

Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2006.

Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada

Childhood and adolescence: a needed broaden care

Maria Cristina Gonçalves Vicentin¹

VICENTIN, M. C. G. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2006.

RESUMO: O presente artigo trata de esboçar algumas idéias-força que consideramos interessantes para a construção de uma clínica da infância e que são o resultado do nosso trânsito tanto como trabalhadora desse campo, quanto na universidade, na formação de psicólogos para essa atuação. Diferentemente do adulto, a entrada da criança e do adolescente no campo da saúde mental se deu mais tardiamente: será apenas no século XX que se constituirá autonomamente uma clínica da infância. Essa história particular e a especificidade da constituição subjetiva da criança irão configurar uma clínica transdisciplinar e em rede: uma clínica ampliada. Desse modo, a clínica moderna da criança está em condições de oferecer à psicopatologia um modelo de abordagem e de conceitualização bem destacado do paradigma médico que ainda continua a marcar a clínica do adulto.

DESCRITORES: Crianças portadoras de deficiência/reabilitação. Saúde mental. Cuidado da criança. Redes comunitárias. Formulação de políticas.

INTRODUÇÃO

Diferentemente do adulto, a entrada da criança e do adolescente no campo da saúde mental se deu mais tardiamente: será apenas no século XX que se constituirá autonomamente uma clínica da infância. Essa origem nos legará algumas linhas de força

que influenciam o campo da atenção à infância e à adolescência para algumas singularidades.

Recentemente, com a universalização de uma política de saúde mental no paradigma da Reforma Psiquiátrica e a adoção pelo Brasil da Convenção dos Direitos da Criança e

¹ Professora doutora da Faculdade de Psicologia da PUC-SP, coordenadora do Núcleo de Pesquisa: “Violências: sujeito e política” do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e consultora na área de promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente.
Endereço para correspondência: Rua: Alves Guimarães, 385, apt. 82, São Paulo, SP, CEP. 05410-000. e-mail: crisvic1@uol.com.br

do Adolescente (1989), o reconhecimento desta singularidade vem se estendendo⁽¹⁾, ampliando a possibilidade de uma efetiva atenção integral à saúde dessa população. Nesse movimento, a temática do trabalho intersetorial e em “rede”, tão caro à saúde mental como um todo, ganhará no campo da infância e da adolescência uma urgência e uma prioridade.

No entanto, ainda encontramos na rede de saúde desafios importantes na atenção à infância e adolescência. Tem sido avaliação recorrente nos fóruns e colegiados da saúde mental a necessidade de assegurar âmbitos de discussão/planificação específicos para a atenção à infância e à adolescência, uma vez que no campo da Reforma Psiquiátrica diversas diretrizes e estratégias, desenhadas mais universalmente, acabam por colorir homogeneamente as políticas de saúde mental, dificultando que as demandas singulares da infância e adolescência sejam devidamente consideradas. De outro lado, corre-se o risco de que a atenção em saúde mental fique restrita aos serviços “especializados” – concentrados em geral nos Centros de Atenção Psicossocial, Ambulatórios de Especialidades ou em serviços ligados a instituições de formação (clínica-escola, hospitais universitários) –, dificultando a articulação entre os diferentes níveis de atenção e complexidade, bem como a efetiva garantia, constitucional, de prioridade nas políticas públicas para crianças e adolescentes⁽²⁾.

O presente artigo trata de esboçar algumas idéias-força que consideramos interessantes para a construção de uma clínica da infância e são resultado do nosso trânsito tanto como trabalhadora desse campo quanto no trabalho na universidade, na formação de psicólogos para essa atuação.

Trabalharemos neste texto especificamente a questão da infância, porque na adolescência há outras singularidades que merecem ser consideradas (ainda que, muitas das formulações aqui colocadas possam ser válidas para a adolescência). Cabe ressaltar que a adolescência e a juventude têm sido hoje alvo preferencial de um efeito de patologização: na maior parte das vezes o que emerge do

mundo adolescente ecoa no mundo adulto como impertinência, como apatia, como doença, como delinqüência. A tematização da juventude pela ótica do “problema social”, como objeto de falha, disfunção ou anomia no processo de integração social e como tema de risco para a própria continuidade social é histórica. Esta concepção da juventude tem sido também dominante nas políticas públicas: em grande parte, o foco dos programas desenvolvidos tem sido a contenção do risco real ou potencial dos adolescentes, pelo seu afastamento das ruas ou pela ocupação de sua ociosidade. Estes programas, baseados em políticas repressivas ou de prevenção, buscam enfrentar os problemas sociais que afetam a juventude, tomando os próprios jovens como problemas sobre os quais é necessário intervir, para salvá-los e reintegrá-los à ordem social (ABRAMO, 1997).

