

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

SABRINA ANGÉLICA SILVESTRINI SANCHES

**MERCANTILIZAÇÃO DO AUTISMO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO:
RELATOS DE TERAPEUTAS EM UMA MÍDIA SOCIAL DIGITAL**

SÃO CARLOS -SP

2025

SABRINA ANGÉLICA SILVESTRINI SANCHES

**MERCANTILIZAÇÃO DO AUTISMO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO:
RELATOS DE TERAPEUTAS EM UMA MÍDIA SOCIAL DIGITAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade
Federal de São Carlos, para obtenção do título de
mestre em Terapia Ocupacional.

Área de Concentração: Processos de Intervenção em
Terapia Ocupacional

Linha de Pesquisa: Cuidado, Emancipação Social e
Saúde Mental

Orientadora: Profa. Dra. Amanda D. S. A. Fernandes

São Carlos-SP

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Sabrina Angelica Silvestrini Sanches, realizada em 01/12/2025.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Amanda Dourado Souza Akahosi Fernandes (UFSCar)

Profa. Dra. Marina Batista Chaves Azevedo de Souza (UFPB)

Profa. Dra. Maria Fernanda Barboza Cid (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos terapeutas que, mesmo diante do esgotamento, da invisibilidade e da precarização do cuidado, seguem firmes em seu compromisso ético com o outro.

Às organizadoras da página @terapeutas.cansados2 e a todos os profissionais que, de forma anônima e generosa, compartilharam seus relatos, registro minha mais sincera dedicação, admiração e respeito.

AGRADECIMENTO

Ao longo desta pesquisa, contei com o apoio, o incentivo e a colaboração de pessoas queridas, cuja presença foi essencial para a realização deste trabalho.

Agradeço, com todo meu amor, ao meu companheiro Rodrigo, que foi fortaleza e ternura nos dias difíceis, que acreditou em mim quando até eu duvidei. Às minhas filhas, Beatriz e Alice, que são luz constante e lembram, a cada sorriso e abraço, o sentido mais profundo de tudo o que sou e construo. Foi por elas e com elas que resisti, insisti e segui.

Agradeço de todo o coração aos meus pais, Sidney e Regina, por terem cultivado em mim o valor da busca pelo conhecimento e por tanta dedicação e amor. Aos amigos, em especial, o Pietro e a Jéssica que, entre pizzas, acolhimento e risadas, contribuíram para que esta jornada fosse mais leve.

À minha orientadora, por sua escuta atenta, por cada provocação crítica e por me ensinar, com rigor e sensibilidade, o valor da ética no fazer científico. Às minhas colegas de grupo de pesquisa, Thamy e Ana Carolina, por tantas trocas, pela parceria honesta e pelo companheirismo generoso que tornaram o percurso mais leve.

Agradeço também às professoras e colegas das disciplinas cursadas, por cada espaço de diálogo, por cada partilha de saberes e inquietações. Aprendi com vocês que o conhecimento não se constrói em solidão, mas no entrelaçamento de olhares, vivências e afetos.

Registro ainda meu agradecimento às organizadoras da página @terapeutas.cansados2 e, com profunda reverência, a todos os terapeutas que, de forma anônima e voluntária, confiaram seus relatos e compartilharam fragmentos de suas vivências, contribuindo de forma significativa para a construção deste trabalho.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio institucional ao programa de pós-graduação.

A todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para que este percurso fosse possível, registro aqui meu sincero agradecimento.

No compasso acelerado do lucro, o cuidado desaprende seu ritmo,
perde a pausa, a escuta, o gesto.
E o humano, sufocado em meio a rotinas cronometradas, se desfaz no automático,
feito máquina que já não reconhece sua dor.
No compasso acelerado do lucro, o cuidado desaprende seu ritmo,
fragmentado por metas, tabelas e protocolos.
E assim, o humano se desfaz no automático,
silenciado no exato instante em que mais precisava ser escutado.
Mas há ainda quem insista no toque, no tempo lento, na dignidade do afeto.
Porque cuidar, apesar de tudo, ainda é um ato de resistência.”

Autoria própria

RESUMO

As transformações históricas do capitalismo, culminando no modelo neoliberal, não se restringem ao campo econômico, mas envolvem mudanças estruturais que influenciam diretamente a organização do trabalho, os modos de gestão e a mercantilização de diversas áreas da saúde. Quando se trata do autismo, esse processo se manifesta na criação de um mercado que movimenta produtos, serviços e tratamentos, frequentemente subordinando o cuidado a lógicas de eficiência, controle e maximização do lucro. Esse cenário incide não apenas sobre as abordagens terapêuticas, mas também sobre a maneira como os processos produtivos do trabalho são estruturados, como as equipes são geridas e como o cuidado é organizado no cotidiano. Nessa conjuntura, a precarização do trabalho expressa os efeitos da racionalidade neoliberal, que redefine valores, práticas e expectativas, repercutindo simultaneamente nas dimensões objetivas, subjetivas e éticas do fazer terapêutico. Analisar esse contexto permite compreender como tais dinâmicas atravessam o cotidiano laboral, revelando tanto a materialidade da precarização quanto seus impactos simbólicos, afetivos e éticos sobre os trabalhadores. Ao explicitar formas contemporâneas de exploração e seus efeitos subjetivos, este estudo busca contribuir para o debate sobre a precarização no campo da saúde, tomando como eixo analítico os efeitos da racionalidade neoliberal, em diálogo com referenciais críticos sobre mercantilização e trabalho. O estudo também se situa no campo de análises que problematizam o avanço da mercantilização da saúde e a conformação do Complexo Industrial do Autismo, compreendidos como processos que reconfiguram serviços, práticas e relações de trabalho. Este estudo teve como objetivo compreender e analisar os processos e as condições de trabalho em clínicas especializadas no atendimento de crianças autistas à luz de referenciais críticos aos processos de mercantilização da saúde e do complexo industrial do autismo. Caracterizado como um estudo exploratório, documental e de abordagem qualiquantitativa, o corpus da pesquisa foi constituído por 540 relatos publicados por terapeutas no Instagram entre março e outubro de 2024. Para análise dos dados, adotou-se a análise de conteúdo com enfoque temático. Desta, emergiu a Categoria A e as cinco subcategorias que a compõe, as quais abordam a organização técnica e produtiva dos processos de trabalho, e constitui o núcleo estruturante da precarização identificada nos relatos, concentrando os elementos que permitem compreender como a

lógica neoliberal reconfigura a materialidade do trabalho, suas condições objetivas e suas formas de gestão. A escolha desse recorte se alinha ao foco analítico do estudo, voltado a examinar de que modo a organização do trabalho, suas rotinas, demandas e estruturas operacionais impactam diretamente o cuidado e a experiência laboral dos terapeutas. Assim, são apresentadas as subcategorias A1- Negligência com condições básicas de trabalho e sobrecarga; A2- Infraestrutura inadequada; A3- Desorganização administrativa e ausência de suporte técnico; A4- Exploração contratual e violação de direitos trabalhistas; e A5- Remuneração. Os resultados revelaram um panorama preocupante de precarização das relações de trabalho, marcado por sobrecarga física, infraestrutura inadequada, informalidade contratual e processos administrativos frágeis, evidenciando que o avanço da mercantilização do cuidado, aliado às formas contemporâneas de gestão orientadas pela eficiência neoliberal, tem deteriorado as condições de trabalho dos terapeutas que atuam com crianças autistas. A precarização identificada abrange tanto dimensões objetivas, como jornada, salário e infraestrutura, quanto dimensões subjetivas, éticas e afetivas que atravessam o cotidiano do cuidado, frequentemente esvaziando vínculos e invisibilizando o sofrimento dos trabalhadores. Em contrapartida, emergem formas de resistência que resgatam sentidos ético-políticos do trabalho, o valor do coletivo e a importância dos espaços de fala como meios de enfrentamento e elaboração do sofrimento. O estudo contribui para o debate sobre os efeitos da mercantilização da saúde no campo do autismo, ao evidenciar os impactos psicossociais sobre os profissionais e tensionar os modos de produção do cuidado sob o capitalismo neoliberal. Reitera-se, assim, a urgência de repensar políticas públicas e modelos de atenção que priorizem a qualidade dos serviços, a valorização das equipes e a centralidade do cuidado como prática ética, coletiva e humana.

Palavras-chave: autismo; mercantilização da saúde; precarização do trabalho; terapia ocupacional .

ABSTRACT

The historical transformations of capitalism, culminating in the neoliberal model, extend beyond the economic sphere and involve structural changes that directly shape work organization, management practices, and the commodification of several areas of health care. In the field of autism, this process has fostered the emergence of a lucrative market of products, services, and treatments, frequently subordinating care to logics of efficiency, control, and profit maximization. Such dynamics affect not only therapeutic approaches but also the ways in which work processes are structured, teams are managed, and care is organized in everyday practice. Within this context, the precarization of work expresses the effects of neoliberal rationality, which redefines values, practices, and expectations, reverberating simultaneously across the objective, subjective, and ethical dimensions of therapeutic work. Examining this scenario makes it possible to understand how these dynamics permeate daily labor, revealing both the materiality of precarization and its symbolic, affective, and ethical impacts on workers. By exposing contemporary forms of labor exploitation and their subjective effects, this study contributes to the debate on precarization in the health sector, drawing on critical perspectives on neoliberal rationality, commodification, and labor. It also aligns with analyses that interrogate the advancement of the commodification of health and the configuration of the Autism Industrial Complex, understood as processes that reconfigure services, practices, and labor relations. This study aimed to understand and analyze the work processes and conditions in clinics specialized in the care of autistic children, drawing on critical frameworks on healthcare commodification and the Autism Industrial Complex. Designed as an exploratory, documentary study with a quali-quantitative approach, the corpus consisted of 540 anonymous reports posted by therapists on Instagram between March and October 2024. Data analysis was conducted through thematic content analysis. From this process emerged Category A and its five subcategories, which address the technical and productive organization of work processes and constitute the core structure of precarization identified in the narratives. This analytic focus aligns with the study's objective of examining how work organization, routines, demands, and operational structures directly impact both care and therapists' work experiences. The subcategories discussed include: A1 – Neglect of basic working conditions and work overload; A2 – Inadequate infrastructure; A3 – Administrative disorganization and lack of technical

support; A4 – Contractual exploitation and violation of labor rights; and A5 – Remuneration. The results revealed a concerning panorama of precarized labor relations, marked by physical overload, inadequate infrastructure, informal and unstable contractual arrangements, and fragile administrative processes. These findings demonstrate that the expansion of the commodification of care, coupled with contemporary management models guided by neoliberal efficiency, has deteriorated the working conditions of therapists who provide care to autistic children. Precarization manifests in both objective dimensions—such as workload, pay, and infrastructure—and subjective, ethical, and affective dimensions that shape daily care practices, often eroding therapeutic relationships and rendering workers' suffering invisible. At the same time, forms of resistance emerge, reclaiming the ethical–political meaning of work, the value of collective action, and the importance of spaces for dialogue as means of confronting and elaborating suffering. This study contributes to debates on the effects of health commodification in the field of autism by highlighting psychosocial impacts on professionals and problematizing the modes of care production under neoliberal capitalism. It underscores the urgency of rethinking public policies and care models that prioritize service quality, workforce valorization, and the centrality of care as an ethical, collective, and human practice.

Keywords: autism; healthcare commodification; labor precarization; occupational therapy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Apresentação do perfil @terapeutas.cansados2	69
Figura 2 - Distribuição das Unidades de Registro (UR) por Tema na Categoria Temática A	80
Figura 3 - Distribuição das Unidades de Registro por Subcategoria na Categoria Temática A	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estrutura Conceitual da Categoria A: Organização Técnica e Produtiva dos Processos de Trabalho.....	78
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

TEA	Transtorno do Espectro Autista
DSM-n°	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - number edition
ABA	Applied Behavior Analysis
ADDM	Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
ASQ	Autism Screening Questionnaire
ADI-R	Autism Diagnostic Interview-Revised
MAB	Mapa Autismo Brasil
AMA	Associação de Amigos do Autista
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
SUS	Sistema Único de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CER	Centro Especializado em Reabilitação
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
CAPSij	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
OS	Organizações Sociais
GT	Grupo de Trabalho Interministerial
GT-TEA	Grupo de Trabalho Interministerial sobre o Transtorno do Espectro Autista

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
Capítulo 1- CAPITALISMO, NEOLIBERALISMO E DESREGULAMENTAÇÃO DO TRABALHO NO BRASIL.....	24
Capítulo 2- MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E O “COMPLEXO INDUSTRIAL DO AUTISMO”.....	33
1.2.1 A mercantilização da saúde como traço estrutural do capitalismo neoliberal.....	34
1.2.2 O autismo entre paradigmas, políticas e mercado: da visibilidade à indústria terapêutica.....	35
1.2.3 O Complexo Industrial do Autismo: economia política do cuidado e do trabalho.....	47
Capítulo 3- PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA “INDÚSTRIA DO AUTISMO”.....	52
1.3.1 O trabalho, seus processos e condições: fundamentos teóricos e analíticos.....	52
1.3.2 A lógica neoliberal e a precarização do trabalho em saúde.....	54
1.3.3 A precarização do trabalho na indústria do autismo.....	57
2 OBJETIVO	60
2.1 OBJETIVO GERAL	60
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	60
3 METODOLOGIA	61
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	61
3.1.1 A Cultura Digital e a Pesquisa em Saúde	64
3.2 PARTICIPANTES / FONTE	66
3.3 LOCAL	68
3.4 INSTRUMENTOS	70
3.5 PROCEDIMENTOS	71
3.5.1 Aspectos Éticos	71
3.5.2 Coleta de Dados	72
3.5.3 Análise e Tratamento dos Dados	73
4 RESULTADOS	75
4.1 CATEGORIA TEMÁTICA A: ORGANIZAÇÃO TÉCNICA E PRODUTIVA DOS PROCESSOS DE TRABALHO	76

4.1.1 Subcategoria A1 – Negligência com Condições Básicas de Trabalho e Sobrecarga de Trabalho	81
4.1.2 Subcategoria A2 – Infraestrutura Inadequada	83
4.1.3. Subcategoria A3 – Desorganização Administrativa e Ausência de Suporte Técnico	84
4.1.4 Subcategoria A4 – Exploração Contratual e Violação de Direitos Trabalhistas	86
4.1.5 Subcategoria A5 – Remuneração	88
5 DISCUSSÃO.....	90
5.1 PROCESSOS DE TRABALHO SOB A LÓGICA DA EFICIÊNCIA MERCANTIL	92
5.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO E O SOFRIMENTO ÉTICO-SUBJETIVO	95
5.3 CAMINHOS DE RESISTÊNCIA E RECONSTRUÇÃO DO SENTIDO DO CUIDADO	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	108

APRESENTAÇÃO

Este trabalho nasce do encontro entre uma trajetória profissional dedicada ao cuidado e à reabilitação infantil e uma inquietação profunda sobre os rumos que esse cuidado vem tomando. Minha formação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos, em 2001, foi o ponto de partida para uma caminhada profissional que, desde então, tem sido marcada pelo compromisso com a infância e com a construção de práticas terapêuticas embasadas na escuta, no acolhimento e na intervenção qualificada.

Minha experiência profissional começou na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Guarulhos e em clínicas particulares, mas foi a partir de 2004, na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), que encontrei terreno fértil e oportunidades para consolidar minha atuação na terapia ocupacional voltada à infância. Em colaboração com colegas e gestoras da instituição, consolidei minha prática baseada em fundamentos éticos e técnicos.

Em 2010, minha trajetória tomou novos rumos ao ingressar no Sistema Único de Saúde (SUS), primeiro no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD) e, em seguida, no Centro de Estimulação Precoce (CEP), onde pude aprofundar minha compreensão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) não apenas como profissional, mas como parte integrante de uma rede de cuidado. No CEP, junto à equipe, enfrentamos desafios estruturais, mas mantivemos um compromisso com a qualidade do atendimento às crianças com deficiências múltiplas, incluindo aquelas no espectro autista. A troca de saberes, o matriciamento, a intervenção no território e o acolhimento eram pilares dessa atuação.

A partir da habilitação do Centro Especializado em Reabilitação (CER II) de Guarulhos, em 2016, e sua inauguração em 2017, integrei a equipe responsável pelo cuidado e proteção de usuários de todas as faixas etárias. Essa experiência me permitiu ampliar minha visão sobre a reabilitação no contexto da saúde pública, consolidando minha percepção sobre os desafios e potências das políticas de atenção à pessoa com deficiência, incluindo as pessoas autistas.

Os anos de 2019 e 2020 foram decisivos na minha trajetória pessoal e profissional. Em meio à pandemia de Covid-19, que provocou transformações sem precedentes nas dinâmicas sociais, econômicas, políticas e culturais, vivenciei um período de intensas

mudanças e desafios que me conduziram a profundas reflexões. Nesse contexto, foi se fortalecendo e amadurecendo um antigo desejo: o de desenvolver minha prática profissional com maior autonomia e em um ritmo de trabalho que favorecesse minha saúde física e mental. Dessa forma, em 2022, me desliguei do serviço público, após 12 anos de aprendizado e experiências que reafirmaram ainda mais a importância do SUS, do atendimento de qualidade para a população.

Iniciei então minha atuação em consultório próprio, mas, considerando minha necessidade de imersão em um universo de terapias e abordagens diferentes das que experienciei até então no serviço público, entre 2022 e 2023, passei por três grandes clínicas privadas em Guarulhos. O objetivo era compreender como o atendimento e o cuidado eram ofertados às crianças fora do SUS.

Foi a partir dessa experiência que me deparei com a realidade atual do cenário do autismo: clínicas lotadas, crianças com cargas altíssimas de terapias, abordagens normativas que não respeitam a neurodiversidade, condições e processos de trabalho cada vez mais precarizados.

Me deparei com uma realidade contraditória no que se refere a oferta de trabalho na área: se por um lado, havia muitas oportunidades de trabalho e a valorização salarial, sugerindo um eminente processo de valorização profissional, por outro lado, as condições precárias de trabalho as quais os profissionais estavam submetidos evidenciavam um cenário preocupante.

Além disso, observei tantas outras dificuldades impostas por uma indústria em ascensão e, a conseqüente mercantilização do autismo¹. Neste contexto, comecei a buscar respostas às questões que têm direcionado meus estudos e a minha prática profissional: Quais os impactos da mercantilização do autismo no trabalho dos terapeutas? Sob quais condições de trabalho estes terapeutas têm atuado? Os processos de trabalho destes terapeutas têm se modificado diante do fenômeno da mercantilização do autismo?

Essa trajetória, marcada pelo compromisso com a infância e com a construção de

¹ O termo "mercantilização do autismo" refere-se à transformação do autismo em um nicho econômico, no qual diagnósticos, terapias, tecnologias assistivas e produtos especializados são inseridos em uma lógica de mercado. Essa concepção é amplamente fundamentada por autores como McGuire (2016), Broderick (2022) e Fernandes *et al.* (2024; 2025), que analisam como a expansão diagnóstica do autismo está atrelada a um complexo industrial estruturado para a oferta de intervenções terapêuticas padronizadas. O conceito também se relaciona à crítica neoliberal presente em Safatle *et al.* (2021), que discutem a transformação da saúde mental em um mercado regulado pelo consumo e pela individualização da responsabilidade pelo cuidado.

práticas éticas e integradas no cuidado, fez emergir inquietações profundas diante das transformações recentes no campo da saúde. A crescente mercantilização dos serviços, especialmente nas clínicas especializadas no atendimento de crianças autistas², evidenciou um cenário de precarização que afeta diretamente a prática clínica e o bem-estar dos profissionais. Foi nesse contexto que se delineou o interesse por investigar, de forma sistematizada, os impactos dessa lógica sobre os processos e condições de trabalho dos terapeutas, constituindo o objeto central da presente dissertação.

Desta forma, com o meu ingresso no programa de mestrado do Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), sob a orientação da Profa. Dra. Amanda D. S. A. Fernandes, que já vinha se dedicando ao estudo desse fenômeno, pude imergir de forma mais crítica neste novo panorama que tem se apresentado no cenário atual.

A pesquisa que aqui apresento emerge desse percurso e se debruça sobre a complexa interseção entre a temática do autismo, a indústria, os diferentes setores econômicos envolvidos e as implicações no trabalho dos profissionais da saúde que atuam com esse público. Este estudo analisa de modo crítico como as dinâmicas estabelecidas neste contexto, transformam as condições de trabalho, aprofundam desigualdades e configuram novas relações de exploração. Ressalta-se que por se tratar de uma temática contemporânea e complexa, e considerando que a literatura brasileira que a sistematiza ainda é incipiente, considera-se necessário abordar de forma minuciosa e detalhada os referenciais teóricos que fundamentam este estudo.

Assim, esta dissertação apresenta capítulos teóricos que oferecem uma contextualização aprofundada dos diferentes aspectos que permeiam o tema investigado. Posto isso, o objetivo deste estudo foi compreender e analisar os impactos da mercantilização do autismo nos processos e condições de trabalho de terapeutas que atuam em clínicas especializadas no atendimento de crianças autistas, a partir de relatos publicados em uma mídia social digital.

Na introdução será apresentado inicialmente o grande pano de fundo deste estudo: o surgimento e desenvolvimento do capitalismo, do neoliberalismo e as suas implicações no mundo do trabalho no Brasil. A seguir, será abordada a mercantilização da saúde e a emergência do Complexo Industrial do Autismo. Por fim, diante deste cenário, será

² O termo *clínicas especializadas no atendimento de crianças autistas*, se refere às clínicas públicas e privadas que, embora ofereçam ações para crianças e adolescentes com outras necessidades e diagnósticos, se dizem “especializadas” no diagnóstico de autismo.

abordada a precarização do trabalho sob o capitalismo neoliberal e os impactos para os profissionais que atuam no setor da saúde.

Após a exposição do percurso metodológico da pesquisa, a qual se caracteriza como um estudo exploratório, documental, de abordagem quali-quantitativa, a apresentação dos resultados evidenciará a Categoria A, que concentrou o maior número de unidades de registro (1.002 UR) e decorre de uma escolha metodológica que dialoga diretamente com os objetivos da pesquisa. Esta categoria constitui o núcleo analítico que permite compreender como a organização técnica e produtiva do trabalho estrutura a precarização relatada pelos terapeutas. Trata-se, portanto, de um recorte intencional e suficiente para responder ao problema investigado.

Subsequente à apresentação dos resultados, a discussão será desenvolvida à luz das concepções acerca da mercantilização da saúde sob o capitalismo neoliberal (Harvey, 1989; 2005; McGuire, 2016; Broderick, 2022; Machado, 2022; Fernandes *et al.*, 2024; 2025) e da precarização do trabalho (Bourdieu, 1991; 1998; 1999; Dejours, 2004; 2006; Franco *et al.*, 2010; Sennet, 2015; Antunes, 2010; 2018; 2025).

Este estudo busca não apenas evidenciar as expressões da precarização do trabalho no campo da saúde, mas também provocar reflexões sobre os sentidos do cuidado, os dispositivos de regulação institucional e as formas de resistência ética e política que emergem nesse contexto.

Espera-se que as análises que aqui serão desenvolvidas contribuam para ampliar o debate sobre os efeitos da mercantilização do cuidado às crianças e adolescentes e inspirem a construção de práticas que reafirmem a centralidade da dignidade humana, tanto no acesso ao cuidado quanto nas condições de trabalho daqueles que o sustentam.

1 INTRODUÇÃO

As transformações ocorridas nas últimas décadas revelam uma profunda reconfiguração da relação entre Estado, mercado e trabalho, orientada pelos princípios do capitalismo neoliberal. Mais do que um modelo econômico, o neoliberalismo constitui uma racionalidade política e social que redefine as esferas da vida, promovendo a mercantilização de direitos e a empresarialização das relações humanas (Harvey, 2005; Brown, 2015; Dardot e Laval, 2016). No campo da saúde, essa racionalidade se manifesta na privatização dos serviços, na lógica da gestão por resultados e na transformação do cuidado em produto, o que impacta diretamente as práticas clínicas e o cotidiano laboral dos trabalhadores da saúde (Laurell, 2014; Lima, 2019).

Nesse cenário, o trabalho em saúde passa a ser atravessado por contradições inerentes: de um lado, sua dimensão subjetiva e afetiva, sustentada por relações de vínculo, compromisso ético e responsabilidade coletiva; de outro, a imposição de uma lógica de produtividade, eficiência e rentabilidade, incompatível com a natureza relacional e imaterial do cuidado. Como destacam Dejours (2004; 2006) e Franco *et al.* (2010), o trabalho em saúde é, antes de tudo, um trabalho vivo, que exige investimento psíquico, criatividade e reconhecimento. Quando submetido à racionalidade mercantil, ele se torna fonte de sofrimento ético e despersonalização.

A partir dessa perspectiva, compreender as transformações no campo do cuidado implica analisar como a racionalidade neoliberal tem se infiltrado nas políticas públicas e nas práticas institucionais. No Brasil, as políticas de saúde mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foram estruturadas a partir de princípios éticos e humanistas, orientados pela Política Nacional de Humanização (PNH) e pela Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2002; 2013).

Entretanto, observa-se um distanciamento progressivo entre esses princípios e as práticas concretas de cuidado, especialmente no que se refere às pessoas autistas. A fragmentação da rede, a precarização dos serviços e a terceirização do cuidado revelam a captura da saúde pela lógica do mercado, contrariando os ideais de integralidade e equidade que fundamentam o Sistema Único de Saúde (Yasbek, 2010; Laurell, 2014; Lima, 2019).

No campo do autismo, esse movimento se expressa com nitidez. Nas últimas décadas, assistiu-se à expansão vertiginosa do número de diagnósticos, acompanhada

pela consolidação de um mercado terapêutico especializado, estruturado em torno da oferta de intervenções padronizadas, tecnologias assistivas e serviços privados de reabilitação. O fenômeno, amplamente discutido por Broderick (2022) e Fernandes *et al.* (2024; 2025), é compreendido como parte do que tem sido denominado “Complexo Industrial do Autismo”³, uma engrenagem que articula interesses econômicos, políticos e simbólicos na produção e consumo de serviços terapêuticos.

Essa mercantilização do autismo reflete a lógica neoliberal que transforma a diferença e o sofrimento em oportunidades de consumo, substituindo a singularidade da experiência autista por parâmetros de normalização e desempenho (McGuire, 2016; Machado, 2022). O diagnóstico, nesse contexto, adquire valor de mercado e torna-se um passaporte para o acesso a bens e serviços, ao mesmo tempo em que alimenta um sistema que lucra com a promessa de cura e adaptação.

Embora a ampliação diagnóstica e o aumento da visibilidade social do autismo tenham favorecido o reconhecimento de sujeitos antes invisibilizados, o processo também aprofundou desigualdades (Eyal *et al.*, 2010; Fombonne, 2018). A reformulação dos critérios diagnósticos e aumento alarmante da prevalência do autismo, gerou debates e questionamentos sobre a adequação de um espectro tão amplo e a necessidade de diagnósticos com abordagens que respeitem as particularidades culturais e sociais de cada contexto (McGuire, 2016; Broderick, 2022).

Esse cenário, além de problematizar a expansão da indústria terapêutica, convida à reflexão sobre os modos de cuidar e trabalhar que têm sido instituídos: seriam eles emancipatórios e éticos ou meramente adaptativos e produtivistas?

Ao defender uma perspectiva psicossocial do cuidado, este estudo não se volta diretamente ao cuidado da pessoa autista em si, mas à forma como o cuidado é produzido como trabalho, às condições, processos e sentidos que o estruturam no cotidiano dos profissionais da saúde. Essa distinção é fundamental, pois o cuidado, quando capturado pela lógica neoliberal, deixa de ser expressão de encontro, vínculo e responsabilidade coletiva, para se tornar prestação de serviço mensurável, mediada por protocolos e indicadores de desempenho (Dejours, 2004; Antunes, 2018; Harvey, 2005).

³ O termo *Complexo Industrial do Autismo* foi introduzido por McGuire (2016) e desenvolvido por Broderick (2022) para descrever o conjunto de práticas, instituições e relações econômicas que articulam ciência, mercado e políticas públicas em torno do autismo, transformando o cuidado e a diferença em mercadorias sob a lógica neoliberal. Essa discussão será aprofundada posteriormente no Capítulo 2, em 1.2.3 O Complexo Industrial do Autismo: economia política do cuidado e do trabalho, na Introdução.

Sob essa racionalidade produtivista, o trabalho em saúde é submetido à mesma lógica empresarial que rege outros setores econômicos: metas substituem o tempo de escuta, relatórios substituem o vínculo e o resultado mensurável toma o lugar da experiência compartilhada. O que se perde nesse processo é precisamente o sentido público e ético do cuidado, aquele que se constrói na relação, na escuta e no reconhecimento da singularidade do outro (Dejours, 2006; Minayo, 2011), tal como se propõe a atenção psicossocial.

Na perspectiva do cuidado psicossocial, o trabalho se ancora na integração entre o fazer técnico e o fazer relacional, reconhecendo o sujeito como parte de uma rede social, política e simbólica. Diferentemente do modelo produtivista, que fragmenta o cuidado em tarefas e metas, este exige tempo, vínculo e corresponsabilidade, dimensões incompatíveis com a lógica de aceleração e mensuração que domina a indústria terapêutica (Merhy, 2002; Amarante, 2007; Yasui, 2010).

Nesse sentido, refletir sobre o cuidado implica também questionar o lugar do trabalhador da saúde: suas condições, sua autonomia e os sentidos que atribui ao seu fazer. A Terapia Ocupacional, ao se ocupar dos modos de viver, fazer e participar das pessoas, oferece um referencial potente para repensar o cuidado não como correção ou desempenho, mas como trabalho ético, criativo e relacional, orientado à produção de vida, reconhecimento e participação social (Fernandes *et al.*, 2002; Matsukura e Menecheli, 2011; Galheigo, 2008; Táparo e Cid, 2024).

