁾. Se observa que tal pensamiento está vinculado a las condiciones

desarrolladas por los profesionales para comprender las experiencias subjetivas de sufrimiento y, en consecuencia desarrollar intervenciones que alcancen las reales necesidades del paciente.

Los sujetos muestran la importancia de la diversidad del conocimiento en la asistencia:

... es necesario que exista competencias técnicas distintas, específicas, método de trabajo específico para desarrollar las diversas planificaciones de Rehabilitación.

Dentro de la clasificación de tecnologías para la asistencia en salud, se considera que aquellas basadas en la asistencia de vínculos, de acogida y de promoción de la autonomía, no tienen campos específicos o rígidos para ningún profesional, pero son la base para el trabajo de todos, a través de la mediación del saber, el cual es el constructor de estrategias de intervenciones efectivas⁽¹¹⁾. Mientras tanto, la cercanía con el sufrimiento psíquico como consecuencia del trastorno mental, provoca la búsqueda de mecanismos o recursos internos del paciente, los cuales muchas veces son sentidos como difíciles de ser vividos.

... el equipo tiene una de las tareas mas difíciles, la cual es traer al paciente mas cerca al servicio, pues no se puede tratar de lejos. El tratamiento dependiendo del vínculo tiene que ser tratado de cerca. Lo cual exige un alto entrenamiento y mucha ayuda. De forma general, esto no es parte de la realidad de las personas que trabajan en salud mental.

El testimonio además de mostrar una queja sobre la carencia en los cuidados de quien cuida, demuestra la dificultad de enfrentar con situaciones abstractas, contenerse, establecer vínculos y tener como instrumento mayor de trabajo a la propia persona. Si el objeto del cuidado es el ser humano, la práctica de este cuidado está vinculada a reflexiones y revisiones de la vida de quien brinda la asistencia, lo que exige del profesional la percepción de sus propios sentimientos y la amplitud continuada de posibilidades, para poder enfrentar con ellos. Lo cual supone que las cualidades del objeto son siempre relacionales; de esta forma, lo surgido es situacional y deriva de un campo⁽⁸⁾. Tal pensamiento nos ayuda a reflexionar con relación a la importancia de la flexibilidad y a la posibilidad de desarrollar relaciones personales positivas.

COMENTARIOS FINALES

Los profesionales del equipo multidisciplinario de Salud Mental considerando a la rehabilitación psico-

social como *un proceso complejo de desarrollo de la autonomía de los portadores de trastorno mental, permitiendo su introducción social y el abandono de una visión unilateral de síntomas*. Los profesionales consideran importante, para que se dé la rehabilitación psico-social, la elaboración de la planificación terapéutica conjuntamente con un equipo competente que permita el diagnóstico de las necesidades de los pacientes, brindándoles mayor información y mejoras en su tratamiento, al considerar las potencialidades de cada uno, aspectos contrarios al enfoque de limitaciones como consecuencia de la enfermedad mental.

Entre las dificultades y retos encontrados para colocarse en la práctica de rehabilitación psico-social fueron citados la falta de preparación adecuada de los profesionales aliados a una política de salud mental, lo cual inducen a una dependencia del paciente para el trabajo complejo a ser desarrollado (involucrando a las familias de los pacientes y convenios con agentes sociales), dificultades que se agravan por los preconceptos, estigma y aspectos de exclusión social sufridos por los pacientes.

Los resultados obtenidos en este estudio sugieren que el proceso de transformación de la asistencia psiquiátrica está en camino, produciendo resultados en los servicios en los cuales está siendo implantado. A pesar que se encuentren dificultades en su implantación, se nota que muchos de los profesionales participantes han desarrollado conciencia sobre el nuevo enfoque adoptado. Algunos de ellos evidencian a través de sus expresiones una concepción sistémica de la persona humana portadora de trastorno mental y de su ambiente social, aproximándose de esta forma a la propuesta de una comprensión sistemática de salud. Así como los factores sistémicos influyen en las vulnerabilidades generadoras de trastornos y/o su gravedad, pueden también a través de la acción del equipo ser redimensionados propiciando al usuario de los servicios nuevas alternativas de rehabilitación.

Los referenciales teóricos de la rehabilitación psico-social se basan en conceptos como *autonomía, socialización, ciudadanía y compromiso*. Los testimonios de los sujetos muestran que estos fundamentos han sido en parte asimilados, lo que nos lleva a preguntarnos: Estas determinaciones teóricas y necesarias, serían suficientes para guiar el proceso de transformación? No sería necesario considerar los *aspectos subjetivos* por ejemplo, Cómo los usuarios

evalúan los servicios, en términos de mejoría de la calidad de vida que ellos mismos les brindaron?

El contexto en que se brinda la rehabilitación psico-social es muy variado, teniendo en consideración la pluralidad de los sujetos involucrados, lo que exige formas de actuación que les sean adecuadas. Encontrando posibilidades singulares de cada persona, en las diferentes situaciones de sus vidas, quienes piden en todo momento ser observados y escuchados, lo cual permiten reconocer las subjetividades. De este modo, la proximidad con la persona que sufre la experiencia de trastorno mental, lo coloca en frente de diversas posibilidades interpretativas, interrogando competencia, pidiendo sensibilidad del profesional y comprensión de que el sufrir psíquico no puede ser visto como algo a ser eliminado o combatido, pero que puede llevar al redescubriendo real para la comprensión de la experiencia emocional de quien la sufre.

Es relevante la conciencia de los profesionales sobre la historia de problemas mentales y su avance, así como su proceso de transformación que va determinando la asistencia brindada. Esto nos permite entender las rupturas ocurridas a lo largo del recorrido y durante el reconocimiento de la producción social de los problemas mentales, evidenciando retos, contradicciones encontradas y la importancia de los servicios abiertos. De este modo, la responsabilidad de cada uno es solicitada en el contexto de cambios, rumbo a un futuro desconocido y no predeterminado. El compromiso profesional, social, solidario y efectivo, tiene por finalidad la mejoría de todo lo que nos rodea, haciendo necesaria la construcción cotidiana de vínculos, transformaciones, esperanza y promoción continua de la vida. Tal vez de esta forma podamos mantener siempre abierta la luz creativa y el deseo de constante búsqueda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro (RJ): TeCorá; 1999.
2. Cavalcanti MT. Transformações na assistência psiquiátrica, ou uma assistência psiquiátrica em transformação. In: Russo J, Silva Filho JF, organizadores. Duzentos anos de Psiquiatria. Rio de Janeiro (RJ): Relume Dumará/Ed. UFRJ; 1993. p.145-55.
3. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo (SP): Atlas; 1994.
4. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de psicanálise. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1992.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1994.
6. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta AM, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.55-9.
7. Vaisberg TMJ. Sofrimento humano e práticas clínicas diferenciadas. In: Vaisberg TMJ, Ambrósio F, organizadores. Trajetos do sofrimento: desenraizamento e exclusão. Anais do 1º Seminário Temático do Ser e Fazer; 2002 novembro; 12(3) São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da USP; 2002.
8. Bleger J. Psicologia da conduta. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1989.
9. Minzoni MA. O relacionamento da enfermeira com a equipe e com os pacientes em um hospital diurno psiquiátrico. Rev Psiquiatr. Dinâmica 1967 maio; 7(2):38-43.

10. Pitta AM. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? J Bras Psiquiatr 1994 setembro; 43(12):647-54.
11. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis AT, organizador. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo (SP): Xamã; 1997. p.103-20.