



Dossiê

Dar lugar à palavra: reverberações da clínica com imigrantes bolivianos num CAPS infantojuvenil

Julia Hatakeyama Joia; Janaina Lopes Diogo; Sthefânia Kurkdjian Restiffe de Carvalho; Cláudia Nabarro Munhoz

Resumo. A chegada de crianças filhas de imigrantes bolivianos no CAPS infantojuvenil Mooca vem ocorrendo com maior frequência. Essas crianças chegam ao serviço com queixas de problemas do desenvolvimento, destacando-se atraso na fala e dificuldade na interação, muitos com a hipótese diagnóstica de autismo interrogada. Neste artigo, apresentaremos um grupo terapêutico com imigrantes, que possibilitou um espaço de acolhimento para crianças e famílias e a abertura para narrar e elaborar sobre vivências de sofrimento, desenraizamento e solidão. Buscaremos ampliar as leituras possíveis para os problemas do desenvolvimento apresentados pelas crianças, interrogando como podem estar relacionados à experiência de imigração e seus efeitos sociopolíticos na subjetividade. Por fim, discutiremos como a demanda social por diagnósticos responde à razão psiquiátrica contemporânea e não à demanda de cuidado e escuta das crianças.

Palavras-chave: crianças e adolescentes; transtorno do espectro autista; desenvolvimento infantil; CAPS infantojuvenil; imigração boliviana.

* Psicóloga e psicanalista. Mestre em Psicologia Social. Integrante do Coletivo Sustentar – psicanálise, infâncias e saúde pública, do Departamento de Psicanálise com Crianças do Instituto Sedes Sapientae. Trabalhadora do CAPS Infantojuvenil Mooca. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: julia.joia@gmail.com

** Psicóloga e psicanalista. Discente no Mestrado Profissional Interunidades: Formação Interdisciplinar em Saúde – USP. Integrante do Coletivo Sustentar – psicanálise, infâncias e saúde pública, do Departamento de Psicanálise com Crianças do Instituto Sedes Sapientae. Trabalhadora do CAPS Infantojuvenil Mooca, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: lopesdiogojanaina@gmail.com

*** Psicóloga, psicanalista e acompanhante terapêutica. Especialização em Psicanálise com Crianças pelo Instituto Sedes Sapientae. Integrante do Coletivo Sustentar – psicanálise, infâncias e saúde pública, do Departamento de Psicanálise com Crianças do Instituto Sedes Sapientae. Trabalhadora do CAPS Infantojuvenil Mooca. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: sthefania.carvalho@gmail.com

**** Psicóloga e psicanalista. Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, com especialização em Estimulação Precoce pelo Instituto Travessias da Infância - Centro Lydia Coriat São Paulo. Trabalhadora do CAPS Infantojuvenil Mooca. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: claudiamunhozpsico@gmail.com

Dando paso a la palabra: reverberaciones de la clínica con inmigrantes bolivianos en un CAPS

Resumen. La llegada de hijos de inmigrantes bolivianos a los CAPS para niños y jóvenes de Mooca viene ocurriendo cada con mayor frecuencia. Estos niños llegan al servicio con retraso en el habla y el desarrollo y dificultad en la interacción, muchos ya con la hipótesis diagnóstica de autismo. Aquí presentaremos un grupo terapéutico con inmigrantes, con un espacio de acogida para niños y familias y la apertura para narrar y elaborar experiencias de sufrimiento, desarraigo y soledad. Buscaremos ampliar las posibles lecturas de los retrasos presentados, cuestionando cómo pueden estar relacionados con la experiencia de la inmigración y sus efectos sociopolíticos en la subjetividad. Finalmente, discutiremos cómo la demanda social de diagnósticos responde a la psiquiatría y no a la demanda de cuidado y escucha de los niños.

Palabras clave: niños y adolescentes; autismo; desarrollo infantil; CAPS para niños y adolescentes (CAPSij); inmigración boliviana.

Give place to the word: reverberations of the clinic with bolivian immigrants at a CAPS

Abstract. The arrival of children of Bolivian immigrants at CAPS juvenile Mooca (Psychological Support Center) with speech and developmental delays, has severely increased over time. These children arrive at the center with speech delays, isolation, impairments in social cognition and behavioral, many of them hypothetically diagnosed with autism. In this article, we'll introduce a specific therapeutic group of immigrants that collaborated to describe experiences of suffering, cultural uprooting and loneliness. We will try to broaden the possible reasons for delay in development demonstrated by children, interrogating how it could be related to the immigration experience and its subjective social-political effects. Lastly, we will discuss how the social demand for diagnoses respond to psychiatric reasons as opposed to care and listening to children's necessities.

Keywords: children and adolescents; autism; children's developmental; CAPS for children and adolescents (CAPSij); bolivian immigration.

Faire place aux mots: réverbérations de la clinique avec des immigrants boliviens dans un CAPS

Résumé. L'arrivée d'enfants fils d'immigrants boliviens chez le CAPS des enfants et des jeunes Mooca est plus fréquente. Ces enfants viennent avec retard dans la parole et dans le développement, des difficultés d'interaction, plusieurs parmi eux avec l'hypothèse diagnostique de autisme. Ici, nous présentons un groupe thérapeutique avec des immigrants, avec un espace d'accueil aux enfants et aux familles, ainsi que l'ouverture pour raconter et élaborer les vécus de survie et de souffrance, de déracinement et de solitude. Nous chercherons à élargir les lectures possibles des retards présentés par les enfants, en étudiant la relation avec l'expérience d'immigration et ses effets sociopolitiques sur la subjectivité. Nous discutons, de quelle façon la demande sociale les diagnostiques répond à la psychiatrie et non à la demande de soins et d'écoute des enfants.

Mots-clés: enfants et adolescents; autisme; développement infantile; CAPS des enfants et des jeunes (CAPSij); immigration bolivienne.

O CAPS infantojuvenil¹ Mooca é um dos serviços pioneiros de atenção à saúde mental infantojuvenil no município de São Paulo, tendo sido criado em 1992, na época como um

¹ As portarias ministeriais desde a implantação dos CAPSi destinam o serviço ao cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Usaremos a nomenclatura CAPS infantojuvenil (CAPSij) e não CAPSi como é nomeado nas portarias ministeriais, uma vez que, na gestão de Fernando Haddad (2013 a 2017), a coordenação de Saúde Mental do município de São Paulo incluiu o "j" de juvenil na nomenclatura, para efetivar a atribuição do cuidado aos adolescentes do CAPSij.

Hospital Dia Infantil (HDI), voltado ao atendimento de crianças com graves comprometimentos psíquicos (psicóticas, neuróticas graves e posteriormente autistas), que sequer frequentavam a escola, permanecendo muitas vezes fechadas em casa. O HDi surgia como uma possibilidade de ampliar ou, muitas vezes, inaugurar uma circulação social para além da família, fazendo interlocuções com a escola, por exemplo, que à época funcionava em torno das salas especiais para crianças com deficiência e crianças com transtorno, e recém gestava os processos transformadores da inclusão escolar. Em 2003, com a Lei da Reforma Psiquiátrica, o Hospital Dia Infantil tornou-se CAPS infantil (e posteriormente infantojuvenil), um serviço substitutivo às antigas internações psiquiátricas, de funcionamento multidisciplinar, territorial e em rede, e destinado ao cuidado psicossocial de crianças e adolescentes com transtornos mentais².