O presente estudo, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional, ainda que não aborde somente o núcleo da terapia ocupacional, incide fortemente sobre o mesmo, considerando que esta categoria tem sido uma das mais impactadas no cenário atual (Ricci *et al.*, 2025). Assim, tem como foco compreender como as transformações econômicas, políticas e sociais contemporâneas, especialmente aquelas derivadas da racionalidade neoliberal, têm incidido sobre o cuidado em saúde e sobre as condições de trabalho dos profissionais que o sustentam, em particular os terapeutas inseridos em clínicas especializadas no atendimento a crianças autistas. O autismo apresenta-se, neste contexto, como um campo privilegiado de análise para observar as tensões entre cuidado, mercado e trabalho no sistema capitalista atual.

Historicamente, a Terapia Ocupacional reúne diferentes matrizes teóricas, práticas e posicionamentos políticos. Embora uma parte significativa de sua produção e de seus coletivos profissionais defenda perspectivas de cuidado integral e centrado no sujeito,

essa não é a única visão presente na área, tampouco um posicionamento uniforme. Assim como em outras áreas da saúde, coexistem correntes que se alinham às exigências de eficiência e produtividade impostas pelo mercado e outras que problematizam criticamente a instrumentalização e a mercantilização do cuidado. É nesse campo de disputas que emergem grupos, estudos e práticas que vêm questionando os efeitos da racionalidade neoliberal sobre o trabalho e sobre o cuidado em saúde, apontando seus impactos éticos, políticos e subjetivos (Fernandes *et al.*, 2024; 2025; Ricci *et al.*, 2025).

A compreensão desse processo é fundamental não apenas para analisar a precarização do trabalho no campo da saúde, mas também para reafirmar o compromisso da Terapia Ocupacional com a construção de práticas pautadas na escuta, na singularidade e na produção de autonomia (Fernandes *et al.*, 2002; Matsukura e Menecheli, 2011; Galheigo, 2008; Táparo e Cid, 2024).

Ao reconhecer que parte da produção da Terapia Ocupacional tem afirmado práticas orientadas pela singularidade, pela escuta qualificada e pela produção de autonomia, torna-se possível aproximar esse movimento dos princípios que sustentam o cuidado psicossocial. Trata-se de uma convergência que evidencia como determinadas práticas e posicionamentos dentro da profissão dialogam com perspectivas que resistem à padronização, ao produtivismo e à mercantilização do cuidado. É nesse ponto de encontro, entre as defesas históricas por um cuidado centrado no sujeito e os valores do campo psicossocial, que se justifica a mobilização desse horizonte como referência para compreender o trabalho em saúde analisado neste estudo.

Ressalta-se que, ao mencionar o cuidado psicossocial neste estudo, não se pretende desenvolvê-lo como objeto teórico em profundidade, mas afirmá-lo como horizonte ético e político que orienta a compreensão do trabalho em saúde. Trata-se, portanto, de uma forma de resistência frente à mercantilização e à padronização das práticas, que reafirma o valor da subjetividade, do vínculo e do encontro em contraposição à lógica da eficiência e do controle (Merhy, 2002; Amarante, 2007).

O cuidado, portanto, é compreendido simultaneamente como objeto e produto do trabalho em saúde: um fazer que se realiza na relação entre sujeitos, e que é continuamente tensionado pelas exigências de produtividade e pelo esvaziamento ético promovido pela racionalidade neoliberal. É nesse entrelaçamento entre trabalho e cuidado que se revelam as contradições e os sofrimentos ético-políticos vividos pelos

terapeutas, constituindo o núcleo crítico que este estudo se propõe a analisar (Merhy, 2002; Amarante, 2007; Yasui, 2010).

Dessa forma, o presente estudo parte da compreensão de que o avanço do capitalismo neoliberal e a conseqüente mercantilização da saúde têm produzido efeitos diretos sobre os modos de cuidar e sobre os modos de trabalhar. A precarização das condições laborais, a intensificação da produtividade e a desvalorização simbólica dos profissionais que sustentam o cuidado configuram um cenário de contradição e sofrimento ético⁴, no qual o trabalho imaterial e afetivo é constantemente submetido a métricas de eficiência e lucro (Bourdieu, 1998; Dejours, 2004; 2006; Antunes, 2018; 2025).

Compreender as relações entre o capitalismo neoliberal, a mercantilização do autismo e a precarização do trabalho constitui o eixo central deste estudo, que busca analisar como a lógica de mercado tem atravessado as práticas terapêuticas, produzindo efeitos sobre a subjetividade e o sentido do trabalho para os profissionais que atuam com o cuidado a pessoas autistas.

O tema será introduzido em três capítulos teóricos principais que apresentarão: (1) o contexto teórico que fundamenta o estudo, discutindo a racionalidade neoliberal, suas origens, seus efeitos sobre as políticas públicas e a reconfiguração do trabalho no campo da saúde; (2) o processo de transformação do autismo em mercadoria, articulando as dinâmicas de mercado, os discursos terapêuticos e as implicações ético-políticas para o cuidado e (3) condições e processos de trabalho dos profissionais que atuam em clínicas especializadas, evidenciando as contradições entre o ideal de cuidado ético e as imposições da racionalidade neoliberal.

CAPÍTULO 1

1.1 CAPITALISMO, NEOLIBERALISMO E DESREGULAMENTAÇÃO DO

⁴ O termo *sofrimento ético* foi formulado por Christophe Dejours (2004; 2006) para designar o sofrimento vivenciado pelo trabalhador quando as condições concretas de sua atividade o impedem de realizar um “trabalho bem feito”, isto é, aquele que preserva sua integridade moral e o sentido do ofício. Trata-se de um sofrimento que emerge do conflito entre o desejo de agir de modo ético, de cuidar, criar e produzir com qualidade, e a impossibilidade imposta por contextos organizacionais que desvalorizam o sujeito e restringem sua autonomia. No campo da saúde e, particularmente, da terapia ocupacional, o sofrimento ético reflete a ruptura entre o compromisso com o cuidado e as exigências produtivistas que atravessam a prática clínica, comprometendo o vínculo entre trabalho, reconhecimento e saúde.

TRABALHO NO BRASIL

Considerando o modo como o autismo tem se constituído hoje no âmbito das políticas públicas e das práticas de cuidado e como tem sido fortemente atravessado por uma lógica especializada, fragmentada e orientada por parâmetros de eficácia e desempenho, torna-se imprescindível compreender as bases estruturais que sustentam esse modelo. Tal configuração não se limita ao campo do autismo, às esferas clínicas ou institucionais, mas está imersa em transformações históricas mais amplas que incidem diretamente sobre a forma como se define, organiza e distribui o cuidado.

Além disso, os impactos desse processo sobre as condições concretas de trabalho dos profissionais que atuam com a população autista, marcados por precarização, intensificação e instrumentalização das relações de cuidado, revelam uma dinâmica que extrapola o setor da saúde, refletindo tendências mais amplas do mundo do trabalho sob a hegemonia da racionalidade neoliberal⁵.

Nesse sentido, é fundamental contextualizar as origens, inflexões e formas de consolidação do capitalismo neoliberal, a fim de situar criticamente os modos como essa racionalidade tem atravessado as políticas públicas para a saúde e reconfigurado o trabalho de profissionais do cuidado.

O debate contemporâneo sobre o cuidado em saúde, crescentemente regimentado por métricas de desempenho, padronização e gestão por resultados, só pode ser compreendido quando inscrito na longa duração das transformações do capitalismo e, em especial, na racionalidade neoliberal que se torna hegemônica a partir do final do século XX (Harvey, 2005; Brown, 2015; Dardot e Laval, 2016).

O capitalismo é um sistema econômico e social que surgiu gradualmente a partir do final da Idade Média com o crescimento das cidades, a expansão do comércio, o surgimento de uma nova classe burguesa e o desenvolvimento de um mercado monetário mais complexo. Inicialmente se desenvolveu nas cidades-Estado italianas e nos Países Baixos, expandindo-se para o restante da Europa e do mundo, consolidando-se como um sistema dominante entre os séculos XVI e XVIII (Harvey, 1989).

⁵ Este estudo emprega o termo racionalidade neoliberal ou neoliberalismo à luz de autores críticos que abordaram os diferentes desdobramentos desta racionalidade, a qual trata-se de uma racionalidade político-econômica que, sob a justificativa de eficiência e competitividade, promove desregulamentação, privatização, financeirização e responsabilização individual, reorientando políticas públicas e modos de gestão (Harvey, 2005; Duménil e Lévy, 2007; Dardot e Laval, 2016).

Neste sistema, o mercado desempenha um papel central na distribuição de bens e serviços, enquanto o Estado tende a adotar uma posição menos intervencionista. Desta forma, o capitalismo é caracterizado pela propriedade privada dos meios de produção, pela busca do lucro e pela economia de mercado (Harvey, 1989).

Observa-se que o capitalismo não é um sistema homogêneo ou linear, tendo evoluído em diferentes etapas, sendo que a expansão dos mercados e a consolidação do sistema financeiro foram determinantes para a configuração do capitalismo moderno (Braudel, 1987).

Braudel (1979) caracteriza o capitalismo como um "antimercado" ou um sistema que existe à margem das atividades econômicas tradicionais, manipulando mercados e frequentemente escapando das regras convencionais da economia de mercado. Para o autor, o capitalismo não é simplesmente uma etapa da história econômica, mas um fenômeno que coexiste e interage com outras formas de organização econômica ao longo do tempo.

Dentre os autores clássicos que versam sobre o capitalismo enquanto modelo econômico e social, Karl Marx é uma das figuras centrais no estudo do tema. Ele desenvolveu uma crítica ao capitalismo focada na exploração da classe trabalhadora, na acumulação de capital e nas crises econômicas inerentes ao sistema. Sua análise do capitalismo como um modo de produção social fundamenta grande parte das críticas posteriores ao neoliberalismo (Marx, 2013).

Como sistema econômico e social, o capitalismo passou por diversas fases de desenvolvimento ao longo dos séculos. Cada uma dessas fases refletiu mudanças nas estruturas produtivas, nas relações de trabalho, no comércio e na organização social ao longo dos séculos (Harvey, 1989).

As fases do capitalismo que antecederam o capitalismo neoliberal (mercantil, industrial e keynesiano) evidenciaram a capacidade do sistema capitalista em se adaptar às transformações históricas, econômicas e sociais. Diante das limitações presentes nestas fases, tornou-se necessária uma reinterpretação do liberalismo clássico, adaptando seus princípios à complexidade do capitalismo contemporâneo, abrindo caminho para a ascensão do neoliberalismo como nova configuração do capitalismo (Harvey, 2005).

O neoliberalismo, ou capitalismo neoliberal, emergiu como uma resposta estratégica às crises econômicas e políticas que abalaram o sistema capitalista nas décadas de 1970 e 1980. Mais do que um conjunto de políticas econômicas, o

neoliberalismo configura uma racionalidade governamental que reestrutura profundamente as relações entre Estado, mercado e sociedade, promovendo a supremacia dos interesses do capital sob o signo da eficiência, da competitividade e da responsabilidade individual (Harvey, 2005; Brown, 2015).

Trata-se, portanto, de uma reconfiguração do capitalismo sob novas bases ideológicas, que desloca a centralidade das garantias sociais e da regulação estatal para um modelo pautado na autorregulação dos mercados e na empresarialização de todas as esferas da vida (Dardot e Laval, 2016). Longe de se reduzir a um arranjo econômico, o neoliberalismo opera como forma de governo da vida que reconfigura Estado, mercado e subjetividades, convertendo direitos em mercadorias e empresarializando relações sociais (Harvey, 2005; Brown, 2015).

Embora o discurso neoliberal costume invocar a ideia de um “Estado mínimo”, na prática, o neoliberalismo não elimina o Estado, mas reconfigura profundamente seu papel. Trata-se de um modelo que exige um Estado forte, porém funcional aos interesses do capital, atuando como garantidor das condições necessárias ao livre funcionamento dos mercados.

Os principais pilares do neoliberalismo, conforme sistematizado por Harvey (2005), incluem a desregulamentação, caracterizada pelo enfraquecimento dos controles estatais sobre os mercados, especialmente o setor financeiro, promovendo a livre circulação do capital e incentivando a especulação. A privatização também ocupa posição central, com a transferência de empresas e serviços públicos para o setor privado sob a justificativa da superioridade da gestão empresarial. Esse processo contribui diretamente para a retração do Estado em áreas essenciais como saúde, educação, energia e transporte.

Outro eixo é a flexibilização do trabalho, marcada por práticas como terceirizações, contratos temporários e supressão de direitos, com o intuito declarado de reduzir custos e aumentar a “eficiência”, embora resultando, na prática, na precarização das condições laborais. Soma-se a isso a redução do Estado de bem-estar social, promovida por cortes sistemáticos em políticas públicas sob o argumento da responsabilidade fiscal, deslegitimando o papel do Estado como garantidor de direitos sociais.

Por fim, destaca-se a globalização, estruturada pela liberalização comercial e pela abertura irrestrita aos fluxos internacionais de capital, o que favorece corporações transnacionais e setores financeiros, em detrimento das economias dos países

periféricos. Assim, o capitalismo neoliberal é marcado por uma crescente concentração de riqueza e poder, pela intensificação da precarização do trabalho e pelo aprofundamento das desigualdades sociais. Esse modelo é sustentado por uma ideologia que permeia todos os aspectos da vida em sociedade, promovendo valores como o individualismo, a competitividade e a meritocracia (Harvey, 2005).

Nesse arranjo, o Estado deixa de ser promotor do bem-estar social e passa a operar como articulador da competitividade, implementando políticas de desregulamentação, privatização e austeridade fiscal (Duménil e Lévy, 2007; Dardot e Laval, 2016). A racionalidade neoliberal, portanto, não propõe um Estado ausente, mas sim um Estado disciplinador, voltado à produção de sujeitos empreendedores e à preservação das estruturas que sustentam a acumulação capitalista (Brown, 2015).

O neoliberalismo adaptou os ideais liberais às demandas contemporâneas, transformando o papel do Estado em um agente que legitima e facilita a mercantilização de esferas da vida antes protegidas, como saúde, educação e previdência social. Ao fazê-lo, consolidou-se como uma nova fase do capitalismo, marcada pela centralidade do mercado e pelo aprofundamento das desigualdades, especialmente em países periféricos como o Brasil (Harvey, 2005; Duménil e Lévy, 2007).

A emancipação no neoliberalismo é moldada pela lógica de mercado, redefinindo a liberdade como a capacidade do indivíduo de competir, consumir e adaptar-se às exigências econômicas contemporâneas (Harvey, 2005). Sob essa ótica, a autonomia individual é desvinculada das estruturas coletivas de proteção social, transferindo para o sujeito a responsabilidade por seu sucesso ou fracasso. Esse processo reforça a meritocracia como princípio central, ignorando as desigualdades estruturais que limitam as oportunidades de grande parte da população (Harvey, 2005; Brown, 2015).

Na sociedade contemporânea, essa forma de emancipação gera impactos profundos, incluindo a precarização das relações sociais, a intensificação da individualização e a naturalização da exclusão. Assim, a promessa de liberdade e autonomia do neoliberalismo frequentemente resulta em maior vulnerabilidade, ampliando desigualdades e esvaziando a emancipação de seu caráter social e transformador (Harvey, 2005; Duménil e Lévy, 2007; Brown, 2015).

O avanço do neoliberalismo gerou impactos profundos e contraditórios na sociedade contemporânea. A desregulamentação econômica e as privatizações favoreceram a concentração de capital nas mãos de uma elite econômica, enquanto os trabalhadores enfrentaram perda de direitos, instabilidade e maior vulnerabilidade social

(Harvey, 2005). A desigualdade social se intensificou no contexto neoliberal, pois as políticas econômicas adotadas beneficiaram uma pequena parcela da população (Stiglitz, 2012; Piketty, 2014).

A concentração de riqueza, intensificada pelo avanço das políticas neoliberais, não se manifesta apenas nos indicadores macroeconômicos, mas também nas formas concretas pelas quais a vida social é organizada. A desigualdade produzida pela lógica de mercado extrapola os domínios da renda e do consumo, afetando diretamente as condições de trabalho e o acesso a direitos básicos (Harvey, 2005; Stiglitz, 2012; Piketty, 2014).

A precarização do trabalho tornou-se uma característica marcante desse modelo econômico, com a flexibilização das leis trabalhistas resultando na redução de direitos e benefícios historicamente conquistados. Esse arranjo produziu uma nova morfologia da precarização, com vínculos frágeis, metas escaladas, controle gerencial intensivo, fragmentação das jornadas e remunerações variáveis (Standing, 2014; Antunes, 2018; 2025).

Segundo Antunes (2018), a flexibilização estrutural do trabalho no neoliberalismo representa uma estratégia para reduzir custos e maximizar lucros, muitas vezes em detrimento da qualidade de vida dos trabalhadores. Assim, os impactos do neoliberalismo vão além da esfera econômica, afetando diretamente a estrutura social e política. Enquanto a concentração de riqueza e a liberalização dos mercados são exaltadas como avanços, o aumento das desigualdades, a precarização do trabalho e o enfraquecimento dos Estados são algumas das consequências mais evidentes desse modelo.

Nas periferias do capitalismo, a difusão do receituário neoliberal ocorreu sob pressão de organismos multilaterais e por meio de “reformas” orientadas ao mercado (Laurell, 2014). No Brasil, a inflexão se intensifica a partir dos anos 1990, com abertura comercial, privatizações, flexibilização trabalhista e reconfiguração do papel do Estado (Sader, 1998; Behring, 2008; Boito Jr., 2018).

A desresponsabilização do Estado em relação às políticas sociais ganhou contornos institucionais com a promulgação da Lei nº 9.790/1999, que regulamentou a parceria com organizações do terceiro setor por meio da figura das OSCIPs⁶. Embora

⁶ A Lei nº 9.790/1999 criou a figura jurídica da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), ampliando a possibilidade de parcerias do Estado com entidades privadas sem fins lucrativos

essas entidades se definam como organizações sem fins lucrativos voltadas ao interesse público, sua expansão frequentemente encobriu um processo mais amplo de reestruturação neoliberal do Estado. Nesse contexto, recursos públicos passaram a ser direcionados à gestão privada de serviços essenciais, como saúde, educação e assistência, fragmentando o princípio da universalidade previsto na Constituição de 1988 (Yasbek, 2010).

A reorientação das políticas sociais, que passaram a ser focalizadas, descentralizadas e privatizadas, resultou em cortes nos gastos sociais, ampliando as carências e as demandas da população, ao mesmo tempo em que precarizava a prestação de serviços públicos. (Yasbek, 2004; Behring, 2008; Yasbek, 2010).

No campo do trabalho, a reforma do Estado também promoveu a precarização das relações laborais, inclusive no setor público. O Projeto das Fundações Estatais de Direito Privado⁷ foi uma das iniciativas mais emblemáticas dessa reconfiguração, apresentado sob a justificativa de aumentar a eficiência administrativa. Essas fundações, vinculadas ao Estado mas regidas pelo direito privado, passaram a executar políticas sociais com modelos de gestão baseados na lógica empresarial.

Embora apresentadas como medidas de modernização, suas consequências incluíram a intensificação da terceirização, a substituição do regime estatutário pelo celetista e a fragilização dos vínculos empregatícios. Tais mudanças aprofundaram a racionalidade neoliberal no interior da gestão pública (Behring, 2008; Boito Jr., 2018).

Desta forma, o neoliberalismo contemporâneo consolidou-se como um instrumento de restauração do poder capitalista, promovendo a concentração de renda, o enfraquecimento dos direitos sociais e a subordinação do Estado aos interesses do mercado. Ao reduzir sua intervenção direta na economia e transferir responsabilidades para a iniciativa privada, o Estado passou a operar como garantidor da ordem econômica vigente.

Nesse cenário, intensificaram-se as transformações no mundo do trabalho, impulsionadas pela globalização e pela racionalidade neoliberal. Práticas como a terceirização, a informalidade e a flexibilização de direitos tornaram-se estruturantes das

para a execução de políticas públicas. Embora voltadas ao interesse público, essas parcerias substituíram, em muitos casos, a execução estatal direta dos serviços.

⁷ As Fundações Estatais de Direito Privado foram propostas nos anos 2000 como modelo alternativo de gestão pública. Vinculadas ao Estado, mas regidas pelas normas do direito privado, essas instituições permitiam a contratação por CLT em vez de regime estatutário, viabilizando maior flexibilidade e menores custos trabalhistas. Sua adoção gerou forte oposição de sindicatos e movimentos sociais

novas relações de emprego, produzindo maior instabilidade e precarização das condições laborais (Harvey, 2005; Duménil e Lévy, 2011; Antunes, 2018).

Para compreender as transformações promovidas pelo neoliberalismo nas relações de trabalho no Brasil, é necessário recuperar brevemente o percurso histórico das políticas públicas voltadas ao mundo do trabalho. A construção dos direitos trabalhistas brasileiros reflete as disputas entre diferentes projetos de sociedade e modelos de desenvolvimento.

Desde a institucionalização da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, sob o governo Vargas, o Estado assumiu um papel central na mediação das tensões entre capital e trabalho, garantindo um conjunto de direitos mínimos, ainda que sob forte controle estatal das estruturas sindicais (Antunes, 2010; Delgado, 2017). Tal conformação marcou a consolidação de uma política trabalhista inspirada em modelos corporativistas, que buscava integrar os trabalhadores à ordem social por meio da regulação formal das relações de emprego.

Com o passar das décadas, esse modelo foi sendo tensionado por mudanças estruturais no capitalismo e pelas sucessivas crises econômicas, que abriram caminho para uma reconfiguração do papel do Estado. Já durante o regime militar, observaram-se os primeiros sinais de flexibilização trabalhista. Contudo, é a partir dos anos 1990, no contexto de ascensão do ideário neoliberal, que se consolida uma inflexão mais profunda na política laboral brasileira.

As reformas implementadas nesse período, especialmente durante os mandatos de Fernando Henrique Cardoso, reconfiguraram as bases da proteção social e introduziram mecanismos de flexibilização, privatização e individualização das relações de trabalho, redefinindo os vínculos entre Estado, mercado e sociedade (Paulani, 2008; Antunes, 2018). As reformas posteriores, culminando na Reforma Trabalhista de 2017, devem ser lidas como desdobramentos dessa racionalidade, cujos efeitos mais amplos serão analisados posteriormente.

Nesse contexto, a precarização do trabalho no Brasil contemporâneo não pode ser dissociada da lógica mais ampla de mercantilização promovida pelo neoliberalismo, especialmente no campo da saúde. A racionalidade do lucro, ao penetrar profundamente nas estruturas organizacionais e simbólicas dos serviços de cuidado, reconfigura não apenas os modos de gerir, mas também os sentidos do trabalhar e do cuidar.

Tais transformações se tornam particularmente visíveis nas clínicas especializadas no atendimento a crianças autistas, onde as exigências de produtividade, eficácia e

controle gerencial incidem diretamente sobre a experiência subjetiva dos profissionais. É nesse cenário que se insere a análise que segue, voltando-se à lógica do lucro no setor da saúde e suas implicações sobre os trabalhadores, entre a promessa de eficiência e a realidade do adoecimento.

A consolidação do modelo neoliberal no Brasil reconfigurou profundamente as relações de trabalho, promovendo a desregulamentação, a individualização dos vínculos e o enfraquecimento das formas coletivas de proteção. No setor da saúde, essas transformações assumem contornos ainda mais graves, dada a natureza relacional, ética e pública do cuidado.

Uma das consequências mais evidentes das reformas neoliberais no Sistema Único de Saúde (SUS) é a progressiva redução de investimentos públicos, acompanhada de severas restrições orçamentárias. A adoção de políticas de austeridade, a terceirização e as parcerias com o setor privado transformaram a lógica do serviço público, deslocando o foco da integralidade e da universalidade para a performance gerencial e a contenção de gastos. A gestão por resultados, importada do setor empresarial, passou a orientar a atuação dos profissionais de saúde, criando tensionamentos entre as exigências institucionais e o compromisso ético com o cuidado (Laurell, 2014; Lima, 2019).

A Reforma Trabalhista de 2017, ao legitimar novas formas contratuais e ampliar a terceirização, intensificou esse processo, autorizando vínculos intermitentes, temporários e sem garantias mínimas. No setor da saúde, tais mudanças resultaram em jornadas fragmentadas, remuneração variável e perda de autonomia técnica. Profissionais são constantemente expostos à instabilidade e ao adoecimento, em um contexto de crescente desproteção institucional (Yasbek, 2010; Antunes, 2025).

A lógica neoliberal transformou o setor da saúde em espaço privilegiado de acumulação de capital, mediante a entrada massiva de agentes privados e a subordinação do cuidado à rentabilidade. Essa mercantilização compromete os fundamentos do SUS, tornando os serviços mais lucrativos para os gestores, mas menos acessíveis para os usuários, especialmente os mais vulneráveis (Laurell, 2014; Lima, 2019). A desestruturação das equipes, a escassez de insumos e a fragmentação do vínculo entre trabalhador e paciente tornam-se efeitos colaterais dessa racionalidade gerencial que esvazia o cuidado de sua dimensão humanizada.

Esse processo revela uma contradição central da racionalidade neoliberal no campo da saúde: enquanto o discurso da eficiência e da modernização é utilizado para

justificar as reformas e a flexibilização das relações laborais, na prática observa-se o enfraquecimento das condições de trabalho e a degradação das dimensões éticas e humanas do cuidado.

O trabalhador da saúde, cuja atuação depende da estabilidade, do vínculo e da confiança mútua, passa a operar sob intensa pressão produtivista, submetido a metas, protocolos e sistemas de avaliação que reduzem sua autonomia e esvaziam o sentido público do seu fazer (Dejours, 2004; 2006; Minayo, 2011; Antunes, 2018). Assim, o que se apresenta como inovação gerencial traduz, em essência, uma lógica de controle e mercantilização, que converte o cuidado, prática relacional e coletiva, em produto quantificável e negociável no mercado.

Dessa forma, compreender o capitalismo neoliberal como uma racionalidade que organiza a vida social, o trabalho e as políticas públicas permite situar criticamente os efeitos dessa lógica sobre o campo da saúde. A mercantilização do cuidado e a desregulamentação do trabalho, sustentadas pela ideologia da eficiência e do desempenho, instauram um modo de gestão que transforma o sofrimento e a diferença em oportunidades de mercado, deslocando o sentido público e ético do cuidado para o domínio da produtividade e do lucro.

No interior dessa engrenagem, a saúde passa a operar como espaço de acumulação de capital, e o trabalho em saúde, relacional, imaterial e orientado pela responsabilidade pública, é capturado por práticas padronizadas e submetido à lógica empresarial (Dejours, 2006; Minayo, 2011; Antunes, 2018; Brown, 2015).

É nesse contexto que emerge o fenômeno da mercantilização da saúde, cujo exemplo encontra-se no chamado Complexo Industrial do Autismo, em que a expansão do diagnóstico e das terapias especializadas evidencia de forma exemplar como o cuidado se transforma em mercadoria e o sofrimento em valor de troca. Esse será o foco de análise do próximo capítulo, que busca desvelar as dinâmicas econômicas, políticas e simbólicas que estruturam o mercado contemporâneo do autismo e suas implicações ético-políticas para o campo da saúde e do trabalho.

CAPÍTULO 2

1.2 MERCANTILIZAÇÃO DA SAÚDE E O “COMPLEXO INDUSTRIAL DO AUTISMO”

1.2.1 A mercantilização da saúde como traço estrutural do capitalismo neoliberal

O fortalecimento do neoliberalismo nos Estados Unidos durante as décadas de 1970 e 1980 trouxe mudanças profundas nas políticas públicas e no financiamento da saúde. A desregulamentação, a privatização e a redução do papel do Estado promoveram a mercantilização de serviços de saúde e educação (Harvey, 2005).

A mercantilização da saúde constitui um fenômeno estrutural do capitalismo moderno e, posteriormente, do capitalismo neoliberal. Desde suas origens, o sistema capitalista opera pela conversão de dimensões vitais da existência - o tempo, o corpo, o trabalho e o próprio cuidado - em mercadorias, isto é, em bens dotados de valor de troca. Sob essa lógica, a vida deixa de ser fim em si mesma e passa a ser meio de produção e acumulação (Harvey, 2005; Marx, 2013). O processo de mercantilização, portanto, não é uma anomalia recente, mas um traço essencial do modo de produção capitalista, que transforma tudo o que toca em potencial fonte de lucro.

No campo da saúde, a mercantilização não constitui um fenômeno recente. Desde o período colonial, práticas de cuidado e atenção à saúde foram estruturadas sob lógicas de compra e venda de serviços, conformando um mercado historicamente lucrativo e fortemente segmentado. No Brasil, antes da criação do Sistema Único de Saúde, predominava um modelo marcado pela privatização, pela focalização nos trabalhadores formais e pela centralidade dos serviços pagos por procedimento (Laurell, 2014; Lima, 2019).

O avanço do neoliberalismo, portanto, não inaugura a mercantilização da saúde, mas a aprofunda e reconfigura, introduzindo novos mecanismos de gestão, eficiência e exploração laboral que passam a orientar o adoecer e o tratar segundo parâmetros empresariais (Laurell, 2014; Lima, 2019). Com a institucionalização do SUS, abriu-se um horizonte distinto de debate sobre direito, acesso universal e cidadania; ainda assim, a lógica mercantil permaneceu atuante e, no contexto neoliberal contemporâneo, se intensifica, redefinindo práticas, valores e prioridades no campo do cuidado.

