

UNIVERSIDADE SANTA CECÍLIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO DA SAÚDE:

DIMENSÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS

DRIELLY FREITAS DE MELO

O DIREITO À SAÚDE MENTAL DAS MÃES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA ANÁLISE SOBRE O DEVER DE CUIDADO DO ESTADO E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.

SANTOS

2026

DRIELLY FREITAS DE MELO

O DIREITO À SAÚDE MENTAL DAS MÃES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA ANÁLISE SOBRE O DEVER DE CUIDADO DO ESTADO E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre no "Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas", sob orientação da Prof.ª Dra. Patricia Gorish.

SANTOS

2026

344.044
M485d

Freitas, Drielly.
O DIREITO À SAÚDE MENTAL DAS MÃES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA ANÁLISE SOBRE O DEVER DE CUIDADO DO ESTADO E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA / Drielly Freitas.
2026.
117 f.

Orientador: Dr. Patrícia Gorisch.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Santa Cecília, Programa de pós-graduação em Direito da saúde, Santos, SP, 2026.

I. Gorisch, Patrícia . II. O DIREITO À SAÚDE MENTAL DAS MÃES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA ANÁLISE SOBRE O DEVER DE CUIDADO DO ESTADO E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.

Autorizo a reprodução total deste trabalho, por qualquer que seja o processo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

Elaborada pelo SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas - Unisanta

DRIELLY FREITAS DE MELO

O DIREITO À SAÚDE MENTAL DAS MÃES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UMA ANÁLISE SOBRE O DEVER DE CUIDADO DO ESTADO E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA.

Dissertação apresentada à Universidade Santa Cecília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Direito da Saúde: Dimensões Individuais e Coletivas.

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Patricia

Gorish.

Orientadora/Presidente

Universidade Santa Cecília – UNISANTA, Santos-SP

_____

Prof.ª Dra.

Universidade Santa Cecília – UNISANTA, Santos-SP

_____

Prof. Dr.

Universidade Santa Cecília – UNISANTA, Santos-SP

_____

Prof.ª Dra. Universidade de São Paulo, São Paulo-SP

_____

Resultado:_____

Data da defesa:

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pela vida, pela saúde e pelo cuidado constante ao longo de toda a minha trajetória. Por não me desamparar em momento algum e por renovar minhas forças sempre que eu pensei em fraquejar, sustentando-me nos dias mais difíceis e iluminando os caminhos que me trouxeram até aqui.

Aos meus pais, que, apesar dos desentendimentos naturais da vida, sempre estiveram ao meu lado e me ajudaram da forma que puderam e souberam. O apoio de vocês, mesmo nas formas mais simples, foi essencial para que eu seguisse adiante.

À minha filha, razão maior da minha existência, que chegou à minha vida em um momento de muitas dificuldades, quando eu ainda era muito jovem, mas que se revelou a maior bênção que eu poderia receber. Se hoje concluo esta etapa, é também por você e por tudo que você me ensinou sobre amor, força e propósito.

Aos meus familiares, que estiveram presentes, que cuidaram da minha filha como se fosse filha deles e que, com gestos de carinho e solidariedade, me permitiram continuar estudando, trabalhando e acreditando que era possível ir além.

Às minhas amigas, que me incentivaram, apoiaram e me ajudaram a crescer como pessoa. A amizade de vocês foi abrigo, força e incentivo nos momentos de cansaço e dúvida.

A todos os professores que passaram pela minha vida, desde a educação infantil até o mestrado. Cada um contribuiu de forma única para a construção da minha jornada, deixando marcas que levarei comigo para sempre.

De maneira muito especial, à professora Patrícia, que, com paciência, generosidade e sabedoria, me acompanhou neste percurso e tornou possível a conclusão deste mestrado, mesmo diante de tantas dificuldades pessoais e acadêmicas. Sua orientação foi fundamental não apenas para este trabalho, mas para minha formação como pesquisadora.

À Universidade, por se mostrar sempre solícita quando precisei, acolhendo minhas demandas e permitindo que eu seguisse na trajetória acadêmica.

À CAPES, que, de forma decisiva, possibilitou que este sonho se concretizasse. Sem o apoio concedido, a conclusão deste mestrado não seria possível.

Por fim, agradeço a mim mesma. Pela resistência, pela coragem e por não ter desistido, mesmo quando tudo parecia difícil demais. Cada página desta dissertação carrega também a história de uma mulher que escolheu continuar.

RESUMO

A presente pesquisa analisa a saúde mental das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) sob a perspectiva da saúde pública, dos determinantes sociais da saúde, das relações de gênero e do dever estatal de cuidado. Embora o TEA seja amplamente abordado na literatura clínica e nas políticas direcionadas à pessoa com deficiência, observa-se uma lacuna significativa no reconhecimento das repercussões psíquicas, sociais e econômicas sobre as mães, que, de forma predominante, assumem o cuidado cotidiano, contínuo e intensivo dessas crianças. O cuidado permanente, a necessidade de vigilância constante, a gestão de terapias e rotinas estruturadas, a mediação de crises comportamentais e a reorganização da vida profissional, conjugal e social configuram um cenário de elevada sobrecarga, frequentemente naturalizado e invisibilizado.

A maternidade no contexto do TEA ultrapassa a dimensão afetiva e assume contornos de cuidado especializado, exigindo investimento emocional contínuo e trabalho não remunerado de alta complexidade. Nesse cenário, a ausência de pausas efetivas, a restrição da vida social, o isolamento, a insegurança financeira decorrente da redução ou abandono da atividade profissional e a responsabilização quase exclusiva da mulher pelo cuidado intensificam a vulnerabilidade psíquica. Tais fatores revelam que o sofrimento materno não pode ser compreendido como fenômeno individual, mas como expressão de uma organização social que concentra o trabalho de cuidado nas mulheres, sem a correspondente oferta de suporte institucional.

O objetivo geral do estudo é analisar de que maneira a sobrecarga de cuidado associada às demandas do TEA, somada à insuficiência de políticas públicas de suporte ao cuidador, impacta a saúde mental dessas mães. Como objetivos específicos, busca-se identificar manifestações de sofrimento psíquico relacionadas ao cuidado contínuo; compreender a experiência subjetiva da maternidade atípica; analisar a influência dos fatores sociais, econômicos e de gênero na produção desse sofrimento; e examinar a lacuna de políticas públicas voltadas à saúde mental das cuidadoras no âmbito do sistema de saúde.

A pesquisa parte do pressuposto de que o adoecimento emocional dessas mulheres não decorre de fragilidade individual, mas de um contexto estrutural marcado pela divisão desigual do trabalho de cuidado, pela invisibilidade social do sofrimento materno e pela insuficiência de políticas públicas que reconheçam o cuidador como sujeito de

direito à saúde mental. O referencial teórico articula contribuições da saúde mental, saúde coletiva, psicologia, estudos de gênero e políticas públicas, compreendendo o sofrimento psíquico como fenômeno socialmente produzido e atravessado por determinantes estruturais.

A metodologia adotada consiste em revisão bibliográfica narrativa, com análise interdisciplinar de produções científicas das áreas da saúde mental, saúde coletiva, psicologia, políticas públicas e gênero, associada à análise do arcabouço normativo referente ao direito à saúde. A abordagem busca integrar dimensões clínicas, sociais e estruturais do fenômeno, permitindo compreender a inter-relação entre cuidado intensivo, vulnerabilidade social e sofrimento psíquico.

Os resultados esperados indicam que a sobrecarga contínua de cuidado, aliada à insuficiência de suporte estatal e à naturalização da responsabilidade materna, favorece a instalação de estresse crônico, ansiedade, sintomas depressivos, esgotamento emocional e comprometimento da qualidade de vida dessas mulheres. Conclui-se que a promoção da saúde mental no contexto do TEA não pode restringir-se à criança diagnosticada, devendo incluir políticas públicas específicas voltadas ao cuidado das mães, reconhecendo-as como sujeitas de direito à atenção integral em saúde mental e como parte fundamental do processo terapêutico e de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde mental materna; Transtorno do Espectro Autista; Sobrecarga do cuidado; Determinantes sociais da saúde; Políticas públicas de saúde; Gênero e cuidado; Direito à saúde.

ABSTRACT

This research analyzes the mental health of mothers of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) from the perspective of public health, social determinants of health, gender relations, and the State's duty of care. Although ASD is widely addressed in clinical literature and in policies aimed at individuals with disabilities, there is a significant gap in the recognition of the psychological, social, and economic repercussions on mothers, who predominantly assume the daily, continuous, and intensive care of these children. Permanent caregiving demands, constant vigilance, management of therapies and structured routines, mediation of behavioral crises, and the reorganization of professional, marital, and social life create a scenario of high burden that is often naturalized and rendered invisible.

Motherhood in the context of ASD goes beyond the affective dimension and takes on characteristics of specialized care, requiring continuous emotional investment and complex, unpaid labor. In this context, the absence of effective breaks, social restriction, isolation, financial insecurity resulting from reduced or abandoned professional activity, and the near-exclusive responsibility placed on women for caregiving intensify psychological vulnerability. These factors demonstrate that maternal suffering cannot be understood as an individual phenomenon, but rather as the expression of a social organization that concentrates caregiving work on women without the corresponding provision of institutional support.

The general objective of this study is to analyze how the caregiving burden associated with ASD demands, combined with insufficient public policies to support caregivers, impacts the mental health of these mothers. The specific objectives are to identify manifestations of psychological distress related to continuous caregiving; to understand the subjective experience of atypical motherhood; to analyze the influence of social, economic, and gender factors in the production of this suffering; and to examine the gap in public policies directed toward caregivers' mental health within the health system.

The research is based on the assumption that the emotional distress experienced by these women does not stem from individual fragility, but from a structural context marked by the unequal division of caregiving labor, the social invisibility of maternal suffering, and the lack of public policies that recognize caregivers as subjects entitled to mental health care. The theoretical framework integrates contributions from mental health, public health, psychology, gender studies, and public policy, understanding psychological suffering as a socially produced phenomenon shaped by structural

determinants.

The methodology consists of a narrative literature review, with an interdisciplinary analysis of scientific production in the fields of mental health, public health, psychology, public policy, and gender studies, combined with an analysis of the normative framework related to the right to health. This approach integrates clinical, social, and structural dimensions of the phenomenon, enabling an understanding of the interrelationship between intensive caregiving, social vulnerability, and psychological distress.

The expected results indicate that the continuous caregiving burden, combined with insufficient State support and the naturalization of maternal responsibility, favors the development of chronic stress, anxiety, depressive symptoms, emotional exhaustion, and reduced quality of life among these women. It is concluded that the promotion of mental health in the context of ASD cannot be restricted to the diagnosed child, but must include specific public policies aimed at supporting mothers, recognizing them as subjects entitled to comprehensive mental health care and as a fundamental part of the therapeutic and caregiving process.

Keywords: Maternal mental health; Autism Spectrum Disorder; Caregiver burden; Social determinants of health; Public health policies; Gender and care; Right to health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 12

METODOLOGIA 16

1 DIREITO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO..... 19

1.1 Conceito de Saúde. 19
1.2 O direito fundamental à saúde 21
1.3 Sistema Único de Saúde (SUS) 23
1.4 Políticas públicas de saúde e dever do Estado..... 25

2 SAÚDE MENTAL E DETERMINANTES SOCIAIS 28

2.1 Conceito de saúde mental 28
2.2 Determinantes sociais da saúde mental 30
2.3 Políticas públicas de saúde mentaL..... 32
2.4 Vulnerabilidade, cuidado e saúde mental..... 34

3 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E AS DEMANDAS DE CUIDADO...37

3.1 Conceito e características do TEA..... 37
3.2 Caracteristicas e níveis de suporte..... 38
3.3 Impactos do TEA na dinâmica familiar 40
3.4 Sobrecarga do cuidado e implicações sociais..... 42

4 GÊNERO, DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E MATERNIDADE ATÍPICA..... 45

4.1 A construção social da maternidade e o papel feminino no cuidado..... 45
4.2 O cuidado como trabalho e a vulnerabilidade estrutural..... 49
4.3 Machismo estrutural e a naturalização do cuidado..... 52
4.4 Maternidade atípica, ruptura social e limites estruturais..... 57
4.5 A mãe atípica: construção jurídica, social e humana..... 61

5 SAÚDE MENTAL DAS MÃES DE CRIANÇAS COM TEA E A NECESSIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS..... 68

5.1 O direito à saúde e a proteção mental da mãe atípica..... 68
5.2 Lacunas das políticas públicas brasileiras quanto ao cuidado ao cuidador...72
5.3 A necessidade de políticas públicas especificas para mães de crianças com TEA..... 76
5.4 Educação, inclusão escolar e suporte institucional como fator de proteção da saúde mental materna..... 80
5.5 Propostas concretas e direito comparado aplicado..... 84

6. DIREITO COMPARADO E POLÍTICAS DE SUPORTE AO CUIDADOR.....87
6.1 Direito comparado e a centralidade do cuidador nas políticas públicas.....87
6.2 Modelos internacionais de suporte ao cuidador: análise crítica a partir das experiências do Canadá e da Suécia.....89
6.3 Limitações estruturais do modelo brasileiro: uma análise crítica à luz do direito comparado.....91
6.4 Possibilidades de adaptação das experiências ao contexto brasileiro.....94

7. O CUIDADO COMO CATEGORIA CENTRAL PARA A RECONFIGURAÇÃO DO MODELO DE PROTEÇÃO SOCIAL.....97
7.1 Síntese da análise comparada: o cuidado como eixo estruturante das políticas públicas.....97
7.2 A crise da reprodução social e a sobrecarga do cuidado.....99
7.3 O cuidado como problema global: expansão das demandas e fragilidade das estruturas de suporte.....102
7.4 Determinantes sociais e psicossociais do sofrimento das mães atípicas.....104
7.5 Caminhos estruturais para a reorganização do cuidado.....107
7.6 O cuidado como direito humano e dever do Estado.....110

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....***..113***

REFERÊNCIAS.....**116**

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) constitui uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por alterações persistentes na comunicação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, com diferentes níveis de suporte necessários ao longo da vida. Conforme a Organização Mundial da Saúde, o número de diagnósticos vem crescendo nas últimas décadas, fenômeno associado à ampliação dos critérios diagnósticos, maior acesso à informação e aprimoramento dos processos de identificação precoce (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Paralelamente, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais — DSM-5-TR estabelece que o espectro autista demanda intervenções multidisciplinares contínuas, envolvendo terapias comportamentais, acompanhamento médico, suporte educacional e adaptações no ambiente familiar.

O aumento da prevalência do TEA desloca o autismo do campo exclusivamente clínico para a esfera da saúde pública. O cuidado deixa de ser uma questão individual e passa a integrar o conjunto de desafios enfrentados pelos sistemas de saúde e pelas políticas sociais. A complexidade das demandas terapêuticas e a necessidade de acompanhamento prolongado impõem reorganização das redes de atenção, exigindo articulação entre saúde, educação e assistência social. Nesse contexto, o cuidado não se restringe ao indivíduo diagnosticado, mas envolve a família como núcleo central de sustentação cotidiana, evidenciando que o autismo, enquanto condição de longa duração, produz repercussões que extrapolam o sujeito clínico e alcançam a organização social do cuidado.

No Brasil, embora políticas públicas tenham avançado na garantia de direitos às pessoas com deficiência, observa-se que a estruturação de serviços ainda se concentra predominantemente na criança diagnosticada, sem o correspondente reconhecimento do cuidador como sujeito de atenção em saúde mental. Tal cenário revela tensão com o modelo constitucional de proteção à saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos e à promoção do bem-estar (BRASIL, 1988).

A família passa, assim, a ocupar papel central na garantia do cuidado, e, de forma reiterada, a responsabilidade diária recai predominantemente sobre a mãe. Esse

fenômeno não se dá por acaso, mas decorre de uma organização social que historicamente atribui às mulheres o trabalho de cuidado, frequentemente invisível, não remunerado e desprovido de reconhecimento institucional (HIRATA, 2002; SAFFIOTI, 1976).

A literatura aponta que a maternidade de uma criança com TEA implica reorganizações profundas na dinâmica familiar, na vida profissional, na vida social e na saúde emocional dessas mulheres. O cuidado intensivo, contínuo e, muitas vezes, solitário transforma-se em eixo estruturante da vida materna, produzindo sobrecarga física, emocional e psíquica (BENSON, 2010; HAYES; WATSON, 2013). O cotidiano passa a ser organizado em função de terapias, consultas médicas, adaptações escolares e mediação de comportamentos, reduzindo a flexibilidade da rotina e limitando espaços de descanso e autocuidado.

A centralidade da criança no debate sobre o autismo tende a obscurecer o sofrimento materno, naturalizando a ideia de que a mãe deve suportar, adaptar-se e resistir, como se o desgaste emocional fosse parte inerente da maternidade. Essa naturalização não é neutra, mas resulta de construção histórica que associou a mulher ao papel reprodutivo e ao cuidado como destino biológico-social (BADINTER, 1985; FEDERICI, 2017). Assim, quadros de estresse crônico, ansiedade, sintomas depressivos e exaustão emocional tornam-se invisíveis, sendo interpretados como consequência “esperada” da maternidade, e não como expressão de sobrecarga estrutural.

A maternidade atípica, nesse sentido, não se configura apenas como experiência afetiva, mas como condição de cuidado intensificado, atravessada por renúncias pessoais, abandono da carreira profissional, restrição da vida social e responsabilização quase exclusiva pela gestão terapêutica da criança. A mulher assume múltiplos papéis — cuidadora, gestora de tratamentos, mediadora institucional e suporte emocional — configurando cenário de hiper-responsabilização que ultrapassa os limites da parentalidade tradicional.

A perspectiva dos determinantes sociais da saúde permite compreender que o sofrimento psíquico materno não decorre apenas das características do TEA, mas de um arranjo social que individualiza o cuidado e fragiliza a rede de suporte. A literatura em saúde coletiva reconhece que condições de trabalho, renda, gênero, redes de apoio e acesso a serviços influenciam diretamente a saúde mental dos indivíduos (MARMOT, 2008). No caso das mães de crianças com TEA, a redução da inserção profissional, o

isolamento social e a sobreposição de papéis ampliam a vulnerabilidade emocional, evidenciando que o adoecimento psíquico emerge como fenômeno socialmente determinado.

A invisibilidade do cuidador nas políticas de saúde constitui aspecto central desse cenário. Cuidadores familiares assumem funções complexas de acompanhamento e supervisão, frequentemente sem reconhecimento institucional e sem suporte psicossocial adequado. Essa lacuna revela distanciamento entre o reconhecimento formal do direito à saúde e sua efetivação integral, que deveria incluir ações voltadas à promoção do bem-estar psíquico de quem sustenta o cuidado.

Sob a perspectiva da saúde mental, estudos indicam que mães de crianças com TEA apresentam índices significativamente mais elevados de estresse, ansiedade e depressão quando comparadas a mães de crianças neurotípicas (ESTES et al., 2009; HARTLEY et al., 2010). Observa-se ainda a presença de sentimentos de culpa, luto simbólico pelas expectativas idealizadas e insegurança em relação ao futuro do filho, fatores que, quando persistentes, comprometem a qualidade de vida e a funcionalidade social.

Apesar disso, a produção científica ainda privilegia o enfoque clínico da criança, sendo escassas as análises que integrem saúde mental materna, determinantes sociais e responsabilidade estatal na oferta de suporte psicossocial ao cuidador. Essa lacuna evidencia a necessidade de investigação que articule essas dimensões de forma interdisciplinar, integrando direito à saúde, sociologia do cuidado e estudos de gênero.

A relevância desta pesquisa ultrapassa o campo acadêmico, pois envolve implicações diretas para a formulação de políticas públicas. Reconhecer a mãe como sujeito de cuidado, e não apenas como cuidadora, representa avanço na compreensão da integralidade da atenção à saúde. Ignorar o sofrimento materno compromete não apenas o bem-estar dessas mulheres, mas a qualidade do cuidado oferecido às crianças, configurando problema de saúde pública e de justiça social.

Dessa forma, o presente estudo parte do seguinte problema de pesquisa: de que maneira a sobrecarga de cuidado associada à insuficiência de políticas públicas de suporte impacta a saúde mental das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista?

Parte-se da hipótese de que a ausência de políticas públicas estruturadas voltadas ao cuidador configura falha na efetivação do direito fundamental à saúde,

contribuindo para a produção de sofrimento psíquico e para a manutenção de desigualdades estruturais de gênero.

O objetivo geral consiste em analisar a saúde mental dessas mães, considerando os fatores emocionais, sociais e estruturais envolvidos. Como objetivos específicos, pretende-se identificar manifestações de sofrimento psíquico, compreender a experiência subjetiva da maternidade atípica, avaliar a percepção sobre rede de apoio e examinar como a ausência de suporte institucional contribui para o adoecimento emocional.

A dissertação está estruturada da seguinte forma: o primeiro capítulo aborda a saúde mental e o direito à saúde sob a perspectiva das políticas públicas e do dever estatal; o segundo capítulo discute o Transtorno do Espectro Autista e suas demandas de cuidado; o terceiro capítulo analisa a maternidade, as relações de gênero e o cuidado invisível; o quarto capítulo examina as repercussões do cuidado contínuo na saúde mental das mães; o quinto capítulo analisa a insuficiência de políticas públicas voltadas ao cuidador; o sexto capítulo apresenta o direito comparado; e o sétimo capítulo propõe uma síntese crítica sobre o cuidado como eixo estruturante das políticas públicas.

METODOLOGIA

A presente pesquisa insere-se em um campo interdisciplinar, situado na interface entre saúde mental, saúde coletiva, estudos de gênero e políticas públicas. O objeto investigado — a saúde mental de mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) — apresenta natureza complexa, atravessada por dimensões clínicas, sociais, culturais, econômicas e institucionais. Essa complexidade exige abordagem metodológica capaz de articular diferentes níveis de análise, superando reducionismos biomédicos e reconhecendo o sofrimento psíquico como fenômeno socialmente produzido.

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, de caráter teórico-analítico, fundamentada em revisão bibliográfica narrativa. A escolha por abordagem qualitativa decorre da compreensão de que o problema de pesquisa envolve experiências subjetivas, significados sociais e organização estrutural do cuidado, elementos que não podem ser adequadamente apreendidos por métodos quantitativos isoladamente. Conforme destacam Minayo (2014) e Gil (2008), a pesquisa qualitativa permite compreender processos sociais, relações e significados, sendo especialmente adequada para investigações que envolvem fenômenos complexos e multidimensionais, como é o caso da saúde mental em contextos de vulnerabilidade social.

A revisão bibliográfica narrativa foi adotada como estratégia metodológica central por possibilitar a integração de diferentes campos do conhecimento, permitindo a construção de uma análise interpretativa e crítica. Diferentemente das revisões sistemáticas, que se orientam pela mensuração de evidências empíricas específicas, a revisão narrativa favorece a compreensão ampla do fenômeno investigado, sendo especialmente adequada para estudos que envolvem determinantes sociais, relações de gênero e políticas públicas (GIL, 2008).

O objeto do estudo foi delimitado à análise da saúde mental de mães de crianças com TEA, considerando o contexto de sobrecarga de cuidado e a insuficiência de políticas públicas de suporte ao cuidador. Essa delimitação exclui propositalmente investigações clínicas individuais, focando a análise no sofrimento psíquico como processo relacional e social, atravessado por fatores como divisão sexual do trabalho, vulnerabilidade socioeconômica, organização das redes de apoio e acesso a serviços de saúde.