O atendimento a imigrantes, apesar de ganhar evidência nos últimos anos, remonta aos primeiros casos de filhos de bolivianos recebidos no CAPS, há cerca de 15 anos, figurando dentre eles o emblemático caso de um menino de 5 anos, cujo único som que produzia imitava o barulho da máquina de costura de seus pais. Ao longo dos anos, o serviço vem recebendo uma diversidade cada vez maior de nacionalidades: angolanos, venezuelanos, peruanos, afegãos, sírios. Ainda assim, as famílias bolivianas figuram como predominantes dentre as populações imigrantes que chegam ao CAPSij Mooca. Isto se deve ao fato do território abrangido pelo serviço, em especial os bairros da Mooca, Pari, Brás e Belenzinho, ser historicamente uma das maiores concentrações de bolivianos na cidade de São Paulo.

O primeiro movimento migratório de bolivianos em São Paulo foi entre 1950 e 1970, com um programa de intercâmbio de estudantes entre Brasil e Bolívia. O segundo movimento migratório de bolivianos para o Brasil ocorreu a partir de fins da década de 1980, sendo relacionado majoritariamente à indústria do vestuário presente na capital paulista e sua região metropolitana (Ribeiro, 2016). O processo foi iniciado por imigrantes coreanos, na época já inseridos no setor de costura, que passaram a contratar bolivianos como costureiros. Com o decorrer do tempo, a comunidade coreana transferiu o controle das oficinas para os próprios bolivianos, enquanto passaram a se dedicar à distribuição e ao comércio. Os imigrantes, em geral, são jovens de ambos os sexos, solteiros, provenientes de várias regiões da Bolívia, mas em especial La Paz e Cochabamba. Moram e trabalham nas oficinas de costura, conhecidas pelas duras condições de trabalho, com jornadas diárias de catorze horas ou mais, baixa remuneração e insalubridade (Ribeiro, 2016; Silva, 2006). A exaustão e a sobrecarga de trabalho são elementos presentes praticamente na totalidade dos relatos das famílias, que migram buscando melhores condições de vida, mas muitas vezes se encontram em condições piores do que as que foram prometidas ao sair da Bolívia.

Observamos que as famílias tendem a ter pouca interação social, vivendo muitas vezes em isolamento, mesmo em relação a outras famílias bolivianas. Sabemos também que mantêm pouco contato com a família que deixaram na Bolívia. São recorrentes as falas de medo e desconfiança a respeito da cidade e das pessoas e a preocupação com a regularidade da documentação. Quanto aos bebês e crianças pequenas, é recorrente o relato de que ficam nos berços com rádios ou TVs ligadas por horas a fio enquanto seus pais trabalham, sendo este o

² Em 2011, a portaria da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) trouxe a ampliação do escopo de atendimento dos CAPS, fortalecendo a noção de sofrimento psíquico, correlacionado a situações de alta vulnerabilidade, e também no caso de uso de crack, álcool e outras drogas.

único modo de distração e estímulo para eles. Em alguns casos, até mesmo esse recurso é proibido por parte do dono da costura³.

A partir do trabalho neste CAPS, Joia (2021) problematiza efeitos da imigração na correlação com as questões trazidas pelas crianças, como uma forma de sofrimento sociopolítico (Rosa, 2016). Naquela ocasião, trabalhou com os relatos trazidos pelos pais, questionando como o lugar social desqualificado de imigrantes e trabalhadores da costura tem efeitos de um desamparo discursivo (Rosa, 2016) que favorece o silenciamento das famílias nas transmissões culturais e afetivas com as crianças. O desenraizamento e a falta de redes de circulação e cuidado também incidem na produção de solidão dos casais, que se veem sem as referências familiares e culturais que ficaram na Bolívia (Joia, 2021).

Por outro lado, atravessamentos do lugar “ilegal”, das barreiras de acesso às políticas públicas, a xenofobia e o racismo reforçam a desconfiança generalizada e a perda dos referenciais. Nas escolas com alta demanda de imigrantes latinos, como endossado por diversos autores (Freitas e Silva, 2015; Gondin, Pinezi & Menezes, 2020) as crianças filhas de imigrantes são majoritariamente discriminadas e a orientação aos pais é a de não utilizar o espanhol dentro de casa, apenas o português, idioma falado com dificuldade por alguns pais e mães. Em muitos casos, soubemos que sequer o espanhol era efetivamente a língua materna dos pais, e sim o aymará⁴, o quechua ou o guarani, idiomas indígenas interditados na história da Bolívia. Assim, sob o argumento da adaptação das crianças ao Brasil, temos efeitos de desvalorização e silenciamento da língua e da identidade boliviana e indígena, além de uma interrupção nas transmissões do campo simbólico pertinente àquela cultura. Com as feições indígenas e o sotaque, tampouco poderão alcançar uma cidadania brasileira efetiva.

As famílias de origem boliviana chegam semanalmente no CAPSij Mooca em busca de avaliação e tratamento em saúde mental para um ou mais filhos, com as principais queixas sendo de atraso ou não aquisição da fala, dificuldades na interação social e, em algumas situações, sintomas mais agravados, que levam a indagar sobre a hipótese diagnóstica de autismo⁵. As crianças chegam com idades variando entre 1,5 e 6 anos, a maior parte encaminhada pelas escolas (CEI e EMEI)⁶, pela atenção básica (Unidade Básica de Saúde) das regiões Mooca, Brás, Belém, Pari e, em alguns casos, por busca espontânea. Na maioria dos casos, os encaminhamentos já vêm com a hipótese diagnóstica de Transtorno do Espectro Autista (TEA) interrogada, o que corrobora com a tendência contemporânea de aumento exponencial deste diagnóstico na primeira infância, no que vem sendo chamado de “epidemia” diagnóstica (Jerusalinsky, 2016).

³ Estas observações coincidem com pesquisas sobre os fluxos migratórios de bolivianos para SP (Illes, Timoteo & Fiorucci, 2008, p. 205), enfatizando-se a coação psicológica presente nas relações entre trabalhadores e patrões.

⁴ Na Bolívia, 47% da população fala algum idioma indígena, sendo que 36% a têm como língua materna, segundo Censo de 2001 (Wikipedia, 2021).

⁵ Os casos que necessitam de estimulação específica para a fala são encaminhados para atendimento fonoaudiológico na Atenção Básica.

⁶ Centro de Educação Infantil e Escola Municipal de Educação Infantil, escolas do município de São Paulo para crianças de 0 a 5 anos.

O aumento gradativo da quantidade de filhos de bolivianos que chegam para atendimento no CAPS⁷ e a gravidade dos quadros que apresentam têm gerado grande preocupação na equipe. Em maio de 2022, estavam sendo atendidas neste serviço 75 crianças com hipótese diagnóstica de algum transtorno ou atraso no desenvolvimento. Destas, 26 eram imigrantes ou filhas de imigrantes, representando 34,7% do total de crianças atendidas, uma proporção bastante significativa.

Esse contexto é similar ao apresentado por Weinert (2015), para quem a proporção de crianças filhas de imigrantes que chegavam com hipótese diagnóstica de TEA ao CAPSij da Vila Maria (Zona Norte) era maior do que a de não imigrantes. Também na região central, a partir dos anos 2010, os serviços de saúde passaram a receber enxurradas de encaminhamentos de escolas para avaliação em saúde mental de crianças imigrantes, muitos com suspeita de autismo (Brandalise, 2017).