A mercantilização da saúde é, portanto, expressão de uma racionalidade que coloniza a própria esfera do cuidado, subordinando a ética à economia. Nessa lógica, a saúde torna-se um mercado promissor e estratégico, no qual corporações farmacêuticas, seguradoras, clínicas privadas e fundos de investimento disputam o monopólio sobre o

que é considerado legítimo em termos de diagnóstico e tratamento (Laurell, 2014; Brown, 2015; Fernandes *et al.*, 2024). O neoliberalismo aprofunda esse processo ao expandir a empresarialização da vida e instaurar o ideal do sujeito empreendedor de si, responsável individualmente por sua saúde, desempenho e produtividade (Brown, 2015; Dardot e Laval, 2016).

Esse deslocamento da saúde como direito para a saúde como responsabilidade individual e mercadoria privada redefine não apenas as políticas públicas, mas também os sentidos do adoecer e do cuidar. O sofrimento humano passa a ser interpretado como falha de adaptação, e o cuidado, como investimento de mercado. Essa racionalidade não apenas reconfigura a prática dos profissionais de saúde, mas também cria novas formas de consumo e novas fronteiras de lucro (Minayo, 2011; Laurell, 2014; Brown, 2015).

Dessa forma, compreender a mercantilização da saúde como um traço estrutural do capitalismo neoliberal permite reconhecer que o campo do cuidado foi profundamente reconfigurado por uma lógica que transforma o direito em produto e o sofrimento em oportunidade de lucro. Sob essa racionalidade, a vida é capturada por circuitos econômicos que redefinem as práticas terapêuticas, os sentidos do adoecer e a própria função social das profissões da saúde.

Esse processo não se limita às políticas públicas ou aos serviços de atenção, mas se desdobra na produção de novos mercados, discursos e tecnologias que passam a gerir a experiência humana sob critérios de produtividade e rentabilidade. É nesse cenário que o autismo emerge como um campo exemplar da mercantilização da saúde, no qual as mudanças de paradigma científico, a ampliação diagnóstica e a criação de marcos legais específicos abrem espaço para a consolidação de uma verdadeira indústria terapêutica.

O próximo subtópico examina como essas transformações, articuladas entre políticas, práticas e mercado, contribuíram para o surgimento de um novo regime de cuidado e para a institucionalização do autismo como objeto privilegiado da economia neoliberal da saúde.

1.2.2 O autismo entre paradigmas, políticas e mercado: da visibilidade à indústria terapêutica

O autismo emerge, nas últimas décadas, como um fenômeno paradigmático para compreender os efeitos da racionalidade neoliberal sobre o campo da saúde. A forma como essa condição vem sendo definida, diagnosticada e tratada revela o entrelaçamento entre ciência, política e economia (Broderick, 2022).

Inicialmente identificado como uma condição distinta, o autismo foi descrito por Leo Kanner em 1943 em seu artigo *Autistic Disturbances of Affective Contact*. Kanner caracterizou o autismo como um distúrbio grave de desenvolvimento infantil, destacando aspectos como isolamento social extremo e insistência em rotinas repetitivas e utilizou o termo "autismo" como categoria nosológica⁸, descrevendo o comportamento de crianças que pareciam viver em um mundo próprio, desconectadas das interações sociais (Kanner, 1943).

Porém, observa-se que o conceito de autismo, teve suas raízes estabelecidas muito antes de sua formalização diagnóstica por Leo Kanner em 1943. O termo foi originalmente introduzido por Eugen Bleuler em 1911 no contexto da esquizofrenia. Bleuler utilizou o termo "autismo" para descrever um estado de desconexão com a realidade, caracterizado pelo retraimento extremo e pela preponderância de processos internos sobre as interações externas (Lima, 2010). Embora seu foco estivesse na psiquiatria adulta, suas observações lançaram as bases para futuras investigações sobre condições relacionadas ao isolamento social.

Durante as primeiras décadas do século XX, a psiquiatria infantil começou a emergir como um campo distinto dentro da medicina. Influenciada pelas teorias psicanalíticas de Freud e pelas observações clínicas de psiquiatras como Adolf Meyer, a área buscava compreender os transtornos do desenvolvimento infantil em um momento em que a medicina estava apenas começando a explorar a infância como uma fase decisiva da vida (Abrão, 2020). No entanto, foi apenas com Leo Kanner que o autismo se consolidou como uma categoria diagnóstica independente, redefinindo o campo da psiquiatria infantil e possibilitando o desenvolvimento de abordagens terapêuticas direcionadas (Donvan e Zucker, 2016).

A consolidação do conceito de autismo por Kanner ocorreu em um momento de transição na medicina, marcado pela crescente influência das neurociências e pela

⁸ O termo "autismo", escolhido por Leo Kanner, foi adaptado do grego "autos", que significa "de si mesmo", indicando a tendência das crianças a se isolarem em um "mundo próprio". Kanner utilizou essa terminologia para descrever comportamentos observados em 11 crianças estudadas, caracterizados por uma profunda desconexão social e dificuldades na comunicação. Essa interpretação inicial esteve alinhada a teorias psicodinâmicas predominantes na época, que culpavam fatores parentais, especialmente o comportamento materno, como causa da condição (Kanner, 1943).

separação gradual das interpretações exclusivamente psicanalíticas. Sua caracterização do autismo como uma condição específica representou um divisor de águas na psiquiatria infantil, abrindo caminho para investigações mais aprofundadas, o que permitiu o desenvolvimento de abordagens terapêuticas direcionadas (Donvan e Zucker, 2016).

O autismo, desde a origem do termo, apresenta uma dinâmica que reflete mudanças profundas na formação de paradigmas na saúde mental (APA, 1980; Broderick, 2022). Em 1980, o autismo foi incluído pela primeira vez como categoria diagnóstica formal no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), consolidando a compreensão biomédica da condição (APA, 1980). Décadas depois, em 2013, o DSM-5 promoveu alterações significativas nos critérios diagnósticos, agrupando diferentes condições, como o autismo clássico, a síndrome de Asperger e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, sob o termo único de Transtorno do Espectro Autista (TEA) (APA, 2014).

Essa reorganização ampliou os critérios diagnósticos, permitindo a inclusão de indivíduos com manifestações mais sutis da condição. Embora essa expansão tenha aumentado a prevalência global do autismo, também levantou questionamentos sobre possíveis excessos diagnósticos e a patologização de comportamentos anteriormente considerados variações típicas do desenvolvimento (McGuire, 2016; Broderick, 2022).

Entre os anos de 2000 e 2012, o autismo passou de uma condição amplamente desconhecida para um tema de grande visibilidade, impulsionado por narrativas que reforçavam o crescimento exponencial dos casos diagnosticados. O crescimento do diagnóstico de TEA foi acompanhado pela disseminação da ideia de uma "epidemia de autismo", muitas vezes impulsionada pela mídia e por interesses comerciais (Ortega, 2009; Eyal *et al.*, 2010; Broderick, 2022; Fernandes *et al.*, 2024).

Como aponta Grinker (2010), a percepção de uma epidemia reflete não apenas uma transformação nas classificações médicas, mas também um fenômeno social e cultural que redefine a forma como o autismo é interpretado e tratado. "A chamada 'epidemia de autismo' não pode ser compreendida apenas em termos biomédicos, mas como um efeito colateral da transformação institucional da medicina, da educação e das políticas públicas" (Eyal *et al.*, 2010, p. 3).

"A expansão diagnóstica em curso sugere a montagem de uma engrenagem que transforma o autismo em mercadoria, promovendo uma verdadeira epidemia institucional" (Fernandes *et al.*, 2024, p. 28). Neste contexto, a mídia desempenhou um

papel central na disseminação dessa ideia. Embora o termo “epidemia” seja inadequado para descrever uma condição não contagiosa, ele foi amplamente utilizado para chamar atenção ao aumento de diagnósticos, o que, por sua vez, reflete mudanças nos critérios diagnósticos, maior conscientização e acesso ao diagnóstico (Eyal *et al.*, 2010).

O aumento expressivo dos diagnósticos de autismo nas últimas décadas não pode ser atribuído exclusivamente a um crescimento real dos casos, mas sim a mudanças nos critérios diagnósticos, maior acesso aos serviços de saúde e ampliação da conscientização sobre o transtorno. Essas mudanças, no entanto, têm implicações sociais e econômicas, contribuindo para um cenário no qual o diagnóstico se torna um critério de acesso a serviços e políticas públicas (Fombonne, 2018).

A reformulação dos critérios diagnósticos também gerou debates dentro da comunidade científica com questionamentos sobre a adequação de um espectro tão amplo e a necessidade de balancear diagnósticos precisos com abordagens que respeitem as particularidades culturais e sociais de cada contexto (McGuire, 2016; Broderick, 2022). Assim, a publicação do DSM-5 não apenas ampliou a compreensão do autismo como um fenômeno neurodesenvolvimental diverso, mas também influenciou diretamente na forma como é reconhecido, tratado e explorado em diferentes contextos sociais e econômicos.

Ressalta-se nesse cenário, que no contexto norte-americano, a transição do autismo, de uma interpretação psicodinâmica para um entendimento neurocognitivo reflete mudanças culturais, científicas e políticas que coincidem com a ascensão do neoliberalismo, a partir dos anos 1970. Essa transição foi marcada por uma transformação na forma como a saúde mental, os transtornos do desenvolvimento e o papel da ciência eram percebidos e estruturados, alinhando-se a valores centrais do neoliberalismo, como eficiência, medicalização e mercantilização (Rose, 2005).

Os dados mais atuais acerca da prevalência mostram que nos Estados Unidos, passou de 1 em 150 crianças em 2000 para 1 em cada 31 crianças de 8 anos (cerca de 3,22%) com base em dados coletados em 2022 e divulgados em abril de 2025 (CDC, 2025). A coleta regular de dados epidemiológicos através do programa *Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network* tem contribuído para uma compreensão da prevalência do autismo. Entretanto, esses dados não estão isentos de controvérsias. O aumento das taxas pode refletir uma maior incidência do autismo, mas para além disso, reflete um alargamento dos critérios diagnósticos e a influência de um

mercado crescente que promove o diagnóstico e a intervenção precoce como soluções indispensáveis, conforme será aprofundado nos próximos capítulos (Broderick, 2022).

Na Europa, os países apresentam taxas variadas de prevalência, com a coleta de dados sendo marcada por diferenças metodológicas e culturais. No Reino Unido, a prevalência é estimada em aproximadamente 1,76% entre crianças de 5 a 19 anos, enquanto na Suécia, estudos indicam uma taxa de 1,5% em crianças de 7 a 12 anos (Baird *et al.*, 2006; Fombonne, 2018). Esses países possuem uma tradição consolidada na coleta de dados epidemiológicos, mas os resultados também são influenciados pela disponibilidade de diagnósticos formais e pela maior consciência da população sobre o autismo.

Na Ásia, o Japão se destaca pela robustez de seus sistemas de rastreamento, com prevalências que alcançam 3,1% em crianças aos 6 anos, conforme dados de Okaya (Sun e Allison, 2010). Por outro lado, países como China e Índia apresentam lacunas significativas na coleta de dados, o que dificulta uma compreensão precisa da prevalência do autismo na região (Elsabbagh *et al.*, 2012).

No Brasil ainda há uma carência de estudos nacionais abrangentes que permitam uma compreensão precisa da prevalência e das características do autismo no país. Essa lacuna dificulta a formulação de políticas públicas eficazes e o planejamento de serviços de saúde adequados às necessidades da população autista brasileira (Brasil, 2019). O Censo Demográfico de 2022, aplicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pela primeira vez inseriu uma pergunta sobre o autismo. No entanto, os dados revelados, cerca de 2,4 milhões de pessoas com diagnóstico confirmado, o que equivale a 1,2% da população, devem ser interpretados com cautela, à luz dos limites da metodologia utilizada e das desigualdades estruturais que atravessam o acesso ao diagnóstico (IBGE, 2025).

A pergunta sobre o autismo foi introduzida apenas no questionário da amostra, respondido por cerca de 11% dos domicílios (Canal Autismo, 2022). Ainda que estatisticamente representativa, essa limitação reduz a granularidade dos dados, ou seja, o nível de detalhes, e pode ocultar variações territoriais mais sutis, especialmente em municípios pequenos ou populações vulnerabilizadas. Além disso, a pergunta exigia que o morador ou responsável informasse se algum membro do domicílio havia recebido diagnóstico profissional de TEA (IBGE, 2025). Essa exigência, à primeira vista criteriosa, revela um viés importante: o dado censitário não mede a prevalência real do autismo na

população, mas sim o acesso ao diagnóstico formal, que é profundamente desigual no Brasil.

A distribuição geográfica e social dos diagnósticos não reflete necessariamente a distribuição “natural” do autismo, mas sim os efeitos combinados de desigualdades no sistema de saúde, nas redes de apoio familiar, na escolarização e no capital cultural. O percentual de diagnósticos é maior entre pessoas brancas, residentes no Sudeste e com acesso à escola (IBGE, 2025). Isso sugere que o Censo 2022 pode ter subestimado significativamente a população autista nas regiões Norte e Nordeste, entre populações indígenas, negras e de baixa renda, onde o acesso a neurologistas, psiquiatras infantis ou equipes multiprofissionais é muito mais precário. A invisibilidade de crianças autistas fora dos centros urbanos mais ricos reforça a reprodução de políticas baseadas em dados que já nascem enviesados pela exclusão.

Outro ponto crítico está na faixa etária com maior prevalência relatada, entre 5 e 9 anos (IBGE, 2025), o que pode estar relacionado à maior vigilância escolar e maior pressão institucional para diagnósticos precoces, mas também denuncia a ausência de políticas de rastreamento em outras idades, como na vida adulta. A baixa prevalência entre adultos sugere tanto a invisibilidade histórica do autismo em gerações anteriores quanto a resistência diagnóstica em contextos onde o autismo não é identificado senão na infância.

Apesar dessas limitações, o Censo 2022 inaugura um novo momento no reconhecimento da população autista pelo Estado brasileiro. Os dados sinalizam a necessidade de uma estatística mais sensível às diversidades e desigualdades. O desafio agora é ampliar o acesso ao diagnóstico, investir em formação de profissionais, melhorar os sistemas de notificação e criar instrumentos complementares que capturem a realidade para além das respostas padronizadas.

Anterior a inclusão do TEA no IBGE as estimativas sobre a prevalência do autismo no Brasil têm sido baseadas em estudos internacionais. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2023) calcula que aproximadamente 1% da população mundial se enquadre no espectro autista. Aplicando essa estimativa à realidade brasileira, com cerca de 200 milhões de habitantes, projeta-se que aproximadamente dois milhões de brasileiros sejam autistas, incluindo mais de 300 mil casos apenas no estado de São Paulo. É importante ressaltar que essas estimativas são baseadas em dados de outros países e podem não refletir com precisão a realidade brasileira.

Um estudo recente denominado Mapa Autismo Brasil (MAB), conduzido pelo Instituto Steinkopf em parceria com o Núcleo de Autismo e Neurodiversidade da Universidade de Brasília (UnB) objetivou traçar um panorama sobre as pessoas diagnosticadas com autismo no país. A pesquisa piloto, realizada em 2023, teve como foco a população autista do Distrito Federal (Mapa Autismo Brasil, 2023).

A coleta de dados foi realizada por meio de questionários online, direcionados tanto a indivíduos autistas maiores de 18 anos quanto a responsáveis por autistas menores de idade ou que não pudessem responder de forma independente. Entre julho e setembro de 2023, a pesquisa recebeu mais de 8 mil respostas de todo o Brasil, sendo 1.699 do Distrito Federal. Os resultados preliminares oferecem uma visão atualizada do perfil sociodemográfico das pessoas autistas na região, destacando a importância de dados precisos para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes (Mapa Autismo Brasil, 2023).

Entre os principais dados obtidos, o estudo retrata que, quanto a origem do diagnóstico, apenas 21,37% foram realizados na rede pública (SUS); quanto ao acesso às terapias, somente 5,87% dos participantes realizavam terapias pelo SUS, sendo que 51,68% gastavam mensalmente entre R\$ 500,00 e R\$ 3.000,00 com terapias. Outro dado relevante se refere aos diagnósticos na vida adulta. Entre os diagnosticados após os 20 anos, 80,63% obtiveram o diagnóstico na rede particular e apenas 5,14% foram diagnosticados pelo SUS (Mapa Autismo Brasil, 2023).

A partir dessas diferenças regionais, é possível observar que os dados epidemiológicos sobre o autismo são profundamente influenciados por contextos socioculturais e econômicos. A hipótese de que a expansão da prevalência esteja intimamente ligada à mercantilização do autismo, onde intervenções, diagnósticos e produtos especializados são promovidos como soluções indispensáveis, muitas vezes desconsiderando as particularidades culturais e as necessidades individuais, deve ser uma das questões a ser considerada e explorada na compreensão desse fenômeno (Broderick, 2022; Fernandes *et al.*, 2024).

Assim, a carência de estatísticas oficiais ressalta a necessidade urgente de investimentos em pesquisas epidemiológicas e na criação de sistemas de vigilância em saúde que permitam monitorar com maior precisão a prevalência e a incidência do autismo no Brasil. De acordo com a OMS (2023), esses esforços são fundamentais para garantir diagnósticos precoces, intervenções terapêuticas apropriadas, suporte abrangente às pessoas autistas e suas famílias a partir de políticas públicas consistentes.

No Brasil, o autismo foi incorporado ao discurso médico e social décadas após sua descoberta nos Estados Unidos. Até meados dos anos 70, o atendimento à população autista era praticamente inexistente no sistema público de saúde brasileiro, sendo restrito a instituições filantrópicas e associações de pais, que adaptaram modelos terapêuticos estrangeiros sem considerar as particularidades socioculturais do país (Taño e Matsukura, 2015).

A década de 80 foi marcada pelo fortalecimento do ativismo de familiares de pessoas autistas. Associações como a AMA (Associação de Amigos do Autista), fundada em 1983, desempenharam um papel fundamental na defesa de direitos e na luta por serviços especializados. Inspirados em movimentos internacionais, esses grupos pressionaram o governo por políticas públicas específicas, financiamento e reconhecimento do autismo como uma condição que exige suporte diferenciado (Nunes e Ortega, 2016; Fernandes *et al.*, 2024). O ativismo de familiares de pessoas autistas no Brasil, se articulou em torno de uma “economia política da esperança”, e suas implicações influenciaram a compreensão social do autismo e as políticas públicas voltadas para essa população, tal como será abordado adiante (Rose, 2005; Nunes e Ortega, 2016; Fernandes *et al.*, 2024).

Esse movimento organizado de familiares contribuiu significativamente para a inclusão do autismo na agenda pública e para a exigência de respostas institucionais mais efetivas. Segundo Nunes e Ortega (2016, p. 970), “os pais de autistas passaram a ocupar um lugar central na reivindicação por políticas específicas, impulsionados pela esperança de acesso ao tratamento adequado e por resultados terapêuticos promissores”. No entanto, apesar dessas mobilizações, a implementação de políticas públicas ainda ocorria de forma fragmentada e desarticulada. Foi nesse contexto que o marco jurídico da redemocratização brasileira começou a instituir novas bases normativas para a infância e para a saúde coletiva, ainda que de forma tardia (Nunes e Ortega, 2016).

A Constituição Federal de 1988 marcou o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, reforçado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, incorporou dimensões sociais e políticas à saúde, promovendo princípios de universalidade, equidade e integralidade e alinou-se às reformas sanitária e psiquiátrica e ao movimento da luta antimanicomial. Contudo, o cuidado específico às crianças com autismo permaneceu marginalizado, evidenciando a lacuna entre os avanços

institucionais e as necessidades concretas dessa população (Couto *et al.*, 2008; Oliveira *et al.*, 2017; Lima, 2019).

Em 2002 foi estabelecida a Portaria nº 336, do Ministério da Saúde, que instituiu os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com modalidades diferentes, dentre elas os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), voltados prioritariamente ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, incluindo pessoas autistas (Brasil, 2002). Esses equipamentos buscavam oferecer um atendimento territorializado e intersetorial, articulando saúde, educação e assistência social. No entanto, a implementação dessas medidas enfrentou desafios estruturais, como a insuficiência de recursos financeiros e técnicos, a precarização do SUS e a fragmentação dos serviços existentes (Couto *et al.*, 2008).

Ressalta-se que essa perspectiva de cuidado psicossocial não correspondeu às demandas dos familiares de autistas, que vinha há muito tempo se organizado para instituir serviços especializados e lutar por direitos (Oliveira *et al.*, 2017).

Diante dos crescentes debates e dissensos no campo das políticas públicas voltadas ao autismo, o Ministério da Saúde instituiu, em 2008, um Grupo de Trabalho Interministerial (GT) com o objetivo de propor diretrizes específicas para o atendimento à população autista. No entanto, as divergências entre os diversos atores envolvidos, especialmente no que se refere às concepções de cuidado e à centralidade da abordagem biomédica, dificultaram o avanço das propostas.

Em 2011, um novo grupo de trabalho foi constituído, desta vez com a finalidade de revisar as ações já implementadas e formular recomendações mais consistentes para a atenção à saúde de pessoas autistas. Contudo, assim como o anterior, esse GT também não resultou em consensos significativos ou encaminhamentos concretos.

Em resposta à persistência desses impasses, o Ministério da Saúde criou, em 2013, uma Câmara Técnica sobre Autismo, vinculada à Coordenação-Geral de Saúde Mental, com o propósito de ampliar o diálogo intersetorial e pluralizar as vozes na construção de diretrizes, buscando superar as disputas que haviam paralisado os esforços anteriores (Brasil, 2013; Fernandes *et al.*, 2024).

Paralelamente a esse cenário, em 2012, foi aprovada a Lei 12.764, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA, reconhecendo a pessoa autista como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais (Brasil, 2012a). Como

consequência, foram implantados os Centros Especializados em Reabilitação (CER) como dispositivos estratégicos de reabilitação (Brasil, 2012b).

Todos esses dissensos e dificuldade na articulação entre as instâncias, resultou na publicação simultânea de dois documentos do Ministério da Saúde em 2013 que orientavam o cuidado às pessoas autistas. O primeiro trata-se da "Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS" e, o segundo, as "Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)" (Brasil, 2013a; 2013b).

Assim, identifica-se que esses dilemas e conflitos internos ao SUS, disputas por paradigmas, expertises, narrativas e recursos têm estado em evidência há quase duas décadas, em um conflito que impacta diretamente a ordenação do cuidado e acesso aos serviços (Fernandes *et al.*, 2024; Ricci *et al.*, 2025).

A falta de normas claras para regulamentar o cuidado de pessoas autistas enfraqueceu a estrutura política institucional e contribuiu para a importação de saberes e práticas, assim como o predomínio do mercado, transformando as necessidades das pessoas autistas em oportunidades lucrativas de negócios (Fernandes *et al.*, 2024; Ricci *et al.*, 2025).

Embora as militâncias familiares tenham desempenhado um papel decisivo na conquista de direitos, como a Lei 12.764/2012, acabaram por abrir caminhos que reforçam as dinâmicas de dependência do mercado privado de saúde. A busca por terapias especializadas, muitas vezes inacessíveis para famílias de baixa renda, é um exemplo do tensionamento entre a promessa de esperança e as barreiras estruturais (Lugon e Andrada, 2019).

Para aqueles afetados por uma gama de patologias humanas, a esperança investida na ciência não se trata apenas uma aspiração mas pode ser pensada como dotada de materialidade econômica e política que busca concretizar as possibilidades futuras inerentes à ciência do presente. Esse campo de atividade pode ser caracterizado como uma economia política de esperança na qual tornar-se conhecedor sobre ciência, juntamente ao ativismo, captação de recursos e aumento da conscientização de uma doença em particular, são locais significativos para ajudar a realizar os objetos das esperanças individuais e coletivas (Novas, 2006 *apud* Lugon e Andrada, 2019, p 102).

A crescente insatisfação com a forma como o cuidado às crianças autistas vem sendo organizado no sistema público de saúde, marcada por lacunas na formação profissional, ausência de continuidade no cuidado e pouca articulação intersetorial, tem impulsionado muitas famílias a buscarem alternativas no setor privado. Essa

movimentação se dá, muitas vezes, em direção aos chamados “especialismos”, definidos por Rios (2015) como práticas hiperespecializadas e centradas em protocolos técnico-científicos de intervenção, que prometem maior eficácia e respostas mais rápidas às demandas das famílias.

Tal busca reflete não apenas uma insegurança e insatisfação em relação à efetividade do SUS, mas também uma adesão crescente à lógica neoliberal de consumo de serviços de saúde como mercadoria. Nesse cenário, modelos terapêuticos importados e amplamente difundidos por meio de certificações privadas e discursos tecnicistas, como a Análise do Comportamento Aplicada (ABA), tornaram-se referenciais dominantes na oferta privada de cuidado, ainda que frequentemente desvinculados de uma compreensão ampliada da singularidade subjetiva e dos direitos das pessoas autistas (Rios, 2015; Broderick, 2022).

Neste contexto, a “economia política da esperança” tornou-se um elemento central, atuando como um motor que sustenta o engajamento político e social. A “economia política da esperança” é descrita como uma dinâmica que combina elementos afetivos, econômicos e políticos, na qual a promessa de progresso e inclusão mobiliza ações coletivas e individuais. Essa perspectiva reflete o desejo de transformação das condições de vida das pessoas com autismo e suas famílias, ao mesmo tempo que se insere em lógicas neoliberais, nas quais o cuidado é frequentemente mercantilizado (Lugon e Andrada, 2019).

A falta de uma política pública consolidada para o autismo contribuiu para que o setor privado se tornasse dominante no atendimento a essa população. Clínicas particulares e escolas especializadas começaram a oferecer serviços terapêuticos e educacionais, frequentemente inacessíveis para a maioria das famílias devido aos altos custos. Essas instituições muitas vezes reproduzem um modelo de mercantilização do autismo, priorizando intervenções baseadas em resultados quantitativos, como a “normalização” de comportamentos, em detrimento de abordagens inclusivas e adaptadas às realidades locais. Esse cenário tem reforçado desigualdades de acesso e fomentado uma dependência do setor privado para a assistência às pessoas autistas (Broderick, 2022).

No panorama atual, a consolidação do autismo como uma condição de relevância global também levou ao desenvolvimento de diretrizes e políticas voltadas à inclusão. A Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerar o autismo uma prioridade em saúde mental, incentivando os países a investirem em diagnósticos precoces e

intervenções baseadas em evidências (WHO, 2022). No entanto, a desigualdade de acesso e a dependência de modelos biomédicos uniformizados continuam a ser limitações significativas, especialmente em países em desenvolvimento (Broderick, 2022; Fernandes *et al.*, 2024).

No Brasil, dados revelam que a maior parte dos diagnósticos e terapias ocorre na rede privada. Menos de 6% das crianças diagnosticadas recebem suporte terapêutico pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a dependência do setor privado para suprir demandas por diagnóstico precoce e intervenções (Mapa Autismo Brasil, 2023). Esse cenário reflete um desequilíbrio entre as necessidades da população autista e a capacidade do sistema público de oferecer serviços especializados, como tem sido demandado.

Diante do histórico de avanços e desafios nas políticas públicas voltadas às pessoas com autismo no Brasil, observa-se, a partir de julho de 2024, uma nova tentativa de ordenação do cuidado no âmbito do Ministério da Saúde. Por meio da Portaria GM/MS nº 4.722, de 3 de julho de 2024, foi instituído o Grupo de Trabalho Ministerial sobre o Transtorno do Espectro Autista (GT-TEA), com o objetivo de estruturar ações no Ministério da Saúde para qualificar o cuidado integral às pessoas com autismo. Um dos desdobramentos desse GT foi a publicação, em setembro de 2025, da nova *Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista*, documento que procura alinhar as políticas públicas a essa população e organizar o cuidado.

Paralelamente, observa-se uma intensificação dos debates sobre o autismo em outras esferas institucionais. Na Câmara dos Deputados, têm sido realizadas audiências públicas e apresentados projetos de lei relacionados ao tema⁹. No Judiciário, ocorreram seminários¹⁰ que discutem os direitos das pessoas com autismo. Além disso, conferências promovidas pelos Ministérios da Saúde, da Educação e dos Direitos Humanos¹¹ têm abordado a urgência de ações coordenadas para garantir a efetivação dos direitos dessa população.

⁹ Como exemplo, a Comissão de Previdência, Assistência Social, Infância, Adolescência e Família realizou, em 8 de maio de 2024, uma audiência pública para debater a realidade do autismo na vida familiar .

¹⁰ Destaca-se o "1º Simpósio: Autismo e Justiça", realizado em 20 de maio de 2025, que reuniu ministros, juízes, médicos, advogados e procuradores para refletir sobre a importância de uma perspectiva inclusiva .

¹¹ Um exemplo é o Seminário Internacional: Autismo e Educação Inclusiva, realizado de 10 a 12 de setembro de 2024, em Brasília .

Porém, ressalta-se que o desenvolvimento de políticas públicas e o crescimento dos serviços especializados para a população autista são reflexos de um contexto global em transformação. Enquanto as políticas nacionais e internacionais tentam avançar na garantia de direitos, o setor privado se expande para atender às demandas emergentes e incide no setor público. Contudo, é essencial equilibrar essas duas esferas, promovendo políticas públicas robustas que reduzam a dependência do mercado e garantam acesso equitativo a serviços inclusivos e humanizados (Machado., 2022).

Diante desse cenário, o desafio para o futuro das políticas públicas voltadas ao autismo está na busca por um equilíbrio entre acesso equitativo aos serviços de qualidade e a contenção da influência do setor privado na oferta de diagnósticos e terapias. Para isso, é fundamental fortalecer a rede pública de atendimento, investir em capacitação profissional e desenvolver abordagens terapêuticas que respeitem a neurodiversidade, garantindo que as pessoas autistas tenham acesso a um suporte adequado, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, independentemente de sua condição socioeconômica e da influência do mercado (Machado, 2022; Fernandes *et al.*, 2024; 2025).