Tendo em vista essas considerações iniciais, começamos por anunciar um necessário posicionamento ético-político.

UM NECESSÁRIO POSICIONAMENTO ÉTICO-POLÍTICO: DELICADEZA E COMPROMISSO COM A INFÂNCIA

A sociedade ocidental moderna produziu a consciência da particularidade da infância - isso que Ariès (1981) chamou de *“o sentimento de infância”* –, mas às custas de situar a criança no centro de um intenso interesse psicológico e de inúmeras preocupações morais, de “conformá-la às normas”. Diferença portanto reconhecida, mas sob a mira de potentes dispositivos de codificação⁽³⁾. Daí a proposição de Lourau: “A criança não existe. Nela cuidamos desta doença sexualmente transmissível: a infância. Doença mortal: a criança se torna fatalmente adulto”. O mesmo autor (1991) chamará de “hipercomunicação” essa dimensão “terrível e obscura” na relação adulto-criança e ainda “mais obscura” na relação pedagógica pais/crianças; educadores/crianças: a sobreimplicação imposta à criança pelo adulto, pela qual a criança fica sem voz e sem lugar, “inexistente”⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ Como podemos observar pela crescente implementação de serviços especializados, como os Caps infantis e de adolescentes em nosso país, e por outras iniciativas que visam acolher a singularidade das demandas de crianças e de adolescentes, como é o caso da “Proposta de organização da atenção em saúde mental no Estado de São Paulo (Secretaria de Estado da Saúde, 2003) e da criação do Fórum Municipal de Saúde Mental da Criança e do Adolescente em São Paulo em outubro de 2005.

⁽²⁾ Sobre essa questão vide recente pesquisa realizada pela UNIFESP em torno do acesso da criança em situação de risco aos serviços de saúde e sobre as dificuldades do profissional nesse atendimento. Lescher et al. “Crianças em situação de risco social: limites e necessidades de atuação do profissional de saúde”. Resultado da primeira fase de Projeto de Pesquisa/ FAPESP. São Paulo, setembro 2004. Esta situação é particularmente mais preocupante no tocante a adolescentes e jovens, que mais recentemente ingressaram na agenda pública como atores com demandas específicas. As crianças, pela via da assistência materno-infantil, tiveram suas demandas mais consideradas.

⁽³⁾ As formas sociohistóricas de produção e reprodução das crianças são muitas. O conceito de infância é uma construção cultural relativa aos modos pelos quais cada formação sociohistórica organiza a reprodução de suas condições materiais e culturais de trabalho e de vida. Esta construção varia de sociedade para sociedade e em cada época histórica (ARIÈS, 1981; DONZELOT, 1986).

⁽⁴⁾ Esse efeito de hipercomunicação foi também trabalhado por Sándor Ferenczi na sua conceituação de *confusão de línguas* entre adultos e crianças em torno da violência inconsciente que os adultos exercem sobre a criança.

Como analisa o jurista Emilio Garcia Méndez (1998), um dos maiores militantes da implementação da Convenção dos Direitos da Infância (1989) na América Latina: “A infância só é reconhecida como categoria diferenciada dos adultos depois de fixada política e culturalmente a sua incapacidade. O reconhecimento da diferença, nesse caso, serviu para congelar por séculos a desigualdade até 1989, pelo menos” (p. 200).

O século XX trouxe, para as crianças, seu reconhecimento como sujeito de direitos, com consideráveis conquistas e avanços, seja do ponto de vista jurídico-formal, seja do ponto de vista das práticas concretas.