Esse artigo busca, partindo do trabalho de Joia (2021) e de elementos do trabalho clínico, dar visibilidade e avançar em relação à complexificação das leituras sobre o sofrimento psíquico dessas crianças e também ao potencial terapêutico que os dispositivos grupais podem ter no cuidado destas e de suas famílias. Apresentaremos inicialmente um dispositivo clínico formado especificamente por imigrantes bolivianos e seus filhos e, posteriormente, vinhetas deste trabalho, a fim de discutir alguns temas que suscitam. Por fim, discutiremos em torno dos laudos e diagnósticos e seu impacto no cuidado das crianças na rede e buscaremos refletir sobre este modo de sofrimento como efeito subjetivante do contemporâneo, com o intuito de apontar a necessidade de se pensar intervenções em políticas públicas que possam incidir sobre o campo de produção de fatores de risco para o desenvolvimento dessas crianças.

A aposta no dispositivo grupal no CAPS: a criação do Grupito

Os dispositivos grupais são bases fundamentais e indissociáveis da história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, uma aposta fundamental do cuidado da população, sob a ótica do cuidado comunitário e coletivo. Com o redirecionamento da lógica de cuidado para a cidadania, a reinserção social e a construção coletiva, os grupos passaram a ser lugares privilegiados de trocas, e de construção da subjetivação, sob a forma de grupos de acolhimento, oficinas, grupos terapêuticos, grupos de famílias, assembleias, etc. (Almeida & Oliveira, 2010).

No CAPSij Mooca, o trabalho clínico com a infância reúne crianças de diferentes perfis e idades aproximadas em grupalidades que favoreçam a interação, o brincar compartilhado e a socialização. Em encontros semanais, dois ou mais terapeutas oferecem material lúdico pensado para cada grupo e propõem intervenções a partir dos elementos apresentados pelos participantes em sua singularidade, instaurando um espaço de encontros e movimentação.

A aposta grupal é no sentido do que Kupfer, Voltolini e Pinto (2010) apontam sobre como potencializar os efeitos terapêuticos do que uma criança pode fazer pela outra, ou seja, o estímulo e o reconhecimento mútuo e que transcende a intervenção terapêutica do adulto. Observamos o quanto esses efeitos se ampliam nos grupos; na maioria dos casos, este

⁷ As crianças que ficam em atendimento no CAPS são aquelas que apresentam maior gravidade; no caso das crianças filhas de bolivianos, além de muitos casos serem tratados no CAPS, muitos também são atendidos, principalmente em fonoaudiologia, pelas UBS.

dispositivo vem se mostrando um espaço que produz efeitos subjetivantes e novos lugares identificatórios para as crianças (Tiussi, 2012).

Além disso, consideramos que os grupos são a experimentação de um pertencimento para aqueles que Voltolini (2022) chama de “crianças fora de série”, que estão fora do laço, dos espaços de pertencimento e socialização. São aquelas que, por algum motivo, não “cabem” nos espaços escolares ou não conseguem sustentar estar fora do contexto familiar, aquelas que não se enquadram nos padrões esperados, e que comumente só podem ser vistas desde o viés da patologia: os “autistas”, os “desafiadores”, os “atrasados”, os “transtornados”.

No CAPSij Mooca, paralelamente aos grupos de crianças, são realizados grupos com familiares e cuidadores, que visam tratar coletivamente das experiências de cuidados com as crianças. A proposta desses encontros é abrir espaço para a fala acerca da criança, para que possam emergir possíveis dificuldades do próprio cuidador na relação com ela, conflitos familiares que esta atualiza, questões relacionadas à rede de acompanhamento e aos espaços de convivência da família.

No caso das famílias bolivianas e seus filhos, uma observação recorrente era a de que, em comparação às famílias não imigrantes, falavam bastante baixo, em uma postura mais retraída, tímida e receosa. Observamos que em grupos com outras famílias não imigrantes, familiares bolivianos permaneciam em geral mais silenciosos, não parecendo à vontade para falar sobre seus filhos, preferindo se remeter aos terapeutas fora do espaço do grupo, ou mesmo deixando de frequentar o grupo. Essa timidez, associada ao sotaque, tornam a comunicação mais lenta e delicada, exigindo maior atenção por parte dos profissionais e das outras famílias participantes.

Por outro lado, essa postura também funciona como uma forma de proteção das famílias imigrantes frente às vivências de racismo e xenofobia e às diversas violências sofridas em Hospitais, Escolas, na Polícia Federal e outros órgãos, nas relações sociais em geral. Não sabendo em quem confiar, mantêm um contato mínimo com os serviços, buscando passar despercebidos. Essa impressão vai ao encontro do que Weinert (2015) descreve como a percepção dos imigrantes bolivianos de serem discriminados nos serviços de saúde, tratados diferentemente dos não imigrantes, desacreditados e questionados frequentemente sobre seu modo de vida e a legitimidade de estarem no Brasil.

A partir dessas indagações, optamos por criar um dispositivo grupal voltado especificamente para imigrantes bolivianos, de forma a abrir espaço a uma escuta mais cuidadosa dessas famílias, que também levasse em conta o atravessamento da imigração como central nos processos de subjetivação. Mesmo atentas ao risco de operar uma lógica segregatória ao criar um dispositivo específico para famílias bolivianas, decidimos ainda assim experimentar esse grupo, apostando em seu potencial de acolhimento às famílias e de ampliação de nosso alcance em termos de escuta e intervenção. Nesse sentido, essa invenção se constitui como um dispositivo clínico e investigativo, apoiando-nos na pesquisa acerca da pergunta que se repete pelas salas de atendimento e que nos intriga a cada nova chegada: “o que acontece com essas crianças?”.

Foram criados dois grupos de crianças, com 8 participantes em cada um, cujas idades variam entre 3 e 7 anos. Os grupos de crianças ocorrem semanalmente e os grupos de familiares ocorrem quinzenalmente. Importante destacar que as famílias são convidadas a participarem dessa proposta específica para imigrantes bolivianos e, caso prefiram, têm a opção de tomar parte em outra grupalidade do CAPSij. Além disso, inúmeras outras famílias bolivianas seguem

em acompanhamento também em grupos com não imigrantes e em atendimentos individuais e vinculares, sendo esta estratégia entendida como um dispositivo a mais, e não o único, na esteira do trabalho clínico acumulado com imigrantes ao longo das últimas décadas⁸.

O trabalho com as famílias: dar lugar à palavra

Inicialmente, ao apresentarmos o grupo para as famílias, nos pareceu imprescindível justificar a opção por reunir famílias imigrantes: por um lado, para evitar a leitura como mais um dispositivo discriminatório, por outro, para explicitar a busca do serviço por investigar sobre os recorrentes casos de crianças filhas de imigrantes com histórias e sintomatologia tão similares entre si. Também propusemos que o espaço poderia ser bilíngue, ou multilíngue, buscando as mediações e traduções entre as famílias para facilitar o diálogo entre todos.

A preocupação com a chegada de cada vez mais filhos de bolivianos com problemas na fala e no desenvolvimento é recebida com concordância por diversos familiares, que comentam sobre outras crianças que conhecem com esses sintomas ou com o diagnóstico de TEA e sobre como essa situação inicialmente lhes causou muita angústia, principalmente porque nunca tinham ouvido falar sobre autismo; praticamente de forma unânime afirmam: “na Bolívia não tem autismo” ou “lá, nunca ouvi falar sobre isso”.

Poder falar sobre o que seria o autismo, a partir desse lugar “inexistente” culturalmente, e principalmente o desafio de manter essa dúvida em aberto na maior parte dos casos atendidos, foi um importante elemento mobilizador do grupo de famílias. Além disso, com o tempo, soubemos que na Bolívia, especialmente no contexto rural, os cuidados em saúde eram feitos majoritariamente com ervas medicinais, observação que é corroborada por Weinert (2015). Essa constatação, aparentemente de importância secundária, mostra como a cultura do cuidado de si e a relação saúde e doença dessas famílias é muito diferente da tradição ocidental biomédica, escancarando a diferença entre os campos simbólicos e culturais envolvidos no processo.

