

A alta em Terapia Ocupacional: reflexões sobre o fim do processo terapêutico e o salto para a vida

Sabrina Ferigato, Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin

Resumo: O Processo Terapêutico e suas especificidades em Terapia Ocupacional é o objeto de estudo deste trabalho, com ênfase nos impasses que terapeutas e pacientes vivenciam no término do tratamento. Refletir sobre o que, de fato, define a alta e os critérios utilizados pela profissão para esse fim é algo de extrema importância para o fortalecimento de nossa singularidade profissional e para o aprimoramento de nossas práticas clínicas. Defendemos a ideia de que o processo de alta não pode estar desvinculado dos princípios ético-filosóficos e técnicos que caracterizam a profissão, nas diferentes áreas da saúde. A partir da vivência clínica e de reflexões sobre a terapêutica, buscamos novas formas de pensar a alta em Terapia Ocupacional, com base, principalmente, nos referenciais teóricos da Filosofia da Diferença. Para tanto, inicialmente nos propomos a realizar uma breve conceitualização a respeito do processo terapêutico ocupacional, para posteriormente nos determos mais especificamente no processo de alta e seus desdobramentos.

Palavras-chave: Saúde, Terapia Ocupacional, Alta do Paciente.

The discharge in Occupational Therapy: reflections on the end of the therapeutic process and the return to life

Abstract: The Therapeutic Process and its specificities in Occupational Therapy is the object of the present study, with emphasis on the dilemmas that therapists and patients experience at the end of the treatment. Reflecting on what, in fact, defines the discharge and the criteria used by the profession to do so, is something of extreme importance to the strengthening of our professional singularity and to the improvement of our clinical practice. We support the idea that the discharge process can not be free from the ethical-philosophical and technical characterization of the profession in different areas of health. From clinical experience and reflections on therapeutics, we propose new ways of thinking about the discharge in Occupational Therapy, grounded mainly on the theoretical references of the Philosophy of Difference and Occupational Therapy Dynamics. Therefore, initially, we intend to conduct a brief conceptualization of the occupational therapy process, and later, we dwell more specifically on the discharge process and its developments.

Keywords: Health, Occupational Therapy, Patient Discharge.

1 Introdução

De acordo com Caniglia (2005), em Terapia Ocupacional, chamamos de *Processo Terapêutico* o percurso de condutas e procedimentos clínicos a partir do vínculo que se estabelece entre o terapeuta e o paciente, do primeiro contato até o desvinculamento. Para a autora, esse percurso pressupõe um processo de mudança, baseado em um referencial de saúde.

Didaticamente, podemos dizer que o processo terapêutico ocupacional se constitui pelas seguintes etapas: recepção, entrevista, avaliação, intervenção e alta. Porém, na realidade, Hagedorn (1999) já nos precava que as intervenções clínicas do processo terapêutico não possuem uma sequência rígida de procedimentos, embora estejam atreladas ao uso

do raciocínio clínico específico de um Terapeuta Ocupacional.

Sabemos que a avaliação, por exemplo, deve se dar em todas as etapas do processo, desde a recepção até a própria avaliação das condições de se trabalhar um processo de alta. Da mesma maneira, a recepção se dá em todas as “chegadas” do sujeito, semanalmente ou diariamente, pois, se apostamos na criação e recriação permanente de si, ao realizarmos a recepção do mesmo paciente em diferentes sessões, receberemos uma pessoa diferente a cada atendimento.

Assim, consideramos que o processo terapêutico se desenrola naturalmente a partir das necessidades, limitações e possibilidades apresentadas pelo sujeito em atendimento e de acordo com as técnicas e intervenções terapêuticas oferecidas pelo Terapeuta Ocupacional. Este é um processo que se estabelece a partir de um encontro de dois corpos atravessados pelo fazer. Não apenas os corpos anatômicos, mas também com sua potência, que vai além das condições dadas do nosso conhecimento; como diz Spinoza (2008), corpos nas possibilidades do conhecido e do desconhecido do corpo.