Vejamos, por meio de uma breve retrospectiva histórica essa mutação. As altas taxas de mortalidade infantil, agravadas durante a Primeira Guerra Mundial pela fome, pela incidência de doenças e pela utilização precoce do trabalho da criança, levaram ao desenvolvimento, em diversos países, de uma rede de assistência social, que teria encontrado no Tratado de Versalhes o modelo marcante da história da assistência infantil. Concretizando as idéias mais avançadas em favor da criança naquele momento, foram aprovadas a regulamentação do trabalho infantil, a garantia de repouso à operária gestante, antes e depois do parto, além de outras medidas para estimular a amamentação. Gradativamente, diversos países tomaram iniciativas visando à proteção da maternidade e da infância, incorporando às suas Constituições uma série de artigos voltados para essa área. A questão da infância começou a tomar caráter jurídico com o enunciado em Genebra, em 1924, de uma Declaração sobre os Direitos da Criança, que foi adotada pela assembleia geral da ONU de 20 de novembro de 1989. O documento desta assembleia – A Convenção sobre os Direitos da Criança – transformou a intenção da Declaração em direito internacional.

Outras regras internacionais foram sendo estabelecidas nas últimas décadas (as Regras mínimas das Nações Unidas para a administração da justiça juvenil e para os jovens privados de liberdade; a Convenção 138 da OIT – Organização Internacional do Trabalho – que dispõe sobre a idade mínima de ingresso no trabalho; as Diretrizes de Riad para a prevenção e tratamento da delinquência), no sentido de proteger a criança e o adolescente, os quais passaram a ser concebidos como seres em desenvolvimento, cujo amadurecimento precisa estar garantido por meio da proteção integral.

No Brasil, a preocupação com a mortalidade infantil, o abandono de crianças e a delinquência infantil, aparece nos primeiros anos Vargas. A Constituição de 1937 inclui em seu texto uma série de preceitos atribuindo ao Estado o dever taxativo de rodear a infância e juventude de cuidados e garantias especiais. Estudiosos do período 1930-1945 apontam o caráter bastante autoritário e intervencionista das políticas de saúde e educação dirigidas à criança. Embalados por um ideal construtivista, em que o desenvolvimento físico e intelectual da criança precisava ser assegurado, tendo em vista os interesses da nação a longo prazo, teriam estabelecido as bases de uma concepção de política social assistencialista e paternalista. Tal concepção ganha seu caráter mais exemplar e autoritário quando da formulação da Política Nacional de Bem-Estar do Menor, de 1964, e do Código de Menores, de 1979, os dois principais instrumentos de controle social da infância e da juventude pobres deste país, até a nossa última constituição.

A nova legislação brasileira (art. 227 da Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1990) rompeu com a doutrina da situação irregular, que considerava os menores objetos da intervenção jurídico-social do Estado no interior de uma ótica correccional-repressiva, e introduziu no direito infanto-juvenil brasileiro a doutrina da Proteção Integral das Nações Unidas.

No entanto, ainda persistem as práticas autoritárias e violentas de que são objeto as crianças, com características singulares em cada formação sociohistórica⁽⁵⁾.

Mesmo em sociedades em que não estão em jogo a sobrevivência e as condições de dignidade da vida das crianças, encontramos práticas em que persistem o adultocentrismo, o exercício da dominação e a codificação da criança numa infantilização que não é sua.

Na França, por exemplo, no final da década de 1980, estimava-se em torno de 40% a proporção de crianças excluídas do circuito de escolaridade “normal”, parte delas definitivamente estigmatizada e segregada, portadora de carteira de identidade correspondente ao estatuto de invalidez. Para elas, estão destinados uma série de equipamentos coletivos – que vão do mais pedagógico (as classes especiais nas escolas) ao mais psiquiátrico (hospital-dia), passando por diferentes fórmulas para onde são encaminhadas as “crianças-problema” através da escola ou da família (ROLNIK, 1987, p. 136).

Em relação a isso, Manonni (1976) aponta:

⁽⁵⁾ Outras mudanças mais recentes, como o ingresso da criança na sociedade de consumo e da mídia, merecem que essa análise se amplie e ganhe maior complexidade, o que não pudemos fazer no escopo desse trabalho. Remeto o leitor ao livro de Lucia Rabello de Castro. *Infância e adolescência na cultura do consumo* (CASTRO, 1988).