O levantamento bibliográfico foi realizado em bases de dados científicas nacionais e internacionais, incluindo SciELO, PubMed, Google Scholar e Portal de Periódicos CAPES. Foram utilizados descritores em português e inglês, tais como: “Transtorno do Espectro Autista”, “autismo”, “mães”, “cuidadores”, “saúde mental”, “sobrecarga do cuidador”, “parental stress”, “caregiver burden”, “determinantes sociais da saúde”, “gender and care”, “políticas públicas de saúde mental” e “direito à saúde”.

A seleção das obras considerou critérios de relevância temática, reconhecimento acadêmico dos autores, impacto das publicações e relação direta com o problema de pesquisa. Foram priorizados estudos publicados nas últimas duas décadas, período marcado por avanços significativos na compreensão do TEA e dos determinantes sociais da saúde mental, sem prejuízo da inclusão de obras clássicas indispensáveis para a fundamentação teórica, especialmente nos campos dos estudos de gênero, sociologia do cuidado e saúde coletiva.

Além de artigos científicos, foram analisados livros acadêmicos, documentos normativos e diretrizes institucionais, incluindo legislação nacional, políticas públicas de saúde mental, documentos da Organização Mundial da Saúde e tratados internacionais de direitos humanos. Essa escolha justifica-se pela necessidade de articular o sofrimento psíquico materno às responsabilidades institucionais do Estado, ampliando a análise para o campo do direito à saúde e das políticas públicas.

A análise do material foi conduzida a partir de uma perspectiva interpretativa, orientada pela identificação de categorias analíticas recorrentes. Entre as principais categorias destacam-se: sobrecarga do cuidado, estresse crônico, exaustão emocional, invisibilidade do trabalho de cuidado, divisão sexual do trabalho, vulnerabilidade psíquica, isolamento social, lacunas de políticas públicas e responsabilidade estatal. Essas categorias foram construídas a partir do diálogo entre os referenciais teóricos mobilizados e a literatura analisada, permitindo a organização da investigação em eixos temáticos inter-relacionados.

O referencial teórico adotado orienta-se pela compreensão da saúde mental como dimensão indissociável dos determinantes sociais da saúde. Assim, parte-se do pressuposto de que o sofrimento psíquico não se limita a fatores individuais, mas resulta de contextos sociais, culturais e institucionais que moldam as condições de vida. Essa abordagem dialoga com os estudos de gênero, ao reconhecer que o trabalho de cuidado é socialmente atribuído às mulheres, repercutindo na distribuição desigual de responsabilidades e na produção de vulnerabilidade emocional.

Adicionalmente, procedeu-se à análise do arcabouço normativo relativo ao direito à saúde, com fundamento na Constituição Federal de 1988 e na legislação infraconstitucional, com o objetivo de examinar a existência — ou ausência — de dispositivos que contemplem o cuidador familiar como sujeito de atenção em saúde mental. Essa etapa metodológica permitiu articular os achados da literatura científica às responsabilidades institucionais do Estado, reforçando o caráter jurídico da pesquisa.

Optou-se por não realizar pesquisa empírica com participantes, tendo em vista o escopo teórico-analítico da investigação e a finalidade de construir uma análise crítica a partir da produção científica existente. Tal escolha encontra respaldo na literatura metodológica, que reconhece a validade de estudos teóricos para a identificação de lacunas normativas e institucionais (GIL, 2008).

Como toda pesquisa de natureza teórica, o estudo apresenta limitações, especialmente quanto à impossibilidade de generalização empírica dos resultados. Contudo, sua contribuição reside na construção de uma análise integrada e crítica, capaz de subsidiar reflexões acadêmicas e orientar a formulação de políticas públicas voltadas à saúde mental de cuidadoras familiares.

Por fim, destaca-se que a posição da pesquisadora, inserida no campo jurídico e de políticas públicas, favorece a análise das dimensões normativas e institucionais do problema, contribuindo para a articulação entre saúde mental e direito à saúde. Esse posicionamento reforça o caráter interdisciplinar da pesquisa e sua relevância social.

CAPÍTULO 1 — O DIREITO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

1.1 Conceito de saúde

A compreensão do conceito de saúde passou por profundas transformações ao longo do desenvolvimento histórico das ciências médicas e sociais, deixando de ser concebida como mera ausência de doença para assumir caráter amplo, dinâmico e multidimensional. Durante longo período, predominou a perspectiva biomédica, centrada na identificação de patologias e na intervenção curativa, na qual o corpo humano era analisado de forma fragmentada e dissociado de seu contexto social. Tal concepção, embora tenha contribuído para avanços significativos no campo da medicina, revelou-se insuficiente para explicar a complexidade dos processos de adoecimento e bem-estar, especialmente diante da influência de fatores sociais, econômicos e culturais.

Nesse contexto, a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde constitui marco paradigmático ao estabelecer que a saúde consiste em um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de enfermidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Essa formulação rompe com a lógica exclusivamente biológica e inaugura uma perspectiva que reconhece a saúde como fenômeno multidimensional, diretamente relacionado às condições concretas de vida. Ao incluir expressamente a dimensão da saúde mental, a definição reforça a indissociabilidade entre corpo, mente e ambiente social, ampliando o campo de análise para além da doença.

A partir dessa concepção ampliada, a saúde passa a ser compreendida como fenômeno socialmente produzido, cuja construção depende de fatores estruturais que transcendem a esfera individual. Conforme destaca Marmot (2008), as desigualdades sociais influenciam diretamente os níveis de saúde e doença, evidenciando que indivíduos inseridos em contextos de maior vulnerabilidade apresentam maiores riscos de adoecimento. Nesse sentido, o bem-estar não pode ser atribuído exclusivamente a escolhas individuais, mas deve ser analisado à luz das condições sociais que moldam a vida cotidiana.

Além disso, o suporte social desempenha papel fundamental na promoção da saúde, especialmente no que se refere ao enfrentamento de situações adversas.

Segundo Cohen (2004), as relações sociais atuam como fator protetivo, contribuindo para a redução do estresse e para a manutenção do equilíbrio emocional. Na mesma linha, Cobb (1976) aponta que o suporte social influencia diretamente a percepção de segurança e pertencimento, elementos essenciais para o bem-estar. A ausência dessas redes, por sua vez, pode intensificar processos de vulnerabilidade, evidenciando que a saúde não se constrói de forma isolada, mas em interação com o meio social.

A compreensão da saúde como fenômeno multidimensional implica, ainda, reconhecer sua natureza dinâmica. O estado de saúde não é fixo, mas resultado de interações contínuas entre fatores biológicos, psicológicos e sociais ao longo do tempo. Situações de estresse prolongado, sobrecarga e ausência de suporte podem comprometer esse equilíbrio, mesmo na ausência de doença orgânica diagnosticada, demonstrando que o adoecimento pode se manifestar de forma complexa e gradual.

Nesse sentido, a ampliação do conceito de saúde revela-se especialmente relevante em contextos nos quais o cuidado assume caráter intensivo e prolongado. Em situações de alta demanda de cuidado, a saúde dos indivíduos envolvidos passa a ser diretamente influenciada pelas condições em que esse cuidado é exercido. A sobrecarga emocional, a restrição da vida social e a insuficiência de apoio institucional configuram elementos que impactam o bem-estar, evidenciando que a saúde deve ser compreendida de forma relacional.

Ademais, a análise da saúde em sua dimensão ampliada permite compreender que sua promoção depende da atuação do Estado por meio de políticas públicas estruturadas. Como observa Esping-Andersen (1990), a organização das políticas sociais exerce papel central na redução das desigualdades e na promoção de melhores condições de vida. Assim, a saúde não pode ser tratada como responsabilidade exclusivamente individual, devendo ser entendida como resultado de um arranjo social que envolve Estado, sociedade e condições de vida.

Dessa forma, o conceito contemporâneo de saúde afasta-se de abordagens reducionistas e individualizantes, reconhecendo a interdependência entre indivíduo, sociedade e Estado. A promoção do bem-estar exige não apenas intervenções clínicas, mas também a construção de políticas públicas capazes de enfrentar desigualdades, garantir acesso a serviços e fortalecer redes de apoio social. Trata-se, portanto, de conceito que transcende a dimensão biológica e se insere no campo das relações sociais, sendo essencial para a compreensão das dinâmicas de cuidado e das

vulnerabilidades associadas a contextos específicos.

Essa perspectiva ampliada constitui base fundamental para a presente pesquisa, na medida em que permite compreender que a saúde não se limita ao indivíduo diagnosticado, mas alcança também aqueles que participam do processo de cuidado. A partir dessa compreensão, torna-se possível avançar para a análise do direito à saúde como direito fundamental, cuja efetivação exige atuação estatal e políticas públicas estruturadas.

1.2 Direito fundamental à saúde

O reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental representa uma das mais relevantes conquistas do constitucionalismo social contemporâneo, ao deslocar a saúde do campo meramente assistencial para o âmbito dos direitos garantidos pelo Estado. No ordenamento jurídico brasileiro, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece, de forma expressa, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Essa previsão constitucional confere ao direito à saúde natureza jurídica de direito fundamental social, inserindo-o no rol de direitos que exigem prestações positivas do Estado. Não se trata, portanto, de direito meramente declaratório, mas de direito que demanda atuação concreta, planejamento institucional e implementação de políticas públicas capazes de atender às necessidades da população. Nesse sentido, a efetividade do direito à saúde está diretamente vinculada à capacidade estatal de organizar e financiar sistemas de atenção que garantam acesso equitativo aos serviços.

Além disso, o direito à saúde encontra-se intrinsecamente relacionado ao princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado Democrático de Direito. A dignidade pressupõe a garantia de condições mínimas para uma existência digna, o que inclui não apenas a ausência de enfermidades, mas o acesso a serviços de saúde, condições adequadas de vida e bem-estar físico e psíquico. Assim, a proteção à saúde não pode ser compreendida de forma restritiva, devendo abranger todos os elementos necessários à promoção da qualidade de vida.

No plano internacional, o direito à saúde também se apresenta como direito

humano fundamental. O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reconhece o direito de toda pessoa ao mais elevado nível possível de saúde física e mental, impondo aos Estados o dever de adotar medidas para sua realização progressiva (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966). O Comentário Geral nº 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reforça essa compreensão ao estabelecer que o direito à saúde envolve não apenas serviços médicos, mas também determinantes subjacentes, como saneamento, alimentação, moradia e condições de trabalho (CESCR, 2000).

A natureza progressiva do direito à saúde impõe ao Estado o dever de constante aprimoramento das políticas públicas, vedando retrocessos que comprometam o nível de proteção já alcançado. Nesse contexto, a atuação estatal deve ser orientada não apenas pela expansão do acesso aos serviços, mas também pela melhoria da qualidade do atendimento e pela redução das desigualdades sociais que impactam o acesso à saúde.

A literatura sobre políticas sociais evidencia que a efetividade dos direitos fundamentais está diretamente relacionada à estrutura do Estado de bem-estar. Conforme observa Esping-Andersen (1990), a forma como o Estado organiza suas políticas públicas influencia significativamente as condições de vida da população, podendo reduzir ou aprofundar desigualdades. Assim, o direito à saúde não pode ser analisado de forma isolada, mas inserido em um conjunto mais amplo de políticas sociais que garantem proteção e suporte aos indivíduos.

No contexto brasileiro, a efetivação do direito à saúde enfrenta desafios estruturais, especialmente no que se refere à desigualdade social e à insuficiência de recursos. Como destaca Yazbek (2001), a pobreza e a exclusão social constituem fatores determinantes na produção de vulnerabilidades, impactando diretamente o acesso a direitos e serviços. Nesse cenário, a garantia do direito à saúde exige políticas públicas que considerem as diferentes realidades sociais, adotando medidas capazes de reduzir desigualdades e promover maior equidade.

Ademais, o direito à saúde deve ser compreendido à luz do conceito de mínimo existencial, segundo o qual o Estado deve assegurar condições básicas indispensáveis à sobrevivência digna. A saúde integra esse núcleo essencial, não podendo ser negligenciada sem comprometer a própria dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, a ausência ou insuficiência de políticas públicas configura violação de direito fundamental, evidenciando a responsabilidade estatal na promoção do bem-estar.

Outro aspecto relevante refere-se à dimensão preventiva do direito à saúde. A Constituição não se limita a garantir o tratamento de doenças, mas impõe ao Estado o dever de atuar na prevenção de agravos e na promoção da saúde. Essa perspectiva amplia o alcance do direito, exigindo políticas que atuem sobre os determinantes sociais e reduzam fatores de risco associados ao adoecimento.

Dessa forma, o direito fundamental à saúde deve ser compreendido como direito complexo, que envolve múltiplas dimensões e exige atuação integrada do Estado. Sua efetivação depende da articulação entre políticas públicas, organização institucional e enfrentamento das desigualdades sociais, evidenciando que a saúde constitui elemento central para a realização da dignidade humana.

A partir dessa compreensão, torna-se possível avançar para a análise do Sistema Único de Saúde como principal instrumento de concretização desse direito no Brasil, bem como para a compreensão das políticas públicas que estruturam a atuação estatal no campo da saúde.

1.3 Sistema Único de Saúde (SUS)

A concretização do direito fundamental à saúde no Brasil ocorre, primordialmente, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 1990). O SUS representa um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo estruturado com base em princípios que visam assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Entre esses princípios, destacam-se a universalidade, a integralidade e a equidade, que constituem pilares fundamentais para a compreensão do modelo brasileiro de atenção à saúde. A universalidade garante que todos os indivíduos, independentemente de sua condição social, econômica ou geográfica, tenham direito de acesso aos serviços de saúde. Trata-se de princípio que rompe com a lógica excludente de sistemas baseados na capacidade contributiva, afirmando a saúde como direito de cidadania.

A integralidade, por sua vez, implica a oferta de ações que contemplem todas as dimensões do cuidado, incluindo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Esse princípio exige que o sistema de saúde considere o indivíduo em sua totalidade, reconhecendo a complexidade das necessidades humanas e evitando abordagens fragmentadas. Como destacam Paim e Silva (2010), a integralidade pressupõe a articulação entre diferentes níveis de atenção e a construção de práticas que integrem saberes e ações, promovendo um cuidado mais abrangente e efetivo.

Já a equidade orienta a adoção de medidas diferenciadas para reduzir desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Ao reconhecer que indivíduos em situações desiguais necessitam de tratamento diferenciado, esse princípio busca promover justiça social, direcionando maior atenção a grupos em condição de vulnerabilidade. Nesse sentido, a equidade se apresenta como instrumento essencial para enfrentar as desigualdades estruturais que impactam a saúde da população.

A organização do SUS reflete, portanto, uma concepção ampliada de saúde, que vai além da assistência médica e incorpora ações voltadas à melhoria das condições de vida. Como observa Yazbek (2001), a saúde deve ser analisada em articulação com as políticas sociais, uma vez que fatores como pobreza, exclusão social e desigualdade influenciam diretamente o acesso a direitos e serviços. Nesse contexto, o SUS assume papel relevante na promoção da justiça social, ao buscar reduzir desigualdades e garantir maior equidade no acesso à saúde.

Entretanto, apesar de sua relevância, o SUS enfrenta desafios estruturais que comprometem a plena efetivação de seus princípios. A insuficiência de recursos, a desigualdade regional na oferta de serviços e a sobrecarga do sistema impactam a qualidade do atendimento e dificultam o acesso da população. Esses desafios evidenciam que a existência de um sistema público universal não garante, por si só, a efetividade do direito à saúde, sendo necessária a constante revisão e aprimoramento das políticas públicas.

Além disso, a organização do sistema de saúde ainda apresenta limitações no que se refere ao reconhecimento de demandas específicas, especialmente em contextos que envolvem cuidado contínuo e prolongado. A estrutura dos serviços, muitas vezes, concentra-se no atendimento do indivíduo diagnosticado, sem considerar de forma adequada as necessidades daqueles que participam do processo de cuidado. Essa limitação revela a necessidade de ampliação do olhar institucional, de modo a incluir o cuidador como parte integrante da rede de atenção à saúde.

A análise do SUS também deve considerar sua inserção no modelo de proteção social adotado pelo Estado brasileiro. Conforme destaca Esping-Andersen

(1990), a forma como os sistemas de proteção social são organizados influencia diretamente as condições de vida da população, podendo reduzir ou ampliar desigualdades. Nesse sentido, o SUS desempenha papel estratégico na garantia de direitos, sendo instrumento fundamental para a promoção da equidade e da inclusão social.

Dessa forma, o Sistema Único de Saúde constitui elemento central na concretização do direito à saúde no Brasil, ao estabelecer diretrizes que orientam a organização dos serviços e a atuação estatal. No entanto, sua efetividade depende da superação de desafios estruturais e da ampliação das políticas públicas, especialmente no que se refere ao reconhecimento de demandas complexas e à integração entre diferentes áreas de atenção.

A partir dessa compreensão, torna-se necessário avançar para a análise das políticas públicas de saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, considerando não apenas a estrutura do sistema, mas também sua capacidade de responder às necessidades sociais de forma efetiva.

1.4 Políticas públicas de saúde e dever do Estado

A efetivação do direito fundamental à saúde depende diretamente da formulação e implementação de políticas públicas capazes de garantir acesso universal, igualitário e contínuo às ações e serviços de saúde. Nesse contexto, o Estado assume papel central na organização do sistema de saúde, sendo responsável por estruturar programas, serviços e estratégias voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

A Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas, evidenciando que a atuação estatal não se limita à oferta de serviços médicos, mas envolve a criação de condições estruturais que possibilitem a redução de riscos e a promoção do bem-estar (BRASIL, 1988). Trata-se, portanto, de dever estatal que ultrapassa a dimensão assistencial, exigindo atuação integrada e intersetorial.

Nesse sentido, as políticas públicas de saúde devem ser compreendidas como instrumentos fundamentais para a concretização dos direitos sociais, na medida em que operacionalizam as garantias previstas no plano normativo. A literatura sobre Estado de bem-estar social demonstra que a proteção social está diretamente

relacionada à forma como o Estado organiza suas políticas públicas, podendo contribuir para a redução das desigualdades ou, ao contrário, para sua reprodução (ESPING-ANDERSEN, 1990).

No contexto brasileiro, a implementação de políticas públicas de saúde enfrenta desafios estruturais significativos, especialmente no que se refere à desigualdade social e à insuficiência de recursos. Como destaca Yazbek (2001), a pobreza e a exclusão social constituem fatores determinantes na produção de vulnerabilidades, impactando diretamente o acesso a direitos e serviços. Nesse cenário, a atuação estatal deve ser orientada pela equidade, reconhecendo que diferentes grupos demandam níveis diferenciados de atenção e suporte.

Entretanto, a existência de políticas públicas não garante, por si só, a efetividade do direito à saúde. A concretização desse direito depende da capacidade do Estado de formular e implementar políticas que sejam não apenas formalmente adequadas, mas efetivamente capazes de atender às necessidades da população. A fragmentação das políticas, a desarticulação entre diferentes áreas e a ausência de planejamento integrado constituem obstáculos que comprometem a eficiência do sistema e a qualidade do atendimento.

Além disso, observa-se que determinadas demandas sociais permanecem invisibilizadas no âmbito das políticas públicas de saúde. A estrutura dos serviços, muitas vezes, concentra-se no atendimento de condições clínicas específicas, sem considerar de forma adequada os contextos sociais e familiares em que o cuidado é exercido. Essa limitação revela a persistência de uma lógica individualizante, que desconsidera a dimensão relacional do cuidado e transfere para o âmbito privado responsabilidades que deveriam ser compartilhadas com o Estado.

Essa dinâmica torna-se ainda mais evidente em situações que envolvem cuidado contínuo e prolongado, nas quais o suporte institucional mostra-se insuficiente para atender às demandas existentes. A ausência de políticas públicas voltadas ao cuidado do cuidador evidencia lacuna significativa na atuação estatal, na medida em que ignora os impactos psicossociais decorrentes da sobrecarga de cuidado. Tal omissão não pode ser compreendida como neutra, mas como reflexo de um modelo que naturaliza a transferência do cuidado para a esfera privada.

A análise das políticas públicas de saúde também deve considerar sua dimensão preventiva. A Constituição Federal não se limita a garantir o tratamento de doenças já instaladas, mas impõe ao Estado o dever de atuar na prevenção de agravos

e na promoção da saúde. Nesse sentido, a ausência de políticas voltadas à prevenção do sofrimento psíquico em contextos de sobrecarga representa insuficiência na concretização do direito à saúde em sua dimensão mais ampla.

Ademais, o conceito de mínimo existencial reforça a necessidade de atuação estatal, ao estabelecer que o Estado deve assegurar condições básicas indispensáveis à sobrevivência digna. A saúde integra esse núcleo essencial, não podendo ser negligenciada sem comprometer a dignidade da pessoa humana. A insuficiência de políticas públicas voltadas a grupos em situação de vulnerabilidade revela, portanto, tensão entre o reconhecimento formal do direito e sua efetivação material.

Dessa forma, as políticas públicas de saúde constituem elemento central na concretização do direito fundamental à saúde, exigindo atuação estatal contínua, estruturada e orientada pela redução das desigualdades. A efetividade desse direito depende da capacidade do Estado de reconhecer demandas específicas e de formular respostas adequadas às complexidades sociais contemporâneas.

Nesse contexto, torna-se imprescindível avançar para a análise da saúde mental, enquanto dimensão essencial do direito à saúde, especialmente em situações marcadas por elevada carga de cuidado e vulnerabilidade social. É a partir dessa perspectiva que o próximo capítulo se dedica a examinar a saúde mental sob a ótica dos determinantes sociais e das políticas públicas.

CAPÍTULO 2 — SAÚDE MENTAL E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS

2.1 Conceito de saúde mental

A compreensão da saúde mental sofreu importante ampliação teórica ao longo do tempo, acompanhando a própria transformação do conceito de saúde. Durante muito tempo, predominou uma leitura restrita, vinculada quase exclusivamente à ausência de transtornos mentais diagnosticáveis. Nessa perspectiva, a saúde mental era frequentemente tratada de modo residual, subordinada à lógica biomédica e centrada na patologia. Contudo, tal compreensão mostrou-se insuficiente para explicar a complexidade do sofrimento psíquico e sua relação com as condições concretas de vida dos indivíduos.

A definição da Organização Mundial da Saúde representa marco relevante nesse deslocamento conceitual, ao compreender a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Ainda que essa formulação seja alvo de críticas por seu caráter idealizado, ela foi fundamental para afirmar que a saúde mental não constitui dimensão secundária, mas componente essencial da experiência humana e da própria noção de saúde. A partir dessa ampliação, tornou-se possível compreender que o bem-estar psíquico depende de fatores que extrapolam o âmbito clínico e alcançam as condições sociais, econômicas e relacionais em que a vida se desenvolve.

Nessa linha, a saúde mental não pode ser reduzida à inexistência de diagnóstico psiquiátrico, devendo ser entendida como condição dinâmica de equilíbrio, permeada pela capacidade do indivíduo de lidar com tensões, manter vínculos, exercer papéis sociais e construir sentido em sua experiência cotidiana. Trata-se, portanto, de categoria que envolve não apenas estabilidade emocional, mas também possibilidades reais de existência digna. Conforme demonstram Cohen (2004) e Cobb (1976), as relações sociais e o suporte social possuem papel central na preservação do bem-estar psíquico, atuando como fatores de proteção diante de situações adversas. A existência de vínculos significativos, redes de apoio e experiências de pertencimento tende a reduzir os impactos do estresse e a favorecer melhores condições de enfrentamento das dificuldades cotidianas.