O conceito de encontro ao qual nos referimos se apoia na ideia deleuzeana de inspiração spinozista, que diferencia os maus dos bons encontros; sinteticamente, sendo o primeiro investido de vontade de poder, de paixões tristes, que nos afasta da vida, e o segundo investido de vontade de potência, do aumento de sua “força de existir” e das paixões alegres. Ou seja, os bons encontros são aqueles que aumentam nossa potência de vida e os maus encontros aqueles que a diminuem (DELEUZE, 2002).

De acordo com Orlandi (2008, comunicação pessoal), o pensamento desses filósofos tende a promover uma proliferação intensiva de *bons encontros* compostos por afetações mútuas e relações intensivas que aumentem nossa potência ao mesmo tempo em que assumem o ponto de vista de saídas para a vida, assim como deve se constituir o processo terapêutico, na superação ou enfrentamento dos limites apresentados pelo o paciente, com vistas a “saídas para uma nova vida”.

Nesse caso, as crises e as limitações devem ser encaradas em seu potencial de transformação e não como algo a ser eliminado de qualquer maneira, afinal, “[...] não há obra que não indique uma saída para a vida, que não trace um caminho entre as pedras [...]” (DELEUZE, 1992, p. 196).

Em Terapia Ocupacional, esse encontro que se vislumbra entre o terapeuta e o usuário, tem ainda um terceiro elemento – a atividade. Esse processo

terapêutico se construirá a partir da complexidade da clínica, das potências e dos limites oferecidos pela atividade ou pela vida ocupacional do sujeito, a partir do devir¹ terapeuta de quem trata e do devir ocupacional de quem é tratado. Devir é compreendido como um processo de passagem que atravessa o vivido, como incessante “tornar-se”, sempre inacabado.

Ao discutir o Processo Terapêutico, Caniglia (2005) propõe a existência de procedimentos gerais e específicos. Consideram-se como procedimentos gerais aqueles que são comuns aos vários profissionais da área da saúde, cujas concepções são amplamente entendidas e têm uma linguagem mais universal, como a entrevista, as visitas domiciliares, etc. Procedimentos específicos seriam aqueles procedimentos que são utilizados por um núcleo profissional específico. No caso da Terapia Ocupacional, que tem como objeto de intervenção a ocupação humana, podemos exemplificar como especificidade do nosso processo terapêutico: o trabalho com as AVDs (Atividades da Vida Diária), as AVPs (Atividades da Vida Prática), a criação de projetos práticos, a avaliação, a reorganização, a resignificação, a instrumentalização e o fortalecimento da vida ocupacional do sujeito nas suas dimensões de trabalho, lazer, automanutenção, etc.

Acreditamos que esse processo terapêutico funcione como catalisador para os processos de mudança da vida ocupacional do sujeito desde sua chegada até o momento de sua alta.

Caniglia (2005) defende a hipótese de que o que estabelece o fim desse processo – ou seja, o que define a possibilidade de alta do usuário – é o alcance de um estado de saúde plena. Tal afirmação suscita alguns questionamentos. Nesse sentido, indagamos:

- Seria possível atingir o estado de saúde plena quando entendemos a saúde como “o estado de completo bem-estar biopsicossocial?”.
- Todos os pacientes inseridos no processo terapêutico ocupacional devem ter alta um dia?
- A intervenção única da Terapia Ocupacional, ou mesmo em parceria com equipes interdisciplinares, conseguirá garantir o alcance desse patamar de saúde para seus usuários para, em seguida, conceder sua alta?
- Quais são os critérios de alta para a Terapia Ocupacional?

A construção de pistas para problematizar essas questões foi o que motivou a construção deste estudo, que se deu com o intuito principal de pensar quando e como se trabalha o processo de alta na

nossa profissão, a partir do referencial da Filosofia da Diferença.