“A infância não é administrável. Artificialmente, se fez dela uma classe à parte. (...) Antes de seguirmos avançando na nossa colonização da infância, tentemos escutar o que tem a nos dizer. (...) O problema da prevenção no campo da infância, só se pode colocar partindo-se primeiramente da forma como nós participamos da inadaptação que provocamos. Deveríamos revisar radicalmente todas as nossas concepções, eu diria, preconceitos, a respeito do mito da infância. Enquanto tenhamos necessidade de uma classe de crianças como suporte de nossas crenças e de nossas angústias, nada novo será promovido” (p. 247).

Isto é, ainda que a criança se inscreva num campo de direitos (e numa posição ética que acolha sua diferença), sua posição de *dependência* do adulto, no que diz respeito à sua própria possibilidade de constituição como humano, coloca sempre a perspectiva de a presença do adulto revestir-se dessa função “hipercomunicativa” de que nos fala Lourau: conversão da língua da criança em língua adulta, inscrevendo-a em territórios normativos, ideais, etc.

Essas poucas palavras são apenas para nos lembrar que: a) historicamente a criança ocupou um lugar de objeto, seja dos processos de disciplinarização/normatização⁽⁶⁾, seja da demanda amorosa dos adultos. Objeto sócio-político-libidinal, portanto, e lugar social dos menos potentes: lugar de obediência, de dependência; b) é muito recente na história da nossa cultura ocidental a mudança na posição da criança: de objeto de repressão-tutela a sujeito e, mais particularmente, desde a Convenção dos Direitos da Criança, de sujeito de direitos. No Brasil é ainda recente a nova consciência jurídica que coloca crianças e adolescentes como sujeito de direitos (a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente é de julho de 1990): podemos dizer que estamos ainda num processo de transição entre esses paradigmas.

Se boa parte de nossa tradição tem sido a de uma hipercomunicação, como abordar a temática da clínica ou da atenção à saúde mental na infância? É necessário uma atitude, uma regra ética fundamental para pensar a infância: uma regra da delicadeza. Isso que Winnicott (1984), o pediatra-psicanalista inglês nos ensinou, por meio do jogo do rabisco, no qual a criança não desenha só (como nos “testes psicológicos”), mas o terapeuta se lança com ela num jogo de desenhar.

Ou ainda, o que Daniel Stern (1992), psicanalista e pesquisador norte-americano do desenvolvimento

emocional de bebês, chama de ser bilíngüe no trato com a criança. Ele diz ter tido aos sete anos uma importante experiência: observando bebês na interação com os adultos, diz ter sido capaz de entender simultaneamente a linguagem do bebê e do adulto. Naquele momento, para ele parecia óbvio que o bebê estava lá por inteiro, mas que o adulto não parecia entendê-lo de jeito nenhum. Ocorreu-lhe que ele estava em uma idade central, que ainda era bilíngüe e perguntou-se se teria que perder esta habilidade quando ficasse mais velho, dizendo que o bilingüismo foi uma ferramenta clínica importantíssima e vital para ele. Entendamos o bilingüismo não apenas como a posse de dois sistemas de linguagem, mas também como a capacidade de variação permanente que afeta cada um, impedindo-o de ser homogêneo.

A delicadeza refere-se ao respeito à condição peculiar da criança e do jovem: de crescimento, de constituição dos seus territórios e de seus mundos. Respeito à sua diferença (VICENTIN, 1997).

SETE PROPOSIÇÕES EM TORNO DA PECULIARIDADE DA CLÍNICA DA INFÂNCIA

Enunciada a regra ética, passemos a considerar a singularidade desse campo.

1. É tardia a entrada da criança no campo específico da assistência pública em saúde mental, de tal forma que uma clínica psicopatológica da criança se constituiu apenas após os estudos sobre o desenvolvimento psicológico da criança e uma psicanálise de crianças já terem se formulado (não se distinguindo, então, os territórios da psicopatologia e da psiquiatria dos da clínica e da saúde mental, como se constituiu com o adulto), conforme salienta um importante estudioso da psicopatologia, P. Becherie (1992). Ele situa a década de 1930 como marco de uma “pedo-psiquiatria” (quando do surgimento da noção de psicose infantil, distinta da do adulto e da realização do I Congresso de Psiquiatria Infantil) e nos chama a atenção para essa “disparidade” da constituição da clínica psicopatológica do adulto. Bercherie (1992) considera que “o que impediu que uma clínica psicopatológica da criança se constituísse antes de uma psicologia da criança aparecer foi a ausência de qualquer compreensão do observador adulto, de qualquer medida comum entre o adulto e a criança. O que é normal e o que é patológico, sem essa base? (Daí as categorias importadas