Por outro lado, a ausência dessas redes pode intensificar processos de sofrimento psíquico. O isolamento social, a sobrecarga emocional, a insegurança econômica e a falta de reconhecimento social configuram elementos que fragilizam a saúde mental e ampliam a vulnerabilidade dos sujeitos. Nesse sentido, a literatura contemporânea reforça que o sofrimento psíquico não decorre apenas de predisposições individuais, mas de um conjunto de fatores estruturais que moldam a vida cotidiana. Como destaca Marmot (2008), as desigualdades sociais produzem efeitos diretos sobre a saúde, inclusive sobre a saúde mental, evidenciando que grupos expostos a contextos de maior precariedade apresentam maior risco de adoecimento emocional.

Essa perspectiva é especialmente importante para pesquisas que analisam situações de cuidado intensivo e prolongado. Em contextos marcados por alta exigência emocional, responsabilidade contínua e restrição de redes de suporte, a saúde mental tende a ser profundamente impactada. Isso demonstra que o sofrimento psíquico não deve ser compreendido como fragilidade individual, mas como fenômeno relacional e socialmente condicionado. A saúde mental passa, assim, a ser vista não apenas como questão clínica, mas como tema de interesse público, vinculado às condições de vida e às respostas institucionais oferecidas pelo Estado e pela sociedade.

Sob essa ótica, a proteção da saúde mental exige mais do que tratamento especializado para transtornos já instalados. Exige também políticas públicas de prevenção, promoção de bem-estar, fortalecimento de vínculos e redução de desigualdades. A própria noção de bem-estar psíquico demanda a presença de condições objetivas que permitam ao sujeito viver com dignidade, segurança e suporte. Por essa razão, a saúde mental deve ser compreendida como dimensão essencial do direito à saúde, cuja efetivação depende de uma leitura ampliada e socialmente comprometida.

Dessa forma, o conceito contemporâneo de saúde mental afasta-se de abordagens individualizantes e patologizantes, reconhecendo a influência decisiva do meio social, das relações humanas e das políticas públicas sobre o equilíbrio psíquico. Essa compreensão é fundamental para a presente pesquisa, pois permite analisar o sofrimento mental não como dado privado ou exclusivamente clínico, mas como experiência situada, produzida e agravada em determinados contextos de vida. A partir dessa base teórica, torna-se possível avançar para o exame dos determinantes sociais

da saúde mental, eixo central para a compreensão da vulnerabilidade vivenciada por mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista.

2.2 Determinantes sociais da saúde mental

A compreensão contemporânea da saúde mental exige a superação de abordagens exclusivamente biomédicas, incorporando a análise dos determinantes sociais que influenciam diretamente o bem-estar psíquico dos indivíduos. Nessa perspectiva, o sofrimento mental deixa de ser compreendido como fenômeno isolado ou puramente individual, passando a ser interpretado como resultado de condições sociais, econômicas e culturais que estruturam a vida cotidiana.

O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) constitui importante referencial teórico para a análise dos determinantes sociais da saúde, ao evidenciar que fatores individuais estão inseridos em camadas mais amplas de influência, que incluem condições de vida, trabalho, renda, educação, ambiente social e acesso a serviços. Essa abordagem demonstra que a saúde mental não pode ser dissociada do contexto social, sendo diretamente impactada pelas desigualdades estruturais que atravessam a sociedade.

Nesse sentido, Marmot (2008) destaca que as desigualdades sociais constituem um dos principais fatores explicativos das diferenças em saúde, incluindo a saúde mental. Para o autor, as chamadas “causas das causas” do adoecimento estão nas condições sociais que moldam a vida dos indivíduos, como pobreza, insegurança econômica, exclusão social e precariedade das relações de trabalho. Tais fatores produzem ambientes de vulnerabilidade que favorecem o desenvolvimento de transtornos mentais, como ansiedade e depressão, evidenciando que o sofrimento psíquico é, em grande medida, socialmente determinado.

Além das condições materiais de vida, o suporte social assume papel central como determinante da saúde mental. Conforme demonstram Cohen (2004) e Cobb (1976), a presença de redes de apoio — familiares, comunitárias e institucionais — atua como fator protetivo, contribuindo para a redução do estresse e para o fortalecimento das estratégias de enfrentamento. A ausência dessas redes, por outro lado, intensifica a vulnerabilidade emocional, especialmente em contextos marcados por sobrecarga e isolamento.

Outro elemento fundamental na análise dos determinantes sociais da saúde

mental refere-se à dimensão de gênero. A literatura aponta que mulheres estão mais expostas a fatores de risco psicossociais, em razão da desigual distribuição das responsabilidades de cuidado e da persistência da divisão sexual do trabalho. Como analisam Hirata (2002) e Federici (2017), o trabalho de cuidado é historicamente atribuído às mulheres, sendo frequentemente realizado de forma não remunerada e invisibilizada. Essa configuração social contribui para a sobrecarga feminina, impactando diretamente sua saúde mental e restringindo sua autonomia econômica e social.

A partir dessa perspectiva, torna-se possível compreender que a saúde mental não é apenas reflexo de condições individuais, mas expressão de um arranjo social que distribui de forma desigual recursos, oportunidades e responsabilidades. A vulnerabilidade psíquica emerge, portanto, como fenômeno relacional, produzido na intersecção entre desigualdades sociais, ausência de suporte e exigências cotidianas.

No contexto das políticas públicas, essa abordagem implica reconhecer que a promoção da saúde mental exige intervenções que ultrapassem o âmbito clínico. Como enfatiza Marmot (2008), a redução das desigualdades sociais constitui elemento central para a melhoria das condições de saúde, incluindo a saúde mental. Nesse sentido, políticas públicas voltadas à renda, educação, trabalho e proteção social desempenham papel fundamental na prevenção do sofrimento psíquico.

Além disso, a literatura evidencia que contextos de cuidado contínuo e prolongado intensificam os efeitos dos determinantes sociais sobre a saúde mental. Situações em que há elevada demanda emocional, responsabilidade constante e limitação de redes de apoio tendem a produzir maior vulnerabilidade psíquica. Nesses casos, a ausência de suporte institucional agrava o impacto das condições sociais, evidenciando a necessidade de políticas públicas específicas.

Dessa forma, a análise dos determinantes sociais da saúde mental permite compreender que o sofrimento psíquico não deve ser tratado como questão privada ou exclusivamente individual. Trata-se de fenômeno que demanda respostas estruturais, capazes de enfrentar desigualdades, fortalecer redes de apoio e reduzir a sobrecarga associada a determinados contextos de vida.

Essa compreensão é fundamental para a presente pesquisa, pois possibilita situar a saúde mental das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista no campo das relações sociais e das políticas públicas. Ao reconhecer que o sofrimento psíquico é socialmente produzido, torna-se possível avançar para a análise das

políticas públicas de saúde mental e das lacunas existentes na proteção de grupos específicos, especialmente aqueles envolvidos em contextos de cuidado intensivo.

2.3 Políticas públicas de saúde mental

A consolidação das políticas públicas de saúde mental no Brasil está diretamente vinculada ao processo de redemocratização e à construção do Sistema Único de Saúde, que incorporou uma concepção ampliada de saúde e reconheceu a necessidade de transformação do modelo assistencial até então vigente. Historicamente, o cuidado em saúde mental esteve marcado por práticas excludentes e institucionalizantes, centradas na internação e no isolamento dos indivíduos diagnosticados com transtornos mentais. Esse modelo, baseado na lógica hospitalocêntrica, desconsiderava as dimensões sociais do sofrimento psíquico e produzia graves violações de direitos.

A partir da Reforma Psiquiátrica, inicia-se um movimento de ruptura com esse paradigma, orientado pela valorização do cuidado em liberdade, pela inserção comunitária e pela garantia de direitos das pessoas em sofrimento mental. Esse processo culmina na promulgação da Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). A lei representa marco normativo relevante ao afirmar a necessidade de tratamento digno e ao priorizar estratégias de cuidado fora do ambiente hospitalar.

Nesse contexto, a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) busca estruturar um conjunto articulado de serviços voltados à promoção, prevenção e cuidado em saúde mental, integrando diferentes níveis de atenção e áreas de atuação. A proposta de atuação em rede evidencia a necessidade de abordagem interdisciplinar e intersetorial, reconhecendo que o sofrimento psíquico não pode ser tratado de forma isolada, mas deve ser compreendido em sua relação com o território, a família e as condições sociais.

Entretanto, apesar dos avanços institucionais, observa-se que as políticas públicas de saúde mental ainda enfrentam limitações significativas no que se refere à sua efetividade. A fragmentação dos serviços, a insuficiência de recursos e a desigualdade na distribuição territorial das estruturas de atendimento comprometem a capacidade do sistema de oferecer cuidado integral. Essas limitações evidenciam a

distância entre o reconhecimento normativo do direito à saúde mental e sua concretização na prática.

Além disso, a organização das políticas públicas de saúde mental ainda se concentra predominantemente no indivíduo diagnosticado, reproduzindo, em certa medida, uma lógica centrada na doença. Tal enfoque desconsidera os contextos sociais e familiares em que o sofrimento psíquico se insere, bem como os impactos produzidos sobre aqueles que participam do processo de cuidado. Essa lacuna revela uma limitação estrutural do modelo, que não contempla de forma adequada a dimensão relacional da saúde mental.

A literatura sobre proteção social aponta que a efetividade das políticas públicas depende da forma como o Estado organiza suas estratégias de intervenção. Conforme destaca Esping-Andersen (1990), modelos de proteção social mais estruturados tendem a oferecer maior suporte aos indivíduos, reduzindo vulnerabilidades e promovendo melhores condições de vida. No entanto, quando há insuficiência de políticas públicas ou ausência de integração entre os serviços, observa-se a transferência de responsabilidades para o âmbito privado, especialmente para a família.

Nesse cenário, a ausência de políticas públicas voltadas ao suporte do cuidado constitui aspecto relevante a ser considerado. Situações que envolvem cuidado contínuo e prolongado demandam não apenas atenção ao indivíduo em sofrimento, mas também suporte àqueles que assumem a responsabilidade pelo cuidado. A inexistência de estratégias institucionais voltadas a esses sujeitos evidencia uma lacuna importante na política de saúde mental, que tende a invisibilizar o impacto psicossocial do cuidado.

Essa invisibilidade está diretamente relacionada à forma como o cuidado é socialmente organizado. Como apontam Hirata (2002) e Federici (2017), o trabalho de cuidado é historicamente atribuído às mulheres, sendo frequentemente naturalizado e desprovido de reconhecimento institucional. Nesse contexto, a ausência de políticas públicas específicas contribui para a intensificação da sobrecarga feminina, impactando diretamente a saúde mental dessas mulheres.

Dessa forma, a análise das políticas públicas de saúde mental revela que, embora haja avanços normativos e institucionais, persistem lacunas significativas na proteção de grupos em situação de vulnerabilidade, especialmente aqueles inseridos em contextos de cuidado intensivo. A ausência de suporte institucional adequado não

apenas compromete o bem-estar dos cuidadores, mas também evidencia a necessidade de ampliação das políticas públicas, de modo a contemplar a complexidade das demandas sociais contemporâneas.

Assim, a saúde mental deve ser compreendida como campo que exige atuação estatal contínua, integrada e orientada pela promoção do bem-estar coletivo. A efetividade das políticas públicas depende da capacidade do Estado de reconhecer demandas específicas e de formular respostas que ultrapassem a lógica individualizante, incorporando a dimensão social e relacional do cuidado.

A partir dessa compreensão, torna-se possível avançar para a análise da vulnerabilidade e do cuidado como elementos centrais na produção do sofrimento psíquico, especialmente em contextos marcados por elevada carga de responsabilidade e ausência de suporte institucional.

2.4 Vulnerabilidade, cuidado e saúde mental

A análise da saúde mental em contextos de vulnerabilidade exige a compreensão das relações entre desigualdade social, organização do cuidado e distribuição de responsabilidades no âmbito familiar e institucional. A vulnerabilidade, nesse sentido, não deve ser entendida como condição inerente ao indivíduo, mas como resultado de processos sociais que limitam o acesso a recursos, oportunidades e redes de apoio, produzindo contextos de maior exposição ao sofrimento psíquico.

No campo da saúde coletiva, a vulnerabilidade é frequentemente associada à intersecção de fatores sociais, econômicos e culturais que impactam a capacidade dos indivíduos de enfrentar situações adversas. Conforme destaca Marmot (2008), as desigualdades sociais produzem ambientes de maior risco para o adoecimento, incluindo o sofrimento mental, evidenciando que a exposição a contextos de precariedade, insegurança e exclusão intensifica a fragilidade psíquica.

Nesse cenário, o cuidado emerge como elemento central para a compreensão da saúde mental, especialmente em contextos nos quais há demanda contínua de atenção e suporte. O cuidado, entretanto, não se distribui de forma igualitária na sociedade. A literatura aponta que a organização social do cuidado é marcada por forte desigualdade de gênero, sendo historicamente atribuído às mulheres o papel de cuidadoras principais (HIRATA, 2002; FEDERICI, 2017). Essa atribuição não decorre de predisposição natural, mas de construção social que associa o feminino à

responsabilidade pelo cuidado.

A divisão sexual do trabalho, ao concentrar nas mulheres as atividades de cuidado, produz efeitos diretos sobre sua saúde mental. A sobrecarga decorrente da acumulação de funções — cuidado, trabalho doméstico e, muitas vezes, atividade profissional — limita o tempo disponível para descanso, lazer e autocuidado, contribuindo para o desenvolvimento de quadros de estresse, ansiedade e exaustão emocional. Nesse sentido, o sofrimento psíquico feminino deve ser compreendido como expressão de um arranjo social que distribui de forma desigual as responsabilidades do cuidado.

Além disso, o cuidado realizado no âmbito familiar tende a ser invisibilizado e desprovido de reconhecimento institucional. Como destacam Federici (2017) e Picchio (1992), o trabalho reprodutivo, que inclui o cuidado, é frequentemente naturalizado e excluído das análises econômicas e políticas, o que contribui para sua desvalorização. Essa invisibilidade reforça a ideia de que o cuidado é responsabilidade privada, afastando-o do campo das políticas públicas e limitando a atuação do Estado.

A ausência de suporte institucional adequado intensifica os efeitos dessa sobrecarga, especialmente em situações que exigem cuidado contínuo e prolongado. Quando o Estado não oferece serviços suficientes ou políticas públicas específicas, a responsabilidade pelo cuidado é transferida para a família, recaindo, na maioria das vezes, sobre a figura materna. Essa dinâmica evidencia a intersecção entre vulnerabilidade social, gênero e organização das políticas públicas.

Sob essa perspectiva, o sofrimento psíquico não pode ser compreendido apenas como resposta individual a situações difíceis, mas como resultado de um contexto estrutural que impõe exigências desproporcionais a determinados grupos. A saúde mental, portanto, deve ser analisada em sua dimensão relacional, considerando não apenas o indivíduo, mas também as condições em que o cuidado é exercido.

Ademais, a literatura sobre suporte social reforça que a presença de redes de apoio constitui elemento fundamental para a proteção da saúde mental. Conforme demonstram Cohen (2004) e Cobb (1976), o suporte social contribui para a redução do estresse e para o fortalecimento das estratégias de enfrentamento, funcionando como fator de proteção diante de situações de sobrecarga. A ausência dessas redes, por outro lado, intensifica o isolamento e a vulnerabilidade emocional.

Dessa forma, a análise da vulnerabilidade e do cuidado evidencia que a saúde mental depende não apenas de fatores individuais, mas de um conjunto de condições

sociais e institucionais que estruturam o cotidiano. A ausência de políticas públicas voltadas ao suporte do cuidado revela lacuna significativa na proteção social, na medida em que ignora os impactos psicossociais decorrentes da sobrecarga.

Essa compreensão é fundamental para a presente pesquisa, pois permite situar o sofrimento psíquico no campo das relações sociais e das políticas públicas, afastando abordagens individualizantes. Ao reconhecer que a saúde mental é influenciada pela forma como o cuidado é organizado, torna-se possível avançar para a análise de contextos específicos em que essa sobrecarga se intensifica.

Nesse sentido, destaca-se o Transtorno do Espectro Autista como condição que demanda cuidado contínuo, reorganização da dinâmica familiar e elevada carga emocional, impactando diretamente a saúde mental dos cuidadores. A partir dessa perspectiva, o próximo capítulo se dedica à análise do TEA e de suas implicações no contexto familiar e social.

CAPÍTULO 3 — O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E AS DEMANDAS DE CUIDADO

3.1 Conceito de Transtorno do Espectro Autista

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é compreendido, na contemporaneidade, como uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por alterações persistentes na comunicação social e por padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Essas manifestações estão presentes desde a infância e impactam, em diferentes graus, o funcionamento cotidiano do indivíduo, exigindo níveis variados de suporte ao longo da vida.

A noção de espectro constitui elemento central para a compreensão do autismo, na medida em que evidencia a heterogeneidade de suas manifestações. Não se trata de uma condição uniforme, mas de um conjunto de características que se expressam de maneira singular em cada indivíduo. Essa variabilidade desafia classificações rígidas e exige abordagens que considerem as especificidades de cada caso, afastando generalizações simplificadoras (CASTRO, 2025).

Nessa perspectiva, Castro (2025) propõe uma leitura ampliada do autismo, destacando a importância de uma compreensão que não se limite à descrição de sintomas, mas que também considere acolhimento, singularidade e contexto relacional. Tal abordagem contribui para afastar visões reducionistas e patologizantes, permitindo compreender o TEA de forma mais humana e integrada.

Essa perspectiva dialoga com a literatura que compreende o autismo como condição complexa, cuja análise não pode se restringir ao plano clínico. O reconhecimento da singularidade do indivíduo autista é fundamental para a construção de estratégias de cuidado mais adequadas, bem como para a promoção de práticas inclusivas e respeitosas (CASTRO, 2025).

Além disso, a compreensão do TEA como condição do neurodesenvolvimento permite afastar interpretações estigmatizantes que historicamente associaram o autismo a falhas parentais ou a concepções moralizantes do desenvolvimento infantil. Ao contrário, os estudos contemporâneos apontam para a necessidade de abordagens baseadas em evidências científicas e em suporte adequado ao indivíduo e à família (HAPPÉ; FRITH, 2020).

No contexto brasileiro, a ampliação desse olhar é especialmente relevante, pois o diagnóstico de TEA repercute não apenas sobre o indivíduo, mas sobre toda a dinâmica familiar. Como assinala Castro (2025), compreender o autismo também exige compreender os desafios cotidianos envolvidos no acolhimento, na adaptação da rotina e na construção do cuidado. Essa percepção é essencial para o presente estudo, pois permite relacionar o conceito de TEA às demandas concretas que recaem sobre a família, especialmente sobre as mães.

Dessa forma, o conceito contemporâneo de Transtorno do Espectro Autista afasta-se de perspectivas simplificadoras e reconhece a complexidade, a diversidade e a singularidade das experiências autistas. Trata-se de compreensão fundamental para a análise das demandas de cuidado que serão aprofundadas nos tópicos seguintes.

3.2 Características e níveis de suporte

As manifestações do Transtorno do Espectro Autista (TEA) são tradicionalmente organizadas em dois grandes domínios: prejuízos persistentes na comunicação e interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Essa organização, embora útil para fins diagnósticos, não esgota a complexidade do fenômeno, uma vez que as manifestações variam significativamente entre os indivíduos, tanto em intensidade quanto em forma de expressão.

No que se refere à comunicação e interação social, observam-se dificuldades na reciprocidade socioemocional, na manutenção de diálogos e na compreensão de normas sociais implícitas. Essas limitações podem se manifestar de diferentes formas, desde dificuldades mais sutis na interpretação de expressões faciais e linguagem corporal até comprometimentos mais acentuados na comunicação verbal. Tal variabilidade reforça a ideia de que o TEA não pode ser compreendido de maneira homogênea, exigindo análise individualizada.

Quanto aos padrões comportamentais, destacam-se comportamentos repetitivos, interesses restritos e intensa necessidade de previsibilidade. Mudanças na rotina podem gerar desconforto significativo, evidenciando a importância de ambientes estruturados e de intervenções que considerem essas características. Nesse contexto, o reconhecimento dessas manifestações não deve ser orientado por uma lógica de

normalização, mas por estratégias que promovam adaptação e inclusão.

A classificação por níveis de suporte representa avanço importante na compreensão do TEA, ao permitir a identificação das necessidades específicas de cada indivíduo. Essa categorização, que varia entre níveis que demandam apoio leve, substancial ou muito substancial, tem como objetivo orientar intervenções e possibilitar a construção de estratégias adequadas de cuidado. Entretanto, é fundamental destacar que tais níveis não são estáticos, podendo variar ao longo do tempo conforme o desenvolvimento do indivíduo e as condições de suporte oferecidas.

Nesse sentido, Thiago Castro ressalta que a classificação por níveis de suporte deve ser compreendida como instrumento orientador e não como forma de limitação das potencialidades do indivíduo. Para o autor, o foco deve estar na identificação das necessidades e na construção de estratégias que favoreçam o desenvolvimento, respeitando as singularidades e promovendo inclusão (CASTRO, 2025).

A compreensão dos níveis de suporte também evidencia que o TEA envolve demandas que ultrapassam o indivíduo, alcançando o contexto familiar e social. Quanto maior a necessidade de suporte, maior tende a ser a intensidade das demandas de cuidado, o que impacta diretamente a dinâmica familiar. A necessidade de acompanhamento constante, intervenções terapêuticas e mediação das interações sociais exige reorganização da rotina e dedicação significativa por parte dos cuidadores.

Além disso, a literatura aponta que o cuidado contínuo associado ao TEA está relacionado ao aumento de níveis de estresse familiar. Estudos demonstram que famílias de crianças com autismo apresentam maior sobrecarga quando comparadas a famílias de crianças neurotípicas, especialmente em razão da intensidade das demandas e da necessidade de acompanhamento permanente (HAYES; WATSON, 2013; ESTES et al., 2009). Esse cenário evidencia que a compreensão das características do TEA deve necessariamente incluir a análise de suas repercussões no contexto familiar.

Dessa forma, a análise das características e dos níveis de suporte do TEA permite compreender que o autismo não se limita a um conjunto de sintomas, mas constitui condição complexa que envolve necessidades específicas de cuidado. Essa complexidade exige abordagens individualizadas, suporte institucional adequado e reconhecimento das implicações sociais do transtorno.

A partir dessa compreensão, torna-se possível avançar para a análise dos

impactos do TEA na dinâmica familiar, especialmente no que se refere à reorganização das relações e à distribuição das responsabilidades de cuidado.

3.3 Impactos do TEA na dinâmica familiar

O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA) produz impactos significativos na dinâmica familiar, exigindo profunda reorganização das rotinas, das expectativas e das relações entre seus membros. A presença de uma condição que demanda cuidado contínuo e acompanhamento especializado transforma o cotidiano familiar, que passa a ser estruturado em função das necessidades da criança, influenciando diretamente a vida social, profissional e emocional da família.