2 A alta em Terapia Ocupacional: ampliando conceitos

De acordo com a Lei 6.316/75, com o Decreto-Lei 938/69, e com as Resoluções COFFITO 81 e 139, Art. 1º, considera-se que:

[...] é competência do Terapeuta Ocupacional elaborar o diagnóstico Terapêutico Ocupacional, compreendido como avaliação ocupacional, sendo esta um processo pelo qual, através de metodologia e técnicas terapêuticas ocupacionais, são analisadas e estudadas as alterações psico-físico-ocupacionais, em todas as suas expressões e potencialidade, objetivando uma intervenção terapêutica específica; prescrever baseado no constatado na avaliação ocupacional, as condutas próprias da terapia ocupacional, qualificando-as e quantificando-as; ordenar todo processo terapêutico, fazer sua indução no paciente a nível individual ou de grupo, *dar alta nos serviços de terapia ocupacional, utilizando o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade de continuidade destas práticas terapêuticas* [...] (CONSELHO..., 2010, grifo nosso).

Este é o ponto de vista extensivo, normativo, regulador. No caso de pacientes institucionalizados, o artigo 15.1, dessa mesma lei, define que:

[...] a alta da instituição é indicada nas discussões de equipe, reuniões clínicas ou similares, nas quais se planeja e efetua a alta do usuário da instituição, onde o mesmo estiver inserido [...]. (CONSELHO..., 2010)

Devemos acrescentar que também é indicada a participação ativa dos familiares e do usuário juntamente à equipe na construção de sua alta, processo que não deve ficar restrito às paredes institucionais ou às reuniões de equipe.

De acordo com a norma reguladora da profissão, já podemos perceber que a alta de um processo terapêutico possui dimensões e características muito diferentes. Ao tratarmos da vida ocupacional de sujeitos adoecidos, tratamos de doentes e de doenças, mas principalmente de seus efeitos no cotidiano, na história, na vida de pessoas e familiares que, por diversas razões, a partir de algum tipo de ruptura, tiveram que procurar um Terapeuta Ocupacional.

Considerando-se os aspectos descritos, propomos a ampliação do que compreendemos como processo de alta, valorizando seus aspectos intensivos e inéditos. Entendemos que a finalização do processo terapêutico ocupacional não está vinculada apenas à inexistência de “[...] alterações que indiquem necessidade de continuidade das práticas terapêuticas [...]” (CONSELHO..., 2010), mas também partimos do pressuposto de que a presença dessas alterações pode ser um meio para a recuperação de uma potência perdida ou, em alguns casos, como na Saúde Mental, por exemplo, na qual a presença do sintoma pode cumprir uma função psíquica significativa para o sujeito.

Buscamos a passagem de um lugar historicamente dado para outro lugar, a ser construído, que desvie o sujeito de uma possível situação de “tristeza”. No sentido spinozista do termo, isso significa que estamos submetidos a uma situação que nos afasta de uma potência na qual nos achávamos.

Por isso, se defendemos a ideia de que o objeto de intervenção da Terapia Ocupacional é a ocupação humana e a vida ocupacional dos sujeitos, devemos considerar que escutar a vida é muito mais do que pensar a própria saúde (DELEUZE, 1989). Ou seja, a intervenção ocupacional conceitualmente vai além da intervenção pela busca do processo de cura de uma doença ou da anulação de uma alteração praxica.

Dessa maneira, precisamos entender a necessidade de tratamento, de acordo com as singularidades de cada sujeito, inclusive no momento de seu encerramento. A construção da possibilidade de alta deve sempre estar presente nos objetivos terapêuticos, uma vez que a terapêutica ocupacional deve criar possibilidade de fortalecimento do sujeito e de sua *autonomia*, e não de uma dependência permanente de outro para a aquisição de novas possibilidades de vida.

Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. A idade, a condição debilitante e, até mesmo, a própria subjetividade e a relação de afetos de cada pessoa inevitavelmente estará envolvida. A ampliação do grau de autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo da vida. O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato

com outros [...]. (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 852).

Isso não invalida a possibilidade de que alguns pacientes possam precisar de um acompanhamento em saúde por toda a vida. Tal acompanhamento não precisa significar a dependência vitalícia de um mesmo terapeuta ou de um único e exclusivo serviço até o final de seus dias, embora saibamos que, em casos extremos, isso aconteça, como, por exemplo, no caso de pessoas idosas debilitadas clinicamente sem referência familiar ou rede social de apoio, ou pessoas acamadas em situações graves, dependentes de uma instituição até seus últimos dias.

É importante ressaltar que os aspectos éticos, subjetivos e afetivos do Terapeuta Ocupacional, inerentes à relação transferencial que se estabelece nos processos terapêuticos, precisam ser considerados e trabalhados para que ocorra efetivamente a desvinculação entre terapeuta e paciente; porém, esse não será o enfoque deste trabalho.

Constatamos na prática clínica a existência de situações em que o paciente entende que está pronto para alta, em discordância com o terapeuta, ou vice-versa. Nesses casos, quando entendemos que a relação terapêutica é construída por ambos, sempre que possível, a alta também precisará ser trabalhada por todos os envolvidos, incluindo os familiares. Esses aspectos precisam ser considerados até o limite da ética profissional e da responsabilização pelo processo de tratamento.

Em outros casos, o paciente vê no ambiente terapêutico uma possibilidade rara de ser escutado, de obter afeto, de conseguir construir projetos e laços sociais. Nessas ocasiões, a alta pode soar como algo ameaçador e como a efetiva perda de todos esses ganhos. Por situações como esta, o processo deve ocorrer a partir da construção de *agenciamentos*, que ofereçam ao sujeito novas formas de produção de subjetividade e novos papéis ocupacionais.

De acordo com Silva (2004), *agenciamentos* remetem à criação de territórios existenciais e a movimentos de desterritorialização. Em Deleuze (1969), essa noção implica na ideia de que não há território sem um vetor de saída e não há saída do *território*, ou seja, *desterritorialização* sem, ao mesmo tempo, um esforço para se *reterritorializar* em outra parte.

Para compreendermos melhor o que estamos propondo, é necessário um melhor entendimento desses conceitos filosóficos em destaque. As concepções de território, de *agenciamento*, *territorialização* e *desterritorialização* foram trabalhadas exaustivamente por Deleuze e Guattari

em *O Anti-Édipo*, *Mil Platôs* e *O que é a filosofia?* O conceito de território aqui é entendido num sentido muito amplo, envolvendo aspectos biológicos, geográficos, subjetivos e sociológicos, entre outros.

Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 323)

Haesbaert e Bruce (2002) entendem que, para trabalhar o conceito de território, Deleuze e Guattari partem da noção de desejo como um construtivismo, renunciando ao par sujeito-objeto (aquele que deseja e aquilo que é desejado). O desejo seria produtivo, construtivo, sempre articulado ao processo do pensamento. Nessa concepção, o desejo cria territórios, pois ele faz uma série de *agenciamentos*.

Para Deleuze e Guattari (1997b), todo *agenciamento* é essencialmente territorial e pode ser de dois tipos: o primeiro deles, esses mesmos autores denominam *agenciamentos maquínicos de desejo*, que é a relação que se constrói entre os corpos:

Um regime alimentar e um regime sexual regulam, antes de tudo, misturas de corpos obrigatórias, necessárias ou permitidas. Até mesmo a tecnologia erra ao considerar as ferramentas nelas mesmas: estas só existem em relação às misturas que tornam possíveis ou que as tornam possíveis. (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 31).