⁽⁶⁾ A familiarização, isto é, a instauração da família moderna como unidade social natural e fechada, da maternidade como maternagem, bem como a justiça de menores foram importantes instâncias de normatização e controle da infância, muito bem analisados por J. Donzelot no “*A polícia das famílias*” (DONZELOT, 1986).

da clínica do adulto para a clínica da criança tal como aconteceu ao longo do sec. XIX)” (p. 37). Outros estudiosos como Castel (1978) entendem que o sistema asilar na sua origem respondeu às questões de gestão político-social de problemas de pessoas que afetavam a ordem social pela sua “irresponsabilidade” ou “periculosidade”. No caso das crianças, sob tutela da família, estas assumiam a maioria dos problemas de responsabilidade civil, penal ou de assistência material a elas relacionadas, não se configurando uma assistência psiquiátrica da infância⁽⁷⁾.

2. As crianças foram prioritariamente cuidadas e referidas às práticas disciplinadoras: as escolares, pedagógicas, pediátricas e familiares que as lançaram num complexo campo interinstitucional e de atravessamentos sócio-histórico-políticos. Mas, dessa inunção de saberes participaram também alguns saberes psicológicos, psicanalíticos e outros pedagógicos que, em alguma medida, subverteram o lugar de tutelada que a criança ocupou nos séc XVII e XIX e a inscreveram como “construtora de saber e sujeito de desejo” – pela linha da psicologia do desenvolvimento, na concepção construtivista (Piaget) e pela linha da psicanálise (com a concepção de uma sexualidade e de um saber da criança: as teorias sexuais). Isso resultou num potente “misto” de saberes (diferente da cisão que persistiu por mais tempo no campo da saúde mental do adulto entre as diferentes áreas da saúde), que inscreve o “desenvolvimento infantil” numa possível transdisciplinaridade⁽⁸⁾.

3. As crianças, porque estão nessa encruzilhada de excesso de demandas pelo lado do mundo adulto e de inúmeros atravessamentos institucionais, têm seus conflitos, seus sofrimentos (ou seus “phatos”) transbordando para todo o campo social, pondo em questão os ideais adultos e implicando os adultos. Ou seja, porque fazem crise nas famílias e nas instituições, os “transtornos” da infância têm a potência de desafiar o mundo adulto a analisar permanentemente seu posicionamento (consciente e inconsciente) no mundo.

4. A rede de danos que trama o sofrimento da criança é ampla. Por isso temos o desafio de pensar uma psicopatologia que não fique restrita aos mecanismos endopsíquicos. Nem o sofrimento, nem o tratamento devem ser entendidos como sendo *da criança*. Daí pensarmos que de todos ‘se trata’: da criança, de sua família, de seus

entornos, de seus terapeutas, e da própria instituição de tratamento e dos processos sócio-político-institucionais de produção de subjetividade. Trata-se então de transformar os graves comprometimentos psíquicos em compromissos coletivos, em redes sociais de proteção. Com a infância, constatamos o enorme valor dos contextos e das redes sociais nos destinos dos “transtornos psíquicos”. Nenhuma criança ou adolescente pode crescer sustentados pela intolerância, assim como não pode desenvolver-se numa sociedade inerte diante de seus problemas. Crianças e adolescentes, para enfrentar a difícil tarefa de crescer e pertencer ao mundo, precisam ter assegurados laços sociais em torno de si, como uma teia com a textura certa para proporcionar-lhes acolhimento. Esses laços protetivos devem configurar uma remontagem do social, de modo a estabelecer correntes sociais que não se rompam nos seus elos mais frágeis; uma remontagem que reverta o efeito sedativo, imobilizante e enrijecedor que a violência, a miséria e a exclusão têm sobre nós. Dito de outro modo, a vulnerabilidade e o “risco social” que atravessa os corpos e as vidas de crianças e de adolescentes diminuem quanto mais se ampliam os compromissos coletivos.