Nesse contexto, a família assume papel central no processo de cuidado, tornando-se responsável pela mediação entre a criança e os diferentes espaços sociais, como escola, serviços de saúde e ambiente comunitário. Essa função exige dedicação constante, disponibilidade emocional e capacidade de adaptação, o que pode gerar sobrecarga significativa. A organização do cotidiano passa a girar em torno de terapias, consultas médicas, intervenções educacionais e estratégias de manejo comportamental, reduzindo a flexibilidade da rotina e limitando espaços de descanso e lazer.

Além disso, o diagnóstico frequentemente implica a necessidade de reelaboração das expectativas familiares. A literatura aponta que muitos pais vivenciam um processo de luto simbólico relacionado à ruptura de idealizações previamente construídas acerca do desenvolvimento da criança (KÜBLER-ROSS, 1969). Esse processo não se refere à perda da criança em si, mas à necessidade de reconstrução de expectativas diante de um cenário marcado por incertezas e desafios. Tal vivência pode gerar sentimentos de tristeza, ansiedade e insegurança, impactando o equilíbrio emocional dos membros da família.

Estudos indicam que famílias de crianças com TEA apresentam níveis mais elevados de estresse quando comparadas a famílias de crianças neurotípicas. Hayes e Watson (2013), ao analisarem o estresse parental em diferentes contextos, demonstram que a intensidade das demandas associadas ao autismo contribui significativamente para o aumento do sofrimento psíquico. Da mesma forma, Estes et al. (2009) evidenciam que a necessidade de cuidado constante e a dificuldade de acesso a serviços adequados estão diretamente relacionadas ao aumento da

sobrecarga emocional.

Outro aspecto relevante refere-se ao impacto do TEA nas relações familiares. A intensidade das demandas de cuidado pode gerar alterações na dinâmica conjugal, na relação entre irmãos e na distribuição de responsabilidades dentro da família. Estudos apontam, inclusive, que famílias de crianças com autismo apresentam maior risco de conflitos conjugais e rupturas, em razão da pressão emocional e das exigências associadas ao cuidado (HARTLEY et al., 2010; FREEDMAN et al., 2012).

Nesse cenário, observa-se que a redistribuição de papéis no interior da família tende a ocorrer de forma desigual. Na prática, a responsabilidade pelo cuidado cotidiano recai predominantemente sobre a mãe, evidenciando a persistência de padrões sociais que atribuem às mulheres o papel central na gestão do cuidado. Essa distribuição não decorre de escolha individual, mas de uma construção social que associa a maternidade à responsabilidade pelo bem-estar dos filhos, especialmente em situações que demandam maior atenção.

A sobrecarga materna, nesse contexto, manifesta-se de forma multidimensional, envolvendo aspectos físicos, emocionais e sociais. A necessidade de acompanhamento constante, a dificuldade de conciliar trabalho e cuidado, a limitação da vida social e a ausência de suporte institucional adequado contribuem para o desenvolvimento de quadros de estresse, ansiedade e exaustão emocional. Como demonstram Benson (2010) e Hayes e Watson (2013), mães de crianças com TEA apresentam níveis significativamente mais elevados de sofrimento psíquico quando comparadas a outros grupos.

A abordagem proposta por Thiago Castro também destaca que o impacto do autismo não se restringe ao indivíduo diagnosticado, mas atinge toda a estrutura familiar. Castro (2025) ressalta a importância de compreender o autismo a partir de uma perspectiva que considere as relações, o acolhimento e os desafios cotidianos enfrentados pela família, evidenciando que o cuidado envolve dimensões que ultrapassam o campo clínico.

Além disso, a ausência de redes de apoio adequadas intensifica os efeitos dessa sobrecarga. Conforme apontam Cohen (2004) e Cobb (1976), o suporte social constitui fator essencial para a proteção da saúde mental, contribuindo para a redução do estresse e para o fortalecimento das estratégias de enfrentamento. A inexistência ou fragilidade dessas redes, por outro lado, amplia o isolamento e a vulnerabilidade emocional, especialmente em contextos marcados por alta demanda de cuidado.

Dessa forma, a análise dos impactos do TEA na dinâmica familiar revela que o autismo não pode ser compreendido apenas como condição individual, mas como fenômeno que reorganiza relações, redefine papéis e produz efeitos sociais relevantes. A sobrecarga decorrente do cuidado contínuo evidencia a necessidade de políticas públicas que reconheçam a família — e, especialmente, a mãe — como sujeito de atenção, rompendo com a lógica que individualiza responsabilidades e invisibiliza o sofrimento.

A partir dessa compreensão, torna-se possível avançar para a análise da sobrecarga do cuidado e de suas implicações sociais, aprofundando a discussão sobre os efeitos do cuidado contínuo na saúde mental dos cuidadores.

3.4 Sobrecarga do cuidado e implicações sociais

A necessidade de cuidado contínuo no contexto do Transtorno do Espectro Autista (TEA) produz efeitos que ultrapassam a dimensão clínica, alcançando aspectos sociais, econômicos e emocionais. O cuidado, nesse cenário, não se configura como atividade pontual, mas como processo permanente que exige dedicação constante, organização rigorosa da rotina e elevado investimento emocional. Essa característica contínua do cuidado contribui para a formação de um quadro de sobrecarga que impacta diretamente a qualidade de vida dos cuidadores.

A sobrecarga do cuidado manifesta-se de forma multidimensional, envolvendo desgaste físico, exaustão emocional, limitação da vida social e dificuldades na inserção ou permanência no mercado de trabalho. A necessidade de acompanhamento frequente em terapias, consultas médicas e atividades educacionais exige disponibilidade de tempo e recursos, o que frequentemente leva à reorganização da vida profissional dos cuidadores, especialmente das mães. Essa realidade evidencia que o cuidado, embora essencial, produz efeitos concretos na estrutura econômica e social da família.

Estudos apontam que a sobrecarga associada ao cuidado de crianças com TEA está diretamente relacionada ao aumento de níveis de estresse e sofrimento psíquico. Benson (2010) demonstra que o cuidado intensivo contribui para o desenvolvimento de quadros de ansiedade e depressão, especialmente quando não há suporte adequado. De forma semelhante, Hayes e Watson (2013) evidenciam que o estresse parental em contextos de autismo é significativamente mais elevado,

refletindo a intensidade das demandas e a dificuldade de acesso a redes de apoio eficazes.

Entretanto, a sobrecarga do cuidado não pode ser compreendida apenas como consequência da condição clínica da criança, devendo ser analisada à luz das condições sociais em que o cuidado é exercido. A ausência de suporte institucional adequado, a insuficiência de políticas públicas e a fragilidade das redes de apoio contribuem para a intensificação dessa sobrecarga, evidenciando que o sofrimento não decorre exclusivamente do TEA, mas também da forma como a sociedade organiza o cuidado.

Nesse sentido, a literatura feminista e sociológica oferece importantes contribuições para a compreensão da sobrecarga, ao evidenciar que o cuidado é distribuído de maneira desigual na sociedade. Como apontam Hirata (2002) e Federici (2017), o trabalho de cuidado é historicamente atribuído às mulheres, sendo realizado, em grande parte, de forma não remunerada e invisibilizada. Essa divisão sexual do trabalho faz com que as mulheres assumam a responsabilidade principal pelo cuidado, acumulando funções e ampliando sua exposição ao desgaste físico e emocional.

Além disso, o cuidado realizado no âmbito doméstico tende a ser desvalorizado e excluído das análises econômicas e políticas. Picchio (1992) destaca que o trabalho reprodutivo, que inclui o cuidado, é fundamental para a manutenção da sociedade, mas permanece invisível nas estruturas formais de reconhecimento. Essa invisibilidade contribui para a naturalização da sobrecarga, dificultando a construção de políticas públicas que reconheçam e apoiem o cuidado como atividade social relevante.

A partir dessa perspectiva, a sobrecarga do cuidado deve ser compreendida como fenômeno estrutural, resultante da intersecção entre desigualdades de gênero, ausência de suporte institucional e organização das políticas públicas. A concentração das responsabilidades no âmbito familiar, especialmente na figura materna, evidencia a transferência de responsabilidades do Estado para a esfera privada, configurando cenário de vulnerabilidade.

A abordagem proposta por Thiago Castro também contribui para essa análise ao destacar que o autismo deve ser compreendido em sua dimensão relacional, considerando não apenas o indivíduo, mas o contexto familiar em que está inserido. Castro (2025) aponta que o cuidado envolve desafios cotidianos que exigem acolhimento, suporte e compreensão, reforçando a necessidade de uma abordagem que ultrapasse o campo clínico.

Além disso, a literatura sobre suporte social reforça que a presença de redes de apoio constitui elemento fundamental para a mitigação dos efeitos da sobrecarga. Cohen (2004) e Cobb (1976) demonstram que o suporte social atua como fator protetivo, contribuindo para a redução do estresse e para o fortalecimento das estratégias de enfrentamento. A ausência dessas redes, por outro lado, intensifica o isolamento e amplia a vulnerabilidade emocional dos cuidadores.

Dessa forma, a análise da sobrecarga do cuidado no contexto do TEA evidencia que o cuidado não pode ser tratado como responsabilidade exclusivamente individual ou familiar. Trata-se de questão social que exige reconhecimento institucional e atuação estatal, por meio da formulação de políticas públicas capazes de oferecer suporte adequado aos cuidadores.

A compreensão do cuidado como fenômeno social e político permite avançar para a análise das estruturas que sustentam essa distribuição desigual de responsabilidades. Nesse sentido, torna-se fundamental examinar a relação entre gênero, divisão sexual do trabalho e maternidade atípica, evidenciando como essas dimensões contribuem para a intensificação da sobrecarga e para a produção do sofrimento psíquico.

CAPÍTULO 4 — GÊNERO, DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO E MATERNIDADE ATÍPICA

4.1 A construção social da maternidade e o papel feminino no cuidado

A maternidade, frequentemente apresentada como experiência natural, instintiva e universal, constitui, na realidade, uma construção histórica, social e cultural profundamente marcada por relações de poder e por estruturas de gênero. A associação entre o feminino e o cuidado não decorre de uma determinação biológica, mas de um longo processo de produção social que vinculou a mulher à esfera privada, à reprodução e à responsabilidade pelo outro. Essa construção não apenas organizou papéis sociais, mas também moldou a subjetividade feminina, influenciando a forma como as mulheres percebem a si mesmas e suas funções na sociedade.

Nesse sentido, Simone de Beauvoir (1949) demonstra que o feminino não é uma condição natural, mas resultado de um processo histórico e social, ao afirmar que a mulher é constituída a partir de expectativas e papéis que lhe são atribuídos ao longo da vida. A autora evidencia que, historicamente, a mulher foi posicionada como “Outro”, isto é, como sujeito cuja existência se define em relação ao homem. Enquanto o masculino é associado à autonomia, à produção e à esfera pública, o feminino é vinculado à dependência, à reprodução e ao cuidado. Essa estrutura não apenas diferencia papéis, mas estabelece hierarquias que contribuem para a manutenção de desigualdades.

A maternidade ocupa lugar central nesse processo, sendo frequentemente apresentada como destino feminino e expressão máxima da realização da mulher. Contudo, tal concepção não corresponde a uma verdade universal, mas a um modelo normativo socialmente construído. Nesse contexto, Adrienne Rich (1976) distingue a maternidade enquanto experiência — plural e subjetiva — e enquanto instituição, entendida como um conjunto de normas sociais que regulam e controlam a vida das mulheres. A instituição da maternidade impõe padrões rígidos de comportamento, baseados na ideia de dedicação integral, amor incondicional e abnegação permanente.

Essa normatividade opera como mecanismo de controle social, na medida em que estabelece parâmetros do que se espera de uma “boa mãe”. A maternidade passa a ser objeto de vigilância constante, sendo avaliada por diferentes instâncias sociais,

como família, escola e profissionais de saúde. Nesse cenário, qualquer desvio em relação ao modelo idealizado pode ser interpretado como falha, produzindo sentimentos de inadequação e culpa.

A crítica de Elisabeth Badinter (1985) ao chamado “amor materno” reforça essa análise ao demonstrar que tal sentimento não é instintivo, mas historicamente construído. A autora evidencia que, em diferentes períodos históricos, as práticas de cuidado materno variaram significativamente, o que indica que o amor materno não é universal nem imutável. Ao naturalizar esse sentimento, a sociedade transforma o cuidado em obrigação moral, retirando-lhe seu caráter de trabalho e contribuindo para a invisibilização da sobrecarga feminina.

A dimensão histórica dessa construção é aprofundada por Michelle Perrot (2007), ao demonstrar que as atividades desempenhadas pelas mulheres, especialmente aquelas relacionadas ao cuidado, foram sistematicamente excluídas da narrativa histórica. Por serem consideradas naturais, tais atividades não foram reconhecidas como trabalho, o que contribuiu para sua desvalorização social e simbólica.

Sob a perspectiva econômica, Silvia Federici (2017) evidencia que o trabalho reprodutivo — que inclui o cuidado — é essencial para a reprodução do sistema capitalista, uma vez que garante a manutenção cotidiana da força de trabalho. No entanto, por não gerar valor econômico direto, esse trabalho permanece invisibilizado e não remunerado, sendo realizado majoritariamente por mulheres. Essa invisibilidade permite a transferência de custos sociais para o âmbito privado, reforçando a exploração do trabalho feminino.

No contexto brasileiro, Heleieth Saffioti (1976) demonstra que a opressão das mulheres se estrutura na articulação entre gênero e classe, sendo o trabalho doméstico e o cuidado elementos centrais para a manutenção das desigualdades. A naturalização da maternidade como destino feminino contribui para a legitimação dessa divisão desigual, limitando a autonomia das mulheres e restringindo sua participação na esfera pública.

Essa construção histórica não apenas organiza a divisão do trabalho, mas também produz efeitos subjetivos significativos. A mulher é socializada para compreender o cuidado como parte essencial de sua identidade, internalizando a ideia de que deve ser constantemente disponível e responsável pelo bem-estar dos outros. Como consequência, a sobrecarga tende a ser naturalizada, dificultando o

reconhecimento do cuidado como trabalho e a percepção de seus limites.

Quando essa estrutura se encontra com a maternidade de crianças com Transtorno do Espectro Autista, as exigências se intensificam de maneira significativa. A mãe não apenas assume o cuidado cotidiano, mas passa a desempenhar múltiplos papéis simultaneamente, incluindo a gestão de tratamentos, a mediação institucional e o acompanhamento constante do desenvolvimento da criança. Essa multiplicidade de funções evidencia a ausência de suporte institucional adequado e amplia a sobrecarga.

Além disso, a maternidade atípica desafia o modelo normativo de maternidade, ao evidenciar a existência de experiências que não se encaixam na idealização social do cuidado. A necessidade de lidar com demandas intensas, incertezas e desafios cotidianos pode gerar sentimentos ambivalentes, que entram em tensão com a expectativa de amor incondicional e felicidade plena. Essa discrepância contribui para o aumento da culpa e do sofrimento psíquico.

Dessa forma, a maternidade atípica revela de maneira ainda mais evidente as contradições da construção social da maternidade. Ao mesmo tempo em que exige dedicação integral, a sociedade não oferece suporte proporcional, transferindo para o âmbito privado responsabilidades que deveriam ser compartilhadas com o Estado. O cuidado permanece invisível, a sobrecarga é naturalizada e o sofrimento é individualizado.

Portanto, compreender a maternidade como construção social é fundamental para a análise da saúde mental das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista. Ao evidenciar que o cuidado não é resultado de predisposição biológica, mas de estruturas históricas e sociais, torna-se possível deslocar o debate do plano individual para o plano coletivo, abrindo espaço para a formulação de políticas públicas que reconheçam, valorizem e apoiem o trabalho de cuidado.

A análise da maternidade enquanto construção social exige, ainda, a consideração de como essa estrutura se reproduz não apenas no plano simbólico, mas também nas instituições sociais e nas práticas cotidianas. A naturalização do cuidado feminino é constantemente reafirmada por discursos médicos, jurídicos e educacionais, que reforçam a ideia de que a mulher possui maior aptidão para o cuidado, legitimando a concentração dessas responsabilidades no âmbito feminino (BADINTER, 1985; PERROT, 2007).

Essa legitimação institucional contribui para a consolidação de um modelo de maternidade baseado na disponibilidade total. A mulher-mãe é socialmente convocada

a priorizar o cuidado em detrimento de sua própria individualidade, sendo frequentemente levada a renunciar a projetos pessoais, profissionais e sociais. Essa expectativa de dedicação integral está diretamente relacionada à construção histórica do papel feminino, que associa a mulher à esfera privada e ao cuidado (SAFFIOTI, 1976; FEDERICI, 2017).

Nesse sentido, a maternidade opera como dispositivo de regulação social, na medida em que orienta comportamentos e delimita possibilidades de atuação feminina. A mulher que não corresponde ao ideal materno tende a ser alvo de julgamento social, evidenciando que a maternidade não é apenas experiência privada, mas instituição social que produz normas e exerce controle sobre os corpos e as subjetividades femininas (BADINTER, 1985).

Além disso, a construção social da maternidade está diretamente relacionada à invisibilidade do trabalho de cuidado no âmbito das políticas públicas. Ao ser tratado como responsabilidade natural da mulher, o cuidado deixa de ser reconhecido como questão social, sendo deslocado para o espaço privado. Essa lógica contribui para a ausência de políticas públicas estruturadas que ofereçam suporte às famílias, especialmente em contextos que demandam cuidado intensivo (FEDERICI, 2017; PICCHIO, 1992).

A ausência de reconhecimento institucional do cuidado gera um paradoxo: ao mesmo tempo em que a maternidade é exaltada como função essencial, as condições concretas para seu exercício são negligenciadas. A mulher é responsabilizada pelo bem-estar dos filhos, mas não recebe suporte proporcional do Estado ou da sociedade, evidenciando a dissociação entre valorização simbólica e valorização material do cuidado (PERROT, 2007; YAZBEK, 2001).

Sob a perspectiva da saúde mental, essa estrutura produz efeitos significativos. A exigência de dedicação constante, aliada à ausência de suporte, contribui para o desenvolvimento de quadros de estresse, ansiedade e exaustão emocional, especialmente quando associada à sobrecarga de trabalho e à limitação da vida social (MARMOT, 2008; COHEN, 2004).

Essa dinâmica é intensificada pela chamada culpabilização materna, fenômeno pelo qual a mãe é responsabilizada por dificuldades no desenvolvimento da criança. Ainda que essa lógica tenha sido amplamente criticada, ela persiste de forma velada, influenciando práticas sociais e discursos institucionais. A mãe, nesse contexto, não apenas cuida, mas também carrega o peso simbólico da responsabilidade pelo

sucesso ou fracasso do cuidado (BADINTER, 1985).

Quando se analisa a maternidade no contexto do Transtorno do Espectro Autista, essas questões se tornam ainda mais evidentes. A mãe passa a ser não apenas cuidadora, mas principal responsável pela articulação de todo o sistema de apoio à criança, incluindo acesso a terapias, acompanhamento escolar e organização da rotina. Essa centralização do cuidado intensifica a sobrecarga e evidencia a ausência de suporte institucional adequado (CASTRO, 2025).

Essa centralização não decorre de escolha individual, mas de uma estrutura social que não distribui de forma equitativa as responsabilidades. O Estado, ao não oferecer suporte adequado, contribui para a sobrecarga feminina, reforçando a lógica de que o cuidado deve ser resolvido no âmbito familiar (ESPING-ANDERSEN, 1990; YAZBEK, 2001).

Dessa forma, a maternidade atípica evidencia, de maneira ainda mais contundente, as limitações da construção social da maternidade. Ao exigir níveis elevados de dedicação sem oferecer suporte proporcional, essa estrutura produz um cenário de vulnerabilidade que impacta diretamente a saúde mental das mulheres.

Portanto, aprofundar a análise da maternidade como construção social permite compreender que o sofrimento psíquico materno não é resultado de fragilidade individual, mas consequência de um modelo que naturaliza a sobrecarga, invisibiliza o cuidado e transfere responsabilidades coletivas para o âmbito privado. Essa compreensão é essencial para fundamentar a necessidade de reconhecimento da maternidade atípica como questão social e jurídica.

4.2 O cuidado como trabalho invisível e a vulnerabilidade estrutural

O cuidado constitui elemento central para a reprodução da vida social, sendo responsável pela manutenção cotidiana dos indivíduos e pela sustentação das relações sociais. Apesar de sua relevância, o cuidado permanece historicamente invisibilizado enquanto trabalho, especialmente quando realizado no âmbito doméstico. Essa invisibilidade não decorre de sua irrelevância, mas de uma construção social que associa o cuidado ao feminino e o desloca para a esfera privada, retirando-lhe reconhecimento econômico, político e jurídico.

Nesse sentido, Silvia Federici (2017) demonstra que o trabalho reprodutivo — que inclui o cuidado, o trabalho doméstico e a manutenção da vida cotidiana — é

essencial para o funcionamento do sistema capitalista, uma vez que garante a reprodução da força de trabalho. Contudo, por não gerar valor diretamente mensurável no mercado, esse trabalho é desconsiderado nas análises econômicas tradicionais, permanecendo não remunerado e invisível. Essa dinâmica permite que o sistema econômico se sustente a partir da exploração do trabalho feminino, sem que haja reconhecimento ou proteção social correspondente.

A invisibilidade do cuidado também é analisada por Antonella Picchio (1992), que destaca que o trabalho reprodutivo representa uma transferência indireta de custos do Estado e do mercado para as famílias, especialmente para as mulheres. Ao assumir a responsabilidade pelo cuidado, as mulheres subsidiam o funcionamento da economia, arcando com custos que deveriam ser compartilhados socialmente. Essa transferência evidencia que o cuidado não é apenas questão privada, mas elemento estruturante da organização econômica.

A divisão sexual do trabalho constitui mecanismo central para a manutenção dessa estrutura. Conforme analisam Hirata (2002) e Saffioti (1976), a sociedade organiza as atividades de forma desigual, atribuindo às mulheres o trabalho doméstico e de cuidado, enquanto os homens são direcionados ao trabalho produtivo e remunerado. Essa divisão não apenas distribui funções, mas estabelece hierarquias, nas quais o trabalho masculino é valorizado e o feminino desvalorizado. O cuidado, nesse contexto, é percebido como extensão da natureza feminina, e não como atividade social que demanda reconhecimento.

Essa naturalização do cuidado contribui para sua invisibilidade institucional. Ao ser tratado como responsabilidade individual ou familiar, o cuidado deixa de ser objeto de políticas públicas, sendo excluído do campo das obrigações estatais. Como observa Esping-Andersen (1990), a forma como o Estado organiza suas políticas sociais influencia diretamente a distribuição de responsabilidades entre público e privado. Em contextos em que há menor intervenção estatal, o cuidado tende a ser transferido para as famílias, reforçando desigualdades de gênero.

No Brasil, essa dinâmica se articula com as desigualdades sociais, intensificando a vulnerabilidade de determinados grupos. Yazbek (2001) destaca que a pobreza e a exclusão social limitam o acesso a direitos e serviços, aumentando a dependência das redes familiares para a garantia do cuidado. Nesse cenário, a ausência de políticas públicas adequadas amplia a sobrecarga sobre as mulheres, que passam a assumir múltiplas funções sem suporte institucional.

No contexto do Transtorno do Espectro Autista, essa estrutura se intensifica de forma significativa. O cuidado deixa de ser eventual e passa a ser contínuo, exigindo acompanhamento constante, organização rigorosa da rotina e elevado investimento emocional. A mãe, na maioria dos casos, torna-se a principal responsável por coordenar terapias, acompanhar o desenvolvimento da criança, intermediar relações com a escola e garantir o acesso a serviços de saúde. Essa multiplicidade de funções evidencia o caráter complexo e permanente do cuidado.