Sobre os primeiros anos dos filhos, é bastante frequente os familiares referirem não terem observado nada preocupante até os 3 anos, quando são alertados pela escola, pois a criança não está falando e apresenta diversas dificuldades na relação com o outro. Com as jornadas de 15 ou 17 horas de trabalho diárias, como a maioria dos familiares, o pai de Igor relata: “eu só conseguia dar atenção para o trabalho, mas como ele não aprendeu a falar e batia a cabeça na parede, eu achei que tinha algo de errado”. Essa fala mobiliza bastante o grupo, e todos concordam que ficam exaustos, dormem pouco, o tempo todo tomados pela necessidade de alta produtividade para subsistência e com dificuldade de acompanhar as crianças. Uma das mães lembra que o filho ficava no berço o dia todo quietinho enquanto ela trabalhava, e ela o via apenas para amamentar ou trocar fraldas. “Ele era muito tranquilo”. Mas posteriormente, quando ela reconheceu os atrasos no desenvolvimento, passou a indagar se toda aquela “tranquilidade” seria um sinal de que algo não ia bem.

⁸ Além do dispositivo grupal, são feitas também visitas domiciliares, atendimentos individuais, vinculares, reuniões com as escolas, com UBS e outros atores da rede, a depender das demandas.

Sabemos que o bebê necessita de um Outro encarnado e que faça presença humana junto a ele, que permita que se produzam inscrições primordiais para que ele possa “passar do afeto à representação, do corpo à linguagem” (Jerusalinsky, 2017), ou seja, entrar no campo do simbólico. É portanto uma hipótese que o contato impossibilitado pelo trabalho extenuante possa fragilizar os processos de desenvolvimento do bebê. Não estamos com isso culpabilizando a mãe ou o pai pela montagem que coloca o bebê em uma situação de risco psíquico, até porque a posição que ocupam na estrutura do trabalho estrangula suas possibilidades de viver de forma diferente. Estamos, pelo contrário, dando a ver os atravessamentos do modo de produção capitalista contemporâneo no padecimento dessas crianças e suas famílias.

Ainda sobre essa discussão, vem se construindo um consenso de que a exposição excessiva às telas tem consequências diretas na constituição psíquica (Bernardino, 2016). Esse é um sintoma contemporâneo, se quisermos chamar assim, mas que tem seus efeitos em cada uma das crianças de forma diferente. O uso das telas para “cuidar” dos bebês, enquanto os pais estão trabalhando ou realizando outras exigências, vem sendo bastante generalizado, não se restringindo ao contexto das oficinas de costura. Assim, temos notícias dos efeitos dos tempos neoliberais na constituição psíquica, o que não é o mesmo que responsabilizar individualmente a mãe ou a família por não poder cuidar dos filhos.

Em outros casos, a família traz alguma situação entendida como traumática na história da criança, à qual associa o começo das dificuldades: uma internação hospitalar no primeiro ano de vida; o assalto armado e violento que a família sofreu, na presença da criança. Outro exemplo é o pai de Lucy: relata que, quando ela tinha 2 anos e estavam na Bolívia, ela pegou um resfriado e ficou aos cuidados da avó enquanto os pais trabalhavam; ao voltarem no final do dia a avó tinha dado banho frio nela por mau comportamento e eles associam a esse evento o começo do isolamento e dos problemas na fala. Já a mãe do Walter conta que seu filho teve recorrentes quedas da cama quando bebê e se questiona se isso pode ter levado aos atrasos no desenvolvimento.

Independentemente da história trazida, a ideia é poderem manter a pergunta em aberto: o que se passa com meu filho? Essa pergunta abre outras perguntas e instiga à rememoração da chegada ao Brasil, do nascimento do primeiro filho, das dificuldades enfrentadas aqui e os sonhos de uma vida melhor. Ao contrário dos movimentos de “fechamento de diagnóstico”, cada vez mais contundentes e que discutiremos mais à frente, as perguntas em aberto buscam criar sentidos próprios para cada criança e família.

Observamos que, com o passar do tempo, o grupo mantinha uma boa adesão, com poucas faltas, o que indicava uma valorização do espaço pelas famílias. As famílias pareciam deixar aquele desconforto inicial e todos iam podendo falar mais sobre de onde vieram, se de pequenos povoados ou cidades maiores, evocar memórias da família e dos costumes, falar das saudades. As mães, especialmente, passaram a conversar entre elas em espanhol e, na quinzena em que não havia grupos de família, era possível vê-las na área externa e arborizada do CAPS conversando e rindo, sem suas crianças.

O pai de Diana inicialmente mostrava-se extremamente ressabiado, resistia a deixar a filha entrar sozinha no grupo de crianças. Após uma atividade do grupo em que ela estava se divertindo muito, Diana chora ao ter que sair ao final, e coloca a mão na boca para forçar o vômito. O pai parece “envergonhado” com os comportamentos da filha, mas também é como

se pensasse que nós tivéssemos provocado sofrimento para ela reagir assim. Várias semanas depois, conta que, como sua filha não fala, ele tem muito medo de deixá-la aos cuidados de outras pessoas e que na escola também tinha a mesma postura, até ser convidado a participar da Associação de Pais e Mestres, quando passou a se sentir mais confortável e confiante naquele ambiente.

Com o estreitamento do vínculo com a equipe e uma maior confiança no serviço, os familiares foram aumentando as demandas trazidas, em muitos casos, um pedido de intermediação com outros espaços, como as escolas, e também de tradução de códigos da cultura e de funcionamento dos serviços públicos. Com essa intermediação, a equipe ia incentivando aqueles que ainda não tinham matriculado os filhos na escola a fazerem isso, seja os filhos atendidos pelo CAPS, seja os mais novos. Isso pareceu bastante eficaz para impulsionar a entrada dessas crianças na escola e apoiar familiares a ultrapassarem a desconfiança inicial na relação com a mesma.

Como importantes efeitos do grupo de famílias, temos a possibilidade de adentrar no universo de referências dos imigrantes com maior profundidade e, com isso, reconhecer diferenças nas histórias, percursos e condições das famílias, e complexificar as diversas condições do “imigrante boliviano”. Foi nítido o quanto o espaço servia ao mesmo tempo como lugar de poder falar sobre as crianças, sem serem questionados ou julgados pelo que estivessem deixando de fazer com seus filhos. A participação ativa dos familiares e sua progressiva vinculação ao serviço se mostram também como uma forma de abertura das famílias a encontros fora do espaço doméstico.

Entendemos que o trabalho com grupos se vale da ideia de que a narrativa constitui uma resposta simbólica importante, especialmente em situações de fragilização do laço social. No grupo, a proposta é abrir espaço para narrar como uma forma de elaboração daquilo que muitas vezes fica sem lugar, é silenciado ou emerge sob a forma de angústia. Assim, dar um lugar para a palavra é uma resposta simbólica para lidar com o sofrimento (Voltolini, 2021), a fim de marcar um lugar de sujeito, inclusive na direção de que possa assumir posição desejante diante de sua própria história.