A trajetória recente do autismo, da reconfiguração paradigmática e normativa à crescente dependência de mercados terapêuticos, evidencia como a mercantilização da saúde permeia políticas, práticas e expectativas sociais, convertendo o diagnóstico em dispositivo de acesso a bens, serviços e formas de reconhecimento (Broderick, 2022; Machado, 2022; Fernandes *et al.*, 2024; 2025). Esse arranjo, ancorado na racionalidade neoliberal (Harvey, 2005; Dardot; Laval, 2016), reorganiza fluxos de financiamento, prescreve protocolos padronizados e reorienta o cuidado por metas e indicadores, com impactos diretos sobre a experiência de usuários e sobre o trabalho em saúde.

A seguir, examinaremos como essas dinâmicas se consolidam em uma arquitetura econômica e política específica - o Complexo Industrial do Autismo - na qual capital, ciência e trabalho se articulam para produzir valor, governar o cuidado e redefinir o sentido do fazer terapêutico.

1.2.3 O Complexo Industrial do Autismo: economia política do cuidado e do trabalho

O fortalecimento do neoliberalismo nos Estados Unidos durante as décadas de 1970 e 1980 trouxe mudanças profundas nas políticas públicas e no financiamento da

saúde. A desregulamentação, a privatização e a redução do papel do Estado promoveram a mercantilização de serviços de saúde e educação (Harvey, 2005). Esse contexto resultou em maior dependência de serviços privados para atender, por exemplo, às demandas de saúde mental, incluindo as relacionadas ao autismo (Broderick, 2022).

No cenário do autismo, essa mudança contribuiu para uma ênfase em intervenções terapêuticas altamente especializadas e comercializáveis, tais como, as terapias comportamentais (McGuire, 2016). Essas intervenções se tornaram produtos valiosos em um mercado emergente de serviços, muitas vezes importados para outros contextos sem adaptações significativas (Broderick, 2022).

O entendimento neurocognitivo do autismo, adotado a partir da década de 80, ancorado em déficits funcionais e passível de mensuração, foi amplamente compatível com a lógica neoliberal. Modelos biomédicos simplificados permitiam a padronização de diagnósticos e tratamentos, favorecendo a criação de intervenções terapêuticas comercializáveis e escaláveis (Rose, 2005).

Além disso, a individualização das causas e dos tratamentos (foco no indivíduo e não no ambiente) se alinha com os princípios neoliberais de responsabilidade pessoal e eficiência econômica (Brown, 2015). As famílias foram incentivadas a consumir serviços especializados como um "investimento" no futuro de seus filhos, transferindo a responsabilidade do Estado para a esfera privada (Broderick, 2022).

O deslocamento para o entendimento neurocognitivo do autismo também contribuiu para a normalização de práticas que patologizam comportamentos fora do padrão, ampliando o espectro diagnóstico e, conseqüentemente, criando novos mercados para terapias, medicamentos e tecnologias assistivas (Broderick, 2022). Enquanto o modelo psicodinâmico (até meados da década de 70) enfatizava o cuidado relacional e interpessoal, o modelo neurocognitivo fomentou uma abordagem mais técnica e instrumentalizada, muitas vezes desvinculada de contextos culturais e sociais específicos (McGuire, 2016).

Essas práticas, sob a lógica neoliberal, valorizam a produtividade e a eficiência, priorizando a "normalização" do comportamento em detrimento da aceitação da neurodiversidade e representam uma gestão do sofrimento psíquico centrada na responsabilização do indivíduo e na busca por soluções padronizadas, sem enfrentar as desigualdades estruturais que contribuem para o sofrimento (Saflate *et al.*, 2021).

Nessa direção, o setor da saúde tem sido progressivamente reorganizado a partir da racionalidade do mercado, em que o lucro, a produtividade e a eficiência substituem

os princípios da integralidade e da universalidade do cuidado Essa racionalidade transforma o cuidado em mercadoria e o sujeito em consumidor de serviços terapêuticos, deslocando a centralidade do processo clínico da escuta e da singularidade para a padronização e a performatividade (Ricci *et al.*, 2025).

No contexto do autismo, esse fenômeno adquire contornos particulares: o diagnóstico tornou-se altamente valorizado, não apenas pela crescente demanda por serviços, mas também por seu potencial de movimentar um mercado terapêutico robusto, institucionalmente reconhecido e politicamente respaldado (Machado, 2022; Fernandes *et al.*, 2024).

A título de exemplo, associações de familiares, como a Autism Society of America, desempenharam papel fundamental na promoção de políticas públicas e no financiamento de pesquisas no contexto estadunidense. Contudo, essas organizações frequentemente colaboraram com empresas privadas, resultando no que Broderick (2022) denomina como "Complexo Industrial do Autismo" (CIA).

O "Complexo Industrial do Autismo" (CIA), se fundamenta na criação de um aparato conceitual que explora valores culturais profundamente arraigados sobre o autismo, a esperança de cura, normalidade e progresso científico. Essa retórica construída no jogo do capitalismo neoliberal permitiu a expansão de um mercado de intervenções terapêuticas, diagnósticos e produtos voltados à população autista, muitas vezes sem levar em conta as especificidades culturais e as necessidades reais dos indivíduos. Esses ideais sedutores têm dominado as esperanças e desejos culturais coletivos em relação à população autista e formas de tratamento e intervenção (Broderick, 2022).

Esse complexo combina branding¹², marketing e investimento de capital para criar uma indústria lucrativa, alimentada por intervenções terapêuticas, materiais pedagógicos e serviços especializados (Broderick, 2022).

O sistema cultural que sustenta a mercantilização do autismo gira em torno da narrativa de que intervenções específicas, especialmente a Terapia Comportamental Aplicada (ABA), representam a principal — e frequentemente a única — resposta adequada às necessidades de pessoas autistas. Essa narrativa, além de reforçar a ideia de que o autismo deve ser 'corrigido' ou 'remodelado', deixa pouco espaço para outras formas de cuidado ou para a valorização do autismo enquanto uma forma

¹² O conceito de branding envolve a gestão estratégica de marca para que ela se consolide e se torne mais conhecida e desejada pelo público-alvo. O branding tem "o objetivo de influenciar o comportamento do consumidor e mostrar para as pessoas porque a marca importa na vida delas ou na sociedade de alguma forma." (MINDMINERS. O que é branding? Disponível em: <https://www.mindminers.com>. Acesso em: 20 nov. 2024.)

legítima de ser. O Complexo Industrial do Autismo atua para fabricar o autismo como uma mercadoria, transformando tudo que é autismo em matéria-prima para a extração de lucro, consolidando um sistema que privilegia a produção e o consumo de intervenções específicas, muitas vezes em detrimento do bem-estar e da autonomia das próprias pessoas autistas. (Broderick, 2022, p. 223, tradução nossa).

No que se refere ao contexto brasileiro, a mercantilização do autismo ocorre em um cenário que reflete dinâmicas similares às observadas nos Estados Unidos (Fernandes *et al.*, 2024), mas especificidades em relação à construção política e social.

Pesquisas recentes afirmam que no Brasil, o Complexo Industrial do Autismo transformou o autismo e toda sua popularização em um nicho de mercado que mobiliza setores diversos como políticas públicas, comercialização de produtos, prestação de serviços e marketing (Fernandes *et al.*, 2024;2025). Esse panorama configura uma rede de interesses econômicos, simbólicos e institucionais que se apropriam das demandas de pessoas autistas e de suas famílias, transformando sofrimento e diferença em oportunidade de consumo (Machado, 2022; Fernandes *et al.*, 2024).

Assim, a expansão desse mercado no Brasil abrange desde clínicas especializadas no atendimento a crianças autistas até a comercialização de tecnologias assistivas, terapias e materiais educativos, muitas vezes posicionados como soluções indispensáveis, mas inacessíveis a uma parte significativa da população (Fernandes *et al.*, 2024).

Dentro da diversidade de setores econômicos envolvidos com o autismo no Brasil, destaca-se o setor de serviços terapêuticos e de intervenção em franca expansão. Esse segmento tem apresentado crescimento acelerado, estimulado tanto pela elevação das taxas de diagnóstico quanto pela insuficiência de infraestrutura pública para acolher, de forma integral e contínua, as pessoas autistas (Fernandes *et al.*, 2024; Ricci *et al.*, 2025). A lacuna deixada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no campo da saúde mental infantojuvenil, tem sido ocupada por uma rede privada de clínicas e serviços especializados que ofertam intervenções pautadas em técnicas e abordagens a partir de um ideal de normalização, ou melhor, de desempenho funcional (Fernandes *et al.*, 2024).

A proliferação das clínicas especializadas no atendimento a crianças autistas, que embora possam oferecer ações para crianças e adolescentes com outras necessidades, são promovidas por seus “especialismos” e “expertise” voltados para essa condição, sob uma lógica empresarial e segmentada (Machado, 2022; Fernandes *et al.*, 2024). Essas clínicas, apresentam-se como resposta eficaz e tecnicamente superior ao cuidado

psicossocial, muitas vezes deslegitimando as práticas de base comunitária e territorial, tendo em vista o cuidado integral e ampliado.

Esse movimento está diretamente associado ao processo de excepcionalização da infância autista, no qual a criança é inscrita em uma narrativa de anormalidade permanente e de necessidade terapêutica contínua. Tal excepcionalização, ainda que travestida de inclusão, acaba por sustentar práticas segregadoras e justificar o deslocamento da responsabilidade do cuidado para o setor privado (Machado, 2022).

Nesse contexto, a expansão do mercado terapêutico não é apenas uma resposta à ausência do Estado, mas uma forma de reorganização social e simbólica do autismo, ancorada em valores como desempenho, adaptação e tecnificação da infância (Machado, 2022; Fernandes *et al.*, 2024). O autismo se converte em valor de mercado, e sua gestão se transforma em empreendimento, operando por meio de protocolos, pacotes de intervenção e planos terapêuticos frequentemente inacessíveis para a maioria das famílias, que acabam por judicializar suas demandas. Trata-se, portanto, de um processo que reforça desigualdades históricas e compromete a construção de práticas éticas, singulares e emancipatórias (Broderick, 2022; Fernandes *et al.*, 2024).

Destaca-se nesse rol de serviços, o setor filantrópico, composto por organizações não governamentais (ONGs) e associações de familiares que passaram a disputar legitimidade e recursos dentro de um campo cada vez mais regulado por critérios de eficácia, certificações técnicas e parcerias com o setor privado (Fernandes *et al.*, 2024).

Considerando todas as camadas que envolvem a expansão do mercado privado no campo do autismo, incluindo a crescente demanda social, a mercantilização do cuidado e a consolidação de modelos terapêuticos hegemônicos, é necessário reconhecer que as implicações desse processo extrapolam a esfera do atendimento clínico. Trata-se de um movimento que não apenas reorganiza as formas de cuidar, mas também redefine os modos de trabalhar. Os efeitos da privatização e da padronização das práticas recaem diretamente sobre os profissionais inseridos nesse circuito, repercutindo de forma significativa nas condições de trabalho e nas dinâmicas organizacionais das instituições que atuam com a população autista.

Embora o aumento da demanda por serviços especializados possa abrir oportunidades de inserção profissional, ele se dá sob uma lógica produtivista que submete os trabalhadores a regimes de intensificação e flexibilização (Ricci *et al.*, 2025). Jornadas extenuantes, vínculos precarizados, metas de produtividade e baixos salários compõem um cenário marcado pela degradação do trabalho no setor terapêutico,

especialmente em clínicas especializadas no atendimento a crianças autistas (Fernandes *et al.*, 2024; Ricci *et al.*, 2025).

É a partir dessa perspectiva que o próximo capítulo se dedicará a examinar a precarização do trabalho na indústria do autismo, discutindo como a mercantilização do cuidado produz novas formas de exploração, sofrimento ético e esvaziamento do sentido do trabalho em saúde.

CAPÍTULO 3

1.3 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA INDÚSTRIA DO AUTISMO

1.3.1 O trabalho, seus processos e condições: fundamentos teóricos e analíticos

Neste estudo, o conceito de *trabalho* é compreendido de forma ampliada e crítica, não se restringindo à noção clássica de emprego formal ou atividade economicamente produtiva. O trabalho é entendido como uma atividade central na constituição da subjetividade humana, das relações sociais e da organização simbólica da vida em sociedade (Bourdieu, 1998; Dejours, 2004; Antunes, 2018). Essa escolha teórica decorre da necessidade de compreender o trabalho não apenas como atividade técnica, mas como experiência ética, política e afetiva, especialmente quando se trata de profissões que se inscrevem no campo do cuidado, como é o caso das práticas terapêuticas voltadas às pessoas autistas.

O trabalho é a mediação fundamental entre o homem e a natureza, sendo, ao mesmo tempo, condição de existência e categoria histórica. No capitalismo, entretanto, essa mediação é expropriada: o trabalhador perde o controle sobre os meios e os fins de seu fazer, vendo seu tempo, corpo e energia subordinados à lógica do capital. O trabalho torna-se, assim, espaço de alienação, exploração e esvaziamento de sentido (Minayo, 2011; Marx, 2013). É também um campo social e simbólico estruturado por relações de poder, onde se produzem e reproduzem hierarquias, reconhecimentos e habitus profissionais. No campo da saúde, essas dinâmicas se expressam na disputa por legitimidade técnica e moral, na valorização de determinados saberes e na desvalorização de outros (Bourdieu, 1998; 1999).

Dejours (2004; 2006) amplia o debate ao evidenciar o trabalho como espaço de investimento psíquico e de construção de sentido. Para o autor, trabalhar é sempre reinterpretar o prescrito, é inventar soluções diante das contradições e falhas do sistema, sendo o sofrimento e o prazer dimensões inseparáveis desse processo. Assim, o trabalho ultrapassa a dimensão técnica da tarefa, tornando-se também espaço de expressão da subjetividade e de resistência à alienação.

Antunes (2018), por sua vez, situa o trabalho como eixo central da crítica ao capitalismo contemporâneo. No neoliberalismo, observa-se a intensificação da exploração e o esvaziamento dos vínculos coletivos, configurando uma nova precariedade que combina flexibilidade, insegurança e individualização. O trabalhador passa a ser concebido como “empreendedor de si mesmo”, responsabilizado por seu desempenho e sucesso, ao mesmo tempo em que perde autonomia e estabilidade. Essa configuração impacta diretamente as profissões do cuidado, que, embora ancoradas em valores éticos e relacionais, são cada vez mais submetidas à lógica do mercado e à gestão da performance.

A escolha desse referencial teórico reflete, portanto, um compromisso com uma leitura crítica e interdisciplinar do trabalho em saúde, capaz de articular as dimensões estruturais, simbólicas e subjetivas do fazer profissional. Essa concepção é especialmente pertinente para o objeto deste estudo, pois o trabalho terapêutico em clínicas especializadas no atendimento a crianças autistas encontra-se em uma encruzilhada: de um lado, o compromisso ético com o cuidado e a singularidade do sujeito; de outro, a crescente padronização, mercantilização e controle do fazer profissional.

Assim, compreender o trabalho à luz deste referencial (Bourdieu, 1998; 1999; Dejours, 2004; 2006; Minayo, 2011; Marx, 2013; Antunes, 2018) permite problematizar a precarização contemporânea não apenas como perda de direitos, mas como fenômeno que atinge o núcleo simbólico, ético e subjetivo do cuidado, isto é, a própria possibilidade de atribuir sentido ao ato de trabalhar e cuidar.

Para fins desta pesquisa, também se faz necessário distinguir os conceitos de *processos de trabalho* e *condições de trabalho*, ambos centrais à análise das transformações que afetam o cotidiano dos terapeutas. O conceito de processos de trabalho, de base marxista, refere-se à forma como o trabalho é organizado na prática, à sua lógica interna. Compreende o conjunto de atividades técnicas e simbólicas que articulam o objeto, os instrumentos e a finalidade do fazer (Minayo, 2011; Marx, 2013).

No campo da saúde, o processo de trabalho envolve a divisão de tarefas, a racionalização do tempo, as formas de avaliação e os modos de gestão institucional (Minayo, 2011). Nas clínicas especializadas, esses processos são fortemente atravessados por lógicas de produtividade, normatização e controle, refletindo a racionalidade neoliberal que transforma o cuidado em produto e o terapeuta em executor de protocolos (Harvey, 2005; Fernandes *et al.*, 2024).

As condições de trabalho, por outro lado, dizem respeito aos fatores externos e contextuais que influenciam o exercício profissional: a remuneração, os vínculos contratuais, a carga física e mental, os recursos disponíveis, a estrutura física, as relações interpessoais e os direitos sociais. Dejours (2004) enfatiza que as condições objetivas de trabalho estão diretamente ligadas às condições subjetivas de prazer, sofrimento e reconhecimento. Neste mesmo contexto, Antunes (2018) e Sennett (2015) reforçam que a precarização das condições laborais, marcada por insegurança e perda de autonomia, impacta não apenas a saúde física, mas também o sentido ético e coletivo do trabalho.

Essa distinção é fundamental para a análise crítica realizada neste estudo, pois permite compreender como as transformações impostas pela mercantilização do autismo afetam simultaneamente a organização do fazer terapêutico (processo) e a experiência material e subjetiva do trabalhador (condição).

Compreender essas distinções permite reconhecer que a precarização não é um fenômeno isolado, mas a consequência da sobreposição entre processos cada vez mais padronizados e condições cada vez mais fragilizadas. No contexto da indústria do autismo, isso se traduz na intensificação do controle institucional, na diminuição da autonomia técnica e na naturalização de vínculos instáveis, que produzem sofrimento e desvalorização profissional (Dejours, 2004; Antunes, 2018).

1.3.2 A lógica neoliberal e a precarização do trabalho em saúde

A precarização do trabalho emerge justamente da sobreposição entre processos cada vez mais controlados, padronizados e gerencializados, e condições laborais marcadas pela insegurança, desvalorização e sofrimento ético (Dejours, 2004; Antunes, 2018). É uma das expressões mais evidentes da racionalidade neoliberal. Mais do que a perda de direitos formais, ela representa a reorganização estrutural do trabalho sob a

lógica do desempenho, da eficiência e da responsabilização individual (Harvey, 2005; Brown, 2015).

No campo da saúde, essa racionalidade assume contornos particulares, pois se choca com a natureza relacional e coletiva do cuidado. A imposição de metas, o controle gerencial e a mercantilização das práticas terapêuticas produzem um paradoxo: quanto mais o cuidado é transformado em serviço e o paciente em cliente, mais se esvazia a dimensão ética e política do trabalho em saúde (Dejours, 2006; Antunes, 2018)

Compreender essas distinções torna-se ainda mais relevante quando situadas no contexto histórico mais amplo das transformações promovidas pelo neoliberalismo. A consolidação de uma lógica de cuidado profundamente atravessada pelas premissas do capitalismo neoliberal foi terreno fértil para a expansão do mercado de serviços voltados ao autismo que, indissociada da disputa por legitimidade e controle técnico-científico, transforma o cuidado em mercadoria e o submete a critérios de padronização, eficácia e produtividade (Broderick, 2022).

Essa racionalidade, orientada pela eficiência e pela adaptação funcional do sujeito, reconfigura não apenas as práticas clínicas, mas também as relações de trabalho, instaurando modos de gestão que intensificam a exploração, flexibilizam vínculos e ampliam o sofrimento ético dos profissionais envolvidos.

Nesse sentido, as condições de trabalho no setor especializado devem ser compreendidas como parte de um projeto mais amplo de reorganização do cuidado sob a lógica de mercado, no qual a subjetividade tanto do profissional quanto da pessoa autista é subordinada aos imperativos da performance e da rentabilidade (Dejours, 2004; Harvey, 2005; Antunes, 2018; Broderick, 2022).

Sob a lógica da flexibilização, da desregulamentação e da responsabilização individual, o trabalho é esvaziado de sua dimensão social e coletiva, sendo reconfigurado como desempenho e produtividade. Essa reconfiguração neoliberal não apenas fragiliza os vínculos trabalhistas e institucionais, mas também repercute sobre os modos de vida e os processos de subjetivação, produzindo novas formas de adoecimento e desfiliação social. Nesse cenário, o Brasil tornou-se laboratório de políticas que consolidam esse modelo, agravando desigualdades históricas e aprofundando a precarização sob múltiplas formas (Souza, 2023).

Para compreender as transformações promovidas pelo neoliberalismo nas relações de trabalho no Brasil, é necessário recuperar brevemente o percurso histórico das políticas públicas voltadas ao mundo do trabalho. A construção dos direitos

trabalhistas brasileiros nunca significou a eliminação das desigualdades estruturais entre capital e trabalho, mas representou importantes mecanismos de regulação estatal que atenuaram, ao menos parcialmente, formas anteriores de exploração. Com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943, durante o governo Vargas, o Estado passou a ocupar um papel central na mediação dessas tensões, instituindo um conjunto de direitos mínimos e criando instrumentos de proteção social, ainda que vinculados a um forte controle estatal sobre as organizações sindicais (Antunes, 2010; Delgado, 2017).

Esse arcabouço jurídico, embora limitado, constituiu uma referência para a garantia de direitos. Contudo, a partir do avanço das contrarreformas trabalhistas e da racionalidade neoliberal, observa-se a flexibilização e o enfraquecimento dessas proteções, aprofundando processos de precarização já presentes historicamente e introduzindo novas formas de intensificação do trabalho e vulnerabilização dos trabalhadores (Antunes, 2010; Delgado, 2017).

Tal conformação marcou a consolidação de uma política trabalhista inspirada em modelos corporativistas, que buscava integrar os trabalhadores à ordem social por meio da regulação formal das relações de emprego.

Com o passar das décadas, esse modelo foi sendo tensionado por mudanças estruturais no capitalismo e pelas sucessivas crises econômicas, que abriram caminho para uma reconfiguração do papel do Estado. Já durante o regime militar, observaram-se os primeiros sinais de flexibilização trabalhista. Contudo, é a partir dos anos 1990, no contexto de ascensão do ideário neoliberal, que se consolida uma inflexão mais profunda na política laboral brasileira.

As reformas implementadas nesse período, especialmente durante os mandatos de Fernando Henrique Cardoso, reconfiguraram as bases da proteção social e introduziram mecanismos de flexibilização, privatização e individualização das relações de trabalho, redefinindo os vínculos entre Estado, mercado e sociedade (Paulani, 2008; Antunes, 2018). As reformas posteriores, culminando na Reforma Trabalhista de 2017, devem ser lidas como desdobramentos dessa racionalidade, cujos efeitos mais amplos serão analisados posteriormente.

Nesse contexto, a precarização do trabalho no Brasil contemporâneo não pode ser dissociada da lógica mais ampla de mercantilização promovida pelo neoliberalismo, especialmente no campo da saúde. A racionalidade do lucro, ao penetrar profundamente

nas estruturas organizacionais e simbólicas dos serviços de cuidado, reconfigura não apenas os modos de gerir, mas também os sentidos do trabalhar e do cuidar.

Tais transformações se tornam particularmente visíveis nas clínicas especializadas no atendimento a crianças autistas, onde as exigências de produtividade, eficácia e controle gerencial incidem diretamente sobre a experiência subjetiva dos profissionais. É nesse cenário que se insere a análise que segue, voltando-se à lógica do lucro no setor da saúde e suas implicações sobre os trabalhadores, entre a promessa de eficiência e a realidade do adoecimento.

1.3.3 A precarização do trabalho na indústria do autismo

A consolidação do modelo neoliberal no Brasil reconfigurou profundamente as relações de trabalho, promovendo a desregulamentação, a individualização dos vínculos e o enfraquecimento das formas coletivas de proteção. No setor da saúde, essas transformações assumem contornos ainda mais graves, dada a natureza relacional, ética e pública do cuidado. A racionalidade neoliberal, ao introduzir uma lógica de mercado nas instituições de saúde, não apenas modifica os regimes contratuais e os modelos de gestão, mas compromete a própria integridade do trabalho em saúde, precarizando-o tanto em sua forma objetiva quanto em seu conteúdo simbólico (Bourdieu, 1991; 1998; 1999; Dejours, 2004; Antunes, 2018).

A precarização do trabalho¹³ consolidou-se como traço estrutural do capitalismo neoliberal. Mais do que a flexibilização normativa ou a perda de garantias formais, ela reconfigura os sentidos do trabalho, afetando diretamente a identidade, a saúde e a dignidade dos profissionais. A lógica da eficiência e da produtividade, hegemônica nas reformas neoliberais, impõe metas rígidas, rotatividade elevada e vínculos frágeis, gerando sofrimento ético-político e afetando a qualidade do cuidado prestado (Dejours, 2006; Franco *et al.*, 2010; Sennett, 2015).

Uma das consequências mais evidentes das reformas neoliberais no Sistema Único de Saúde (SUS) é a progressiva redução de investimentos públicos, acompanhada de severas restrições orçamentárias. A adoção de políticas de

¹³ O termo *precarização do trabalho* despontou para descrever a deterioração das condições laborais, caracterizada por vínculos empregatícios frágeis, instabilidade contratual e redução de direitos trabalhistas. A origem conceitual desse termo está associada aos estudos de Bourdieu (1999) que, durante a década de 1960, utilizou o termo francês "*précarité*" para descrever a situação de insegurança vivenciada pela classe trabalhadora (Bourdieu, 1999).

austeridade, a terceirização e as parcerias com o setor privado transformaram a lógica do serviço público, deslocando o foco da integralidade e da universalidade para a performance gerencial e a contenção de gastos. A gestão por resultados, importada do setor empresarial, passou a orientar a atuação dos profissionais de saúde, criando tensionamentos entre as exigências institucionais e o compromisso ético com o cuidado (Laurell, 2014; Lima, 2019).

A Reforma Trabalhista de 2017, ao legitimar novas formas contratuais e ampliar a terceirização, intensificou esse processo, autorizando vínculos intermitentes, temporários e sem garantias mínimas. No setor da saúde, tais mudanças resultaram em jornadas fragmentadas, remuneração variável e perda de autonomia técnica. Profissionais são constantemente expostos à instabilidade e ao adoecimento, em um contexto de crescente desproteção institucional (Yasbek, 2010; Antunes, 2025).

A lógica neoliberal transformou o setor da saúde em espaço privilegiado de acumulação de capital, mediante a entrada massiva de agentes privados e a subordinação do cuidado à rentabilidade. Essa mercantilização compromete os fundamentos do SUS, tornando os serviços mais lucrativos para os gestores, mas menos acessíveis para os usuários, especialmente os mais vulneráveis (Laurell, 2014; Lima, 2019). A desestruturação das equipes, a escassez de insumos e a fragmentação do vínculo entre trabalhador e paciente tornam-se efeitos colaterais dessa racionalidade gerencial que esvazia o cuidado de sua dimensão humanizada.

É nesse cenário que se insere o objeto deste estudo: os processos e condições de trabalho dos terapeutas da saúde que atuam com pessoas autistas em clínicas especializadas no atendimento a crianças autistas¹⁴. A mercantilização do autismo tem consolidado um modelo terapêutico padronizado, intensificado e orientado à produtividade. Terapeutas¹⁵ como psicólogos, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos

¹⁴ O termo *clínicas especializadas* refere-se a instituições privadas, públicas ou conveniadas que ofertam, de forma concentrada, serviços terapêuticos voltados ao público autista. Tais clínicas, frequentemente organizadas sob lógicas empresariais, operam como polos de prestação de serviços com foco em intervenções padronizadas, como ABA (Análise do Comportamento Aplicada), muitas vezes vinculadas a planos de saúde ou convênios públicos.

¹⁵ Neste trabalho, o termo *terapeutas* refere-se, de forma abrangente, a profissionais da saúde com formação graduada que atuam no cuidado clínico de pessoas com diagnóstico de autismo, incluindo psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicopedagogos, entre outros. A escolha pela generalização se deve ao modo como esses profissionais são frequentemente agrupados sob uma lógica funcional comum nas chamadas clínicas especializadas no atendimento a crianças autistas, independentemente de sua formação ou atribuições legais específicas.

e fonoaudiólogos atuam sob vínculos precários, com metas rígidas, escassa autonomia técnica e remuneração instável (Souza, 2023; Fernandes *et al.*, 2024; Ricci *et al.*, 2025).

Assim, a precarização do trabalho no campo do autismo não é uma anomalia, mas uma expressão exemplar da racionalidade neoliberal que subordina o cuidado ao lucro, ao controle e à eficiência. A análise aprofundada deste cenário permite compreender como essa lógica repercute sobre o cotidiano do trabalho terapêutico, revelando não apenas a materialidade da precarização, mas também seus efeitos simbólicos, afetivos e éticos. Ao visibilizar formas contemporâneas de exploração laboral e seus efeitos subjetivos, pretende-se contribuir para o debate sobre a precarização no campo da saúde, à luz da racionalidade neoliberal.

Diante desse cenário, esta pesquisa propõe-se a compreender e analisar os impactos da mercantilização do autismo nos processos e condições de trabalho de terapeutas atuantes em clínicas especializadas no atendimento às crianças autistas, a partir dos relatos compartilhados em uma mídia social digital. Ao visibilizar formas contemporâneas de exploração laboral e seus efeitos subjetivos, pretende-se contribuir para o debate sobre a precarização no campo da saúde, à luz da racionalidade neoliberal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender e analisar os processos e as condições de trabalho em clínicas especializadas no atendimento de crianças autistas à luz de referenciais críticos aos processos de mercantilização da saúde e do complexo industrial do autismo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar os processos de trabalho nas referidas clínicas;
- Investigar as condições de trabalho que estruturam a atuação profissional.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo caracteriza-se como exploratório, documental e de abordagem quali-quantitativa, tendo como campo empírico uma mídia social digital – a plataforma Instagram¹⁶.