O segundo tipo, chamados *agenciamentos coletivos de enunciação*, se refere aos enunciados, ao regime de signos compartilhados; ultrapassam o sujeito e dizem respeito a uma produção que só pode se efetivar no *socius* – um estado de mistura e relações entre os corpos em uma sociedade – como é o caso da linguagem e da produção de símbolos (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

O movimento concomitante desses *agenciamentos* constitui um território. Um atendimento terapêutico nesse sentido se constitui como um território, já que para construí-lo é necessário um *agenciamento* de corpos e um *agenciamento coletivo de enunciação*.

Além dessas duas formas de agenciamentos o território se constitui por mais dois componentes: a desterritorialização e a reterritorialização (DELEUZE; GUATARRI, 1995).

Podemos afirmar sinteticamente que:

[...] a desterritorialização é o movimento pelo qual se abandona o território, é a operação da linha de fuga, e a reterritorialização é o movimento de construção do território [...] (DELEUZE; GUATTARI, 1997b, p. 224).

No primeiro movimento, os agenciamentos se desterritorializam e, no segundo, eles se reterritorializam como novos agenciamentos maquínicos de corpos e coletivos de enunciação em processos indissociáveis. Dessa maneira, para Haesbaert e Bruce (2002), se pensarmos em uma desterritorialização absoluta, para se criar algo novo, é necessário romper com o território existente.

Quando discutimos a desterritorialização para além do debate filosófico, estamos, direta ou indiretamente, balizados por problemas e questões concretas: a terapêutica e seus desafios.

Se o processo terapêutico pode ser entendido como um processo construtor de agenciamentos, em parte estes irão operar com elementos constitutivos de territórios e também produzir movimentos de desterritorialização. No processo de alta, por exemplo, para se romper os agenciamentos criados pelo tratamento, a criação de novos agenciamentos é necessária. Novos encontros, novas funções, novos arranjos e novos fluxos de intensidade.

Assim, pensamos a possibilidade de alta relacionada com criação de novos agenciamentos para a vida do sujeito em tratamento, o que pede um reposicionamento subjetivo por parte do usuário e do terapeuta.

Nesse sentido, o desejo de alta não é um conceito abstrato, ele remete também a coisas simples e concretas. Segundo Deleuze (1989), nunca se deseja algo, desejamos sempre em conjunto. Uma mulher não deseja um vestido, mas deseja o vestido em seu contexto de vida, para uma ocasião especial, gerando efeitos. Assim, não há desejo que não corra para um agenciamento. Um pintor não busca apenas uma cor, mas a cor em uma tela, com seus efeitos de luz, de sombra, produzindo diferentes percepções em quem vê seu resultado.

Similarmente, quando um processo terapêutico ou a inserção em uma instituição constrói determinados vínculos, não se deseja a alta em si, se deseja um contexto ocupacional e uma paisagem de vida pela qual o fim do tratamento tenha um sentido.

Em situações de alta, sabemos como a própria condução das atividades pode se dar no sentido de ajudar o usuário a dar passagem às suas potências de vida, à construção de novos agenciamentos, podendo ser utilizada para fornecer o contorno necessário para a independência em relação ao terapeuta.

D. Maria, usuária de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) teve seu primeiro encontro com a Terapia Ocupacional a partir da indicação de atendimentos individuais. O interesse da usuária por atividades com miçangas suscitou na terapeuta o projeto de, gradualmente, inseri-la em um grupo de bijuterias dentro da instituição.

Após alguns meses nesse grupo, D. Maria tinha apresentado sensível melhora dos sintomas depressivos, comunicava-se muito bem, estava bem articulada com os usuários e com a Terapeuta Ocupacional, realizava suas atividades com autonomia e criatividade. No entanto, sentia-se incapaz de encontrar um espaço de vida tão potente quanto o espaço desse grupo em que ela construía bijuterias. Ali, ela adquiriu novas habilidades, focava com as amigas, modificava sua aparência, era elogiada e construía um canal de contato com outras pessoas fora do grupo, as quais ela presenteava. A ideia da alta parecia uma afronta para D. Maria e algo distante a ser atingido tranquilamente para a terapeuta. Num primeiro momento, foi necessário fazer desse momento um movimento de passagem, produzir novos agenciamentos.