5. Nenhuma criança se constitui sujeito fora do campo de significação adulta, nem pode se desenvolver sem ter assegurados laços sociais em torno de si. Mas, por sua singular posição de estar constituindo-se, guarda uma enorme potência plástica, polimórfica, de indecidibilidade e de abertura. A criança detém uma fragilidade constitucional subjetiva que está justamente a serviço da construção de mundos, de potência de ser. Inexiste algum caminho prévio e determinado que a criança devesse seguir a fim de se tornar um adulto. Criança é movimento singular que, afetado em seu percurso pelas múltiplas práticas modelares e inúmeros saberes técnicos, encontra seus próprios caminhos de resistência à normatização.

6. Os saberes médico, psicológico ou educativo não podem “fechar” – a partir de qualquer idéia de uma “técnica” ou de um tratamento acabado – o espaço de subjetividade de uma criança e a possibilidade de uma criança interpelar e se expressar no mundo. Essa é a dimensão bilíngüe que qualquer saber precisa manter para trabalhar com a infância. Nem podem deixar de operar transversalizando os diferentes atores e instituições do campo da infância. Só se transformam os graves comprometimentos psíquicos em

⁽⁷⁾ Cabe lembrar que as crianças adentraram o serviço psiquiátrico pela via do retardo mental e das escolas especiais.

⁽⁸⁾ Não estamos desconsiderando que a psicanálise e as teorias do desenvolvimento compuseram a estratégia de normatização/familiarização da infância. Sobre isso ver Donzelot (1986). Mas queremos ressaltar que essas produções tiveram uma importante dimensão disruptiva e alterativa na concepção da infância.

compromissos coletivos quando conseguimos reunir o melhor de cada mundo: o das crianças, das famílias, dos terapeutas, das instituições, da escola, da cidade.

Especialmente no trabalho com as crianças com graves transtornos psíquicos ou em situação de vulnerabilidade, “precisamos tomar partido entre apassivá-las como inaptas para a vida ou fabricar com elas ferramentas para quebrar o feitiço apassivador da exclusão” (ANDRÉ; BASILE, 1999). Ou seja, é importante construir com elas as ferramentas clínicas, terapêuticas e sociais para que elas se exponham ao mundo, mesmo que radicalmente diferentes das crianças ideais, ultrapassando as fronteiras da exclusão⁽⁹⁾. O trabalho clínico e de inclusão escolar de crianças com graves transtornos emocionais nos mostrou a importância de mudar de paradigma: de passar de um modelo do dano, do paradigma da patologia para o desafio. Entendemos que as reações e as respostas a um problema são elementos co-constitutivos do mesmo. Chamamos modelo do dano à forma clássica de se operar conferindo aos obstáculos muito maior força e importância do que a nossa capacidade de enfrentá-los. Esta visão tende a condicionar a perspectiva de resolução dos problemas em profecias negativas, criando um futuro anunciado. Outra perspectiva é a do desafio, na qual as considerações sobre os problemas são acompanhadas do reconhecimento de possibilidades de enfrentamento e as perguntas condutoras da intervenção inclinam-se na direção das positivities dos processos.

Lançadas essas proposições, é hora de seguirmos a trilha aberta por Bercherie (1992): não é que a clínica moderna da criança, tal como se estruturou, sobre bases autônomas, é que está em condições de oferecer à psicopatologia um modelo de abordagem e de conceitualização bem destacado do paradigma médico que ainda continua a marcar a clínica do adulto? Podemos complementar: configurando-se como uma clínica transdisciplinar e em rede, uma clínica ampliada. “Não surpreende que ela desempenhe um papel piloto e que exerça uma função de abertura para o conjunto da clínica” (p. 38).

INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: UMA CLÍNICA AMPLIADA

Com a infância e a adolescência não há outra forma de pensar a atenção ou o cuidado em saúde que não seja necessariamente interdisciplinar e intersetorial.