As “crianças que não falam” e um espaço para brincar

Como dito, as crianças atendidas no CAPS são aquelas que, além do atraso na fala, também apresentam outros sinais de problemas no desenvolvimento. Ilustrativamente, a coordenadora de uma EMEI nos disse uma vez: “se eu fosse encaminhar todas as crianças (filhas de imigrantes) com atraso na fala, eu encaminharia todas; então as que encaminhamos é porque observamos outras dificuldades para além do atraso na fala!”⁹.

Com relação a algumas crianças, há sinais autísticos mais claros, um fechamento importante à interação, que, com o tempo, vão nos direcionando mais à hipótese diagnóstica de TEA. No entanto, há uma maioria de crianças atendidas, sobre as quais nos deteremos neste texto, que,

⁹ Apesar de um aparente consenso a respeito do ambiente bilíngue não causar atraso na fala, encontramos alguns autores (compilados por Flory e Souza, 2009) que apontam que, no caso de imigrantes cuja cultura e idioma são desvalorizados socialmente, o bilinguismo pode incidir como um dificultador da aquisição da fala e da manutenção da língua materna.

ainda que apresentem questões no desenvolvimento, mostram uma condição de interação e de abertura à linguagem muito grande e que nos indagam sobre como entender suas dificuldades.

Com distintas apresentações, a maior parte das crianças chega sem falar, outras com uma linguagem rudimentar, algumas com ecolalia e outras com falas sem atribuição de sentido. Em alguns casos, a criança parece “falar uma linguagem própria” e aciona esse “dialeto” quando se fala com ela, mas nem os terapeutas nem os próprios pais entendem o que dizem.

Quanto à interação, muitas vezes se isolam ativamente, não brincam com os outros, escolhem brinquedos e impedem o compartilhamento, permanecendo em um “mundo próprio”. Algumas vezes percebemos que a criança não sabe estar com outras, não sabe brincar. Então, o atraso de fala aparece como algo até secundário frente às dificuldades de interação social, que parecem ser da ordem de um estranhamento em estar com o outro. Com o grupo e a interação com os pares, vemos como o brincar compartilhado vai sendo experimentado e o universo de contato aos poucos se amplia.

Marcos, por exemplo, chegou ao CAPSij com 4 anos, não falava nenhuma palavra, isolava-se e não utilizava os brinquedos com função simbólica. Fazia estereotípias com bastante frequência. Ficava fascinado pelos ventiladores e pelas rodinhas dos carros. Era capaz de passar todo o período do grupo acompanhando o movimento do ventilador. Quando o desligávamos, chorava muito, puxava-nos pela mão indicando que o ligássemos novamente. Pouco a pouco criou-se uma brincadeira com “1, 2, 3 e... já” para ligá-lo! Marcos foi conseguindo interagir com as profissionais, e com o tempo pôde brincar e esquecer o ventilador.

Apesar das aberturas observadas a partir das intervenções, Marcos ainda tem alguns movimentos estereotipados e um interesse exagerado em girar as rodinhas dos carros. Nos atendimentos familiares, a mãe pede a sensibilização do pai para que aceite que ele tem TEA e pare de bater e gritar com ele, esperando que se comporte conforme a expectativa. Com algumas conversas, o pai passou a pensar num manejo firme, mas que leve em conta as peculiaridades do filho.

Já Gabriel chegou ao CAPSij com 3 anos e com o diagnóstico de autismo feito por um neurologista particular. Ele havia entrado há pouco na escola, falava poucas palavras, era muito agitado e tinha comportamentos agressivos diante da frustração. Fomos observando que compreendia mais do entorno do que inicialmente parecia, sendo-lhe bastante custoso submeter-se às regras como todos, buscando sempre aquilo que queria. Chamava a todas as terapeutas de “mamá”, quando pedia algo. Em uma festa de aniversário, Gabriel ficou fascinado com as bexigas, e queria todas para si, não deixando nenhuma criança se aproximar, empurrando ou batendo e gritando. Olhava alternadamente para as terapeutas e para a mãe, enquanto chorava e gritava, em um claro apelo sem palavras, mas que explicitava o quanto ele não estava fora do laço, o quanto estava muito situado no jogo das interações. No final da festa, a mãe disse à terapeuta que o filho não entende as coisas porque é autista.

No caso de Lucy, no primeiro mês de atendimento, no final do grupo, o momento de guardar os brinquedos era marcado por cenas em que chorava estridentemente, jogando-se no chão, não deixando que nem as terapeutas nem a mãe a levantassem. Ela só dizia “embora não”. A mãe contava que isso também acontecia em outros espaços públicos e na escola. Ficava preocupada e com vergonha da exposição, oferecendo a ela coisas que gostava para que cessasse. Com o tempo, as intervenções eram no sentido de sustentar que Lucy tinha toda condição de suportar

o encerramento da brincadeira sem ser daquela forma, e, com um manejo consistente, ela passou a se despedir com “tchau tchau!”, beijos e abraços.

Nos casos expostos, apesar dos preocupantes sinais observados na chegada, fomos identificando aberturas importantes, e que mostram um lugar bastante favorável para o desenvolvimento dessas crianças, que começam a falar algumas palavrinhas, não mais como ecolalia, mas agora com a intenção de se comunicar, podendo cada vez mais incorporar o outro na cena (ainda que seja para disputar com o outro, como Gabriel). Apesar dessas aberturas e da melhora das crianças, na comparação com os colegas na escola, ainda pareciam diferentes e estranhas, e as perguntas “por que ele/a não fala?” e “se não tem autismo, o que ele/a tem?” permaneciam sempre no ar, como feridas em aberto.

Essas crianças, portanto, trazem importantes indagações à equipe, não apenas quanto ao manejo do diagnóstico, como será abordado adiante, mas também na forma de compreender seu silêncio e seus atropelos no contato, seus comportamentos estranhos. Parece-nos, portanto, que há algo quanto a um “não saber” se posicionar diante do outro, da brincadeira, da interação. A melhora apresentada no grupo, a circulação entre os pares, o investimento no brincar como modo de interagir, nos dão notícias da possibilidade de aberturas, reafirmando a aposta na intervenção mais precoce possível.

Nesse sentido, Jerusalinsky (2011) ressalta a importância da “estrutura psíquica não decidida na infância”, ou seja, a necessidade de manter as leituras em aberto, uma vez que o psiquismo infantil é plenamente favorável a inscrições e reinscrições. O diagnóstico de TEA apressado pode produzir o contrário: uma profecia autorrealizável da patologia, também chamada de efeito iatrogênico do diagnóstico, em que aspectos patológicos poderão se firmar justamente pela antecipação do diagnóstico e designação do sujeito a este lugar.

Pensando nos tempos de intervenção, outro importante analisador que nos trouxe elementos de leitura foi a chegada de irmãos mais novos dos atendidos, com queixas muito similares. Nesses casos, os pais diziam à equipe que estavam preocupados com os irmãos mais novos (ou que já haviam sido encaminhados pela escola) por também apresentarem atraso na fala e outros comportamentos parecidos com os dos irmãos, pedindo então que os avaliássemos. Em poucos meses, havíamos incorporado três irmãs mais novas de crianças atendidas (entre 1 e meio e 3 anos) no grupo, com objetivo de um olhar também para elas.