Algumas semanas depois, além do grupo de bijuterias, D. Maria iniciou o processo de Acompanhamento Terapêutico (AT) e outros aspectos ocupacionais puderam ser trabalhados. Gradativamente, foram construídas novas redes sociais de apoio, desenvolveram-se sua capacidade criativa e seu poder contratual. A confecção e a venda das bijuterias oriundas de seu processo de criação passaram a ser um canal para o processo de alta e para a construção de novos territórios existenciais. Tratou-se de uma aposta necessária. Essa aposta culminou com sua alta da Terapia Ocupacional no CAPS, que foi construída concomitantemente com sua inserção em uma oficina de geração de renda na comunidade e com o agenciamento de seu trabalho autônomo.

Na perspectiva de Deleuze (1989), trata-se de criar estatutos sociais para a criação de uma nova forma de subjetivação. Em entrevista a *Éditions Montparnasse*, fazendo um paralelo, ele retoma o período histórico do processo de libertação dos escravos, quando, inicialmente, sem lugar na sociedade da época, os negros perderam seu estatuto social, pois não exerciam nenhum papel específico no contexto da

época. Dessa forma, ainda quando escravos, tinham um estatuto, tinham funções sociais; eram cerceados da liberdade, mas com um papel definido. Por isso, muitos escravos, inicialmente, retornaram aos seus senhores e novamente submeteram-se à situação de trabalho não remunerado, até que, coletivamente, novos estatutos sociais e papéis ocupacionais foram criados pelos e para os negros.

Embora o processo terapêutico não deva se constituir como uma relação de dominação, podemos utilizar esse exemplo como instrumento de reflexão. Muitos dos usuários que chegam à Terapia Ocupacional possuem o estatuto social de ser doente, com seus malefícios e benefícios. A possibilidade de transformação deste papel para um novo estatuto social demanda a construção de novos agenciamentos ocupacionais; caso contrário, a probabilidade de retorno ao posicionamento patológico é grande, pois toda nossa vida ocupacional

[...] se constitui em função – contra ou a favor – de nossos modos de vida, dos tipos de subjetividade nos quais nos configuramos, enfim, de nossa existência [...]. (EIRADO; PASSOS, 2004, p. 77).

Outra ferramenta importante para refletirmos sobre a alta em Terapia Ocupacional é o *setting* terapêutico ocupacional. Segundo Benetton (1994), para que o ambiente terapêutico atinja seu propósito, é necessário que o mesmo permita o aprendizado e novas aquisições que buscam o sustento das emoções e a viabilização de processos de criação, além dos equipamentos e materiais. Ao mesmo tempo em que este deve ser um lugar para criar e construir, precisa também comportar o destruir. Nesse sentido, não nos referimos apenas à destruição de materiais ou do ambiente terapêutico, mas, principalmente, que o ambiente terapêutico deve ser um espaço que permita a partida do paciente. Ou seja, salvo as exceções mencionadas anteriormente, é importante que este seja um espaço de passagem e não um espaço autossuficiente, um espaço de onde ele poderá levar muitas experiências, mas não deverá cronificar-se ali. É preciso uma abertura para que seus ganhos neste ambiente sejam transportados para sua vida de forma rizomática.

Orlandi (2008, comunicação pessoal) nos lembra que na *Ética* de Espinosa, quando um corpo “encontra” outro corpo e uma ideia encontra outra ideia, acontece que as duas relações ora se compõem para formar um todo mais potente, ora uma decompõe a outra e destrói a coesão de suas partes. Transportando essa ideia para o processo terapêutico ocupacional, a “destruição” dessa coesão

não implica na “destruição” da potência; ao contrário, a potência se transfere para outra paisagem, sendo uma potência mais ativa a partir de outros encontros do usuário com a vida, não mais com o terapeuta. Apostar na cronificação do tratamento pode ser um investimento nas impotências desse encontro.