A escolha por um delineamento exploratório justifica-se pela natureza emergente e pouco sistematizada do objeto de investigação: processos e condições de trabalho de terapeutas que atuam em clínicas especializadas no atendimento de crianças autistas. Segundo Gil (2017), pesquisas exploratórias são indicadas para o exame de fenômenos ainda pouco estudados, oferecendo subsídios iniciais para delimitação de categorias e hipóteses futuras. Nesse tipo de investigação, a flexibilidade metodológica é essencial, uma vez que o processo investigativo pode demandar reformulações ao longo do percurso (Creswell, 2014).

A abordagem exploratória permite identificar dimensões subjetivas e institucionais que não se apresentam de forma imediatamente quantificável, especialmente quando os dados são oriundos de produções espontâneas em ambientes informais, como redes sociais. Essa estratégia é particularmente útil quando se busca compreender a complexidade de discursos e experiências em contextos marcados por precarização, adoecimento e resistência simbólica (Fragoso *et al.*, 2011).

Este estudo também se caracteriza como uma pesquisa documental, uma vez que se baseia na análise de registros públicos disponibilizados em ambiente digital. Os estudos documentais são indicados quando se busca compreender fenômenos por meio da análise de documentos já existentes, permitindo interpretações críticas de políticas públicas, práticas institucionais e trajetórias sociais (Gil, 2017).

Tradicionalmente, esse tipo de pesquisa envolve o exame de leis, relatórios, atas e registros formais; no entanto, como destacam Fragoso *et al.* (2011), no contexto das

¹⁶ O Instagram é uma plataforma de mídia social fundada em 2010 e adquirida pela Meta Platforms, Inc. (anteriormente Facebook Inc.) em 2012. Estruturada originalmente para o compartilhamento de imagens e vídeos curtos, a plataforma tornou-se um espaço de circulação de discursos, práticas e afetos, assumindo crescente relevância em campos como saúde, educação e ativismo político. No Brasil, o Instagram figura entre as redes sociais mais utilizadas, com cerca de 113 milhões de usuários ativos em 2023, consolidando-se como um importante espaço público digital (DataReportal, 2023). Seu formato favorece a comunicação direta, a exposição de experiências pessoais e a criação de comunidades temáticas, sendo amplamente utilizado por profissionais da saúde, instituições e usuários para a produção e disseminação de conteúdos relacionados ao cuidado, sofrimento e reconhecimento social.

mídias sociais, as postagens digitais também podem ser consideradas documentos contemporâneos, pois representam formas discursivas relevantes produzidas no interior de campos sociais em disputa.

De acordo com Gil (2008; 2017), a pesquisa documental se distingue das pesquisas do tipo levantamento, uma vez que não envolve a coleta direta de dados junto aos sujeitos da pesquisa, como ocorre por meio de questionários ou entrevistas estruturadas. Em vez disso, utiliza registros e documentos previamente produzidos e já disponíveis, o que permite ao pesquisador acessar representações sociais e experiências concretas que emergem de forma espontânea, como no caso dos relatos analisados neste estudo.

No contexto contemporâneo, a classificação dos documentos em pesquisa vêm assumindo formas variadas e globalizadas, incluindo materiais digitais como postagens em redes sociais, que expressam tanto o presente quanto vestígios de experiências silenciadas (Fragoso *et al.*, 2011; Cellard, 2012).

Ao tratar documentos como fontes discursivas socialmente situadas, é possível acessar dimensões simbólicas e institucionais que não se manifestam de maneira explícita. Os discursos documentais não apenas informam, mas atuam socialmente, pois revelam valores, tensões e contradições estruturais que atravessam o cotidiano dos sujeitos (Fairclough, 2001; Cellard, 2012).

No caso deste estudo, os relatos coletados em uma mídia social digital devem ser compreendidos como formas de enunciação coletiva e situada, que expressam sofrimento ético, crítica institucional e resistência à lógica produtivista do trabalho terapêutico, especialmente no contexto da mercantilização do autismo (Franco *et al.*, 2010; Fragoso *et al.*, 2011).

Em relação a abordagem, o enfoque quali quantitativo tem se consolidado como estratégia fundamental para a compreensão aprofundada de fenômenos sociais, culturais e de saúde. De acordo com Creswell e Clark (2017), a integração entre procedimentos qualitativos e quantitativos permite ampliar a robustez das análises, na medida em que articula a interpretação crítica dos significados à descrição da frequência com que determinados temas emergem. Nessa mesma direção, Tashakkori e Teddlie (1998) defendem que a combinação de métodos possibilita uma visão mais completa do objeto de estudo, superando os limites de abordagens isoladas.

A dimensão qualitativa desta pesquisa se ancora em uma metodologia interpretativa, voltada a compreender significados, experiências e interações sociais a partir da perspectiva dos sujeitos, valorizando seus contextos de vida e a forma como atribuem sentido aos eventos (Minayo, 2001; Flick, 2009). Ao privilegiar a subjetividade e os sentidos produzidos no cotidiano, a análise qualitativa mostra-se particularmente adequada para investigar fenômenos complexos e pouco visíveis por meio de abordagens tradicionais.

A dimensão quantitativa, por sua vez, foi operacionalizada a partir da contagem das unidades de registro em cada categoria e subcategoria, permitindo identificar tendências, distribuições e frequências relativas no corpus analisado. Como ressalta Flick (2009), a quantificação integrada ao qualitativo não tem a finalidade de generalização estatística, mas de reforço da validade descritiva e da consistência interpretativa dos resultados.

Nesse sentido, a abordagem qualiquantitativa adotada neste estudo integra duas camadas complementares: (1) a interpretação densa das narrativas de precarização vividas pelos terapeutas, expressas em relatos publicados espontaneamente em uma mídia social digital, e (2) a mensuração da ocorrência dos temas identificados, que confere maior precisão descritiva à análise. Essa complementaridade metodológica assegura maior coerência interna e profundidade analítica, ao mesmo tempo em que evidencia a dimensão coletiva das experiências relatadas (Tashakkori e Teddlie, 1998; Creswell e Clark, 2017).

Ressalta-se que a pesquisa buscou garantir rigor metodológico por meio de estratégias de validação e triangulação, fundamentais em estudos realizados em ambientes digitais. No contexto da abordagem qualiquantitativa, o rigor foi assegurado tanto pelo cuidado interpretativo da análise qualitativa quanto pela precisão descritiva obtida a partir da quantificação das unidades de registro (Flick, 2009; Creswell e Clark, 2017).

Foram adotadas duas formas de triangulação: a triangulação de pesquisadores, com codificação independente, revisão cruzada e discussões interdisciplinares, a fim de reduzir vieses e ampliar a profundidade interpretativa; e a triangulação teórica, integrando diferentes aportes analíticos para aprofundar a compreensão do fenômeno estudado. Além disso, a quantificação da distribuição de unidades de registro em categorias e subcategorias funcionou como recurso de validação interna, reforçando a consistência dos achados.

Essas estratégias tiveram como objetivo fortalecer a validade dos resultados e ampliar a confiabilidade da pesquisa, respeitando os desafios éticos e metodológicos próprios das investigações em ambientes digitais e assegurando maior robustez à análise quali-quantitativa. Assim, o rigor metodológico não esteve voltado à generalização estatística, mas à coerência interna e à consistência interpretativa da análise quali-quantitativa, em que a integração entre significados e frequências buscou oferecer uma compreensão mais densa e robusta do fenômeno investigado.

3.1.1 A cultura digital e a pesquisa em saúde

A crescente digitalização das relações sociais tem transformado profundamente as formas de produção, circulação e validação do conhecimento científico. Para Castells (1999; 2003; 2013), a cultura contemporânea é moldada pela comunicação digital, cujos sistemas tecnológicos não apenas mediam, mas estruturam as práticas sociais, afetando redes, interações e a própria concepção de comunidade. Ao analisar a “Galáxia da Internet”, Castells (2003) afirma que a tecnologia redefine o pertencimento, a produção simbólica e os modos de subjetivação, tornando os ambientes digitais centrais na constituição da vida social contemporânea.

Diante desse cenário, o uso de mídias sociais¹⁷ como fonte de dados passou a ocupar lugar de destaque na pesquisa qualitativa, especialmente em áreas como saúde, comportamento e cultura digital (Taylor *et al.*, 2018). Creswell (2014) já antecipava esse movimento ao indicar que redes sociais, e-mails e registros digitais desestruturados ampliam o leque das fontes qualitativas e exigem do pesquisador novas estratégias metodológicas.

As mídias sociais configuram-se como repositórios dinâmicos de dados espontâneos e interativos. A interatividade, a acessibilidade e a amplitude das vozes presentes nesses ambientes possibilitam a coleta de informações ricas sobre experiências subjetivas, discursos coletivos e práticas sociais emergentes (Hiranaka, 2016; Salgado, 2016).

¹⁷ O termo *mídias sociais digitais* refere-se a plataformas interativas mediadas por tecnologias digitais, que permitem a criação, o compartilhamento e a circulação de conteúdos entre usuários. Essas mídias operam por meio de redes sociotécnicas que conectam sujeitos, algoritmos, dispositivos e dados, configurando novos modos de sociabilidade e produção de sentidos. São exemplos o Instagram, Facebook, YouTube e TikTok, frequentemente utilizados como espaços de expressão de vivências pessoais, ativismo, marketing e também produção de conhecimento (Recuero, 2009; Castells, 2013).

A legitimidade dos dados produzidos nesses ambientes relaciona-se com a emergência das comunidades online, definidas por Rheingold (1993, p. 3) como “agregações sociais que emergem da rede quando um número suficiente de pessoas empreende discussões públicas por tempo suficiente e com suficiente sentimento humano para formar redes de relacionamentos pessoais”.

Essas comunidades constituem espaços simbólicos onde identidades se constroem, experiências são compartilhadas e vínculos de pertencimento são estabelecidos. A participação ativa em comunidades digitais favorece o envolvimento com temas sensíveis e o compartilhamento autêntico de vivências, especialmente quando preservado o anonimato. A garantia de sigilo e o uso de contas anônimas aumentam a confiança dos participantes e viabilizam a emergência de discursos que poderiam permanecer silenciados em contextos formais (Hiranaka, 2016).

A metáfora das redes como “conversações”¹⁸, proposta por Salgado (2016, p. 88), reforça a ideia de que os ambientes digitais não são apenas canais de comunicação, mas territórios simbólicos de troca e disputa discursiva. Ao interagir nesses espaços, sujeitos compartilham afetos, resistências e denúncias, elementos fundamentais para estudos qualitativos voltados à análise crítica do trabalho, da saúde e das práticas institucionais.

Neste estudo, as mídias sociais foram utilizadas como plataforma de coleta documental, tendo em vista a publicação de relatos anônimos publicados no perfil @terapeutas.cansados2, no Instagram. Essa escolha metodológica baseia-se em investigações anteriores que reconhecem as redes sociais como espaços legítimos de escuta, especialmente no campo da saúde (Ricci *et al.*, 2025). Especificamente em relação a essa plataforma e o perfil @terapeutas.cansados2, as autoras ressaltam que a mesma oferece um ambiente sigiloso, seguro e acessível, no qual terapeutas compartilham suas vivências, conflitos e percepções sobre a prática profissional.

A natureza espontânea dos relatos, a ausência de mediação direta do pesquisador e o contexto público da publicação caracterizam esses registros como documentos

¹⁸ A metáfora das redes como “conversações” propõe compreender os ambientes digitais não apenas como meios de transmissão de informação, mas como espaços estruturados pela troca simbólica e pelo engajamento comunicativo entre os sujeitos. Salgado (2016) defende que redes sociais digitais se configuram como ecossistemas de sentido, em que cada interação fortalece ou enfraquece os vínculos comunicacionais e, por consequência, os próprios laços sociais.

digitais contemporâneos¹⁹ (Fragoso *et al.*, 2011). Os documentos digitais contemporâneos referem-se a registros textuais, audiovisuais ou multimodais produzidos, compartilhados e armazenados em ambientes digitais, especialmente em plataformas de mídias sociais (Fragoso *et al.*, 2011).

Esses devem ser compreendidos como formas legítimas de expressão social e cultural, dotadas de contexto, autoria e intencionalidade, ainda que anônimas ou fragmentadas. Sua análise em pesquisas qualitativas requer sensibilidade metodológica e ética, pois tais documentos não apenas informam sobre um fenômeno, mas atuam socialmente, configurando-se como artefatos discursivos que condensam experiências, afetos, denúncias e resistências (Fragoso *et al.*, 2011).

Assim, o uso de mídias sociais na pesquisa qualitativa representa uma resposta metodológica coerente às transformações da cultura digital, nas quais os sistemas tecnológicos de comunicação passaram a moldar práticas sociais, subjetividades e formas de pertencimento (Castells, 2003; 2013).

Ao reconhecer esses ambientes como espaços legítimos de produção discursiva, amplia-se o alcance da investigação acadêmica sobre fenômenos sociais complexos, especialmente aqueles que envolvem experiências coletivas e subjetividades historicamente invisibilizadas. A interatividade, o anonimato, a espontaneidade e o engajamento colaborativo tornam essas plataformas fontes potentes para a escuta de vivências singulares e compartilhadas (Rheingold, 1993; Salgado, 2016; Hiranaka, 2016). Esse potencial é particularmente significativo em contextos marcados por precarização e silenciamento institucional, como ocorre no trabalho terapêutico em clínicas especializadas submetidas à lógica mercantil da assistência à saúde.

3.2 PARTICIPANTES / FONTE

Conforme já citado anteriormente, este estudo tem como fonte de dados os relatos anônimos de terapeutas²⁰ publicados em uma mídia social digital, o perfil público

¹⁹ O termo *documentos digitais contemporâneos* é uma expressão analítica e descritiva amplamente utilizada e consolidada por pesquisadores da área de metodologia qualitativa aplicada à internet, especialmente no Brasil

²⁰ Embora o perfil @terapeutas.cansados2 não especifique a formação profissional dos autores dos relatos, observa-se, por meio da linguagem, dos contextos descritos e das referências às práticas clínicas, que se tratam de profissionais graduados - psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas entre outros.

@terapeutas.cansados2²¹, hospedado na plataforma Instagram. A escolha desta fonte justifica-se por sua função coletiva de denúncia, crítica e troca de experiências entre terapeutas, especialmente no que diz respeito à precarização das condições de trabalho em clínicas especializadas no atendimento a crianças autistas.

Os relatos publicados nesse perfil refletem percepções espontâneas sobre os desafios cotidianos enfrentados por terapeutas, constituindo um corpus valioso para investigação.

Para tanto, foram incluídos neste estudo 540 relatos anônimos publicados no perfil @terapeutas.cansados2 que tratavam especificamente da experiência de terapeutas. Ou seja, apenas relatos de terapeutas que abordassem, de forma direta ou implícita, aspectos relacionados aos processos e condições de trabalho, como vínculos empregatícios, rotinas laborais, conflitos éticos, precarização, sobrecarga ou relações institucionais no cotidiano profissional.

Apesar da maioria dos relatos publicados no perfil ser atribuída a profissionais graduados da área da saúde, também se identificam no corpus alguns relatos enviados por mães, familiares de crianças autistas, estagiários e profissionais que atuam em clínicas, mas que não possuem necessariamente formação superior na área da saúde, como exemplo, os acompanhantes terapêuticos (AT).

Este estudo opta por delimitar o recorte analítico aos terapeutas com formação graduada, em função da coerência com os objetivos da pesquisa e da terminologia utilizada nos próprios relatos. No entanto, reconhece-se que outros trabalhadores, sem formação superior, também estão expostos à precarização das condições de trabalho em contextos semelhantes. Estudos específicos que explorem essas experiências são necessários e relevantes para o aprofundamento dessa problemática.

Além disso, outro critério de inclusão adotado foi o recorte temporal. Assim, foram considerados todos os relatos publicados no perfil @terapeutas.cansados2 entre o início de sua atividade, 05 de março de 2024, até a interrupção abrupta dos relatos no perfil em outubro de 2024, quando o acesso ao conteúdo foi temporariamente suspenso pela plataforma Instagram. Embora o perfil tenha retomado suas atividades em janeiro de 2025, optou-se por delimitar a amostra ao período anterior à suspensão, garantindo homogeneidade na coleta e estabilidade na análise dos dados.

²¹ Um perfil anterior, @terapeutas.cansados1, foi utilizado no estudo piloto de Ricci *et al.*, (2025). Assim, visando a continuidade desta pesquisa, no presente estudo adotou-se o segundo perfil.

Essa decisão metodológica buscou preservar a integridade do material analisado, mantendo uma coerência cronológica e discursiva compatível com os objetivos do estudo, além de evitar possíveis mudanças editoriais ou de curadoria do perfil que pudessem afetar a comparabilidade dos relatos ao longo do tempo.

Quanto aos critérios de exclusão, os relatos em que o conteúdo se refere a contextos fora da prática clínica (como ensino, pesquisa ou trabalho administrativo); relatos postados em duplicidade (relatos de conteúdo replicados, nitidamente postados errôneamente); relatos que identificava pessoas, clínicas ou instituições, e aqueles em que o foco recaía sobre ataques pessoais, conflitos interpessoais explícitos ou exposição pejorativa de colegas de trabalho foram excluídos.

Desta forma, compreende-se que a seleção dos relatos neste estudo foi conduzida com base na amostragem por critérios, uma estratégia não probabilística intencional, amplamente utilizada em pesquisas qualitativas cujo objetivo é compreender em profundidade determinados fenômenos sociais. Esse tipo de amostragem não busca representatividade estatística, mas sim a relevância teórica e a adequação empírica do material selecionado em relação ao problema de pesquisa (Minayo, 2001; Patton, 2002; Creswell, 2014).

3.3 LOCAL

O local onde os relatos foram coletados trata-se do o perfil público de mídia social digital @terapeutas.cansados2, hospedado na plataforma Instagram. Este perfil se consolidou como um espaço coletivo de escuta, denúncia e reflexão sobre as condições de trabalho de terapeutas que atuam no atendimento clínico de crianças e adolescentes²², tanto em instituições públicas quanto privadas.

A trajetória dessa comunidade virtual iniciou-se com a criação do perfil @terapeutascansados, ativo desde novembro de 2021 e, embora o perfil ainda esteja acessível na plataforma Instagram, a última publicação ocorreu em setembro de 2022. Esse perfil, mantido de forma anônima, foi pioneiro ao abrir espaço para o envio e a publicação de relatos anônimos de profissionais da área da saúde, especialmente

²² Conforme contextualizado na introdução deste trabalho, observa-se, atualmente, uma ampliação significativa da demanda por serviços terapêuticos voltados à infância e adolescência, com destaque para o atendimento a crianças e adolescentes autistas. Esse público tem se tornado o principal alvo de atuação das clínicas especializadas, especialmente no contexto da expansão do diagnóstico de autismo e da consolidação de modelos terapêuticos voltados à normatização do comportamento e à adaptação funcional.

terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, que atuam em clínicas voltadas ao público autista. A proposta se baseava na criação de um canal seguro e confidencial para compartilhar experiências cotidianas marcadas por sobrecarga, desvalorização e precarização do trabalho.

Após o encerramento das atividades do primeiro perfil, foi criado o @terapeutas.cansados2, que retomou a proposta original e passou a reunir novamente relatos anônimos, organizando as postagens em formato de denúncias textuais, com forte apelo à escuta empática, ética e coletiva. A Figura 1 ilustra a apresentação do perfil @terapeutas.cansados2 na página do Instagram, na qual é possível observar que até maio de 2025, o perfil acumulava cerca de 11,7 mil seguidores, 1.042 postagens e, embora tenha enfrentado um período de suspensão entre outubro de 2024 e janeiro de 2025, encontra-se novamente ativo, recebendo contribuições diárias e mantendo sua relevância como espaço de escuta para profissionais da saúde.

Figura 1 – Apresentação do Perfil @terapeutas.cansados2 na Página do Instagram



Fonte: Elaborada pela autora a partir de conteúdo disponível em: <https://www.instagram.com/terapeutas.cansados2>. Acesso em: 10 mai. 2025.

Embora a descrição do perfil apresente-o de forma simples como “um espaço para todos os terapeutas enviarem seus relatos e desabafo”, sua dinâmica de funcionamento revela um chamamento objetivo e subjetivo dirigido aos terapeutas. Esse convite, ainda que implícito, opera como disparador para que os profissionais compartilhem suas vivências, dores e resistências em torno das condições de trabalho. Assim, a página não

apenas acolhe os relatos, mas também os incita, constituindo-se como um espaço ativo de escuta, validação e visibilidade coletiva.

A escolha pelo perfil @terapeutas.cansados2 como local da pesquisa fundamenta-se não apenas na disponibilidade pública e espontânea dos relatos, mas também na sua importância simbólica e discursiva no cenário atual. A plataforma atua como um repositório digital de narrativas que expressam formas de sofrimento ético, crítica institucional e resistência simbólica, conformando-se como um campo fértil para análises qualitativas orientadas por uma perspectiva crítica.

Ressalta-se que a lente de análise adotada nesta pesquisa não se restringe aos aspectos clínicos ou terapêuticos. O interesse reside na compreensão das mediações sociais, econômicas e institucionais que incidem sobre os processos e condições de trabalho dos profissionais que atuam nesses cenários.

3.4 INSTRUMENTOS

Conforme Cellard (2012) enfatiza, é fundamental a organização metódica dos dados para garantir a consistência e a validade analítica do estudo. Assim, todos os relatos foram transcritos integralmente e armazenados em uma planilha digital no *Google Drive*, que funcionou como instrumento central de sistematização e catalogação dos dados.

A escolha por esse recurso está em consonância com o que propõem Minayo (2001) e Creswell (2014) ao destacarem a importância da organização estruturada do material empírico como etapa fundamental para a condução da análise qualitativa. Cada relato foi numerado sequencialmente, de acordo com a ordem cronológica de publicação na plataforma, o que possibilitou a manutenção da linearidade temporal das postagens, favorecendo a rastreabilidade dos dados, aspecto fundamental em pesquisas qualitativas (Gibbs, 2009).

A manutenção da integridade dos textos, respeitando sua linguagem original, estrutura e estilo informal característico de redes sociais, foi considerada uma diretriz metodológica relevante, conforme sugerem Fragoso *et al.*, (2011) ao abordarem o tratamento de documentos digitais espontâneos como práticas discursivas socialmente situadas. Preservar o texto como unidade de sentido integral é também uma diretriz alinhada à análise de conteúdo, sobretudo em sua vertente temática, que exige que os registros sejam compreendidos em sua totalidade contextual (Bardin, 2011).

Portanto, o uso de uma planilha digital como instrumento principal está alinhado aos pressupostos metodológicos da análise qualiquantitativa em ambientes digitais: ela possibilita a visualização integrada dos dados, sua organização por critérios analíticos e a manutenção de sua integridade original, elementos essenciais para a produção de inferências fundamentadas (Bardin, 2011).

3.5 PROCEDIMENTOS

3.5.1. Aspectos Éticos

Este estudo foi submetido à apreciação ética e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), sob o número de parecer 6.057.453. A pesquisa está em conformidade com os princípios estabelecidos pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regula as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais envolvendo seres humanos.

Por se tratar de um estudo de natureza documental e retrospectiva, realizado a partir de relatos publicados em um perfil público e acessível na plataforma Instagram (@terapeutas.cansados2), não foi necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos autores dos relatos nem pelo administrador da página. A Resolução 510/2016 prevê exceção ao uso do TCLE em pesquisas que envolvem dados de acesso público, desde que não impliquem em risco à integridade dos participantes ou em quebra de confidencialidade.

Todos os relatos analisados foram enviados de forma voluntária, espontânea e anônima, sem qualquer indução ou mediação por parte da pesquisadora. O conteúdo foi disponibilizado em um ambiente público da internet, onde qualquer usuário pode visualizar, compartilhar, comentar ou salvar as postagens. Nas pesquisas realizadas em espaços digitais abertos, os dados podem ser tratados como documentos públicos contemporâneos, desde que respeitados os princípios da ética, do cuidado e da não exposição dos sujeitos (Fragoso *et al.*, 2011).

Ainda assim, foi adotado um procedimento rigoroso de proteção e cuidado com os dados. Todos os relatos foram previamente lidos de forma integral pela pesquisadora com o objetivo de assegurar que nenhuma informação identificável, como nomes próprios, locais de trabalho, instituições ou dados sensíveis, estivesse presente nos

textos selecionados para análise. Nos poucos casos em que esse tipo de dado aparecia, o relato foi excluído da amostra.

Dessa forma, este estudo se compromete a não expor indivíduos, instituições ou serviços, reafirmando seu propósito de contribuir para o debate crítico sobre as condições de trabalho de terapeutas no campo da saúde e da atenção ao autismo, com respeito absoluto à privacidade e dignidade das pessoas cujas experiências foram analisadas.

3.5.2 Coleta de Dados

A coleta de dados deste estudo foi realizada entre os meses de março e outubro de 2024.

Todos os relatos foram considerados documentos digitais espontâneos, isto é, registros produzidos voluntariamente pelos usuários da plataforma, sem intervenção da pesquisadora (Fragoso *et al.*, 2011; Cellard, 2012). Foram extraídos diretamente da interface pública do perfil, respeitando a ordem cronológica de publicação.

A extração dos dados seguiu uma lógica sistemática. Inicialmente, todos os relatos publicados no período foram transferidos manualmente para um documento de edição de texto (*Google Docs*), o que possibilitou sua leitura integral e o armazenamento seguro do material bruto. Cada relato foi numerado sequencialmente, de acordo com sua ordem de publicação, garantindo a rastreabilidade dos dados.

Posteriormente, os relatos foram transferidos para uma planilha digital de organização e análise, que permitiu tanto a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão quanto a posterior quantificação das unidades de registro, possibilitando o tratamento quali-quantitativo do corpus. A coleta foi conduzida por dupla independente de pesquisadoras, de modo a garantir maior confiabilidade no processo de seleção e triagem, conforme recomendam Gibbs (2009) e Creswell (2014) para o controle de viés em pesquisas qualitativas.

Quanto aos critérios e etapas de seleção dos dados, a primeira etapa consistiu na aplicação dos critérios de inclusão. Essa triagem resultou em 643 relatos incluídos.

Na segunda etapa, foram aplicados os critérios de exclusão, que removeram da amostra relatos com os seguintes conteúdos:

- Relatos que tratassem de contextos alheios à prática clínica em saúde (ex.: ensino, pesquisa, trabalho administrativo);
- Relatos postados em duplicidade (conteúdo replicados, nitidamente postados erroneamente);
- Relatos que identificassem pessoas, clínicas ou instituições, com elementos que comprometessem o sigilo e a ética na pesquisa;
- Relatos de cunho violento, cujos textos que expunham colegas ou instituições de forma pejorativa, em que o foco recaía sobre ataques pessoais e conflitos interpessoais explícitos .

Após a exclusão desses registros, o corpus final ficou composto por 540 relatos anônimos, os quais compõem a amostra definitiva da pesquisa.

A opção por realizar a coleta manual, organizada em múltiplas etapas, com dupla de avaliadoras e controle cruzado, contribuiu para assegurar transparência, rigor e rastreabilidade em todo o processo de sistematização dos dados, princípios fundamentais na abordagem quali-quantitativa (Minayo, 2001; Gibbs, 2009).

3.5.3 Análise e Tratamento dos Dados

A análise dos dados neste estudo seguiu os princípios da análise documental orientada por uma abordagem quali-quantitativa (mista), de caráter crítico e sistemático. A análise de dados oriundos de mídias sociais exige não apenas o rigor metodológico da análise qualitativa tradicional, mas também uma compreensão aprofundada dos modos específicos de produção de sentido nos ambientes digitais.

A interpretação de documentos digitais deve levar em conta o caráter público, performático, interativo e contextual dos discursos online. Essas plataformas produzem sentidos que são socialmente situados e mediados pela lógica algorítmica, pelo design da plataforma e pelas normas de interação vigentes entre os usuários (Hine, 2020). A utilização de documentos públicos e espontâneos extraídos de mídias sociais exige atenção metodológica às particularidades do suporte digital, à natureza dos discursos produzidos e ao contexto sociotécnico em que se inserem (Fragoso *et al.* 2011).

A análise documental pressupõe uma leitura aprofundada dos materiais a partir de cinco dimensões interpretativas: o contexto de produção do documento (social, político, econômico e cultural); a posição do autor ou grupo autoral, mesmo quando anônimo ou coletivo; a confiabilidade da fonte, considerando sua procedência e autenticidade; a

natureza textual, que pode variar em estrutura, estilo e intencionalidade; e os conceitos-chave e terminologia, que devem ser compreendidos dentro do universo simbólico do campo investigado (Cellard, 2012).

Ao considerar os relatos publicados no perfil @terapeutas.cansados2 como documentos digitais contemporâneos, optou-se por tratá-los como registros discursivos socialmente situados (Fragoso *et al.*, 2011), respeitando seus contextos de produção e o sentido coletivo que adquirem em ambientes de rede. Para tanto, foi adotada a análise de conteúdo com enfoque temático, conforme proposta por Bardin (2011) e posteriormente aprofundada por Braun e Clarke (2006), que enfatizam o processo de sistematização de significados recorrentes no corpus textual.

O tratamento dos dados seguiu as três fases clássicas da análise de conteúdo delineadas por Bardin (2011). Essa estratégia foi operacionalizada em duas dimensões complementares:

- Dimensão qualitativa, centrada na interpretação crítica dos sentidos atribuídos pelos terapeutas às suas vivências de precarização;
- Dimensão quantitativa, voltada à quantificação das unidades de registro em cada categoria e subcategoria, permitindo visualizar tendências e frequências relativas no corpus.