Prioridade absoluta na Constituição Federal, a infância e a adolescência ganham uma singular posição no campo dos direitos: o direito à saúde e ao desenvolvimento pessoal e social de crianças e adolescentes são imediatamente direitos sociais, pois não há como fazer crescer e desenvolver crianças e adolescentes sem a necessária rede de proteção social. No caso da criança e do adolescente, a integralidade deve ser pensada não apenas em termos de saúde, mas como proteção integral – no conjunto de seus direitos, como preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Neste ponto já podemos esboçar uma certa definição de rede de proteção social ou do que estamos chamando de uma clínica ampliada. Rede pode ser definida como um micro-sistema que envolve múltiplos interesses e sentidos e que se dedica à promoção do bem-comum. Outro modo de defini-la é como um dispositivo coletivo de proteção, uma roda de reversão das dificuldades, uma convergência de ações e de encontros e interações entre diferentes atores com um sentido compartilhado. O trabalho em rede opera com a constituição de laços sustentados em torno de um objetivo comum, articulando diferentes níveis de complexidade e de recursos.

Mas atenção: trabalhar em rede é trabalhar convergentemente, mas não indiferenciadamente. Tanto mais diferenciado e heterogêneo os lugares na rede, mais rede. O trabalho em rede pressupõe a crença de que a diversidade proveniente de diferentes saberes e campos de experiências permite ampliar a leitura dos fenômenos e gerar novos recursos de ação. As diferenças de contribuições devem ser sintetizadas numa direção comum. Assim, a lógica da rede é completamente diferente da lógica do “encaminhamento”: no encaminhamento, passa-se ao outro o problema ou uma parte do problema; na rede é a dimensão do encontro e do mútuo compromisso de reverter uma dificuldade, de superar um obstáculo, que conta.

⁽⁹⁾ Era necessário realizar uma torção nas formas de conceber a infância e a infância louca para abrir caminhos mais estratégicos na construção de dispositivos de inclusão. Normalmente tidas como problemáticas, muitas vezes como casos perdidos, como psiquicamente fracassadas, inaptas para a vida e para o aprendizado, nos parecem, ao contrário, que as crianças com graves comprometimentos psíquicos carregam a potência de superar estes obstáculos, desde que também nos movimentemos a reinventar o mundo a partir do seu ponto de vista. Estamos acostumados a olhar a criança do ponto de vista do adulto, a patologia do ponto de vista da normalidade, mas, se olharmos o mundo a partir da infância e da loucura, veremos que vivemos numa sociedade árida, que oferece poucas opções de possibilidade de ser. Olhar mundo a partir da ótica da loucura e da infância exigirá então que o mundo se flexibilize diante das diferenças.

A rede deve acolher também a singularidade de percurso de cada sujeito: diferentes usuários, diferentes usos. Vejam que o acento do trabalho em rede é no relacional, no vínculo.

É importante ressaltar que a intersectorialidade na atenção à infância e juventude tem diferentes dimensões:

- uma dimensão mais molecular: a dimensão das tramas humanas, do tecido social que se forma entre os diferentes profissionais e crianças, agentes de saúde e as famílias;

- uma dimensão micro: que são as tramas constituídas no interior das equipes e entre as equipes de trabalho, na arquitetura montada para o projeto terapêutico;

- uma dimensão macro: que é a do tecido social entendido como as vontades políticas que se instalam em torno da criança: os esforços governamentais e os da sociedade civil (as políticas de saúde, de educação, a legislação...).

Finalmente cabe a pergunta: o que a clínica da infância pode restaurar para todos, nesta época de aridez e de “desencantamento do mundo”? Lembremos de Walter Benjamin: ele destaca na infância não a sua ingenuidade

ou inocência, mas sim a inabilidade, a desorientação, a falta de desenvoltura das crianças em oposição à “segurança” dos adultos. Comentando Benjamin, Gagnebin (1997) nos lembra que:

“(…) esta incapacidade infantil é preciosa: não porque ela nos permite lançar um olhar retrospectivo comovido e cheio de benevolência sobre os coitadinhos que fomos ou que nos cercam hoje. Mas porque ela contém a experiência preciosa e essencial ao homem do seu desajustamento em relação ao mundo, da sua insegurança primeira, enfim da sua não-soberania. Essa fraqueza infantil também aponta para verdades que os adultos não querem mais ouvir: verdade política da presença constante dos pequenos e dos humilhados que a criança percebe, simplesmente porque ela mesma, sendo pequena, tem outro campo de percepção. (...) Ela é o signo sempre presente que a humanidade do homem não repousa somente sobre sua força e poder, mas, de maneira mais secreta, mas essencial, sobre suas faltas e suas fraquezas. É porque a infância não é a humanidade completa e acabada que ela nos indica o que há de mais verdadeiro também no pensamento humano: a sua incompletude, isto é, a invenção do possível” (p. 98-9).