Além do trabalho físico e emocional, destaca-se a chamada carga mental do cuidado, que consiste no esforço contínuo de planejamento, organização e antecipação das necessidades da criança. Trata-se de trabalho invisível, não mensurável e frequentemente desconsiderado, mas que exige atenção constante e contribui significativamente para a sobrecarga. A mulher não apenas executa tarefas, mas também gerencia todo o sistema de cuidado, o que intensifica o desgaste psíquico.

Essa sobrecarga tem impactos diretos na vida social e profissional das mulheres. Muitas mães reduzem ou abandonam suas atividades profissionais para atender às demandas de cuidado, o que compromete sua autonomia econômica e sua inserção social. Essa realidade evidencia que o cuidado, quando não compartilhado, produz efeitos estruturais que perpetuam desigualdades de gênero.

Além disso, a ausência de reconhecimento do cuidado como trabalho impede a construção de políticas públicas voltadas ao suporte dos cuidadores. A falta de programas de apoio psicológico, redes de cuidado compartilhado e políticas de descanso (respiro familiar) evidencia lacuna significativa na atuação estatal. Essa omissão contribui para a intensificação da vulnerabilidade, na medida em que transfere para o indivíduo responsabilidades que deveriam ser coletivas.

Sob a perspectiva da saúde mental, essa estrutura produz efeitos relevantes. A sobrecarga contínua, associada à ausência de suporte e à invisibilidade do trabalho realizado, contribui para o desenvolvimento de quadros de estresse, ansiedade e exaustão emocional. Conforme apontam Cohen (2004) e Cobb (1976), o suporte social constitui fator essencial para a proteção da saúde mental, sendo sua ausência elemento agravante do sofrimento psíquico.

A abordagem de Thiago Castro também contribui para essa análise ao destacar que o autismo deve ser compreendido em sua dimensão relacional, considerando o impacto sobre a família e os desafios cotidianos do cuidado. Castro (2025) enfatiza que o acolhimento e o suporte são fundamentais não apenas para a

pessoa autista, mas também para aqueles que assumem o cuidado, evidenciando a necessidade de uma abordagem que ultrapasse o campo clínico.

Dessa forma, o cuidado invisível revela-se como elemento estruturante da vulnerabilidade social e de gênero, evidenciando que a sobrecarga não é resultado de escolhas individuais, mas de um modelo social que naturaliza a exploração do trabalho feminino. A ausência de reconhecimento e de suporte institucional transforma o cuidado em fator de adoecimento, especialmente no campo da saúde mental.

Portanto, reconhecer o cuidado como trabalho é passo fundamental para a construção de políticas públicas que promovam maior equidade na distribuição das responsabilidades e ofereçam suporte adequado aos cuidadores. A invisibilidade do cuidado não apenas perpetua desigualdades, mas também compromete a efetivação de direitos fundamentais, evidenciando a necessidade de intervenção estatal e de reestruturação das políticas sociais.

4.3 Machismo estrutural e a naturalização do cuidado

A distribuição desigual das responsabilidades de cuidado não pode ser compreendida como resultado de escolhas individuais ou dinâmicas familiares isoladas, mas como expressão de um arranjo social mais amplo, estruturado por relações históricas de poder entre homens e mulheres. Nesse contexto, o machismo estrutural desempenha papel central ao naturalizar a associação entre o feminino e o cuidado, transformando uma construção social em aparência de ordem natural.

O conceito de machismo estrutural permite compreender que as desigualdades de gênero não se manifestam apenas em comportamentos individuais, mas estão incorporadas nas instituições, nas normas sociais e nas formas de organização da vida cotidiana. Trata-se de uma estrutura que orienta práticas, define expectativas e legitima a distribuição desigual de responsabilidades, especialmente no que se refere ao trabalho doméstico e ao cuidado.

Pierre Bourdieu (2002), ao analisar a dominação masculina, demonstra que as relações de gênero se sustentam por meio de mecanismos simbólicos que naturalizam as desigualdades. Segundo o autor, a ordem social se apresenta como evidente e incontestável, fazendo com que as próprias mulheres internalizem as expectativas que lhes são impostas. Essa naturalização contribui para a reprodução das desigualdades, na medida em que dificulta sua identificação e questionamento.

Nesse sentido, a associação entre mulher e cuidado não é percebida como imposição, mas como característica inerente ao feminino. A mulher é socialmente construída como sujeito naturalmente vocacionado para o cuidado, enquanto o homem é associado à racionalidade, à autonomia e à atuação no espaço público. Essa divisão simbólica sustenta a divisão material do trabalho, reforçando a concentração das atividades de cuidado nas mulheres.

Simone de Beauvoir (1949) já apontava que essa construção não decorre da biologia, mas de um processo social que define papéis e limita possibilidades. Ao ser educada para o cuidado, a mulher internaliza expectativas de abnegação e disponibilidade, o que contribui para a naturalização da sobrecarga. Essa internalização dificulta a percepção do cuidado como trabalho, transformando-o em obrigação moral.

A maternidade, nesse contexto, desempenha papel fundamental na reprodução dessas estruturas. Como instituição social, ela reforça a ideia de que a mulher deve priorizar o cuidado em detrimento de si mesma, consolidando a lógica da dedicação integral. Adrienne Rich (1976) destaca que essa construção institucional da maternidade opera como mecanismo de controle, regulando comportamentos e impondo padrões normativos.

Essa normatividade é reforçada pelo mito do amor materno, analisado por Badinter (1985), que associa o cuidado a um sentimento natural e incondicional. Ao naturalizar o amor materno, a sociedade invisibiliza o trabalho envolvido no cuidado e impede que ele seja reconhecido como atividade que exige suporte e divisão. Essa lógica contribui para a manutenção da sobrecarga feminina e para a culpabilização das mães que não conseguem atender às expectativas sociais.

Além disso, o machismo estrutural se manifesta na forma como as políticas públicas são organizadas. A ausência de políticas voltadas ao cuidado evidencia que essa atividade não é reconhecida como responsabilidade coletiva, sendo transferida para o âmbito privado. Como observa Esping-Andersen (1990), a forma como o Estado organiza suas políticas sociais influencia diretamente a distribuição das responsabilidades, podendo reforçar ou reduzir desigualdades.

No contexto brasileiro, essa dinâmica é agravada pelas desigualdades sociais. Yazbek (2001) destaca que a insuficiência de políticas públicas e a exclusão social ampliam a dependência das redes familiares, intensificando a sobrecarga sobre as mulheres. A ausência de suporte estatal reforça a lógica de que o cuidado é responsabilidade privada, contribuindo para a perpetuação das desigualdades de

gênero.

No caso das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista, o machismo estrutural se manifesta de forma ainda mais evidente. A responsabilidade pelo cuidado recai predominantemente sobre a mãe, que assume a gestão integral das demandas da criança. Essa centralização não decorre de escolha individual, mas de uma estrutura que não distribui de forma equitativa as responsabilidades.

A abordagem de Thiago Castro contribui para essa análise ao evidenciar que o autismo deve ser compreendido em sua dimensão relacional, considerando o impacto sobre a família. Castro (2025) destaca que o cuidado envolve desafios cotidianos que exigem suporte contínuo, o que reforça a necessidade de uma abordagem que inclua não apenas o indivíduo, mas também seus cuidadores.

Entretanto, apesar da centralidade do cuidado, as mães permanecem invisibilizadas nas políticas públicas. A ausência de reconhecimento institucional evidencia que o cuidado continua sendo tratado como responsabilidade individual, mesmo quando envolve demandas complexas e contínuas. Essa invisibilidade reforça a vulnerabilidade das mulheres e contribui para o agravamento do sofrimento psíquico.

Dessa forma, o machismo estrutural atua como elemento organizador da distribuição do cuidado, naturalizando desigualdades e dificultando a construção de alternativas mais equitativas. A associação entre mulher e cuidado, longe de ser natural, constitui mecanismo de manutenção de relações de poder que impactam diretamente a saúde mental feminina.

Portanto, compreender o cuidado a partir da perspectiva do machismo estrutural é fundamental para a análise da maternidade atípica, pois permite identificar que a sobrecarga não é resultado de escolhas individuais, mas de uma estrutura social que distribui responsabilidades de forma desigual. Essa compreensão abre espaço para a construção de políticas públicas que reconheçam o cuidado como questão coletiva e promovam maior equidade na divisão das responsabilidades.

A compreensão do machismo estrutural e da naturalização do cuidado exige, ainda, uma análise histórica das formas pelas quais as relações de gênero foram construídas e consolidadas ao longo do tempo. A associação entre o feminino e o cuidado não é fenômeno recente, mas resultado de um processo histórico que remonta à organização das sociedades tradicionais, nas quais a divisão entre esfera pública e privada já atribuía às mulheres a responsabilidade pelo espaço doméstico.

Durante séculos, a exclusão das mulheres da vida pública foi justificada por

argumentos que combinavam fatores biológicos, morais e religiosos. A mulher era compreendida como naturalmente inclinada à fragilidade, à emoção e à dependência, enquanto o homem era associado à razão, à força e à liderança. Essa distinção não apenas legitimava a divisão de papéis, mas também fundamentava a concentração do cuidado nas mulheres, que passaram a ser vistas como responsáveis naturais pela manutenção da vida cotidiana.

Michelle Perrot (2007) demonstra que, ao longo da história, as atividades femininas foram sistematicamente invisibilizadas, especialmente aquelas relacionadas ao cuidado e ao trabalho doméstico. Por serem consideradas extensões da natureza feminina, essas atividades não foram reconhecidas como trabalho, sendo excluídas das narrativas históricas e das estruturas de valorização social. Essa invisibilidade histórica contribuiu para a naturalização do cuidado, dificultando seu reconhecimento como atividade socialmente relevante.

No processo de consolidação da sociedade moderna, especialmente com o avanço do capitalismo, essa divisão foi reforçada. Silvia Federici (2017) evidencia que a separação entre produção e reprodução foi fundamental para a organização econômica, atribuindo aos homens o trabalho produtivo e às mulheres o trabalho reprodutivo. Essa divisão permitiu que o cuidado fosse realizado sem remuneração, sustentando a economia sem que fosse reconhecido como parte dela.

Heleieth Saffioti (1976), ao analisar a realidade brasileira, demonstra que essa estrutura se articula com desigualdades de classe, intensificando a exploração do trabalho feminino. A mulher, especialmente em contextos de vulnerabilidade, passa a acumular múltiplas funções, conciliando trabalho remunerado, trabalho doméstico e cuidado, o que amplia sua exposição à sobrecarga.

Apesar dos avanços sociais e jurídicos ao longo do século XX, como a ampliação dos direitos das mulheres e sua maior inserção no mercado de trabalho, a divisão sexual do cuidado não foi superada. Pelo contrário, observa-se a permanência de uma dupla jornada, na qual as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pelo cuidado, mesmo quando participam da esfera produtiva.

Hirata (2002) destaca que essa reconfiguração não eliminou a desigualdade, mas a reorganizou, mantendo a centralidade feminina no cuidado. A inserção da mulher no mercado de trabalho não foi acompanhada por uma redistribuição equivalente das responsabilidades domésticas, o que resultou na intensificação da sobrecarga.

Na contemporaneidade, o machismo estrutural se manifesta de forma mais

sutil, mas igualmente eficaz. A ideia de que homens e mulheres são iguais perante a lei não se traduz, necessariamente, em igualdade nas práticas sociais. O cuidado continua sendo socialmente atribuído às mulheres, muitas vezes de forma implícita, reforçando a naturalização dessa função.

Essa naturalização é sustentada por discursos que valorizam a maternidade e o cuidado como expressões do amor feminino, ocultando seu caráter de trabalho. Como aponta Badinter (1985), ao associar o cuidado ao amor materno, a sociedade impede que ele seja reconhecido como atividade que exige suporte, divisão e políticas públicas.

Além disso, a persistência do machismo estrutural pode ser observada na forma como as instituições operam. A ausência de políticas públicas voltadas ao cuidado evidencia que essa atividade continua sendo tratada como responsabilidade privada. Esping-Andersen (1990) demonstra que, em modelos de proteção social menos desenvolvidos, o cuidado tende a ser transferido para as famílias, reforçando desigualdades de gênero.

No Brasil, essa dinâmica é agravada pelas desigualdades sociais e pela insuficiência de políticas públicas. Yazbek (2001) destaca que a ausência de suporte estatal amplia a dependência das redes familiares, intensificando a sobrecarga sobre as mulheres. Nesse contexto, o cuidado torna-se ainda mais invisível, sendo realizado sem reconhecimento e sem apoio.

No caso das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista, essa estrutura histórica e social se manifesta de forma intensificada. A mãe assume não apenas o cuidado cotidiano, mas a gestão integral das demandas da criança, incluindo aspectos terapêuticos, educacionais e sociais. Essa centralização evidencia que, apesar das transformações sociais, o cuidado continua sendo atribuído às mulheres de forma desproporcional.

A abordagem de Thiago Castro reforça a importância de compreender o autismo em sua dimensão relacional, destacando que o impacto do diagnóstico se estende à família. Castro (2025) aponta que o cuidado exige adaptação constante, planejamento e suporte, evidenciando que a ausência de apoio institucional agrava a sobrecarga.

Dessa forma, a análise histórica e contemporânea do machismo estrutural permite compreender que a naturalização do cuidado não é fenômeno isolado, mas resultado de um processo contínuo de reprodução de desigualdades. Apesar dos avanços normativos, a divisão sexual do cuidado permanece como elemento

estruturante da organização social, impactando diretamente a vida das mulheres.

Portanto, compreender essa trajetória histórica é fundamental para a análise da maternidade atípica, pois evidencia que a sobrecarga materna não é circunstancial, mas estrutural. A permanência da associação entre mulher e cuidado revela a necessidade de transformação das estruturas sociais e institucionais, de modo a promover maior equidade na distribuição das responsabilidades e garantir melhores condições para o exercício do cuidado.

4.4 Maternidade atípica, ruptura social e limites estruturais

A história social das mulheres é marcada por processos de resistência e ruptura frente a estruturas que, por séculos, limitaram sua autonomia e participação na vida pública. Diversas figuras femininas tornaram-se símbolos dessa ruptura, ao desafiar normas sociais estabelecidas e reivindicar direitos fundamentais. Nesse contexto, destaca-se Rosa Parks, cuja recusa em ceder seu assento em um ônibus segregado, em 1955, nos Estados Unidos, tornou-se marco emblemático na luta pelos direitos civis e na resistência contra a opressão estrutural.

A relevância desse ato não reside apenas em sua dimensão individual, mas na forma como evidencia que estruturas sociais podem ser questionadas e transformadas a partir da ação humana. A trajetória de mulheres que romperam barreiras históricas demonstra que a opressão de gênero não é imutável, sendo possível a construção de novos espaços de reconhecimento e autonomia.

Entretanto, a análise da maternidade atípica revela um cenário distinto, no qual as possibilidades de ruptura encontram limites estruturais significativos. Diferentemente das figuras históricas que conseguiram mobilizar ações de resistência, as mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista encontram-se inseridas em uma realidade marcada por demandas contínuas de cuidado, que consomem tempo, energia e recursos emocionais de forma intensa e permanente.

Essa condição limita, na prática, a capacidade de participação social e de engajamento político dessas mulheres. A rotina estruturada em torno do cuidado contínuo reduz as possibilidades de inserção no mercado de trabalho, de participação em espaços públicos e de atuação em movimentos sociais. Assim, ainda que exista potencial de mobilização, a sobrecarga imposta pelo cuidado atua como fator de contenção, restringindo a autonomia e a capacidade de ruptura.

Nesse sentido, a maternidade atípica evidencia uma forma específica de opressão estrutural, que não se manifesta apenas por meio de proibições explícitas, mas pela imposição de condições que inviabilizam, na prática, a participação plena na vida social. A mulher não é formalmente impedida de ocupar espaços públicos, mas encontra-se materialmente impossibilitada de fazê-lo, em razão da intensidade das demandas de cuidado.

Essa realidade pode ser compreendida à luz da teoria de Nancy Fraser (2003), que analisa as formas contemporâneas de injustiça a partir da articulação entre redistribuição e reconhecimento. No caso das mães atípicas, observa-se simultaneamente uma injustiça econômica — decorrente da redução ou perda de renda associada ao cuidado — e uma injustiça simbólica — caracterizada pela invisibilidade social do trabalho realizado. Essa dupla dimensão de injustiça contribui para a manutenção da vulnerabilidade e limita as possibilidades de emancipação.

Além disso, a ausência de políticas públicas adequadas reforça essa limitação estrutural. Como apontam Esping-Andersen (1990) e Yazbek (2001), a insuficiência de proteção social transfere para o âmbito familiar responsabilidades que deveriam ser assumidas pelo Estado. No contexto do TEA, essa transferência se manifesta de forma evidente, na medida em que a família — e, especialmente, a mãe — assume a gestão integral do cuidado, sem suporte institucional proporcional.

A abordagem de Thiago Castro também contribui para essa análise ao destacar que o autismo deve ser compreendido em sua dimensão relacional, considerando o impacto sobre a família. Castro (2025) evidencia que o cuidado exige adaptação constante, planejamento e dedicação contínua, o que reforça a necessidade de suporte institucional e reconhecimento social.

Nesse cenário, a maternidade atípica revela uma contradição fundamental: ao mesmo tempo em que a sociedade valoriza simbolicamente o cuidado materno, não oferece condições materiais para sua realização de forma digna. Essa dissociação evidencia que o reconhecimento simbólico não se traduz em reconhecimento efetivo, contribuindo para a manutenção da sobrecarga e da invisibilidade.

Diferentemente de figuras históricas que conseguiram romper estruturas sociais, as mães atípicas enfrentam uma realidade em que a própria sobrevivência cotidiana exige dedicação integral. O cuidado contínuo atua como elemento que aprisiona, limitando a possibilidade de ação coletiva e de transformação social. Essa condição não decorre de incapacidade individual, mas de uma estrutura que concentra

responsabilidades e não oferece suporte adequado.

Dessa forma, a análise da maternidade atípica permite compreender que a ausência de ruptura não é resultado de passividade, mas de condicionantes estruturais que restringem a ação. A sobrecarga do cuidado, a ausência de políticas públicas e a invisibilidade social configuram um cenário que limita a autonomia e dificulta a construção de processos de emancipação.

Portanto, ao comparar a trajetória de mulheres que romperam barreiras sociais com a realidade das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista, evidencia-se que a possibilidade de ruptura está diretamente relacionada às condições materiais e institucionais disponíveis. A emancipação não depende apenas da vontade individual, mas da existência de estruturas que permitam sua realização.

Essa compreensão é fundamental para o presente trabalho, pois evidencia que a maternidade atípica deve ser analisada não apenas como experiência individual, mas como fenômeno social que exige intervenção estatal. A superação das desigualdades associadas ao cuidado depende da construção de políticas públicas que reconheçam as demandas dessas mulheres e promovam maior equidade na distribuição das responsabilidades.

A análise da ruptura social, quando aplicada ao contexto da maternidade atípica, exige ainda a consideração de um elemento fundamental: a disponibilidade de tempo e de condições materiais para a ação. A história das transformações sociais demonstra que a participação em movimentos de resistência, a organização coletiva e a atuação política pressupõem, em alguma medida, a possibilidade de deslocamento do indivíduo para além das demandas imediatas de sobrevivência.

No caso das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista, essa condição não se verifica. O cuidado contínuo e intensivo impõe uma organização do tempo rigidamente estruturada, na qual grande parte das horas do dia é destinada ao atendimento das necessidades da criança. Terapias, consultas, acompanhamento escolar e gestão da rotina ocupam o cotidiano dessas mulheres, reduzindo significativamente as possibilidades de inserção em outras esferas da vida social.

Essa limitação temporal não deve ser interpretada como escolha individual, mas como consequência direta de uma estrutura que não oferece suporte adequado. A ausência de políticas públicas eficazes transfere para a família — e, especialmente, para a mãe — a responsabilidade integral pelo cuidado, criando um cenário em que o tempo livre se torna escasso ou inexistente. Nesse sentido, o tempo passa a funcionar como

elemento de exclusão social, restringindo a participação e a autonomia.

A teoria de Nancy Fraser (2003) permite aprofundar essa análise ao evidenciar que a justiça social exige não apenas redistribuição de recursos, mas também reconhecimento das diferentes formas de participação social. No caso das mães atípicas, observa-se uma dupla negação: por um lado, há insuficiência de redistribuição, uma vez que o Estado não oferece suporte material suficiente; por outro, há ausência de reconhecimento, pois o cuidado realizado permanece invisível e desvalorizado.

Essa dupla dimensão de injustiça produz um efeito cumulativo, que não apenas limita as condições de vida dessas mulheres, mas também reduz sua capacidade de ação. A impossibilidade de participação não decorre de ausência de interesse ou de consciência, mas de condições estruturais que inviabilizam a atuação. Dessa forma, a ausência de ruptura não deve ser interpretada como passividade, mas como resultado de uma organização social que restringe possibilidades.

Além disso, a análise comparativa entre figuras históricas de ruptura e a realidade das mães atípicas evidencia uma diferença fundamental: enquanto a ruptura pressupõe certa margem de autonomia, a maternidade atípica está inserida em um contexto de dependência estrutural. A necessidade de garantir o cuidado contínuo da criança impede a flexibilização das rotinas e dificulta a construção de espaços de resistência coletiva.

Essa condição é agravada pela ausência de redes de apoio adequadas. Conforme apontam Cohen (2004) e Cobb (1976), o suporte social desempenha papel essencial na ampliação das possibilidades de enfrentamento e na redução do estresse. No entanto, quando essas redes são insuficientes, o indivíduo tende a permanecer isolado, o que limita ainda mais sua capacidade de ação e participação social.

A ausência de suporte institucional também evidencia uma lacuna na atuação estatal. Como destacam Esping-Andersen (1990) e Yazbek (2001), a efetividade dos direitos sociais depende da capacidade do Estado de estruturar políticas públicas que atendam às demandas da população. No contexto do TEA, a insuficiência dessas políticas resulta na transferência de responsabilidades para o âmbito familiar, reforçando desigualdades e ampliando a vulnerabilidade.

A abordagem de Thiago Castro reforça que o autismo deve ser compreendido não apenas como condição individual, mas como realidade que impacta toda a estrutura familiar. Castro (2025) destaca que o cuidado exige adaptação constante e suporte contínuo, evidenciando que a ausência de políticas públicas adequadas intensifica a

sobrecarga.

Nesse contexto, a maternidade atípica revela não apenas a permanência de desigualdades de gênero, mas também a limitação das estruturas sociais em reconhecer e responder a demandas complexas. A impossibilidade de ruptura não é, portanto, sinal de ausência de resistência, mas expressão de uma realidade em que as condições materiais e institucionais não permitem a construção de alternativas.

Dessa forma, a análise da maternidade atípica à luz da ideia de ruptura social permite evidenciar que a emancipação não pode ser pensada apenas em termos individuais. A transformação das condições de vida dessas mulheres exige intervenção estrutural, por meio de políticas públicas que redistribuam responsabilidades, reconheçam o cuidado como trabalho e garantam suporte adequado.