As três meninas ainda não frequentavam a creche, passando os dias em casa. Yalia, por exemplo, tinha 3 anos e inicialmente era muito retraída, não falava nenhuma palavra, parecendo apavorada por estar em um espaço novo. Melyssa também chegou com 3 anos, mas seu irmão de 12 havia frequentado o CAPS durante 8 anos, com dificuldades bastante importantes. Sua mãe pede que a observemos, mas já informa: “ela não é autista! é muito diferente do irmão”. Melyssa parece “perdida” no ato de brincar, segue e imita as outras crianças e terapeutas o tempo todo. Olha ao redor, como que buscando referências do que deve fazer. Faz sons, fala algumas palavras, mas sempre baixinho, e repetindo o que dizemos. A irmã mais nova, Jessica, conhecemos em uma visita domiciliar. Ela ainda não completara 2 anos, e chamava a atenção sua apatia: permanecia longos períodos parada no mesmo lugar, sem se mover, sem vocalizações, nem comunicações de nenhuma forma.

No caso dessas irmãs, um importante trabalho foi o incentivo quanto à entrada na creche, o que se efetivou nos três casos, trazendo uma ampliação do repertório de interação e do brincar. Quando da entrada na creche, deixaram de frequentar o CAPS. No caso de Jessica, importante

frisarmos que a entrada na creche não aconteceu sem que houvesse diversas interferências da equipe do CAPS, uma vez que a vaga demorou meses para sair e depois uma sequência de erros burocráticos impedia sua matrícula junto aos irmãos mais velhos. Fica, portanto, claro como há barreiras por vezes invisíveis (uma vez que, no discurso, o direito à vaga em creche é universal) que favorecem o isolamento e a dificuldade em acessar os serviços.

Assim, as indagações que as crianças nos produzem fazem pensar não apenas na necessidade de determinadas intervenções de saúde, mas multiplicam perguntas para os diferentes pontos das redes de cuidado e de efetivação de direitos para as crianças.

Laudos e CIDs: autismo como chave para um lugar social?

O tema do diagnóstico de TEA tem uma forte presença no acompanhamento, retornando sempre ao centro das discussões do grupo de famílias, mas esse contexto de forma alguma é específico das famílias bolivianas. Com o avanço dos processos de medicalização, o diagnóstico tem sido cada vez mais colocado como o elemento fundamental que vai responder ao cuidado do sujeito, apesar dos esforços em tentarmos colocar o singular em primeiro plano. A medicalização, que domina o discurso contemporâneo, coloca a racionalidade psiquiátrica como eixo central na forma como os sujeitos irão compreender a si e aos outros, assim como as formas de cuidado (Guarido & Voltolini, 2009).

Há uma grande angústia voltada a que se confirme ou não o diagnóstico que foi referido em algum local. Surgem dúvidas sobre a causa do autismo, trazendo para a cena toda a proliferação de informações, na maior parte das vezes difusa, sem embasamento e fragmentária, levando às perguntas: “As vacinas causam autismo?”, “O glúten causa autismo?”, “É genético?”, e daí por diante. Mas a pergunta que retorna a cada tanto é: meu filho é autista?

Algumas famílias se mostram mais permeáveis a manter essa pergunta em aberto, outras não, uma vez que sabemos que o diagnóstico também tem um efeito “tranquilizador”, ao apresentar uma representação social que dá nome aos problemas vividos pela família na relação com a criança. Benzato e Pereira (2014) sustentam que os diagnósticos psiquiátricos vêm se tornando um organizador cultural da subjetividade, obtendo centralidade nas formas como os sujeitos se reconhecem a partir da classificação que lhes é oferecida. Para os autores, isso revela como nessa lógica está embutida uma expectativa de uma rota para a descoberta de uma verdade, supostamente objetiva, neutra e estática; ao contrário, afirmam o diagnóstico como a produção de elementos que se articulem entre si para pensar diferentes caminhos e rumos para o sujeito. No caso das crianças que são consideradas autistas, muitas vezes, isso aparece como algo que supostamente responde sobre “o que a criança tem”, tanto para a família quanto para o entorno.

Jane já fazia acompanhamento há alguns meses com o filho Gabriel, de 5 anos, e recorrentemente questionava se ele era ou não autista, uma vez que, em avaliação anterior com médico particular, já tinha recebido esse “laudo”. Foi agendada uma consulta com médico psiquiatra juntamente com a terapeuta para conversarem sobre o diagnóstico. Ao conhecer a criança e observar como ela brincava de desafiar as regras, correndo depois para o colo da mãe para se safar da bronca, o psiquiatra terminou a consulta dizendo que a criança não era autista.

A mãe saiu da consulta absolutamente desorientada e brava, questionando “se ele não é autista, o que ele é?”.

Ao dizer que o filho não era autista, a mãe parece ter se sentido perdendo uma importante referência, um lugar social com o qual já contava, para compreender o filho, sua diferença e a forma de se colocar diante dele. A mãe é tomada de angústia, como se a equipe e o médico estivessem privando o filho de ser alguém, como se somente o “autismo” lhe garantisse uma legitimidade na sua diferença. Nesse caso, as conversas se seguiram e ainda seguem, a fim de abrir outros possíveis nomes para “o que ele tem”, outros possíveis significantes que não o capturem nesse lugar tão previamente definido como o TEA.

Entretanto, uma realidade que tem se apresentado cada vez mais frequente na relação entre as escolas e os serviços de saúde é a apresentação de laudo aferindo o diagnóstico de TEA como modo de garantir recursos extras no espaço educacional, por exemplo um profissional especializado para cuidado mais individualizado daquela criança. Os CAPS, como principais responsáveis da rede a fornecer esse tipo de laudo de condições agravadas, têm sido demandados a realizar avaliações rápidas e pontuais das crianças para a emissão desses laudos, para a escola e também para outros recursos¹⁰. Atualmente, o laudo de TEA pode garantir Bilhete Especial (transporte gratuito), e também o BPC (Benefício de Prestação Continuada), com o recebimento de um salário mínimo por mês¹¹.

No caso de Lucy, quando ela inicia o Ensino Fundamental I, a nova escola nos solicita laudo de TEA assinado por médico, para solicitar o profissional especializado. Enquanto isso não ocorre, a mãe fica responsável por dar apoio à escola que, na falta de outros recursos, solicita à mãe que permaneça presente junto à filha na sala de aula e alega não ter como permanecer com a criança o período completo. Em conversa com a coordenação da escola, sinalizamos que, apesar de Lucy ter chegado ao serviço com esse diagnóstico, sua evolução vinha apontando para um caminho justamente no sentido contrário da confirmação do diagnóstico, com aberturas significativas quanto à autonomia e à convivência com outras crianças. A coordenação compreende essa leitura, colocando, entretanto, o condicionamento dos recursos necessários a crianças que apresentam determinados diagnósticos, entre eles o TEA¹², e mantém a solicitação do laudo.

É uma posição paradoxal, portanto, a que os serviços se veem convocados: fazer um “uso instrumental” do diagnóstico para acessar recursos e, no limite, permitir que a criança frequente a escola, ou que a família receba o BPC, o que evidentemente pode trazer efeitos muito positivos para a criança¹³.

¹⁰ Importante lembrar também que o TEA enquanto diagnóstico também pode garantir a inclusão não somente nos serviços e políticas destinadas aos portadores de transtorno mental, mas também àquelas oferecidas aos deficientes, uma vez que este diagnóstico é considerado como pertencente a ambos os campos.

¹¹ A aprovação do BPC está condicionada à avaliação e perícia própria do INSS com um médico próprio, que pode discordar do diagnóstico dado pelo serviço.

¹² Importante ressaltar que o contexto das escolas vem se mostrando cada vez com recursos mais precários, o que acaba por enfatizar a necessidade dos “recursos extras” pela exigência diagnóstica.