VICENTIN, M. C. G. Childhood and adolescence: a needed broaden care. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 17, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2006.

ABSTRACT: The present paper tries to sketch out some key ideas that we consider interesting to the establishment of a psychological care for child and that are the result of our activity whether as professionals connected with this exactly ground or as participants, at the university, in psychologists' qualification for this specific area. Differently from the adult, the entrance of the child and the adolescent in the mental health's field took a longer path: it will be only in the 20th century that a psychological care for child will end up being established as an autonomous area of study. This particular history and the specificity of a child's subjective constitution will help characterize this mental care as a multi-disciplinary and interconnected subject: indeed, a broaden care. Therefore, the modern child care is suited for offering to psychopathology an approaching and conceptualizing model well dissociated from the medical paradigm that still continues to be the mark of the adult psychological care.

KEYWORDS: Disabled children/rehabilitation. Mental health. Child care. Community networks. Policy making.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, H. W. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. *Rev. Bras. Educ.*, n. 5/6, p. 25-36. Número Especial.

ANDRÉ, S. AI-B.; BASILE, O. Fábrica de mundos. Ferramentas conceituais para o tratamento das psicoses infantis. In: FERNANDES, M. I. et al. (Org.). *Tecendo a rede*. Taubaté:

Cabral Ed., 1999.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BERCHERIE, P. *A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico*. In: *Da psiquiatria infantil à clínica da criança*. Belo

Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 1992. Fasc. 7.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTRO, L. R. de (Org.). **Infância e adolescência na cultura do consumo**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 1988.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FERENCZI, S. Confusão de língua entre adultos e crianças. A linguagem da ternura e da paixão. In: BIRMAN, J. (Org.). **Escritos psicanalíticos 1930-1933**. Rio de Janeiro: Taurus, s. d.

GAGNEBIN, J. M. Infância e pensamento. In: GHIRALDELLI Jr. (Org.). **Infância, escola e modernidade**. São Paulo: Cortez, Editora da Universidade Federal do Paraná, 1997.

GARCIA MÉNDEZ, E. **Infância e cidadania na América Latina**. São Paulo: Hucitec; Instituto Ayrton Senna, 1998.

KASTRUO, V. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: FONSECA, T. M. G.; KIRST, P. (Org.). **Cartografias e devires**. A construção do presente. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

LESCHER, A. D.; GRAJZER, B.; BEDOIN, G.; AZEVEDO, L. M.; SILVA, L. N.; PERNAMBUCO, M. C. A.; CARNEIRO Jr, N. **Crianças em situação de risco social**: limites e necessidades de atuação do profissional de saúde. Resultado da Fase I do Projeto de pesquisa/ FAPESP- Programa de políticas públicas. São Paulo, setembro 2004. Disponível em: <http://www.projetoquixote>.

epm.br/publicacao.pdf.

LOURAU, R. Prefácio. In: ALTOÉ, S. **Infâncias perdidas**. Rio de Janeiro: Xenon, 1980.

LOURAU, R. Mesa giratoria. Hipercomunicación adulto/niño. In: ACEVEDO, M. J.; VOLNOVICH, J. C. (Orgs.). **El espacio institucional II**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1991.

MANNONI, M. Infancia administrada. In: VIDIGLIONE, A. (Org.). **Loucura y sociedad segregativa**. Madrid: Anagrama, 1976.

ROLNIK, S. "Nota de tradução". In: GUATTARI, F. **Revolução molecular**. Pulsações políticas do desejo. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Proposta de organização da atenção em saúde mental no Estado de São Paulo**. São Paulo, 2003.

STERN, D. **O desenvolvimento interpessoal do bebê**. Uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VICENTIN, M. C. G. O educador bilíngüe: nas fronteiras da sexualidade e da violência. In: AQUINO, J. G. (Org.). **Sexualidade na escola**. Alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus, 1997.

WINNICOTT, D. W. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

Recebido para publicação: 23/01/06

Aceito para publicação: 06/02/2006