Assim, a comparação com figuras históricas de ruptura não tem como objetivo estabelecer hierarquias de resistência, mas evidenciar que a possibilidade de transformação social está diretamente relacionada às condições concretas de existência. No caso das mães atípicas, essas condições ainda se mostram insuficientes, o que reforça a necessidade de atuação estatal e de reorganização das estruturas sociais.

4.5 A mãe atípica: construção jurídica, social e humana

A expressão “mãe atípica” tem sido amplamente utilizada no âmbito social para designar mulheres que assumem o cuidado de filhos com condições que demandam suporte contínuo, como o Transtorno do Espectro Autista. Apesar de sua crescente difusão no discurso público e acadêmico, não há, no ordenamento jurídico brasileiro, um conceito formalmente positivado que defina essa categoria. Trata-se, portanto, de construção social e doutrinária, cuja consolidação revela a necessidade de reconhecimento de uma realidade marcada por especificidades que não são adequadamente contempladas pelas categorias jurídicas tradicionais.

Nesse sentido, a construção do conceito de mãe atípica exige a articulação de diferentes dimensões — jurídica, social e humana — de modo a permitir uma compreensão ampla e adequada da realidade vivenciada por essas mulheres. A ausência de definição legal não implica inexistência jurídica do fenômeno, mas evidencia uma lacuna normativa que demanda reflexão e elaboração teórica.

Sob a perspectiva jurídica, a mãe atípica pode ser compreendida como sujeito

que assume, de forma contínua e desproporcional, o cuidado de pessoa com deficiência ou condição que exige suporte intensivo, em contexto de insuficiência de políticas públicas e de suporte estatal. Essa definição encontra fundamento nos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da proteção integral, bem como no direito fundamental à saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

A dignidade da pessoa humana, enquanto fundamento do Estado Democrático de Direito, exige a garantia de condições mínimas para uma existência digna, o que inclui não apenas o acesso a serviços de saúde, mas também a proteção contra situações de sobrecarga que comprometam o bem-estar físico e psíquico. Nesse sentido, a ausência de políticas públicas voltadas ao suporte das mães atípicas pode ser interpretada como violação indireta desse princípio, na medida em que impõe a essas mulheres condições de vida marcadas pela exaustão e pela vulnerabilidade.

Além disso, o conceito de mínimo existencial reforça a necessidade de atuação estatal, ao estabelecer que o Estado deve assegurar condições básicas indispensáveis à sobrevivência digna. A saúde, incluindo a saúde mental, integra esse núcleo essencial, não podendo ser negligenciada sem comprometer a efetivação dos direitos fundamentais. A sobrecarga vivenciada pelas mães atípicas evidencia que o mínimo existencial não está sendo plenamente garantido, especialmente no que se refere ao suporte ao cuidado.

A vedação ao retrocesso social também se apresenta como fundamento relevante, na medida em que impede a redução de direitos já conquistados e exige a progressiva ampliação da proteção social. No contexto da maternidade atípica, essa perspectiva implica reconhecer que a ausência de políticas públicas específicas representa não apenas uma lacuna, mas um obstáculo à concretização dos direitos fundamentais.

Sob a perspectiva social, a figura da mãe atípica deve ser compreendida à luz da divisão sexual do trabalho, que concentra nas mulheres a responsabilidade pelo cuidado. Como apontam Hirata (2002) e Federici (2017), o cuidado é historicamente atribuído ao feminino, sendo realizado de forma não remunerada e invisibilizada. Essa estrutura faz com que as mulheres assumam, de maneira desproporcional, as demandas relacionadas ao cuidado de pessoas com deficiência, o que intensifica a sobrecarga e amplia a vulnerabilidade.

No contexto do TEA, essa dinâmica se manifesta de forma ainda mais

evidente. A mãe assume a gestão integral do cuidado, incluindo o acompanhamento terapêutico, a mediação com instituições e a organização da rotina da criança. Essa centralização não decorre de escolha individual, mas de uma estrutura social que não distribui de forma equitativa as responsabilidades.

A abordagem de Thiago Castro contribui para essa análise ao destacar que o autismo deve ser compreendido em sua dimensão relacional, considerando o impacto sobre a família. Castro (2025) evidencia que o cuidado exige adaptação constante, planejamento e suporte contínuo, o que reforça a necessidade de reconhecimento das demandas enfrentadas pelos cuidadores.

Sob a perspectiva humana, a maternidade atípica representa uma experiência marcada por múltiplas dimensões, que envolvem dedicação, afeto, exaustão, resiliência e vulnerabilidade. Trata-se de vivência que ultrapassa categorias jurídicas abstratas, exigindo uma compreensão que considere os impactos concretos do cuidado contínuo na vida dessas mulheres.

A sobrecarga associada ao cuidado intensivo produz efeitos significativos na saúde mental, na autonomia econômica e na participação social. A limitação do tempo disponível, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho e a ausência de redes de apoio contribuem para a construção de um cenário de vulnerabilidade que não pode ser ignorado pelas políticas públicas.

Nesse contexto, a invisibilidade institucional da mãe atípica evidencia uma lacuna na proteção social. Embora a legislação brasileira reconheça direitos das pessoas com deficiência, como previsto na Lei nº 12.764/2012 e na Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015), a proteção aos cuidadores ainda é insuficiente, especialmente no que se refere ao suporte emocional, econômico e social.

Dessa forma, a construção do conceito de mãe atípica permite evidenciar que a realidade vivenciada por essas mulheres não pode ser adequadamente compreendida a partir de categorias tradicionais. Trata-se de sujeito que ocupa posição específica na estrutura social, marcada pela intersecção entre gênero, cuidado e vulnerabilidade.

A partir dessa compreensão, torna-se possível afirmar que a mãe atípica deve ser reconhecida como destinatária de políticas públicas específicas, que considerem suas necessidades e promovam maior equidade na distribuição das responsabilidades de cuidado. Esse reconhecimento não representa privilégio, mas condição necessária para a efetivação dos direitos fundamentais e para a promoção da dignidade humana.

Portanto, a construção jurídica, social e humana da figura da mãe atípica

constitui passo fundamental para a análise da saúde mental dessas mulheres, permitindo compreender que o sofrimento psíquico não é resultado de fragilidade individual, mas consequência de uma estrutura que concentra responsabilidades e não oferece suporte adequado.

A inexistência de um conceito jurídico formal de “mãe atípica” no ordenamento brasileiro não representa mera omissão terminológica, mas revela uma limitação mais profunda do Direito em reconhecer sujeitos cuja condição não se enquadra nas categorias tradicionais. O Direito, ao estruturar suas normas, tende a operar com classificações gerais e abstratas, que nem sempre conseguem abarcar experiências complexas e marcadas por especificidades sociais. Nesse contexto, a figura da mãe atípica permanece à margem da normatividade, apesar de sua relevância concreta.

Essa lacuna evidencia uma tensão entre a realidade social e a estrutura jurídica, na medida em que o Direito reconhece a pessoa com deficiência como sujeito de direitos, mas não contempla adequadamente aqueles que assumem o cuidado contínuo. A centralidade do indivíduo diagnosticado, embora fundamental, acaba por invisibilizar o impacto do cuidado sobre os familiares, especialmente sobre as mães. Essa invisibilidade normativa contribui para a manutenção de uma proteção incompleta, que não alcança a totalidade das relações envolvidas.

Sob a ótica dos direitos fundamentais, essa omissão revela a necessidade de interpretação ampliativa das normas constitucionais. O princípio da dignidade da pessoa humana não pode ser compreendido de forma restrita, devendo abranger não apenas o indivíduo diretamente afetado por determinada condição, mas também aqueles que, em razão dessa condição, têm sua própria dignidade comprometida. Nesse sentido, a sobrecarga imposta às mães atípicas configura situação que exige resposta jurídica, ainda que não haja previsão normativa expressa.

Além disso, a análise da maternidade atípica à luz do direito à saúde evidencia que a proteção estatal não pode se limitar ao atendimento clínico da criança. O art. 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, o que inclui a promoção de condições que garantam o bem-estar físico e mental. Quando o cuidado contínuo compromete a saúde da mãe, especialmente em sua dimensão psíquica, a ausência de políticas públicas específicas revela falha na efetivação desse direito.

A partir dessa perspectiva, torna-se possível afirmar que a saúde da mãe atípica integra o núcleo de proteção constitucional, não podendo ser tratada como

questão secundária. A ausência de suporte adequado não apenas compromete o bem-estar individual, mas também impacta a própria eficácia do cuidado prestado à criança, evidenciando a interdependência entre essas dimensões.

A vulnerabilidade das mães atípicas também deve ser analisada à luz da teoria dos determinantes sociais da saúde. Como aponta Marmot (2008), as condições sociais influenciam diretamente os níveis de saúde e doença, evidenciando que o sofrimento psíquico não é resultado de fragilidade individual, mas de contextos estruturais. No caso das mães atípicas, fatores como sobrecarga, isolamento, insegurança econômica e ausência de suporte institucional configuram um cenário de risco elevado para o adoecimento mental.

Além disso, a vulnerabilidade assume caráter interseccional, na medida em que se articula com desigualdades de gênero, classe e acesso a políticas públicas. Mulheres em situação de maior precariedade econômica tendem a enfrentar ainda mais dificuldades no acesso a serviços de saúde, terapias e redes de apoio, o que amplia a sobrecarga e intensifica o sofrimento psíquico (YAZBEK, 2001).

Nesse contexto, a construção do conceito de mãe atípica não pode se limitar a uma descrição funcional do cuidado, devendo incorporar a análise das condições estruturais que produzem essa realidade. Trata-se de sujeito cuja experiência é marcada pela intersecção entre cuidado intensivo, ausência de suporte e invisibilidade institucional, o que exige abordagem que ultrapasse categorias tradicionais.

A abordagem de Thiago Castro reforça a necessidade de compreender o autismo a partir de uma perspectiva que considere não apenas o indivíduo, mas o contexto familiar. Castro (2025) destaca que o cuidado envolve adaptação constante e exige suporte contínuo, evidenciando que a ausência desse suporte compromete não apenas o desenvolvimento da criança, mas também o bem-estar dos cuidadores.

Dessa forma, a construção jurídica da figura da mãe atípica revela-se não apenas possível, mas necessária. Ainda que não haja previsão expressa, os princípios constitucionais oferecem base suficiente para o reconhecimento dessa condição como juridicamente relevante. A dignidade da pessoa humana, o direito à saúde, a proteção integral e o mínimo existencial constituem fundamentos que permitem a ampliação da interpretação normativa, de modo a incluir as mães atípicas como sujeitos de proteção.

Além disso, a vedação ao retrocesso social impõe ao Estado o dever de avançar na proteção de grupos vulneráveis, não sendo admissível a manutenção de lacunas que comprometam a efetivação de direitos fundamentais. A ausência de

políticas públicas voltadas às mães atípicas não pode ser naturalizada, devendo ser compreendida como falha estrutural que exige intervenção.

Sob a perspectiva humana, a maternidade atípica representa experiência que desafia categorias jurídicas abstratas, na medida em que envolve dimensões afetivas, emocionais e sociais que não podem ser plenamente captadas por conceitos normativos tradicionais. A vivência do cuidado contínuo, marcada por dedicação intensa e ausência de pausas, evidencia a necessidade de reconhecimento de sujeitos cuja realidade ultrapassa os limites da normatividade.

Portanto, aprofundar o conceito de mãe atípica implica reconhecer que o Direito não pode permanecer alheio às transformações sociais. A construção doutrinária dessa categoria não apenas preenche uma lacuna normativa, mas contribui para a ampliação do campo de proteção dos direitos fundamentais, evidenciando a necessidade de políticas públicas que reconheçam, apoiem e valorizem o cuidado.

A análise desenvolvida ao longo deste capítulo evidenciou que a maternidade atípica não pode ser compreendida como experiência individual isolada, mas como fenômeno social estruturado por relações históricas de gênero, pela divisão sexual do trabalho e pela invisibilidade do cuidado. A construção social da maternidade, associada à naturalização do papel feminino no cuidado, contribui para a concentração das responsabilidades sobre as mulheres, produzindo um cenário de sobrecarga que se intensifica significativamente no contexto do Transtorno do Espectro Autista.

Verificou-se, ainda, que essa sobrecarga não decorre exclusivamente das demandas inerentes ao cuidado, mas resulta de uma estrutura social que não distribui de forma equitativa as responsabilidades e não oferece suporte institucional adequado. A ausência de políticas públicas específicas, aliada à invisibilidade do trabalho de cuidado, evidencia a transferência de obrigações coletivas para o âmbito privado, reforçando desigualdades e ampliando a vulnerabilidade das mães atípicas.

A partir da construção do conceito jurídico, social e humano de mãe atípica, tornou-se possível identificar que essas mulheres ocupam posição singular na estrutura social, marcada pela intersecção entre gênero, cuidado intensivo e insuficiência de proteção estatal. Tal condição revela não apenas a limitação das categorias jurídicas tradicionais, mas também a necessidade de ampliação do campo de proteção dos direitos fundamentais, de modo a contemplar as especificidades dessa realidade.

Nesse contexto, destaca-se que a sobrecarga do cuidado e a ausência de suporte institucional produzem impactos diretos na saúde mental dessas mulheres. O

acúmulo de responsabilidades, a limitação da vida social, a insegurança econômica e a invisibilidade do trabalho realizado configuram fatores que contribuem para o desenvolvimento de sofrimento psíquico, evidenciando que a maternidade atípica não pode ser dissociada das condições de saúde mental de quem a vivencia.

Dessa forma, a compreensão da maternidade atípica como fenômeno estrutural permite deslocar o debate do plano individual para o plano coletivo, reconhecendo que o sofrimento psíquico materno não é resultado de fragilidade pessoal, mas consequência de um modelo social que naturaliza a sobrecarga e não oferece suporte adequado.

A partir dessa perspectiva, torna-se imprescindível avançar para a análise específica da saúde mental das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista, considerando suas manifestações, determinantes e os limites das políticas públicas atualmente existentes. É nesse contexto que se insere o próximo capítulo, que se dedicará a examinar a saúde mental dessas mulheres sob a ótica dos direitos fundamentais, das políticas públicas e da necessidade de construção de mecanismos efetivos de proteção e cuidado.

CAPÍTULO 5 — SAÚDE MENTAL DAS MÃES DE CRIANÇAS COM TEA E A NECESSIDADE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

5.1 O direito à saúde e a proteção da saúde mental da mãe atípica

A análise da saúde mental das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista exige, inicialmente, o reconhecimento de que a proteção jurídica à saúde não se esgota na oferta de atendimento clínico à pessoa diretamente diagnosticada. Ao contrário, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas destinadas não apenas ao tratamento de enfermidades, mas também à redução de riscos e à promoção de condições de vida dignas (BRASIL, 1988). Essa concepção ampliada afasta compreensões restritivas do direito à saúde e permite afirmar que a saúde mental da mãe atípica, quando afetada pela sobrecarga estrutural do cuidado, também integra o âmbito de proteção constitucional.

O art. 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde deve ser assegurada mediante políticas que visem à promoção, proteção e recuperação, em perspectiva universal e igualitária (BRASIL, 1988). Não se trata, portanto, de mera prestação assistencial episódica, mas de um dever estatal contínuo e estruturado, que exige a formulação de políticas públicas capazes de responder às necessidades reais dos sujeitos. Nesse sentido, quando a dinâmica social e institucional concentra sobre a mãe o cuidado intensivo e permanente de uma criança com TEA, produzindo sofrimento psíquico, exaustão e vulnerabilidade, o problema deixa de ser exclusivamente privado e passa a situar-se no campo dos direitos fundamentais.

A própria concepção internacional do direito à saúde reforça essa leitura. A Organização Mundial da Saúde define saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Embora essa formulação seja frequentemente criticada por seu ideal de completude, ela possui importância normativa e simbólica decisiva, pois afirma a centralidade da saúde mental como dimensão inseparável da proteção integral à saúde. No mesmo sentido, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reconhece o direito de toda pessoa ao mais elevado nível possível de saúde física e mental, impondo aos Estados obrigações positivas voltadas à sua

concretização progressiva (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966). Assim, a leitura constitucional e internacional do direito à saúde autoriza a compreensão de que a proteção estatal deve alcançar, também, sujeitos cuja saúde mental é afetada pelo exercício de funções de cuidado socialmente impostas.

No plano infraconstitucional, a Lei nº 8.080/1990 reafirma que a saúde é direito fundamental do ser humano e que o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990). A lei organiza o Sistema Único de Saúde com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, todos diretamente relevantes para a presente discussão. A universalidade impede que a proteção à saúde seja limitada a determinados grupos previamente reconhecidos; a integralidade exige que o cuidado seja prestado em todas as dimensões necessárias; e a equidade impõe ao Estado o dever de tratar desigualmente os desiguais, direcionando maior atenção àqueles que se encontram em situação de maior vulnerabilidade. A mãe atípica, situada em contexto de sobrecarga contínua, restrição da vida social e risco aumentado de adoecimento psíquico, insere-se precisamente nesse campo de vulnerabilidade que demanda proteção diferenciada.

A integralidade, em especial, assume centralidade nesta pesquisa. Como destacam Paim e Silva (2010), a integralidade não se limita à soma de serviços, mas expressa uma lógica de cuidado que reconhece a complexidade das necessidades humanas e exige articulação entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Aplicada à maternidade atípica, essa diretriz impede que o sistema de saúde enxergue apenas a criança com TEA como destinatária legítima da atenção estatal. Se o cuidado intensivo da criança repercute diretamente sobre a saúde mental da mãe, então a atenção integral exige que o sistema também a reconheça como sujeito de cuidado. Ignorar essa interdependência significa fragmentar a realidade e reduzir o alcance material do direito à saúde.

Essa discussão se conecta diretamente ao princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento da República e eixo interpretativo de todo o sistema constitucional brasileiro (BRASIL, 1988). A dignidade, nesse contexto, não pode ser compreendida como valor abstrato ou retórico, mas como exigência concreta de proteção das condições mínimas de existência. Uma vida digna não se compatibiliza com exaustão permanente, ausência de descanso, sobrecarga mental contínua, insegurança econômica e isolamento social. Quando a mãe atípica se encontra submetida a tais condições em razão da ausência de suporte estatal, há evidente

comprometimento de sua dignidade, não porque sua condição materna seja em si indigna, mas porque a estrutura social e institucional transforma o cuidado em espaço de sacrifício unilateral.

A doutrina constitucional contemporânea permite reforçar essa leitura por meio da ideia de mínimo existencial. Embora o conceito seja usualmente mobilizado em debates sobre renda, moradia ou acesso a bens materiais, sua lógica também alcança a saúde, inclusive a saúde mental, como dimensão indispensável à existência digna. A proteção do mínimo existencial exige que o Estado assegure condições mínimas para que o indivíduo preserve sua integridade física e psíquica. No caso das mães de crianças com TEA, a ausência de suporte psicológico, de políticas de descanso, de redes públicas de apoio e de mecanismos de corresponsabilização estatal indica que esse núcleo mínimo de proteção não está sendo efetivado de forma adequada.

A situação torna-se ainda mais grave quando se considera que a vulnerabilidade da mãe atípica não decorre de evento fortuito ou excepcional, mas de uma estrutura previsível de distribuição desigual do cuidado. Como demonstram Hirata (2002), Federici (2017) e Saffioti (1976), o cuidado é historicamente feminizado e desvalorizado, sendo tratado como extensão natural da condição feminina. Isso significa que o sofrimento psíquico materno não pode ser explicado apenas a partir das demandas clínicas do autismo, mas deve ser compreendido à luz de uma organização social que concentra sobre as mulheres a responsabilidade pela manutenção da vida cotidiana. Quando o Estado permanece inerte diante dessa estrutura, sua omissão deixa de ser neutra e passa a operar como mecanismo de reprodução da desigualdade.

Sob a ótica dos determinantes sociais da saúde, essa conclusão torna-se ainda mais evidente. Marmot (2008) demonstra que as condições de vida, trabalho, renda, suporte social e segurança influenciam diretamente os níveis de saúde e doença. A saúde mental, nesse sentido, não pode ser reduzida à dimensão intrapsíquica, pois é profundamente afetada por contextos de sobrecarga, precariedade e invisibilidade social. No caso das mães atípicas, a limitação do tempo disponível, a interrupção da vida profissional, a sobreposição de papéis, a insegurança quanto ao futuro e a ausência de redes de apoio configuram fatores estruturais de risco para o adoecimento mental. A proteção jurídica à saúde, portanto, só será efetiva se conseguir alcançar essas condições objetivas.

Também por isso a proteção da saúde mental da mãe atípica deve ser lida em chave de prevenção, e não apenas de tratamento posterior. O dever estatal em matéria

de saúde não se resume à resposta a quadros já instalados; ele abrange a redução de riscos e a prevenção de agravos, como expressamente determina o art. 196 da Constituição (BRASIL, 1988). Se o Estado já dispõe de conhecimento suficiente para reconhecer que a sobrecarga contínua de cuidado, a ausência de suporte e o isolamento social são fatores de risco para o sofrimento psíquico, então a inércia diante dessas circunstâncias representa insuficiência na concretização do direito à saúde em sua dimensão preventiva.

Essa leitura se fortalece ainda mais à luz da política brasileira de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica, consolidada pela Lei nº 10.216/2001, redirecionou o modelo assistencial para bases comunitárias, territoriais e centradas na dignidade do sujeito em sofrimento mental (BRASIL, 2001; AMARANTE, 2007). Entretanto, embora esse modelo tenha ampliado a compreensão da saúde mental para além da internação psiquiátrica, ele ainda permanece centrado, em larga medida, no sujeito formalmente identificado como paciente. Isso significa que cuidadores familiares submetidos a intensa vulnerabilidade psíquica, como as mães atípicas, seguem à margem do desenho institucional da proteção. Há, portanto, um descompasso entre a ampliação conceitual da saúde mental e o reconhecimento concreto dos sujeitos que deveriam ser alcançados por essa proteção.

A ausência de reconhecimento institucional da mãe atípica como sujeito de atenção em saúde mental tem consequências jurídicas relevantes. Em primeiro lugar, perpetua-se a lógica de que o cuidado da criança basta para esgotar o dever estatal, como se a saúde da mãe fosse dimensão colateral ou secundária. Em segundo lugar, reforça-se a falsa separação entre o sujeito cuidado e o sujeito cuidador, quando, na realidade, ambos se encontram em relação de interdependência. A saúde mental da mãe não é questão periférica: ela constitui condição de possibilidade para a continuidade do cuidado cotidiano. Ignorar esse aspecto compromete não apenas os direitos da mãe, mas a própria eficácia da proteção dirigida à criança.

Além disso, a proteção jurídica da mãe atípica encontra fundamento também na lógica da proteção integral. Embora esse princípio seja mais frequentemente associado à criança e ao adolescente, sua efetivação depende das condições materiais e emocionais da família que sustenta o cuidado. Não há proteção integral da criança com TEA se a mãe, que concentra sobre si o cuidado intensivo, permanece em situação de esgotamento, isolamento e vulnerabilidade psíquica. Nesse ponto, o Direito precisa reconhecer que a efetividade dos direitos da criança e da pessoa com deficiência está

diretamente ligada à proteção de quem exerce o cuidado cotidiano.