¹³ A situação econômica da maioria das famílias é bastante frágil, dependendo de uma altíssima produtividade da família e das variações do mercado têxtil. No auge da pandemia, em 2020, fomos procurados pelas famílias para apoiar no processo de acesso ao Auxílio Emergencial, e em nenhum dos casos tivemos sucesso, em função da falta de documentação. Isso nos mostra novamente como o acesso aos direitos básicos enfrenta barreiras às vezes insuperáveis.

Assim, inverte-se a questão: se os recursos educacionais seriam uma aposta nos sujeitos em desenvolvimento, podendo inclusive caminhar para uma não confirmação do autismo, contraditoriamente, a própria liberação desses mesmos recursos está condicionada ao fechamento antecipado do diagnóstico e apresentação de laudo.

Com a pandemia, uma lei específica foi criada em 2020 para desobrigar os autistas a usarem máscaras de proteção, necessitando de laudo médico para confirmar a condição (Brasil, 2020b). No mesmo ano, outra legislação (Brasil, 2020a) foi sancionada para garantir uma Carteira de Identificação da Pessoa com TEA e, com isso, a inclusão do autismo como condição preferencial em filas de supermercado, assentos no transporte público etc. Ao saber disso, e com o arrefecimento dos picos da pandemia, a mãe de Marcos nos solicita a “carteirinha de autista” para levar junto com ele. Relata que, no supermercado, ele fica muito agitado se há uma fila longa e que todos a olham “porque ele não parece ter problema, parece ser só uma crise de birra”, e ela não tem como solicitar atendimento preferencial, além de vivenciar uma posição de vergonha diante dos outros.

Esse dilema expressa como a medicalização tem se ampliado, tornando-se o discurso médico e psiquiátrico um importante eixo organizador do sistema educacional e de outras políticas. Temos, então, o diagnóstico de autismo operando como suposto garantidor de direitos básicos, criando uma espécie de beco sem saída: o diagnóstico precisa se firmar para que no entorno se possam acessar recursos básicos. Do ponto de vista do serviço, são situações em que o que está em jogo é cada vez menos uma leitura clínica singular de cada caso, e mais uma ação estratégica, muitas vezes no sentido do uso instrumental do diagnóstico para aceder a alguns direitos. No caso das famílias bolivianas cujas correlações de tempo, trabalho, renda e saúde mental estão intrinsecamente ligadas, como não pensar que o benefício mensal, acessado a partir do diagnóstico, pode impulsionar o desenvolvimento daquela criança?

Para além da patologização da imigração: o que as crianças filhas de imigrantes nos dizem?

As questões apresentadas neste texto surgiram a partir da grande demanda de crianças filhas de imigrantes bolivianos procurando atendimento em função de problemas no desenvolvimento, tendo como sua expressão mais visível a ausência da fala. Buscamos fazer um breve mapeamento das questões produzidas a partir de um olhar clínico interventivo e também investigativo, no sentido de manter perguntas em aberto sobre o que se passa com essas crianças e como relacionar suas questões com o contexto familiar, os atravessamentos da imigração em suas múltiplas facetas.

Um dos principais entraves que encontramos diz respeito ao manejo da demanda por diagnóstico que, como relatado, muitas vezes assume a centralidade no cuidado e dificulta o olhar para as singularidades e a aposta em uma direção clínica. O diagnóstico de TEA vem sendo convocado de forma a “resolver” as complexas questões que tais crianças nos trazem. Por um lado, sob a ilusão de haver encontrado uma explicação para o não falar; por outro lado, como forma de acesso a uma série de direitos básicos que na atualidade vão sendo colocados como exclusivos para crianças com TEA.

A interface entre os diagnósticos de autismo em crianças filhas de imigrantes vem sendo tematizada em diversos trabalhos. No contexto educacional, o aumento de uma correlação

direta entre imigrantes bolivianos e autismo ou deficiência vem sendo alvo de preocupações (Masella, 2019; Primo & Rosa, 2019; Freitas, 2021), no sentido de expressar processos de medicalização e deficientização do estrangeiro boliviano. No contexto da saúde, da mesma forma, o aumento dos encaminhamentos para CAPSij com hipótese de autismo (Weinert, 2015; Joia, 2021) vem se mostrando como a principal resposta para as questões que estas crianças colocam aos diferentes pontos das políticas públicas.

Há também uma vasta literatura internacional indicando uma maior prevalência do diagnóstico de autismo em filhos de imigrantes do que na população em geral. Crafa (2017), por exemplo, compilou diferentes pesquisas que apontam que, em geral, um alto índice aparece em comunidades de imigrantes de países do Sul ou comunidades mais pobres que vivem em países mais desenvolvidos. Outras pesquisas também apontam que, no Japão, o número de crianças imigrantes brasileiras diagnosticadas com autismo é o triplo do que em crianças japonesas (Tobace, 2016; Pinto, 2017). Além de confirmar um processo que também é global de patologização da imigração, esses dados nos fazem questionar o porquê de tantas crianças filhas de imigrantes de países mais pobres estarem apresentando algum tipo de sofrimento que motive o tratamento em saúde mental.

Nesse panorama, fica evidente a reafirmação das lógicas medicalizantes que dominam o contemporâneo, especialmente no tocante ao sofrimento da infância. Como nos lembram Nolasco et al. (2021), as infâncias imigrantes problematizam de forma radical as relações com a alteridade, que operam majoritariamente de forma a objetificar e hierarquizar experiências não hegemônicas. No caso dos imigrantes bolivianos, a patologização da diferença vai também no sentido de categorizar aquilo de incompreensível que se coloca em uma alteridade radical de pertinências simbólicas e culturais. Contudo, reconhecer criticamente os processos de patologização não exclui nossas indagações a respeito dos quadros cada vez mais agravados e frequentes que nos chegam na saúde pública, de ordens bastante complexas e graves, e que vêm demandando também um manejo ético do diagnóstico. Com isso, queremos dizer que, se também é atribuição do CAPS a construção de diagnósticos, processuais e implicados, como fazê-lo de forma a propiciar aberturas e lugares favoráveis ao desenvolvimento e não como fechamento e cristalização?

Para além dos filhos de imigrantes, os casos diagnosticados como TEA têm sido um desafio para os CAPS infantojuvenis e para a rede de atenção em saúde de uma forma geral.

No caso das famílias bolivianas, destacamos como a exaustão, as exigentes condições de trabalho, o isolamento e o desenraizamento são elementos centrais na compreensão dos processos de subjetivação das crianças, escancarando a dimensão sociopolítica do sofrimento nesses casos (Rosa, 2016). O padecimento aparece como a resultante de uma gestão neoliberal do tempo, do trabalho e da vida, que impulsiona uma máxima produtividade a partir também da dimensão subjetiva (Safatle et al., 2020). Assim, as condições de lembrar, historicizar e narrar se encontram também prejudicadas, dificultando a produção de sentidos e a elaboração das experiências.

Nesse sentido, experimentamos sustentar espaços para que, a partir de suas vozes, essas famílias possam construir narrativas, ressignificar sua história, sua trajetória, seu sofrimento, seus desejos e sonhos, fortalecendo vias de resistência e de produção de vida. Essa mesma aposta é a que fazemos aqui, ao tecer e compartilhar essa experiência clínica e as interpelações que a mesma produz em nós.