Partindo do princípio Deleuziano de que a Ciência não cuida de universais, mas de singularidades e multiplicidades (conjuntos de singularidades), começa a ficar mais claro o exercício de reflexão acerca dos critérios de alta da Terapia Ocupacional.

Podemos propor que esses critérios devem estar vinculados aos objetivos terapêuticos definidos entre usuário-terapeuta-familiares. Atingir os objetivos terapêuticos pode ser considerado um critério de alta; porém, se estamos contanto com a marca da imprevisibilidade, com o devir singular do usuário e com as linhas de forças que atravessam o atendimento, os objetivos terapêuticos irão se construindo e se transformando também no próprio processo.

O importante é que o critério de alta não se torne um objetivo a ser alcançado por si só, sem considerar a *singularidade* e o *tempo* peculiar de cada sujeito, o que é mais importante do que o campo específico de atuação ou a teoria que respalda a ação profissional. Isso não exige que o terapeuta tenha um conhecimento absoluto de todas as áreas da Terapia Ocupacional, mas o força a pensar, por exemplo, que, às vezes, o desligamento pode se dar como uma alta por transferência para outro profissional que atue em outra área com maior capacitação e, portanto, mais adequada ao contexto do sujeito alvo da intervenção.

3 Considerações finais

Em termos gerais, podemos dizer que o critério principal de alta em Terapia Ocupacional está relacionado à conquista de uma “boa” qualidade de vida ocupacional, a partir de seus desejos, dentro das possibilidades e limitações do sujeito e de seu ambiente. Para essa construção, é necessária a criação de agenciamentos que fortaleçam o usuário para o conhecimento de si, não como um fim, mas como um meio para agir no mundo.

Desta maneira, ao discorrermos sobre o critério mais geral de alta em Terapia Ocupacional, podemos falar em alta (com L) e autá (com U), pois entendemos o processo de ‘alta’, como o processo de liberação ortodoxo e hegemônico do paciente em relação à terapêutica, normalmente centrado na redução dos sintomas (na melhora da doença) e na decisão por parte do profissional. E o processo

de 'auta', no sentido de autocriação e autopoiese, como a possibilidade do sujeito de desprender-se da terapêutica pelo ganho suficiente de autonomia para lidar com sua doença e suas relações de vida (com o ambiente, com as pessoas, com objetos, com si mesma e com o mundo), uma construção realizada conjuntamente, entre os atores interessados no processo (profissionais, usuários e familiares). Uma proposta para o sujeito de criação de si do vivo na ação do vivo (EIRADO; PASSOS, 2004).

Essa proposição vislumbra uma forma de pensar o processo terapêutico que nos ajuda a escapar do sistema de racionalidade das Ciências Modernas, focada no indivíduo e não no sujeito, que faz com que os espaços públicos se tornem espaços desprovidos de sentido enquanto espaço de implicação dos usuários na promoção de sua saúde. Ajuda-nos, ainda, a encontrar uma linha de fuga da armadilha de produzir "corpos dóceis e úteis" para uma sociedade disciplinar (FOUCAULT, 2004) ou de formatar indivíduos refêns da subjetivação capitalística, próprios das sociedades de controle (DELEUZE, 1990).

Essa nos parece ser uma reflexão necessária, pois se caracteriza qual uma encomenda que chega cotidianamente à Terapia Ocupacional: transformar doentes improdutivos ou marginais em produtores de capital, aptos para realizar práticas de consumo, "adaptados", e não incluídos, no mercado de trabalho capitalista formal. Entendemos isso mais como uma encomenda social do que uma demanda específica para a Terapia Ocupacional.