A dimensão da equidade também se revela decisiva. O tratamento igualitário, em sentido material, exige reconhecer que grupos submetidos a cargas desproporcionais de responsabilidade precisam de respostas específicas. As mães de crianças com TEA não se encontram em posição equivalente à da população em geral, tampouco à de outras mães em contextos de menor demanda de cuidado. Sua realidade é atravessada por determinantes próprios, que justificam políticas diferenciadas de proteção. Aplicar a equidade ao caso significa admitir que a neutralidade estatal, diante de situações desiguais, opera como forma indireta de injustiça.

Dessa forma, a proteção da saúde mental da mãe atípica não pode ser tratada como tema acessório, benevolente ou meramente assistencial. Trata-se de exigência constitucional derivada do direito à saúde, da dignidade da pessoa humana, da integralidade, da equidade, da proteção integral e do dever estatal de formulação de políticas públicas eficazes. O que se coloca em debate não é a criação de privilégio, mas o reconhecimento de uma situação concreta de vulnerabilidade estrutural que demanda resposta jurídica e institucional proporcional.

Em síntese, a mãe atípica deve ser reconhecida como destinatária legítima da proteção constitucional à saúde mental, não apenas porque experimenta sofrimento psíquico relevante, mas porque esse sofrimento é produzido e intensificado por arranjos sociais e institucionais que o Estado tem o dever de enfrentar. A omissão diante dessa realidade compromete a efetividade material do direito à saúde e evidencia a necessidade de reorientação das políticas públicas, de modo que passem a contemplar, expressamente, a figura da cuidadora como sujeito de direito. É a partir dessa constatação que se torna possível avançar para a análise das lacunas das políticas públicas brasileiras quanto ao cuidado ao cuidador.

5.2 Lacunas das políticas públicas brasileiras quanto ao cuidado ao cuidador

A análise do direito à saúde mental das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista evidencia não apenas a existência de vulnerabilidade, mas, sobretudo, a insuficiência das políticas públicas brasileiras em reconhecer e enfrentar essa realidade. Embora o ordenamento jurídico nacional tenha avançado significativamente no reconhecimento dos direitos das pessoas com deficiência, especialmente a partir da

Constituição de 1988 e da Lei Brasileira de Inclusão, permanece uma lacuna estrutural no que se refere à proteção daqueles que assumem o cuidado contínuo — em especial, as mães.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei nº 8.080/1990, representa uma das mais importantes conquistas do constitucionalismo social brasileiro, ao estabelecer um modelo universal, integral e equitativo de atenção à saúde (BRASIL, 1990). Seus princípios estruturantes permitem, em tese, uma abordagem ampliada do cuidado, capaz de considerar não apenas o indivíduo adoecido, mas também seu contexto social e familiar. No entanto, na prática, observa-se que a organização dos serviços ainda se orienta predominantemente pela centralidade no paciente identificado, o que acaba por invisibilizar os impactos do cuidado sobre os familiares.

Essa centralidade no indivíduo diagnosticado, embora compreensível do ponto de vista clínico, revela-se insuficiente quando analisada à luz da complexidade das relações de cuidado. No caso do TEA, o cuidado não se limita a intervenções pontuais, mas envolve acompanhamento contínuo, organização da rotina, mediação institucional e suporte emocional constante. Essa dinâmica faz com que o cuidador — especialmente a mãe — esteja diretamente inserido no processo terapêutico, ainda que não seja formalmente reconhecido como sujeito de atenção pelo sistema de saúde.

A política nacional de saúde mental, estruturada a partir da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216/2001, promoveu importante mudança de paradigma ao substituir o modelo hospitalocêntrico por uma lógica de cuidado territorial e comunitário (BRASIL, 2001; AMARANTE, 2007). No entanto, apesar dessa ampliação conceitual, a rede de atenção psicossocial (RAPS) permanece voltada, majoritariamente, ao atendimento de indivíduos com sofrimento mental diagnosticado, não contemplando de forma sistemática os cuidadores familiares que se encontram em situação de sobrecarga.

Essa lacuna torna-se ainda mais evidente quando se observa a histórica insuficiência de políticas estruturadas de apoio psicológico aos cuidadores. Embora o sofrimento psíquico das mães de crianças com TEA seja amplamente documentado na literatura científica (HAYES; WATSON, 2013; ESTES et al., 2009; BENSON, 2010), historicamente não se observava, no âmbito do SUS, a existência de uma política específica, abrangente e estruturada em âmbito nacional voltada à promoção contínua da saúde mental dessas mulheres. Como será demonstrado adiante, avanços normativos e institucionais recentes passaram a reconhecer de forma mais expressa as

necessidades dos cuidadores, embora ainda permaneçam lacunas quanto à abrangência, continuidade e integração dessas medidas.

Além disso, a ausência de políticas de cuidado ao cuidador revela uma contradição estrutural: o Estado reconhece a importância do cuidado, mas não oferece suporte àqueles que o realizam. Essa omissão evidencia uma lógica de transferência de responsabilidades, na qual o cuidado é deslocado para o âmbito familiar, sem que haja corresponsabilização institucional. Como apontam Esping-Andersen (1990) e Yazbek (2001), modelos de proteção social que não estruturam adequadamente os serviços públicos tendem a reforçar a dependência das famílias, ampliando desigualdades e sobrecarregando grupos já vulneráveis.

No contexto brasileiro, essa transferência de responsabilidades assume contornos ainda mais problemáticos, em razão das desigualdades sociais. Mulheres em situação de menor renda enfrentam maiores dificuldades no acesso a serviços de saúde, terapias especializadas e redes de apoio, o que intensifica a sobrecarga e amplia o risco de adoecimento psíquico. A ausência de políticas públicas específicas, nesse cenário, não apenas reproduz desigualdades, mas também aprofunda a vulnerabilidade estrutural dessas mulheres (YAZBEK, 2001).

Outro aspecto relevante refere-se à fragmentação das políticas públicas. A proteção às pessoas com TEA envolve diferentes áreas — saúde, educação, assistência social —, mas a ausência de integração efetiva entre esses sistemas compromete a continuidade do cuidado. A mãe, nesse contexto, assume o papel de articuladora entre diferentes serviços, sendo responsável por garantir o acesso e a coordenação das intervenções. Essa função, embora essencial, não é reconhecida institucionalmente, o que contribui para a intensificação da carga mental e da sobrecarga.

A Lei nº 12.764/2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, representa avanço importante ao reconhecer o TEA como deficiência para fins legais e assegurar direitos específicos (BRASIL, 2012). No entanto, a lei permanece centrada na pessoa com autismo, não contemplando de forma expressa os cuidadores como destinatários de políticas públicas. Essa ausência reforça a invisibilidade da mãe atípica no plano normativo, evidenciando a necessidade de ampliação do campo de proteção.

De forma semelhante, a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) estabelece diretrizes importantes para a promoção da inclusão e da acessibilidade, mas também não aborda de maneira específica a proteção dos cuidadores familiares

(BRASIL, 2015). A ausência de dispositivos voltados ao suporte dessas pessoas revela uma lacuna que compromete a efetividade das políticas de inclusão, na medida em que ignora a centralidade do cuidado na concretização dos direitos.

Sob a perspectiva da saúde mental, essa lacuna institucional tem consequências significativas. A ausência de suporte psicológico contínuo, aliada à sobrecarga do cuidado, contribui para o desenvolvimento de quadros de estresse crônico, ansiedade e depressão. Como demonstram Cohen (2004) e Cobb (1976), o suporte social constitui fator fundamental para a proteção da saúde mental, sendo sua ausência elemento agravante do sofrimento psíquico. No caso das mães atípicas, a fragilidade dessas redes amplia o risco de adoecimento.

A abordagem de Thiago Castro reforça a necessidade de compreender o autismo a partir de uma perspectiva relacional, considerando os impactos sobre a família. Castro (2025) destaca que o cuidado exige adaptação constante e suporte contínuo, evidenciando que a ausência de políticas públicas adequadas não apenas sobrecarrega os cuidadores, mas também compromete o desenvolvimento da criança.

Além disso, a limitada estruturação de políticas de “respiro familiar” no Brasil evidencia uma lacuna significativa no sistema de proteção ao cuidador. Essas políticas permitem que cuidadores tenham períodos de descanso, reduzindo a sobrecarga e prevenindo o adoecimento. A ainda limitada estruturação, no Brasil, de políticas permanentes e abrangentes de “respiro familiar” demonstra que essa dimensão do cuidado permanece insuficientemente incorporada às políticas públicas nacionais.

Outro ponto crítico refere-se à insuficiência de capacitação dos profissionais que atuam diretamente com crianças com TEA, especialmente na educação. A falta de preparo das escolas para lidar com a inclusão intensifica a insegurança das mães, que muitas vezes não conseguem confiar plenamente no ambiente escolar. Essa insegurança impacta diretamente a saúde mental, na medida em que impede a redução da vigilância constante e limita a autonomia materna.

Dessa forma, as lacunas das políticas públicas brasileiras no cuidado ao cuidador evidenciam uma falha estrutural na proteção dos direitos fundamentais. A ausência de reconhecimento da mãe atípica como sujeito de direito, a insuficiência de suporte psicológico, a fragmentação dos serviços e a transferência de responsabilidades para o âmbito familiar configuram um cenário que compromete a efetividade do direito à saúde.

Portanto, a superação dessas lacunas exige não apenas a ampliação das

políticas existentes, mas a construção de um novo paradigma de proteção, que reconheça o cuidado como questão social e incorpore o cuidador como destinatário legítimo de políticas públicas. Somente a partir dessa reconfiguração será possível promover maior equidade, reduzir a sobrecarga e garantir a efetivação dos direitos fundamentais.

A afirmação acerca da invisibilidade do cuidador nas políticas públicas brasileiras, contudo, precisa ser compreendida à luz de avanços normativos recentes. A Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023, ao atualizar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), passou a reconhecer expressamente a necessidade de proteção à saúde daqueles que participam do processo de cuidado. Entre as ações estratégicas previstas no art. 7º da política, o inciso VIII estabelece a "prevenção de agravos e promoção da saúde dos familiares, cuidadores e acompanhantes das pessoas com deficiência" (BRASIL, 2023).

A previsão representa importante avanço normativo, uma vez que rompe, ao menos no plano formal, com a concepção de que a política de saúde relacionada à deficiência deve alcançar exclusivamente a pessoa diagnosticada. Entretanto, a existência dessa diretriz não significa, por si só, que tenham sido consolidados mecanismos suficientes, específicos e uniformes de cuidado à saúde mental das mães atípicas em todo o território nacional. Persiste, portanto, uma distância entre o reconhecimento normativo do cuidador e a estruturação concreta de uma rede contínua de suporte capaz de responder às diferentes dimensões da sobrecarga do cuidado.

Importante avanço recente nesse cenário ocorreu em 24 de agosto de 2026, quando o Ministério da Saúde anunciou a ampliação da oferta de teleatendimento em saúde mental pelo Sistema Único de Saúde, passando a contemplar expressamente mulheres que exercem o cuidado de familiares com deficiência, transtornos do neurodesenvolvimento ou doenças raras, entre as quais se encontram as denominadas mães atípicas. A iniciativa, apresentada no âmbito do programa Acolhe Mais e acessível pelo aplicativo Meu SUS Digital, prevê a disponibilização de até 100 mil teleatendimentos mensais em saúde mental em todo o território nacional (BRASIL, 2026).

O serviço representa mudança relevante no cenário analisado nesta pesquisa, uma vez que reconhece, de forma expressa, a necessidade de atenção à saúde mental de quem exerce o cuidado. A modalidade remota mostra-se especialmente pertinente à realidade das mães de crianças com TEA, considerando que a sobrecarga cotidiana, a

dificuldade de deslocamento e a indisponibilidade de tempo constituem obstáculos frequentes ao acesso presencial aos serviços de saúde. Segundo o Ministério da Saúde, as usuárias podem ser acolhidas remotamente por profissionais de psicologia e, conforme a necessidade identificada, encaminhadas para continuidade do cuidado na rede territorial de saúde.

Entretanto, por se tratar de política implementada recentemente, em agosto de 2026, seus efeitos, alcance, continuidade e capacidade de resposta às necessidades específicas das mães atípicas ainda demandam acompanhamento e avaliação. Sua criação não elimina as lacunas estruturais discutidas neste estudo, especialmente aquelas relacionadas à sobrecarga material do cuidado, à ausência de períodos institucionalizados de descanso, à insegurança econômica e à fragmentação entre saúde, assistência social e educação. O avanço, contudo, demonstra uma mudança importante no reconhecimento estatal da cuidadora como sujeito que também necessita de atenção em saúde mental.

5.3 A necessidade de políticas públicas específicas para mães de crianças com TEA

A análise das lacunas das políticas públicas brasileiras evidencia que a ausência de suporte adequado às mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista não se trata de falha pontual, mas de insuficiência estrutural no modelo de proteção social. Nesse contexto, torna-se imprescindível reconhecer que a efetivação dos direitos fundamentais, especialmente o direito à saúde, exige a formulação de políticas públicas específicas que considerem as particularidades da maternidade atípica.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece, em seu art. 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços (BRASIL, 1988). Essa previsão impõe ao Estado não apenas a obrigação de ofertar serviços de saúde, mas também o dever de estruturar políticas que enfrentem os determinantes sociais do adoecimento. No caso das mães atípicas, esses determinantes incluem a sobrecarga do cuidado, a ausência de redes de apoio, a limitação da vida social e a insegurança econômica.

A efetivação desse direito deve ser orientada pelos princípios da integralidade e da equidade. A integralidade exige que o cuidado seja compreendido em sua

dimensão ampliada, incluindo não apenas o indivíduo diagnosticado, mas também aqueles que participam do processo de cuidado. A equidade, por sua vez, impõe a necessidade de tratamento diferenciado para grupos em situação de maior vulnerabilidade, de modo a reduzir desigualdades. Nesse sentido, as mães de crianças com TEA constituem grupo que demanda atenção específica, uma vez que estão submetidas a condições particulares de sobrecarga e risco de adoecimento psíquico.

Além disso, o princípio da dignidade da pessoa humana, fundamento da ordem constitucional, exige que o Estado assegure condições mínimas para uma existência digna (BRASIL, 1988). A manutenção de um modelo de cuidado que impõe sobrecarga contínua, ausência de descanso e invisibilidade institucional às mães atípicas revela incompatibilidade com esse princípio, na medida em que compromete o bem-estar físico e mental dessas mulheres.

A proteção integral, embora tradicionalmente associada à criança e ao adolescente, também oferece fundamento relevante para a presente análise. A efetivação dos direitos da criança com TEA depende diretamente das condições em que o cuidado é exercido. Nesse sentido, não há proteção integral da criança sem a proteção adequada de quem realiza o cuidado cotidiano. A ausência de políticas voltadas às mães atípicas compromete, portanto, a própria eficácia das políticas destinadas à criança.

Sob a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, a necessidade de políticas públicas específicas torna-se ainda mais evidente. Marmot (2008) demonstra que fatores como condições de trabalho, renda, suporte social e organização do tempo influenciam diretamente os níveis de saúde e doença. No caso das mães atípicas, esses fatores se manifestam de forma intensificada, configurando cenário de risco elevado para o adoecimento mental. A ausência de intervenção estatal nesse contexto contribui para a perpetuação das desigualdades e para o agravamento do sofrimento psíquico.

A literatura sobre cuidado e gênero também reforça essa necessidade. Como apontam Hirata (2002), Federici (2017) e Saffioti (1976), o cuidado é historicamente atribuído às mulheres, sendo realizado de forma não remunerada e invisibilizada. Essa divisão sexual do trabalho faz com que as mulheres assumam, de maneira desproporcional, as responsabilidades relacionadas ao cuidado de pessoas com deficiência, o que amplia a sobrecarga e limita sua autonomia. A ausência de políticas públicas específicas contribui para a manutenção dessa desigualdade estrutural.

A teoria de Nancy Fraser (2003) oferece importante contribuição ao

demonstrar que a justiça social exige a articulação entre redistribuição e reconhecimento. No caso das mães atípicas, observa-se simultaneamente a necessidade de redistribuição de recursos — por meio de políticas públicas que ofereçam suporte material e institucional — e de reconhecimento do cuidado como atividade social relevante. A ausência dessas dimensões reforça a invisibilidade e a vulnerabilidade dessas mulheres.

Nesse contexto, a formulação de políticas públicas específicas não deve ser compreendida como concessão de privilégio, mas como instrumento de promoção da igualdade material. A neutralidade estatal, diante de situações de desigualdade, opera como forma indireta de injustiça, na medida em que ignora as diferenças e perpetua a concentração de responsabilidades sobre determinados grupos.

A abordagem de Thiago Castro reforça a necessidade de compreender o autismo a partir de uma perspectiva que considere o impacto sobre a família. Castro (2025) destaca que o cuidado envolve demandas complexas e contínuas, evidenciando que a ausência de suporte institucional compromete não apenas o bem-estar dos cuidadores, mas também o desenvolvimento da criança.

Dessa forma, a construção de políticas públicas específicas deve contemplar, entre outros aspectos, o suporte psicológico contínuo às mães, a criação de redes de cuidado compartilhado, a implementação de políticas de descanso (respiro familiar) e a integração entre os sistemas de saúde, educação e assistência social. Essas medidas não apenas reduzem a sobrecarga, mas também promovem melhores condições para o exercício do cuidado.

Experiências internacionais demonstram que modelos baseados na corresponsabilização entre Estado, família e sociedade apresentam melhores resultados na promoção da saúde mental dos cuidadores. Países que estruturam políticas voltadas ao suporte do cuidador reconhecem que o cuidado não pode ser tratado como responsabilidade exclusivamente privada, sendo necessária a intervenção estatal para garantir sua sustentabilidade.

No contexto brasileiro, a ausência dessas políticas evidencia a necessidade de reorientação do modelo de proteção social. A construção de políticas públicas específicas para mães de crianças com TEA representa passo fundamental para a efetivação dos direitos fundamentais, na medida em que reconhece a complexidade do cuidado e promove maior equidade na distribuição das responsabilidades.

Portanto, a necessidade de políticas públicas específicas para mães atípicas

decorre não apenas de uma demanda social, mas de exigência constitucional, fundamentada no direito à saúde, na dignidade da pessoa humana, na proteção integral e na busca pela igualdade material. A superação das desigualdades associadas ao cuidado exige a construção de um modelo de proteção que reconheça, valorize e apoie aqueles que sustentam a vida cotidiana, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade.

A necessidade de formulação de políticas públicas específicas para mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista também pode ser compreendida a partir da teoria da omissão estatal. No âmbito dos direitos sociais, a inércia do Estado diante de situações que demandam atuação positiva não configura neutralidade, mas forma de violação indireta de direitos fundamentais. Quando o ordenamento jurídico reconhece o direito à saúde em sua dimensão integral, mas não estrutura mecanismos capazes de atender às necessidades concretas de determinados grupos, há evidente insuficiência na concretização normativa.

Essa omissão torna-se ainda mais evidente quando se observa que o Estado possui conhecimento acerca das condições de vulnerabilidade enfrentadas pelas mães atípicas. A produção científica já consolidou que o cuidado contínuo, associado à ausência de suporte institucional, constitui fator de risco significativo para o adoecimento mental (HAYES; WATSON, 2013; BENSON, 2010). Assim, a ausência de políticas públicas específicas não pode ser justificada por desconhecimento, revelando falha estrutural na formulação de respostas estatais adequadas.

Sob a ótica do mínimo existencial, essa insuficiência adquire contornos ainda mais relevantes. O Estado não pode se limitar a garantir a sobrevivência biológica, devendo assegurar condições mínimas para uma vida digna, o que inclui a preservação da saúde mental. A ausência de suporte psicológico, de redes de cuidado e de políticas de descanso demonstra que esse núcleo mínimo não está sendo efetivado de forma adequada para as mães atípicas, configurando cenário de proteção incompleta.

Além disso, a vedação ao retrocesso social impõe ao Estado o dever de avançar na proteção de direitos fundamentais, especialmente em contextos de vulnerabilidade. Embora o Brasil tenha avançado no reconhecimento dos direitos das pessoas com deficiência, a ausência de evolução correspondente na proteção dos cuidadores revela um descompasso na concretização dos direitos sociais. Não se trata apenas de ausência de novas políticas, mas de insuficiência na ampliação da proteção em consonância com as demandas sociais contemporâneas.

A teoria de Nancy Fraser (2003) permite aprofundar essa análise ao evidenciar que a justiça social depende da articulação entre redistribuição e reconhecimento. No caso das mães atípicas, a ausência de políticas públicas específicas revela falha em ambas as dimensões. Há ausência de redistribuição, na medida em que o Estado não oferece suporte material e institucional suficiente para reduzir a sobrecarga; e há ausência de reconhecimento, pois o cuidado realizado permanece invisível e desvalorizado.

Essa dupla ausência produz um efeito estrutural de exclusão, na medida em que impede que essas mulheres participem plenamente da vida social. A limitação do tempo, a sobrecarga emocional e a insegurança econômica restringem a autonomia e dificultam a inserção em diferentes esferas sociais. Nesse contexto, a ausência de políticas públicas não apenas perpetua desigualdades, mas contribui para a produção de novas formas de exclusão.

Além disso, a análise das políticas públicas sob a perspectiva de gênero revela que a ausência de suporte às mães atípicas não é neutra, mas reproduz a divisão sexual do trabalho. Como apontam Hirata (2002) e Federici (2017), o cuidado é historicamente atribuído às mulheres, sendo tratado como responsabilidade natural. A ausência de intervenção estatal reforça essa lógica, transferindo para as mulheres responsabilidades que deveriam ser compartilhadas.

Nesse sentido, a formulação de políticas públicas específicas deve ser compreendida como instrumento de correção de desigualdades estruturais, e não como medida excepcional. A intervenção estatal não cria privilégios, mas busca equilibrar uma distribuição desigual de responsabilidades, promovendo maior justiça social.

A própria lógica do Sistema Único de Saúde oferece fundamentos para essa ampliação. A equidade, enquanto princípio estruturante, exige que o Estado reconheça as diferentes necessidades dos grupos sociais e direcione recursos de forma proporcional às vulnerabilidades. Ignorar a situação das mães atípicas significa desconsiderar a própria lógica do sistema, que se propõe a reduzir desigualdades.

A abordagem de Thiago Castro reforça que o cuidado no contexto do autismo não pode ser compreendido de forma isolada, devendo incluir a família como parte integrante do processo. Castro (2025) destaca que o suporte ao cuidador é essencial para a sustentabilidade do cuidado, evidenciando que a ausência de políticas públicas compromete todo o sistema de apoio.

Dessa forma, a construção de políticas públicas específicas para mães de

crianças com TEA deve ser compreendida como exigência constitucional e social. Não se trata de ampliar direitos de forma arbitrária, mas de garantir a efetividade daqueles já previstos no ordenamento jurídico.

Nesse cenário, merece destaque o Projeto de Lei nº 1.520/2025, de autoria da Deputada Federal Carla Dickson, que propõe a instituição, em âmbito nacional, do Auxílio Mãe Atípica (AMA), destinado às mães ou responsáveis legais de crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista ou outras deficiências severas que demandem cuidados contínuos. A proposição foi apresentada em abril de 2025 e, em 2 de setembro de 2026, teve parecer favorável aprovado pela Comissão de Previdência, Assistência Social, Infância, Adolescência e Família da Câmara dos Deputados, seguindo posteriormente para análise da Comissão de Finanças e Tributação (BRASIL, 2025).