O tratamento dos dados seguiu as três fases clássicas da análise de conteúdo delineadas por Bardin (2011):

1. Pré-análise: nesta etapa inicial, foi realizada a organização do material bruto (540 relatos), seguido de uma leitura flutuante dos textos, com vistas à aproximação exploratória do conteúdo e à construção das primeiras hipóteses interpretativas. Essa fase incluiu a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, além do reconhecimento das primeiras regularidades discursivas.

2. Exploração do material e codificação temática: a fase de exploração consistiu na codificação temática dos relatos, por meio da identificação de unidades de registro, entendidas aqui como expressões, frases ou trechos com carga significativa para o objeto de estudo. A codificação foi guiada por dois eixos complementares: (a) a relação direta com o objeto empírico (as condições e processos de trabalho dos terapeutas), e (b) a relação com os eixos de análise definidos nos objetivos da dissertação, ou seja, a análise dos processos de trabalho e das condições de trabalho. As unidades de registro foram organizadas em planilha, permitindo sua sistematização em termos de frequência

absoluta e relativa, o que possibilitou observar tanto a densidade semântica quanto a recorrência dos temas (Flick, 2009; Bardin, 2011).

3. Categorização, inferência e interpretação: na etapa final da análise, procedeu-se à construção das categorias empíricas a partir da codificação e agrupamento das unidades de registro, tomando como referência sua frequência, convergência de sentidos e pertinência teórica (Gibbs, 2009; Bardin, 2011). Esse processo permitiu identificar diferentes dimensões do fenômeno, distribuídas em categorias e subcategorias que expressam tanto a materialidade quanto os significados atribuídos pelos trabalhadores às suas experiências.

A Categoria A concentra os achados que sustentam a argumentação central do estudo e articula os elementos que permitem examinar a racionalidade neoliberal inscrita na estruturação dos processos de trabalho, suas rotinas, instrumentos, lógicas de gestão e condições concretas de realização da atividade terapêutica. A apresentação detalhada de suas subcategorias, cada uma correspondendo a eixos específicos da precarização, possibilita compreender com profundidade a dinâmica interna do trabalho nos serviços analisados.

A categorização foi orientada não apenas pela frequência dos temas, mas também pela convergência de sentidos entre as unidades de registro, permitindo um aprofundamento analítico que captasse a complexidade do fenômeno estudado. A utilização de subcategorias é metodologicamente justificada como forma de detalhar e sistematizar as unidades de sentido emergentes, facilitando a análise relacional entre os níveis discursivos e estruturais da precarização do trabalho (Gibbs, 2009; Bardin, 2011).

A adoção da análise quali-quantitativa em dados oriundos de mídias sociais mostrou-se especialmente adequada à natureza do corpus, pois possibilitou a identificação de padrões de sentido mesmo em contextos comunicacionais informais, como os encontrados em ambientes digitais. Esse modelo analítico não apenas permitiu isolar discursos recorrentes e construir inferências interpretativas consistentes, como também possibilitou dimensionar a frequência relativa dos temas, conciliando densidade interpretativa e precisão descritiva (Braun e Clarke, 2006; Flick, 2009; Kozinets, 2015; Creswell e Clarke, 2017).

4 RESULTADOS

Nesta seção, são apresentados os resultados obtidos a partir da análise dos 540 relatos anônimos publicados no perfil público do Instagram @terapeutas.cansados2. Em consonância com a abordagem quali quantitativa adotada, procedeu-se a uma organização sistemática das unidades de registro e dos temas emergentes, de modo a captar a complexidade e a pluralidade das experiências narradas pelos terapeutas. A análise temática permitiu identificar diferentes dimensões do fenômeno investigado; contudo, para fins desta dissertação, optou-se por apresentar exclusivamente a Categoria A – Organização técnica e produtiva dos processos de trabalho.

Essa decisão, já fundamentada na seção metodológica, decorre do fato de que a Categoria A reúne os achados diretamente relacionados ao objetivo central da pesquisa. É nela que se articulam, de forma mais consistente, os elementos que iluminam como a racionalidade neoliberal incide sobre a organização do trabalho nas clínicas de atendimento a crianças autistas, revelando condições, rotinas e dinâmicas que estruturam a precarização vivenciada pelos profissionais. Ao focalizar essa categoria, busca-se garantir densidade analítica e aprofundamento interpretativo, preservando a coerência do estudo e evitando dispersões que extrapolariam os limites desta dissertação.

Assim, os resultados apresentados a seguir concentram-se no conjunto de temas e subcategorias que compõem a Categoria A, compreendendo-a como o eixo analítico necessário e suficiente para responder à pergunta de pesquisa. As demais dimensões identificadas no processo analítico integram a agenda de investigação da autora e serão exploradas em estudos posteriores, o que possibilitará ampliar a discussão e aprofundar aspectos que, embora relevantes, extrapolem o escopo e os objetivos deste trabalho.

A organização dos temas em subcategorias busca evidenciar como diferentes dimensões do cotidiano de trabalho se entrelaçam e produzem formas específicas de precarização. A ordenação numérica das subcategorias e temas respeita o percurso de categorização temático-semântica adotado na codificação, permitindo que a leitura dos resultados reflita a lógica interna do corpus analisado e a coesão entre os sentidos emergentes. Tal escolha metodológica visa garantir tanto a visibilidade das Categorias Temáticas mais recorrentes quanto a clareza interpretativa das subcategorias que as compõem.

Foram transcritos trechos representativos dos relatos coletados e ressalta-se que os resultados serão posteriormente discutidos a partir de uma perspectiva crítica, a luz dos referenciais teóricos da mercantilização da saúde sob o capitalismo neoliberal

(Harvey, 2005; McGuire, 2016; Broderick, 2022; Machado, 2022; Fernandes *et al.*, 2024; 2025) e da precarização do trabalho (Bourdieu, 1991; 1998;1999; Dejours, 2004; 2006; Sennett, 2015; Antunes, 2010; 2018; 2025).

4.1 CATEGORIA TEMÁTICA A: ORGANIZAÇÃO TÉCNICA E PRODUTIVA DOS PROCESSOS DE TRABALHO

A Categoria A, conforme introduzido anteriormente, constitui o núcleo mais denso do material analisado, tanto em volume de UR (1.002) quanto em potência interpretativa. Seu conteúdo explicita, de modo articulado, como a racionalidade neoliberal incide simultaneamente sobre os processos de trabalho e sobre as condições de trabalho dos terapeutas em clínicas voltadas ao atendimento de crianças autistas.

No plano processual, à luz de Marx e da aplicação de sua categoria de análise ao campo da saúde por Minayo²³, destacam-se elementos da lógica interna da atividade, ou seja, planejamento, fluxos, protocolos, divisão do trabalho, supervisão e suporte técnico que, quando fragilizados, corroem a possibilidade de um “trabalho bem feito” e desorganizam o circuito técnico-clínico. No plano das condições, em diálogo com Dejours e Antunes, emergem fatores contextuais e estruturais (infraestrutura, jornada, remuneração, regime contratual, riscos, pressão temporal e sofrimento) que configuram o ambiente real de execução da atividade, com impactos objetivos e subjetivos sobre os profissionais.

A centralidade dessa categoria reside na forma como a mercantilização da saúde, impulsionada pela expansão diagnóstica do autismo e pelo crescimento do mercado terapêutico, reconfigura material e simbolicamente a prática clínica. Os dados apontam para intensificação da jornada, sobrecarga emocional, precariedade estrutural e institucional, desprofissionalização e violação sistemática de direitos, componentes que, em seu conjunto, conformam o processo de precarização do trabalho sob o neoliberalismo (Antunes, 2018). Assim, a Categoria A torna visível a coprodução entre organização técnico-produtiva e contextos de execução: onde a organização do

²³ A noção de *processo de trabalho* foi originalmente formulada por Karl Marx como a unidade que articula objeto, instrumentos e atividade humana. Essa categoria, posteriormente, foi transposta por Minayo (2011) ao campo da saúde coletiva, em especial no âmbito das práticas assistenciais, para compreender como a organização institucional, os fluxos de cuidado e as mediações técnicas e simbólicas configuram as formas de produção do trabalho em saúde. Essa apropriação possibilita analisar não apenas a lógica interna da atividade, mas também suas implicações para a qualidade do cuidado e para as condições de exercício profissional.

processo se desestrutura, as condições tendem a degradar-se; e, onde as condições se deterioram, os processos perdem consistência técnico-ética.

O Quadro 1 apresenta a organização da Categoria A, com a disposição das cinco subcategorias e a síntese de seus sete temas específicos identificados a partir das unidades de registro, evidenciando, para cada subcategoria, a interface entre lógica interna do trabalho (processos) e fatores contextuais (condições) que estruturam a experiência de precarização no cotidiano clínico.

Quadro 1 – Estrutura Conceitual da Categoria A: Organização Técnica e Produtiva dos Processos de Trabalho

Subcategorias	Temas	Síntese Interpretativa	Dimensão predominante
Subcategoria A1 Negligência com condições básicas de trabalho e sobrecarga de trabalho	T1. Ausências de pausas no cotidiano do trabalho	Inclui pausas para alimentação, uso do banheiro, descanso, horários administrativos, horários de organização entre atendimentos	Condições de trabalho – jornada, sobrecarga, desgaste físico e psíquico.
	T2. Carga horária excessiva e sobrecarga de trabalho	Exigência de cumprimento de carga horária laboral excessiva, com relatos de até 60 horas semanais, sem possibilidade de negociação para redução da carga horária; excesso de pacientes por terapeuta (relatos de 3 ou mais pacientes por terapeuta, em horário de “sessão individual”).	
Subcategoria A2 Infraestrutura inadequada	T3. Infraestrutura inadequada	Inclui salas sem ventilação, presença de infiltrações ou mofo no espaço físico, presença de insetos ou ratos no espaço físico, divisão inadequada de salas, falta de materiais, materiais inadequados, velhos ou	Condições de trabalho – infraestrutura, ambiente físico, riscos à saúde.

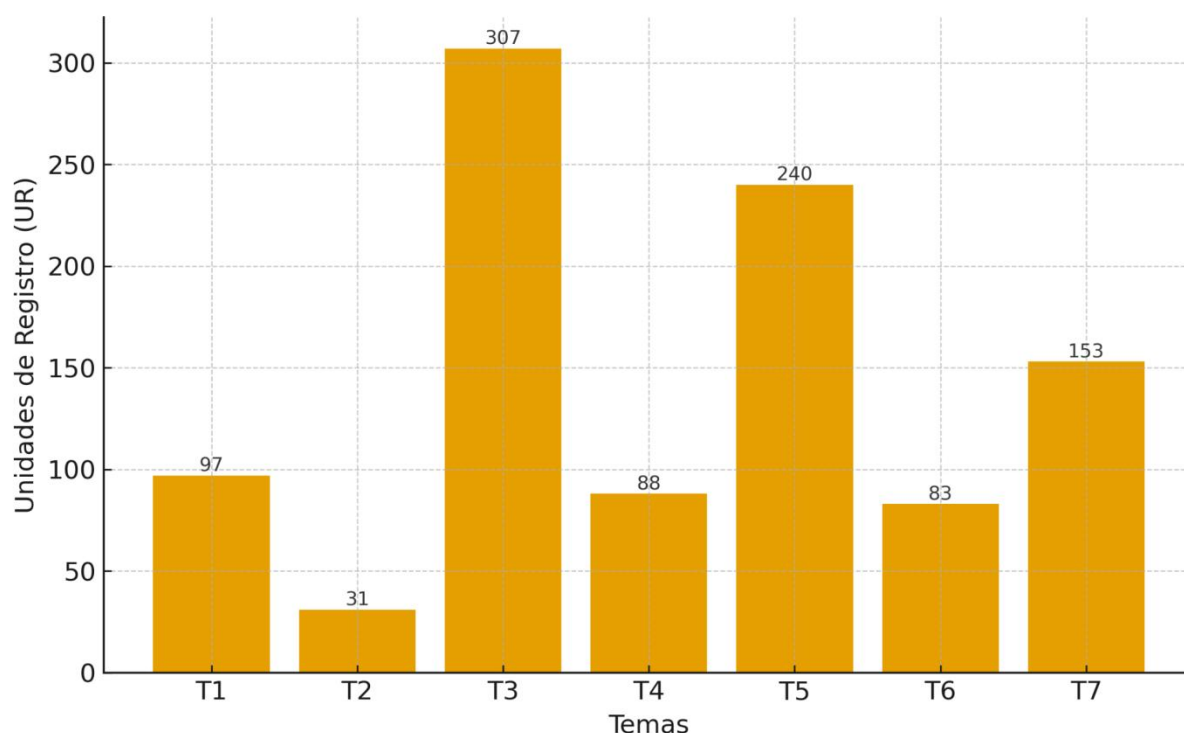
		quebrados	
Subcategoria A3	T4. Falta de organização administrativa	Refere-se a desorganização ou inexistência de prontuários, falta de registros, relatórios ou protocolos, desorganização de agendamentos	Processos de trabalho – lógica interna da atividade, planejamento, fluxos, protocolos, supervisão.
Desorganização administrativa e ausência de suporte técnico	T5. Contratação de profissionais e coordenação sem qualificação	Aponta ausência de critérios técnicos nas contratações, falta de supervisão efetiva e omissão diante de demandas clínicas e administrativas	
Subcategoria A4	T6. Contratação de pessoa jurídica (PJ) com exigências do regime CLT, sem garantias legais ou benefícios	Refere-se a contratações por vínculos precários, sem garantias legais, caracterizando uma forma de precarização das relações de trabalho, marcada pela ausência de direitos trabalhistas e desproteção social.	Condições de trabalho – regime contratual, desproteção social, insegurança laboral.
Subcategoria A5	T7. Remuneração inadequada	Aponta remunerações desproporcionais à carga horária de trabalho, disparidade salarial entre classes profissionais de mesmo nível acadêmico, pagamentos atrasados, incompletos ou inexistentes	Condições de trabalho – remuneração, reconhecimento, valorização profissional.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2025).

A Figura 2 apresenta a distribuição quantitativa das unidades de registro (UR) identificadas na Categoria Temática A – Organização técnica e produtiva dos processos de trabalho, permitindo visualizar a representatividade de cada um dos sete temas que

compõem suas cinco subcategorias. Essa distribuição quantitativa reforça o peso empírico da Categoria A no corpus analisado e demonstra como os diferentes aspectos do processo e das condições de trabalho se articulam na experiência de precarização vivenciada pelos terapeutas nas clínicas especializadas no atendimento de crianças autistas.

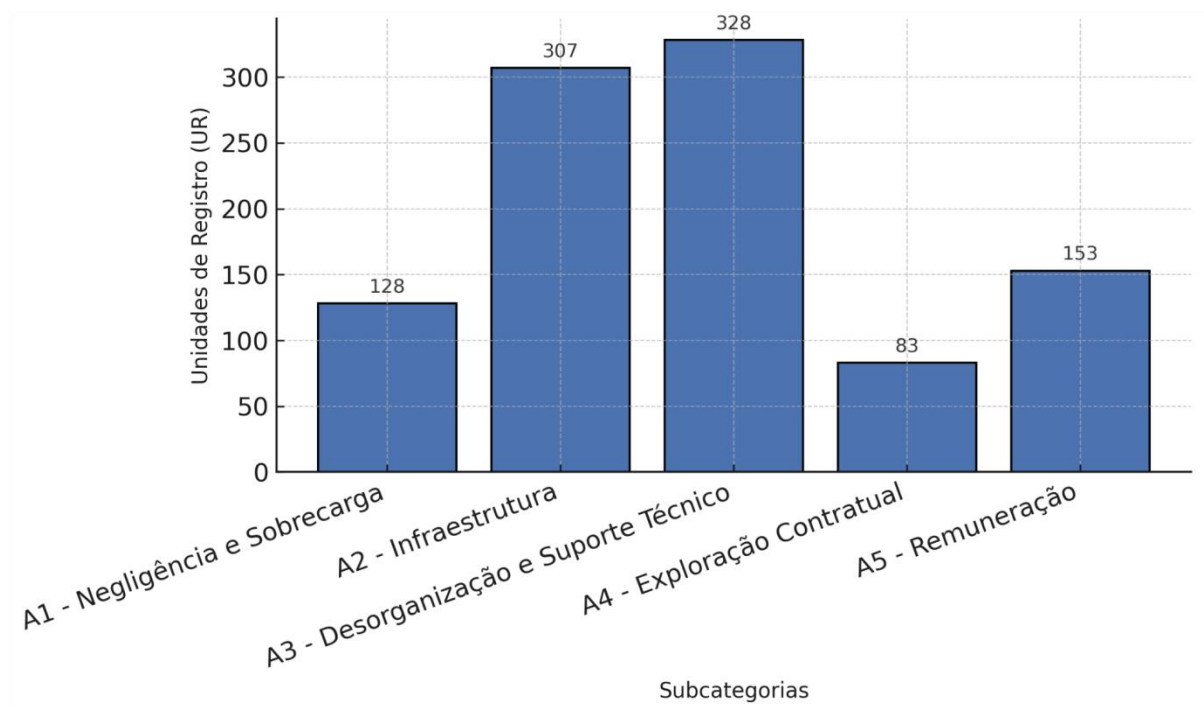
Figura 2 – Distribuição das Unidades de Registro (UR) por Tema na Categoria Temática A



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2025).

A Figura 3 apresenta a distribuição quantitativa das unidades de registro (UR) entre as cinco subcategorias que compõem a Categoria Temática A – Organização técnica e produtiva dos processos de trabalho. O gráfico permite visualizar a proporção relativa de incidência das UR em cada subcategoria, evidenciando os aspectos da organização e das condições de trabalho mais recorrentes nos relatos. A leitura conjunta das Figuras 2 e 3 possibilita uma compreensão integrada da estrutura interna da categoria, articulando a dimensão quantitativa das ocorrências à sua expressividade temática e interpretativa.

Figura 3 – Distribuição das Unidades de Registro (UR) por Subcategorias na Categoria Temática A



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa (2025).

A partir da sistematização apresentada acima, torna-se possível detalhar a Categoria A em suas cinco subcategorias. Cada uma delas reúne temas específicos que expressam, sob diferentes formas, os processos e condições de trabalho dos terapeutas em clínicas voltadas ao atendimento de crianças autistas. A seguir, são apresentados os conteúdos de cada subcategoria, acompanhados de trechos representativos dos relatos analisados, de modo a evidenciar as regularidades e singularidades encontradas no corpus da pesquisa.

4.1.1 Subcategoria A1 – Negligência com Condições Básicas de Trabalho e Sobrecarga de Trabalho

Esta subcategoria assumiu a quarta posição diante da representatividade dos relatos, de acordo com as unidades de registro identificadas e reúne relatos que evidenciam a ausência de pausas fisiológicas e administrativas, jornadas prolongadas e acúmulo de funções, indicando um cenário de intensificação do ritmo laboral e de

redução dos intervalos mínimos necessários ao exercício profissional.

O primeiro tema identificado nesta subcategoria reúne 97 unidades de registro em relatos que apontam para a inexistência de intervalos adequados durante a jornada, restringindo até mesmo necessidades fisiológicas básicas, como alimentação e uso do banheiro. Essa ausência de pausas foi mencionada de forma recorrente e atravessa diferentes turnos de trabalho, gerando a percepção de que o tempo disponível é totalmente subordinado ao ritmo de atendimentos consecutivos, conforme exemplificado nos relatos abaixo.

“Trabalhar atendendo 5/6 crianças direto, sem pausa para ir ao banheiro ou comer.” (Relato 7)

“Gostaria de discutir sobre quantidade de atendimentos, onde trabalho em SP a agenda consiste em um atendimento de 40 minutos atrás do outro. Das 08h ao meio-dia e das 13:00h às 19:00h. Sem horário previsto para idas ao banheiro e intervalos para alimentação. Quem faz essas agendas tem estômago e bexiga? É inviável, a médio e longo prazo, desenvolver um trabalho decente, precisando deixar de comer e beber água. Alguém sabe me informar se os conselhos profissionais (aqueles com altos custos anuais) tem alguma diretriz sobre os horários de descanso?” (Relato 222)

“Sem hora para tomar água e ir ao banheiro. Nas emergências fazia força para fazer xixi e cocô rápido para não atrasar o próximo atendimento. Mesmo assim cara feia com apenas 2 minutos de “atraso” sendo que necessidades básicas é o mínimo que o ser humano precisa ter. Horário de almoço?!?? Nem temos pois todas as reuniões de equipe acontecem no almoço. Então nos alimentamos rapidamente em frente às telas (zoom/meet/whatsapp em vídeo).” (Relato 622)

De modo geral, estes relatos evidenciam a compressão do tempo de trabalho, na qual o ritmo das atividades não comporta intervalos mínimos necessários à preservação do bem-estar e à organização clínica, resultando em sobrecarga imediata no cotidiano dos profissionais.

O T2 compreende 31 unidades de registro em relatos que evidenciam a exigência de jornadas semanais prolongadas e a intensificação das demandas clínicas, que muitas vezes ultrapassam os limites de uma carga horária saudável. Além das longas horas, os

profissionais relatam acúmulo de funções e sobreposição de atendimentos, situações que ampliam a sobrecarga física e emocional.

“...muitos terapeutas também fazem jornada de trabalho acima de 60 h e recebem o pagamento por fora no holerite e quando pedem redução de carga horária nunca conseguem reduzir.” (Relato 1)

“Tempo pra fazer relatório ou evolução? Uma piada, querem que tirem o tempo do atendimento das crianças para tudo isso (sendo que o tempo das crianças já é curto com cada profissional).” (Relato 611)

“Já aconteceu tanta coisa nessa bagunça da agenda de colocar 2 crianças em alguns atendimentos, a forma mais segura de relevar quando isso acontece é literalmente deixar as crianças brincando e ficar observando, porque não tem como desenvolver 2 crianças ou mais para um terapeuta!” (Relato 644)

Em conjunto, os relatos revelam um cotidiano marcado pela naturalização da sobrecarga, em que o excesso de horas e funções se tornou parte estrutural da rotina laboral dos terapeutas.

4.1.2 Subcategoria A2 – Infraestrutura Inadequada

Esta subcategoria ocupa o segundo lugar em unidades de registro mencionadas e reúne relatos que evidenciam a precariedade dos espaços físicos e dos recursos materiais disponíveis nas clínicas, demonstrando a ausência de condições ambientais básicas para o exercício profissional. Os achados revelam situações de insalubridade, ausência de ventilação, falta de materiais adequados e, em alguns casos, a transferência de responsabilidades de manutenção e limpeza para os próprios terapeutas.

O tema identificado nesta subcategoria reúne 307 unidades de registro em relatos que descrevem problemas de infraestrutura, tais como salas pequenas, falta de ventilação, mofo, infiltrações, presença de insetos, ausência de equipamentos e

materiais, além de condições ambientais que chegam a comprometer a saúde física dos profissionais. Alguns exemplos são apresentados a seguir:

“A clínica ficava numa casa velha e antiga, haviam baratas andando pelas paredes, infiltrações, escadas gigantes sem nenhuma proteção, não tinha ventilação ou mobília adequada para as crianças e os brinquedos eram adquiridos de brechó em situações precárias como sujos e com peças quebradas, a limpeza da clínica era de responsabilidade dos terapeutas inclusive.” (Relato 6)

“Salas muito apertadas e sem janelas, cheiro de mofo no ar, brinquedos quebrados e falta de espaço para as crianças se movimentarem e se desenvolverem plenamente.” (Relato 79)

“Não tem recursos (os terapeutas têm que levar), não tem limpeza... colocam cloro puro, o local não tem circulação de ar, as salas super quentes e abafadas, já teve terapeuta que desmaiou por conta do calor e pra terminar de completar o bebedouro mal funciona.” (Relato 639)

De modo geral, os relatos reunidos nesta subcategoria revelam que a infraestrutura inadequada não é pontual, mas recorrente e transversal às experiências dos terapeutas, comprometendo não apenas a prática profissional, mas também o bem-estar dos trabalhadores e das crianças atendidas.

4.1.3 Subcategoria A3 – Desorganização Administrativa e Ausência de Suporte Técnico

Esta subcategoria foi a primeira mais mencionada em número de unidades de registro e reúne relatos que evidenciam a fragilidade das rotinas institucionais, a ausência de registros sistematizados, a inexistência de supervisão técnica efetiva e a adoção de critérios precários para coordenação e contratação. Esses elementos revelam um cenário de transferência da responsabilidade institucional para o indivíduos, em que o caráter técnico e ético da atividade é substituído por lógicas improvisadas e mercadológicas.

O tema 4, identificado nesta subcategoria, reúne 88 unidades de registro em relatos que apontam para uma precarização administrativa que mina a própria lógica

interna do processo de trabalho, ao inviabilizar que o terapeuta registre, organize e planeje adequadamente a prática clínica. Alguns exemplos são apresentados a seguir:

“Os prontuários estavam perdidos. As anotações eram inexistentes ou improvisadas. Era impossível saber o histórico de cada criança.” (Relato 9)

“...Não haviam prontuários ou se quer evoluções ...” (Relato 6)

“...As crianças não tinham fichas e nem evoluções, os profissionais não sabiam nada sobre as os pacientes e nem o que poderia ser feito para iniciar a terapia.” (Relato 644)

Esses relatos evidenciam a ausência de uma estrutura mínima de registro e continuidade da assistência, revelando um cenário de desorganização que compromete a coerência técnico-clínica do trabalho terapêutico. A inexistência de prontuários, fichas ou protocolos formais desarticula o fluxo entre os profissionais e impede a consolidação de uma prática integrada, configurando um ambiente de improviso permanente. A falta de registros institucionais sistematizados desloca para o terapeuta a responsabilidade individual por tarefas que deveriam ser sustentadas por um sistema organizacional coletivo, contribuindo para o aumento da sobrecarga e da insegurança técnica no cotidiano laboral.

O segundo tema desta subcategoria, o T5, reúne 240 unidades de registro e concentra relatos sobre contratações sem critérios técnicos claros, ausência de supervisão efetiva e sobrecarga das funções de coordenação. Nesses contextos, profissionais recém-formados ou sem qualificação adequada assumem funções especializadas, enquanto coordenadores acumulam um número excessivo de casos.

“Os terapeutas ali são submetidos a atendimentos sem nenhum suporte ou supervisão, que inclusive são mais de 50 crianças para um coordenador. Devido à falta de profissionais na área ocupacional, eles vendem o trabalho da fulana (...) que tem um pouco ‘mais’ de experiência e quem atende é recém-formado que muitas vezes nem o diploma pegou, e falam que é integração sensorial... Infelizmente ali é o caos desde o administrativo até a área técnica, erros atrás de erros e quem sofre são os terapeutas que muitas vezes não têm outra opção, pois são de outras cidades...” (Relato 2)

“Coordenadores que não sabem nada, que não dão suporte, não dão supervisão...” (Relato 146)

“Estão demitindo terapeutas bons e qualificados e colocando pessoas sem experiência alguma.” (Relato 152)

Os relatos reunidos neste tema revelam um quadro de fragilidade técnica e gerencial que compromete diretamente a qualidade do trabalho terapêutico e a segurança das intervenções realizadas. A ausência de critérios consistentes para contratação e supervisão reflete uma lógica institucional voltada à redução de custos e à manutenção da aparência de funcionamento regular, em detrimento da qualificação profissional. Nesse cenário, a desorganização administrativa e a falta de suporte técnico promovem a diluição das responsabilidades e o isolamento dos terapeutas, que passam a atuar sem respaldo técnico adequado, sob intensa pressão para manter a produtividade e a continuidade dos atendimentos.

De modo geral, a Subcategoria A3 explicita um regime de desresponsabilização institucional, em que os profissionais precisam responder individualmente às falhas do sistema. Sob a aparência de uma clínica organizada, prevalece um modelo de gestão voltado à redução de custos e à maximização do lucro, em detrimento da qualidade e da ética do cuidado.

4.1.4 Subcategoria A4 – Exploração Contratual e Violação de Direitos Trabalhistas

Esta subcategoria reúne relatos que evidenciam práticas de simulação de vínculos empregatícios por meio de contratos na modalidade de Pessoa Jurídica (PJ). Tais contratos impõem aos terapeutas exigências típicas do regime celetista, como cumprimento de carga horária, metas e subordinação hierárquica, mas sem oferecer as garantias legais correspondentes, como férias, 13º salário, FGTS ou seguridade social. Essa configuração revela um mecanismo recorrente da precarização das relações de trabalho sob o neoliberalismo, no qual o discurso da autonomia e da flexibilidade encobre formas de exploração e desproteção estrutural (Antunes, 2018).

O tema T6 reúne 83 unidades de registro que apontam para a coexistência contraditória de dois regimes: o da subordinação típica do trabalho formal e o da informalidade disfarçada sob a retórica da autonomia. Em muitos relatos, a

obrigatoriedade de comparecimento diário, o controle de horários e o cumprimento de metas configuram relações de dependência que desmentem a aparência de liberdade contratual.

“Fazem nosso contrato PJ com tantas ressalvas que seria mais fácil trabalhar como CLT.” (Relato 121)

“E tem mais PJ? Brincadeira né. Todo mundo ali é CLT, só que uns são registrados, outros não, mas são todos cobrados quanto. É muita ilusão e muita mentira...” (Relato 126)

“Vc é tratado como CLT não podendo escolher o seu horário e continua ganhando um salário péssimo, que só paga praticamente os gastos que tem com o próprio trabalho.” (Relato 617)

Os relatos que compõem este tema revelam um cenário em que a retórica da autonomia e do empreendedorismo individual serve para mascarar vínculos de subordinação e controle típicos das relações formais de trabalho. A figura da contratação como pessoa jurídica (PJ) aparece como um dispositivo de flexibilização que transfere ao trabalhador os riscos e custos da atividade, mantendo, contudo, as exigências e obrigações de um vínculo celetista.