Referências

- Almeida, A. A. & Oliveira, D. C. (2010). O Grupo como dispositivo. Disponível em: http://www.allandeaguiar.com/2010/07/blog-post_1202.html
- Benzato, C. & Pereira, M. (2014). O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. In: R. Zorzaneli; J. Bezerra Jr. & J. F. Costa (Orgs.). A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2014. p. 35-54.
- Bernardino, L. (2017). Da babá “catódica” aos duplos virtuais: os novos “outros” da infância contemporânea. In A. Baptista & J. Jerusalinsky, J. (Orgs.). Intoxicações eletrônicas: o sujeito na era das relações virtuais. Salvador: Ágalma.
- Brandalise, V. H. (2017, 19/mar). Autista, não: imigrante. Crianças ainda em adaptação são tratadas por escolas de São Paulo como casos de saúde mental. O Estado de São Paulo [online], São Paulo, 19 mar. 2017. Disponível em: <https://educacao.estadao.com.br/noticias/geral/autista-nao-imigrante,70001705273>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Brasília-DF, 19 fev. 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 23 dez.
- Brasil. (2020a). Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020. Institui a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), e dá outras providências. Brasília-DF, 08 jan.
- Brasil. (2020b). Lei nº 14.019, de 02 de julho de 2020b. Dispõe sobre a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção individual para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público, em vias públicas e em transportes públicos em decorrência da pandemia da Covid-19. Brasília-DF, 2 de julho.
- Crafa, D. (2017). Migration and Autism Diagnosis, in M. Fitzgerald & J. Yip. Autism - Paradigms, Recent Research and Clinical Applications, IntechOpen. DOI: 10.5772/65981. Disponível em: <https://www.intechopen.com/books/autism-paradigms-recent-research-and-clinical-applications/migration-and-autism-diagnosis>
- Flory, E. V. & Souza, M. T. C. C. (2009) Bilinguismo precoce e desenvolvimento infantil sob a perspectiva da psicologia genética: resenha de literatura. São Paulo: LAEL/PUC-SP.
- Freitas, M. C. de (2021, maio/ago.). Crianças bolivianas na educação pública: medicalização, enquadramentos deficientizadores e estigmatizações com base no transtorno do espectro autista. Inter-Ação, Goiânia, 46(2). Doi: <http://dx.doi.org/10.5216/iav4612.6920>
- Freitas, M. & Silva, A. (2015). Crianças bolivianas na educação infantil de São Paulo: adaptação, vulnerabilidades e tensões. Cadernos de Pesquisa, 45(157), 680-702. Doi: <https://doi.org/10.1590/198053143246>
- Gondin, J. S.; Pinezi, A. K. M. & Menezes, M. A. (2020, set./dez.). Alteridade e interculturalidade na escola: um estudo etnográfico sobre estudantes bolivianos em São Paulo. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, Brasília, 101(259), p. 607-626.
- Guarido, R. & Voltolini, R. (2009). O que não tem remédio, remediado está? Educação em Revista [online]. 25(1), p. 239-263. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-46982009000100014>

- Illes, P.; Timoteo, G. & Fiorucci, E. (2008, jul./dez.). Tráfico de pessoas para fins de exploração do trabalho na cidade de São Paulo. *Cadernos Pagu*, n. 31, p. 199-217. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332008000200010>
- Jerusalinsky, J. (2011). Jogos de litoral na direção do tratamento de crianças em estados autísticos. *Revista da Associação Psicanalítica de Curitiba*, n. 22, p. 77-89. (ISSN 1519-8456). Disponível em: http://jurua.com.br/shop_item.asp?id=22324
- Jerusalinsky, J. (2016). Qual é o lugar para os pequenos na rede SUS? Impasses diante das epidemias de autismo e microcefalia. *Estadão [O Estado de São Paulo]*: Blog, 13/04/2016. Recuperado de: <https://emails.estadao.com.br/blogs/crianca-em-desenvolvimento/qual-o-lugar-para-os-pequenos-na-rede-sus/>. Acessado em maio/2022.
- Jerusalinsky, J. (2017). As crianças entre os laços familiares e as janelas virtuais. In A. Baptista, & J. Jerusalinsky. (Orgs.). *Intoxicações eletrônicas: o sujeito na era das relações virtuais*. Salvador: Ágalma.
- Joia, J. (2021). Infâncias imigrantes, silêncios e fronteiras do cuidado em um CAPS infantojuvenil. *Estilos da Clínica*, 26 (1). Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v26i1p145-159>
- Kupfer, C. M., Voltolini, R. & Pinto, F. S. C. N. (2010). O que uma criança pode fazer por outra? Sobre grupos terapêuticos de crianças. In C. M. Kupfer & F. S. C. N. Pinto, F. S. C. N. (Orgs.). *Lugar de vida, vinte anos depois. Exercícios de educação terapêutica*. São Paulo: Escuta.
- Masella, A. P. I. (2019). Diferença cultural, políticas e representações sobre inclusão escolar de imigrantes bolivianos no município de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Educação: Currículo), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/22782>
- Nolasco, L. R., Castelli, A. C., & Mountian, I. (2021). “Outras crianças”: nossos discursos. Reflexões sobre a clínica com crianças imigrantes. *Estilos da Clínica*, 26(3), 509-519. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v26i3p509-519>
- Pinto, A. E. S. (2017, 25 jun.). Crianças diagnosticadas como autistas no Japão preocupam brasileiros. *Folha de São Paulo*. Disponível em: www1.folha.uol.com.br.
- Primo, J. & Rosa, M. (2019, set.). Fronteiras invisíveis: alteridade e lugares discursivos. *Culturas & Fronteiras*, 1(n. esp.). Doi: <https://doi.org/10.48212/c&f.v1i001.4475>
- Ribeiro, C. L. (2016). A feminização como tendência da migração boliviana para São Paulo. *Travessia revista do migrante*. Doi: <https://doi.org/10.48213/travessia.i78.358>
- Ribeiro, C. L. (2019). Tendências recentes da migração boliviana para São Paulo. *ENANPEGE*, 13º, São Paulo, 2-7/7: A geografia brasileira na ciência-mundo: produção, circulação e apropriação do conhecimento. Disponível em: http://www.enanpege.ggf.br/2019/resources/anais/8/1565642877_ARQUIVO_artigoenanpege2019.pdf
- Rosa, M. D. (2016). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta; Fapesp. (ISBN: 9788571373983).
- Safatle, V.; Silva Jr., N. S. & Dunker, C. (Orgs.). (2020). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Silva, S. A. (2006). Bolivianos em São Paulo: entre o sonho e a realidade. *Dossiê Migração*, 20 (57), 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142006000200012>
- Tobace, E. (2016, 10 jun.) O que pode estar por trás do alto índice de autismo entre crianças brasileiras no Japão? *BBC News Brasil*. [online] Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese>.

- Tiussi, C. C. (2012). Grupo em educação terapêutica com crianças: alcance e limites de um dispositivo. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Doi: <https://doi.org/10.11606/D.47.2012.tde-03122012-103923>
- Voltolini, R. (2021). Crianças fora-de-série: psicanálise e educação inclusiva. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo. Doi: <https://doi.org/10.11606/T.48.2021.tde-29102021-103226>
- Voltolini, R. (2022). A canoa virou: infância e pandemia. Café Filosófico CPFL. YouTube Canal. Disponível em: <https://youtu.be/tJ0qnF1TvpE>
- Weinert, T. S. (2015). Uma etnografia sobre as práticas de saúde dos imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Doi: <http://doi.org/10.11606/D.6.2015.tde-09112015-131537>
- Wikipédia (2021). Idiomas da Bolívia. (2021, dezembro 6). Wikipédia, a enciclopédia livre. Recuperado de https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Idiomas_da_Bol%C3%ADvia&oldid=62550223

Revisão gramatical: Orlando Joia

E-mail: ojoia@uol.com.br

Recebido em julho de 2022 – Aceito em novembro de 2022