Em outro sentido, acreditamos que todo processo terapêutico em Terapia Ocupacional, em sua dimensão poética ou científica, deve contribuir para o maior de todos os processos – o processo da vida. Ou seja, vislumbramos uma terapêutica que tem como objetivo investir na potência do viver ao encontro com estilísticas singulares de existência, que se desdobram na multiplicidade que é a vida. Entendemos que somente práticas terapêuticas críticas e reflexivas, preocupadas com todos os aspectos envolvidos no processo terapêutico, transformam nosso ato clínico também em um ato ético-político.

Referências

- BENETTON, M. J. *A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*. 1994. 190 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental)-Universidade estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- CAMPOS, W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 849-59, 2007. PMID:17680144. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>.
- CANÍGLIA, M. *Terapia Ocupacional - Um enfoque disciplinar*. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO. *Legislação/Resoluções*. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1008&psecao=9>. Acesso em: 13 jul. 2010.
- DELEUZE, G. *Lógica do sentido*. São Paulo: Perspectiva, 1969.
- DELEUZE, G. *O Abecedário de Gilles Deleuze* [entrevista-vídeo]. Entrevistador: Claire Parnet. Direção de Pierre-André Boutang. Paris: Editions Montparnasse, 1989. Disponível em: <<http://www.oestrangero.net/esquizoanalise/67-o-abecedario-de-gilles-deleuze>>. Acesso em: 12 jul. 2010.
- DELEUZE, G. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1990. p. 219-226.
- DELEUZE, G. Pourparlers. Paris: Minuit. In: DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora. 34, 1992. p. 169-170.
- DELEUZE, G.; GUATARRI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. vol. 2.
- DELEUZE, G.; GUATARRI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Ed. 34, 1997a. vol 4.
- DELEUZE, G.; GUATARRI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997b. vol. 5.
- DELEUZE, G. *Espinosa-Filosofia prática*. Tradução de Daniel Lins e Fabien Pascal Lins. São Paulo: Escuta, 2002.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Lisboa: Assírio & Alvim, 1972.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O que é a Filosofia?* Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- EIRADO, A.; PASSOS, E. A noção de autonomia e a dimensão do virtual. *Psicologia em Estudos*, v. 9, n. 1, p. 77-85, 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000100010>
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: a História da violência nas prisões*. 29. ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 2004.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.
- HAESBAERT, R.; BRUCE, G. A Desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. *GEOgraphia*, v. 7, p. 07-31, 2002.
- HAGEDORN, R. *Fundamentos para a prática em terapia ocupacional*. 3. ed. Traduzido por Vagner Raso. São Paulo: Roca, 1999.
- SPINOZA, B. *Ética*. 2. ed. Tradução de Tomaz Tadeu. Belo horizonte: Autêntica editora, 2008.
- SILVA, R. N. A dobra deleuziana: políticas de subjetivação. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*, v. 16, n. 1, p. 55-75, 2004.
- ORLANDI, L. B. L. *Deleuze e Ética*. In: Café Filosófico - Espaço Cultural-CPFL. Campinas, 2008.

Autores

Sabrina Ferigato

Graduada em Terapia Ocupacional pela PUC-Campinas, com Aprimoramento em Saúde Mental (UNICAMP), Mestre em Filosofia Social pela PUC-Campinas e Doutoranda em Saúde Coletiva (UNICAMP); Terapeuta Ocupacional do Caps-Integração, Campinas, SP, Brasil

Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin

Graduada em Terapia Ocupacional pela UFSCar, Mestre em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas e Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas, Professora titular da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil

Contribuição dos Autores

Sabrina Ferigato trabalhou na pesquisa bibliográfica, na concepção e redação do manuscrito e Maria Luisa G. S. Ballarin trabalhou na revisão e redação do manuscrito.

Notas

- ¹ “[...] Devir é, a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, dos órgãos que se possui ou das funções que se preenche, extrair partículas, entre as quais instauramos relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão, as mais próximas daquilo que estamos em vias de nos tornarmos e através das quais no tornamos [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 1997a, p. 64).