A ausência de garantias legais, como férias, 13º salário e contribuição previdenciária, somada à cobrança por metas e cumprimento de horários, evidencia a naturalização de práticas que fragilizam a proteção social e ampliam a vulnerabilidade econômica dos profissionais. Esses achados expressam, de forma concreta, a institucionalização da precariedade como modelo dominante nas relações laborais das clínicas analisadas.

De modo geral, os relatos da Subcategoria A4 evidenciam a institucionalização de um modelo de gestão que legaliza a exploração sob o disfarce do empreendedorismo. O discurso da “autonomia” encobre a ausência de garantias sociais, desarticula os vínculos coletivos e fragiliza a capacidade de reivindicação dos trabalhadores.

4.1.5 Subcategoria A5 – Remuneração

A Subcategoria A5 reúne relatos que evidenciam a precariedade das formas de pagamento praticadas nas clínicas e a profunda desvalorização profissional dos terapeutas. Os dados revelam disparidades significativas entre carga de trabalho, responsabilidade técnica e retorno financeiro, compondo um quadro de vulnerabilidade econômica e desrespeito à proporcionalidade entre esforço e remuneração. Tais práticas configuram um dos aspectos mais visíveis da precarização das condições de trabalho, ao evidenciar a desconexão entre a importância social do cuidado e o reconhecimento material concedido a quem o executa.

O T7 concentra 153 unidades de registro, nas quais os relatos descrevem práticas remuneratórias marcadas por baixos valores por sessão, instabilidade nos pagamentos e ausência de compensações por cancelamentos ou faltas de pacientes. Em muitos casos, a remuneração está atrelada exclusivamente ao número de atendimentos realizados, sem levar em conta a preparação técnica, o tempo de planejamento ou a responsabilidade clínica envolvida.

“Trabalhei em uma clínica em SP onde os terapeutas recebiam no máximo \$32 por atendimento ABA. Se o paciente faltasse ou desmarcasse, não recebíamos nada, mas a dona da clínica sim.” (Relato 6)

“Vários profissionais ficaram sem receber na data, recebendo metade do valor em uma data e a outra metade na outra.” (Relato 62)

*“A psicologia é o pilar que move a clínica, disseram os donos de uma clínica em ***, porém são os psicólogos que têm mais trabalho e que menos ganham... com estagiário de fono e TO ganhando mais do que supervisor de psicologia em relação às respectivas responsabilidades.” (Relato 654)*

Os relatos analisados nesta subcategoria evidenciam a consolidação de uma lógica remuneratória que dissocia o valor econômico do trabalho de seu valor social, transformando o cuidado em mercadoria e o desempenho técnico em simples indicador de produtividade. O pagamento por sessão, a ausência de garantias fixas e a instabilidade nos repasses configuram um regime de insegurança permanente, no qual o

profissional arca sozinho com as consequências das falhas organizacionais ou das ausências dos pacientes.

A disparidade entre responsabilidade técnica e retorno financeiro reforça a hierarquização simbólica entre as profissões e a naturalização da desigualdade como elemento estrutural das relações de trabalho. A instabilidade financeira, a ausência de proporcionalidade entre esforço e pagamento e a desigualdade interna entre categorias consolidam um ambiente de insegurança econômica e de desgaste subjetivo. Essa realidade não se limita à dimensão econômica, mas atravessa a estrutura organizacional e afeta diretamente a motivação, o pertencimento e o sentido do trabalho dos profissionais.

A análise da Categoria A - *Organização técnica e produtiva dos processos de trabalho*, evidencia de forma integrada a estrutura multifacetada da precarização que atravessa o cotidiano dos terapeutas atuantes em clínicas especializadas no atendimento a crianças autistas. As cinco subcategorias aqui apresentadas revelam como as dimensões processuais e contextuais do trabalho se articulam, resultando em um modelo organizacional que combina fragilidade técnica, intensificação produtiva e vulnerabilidade contratual. A ausência de pausas, a precariedade das infraestruturas, a desorganização administrativa, a exploração por vínculos informais e a baixa remuneração configuram não apenas condições adversas, mas também indicadores de uma racionalidade gerencial orientada pela lógica do lucro e pela erosão progressiva do sentido ético do cuidado.

Em seu conjunto, os resultados demonstram que a precarização não é um fenômeno episódico, mas estrutural: ela se reproduz no entrelaçamento entre processos e condições de trabalho, sustentando um modelo de gestão que transforma a prática terapêutica em mercadoria e o trabalhador em recurso descartável. Esses achados fornecem o eixo analítico central para a discussão a seguir, na qual serão examinadas, à luz dos referenciais teóricos adotados, as implicações éticas, políticas e subjetivas da mercantilização da saúde e do trabalho sob o capitalismo neoliberal.

5 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados permitem compreender de forma aprofundada como a racionalidade neoliberal penetra o cotidiano do trabalho terapêutico, moldando tanto os processos quanto as condições que o sustentam. Retomar a distinção conceitual entre esses dois eixos, é fundamental para situar o fenômeno da precarização em suas múltiplas dimensões.

Enquanto o processo de trabalho, à luz de Marx (2013) e Minayo (2011), refere-se à lógica interna da atividade, ou seja, ao modo como se articulam o objeto, os instrumentos, o conhecimento técnico e a finalidade do cuidado; as condições de trabalho, conforme discutem Dejours (2004; 2006) e Antunes (2018), dizem respeito aos fatores contextuais, estruturais e subjetivos que delimitam o campo de realização dessa atividade, incluindo infraestrutura, remuneração, vínculos e saúde mental dos profissionais.

Nos resultados, observa-se que os problemas nos processos de trabalho emergem quando a atividade terapêutica, originalmente pautada pela ética do cuidado e pela singularidade do sujeito, é reconfigurada segundo uma lógica produtivista. A desorganização administrativa, a ausência de supervisão técnica, a fragmentação do planejamento e a sobreposição de atendimentos ilustram um processo de trabalho que perdeu sua coerência interna e passou a reproduzir a lógica da eficiência mercantil, onde o valor de uso - o cuidado - é substituído pelo valor de troca - o lucro.

Essa transformação, descrita por Marx (2013) como a subsunção real do trabalho ao capital, encontra no campo da saúde uma expressão particularmente perversa, pois compromete não apenas a produção, mas também a vida.

Por outro lado, os problemas nas condições de trabalho evidenciam como a precarização se materializa em aspectos objetivos e subjetivos: jornadas extenuantes, ausência de pausas, infraestrutura precária, vínculos informais e baixa remuneração.

Tais condições revelam a degradação do trabalho enquanto experiência humana e social, conforme apontam Dejours (2006) e Antunes (2018). O sofrimento ético dos terapeutas reflete o descompasso entre as exigências produtivas e a finalidade do cuidado, revelando um processo de alienação que desestrutura o sentido da prática profissional e aprofunda a vulnerabilidade psíquica.

Ao se entrelaçarem, processos e condições de trabalho configuram um circuito de precarização, no qual o esvaziamento técnico e o empobrecimento material se reforçam

mutuamente. O que antes se constituía como prática clínica interdisciplinar e reflexiva transforma-se em um regime de desempenho contínuo, sustentado pela flexibilização contratual e pela intensificação do ritmo laboral. A naturalização dessas formas de exploração, sob discursos de “gestão moderna”, “autonomia” ou “empreendedorismo”, é o que Bourdieu (1998) denomina como violência simbólica, ou seja, uma dominação que se reproduz pela adesão subjetiva dos próprios trabalhadores à lógica que os oprime.

A partir desse panorama inicial, emergem algumas questões: o que fazer diante dessa precarização que se institucionaliza e se naturaliza no campo do autismo? A lógica de mercado tende a capturar e redefinir o sentido do cuidado?

Ainda que não se trate de respostas definitivas, espera-se que, ao final desta discussão, seja possível delinear proposições que contribuam tanto para o avanço da produção de conhecimento quanto para a transformação concreta da realidade analisada. Compreender a precarização do trabalho terapêutico no campo do autismo implica reconhecer suas determinações históricas, políticas e econômicas, situando-a nas disputas contemporâneas em torno do papel do Estado, das formas de regulação do trabalho e das políticas públicas de cuidado. A literatura crítica sobre trabalho e saúde tem reiterado que práticas éticas e integrais não se sustentam apenas na responsabilidade individual dos trabalhadores, mas exigem condições objetivas que garantam dignidade, proteção social e respaldo institucional (Antunes, 2018; Dejours, 2004; Franco; Druck; Seligmann-Silva, 2010).

Nesse sentido, o enfrentamento da precarização demanda o fortalecimento de instrumentos públicos que historicamente atuam na defesa do trabalho e do cuidado: a regulação estatal por meio de normas fiscalizatórias; o reconhecimento e ampliação dos direitos trabalhistas; a atualização e efetividade das normas regulamentadoras (NRs), sobretudo aquelas que incidem sobre o setor privado; a atuação contínua do Ministério Público do Trabalho nos processos de fiscalização e responsabilização; e a consolidação de políticas de proteção e promoção da saúde do trabalhador. Tais mecanismos são centrais para conter práticas que intensificam a exploração e fragilizam o cuidado, especialmente em setores marcados pela informalidade, alta rotatividade e pressão por produtividade.

Do mesmo modo, políticas públicas voltadas às pessoas autistas, tal como já pautado na introdução, e que se respaldam na Rede de Atenção Psicossocial e na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, produzem parâmetros éticos e organizacionais que reafirmam o cuidado como direito, contrapondo-se às lógicas de padronização e

mercantilização. Além disso, o fortalecimento de sindicatos, associações profissionais e coletivos de trabalhadores amplia a capacidade de denúncia, visibilidade e resistência frente às condições degradantes identificadas nos relatos, recuperando a dimensão coletiva das lutas por melhores condições de trabalho.

Assim, o estudo busca fomentar uma reflexão crítica que inspire ações coletivas, políticas públicas e práticas institucionais comprometidas com a dignidade do trabalhador e a ética do cuidado, reafirmando que a transformação das condições de trabalho é parte indissociável da qualidade do cuidado ofertado às crianças e famílias. A transformação desse cenário, portanto, não se limita à esfera individual, mas exige o fortalecimento de políticas de Estado, estruturas de fiscalização e formas coletivas de mobilização capazes de tensionar e reconfigurar os modos de produção do cuidado.

Diante disso, o caminho possível passa pela repolitização do trabalho terapêutico, pela retomada de espaços coletivos de discussão, pela valorização dos vínculos formais e pela reconstrução das condições de possibilidade de um trabalho bem feito. Tal reposicionamento exige que o campo do autismo seja compreendido não como nicho de mercado, mas como espaço de garantia de direitos, onde o cuidado não se submeta à lógica do lucro, e onde o trabalhador não seja reduzido à peça descartável de um sistema produtivo que transforma sofrimento em mercadoria.

5.1 PROCESSOS DE TRABALHO SOB A LÓGICA DA EFICIÊNCIA MERCANTIL

A análise dos dados e resultados apresentados evidenciam que os processos de trabalho nas clínicas especializadas no atendimento a crianças autistas foram progressivamente reconduzidos sob uma racionalidade de eficiência mercantil, na qual o cuidado perde sua centralidade como valor de uso e se converte em meio de acumulação.

Observa-se que o processo de trabalho, que deveria expressar a articulação entre objeto, instrumentos e finalidade orientada à produção da vida, passa a ser subsumido à lógica do capital, ou seja, o fazer terapêutico é apropriado por uma lógica externa à sua própria finalidade ética e assistencial (Marx, 2013).

Nos relatos analisados, essa reorganização se manifesta por meio da compressão do tempo de trabalho, da fragmentação das etapas da atividade e da substituição do planejamento técnico pelo cumprimento de metas quantitativas. As subcategorias A1 (Negligência com condições básicas e sobrecarga de trabalho) e A3

(Desorganização administrativa e ausência de suporte técnico) revelam que a produtividade passou a ser o eixo estruturante do processo de trabalho, com eliminação de pausas, sobreposição de atendimentos e precariedade de registros e protocolos.

Esse cenário reconfigura a lógica interna da atividade: o trabalho deixa de ser orientado pela singularidade do sujeito atendido e passa a ser determinado pela quantidade de atendimentos realizados por hora.

Estudos têm sinalizado que no campo da saúde de modo geral, a compressão do tempo de trabalho, fragmentação das etapas da atividade e o predomínio das metas quantitativas no processo produtivo são manifestações recorrentes da precarização, que impactam negativamente tanto as condições de trabalho quanto a qualidade do cuidado oferecido (Schmoeller *et al.*, 2011; Gonçalves, 2014; Gomes *et al.*, 2016; Lancman *et al.*, 2019). Por exemplo, na área farmacêutica, verifica-se que processos de gestão baseados na redução da força de trabalho e intensificação das tarefas levam à deterioração das relações coletivas e à desconsideração do sentido do trabalho, reduzindo-o a resultados puramente quantitativos e empobrecendo o emprego da expertise desenvolvida (Lancman *et al.*, 2019).

Outros estudos, porém da enfermagem, apontam para uma realidade de sobrecarga e formalização exacerbada que desconsidera a subjetividade do trabalhador, prejudicando a saúde e o bem-estar dos profissionais, comprometendo sua criatividade e satisfação no trabalho (Gonçalves, 2014; Gomes *et al.*, 2016).

Em uma revisão integrativa sobre precarização do trabalho de enfermagem, os autores destacam ainda que processos de flexibilização contratual, terceirização, e trabalho fragmentado tornam-se práticas comuns, substituindo a organização técnica por um modelo que privilegia a produtividade e a redução de custos (Gomes *et al.*, 2016).

Harvey (2005) afirma que o neoliberalismo impõe uma lógica empresarial aos diferentes domínios da vida social, e a saúde, ao ser submetida a esse regime, passa a operar como um mercado. Essa racionalidade, ao penetrar o campo do autismo, transforma o cuidado em um produto negociável, redefinindo a clínica como empreendimento (Broderick, 2022; Machado, 2022).

No trabalho realizado pelos terapeutas deste estudo, a racionalidade empresarial se expressa no modo de organizar o trabalho: a ausência de pausas não é mero descuido, mas sintoma de uma estrutura voltada à maximização do rendimento do tempo e à extração contínua de valor.

Nos relatos analisados, observa-se que a forma como as terapeutas organizam seu trabalho é profundamente condicionada pelas exigências produtivas impostas pelas clínicas. O cotidiano laboral é estruturado de modo a ocupar integralmente o tempo disponível, suprimindo intervalos, pausas e momentos de planejamento clínico. As terapeutas narram agendas ininterruptas, compostas por atendimentos sucessivos, frequentemente estendidos para além das oito horas diárias, sem espaço para descanso ou recuperação física e psíquica. Essa organização do tempo, centrada na maximização do número de atendimentos por turno e na compressão dos intervalos, evidencia que a ausência de pausas não é mero descuido gerencial, mas sintoma de uma racionalidade produtivista voltada à extração contínua de valor.

Trata-se de uma forma concreta daquilo que Marx (2013) descreve como subsunção real do trabalho ao capital, em que o tempo de vida do trabalhador é convertido em tempo de produção, e todo intervalo improdutivo é tratado como perda. Na clínica, esse movimento se expressa na transformação do cuidado em procedimento e do terapeuta em instrumento de rendimento. O corpo do profissional é capturado pela lógica da eficiência, e o ritmo das sessões substitui a escuta, o planejamento e o vínculo terapêutico.

Sob essa dinâmica, o trabalho deixa de ser uma atividade com sentido ético e clínico e passa a operar segundo o imperativo da produtividade. A ausência de pausas, o excesso de atendimentos e o acúmulo de funções configuram um trabalho esvaziado de mediações humanas, que se aproxima do que Dejours (2006) denomina *trabalho impedido*, aquele em que o sujeito não dispõe das condições para exercer sua tarefa com qualidade, sendo forçado a se adaptar a um sistema que o impede de cuidar como gostaria. Nesse contexto, a sobrecarga física e emocional não é apenas efeito colateral, mas elemento constitutivo de uma organização do trabalho voltada à rentabilidade e sustentada pela docilidade e pelo sacrifício do corpo.

Somando a isso e, de modo semelhante ao que Dejours (2004; 2006) identifica em contextos assistenciais de saúde, há também presente uma dissociação entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Enquanto o discurso institucional sustenta a ideia de um cuidado especializado, interdisciplinar e humanizado, a prática cotidiana é marcada pela improvisação, pela ausência de suporte técnico e pela desorganização administrativa, que inviabilizam o planejamento e a continuidade do cuidado. Esse descompasso traduz a distância entre o ideal técnico-científico da prática terapêutica e a realidade concreta de sua execução em contextos mercantilizados.

Nos relatos das terapeutas, essa dissociação entre o trabalho prescrito e o trabalho real aparece de forma contundente. Os profissionais descrevem rotinas marcadas por improvisação constante, ausência de tempo para reflexão clínica e sobreposição de atendimentos que impedem a efetivação de um cuidado individualizado.

O discurso institucional, que promete uma atuação interdisciplinar e centrada na criança, contrasta com a realidade de agendas inflexíveis, falta de recursos e inexistência de supervisão técnica. O ideal de cuidado integral, presente nos discursos de missão das clínicas, é substituído pela lógica do atendimento em série e pela urgência em preencher horários.

Assim, o que se observa nos relatos é a vivência cotidiana de um trabalho que, embora prescrito como ético e especializado, se realiza sob condições que o esvaziam de seu sentido técnico e humano. Essa contradição, evidenciada pelas narrativas dos terapeutas, traduz de forma concreta o abismo entre o projeto de cuidado e a materialidade das relações de trabalho em contextos mercantilizados.

No que se refere a desorganização institucional, esta, por sua vez, reflete também um modelo de gestão que opera com uma administração sistemática da falta como estratégia de controle, ou seja, os resultados que apontam para a inexistência de prontuários, o acúmulo de responsabilidades e a ausência de supervisão técnica não são apenas falhas administrativas, mas dispositivos que mantêm o trabalhador em um estado de dependência, desarticulação e vulnerabilidade, impedindo a construção de práticas coletivas e a reflexão crítica sobre o próprio fazer.

Nesse contexto, o processo de trabalho perde sua dimensão emancipatória e se torna um campo de alienação. O terapeuta é privado de sua autonomia técnica, reduzido a um executor de tarefas fragmentadas, desprovido de tempo para pensar, planejar e avaliar. Essa forma de organização, ao mesmo tempo em que aumenta a produtividade imediata, corrói os fundamentos éticos e epistemológicos da clínica. O “trabalho bem feito”, conceito central em Dejours (2006), torna-se impossível, pois as condições e os tempos necessários à sua realização são sistematicamente negados.

Essa reorganização dos processos de trabalho, ao romper o vínculo entre técnica e ética, entre saber e finalidade, constitui o núcleo simbólico da precarização contemporânea: o cuidado, transformado em mercadoria, perde seu sentido de ato humano e social, convertendo-se em mera função dentro da engrenagem do capital.

5.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO E O SOFRIMENTO ÉTICO-SUBJETIVO

As condições de trabalho identificadas na análise empírica revelam um cenário em que os fatores estruturais e contextuais, como jornada, remuneração, infraestrutura e vínculos contratuais, atuam de forma convergente para fragilizar o trabalhador e corroer o sentido da prática terapêutica.

Esse cenário encontra respaldo em diversos estudos sobre precarização no setor da saúde (Schmoeller *et al.*, 2011; Gonçalves, 2014; Gomes *et al.*, 2016; Lancman *et al.*, 2019). A literatura aponta que a sobrecarga de trabalho, caracterizada por jornadas excessivas e acúmulo de funções, associada à falta de reconhecimento financeiro compatível, impacta diretamente na saúde física e mental dos profissionais, gerando desgaste e adoecimento (Gomes *et al.*, 2016). Além disso, a informalidade e flexibilização nas relações contratuais, como a crescente contratação temporária, ausência de concursos públicos e vínculos precários, agravam a insegurança laboral e dificultam a organização coletiva dos trabalhadores (Gonçalves, 2014; Gomes *et al.*, 2016).

A precariedade da infraestrutura e a insuficiência de recursos materiais tornam ainda mais desafiadoras as condições para o exercício competente da atividade, contribuindo para um ambiente laboral desfavorável e desmotivador. Estes elementos, combinados, configuram um modelo de trabalho que prioriza a produtividade em detrimento da qualidade de vida e da subjetividade dos profissionais, reforçando a necessidade urgente de mudanças estruturais e organizacionais para garantir uma prática terapêutica mais humana e sustentável (Gonçalves, 2014; Gomes *et al.*, 2016).

As condições objetivas do trabalho não se limitam à materialidade do ambiente, mas configuram um conjunto de determinantes que incidem sobre a subjetividade, o reconhecimento e a saúde mental dos profissionais (Dejours, 2006; Antunes, 2018). Assim, compreender as condições de trabalho é também compreender o modo como o neoliberalismo reorganiza a vida laboral, naturalizando a instabilidade e o sofrimento como atributos individuais, e não como expressões de uma lógica estrutural.

A preocupação com a saúde mental dos profissionais da saúde tem sido amplamente discutida à luz das condições objetivas e subjetivas do trabalho, que atuam de forma convergente no adoecimento psíquico (Sobrinho *et al.*, 2006; Borsoi, 2007; Seligmann-Silva *et al.*, 2010; Guimarães, 2011). Conforme apontado por Sobrinho *et al.* (2006), a partir de uma análise do trabalho sob a perspectiva marxista e epidemiológica revela que as características específicas das atividades laborais podem determinar

modos singulares de sofrimento psíquico, identificando o trabalho não apenas como um elemento produtivo, mas também como fator estruturante da saúde mental.

Neste sentido, a flexibilização das relações trabalhistas, a diversidade dos vínculos contratuais e as condições precárias, como baixa remuneração e jornadas excessivas, geram tensões, insegurança e conflitos internos nas equipes, o que corroí o espaço coletivo e agrava o sofrimento dos trabalhadores (Borsoi, 2007).

Guimarães (2011) sintetiza diferentes abordagens investigativas do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, desde o estresse até a psicodinâmica e a perspectiva sociohistórica, enfatizando a complexidade do fenômeno e a necessidade de compreendê-lo em suas múltiplas dimensões. Este cenário evidencia a urgência de políticas públicas que promovam mudanças estruturais e organizacionais nos ambientes laborais, destacando a importância da produção de conhecimento crítico que considere o desgaste psíquico como resultado direto das formas de gestão e organização do trabalho, muitas vezes alienantes e adoecedoras (Seligmann-Silva *et al.*, 2010).

Os resultados das subcategorias A1 (Negligência com condições básicas e sobrecarga) e A2 (Infraestrutura inadequada) evidenciam que a degradação do ambiente físico e o ritmo intensificado das jornadas configuram o que Dejours (2004) define como sofrimento ético. Os terapeutas relatam a ausência de pausas, a exposição a espaços insalubres e a necessidade de realizar tarefas que extrapolam sua função técnica, como limpeza, manutenção e gestão improvisada, o que traduz um processo de desprofissionalização e banalização da experiência de cuidado.

Essas condições, ao mesmo tempo que minam a saúde física, geram um desgaste simbólico, pois rompem o pacto de reconhecimento que sustenta o sentido do trabalho. A precariedade não é apenas econômica, mas também simbólica e moral, porque destrói a autoestima profissional e deslegitima o saber técnico (Bourdieu, 1998).

Nas clínicas, mencionadas nos relatos, esse processo se materializa na perda de autonomia, na substituição de critérios científicos por demandas comerciais e na ausência de retorno simbólico pelo esforço investido, elementos que produzem sentimentos de desvalorização e inutilidade.

As subcategorias A4 (Exploração contratual e violação de direitos trabalhistas) e A5 (Remuneração) revelam outra face desse mesmo fenômeno: a institucionalização da insegurança. A pejetização²⁴, o parcelamento de pagamentos e os salários reduzidos

²⁴ A *pejetização* consiste na prática de contratação de trabalhadores como pessoas jurídicas (PJs), em substituição ao vínculo formal de emprego regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

representam formas concretas de desproteção jurídica e social, configurando o que Antunes (2018) denomina flexibilização destrutiva - um regime que transfere os riscos do negócio ao trabalhador e converte a vulnerabilidade em norma. Esse contexto desarticula os mecanismos coletivos de reivindicação, isolando os profissionais e enfraquecendo os vínculos de solidariedade no trabalho.

De acordo com Sennett (2015), o capitalismo flexível transforma o tempo e o corpo em variáveis ajustáveis às demandas do mercado, corroendo o caráter e dissolvendo os vínculos duradouros. No caso das clínicas, essa lógica se expressa na incerteza constante, na qual o profissional não sabe quanto receberá, se continuará contratado ou se as condições mínimas serão mantidas. Tal instabilidade gera um estado de vigilância permanente, no qual o medo e a insegurança se tornam instrumentos de gestão, substituindo a confiança e a cooperação.

Essas condições adversas produzem efeitos profundos sobre o plano subjetivo. O sofrimento não decorre apenas da carga física ou da intensidade das demandas, mas da perda de sentido e de reconhecimento. Na saúde, o trabalho é inseparável de sua dimensão moral, o cuidado requer envolvimento, escuta e responsabilidade. Quando o contexto impede essa realização, o trabalhador experimenta um sofrimento ético-subjetivo, marcado pela culpa e pela impotência. O sujeito passa a internalizar o fracasso institucional como fracasso pessoal, individualizando o sofrimento e reproduzindo, sem perceber, a lógica neoliberal de responsabilização do indivíduo.

Os achados desta pesquisa demonstram, portanto, que as condições de trabalho nas clínicas retratadas nos relatos não apenas restringem o exercício técnico, mas afetam diretamente a integridade psíquica e moral dos terapeutas. A sobrecarga, a instabilidade e a desvalorização material configuram um ambiente em que o sofrimento se torna estrutural e, paradoxalmente, invisível. O sofrimento negado e não compartilhado deixa de ser força de resistência e se converte em adoecimento (Dejours, 2006), não se caracterizando como um efeito colateral, mas um produto necessário à manutenção da engrenagem: uma engrenagem que exige corpos dóceis²⁵,

Embora apresentada como forma de autonomia e flexibilidade, essa modalidade frequentemente encobre relações de subordinação e dependência típicas do trabalho assalariado, servindo como mecanismo de desresponsabilização do empregador e de transferência dos riscos e custos da atividade para o trabalhador (Druck, 2011; Antunes, 2018).

²⁵ O conceito de *corpos dóceis*, formulado por Michel Foucault (1975), refere-se à forma como os dispositivos de poder disciplinar atuam sobre os corpos, produzindo sujeitos úteis, produtivos e obedientes às normas institucionais. No campo do trabalho em saúde, essa noção permite compreender como a racionalidade neoliberal transforma o corpo do trabalhador em instrumento ajustável às metas de eficiência e produtividade. Assim, o corpo torna-se simultaneamente explorado

subjetividades adaptáveis e silêncio diante da injustiça.

O sofrimento como produto desta engrenagem não se manifesta apenas como consequência de más condições objetivas de trabalho, mas como um processo mais profundo de individualização da dor e fragmentação dos laços coletivos. Essa dinâmica reflete a internalização da racionalidade neoliberal, que desloca a responsabilidade pelos impasses institucionais para o indivíduo, transformando o sofrimento social em fracasso pessoal (Harvey, 2005; Sennett, 2015). Nesse sentido, a precarização não é apenas material, mas também simbólica e subjetiva, corroendo as possibilidades de reconhecimento e solidariedade entre pares (Dejours, 2006, Sennett, 2015; Antunes, 2018).

Conforme analisa Dejours (2004; 2006), o sofrimento ético-subjetivo emerge quando o trabalhador é impedido de realizar um trabalho bem feito, aquele que confere sentido à sua ação e lhe permite se reconhecer em sua prática. Nos relatos fica evidente que a sobrecarga, a ausência de suporte técnico e a desorganização institucional impedem esse reconhecimento, levando os profissionais a experimentarem sentimentos de impotência, culpa e inadequação. Esse processo de desfiguração simbólica é intensificado pela lógica da culpabilização individual, que converte falhas estruturais em déficits pessoais de resiliência, competência ou vocação (Dejours, 2004;2006; Sennett, 2015).

A erosão do coletivo aparece como consequência direta dessa racionalidade. O espaço de trabalho deixa de ser um lugar de partilha e apoio para se tornar um campo de competição e isolamento. As trocas interprofissionais, fundamentais à construção da clínica ampliada, são substituídas por relações hierarquizadas, fragmentadas e marcadas pela desconfiança. Nesse sentido, o capitalismo contemporâneo, ao promover a fragmentação das categorias e a individualização dos vínculos, esvazia a potência política e coletiva do trabalho, convertendo os sujeitos em “empreendedores de si mesmos”, permanentemente avaliados por métricas de desempenho (Antunes, 2018; 2025).

Nos resultados desta pesquisa, ainda que a erosão do coletivo não se manifeste de forma direta, é possível identificar seus indícios, especialmente nos relatos que apontam para contratações sem critérios técnicos claros e ausência de supervisão

e autocontrolado, disciplinado pela pressão das normas e pela internalização da culpa, o que converge com as análises de Dejours (2006) sobre o sofrimento ético-subjetivo e de Antunes (2018) acerca da precarização e da alienação nas novas formas de organização do trabalho.

efetiva. A desorganização administrativa e a substituição de profissionais qualificados por recém-formados ou inexperientes produzem um ambiente de desconfiança e deslegitimação entre pares, minando as bases simbólicas da cooperação. Como evidenciado nos relatos sobre coordenadores sobrecarregados e terapeutas atuando sem suporte técnico, o enfraquecimento das referências comuns e a perda de critérios partilhados de qualidade corroem gradualmente os vínculos coletivos de reconhecimento e solidariedade.

O que se observa é um processo de individualização institucionalizada, no qual o trabalhador passa a lidar isoladamente com falhas estruturais, experimentando frustração e insegurança diante da inconsistência técnica do grupo. Tal dinâmica, como analisam Antunes (2018) e Bourdieu (1998), constitui uma forma sutil de fragmentação da classe trabalhadora, reforçada pela competição interna e pela desvalorização simbólica do saber, configurando os primeiros sinais de erosão da dimensão coletiva do trabalho terapêutico.

Observa-se que essa lógica tem atingido também o campo da saúde mental e da terapia ocupacional (Borsoi, 2007; Seligmann-Silva *et al.*, 2010; Fernandes *et al.*, 2024; 2025; Ricci *et al.*, 2025), onde o cuidado, que deveria se basear na cooperação e na ética da solidariedade, é atravessado por um ethos competitivo e mercantil. O sofrimento, antes compreendido como expressão de uma organização injusta do trabalho, passa a ser vivido em silêncio, como incapacidade pessoal de suportar a pressão. A ausência de espaços institucionais de escuta e de elaboração coletiva faz com que a dor se transforme em culpa e isolamento, configurando em violência simbólica, ou seja, a imposição de uma estrutura de dominação tão internalizada que já não precisa ser imposta de fora (Bourdieu, 1998).

Dessa forma, o sofrimento dos terapeutas revela não apenas as contradições do trabalho em um mercado de saúde mercantilizado, mas também a crise do coletivo como instância de resistência e sentido. Romper com essa lógica implica reconstruir espaços de diálogo e solidariedade, resgatando o trabalho como experiência compartilhada e ética, e não como mera adaptação individual a um sistema que se alimenta do sofrimento silencioso de seus trabalhadores.

5.3 CAMINHOS DE RESISTÊNCIA E RECONSTRUÇÃO DO SENTIDO DO CUIDADO

Os resultados desta pesquisa revelam uma realidade atravessada por intensas formas de precarização material e simbólica, que impactam diretamente a saúde, a ética e o sentido do trabalho dos terapeutas. Entretanto, reconhecer esse cenário não significa resignar-se a ele. Ao contrário, é justamente na tensão entre sofrimento e resistência que se abrem brechas para a reconstrução do sentido do cuidado, entendido aqui não apenas como prática terapêutica, mas como forma de relação humana, política e coletiva.

A precarização não se limita à escassez de recursos ou à informalidade contratual, ela opera como uma racionalidade que reorganiza o modo de sentir e de agir dos trabalhadores, corroendo os vínculos de solidariedade e transformando a culpa em dispositivo de controle subjetivo (Sennett, 2015, Antunes, 2018; 2025). Romper com essa lógica exige repolitizar o trabalho em saúde, resgatando a dimensão coletiva do cuidado e o reconhecimento do trabalhador como sujeito ético e não apenas como executor técnico.

Essa perspectiva propõe que a resistência emerge precisamente do confronto entre a alienação e o desejo de sentido no trabalho, no qual o sofrimento só pode ser transformado em criatividade e emancipação quando encontra espaços de fala e de partilha coletiva (Dejours, 2004; 2006; Antunes, 2018; 2025).

A título de exemplo, compreende-se que a inserção dos terapeutas ocupacionais nas políticas públicas de saúde representa um passo importante, mas não suficiente para reverter o quadro de precarização observado. A mera institucionalização sem condições adequadas de infraestrutura, suporte técnico e valorização profissional pode reproduzir os mesmos mecanismos de exploração, apenas sob novas formas administrativas. Assim, a efetiva reconstrução das condições de trabalho depende de políticas que articulem o reconhecimento do trabalhador, a participação coletiva nas decisões institucionais e a garantia de condições materiais dignas para o exercício ético do cuidado.

Nesse horizonte, torna-se imprescindível considerar também o processo de formação dos profissionais da saúde como espaço estratégico de resistência e reconstrução ética. É durante a formação que se consolida o modo de compreender o cuidado, a alteridade e o próprio sentido do trabalho, podendo tanto reproduzir a racionalidade neoliberal quanto fomentar práticas contra-hegemônicas.

Quando a educação profissional é orientada por valores de eficiência, produtividade e adaptação, ela prepara sujeitos para sobreviver em estruturas precarizadas, e não para transformá-las. Por outro lado, uma formação crítica,

comprometida com o projeto ético-político da saúde coletiva, pode produzir trabalhadores capazes de reconhecer o cuidado como ato político e de enfrentar as desigualdades estruturais que atravessam o campo da saúde (Dejours, 2006; Antunes, 2018; Machado, 2022; Fernandes *et al.*, 2024). Assim, a reconstrução do sentido do cuidado não se limita à esfera institucional do trabalho, mas envolve a própria reconfiguração do processo formativo, como espaço de elaboração coletiva e de resistência à mercantilização da vida.

Além disso, é necessário reconectar o sentido do cuidado ao próprio valor do trabalho humano, resgatando o princípio marxista de que o trabalho não é apenas meio de subsistência, mas expressão da vida criadora do homem. Quando o trabalho se torna pura mercadoria, o cuidado perde sua essência; mas quando ele é reconhecido como prática social, colaborativa e transformadora, o trabalhador reencontra sua potência subjetiva e política. Nesse sentido, reconstruir o cuidado implica reconstruir também o vínculo entre trabalho e emancipação, devolvendo aos profissionais o direito de fazer bem o que fazem (Dejours, 2004; 2006).

As formas de resistência observadas, tal como os relatos publicados no perfil @terapeutascansados2, ainda que incipientes, sinalizam possibilidades de transformação: denúncias públicas, mobilizações coletivas, redes de apoio e compartilhamento de experiências entre profissionais configuram práticas micropolíticas de enfrentamento ao sofrimento e à injustiça. Estas ações reintroduzem a dimensão do “comum” no interior de um campo marcado pela competitividade e pela solidão institucional.

Dentre as possibilidades existentes, a partir dos resultados do presente estudo e em diálogo com a literatura crítica sobre trabalho e saúde, identificam-se três caminhos possíveis de resistência e reconstrução do sentido do cuidado. O primeiro consiste no reconhecimento crítico das determinações estruturais da precarização, que implica compreender a inserção dos terapeutas nas dinâmicas mais amplas do capitalismo neoliberal e desnaturalizar as formas de exploração travestidas de autonomia (Dejours, 2006; Antunes, 2018).

O segundo refere-se à reconstrução coletiva de espaços de fala e solidariedade, indispensáveis à elaboração do sofrimento ético-subjetivo e à recomposição dos vínculos de confiança e pertencimento corroídos pela individualização (Bourdieu, 1998; Dejours, 2004).

Por fim, o terceiro caminho envolve a valorização simbólica e material do trabalho em saúde, reconhecendo a terapia ocupacional, entre outras categorias, como prática social essencial à vida, cuja dimensão ética e política se opõe à mercantilização do cuidado (Broderick, 2022; Machado, 2022; Fernandes *et al.*, 2024).

Nesse horizonte, esses movimentos configuram não apenas estratégias de enfrentamento, mas também possibilidades concretas de restituição de dignidade ao fazer terapêutico e aos sujeitos que o sustentam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou compreender e analisar os processos e as condições de trabalho em clínicas especializadas no atendimento de crianças autistas à luz de referenciais críticos aos processos de mercantilização da saúde e do complexo industrial do autismo.

A partir da análise quali quantitativa de 540 relatos, foi possível identificar a Categoria A - Organização técnica e produtiva dos processos de trabalho, que mostrou-se bastante densa em volume de unidades de registro e em potência interpretativa, refletindo diretamente o núcleo dos objetivos da pesquisa. A categoria apresentada é composta por cinco subcategorias que evidenciam um amplo panorama das formas de precarização que atravessam o cotidiano profissional, afetando não apenas a dimensão material do trabalho, mas também seus sentidos éticos, subjetivos e coletivos.

Os resultados apontam para processos e condições de trabalho marcados pela intensificação das jornadas, ausência de pausas, desorganização administrativa, infraestrutura precária, vínculos frágeis e baixa remuneração, elementos que evidenciam a penetração da lógica de mercado na organização cotidiana do cuidado. Essa lógica, ao transformar o tempo, o corpo e o saber profissional em instrumentos de produtividade e rentabilidade, reconfigura os fundamentos da prática terapêutica, deslocando-a de uma ética voltada à singularidade do sujeito para uma racionalidade voltada ao desempenho.

Observa-se a subsunção real do trabalho ao capital, em que o valor de uso do cuidado é subordinado ao valor de troca que ele gera. No campo da saúde, esse movimento se traduz em acumulação por despossessão, isto é, a apropriação privada de bens e saberes coletivos, transformando o cuidado (antes expressão de um compromisso ético) em uma mercadoria a ser vendida.

Essa racionalidade mercantil, sustentada por discursos de eficiência, empreendedorismo e autonomia, corrói o sentido social do trabalho terapêutico e introduz uma forma de violência simbólica que faz com que os próprios trabalhadores internalizem a lógica produtivista como se fosse natural. O resultado é um cenário em que a ética do cuidado se vê comprometida, o tempo se converte em unidade de lucro, e o corpo do trabalhador passa a operar como extensão das demandas empresariais, configurando um modelo de atenção que prioriza resultados mensuráveis em detrimento da experiência humana do encontro terapêutico.

Ao evidenciar esse duplo movimento, entre a desestruturação dos processos e a degradação das condições, o estudo confirma a presença de um modelo de gestão neoliberal da clínica, em que a precarização é naturalizada como parte do funcionamento institucional. A “eficiência” converte-se em discurso legitimador da exploração, e a subjetividade do trabalhador é instrumentalizada por meio da culpa, do medo e da competição. Esse quadro, contudo, não é homogêneo: nas brechas da

alienação emergem formas de resistência, solidariedade e denúncia que revelam a vitalidade ética do campo e a potência crítica dos profissionais que nele atuam.

Os resultados também indicam que a precarização não se restringe ao espaço do trabalho, mas reverbera na formação e na identidade profissional. A lógica da produtividade e da adaptação, internalizada ainda na graduação, modela subjetividades voltadas à sobrevivência e não à transformação. Daí a importância de repolitizar a formação profissional, entendendo-a como espaço de construção de consciência crítica, de defesa do trabalho digno e de fortalecimento do cuidado como ato ético-político.

Os achados desta pesquisa, portanto, reafirmam a necessidade de resgatar o valor humano e social do trabalho em saúde, reconhecendo que o cuidado não pode ser dissociado das condições concretas em que é produzido. Reconstituir o sentido do cuidado implica restaurar também as condições que o tornam possível: tempo, espaço, reconhecimento e solidariedade.

A urgência de pesquisas como esta se inscreve em um cenário contemporâneo marcado pelo expressivo aumento dos diagnósticos de autismo, pela ampliação de movimentos políticos de familiares e pela rápida expansão do setor privado de serviços especializados. Esse contexto tem impulsionado a consolidação do chamado Complexo Industrial do Autismo, no qual práticas de cuidado, tecnologias terapêuticas e modelos de intervenção passam a compor um mercado altamente lucrativo e disputado, reorganizando valores, expectativas e prioridades.

Tal expansão produz impactos diretos sobre o trabalho nas clínicas, redefinindo ritmos, tarefas e exigências, ao mesmo tempo em que tensiona políticas públicas já fragilizadas e desloca o cuidado da esfera do direito para a lógica da oferta e da demanda. Nesse cenário, torna-se ainda mais relevante produzir análises críticas que tornem visíveis as condições concretas de trabalho dos terapeutas, contribuindo para o fortalecimento de movimentos coletivos, para a formação ética e crítica de profissionais e para a defesa de políticas públicas capazes de garantir o cuidado como direito social e não como mercadoria.

Mais do que denunciar a precarização do trabalho de terapeutas no cenário atual, esta dissertação busca contribuir para a transformação dessa realidade social evidenciando as múltiplas formas pelas quais a precarização do trabalho se manifesta nas clínicas voltadas ao atendimento de crianças autistas, abrindo o debate sobre os caminhos de resistência e reconstrução do sentido do cuidado, destacando que o enfrentamento da racionalidade neoliberal no campo da saúde exige uma postura crítica,

coletiva e comprometida com a defesa da vida. A terapia ocupacional, ao reafirmar sua vocação ética e social, pode ocupar um lugar estratégico nesse movimento, articulando o cuidado como prática emancipadora e o trabalho como expressão da dignidade humana.

Além disso, considerando a produção do conhecimento e necessidade de desenvolver pesquisas que avancem neste tema, este estudo contribuiu para a ampliação do debate sobre a mercantilização da saúde e a precarização do trabalho no campo do autismo, abordando um conjunto de experiências profissionais que raramente encontram espaço de escuta nas pesquisas acadêmicas. Ao utilizar como fonte empírica uma mídia social digital, o trabalho também propõe uma ampliação metodológica no campo da pesquisa qualitativa em saúde, demonstrando que as redes sociais podem constituir espaços legítimos de produção de narrativas, afetos e saberes coletivos. A adoção de uma abordagem quali-quantitativa mostrou-se adequada para apreender tanto a densidade simbólica dos discursos quanto sua representatividade empírica, conferindo rigor e transparência à análise.

Reconhece-se, contudo, que o estudo apresenta limites metodológicos, próprios de pesquisas baseadas em registros digitais espontâneos. A ausência de dados sociodemográficos detalhados e a impossibilidade de interação direta com os participantes restringem a profundidade contextual de algumas interpretações. Ainda assim, a consistência interna dos dados, o volume expressivo de relatos e o rigor analítico empregado na categorização conferem solidez e legitimidade aos resultados.

Pesquisas futuras podem aprofundar as relações entre precarização, subjetividade e saúde mental, combinando abordagens digitais e presenciais, além de explorar comparativamente a situação de terapeutas ocupacionais em diferentes contextos institucionais, públicos, privados e filantrópicos.

Por fim, este trabalho não se encerra na dissertação apresentada e busca, ao denunciar a lógica que transforma o cuidado em mercadoria e o trabalhador em recurso descartável, contribuir para a construção de um campo da saúde que seja, antes de tudo, espaço de vida, solidariedade e dignidade. Que os relatos aqui analisados inspirem não apenas reflexão, mas também ação coletiva nas universidades, nas instituições de saúde e nas políticas públicas, em direção a um horizonte em que o trabalho e o cuidado possam novamente significar ato de criação, compromisso e esperança.

REFERÊNCIAS

ABRÃO. J. L. F. Os primórdios da psiquiatria infantil e seus reflexos no Brasil. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, [S. l.], v. 37, 2020. DOI: 10.35699/1676-1669.2020.14698. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/14698>. Acesso em: 12 jul. 2025.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Manual de publicação da American Psychological Association**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital**. São Paulo: Boitempo, 2018.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2025.

.ANTUNES, R. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho?, **Configurações**, v7 , 2010, p.155-166.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAIRD, G. *et al.* Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project. **The Lancet**, Volume 368, Issue 9531, 210 - 215.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAUMAN, Z. **Globalização: as consequências humanas**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 1999.

BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BOITO JR, A. **Reforma e crise política no Brasil: os conflitos de classe nos governos do PT**. Campinas: Editora Unicamp, 2018.

BORSOI, I.C.F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia & Sociedade**; 19, Edição Especial 1: 103-111, 2007.

BOURDIEU, P. **Language and Symbolic Power**. Cambridge, Polity, 1991.

BOURDIEU, P. **Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal**. São Paulo: Editora Unesp, 1998.

BOURDIEU, P. Job Insecurity is Everywher Now. In **Acts of Resistance: Against the Tyranny of the Market**. New York, New Press, p. 81–88, 1999.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77–101, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html.

BRASIL. Portaria nº 3.211, de 20 de dezembro de 2007. **Constitui Grupo de Trabalho sobre Atenção ao Autismo no SUS**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3211_20_12_2007.html. Acesso em: 11 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integral às crianças e jovens com autismo no SUS**: construção de uma rede pública ampliada que garanta acesso e qualidade. Documento apresentado à primeira reunião do Grupo de Trabalho sobre Atenção ao Autismo no SUS, realizada em 26/03/08. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPES/Coordenação Nacional de Saúde Mental; Brasília: 2008.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. **Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista**; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, 2012a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm.

BRASIL. Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012. **Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**, 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília:Ministério da Saúde, 2013 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013 b

BRAUDEL, F. **A Model for the Analysis of the Decline of Italy**. Review (Fernand Braudel Center), p. 647-662, 1979.

BRAUDEL, F. *et al.* **El mediterráneo**. Madrid: Espasa Calpe, 1987.

BRAUDEL, F. Histoire et sciences sociales: La longue durée. **Réseaux. Communication-Technologie-Société**, v. 5, n. 27, p. 7-37, 1987.

BRODERICK, A.; ROSCIGNO, R. Autism, Inc. The Autism Industrial Complex. **Journal of Disability Studies in Education**, v. 2, n. 1, p. 77-101, 2021.

BRODERICK, A. **The autism industrial complex**: How Branding, Marketing, and Capital Investment Turned Autism Into Big Business. Myers Education Press, 2022.

BROWN, W. **Undoing the demos**: Neoliberalism's stealth revolution. Princeton University Press, 2015.

CANAL AUTISMO. **Brasil conhece, pela 1ª vez, seu número oficial de pessoas com diagnóstico de autismo**: 1 em 38. Canal Autismo, 30 maio 2023. Disponível em: <https://www.canalautismo.com.br/noticia/brasil-conhece-pela-1a-vez-seu-numero-oficial-de-pessoas-com-diagnostico-de-autismo-1-em-38/>. Acesso em: 11 jul. 2025.

CASTELLS, M. **O poder da identidade - a era da informação**: economia, sociedade e cultura. v(2). São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTELLS, M. **A galáxia da internet**: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

CASTELLS, M. **Communication power**. OUP Oxford, 2013.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. **Autism spectrum disorder (ASD): data & statistics**. Atlanta, GA: CDC, 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>. Acesso em: 12 jul. 2025.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 295–316.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista portuguesa de educação**, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

COOPER, J. O. *et al.* **Applied behavior analysis**. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Merrill-Prentice Hall, 2007.

COUTO, M. C. V. *et al.* A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 390–398, 2008.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DARDOT, P.; LAVAL, C. Neoliberalismo e subjetivação capitalista. **Revista Olho da História**, v. 22, 2016.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2004.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

DELGADO, M. G. **Curso de Direito ao Trabalho**. São Paulo: Editora LTr, 2017.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DONVAN, J., ZUCKER, C. **Outra sintonia: a história do autismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

DUMÉNIL, G.; LÉVY, D. Neoliberalismo: neo-imperialismo. **Economia e Sociedade**, v. 16, p. 1-19, 2007.

DUMÉNIL, G.; LÉVY, D. The crisis of neoliberalism as a stepwise process. **Neoliberalism Beyond the Free Market**, p. 31-53, 2011.

ELSABBAGH, M. *et al.* Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. **Special Issue: Global Perspectives on Autism**, v5, n3, p 160-179

EYAL, B. H. *et al.* **The Autism Matrix**. 1ed. Cambridge. Polity. 2010. 312pp.

FAIRCLOUGH, N. The dialectics of discourse. **Textus**, v. 14, n. 2, p. 231-242, 2001.

FERNANDES, A. D. S. A. *et al.* **A “indústria” do autismo no contexto brasileiro atual: contribuição ao debate**. Material Técnico, 2024. ISBN: 978-65-00-99824-5

FERNANDES, A. D. S. A. *et al.* A expansão do diagnóstico de autismo no contexto brasileiro atual: incidência nas políticas públicas e na organização do cuidado. **Desidades - Revista científica da infância, adolescência e juventude**, 2025, DOI: <https://doi.org/10.54948/desidades.v1i41.68499>

FOMBONNE, E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. **Pediatr Res.** , 65:591-8, 2009.

FOMBONNE, E. The rising prevalence of autismo. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 59, n.7, p. 717–720, 2018.

FRAGOSO, S. *et al.* **Métodos de pesquisa para internet**. Porto Alegre: Sulina, 2011.

FRANCO, T. *et al.* **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado**. São Paulo: Cortez, 2010.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**: coleção pesquisa qualitativa. Bookman Editora, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2017.

GOMES, H. F. *et al.* Precarização do trabalho de enfermagem e repercussões na saúde dos trabalhadores brasileiros: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual in Derme**, 2016; 77

GONÇALVES, F. G. A. **O Modelo Neoliberal e suas repercussões para a saúde do trabalhadores de enfermagem**. 2014. 128fs. Dissertação (Mestrado)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro-RJ, 2014.

GRINKER, R. R. **Autismo**: um mundo obscuro e conturbado. Tradução de Catharina Pinheiro. São Paulo: Larrousse do Brasil. 2010. 320pp.

GUIMARÃES, J. M. X. *et al.* (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(4):2145-2154, 2011. HARVEY, D. **The urban experience**. Johns Hopkins University Press, 1989.

HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2005.

HINE, C. **Ethnography for the internet**: Embedded, embodied and everyday. Routledge, 2020.

HIRANAKA, A. Comunidade Online: Construindo conhecimento sobre o consumidor de forma ativa, interativa e colaborativa *In*: SILVA, T.; STABILE, M. **Monitoramento e pesquisa em mídias sociais**: metodologias, aplicações e inovações. São Paulo: Uva Limão, 2016. 364p; ISBN 978-85-93072-01-7.

IBGE. **Censo Demográfico 2022: Pessoas com Deficiência e Pessoas Diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista – Resultados preliminares da amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 23 maio 2025. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101088.pdf>. Acesso em: 08 de junho de 2025.

IBGE. **Pesquisa sobre autismo incluída no questionário da amostra do Censo Demográfico 2022**. Lei nº 13.861/2019. Brasília: IBGE, 2022. Disponível em: [Canal Autismo]. Acesso em: 08 de junho de 2025.

KANNER, L. Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In: P. Rocha (Org.). **Autismos**. São Paulo: Escuta, 111-170, 1997 (Trabalho original publicado em 1943)

KAPP, S. K. **Autistic Community and the Neurodiversity Movement**: Stories from the Frontline. 1ed. UK. Department of Psychology from University of Portsmouth. Palgrave Macmillan. 2020.

KOZINETS, R. V. **Netnography**: doing ethnographic research for the digital age. London: Sage, 2015.

LANCMAN, S. *et al.* Precarização do trabalho e sofrimento psíquico: ação em psicodinâmica do trabalho em um serviço de farmácia hospitalar universitário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. ISSN: 2317-6369 (online) <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000006118>.

LAURELL, A. C. Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina. **Saúde em debate**, v. 38, p. 853-871, 2014.

LIMA, R. C. **Autismo como transtorno da memória pragmática: teses cognitivistas e fenomenológicas à luz da filosofia de Henri Bergson**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010

LIMA, R.C. *et al.* Defesa de direitos e políticas para o autismo no Brasil e nos EUA. In: RIOS, C., FEIN, E., organizadores. **Autismo em tradução: uma conversa intercultural sobre condições do espectro autista**. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens; 2019. p. 36-76.

LIMA, R. C. *et al.* O que dizem familiares de autistas sobre o trabalho desenvolvido pelos CAPSi? *Saúde e Sociedade*, 33 (1),2024. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230327pt>.

LIMA, J. C. F.. Neoliberalismo e formação profissional em saúde. **Revista Trabalho Necessário**, Rio de Janeiro, 5(5), 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/tn.5i5.p4613>. Acesso em: 7 jul. 2025.

LIMA, J. C. O que há de novo no mundo do trabalho? Flexibilização, digitalização e precarização. In: Souza, Marina Batista Chaves Azevedo de. **Terapia Ocupacional e Trabalho: questões contemporâneas**. João Pessoa: Idea, 2023.

LUGON, R. A.; ANDRADA, B. C. Militâncias de familiares de autistas e a economia política da esperança no Brasil de 2019. **Saúde mental infantojuvenil: territórios, políticas e clínicas de resistência**. Santos: Unifesp, p. 89-103, 2019.

MACHADO, L. V. **Políticas do autismo: efeitos sobre o lugar da criança no imaginário social**. São Paulo: Benjamin Editorial, 2022.

MAPA AUTISMO BRASIL. **Resultados**. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.mapautismobrasil.com.br/resultados>. Acesso em: 11 jul. 2025.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARX, K. O trabalho alienado. In: MARX, K. **Marx: os textos mais importantes de Karl Marx para o século XXI**. [S.l.]: Edições Les Balustres, 2013. p. 74-81.

MCGUIRE, A. **War on Autism: on the cultural logic of normative violence**. University of Michigan Press, 2016.

MERHY, E. E. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

NUNES, F.; ORTEGA, F. Ativismo político de pais de autistas no Rio de Janeiro: reflexões sobre o “direito ao tratamento”. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 964–975, out. 2016.

OLIVEIRA, B. D. C. *et al.* Políticas para o autismo no Brasil: entre a atenção psicossocial e a reabilitação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 707–726, 2017.

ORTEGA, F. Deficiência, autismo e neurodiversidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1), 67–77, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100012>.

PAULA, C. S. Autism in Brazil: perspectives from science and society. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 57 (1), 2011, <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000100002>

PAULANI, L. **Brasil delivery**: servidão financeira e estado de emergência econômico. São Paulo: Boitempo, 2008.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 3ed. Thousand Oaks: Sage, 2002.

PEREIRA, L. C. B. Uma reforma gerencial da Administração Pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Ano 49, n1, 1998.

PIKETTY, T. **O capital no século XXI**. Editora Intrínseca, 2014

RHEINGOLD, H. A slice of life in my virtual community. **Global networks: Computers and international communication**, p. 57-80, 1993.

RICCI, T. E. *et al.* Terapeutas cansadas: da precariedade do trabalho à precariedade da assistência na indústria do autismo. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 33, e3846, 2025. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/3846>. Acesso em: 3 jul. 2025.

RIOS, C.; ANDRADA, B. C. The changing face of autism in Brazil. **Culture, Medicine, and Psychiatry**, v. 39, n. 2, p. 213-234, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9448-5>. Acesso em: 11 jul. 2025.

RIOS, C.; FEIN, E. organizadores. **Autismo em tradução**: uma conversa intercultural sobre condições do espectro autista. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens, 2019.

RIOS, C.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Especialismo, especificidade e identidade – as controvérsias em torno do autismo no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1111-1120, 2019.

RECUERO, R. Redes sociais na internet, difusão de informação e jornalismo: elementos para discussão. **Metamorfoses jornalísticas**, v. 2, p. 1-269, 2009.

ROSE, N.; NOVAS, C. Biological Citizenship. In: ONGAND, A.; COLLIER, J. (Ed.). **Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems**. Malden: Blackwell, 2005. p. 439-463.

SADER, E. A hegemonia neoliberal na América Latina. Pós-neoliberalismo : as políticas sociais e o Estado democrático. Tradução . São Paulo, **Paz e Terra**, 1998.

SAFATLE, V. *et al.* **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

SALGADO, N. D. M. *et al.* Transtorno do Espectro Autista em Crianças: Uma Revisão Sistemática sobre o Aumento da Incidência e Diagnóstico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, e512111335748, 2022.

SELIGMANN-SILVA, E. *et al.* O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 35 (122): 187-191, 2010.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. 16ed. Rio de Janeiro: Record, 2015.

SILVA, A. A. R. *et al.* Neoliberalismo e seus impactos no mundo do trabalho: transformações e desafios frente à informalidade. In: JOINPP – **JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS**, 7., 2016, São Luís. *Revista Temporalis*, São Luís, v. 20, n. esp., p. 227–236, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v20nEp227-236>. Acesso em: 7 jun. 2025.

SCHMOELLER, R. *et al.* Cargas de trabalho e condições de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):368-77.

SOBRINHO, C. L. N. *et al.* Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(1):131-140, jan, 2006

SOUZA, M. B. C. A. Trabalho precário e trabalho informal no Brasil: implicações para a Terapia Ocupacional. In: SOUZA, M. B. C. A. . **Terapia Ocupacional e Trabalho: questões contemporâneas**. João Pessoa: Idea, 2023.

SOUZA, M. B. C. A. *et al.* Terapia Ocupacional no campo do trabalho: experiências centradas na crítica à informalidade e ao trabalho no capitalismo contemporâneo. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, v. 8 n. 1 (2024): p. 2243-2417 (ISSN eletrônico 2526-3544)

STANDING, G. O precariado e a luta de classes. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 103, p. 9-24, 2014.

STIGLITZ, J. E. Alternative theories of wage determination and unemployment: The efficiency wage model. In: **The theory and experience of economic development**. Routledge, 2012. p. 78-106.

SUN, X.; ALLISON, C. A review of the prevalence of Autism Spectrum Disorder in Asia. **Elsevier: Research in Autism Spectrum Disorders**. v4, n2, April–June 2010, Pages 156-167. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.10.003>

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S.. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Carlos**, v. 30, e0479, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0479>. Acesso em: 7 jun. 2025.

TAYLOR, J.; PAGLIARI, C. Comprehensive scoping review of health research using social media data. **BMJ Open**, v. 8, n. 9, e022931, 2018.

VARGAS, F. B. Trabalho, Emprego, Precariedade: dimensões conceituais em debate. **Cad CRH** 2016; 29(77): 313-331.

VIARD, M. S. T; PAIXÃO, P. B. S. O uso do Instagram como ferramenta de divulgação científica: análise de conteúdo do perfil @cienciajuventude. **Horizonte**, v. 13, p. 1-20, 2023. DOI:10.35699/2237-6658.2023.39216

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Autism spectrum disorders**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>. Acesso em: 11 jul. 2025.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

YAZBEK, M. C. O programa fome zero no contexto das políticas sociais brasileiras. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, p. 104-112, 2004.

YAZBEK, M. C. **O sistema único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Editora Cortez, 2010.

YAZBEK, M. C. Serviço Social, Questão Social e Políticas Sociais em tempos de degradação do trabalho humano, sob o domínio do capital financeiro. **Serviço Social em Revista**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 183–194, 2018. DOI: 10.5433/1679-4842.2018v21n1p183. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/35215>. Acesso em: 12 jul. 2025.