A proposta apresenta especial pertinência em relação às questões discutidas nesta pesquisa, pois articula dimensões econômicas e psicossociais do cuidado. O texto original prevê auxílio financeiro mensal, acompanhamento psicológico pelo SUS, acesso a atividades terapêuticas, de lazer e bem-estar e a criação de espaços públicos de "respiro familiar", destinados a proporcionar às mães ou responsáveis períodos regulares de descanso físico e mental. Dessa forma, a proposição legislativa reconhece que a proteção da maternidade atípica não se esgota na assistência destinada à criança, alcançando também a saúde mental, a autonomia e as condições materiais de existência de quem exerce o cuidado contínuo.

Embora ainda se trate de proposição legislativa em tramitação, e não de direito já incorporado definitivamente ao ordenamento jurídico, sua evolução legislativa evidencia a crescente inserção da sobrecarga das mães atípicas na agenda das políticas públicas nacionais. A discussão do AMA converge com os fundamentos apresentados nesta dissertação ao reconhecer que a resposta estatal ao cuidado intensivo demanda atuação multidimensional, reunindo proteção econômica, atenção psicossocial e mecanismos concretos de descanso e compartilhamento do cuidado.

5.4 Educação, inclusão escolar e suporte institucional como fator de proteção da saúde mental materna

A educação inclusiva constitui dimensão essencial da proteção integral das pessoas com Transtorno do Espectro Autista, não apenas por seu impacto direto no

desenvolvimento da criança, mas também pelos efeitos que produz na organização do cuidado e, consequentemente, na saúde mental das mães. A escola, nesse contexto, não se limita a espaço de aprendizagem formal, mas integra a rede de suporte social, funcionando como elemento estruturante da autonomia familiar e da redução da sobrecarga do cuidado.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 assegura a educação como direito de todos e dever do Estado e da família, devendo ser promovida e incentivada com a colaboração da sociedade (BRASIL, 1988). No caso das pessoas com deficiência, esse direito assume contornos ainda mais específicos, exigindo a garantia de acesso à educação inclusiva em condições de igualdade. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) reforça essa obrigação ao estabelecer que o sistema educacional deve assegurar condições de acesso, permanência, participação e aprendizagem, vedando qualquer forma de exclusão (BRASIL, 2015).

No âmbito específico do TEA, a Lei nº 12.764/2012 reconhece a pessoa com autismo como pessoa com deficiência para todos os efeitos legais, assegurando, entre outros direitos, o acesso à educação e ao ensino profissionalizante (BRASIL, 2012). Essa equiparação possui relevância jurídica significativa, pois amplia o campo de proteção e impõe ao Estado o dever de estruturar políticas educacionais inclusivas. No entanto, a efetividade dessas normas depende de sua concretização prática, o que ainda encontra obstáculos relevantes no cenário brasileiro.

A insuficiência de capacitação dos profissionais da educação constitui um dos principais entraves à efetivação da inclusão escolar. A ausência de formação adequada compromete a capacidade da escola de atender às necessidades específicas dos alunos com TEA, gerando insegurança tanto para a criança quanto para a família. Nesse contexto, a mãe, que já se encontra sobrecarregada pelo cuidado cotidiano, permanece em estado constante de vigilância, temendo situações de exclusão, negligência ou inadequação no ambiente escolar.

Essa insegurança possui impacto direto na saúde mental materna. A impossibilidade de confiar plenamente na instituição escolar impede a redução da carga de cuidado e limita a autonomia da mãe, que muitas vezes precisa ajustar sua rotina para acompanhar de perto a experiência escolar da criança. A escola, que deveria funcionar como espaço de apoio e compartilhamento do cuidado, passa a representar fonte adicional de preocupação e estresse.

Além disso, a ausência de profissionais de apoio escolar, quando necessários, compromete a efetividade do processo de inclusão. A legislação brasileira prevê a possibilidade de acompanhamento especializado, mas a implementação dessa medida ainda é irregular, variando significativamente entre municípios e redes de ensino. Essa desigualdade evidencia que o direito à educação inclusiva, embora formalmente reconhecido, não é plenamente garantido na prática.

Sob a perspectiva dos direitos fundamentais, essa realidade revela insuficiência na concretização do direito à educação e sua interdependência com o direito à saúde. A falta de suporte adequado no ambiente escolar não apenas compromete o desenvolvimento da criança, mas também intensifica a sobrecarga materna, impactando diretamente a saúde mental. Nesse sentido, a educação inclusiva deve ser compreendida como política pública que transcende o campo educacional, assumindo papel relevante na promoção da saúde e na redução das desigualdades.

A teoria dos determinantes sociais da saúde reforça essa compreensão ao evidenciar que fatores como acesso à educação, suporte institucional e condições de vida influenciam diretamente o bem-estar físico e mental (MARMOT, 2008). A ausência de um ambiente escolar inclusivo e estruturado amplia a vulnerabilidade das mães atípicas, na medida em que mantém a centralização do cuidado e restringe as possibilidades de reorganização da rotina.

A abordagem de Thiago Castro também destaca que o desenvolvimento da criança com TEA depende de uma rede articulada de apoio, que inclui família, profissionais de saúde e escola. Castro (2025) enfatiza que a ausência de integração entre esses elementos compromete não apenas o processo de desenvolvimento, mas também a sustentabilidade do cuidado, evidenciando a necessidade de políticas públicas que promovam essa articulação.

Nesse contexto, a capacitação docente assume papel central. A formação continuada dos profissionais da educação em práticas inclusivas não deve ser tratada como medida acessória, mas como elemento estruturante do direito à educação. A ausência dessa formação compromete a efetividade das políticas inclusivas e contribui para a reprodução de práticas excludentes, ainda que de forma não intencional.

Experiências internacionais demonstram que a inclusão escolar efetiva depende de investimento contínuo em formação docente, suporte institucional e integração intersetorial. Países que estruturam políticas educacionais inclusivas com base nesses elementos apresentam melhores resultados no desenvolvimento dos

alunos e na redução da sobrecarga familiar. Essa constatação reforça a necessidade de aprimoramento das políticas brasileiras, de modo a incorporar práticas que já se mostraram eficazes em outros contextos.

Outro aspecto relevante refere-se à recente aprovação do laudo vitalício para pessoas com TEA, que representa avanço significativo na redução da burocracia no acesso a direitos. A exigência de reavaliações periódicas impunha às famílias, especialmente às mães, a necessidade de comprovar continuamente uma condição permanente, gerando desgaste emocional e sobrecarga adicional. A adoção do laudo vitalício reduz essa exigência, contribuindo para a simplificação dos processos administrativos e para a diminuição do estresse associado à burocracia.

Embora essa medida não esteja diretamente vinculada à educação, seus efeitos repercutem no contexto escolar, ao facilitar o acesso a direitos e serviços. A redução da burocracia permite que a mãe direcione seus esforços para o cuidado e o acompanhamento do desenvolvimento da criança, em vez de dedicar tempo e energia à renovação constante de documentos.

Entretanto, é importante reconhecer que o laudo vitalício, por si só, não resolve as lacunas existentes na inclusão escolar. A efetividade do direito à educação depende de um conjunto mais amplo de medidas, que envolvem capacitação profissional, estrutura adequada, suporte especializado e integração entre políticas públicas. A ausência desses elementos compromete o potencial transformador da medida, evidenciando a necessidade de abordagem mais abrangente.

Dessa forma, a escola deve ser compreendida como espaço estratégico na rede de proteção às mães atípicas. Quando estruturada de forma adequada, ela contribui para a redução da sobrecarga, amplia a autonomia materna e promove a saúde mental. Por outro lado, quando falha em garantir inclusão efetiva, torna-se elemento de intensificação do sofrimento, evidenciando a interdependência entre educação e saúde.

Portanto, a efetivação da educação inclusiva exige a superação de lacunas estruturais e a construção de políticas públicas integradas, que reconheçam a escola como parte da rede de cuidado. A garantia de um ambiente escolar seguro, inclusivo e preparado não representa apenas cumprimento de um direito educacional, mas condição essencial para a promoção da dignidade, da saúde mental e da qualidade de vida das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista.

5.5 Propostas concretas e direito comparado aplicado

A análise desenvolvida ao longo do presente trabalho evidencia que a proteção das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista não pode se limitar ao reconhecimento abstrato de direitos, sendo indispensável a formulação de políticas públicas concretas, capazes de responder às demandas específicas dessa realidade. A ausência de suporte institucional adequado não apenas compromete a saúde mental dessas mulheres, mas também revela a insuficiência do modelo de proteção social vigente, que ainda trata o cuidado como responsabilidade predominantemente privada.

Nesse contexto, a construção de propostas concretas deve partir do reconhecimento de que o cuidado constitui função social essencial, não podendo permanecer invisibilizado ou restrito ao âmbito familiar. A intervenção estatal, portanto, não deve ser compreendida como exceção, mas como elemento estruturante da efetivação dos direitos fundamentais.

Uma das principais medidas a serem consideradas é a implementação de programas de apoio psicológico contínuo às mães atípicas no âmbito do Sistema Único de Saúde. A oferta de acompanhamento psicológico sistemático, e não apenas eventual, constitui instrumento fundamental para a prevenção do adoecimento mental, especialmente em contextos marcados por sobrecarga contínua. A literatura evidencia que o suporte emocional adequado contribui significativamente para a redução do estresse e para o fortalecimento das estratégias de enfrentamento (COHEN, 2004; COBB, 1976).

Além disso, a criação de políticas de “respiro familiar” (respite care) mostra-se essencial para a redução da sobrecarga. Tais políticas consistem na oferta de períodos temporários de substituição do cuidador principal, permitindo que a mãe tenha acesso a momentos de descanso, autocuidado e reorganização pessoal. Experiências internacionais demonstram que essa medida possui impacto direto na saúde mental dos cuidadores, contribuindo para a redução de quadros de exaustão e ansiedade.

Nesse sentido, destaca-se a experiência do Canadá, que desenvolve programas públicos voltados ao suporte de cuidadores familiares, incluindo serviços de descanso, apoio psicológico e assistência financeira (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA). Esses programas reconhecem o cuidado como responsabilidade compartilhada entre Estado, família e sociedade, contribuindo para a redução da sobrecarga e para a promoção do bem-estar.

De forma semelhante, a Suécia adota modelo de proteção social que inclui suporte direto a pessoas com deficiência e seus cuidadores, por meio de serviços

públicos estruturados. A legislação sueca (Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments – LSS, 1993) prevê a oferta de assistência pessoal, apoio domiciliar e serviços de descanso, evidenciando uma abordagem que reconhece a complexidade do cuidado e a necessidade de suporte contínuo (SWEDEN, 1993).

Essas experiências demonstram que a efetividade das políticas públicas depende da adoção de um modelo baseado na corresponsabilização, no qual o cuidado não é tratado como responsabilidade exclusivamente familiar. A adaptação dessas práticas ao contexto brasileiro exige considerar as especificidades do sistema de proteção social, mas evidencia caminhos possíveis para a construção de políticas mais eficazes.

No âmbito nacional, a ampliação das políticas públicas deve incluir, ainda, a integração entre saúde, educação e assistência social. A fragmentação das políticas públicas constitui um dos principais obstáculos à efetividade do cuidado, na medida em que transfere para a mãe a responsabilidade de articular diferentes serviços. A construção de redes integradas de atendimento permitiria maior eficiência e reduziria a sobrecarga associada à gestão do cuidado.

Outra medida relevante refere-se à capacitação contínua de profissionais da saúde e da educação. A qualificação adequada desses profissionais contribui para a construção de ambientes mais inclusivos e para a redução da insegurança materna, especialmente no contexto escolar. A ausência de preparo institucional não apenas compromete a qualidade do atendimento, mas também intensifica o sofrimento psíquico das mães.

Além disso, a criação de grupos de apoio comunitário representa estratégia importante para o fortalecimento das redes sociais. O suporte entre pares permite a troca de experiências, a construção de estratégias coletivas de enfrentamento e a redução do isolamento, configurando elemento relevante para a promoção da saúde mental.

Sob a perspectiva jurídica, a implementação dessas políticas encontra fundamento nos princípios da dignidade da pessoa humana, da integralidade, da equidade e da proteção integral. A ausência de tais medidas evidencia não apenas lacuna administrativa, mas insuficiência na concretização dos direitos fundamentais, exigindo reorientação do modelo de proteção social.

A abordagem de Thiago Castro reforça que o cuidado no contexto do autismo

deve ser compreendido de forma integrada, considerando não apenas o indivíduo, mas também sua rede de suporte. Castro (2025) destaca que o acolhimento e o suporte contínuo são elementos essenciais para o desenvolvimento e para a qualidade de vida, evidenciando que a ausência de políticas públicas adequadas compromete todo o sistema de cuidado.

Dessa forma, a construção de políticas públicas voltadas às mães atípicas deve ser compreendida como estratégia de promoção da saúde coletiva, e não como benefício individual. O cuidado, quando adequadamente apoiado, produz efeitos positivos não apenas para a família, mas para a sociedade como um todo, reduzindo custos sociais e promovendo maior equidade.

Portanto, a análise do direito comparado, aliada à realidade brasileira, evidencia que a superação das lacunas existentes depende da adoção de políticas públicas estruturadas, integradas e contínuas. A implementação de medidas como apoio psicológico, respiro familiar, redes de cuidado e capacitação profissional constitui passo fundamental para a efetivação dos direitos fundamentais e para a promoção da dignidade das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista.

CAPÍTULO 6 — DIREITO COMPARADO E POLÍTICAS DE SUPORTE AO CUIDADOR

6.1 Direito comparado e a centralidade do cuidador nas políticas públicas

A análise do direito comparado permite identificar padrões estruturais na organização das políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência, evidenciando que a efetividade dessas políticas está diretamente relacionada à forma como o cuidado é compreendido e distribuído na sociedade. Nesse contexto, um dos elementos centrais que diferenciam os modelos de proteção social é o reconhecimento — ou a ausência dele — do cuidador como sujeito de direito e destinatário de políticas públicas específicas.

Tradicionalmente, as políticas voltadas às pessoas com deficiência foram estruturadas a partir de uma perspectiva individual, centrada no sujeito diagnosticado. Esse modelo, embora fundamental para a garantia de direitos básicos, revela-se insuficiente quando se considera a complexidade das relações de cuidado, especialmente em contextos que demandam acompanhamento contínuo, como no caso do Transtorno do Espectro Autista. O cuidado, nesse cenário, não é episódico, mas permanente, envolvendo múltiplas dimensões que ultrapassam o campo estritamente clínico.

A ampliação dessa compreensão encontra respaldo na evolução do próprio conceito de saúde. A definição adotada pela Organização Mundial da Saúde estabelece que a saúde não se limita à ausência de doença, mas abrange um estado de completo bem-estar físico, mental e social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Essa concepção implica reconhecer que o cuidado não pode ser analisado de forma isolada, devendo considerar o contexto social em que se insere, incluindo aqueles que assumem a responsabilidade cotidiana por sua execução.

Nesse sentido, a literatura sobre reprodução social oferece importante contribuição teórica para a compreensão do cuidado como elemento estruturante da organização social. Picchio (1992) demonstra que o trabalho reprodutivo — que inclui o cuidado — é essencial para a manutenção da vida e para o funcionamento da economia, ainda que permaneça invisibilizado. De forma complementar, Federici (2017) evidencia que esse trabalho, historicamente atribuído às mulheres, sustenta o sistema capitalista sem que haja reconhecimento ou remuneração adequada.

Essa invisibilidade do cuidado possui implicações diretas na formulação de

políticas públicas. Ao ser tratado como responsabilidade natural da família — e, mais especificamente, das mulheres — o cuidado deixa de ser reconhecido como questão social, sendo excluído do campo das obrigações estatais. Essa lógica contribui para a manutenção de modelos de proteção social que não incorporam o cuidador como sujeito de direito, mesmo quando este se encontra em situação de evidente vulnerabilidade.

A teoria dos regimes de bem-estar social, desenvolvida por Esping-Andersen (1990), permite aprofundar essa análise ao demonstrar que os Estados diferem quanto à forma de distribuição das responsabilidades entre Estado, mercado e família. Em modelos mais desenvolvidos, observa-se maior intervenção estatal na provisão de serviços de cuidado, o que reduz a dependência das famílias e promove maior equidade. Em contrapartida, em contextos nos quais o Estado assume papel mais limitado, o cuidado tende a ser transferido para o âmbito privado, intensificando desigualdades e ampliando a sobrecarga sobre determinados grupos.

No caso brasileiro, essa transferência de responsabilidades evidencia a persistência de um modelo que naturaliza o cuidado como função familiar, desconsiderando sua dimensão social. Essa concepção não apenas invisibiliza o trabalho realizado pelos cuidadores, mas também impede a construção de políticas públicas capazes de responder às demandas decorrentes do cuidado contínuo.

No recorte comparativo adotado nesta pesquisa, delimitado às experiências do Canadá e da Suécia, observa-se que o reconhecimento do cuidador como destinatário de políticas públicas permite estruturar mecanismos de suporte voltados à redução da sobrecarga e à promoção de sua saúde e bem-estar. A análise desses dois modelos não pretende estabelecer uma conclusão generalizável acerca das políticas adotadas por outros países, mas identificar experiências específicas que possam contribuir para a reflexão sobre o contexto brasileiro.

Sob a perspectiva dos direitos fundamentais, essa diferença assume relevância significativa. O direito à saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal, exige a formulação de políticas públicas que garantam não apenas o tratamento de doenças, mas também a promoção de condições que assegurem o bem-estar físico e mental (BRASIL, 1988). Quando o cuidado contínuo compromete a saúde mental do cuidador, especialmente em contextos de ausência de suporte institucional, a omissão estatal evidencia falha na efetivação desse direito.

Além disso, o princípio da dignidade da pessoa humana impõe a garantia de

condições mínimas para uma existência digna, o que inclui a proteção contra situações de sobrecarga que comprometam o bem-estar físico e psíquico. A ausência de reconhecimento do cuidador como sujeito de direito revela incompatibilidade com esse princípio, na medida em que mantém essas pessoas em situação de vulnerabilidade estrutural.

A teoria dos determinantes sociais da saúde reforça essa compreensão ao evidenciar que fatores como condições de trabalho, suporte social e organização do tempo influenciam diretamente a saúde mental (MARMOT, 2008). No caso dos cuidadores, especialmente das mães de crianças com TEA, a sobrecarga contínua, associada à ausência de suporte, configura cenário de risco elevado para o adoecimento psíquico.

A abordagem de Thiago Castro contribui para essa análise ao destacar que o autismo deve ser compreendido em sua dimensão relacional, considerando o impacto sobre a família. Castro (2025) evidencia que o cuidado envolve demandas complexas e contínuas, que exigem suporte estruturado para sua sustentabilidade.

Dessa forma, o direito comparado evidencia que a centralidade do cuidador nas políticas públicas não constitui elemento acessório, mas componente essencial para a efetivação dos direitos fundamentais. A ausência desse reconhecimento no modelo brasileiro revela a necessidade de reconfiguração das políticas públicas, de modo a incorporar o cuidador como sujeito de direito.

Portanto, a análise comparada desenvolvida nesta pesquisa, a partir das experiências específicas do Canadá e da Suécia, permite identificar elementos que evidenciam a importância da inclusão do cuidador no campo de proteção das políticas públicas. Trata-se de um recorte delimitado, utilizado não para generalizar os modelos internacionais de cuidado, mas para compreender possibilidades de organização e suporte que possam contribuir para o debate brasileiro.

6.2 Modelos internacionais de suporte ao cuidador: análise crítica a partir das experiências do Canadá e da Suécia

A análise do direito comparado evidencia que a efetividade das políticas públicas voltadas às pessoas com Transtorno do Espectro Autista depende diretamente do reconhecimento do cuidador como sujeito de direito, especialmente em contextos de cuidado contínuo e intensivo. Nesse cenário, o modelo canadense destaca-se por

incorporar, de forma estruturada, o suporte ao cuidador como elemento central das políticas públicas, reconhecendo que a sustentabilidade do cuidado está diretamente vinculada à proteção da saúde mental daqueles que o exercem.

No Canadá, políticas públicas voltadas aos cuidadores familiares incluem não apenas apoio psicológico e assistência financeira, mas também a implementação de programas de descanso do cuidador, conhecidos como *respite care*. Esses programas consistem na oferta de substituição temporária do cuidador principal, permitindo que este tenha acesso a períodos de descanso, autocuidado e reorganização de sua rotina. Trata-se de medida que reconhece, de forma explícita, que o cuidado contínuo, quando não compartilhado, produz impactos significativos na saúde mental.

Relatórios da Public Health Agency of Canada indicam que a ausência de períodos de descanso está diretamente associada ao aumento de níveis de estresse, ansiedade e exaustão entre cuidadores familiares. Nesse sentido, a implementação de políticas de *respite care* não constitui benefício acessório, mas instrumento essencial de prevenção do adoecimento psíquico e de promoção da saúde (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA).

Essa abordagem encontra respaldo na teoria do suporte social, que demonstra que a existência de redes de apoio contribui significativamente para a redução do estresse e para o fortalecimento das estratégias de enfrentamento (COHEN, 2004; COBB, 1976). O descanso do cuidador, nesse contexto, deve ser compreendido como forma institucionalizada de suporte social, na medida em que reduz a sobrecarga e amplia a capacidade de adaptação frente às demandas do cuidado.

Além disso, a política de *respite care* também pode ser analisada à luz dos determinantes sociais da saúde. Como aponta Marmot (2008), fatores como condições de trabalho, tempo disponível e suporte social influenciam diretamente os níveis de saúde e doença. A ausência de tempo para descanso, característica recorrente na realidade das mães de crianças com TEA, configura fator de risco significativo para o adoecimento mental. Nesse sentido, a intervenção estatal por meio de políticas de descanso representa medida de prevenção, alinhada ao dever constitucional de redução de riscos à saúde.

Sob a perspectiva jurídica, o modelo canadense evidencia uma compreensão ampliada do direito à saúde, que não se limita ao atendimento clínico, mas abrange a promoção de condições que assegurem o bem-estar físico e mental. Essa concepção aproxima-se do disposto no art. 196 da Constituição Federal brasileira, que estabelece

a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), permitindo afirmar que políticas semelhantes poderiam ser juridicamente justificadas no contexto nacional.

De forma complementar, o modelo sueco reforça essa lógica ao estruturar políticas públicas baseadas na corresponsabilização entre Estado e família. A legislação sueca (LSS, 1993) prevê a oferta de serviços contínuos de suporte, incluindo assistência pessoal e programas de descanso, evidenciando que o cuidado não pode ser integralmente assumido pela família (SWEDEN, 1993).

A análise conjunta dessas experiências permite identificar que o reconhecimento do descanso do cuidador como direito constitui elemento fundamental para a sustentabilidade do cuidado. Ao garantir períodos de pausa, o Estado não apenas protege a saúde mental do cuidador, mas também assegura melhores condições para a continuidade do cuidado.

Em contraste, o modelo brasileiro ainda carece de políticas públicas estruturadas nesse sentido. A ausência de programas de descanso evidencia uma lacuna significativa na proteção social, na medida em que mantém o cuidado concentrado no âmbito familiar, sem mecanismos de compartilhamento das responsabilidades.

A abordagem de Thiago Castro reforça que o cuidado no contexto do autismo exige suporte contínuo e estruturado, evidenciando que a ausência desse suporte compromete tanto o cuidador quanto o desenvolvimento da criança. Nesse sentido, a incorporação de políticas de descanso no contexto brasileiro representa medida não apenas desejável, mas necessária para a efetivação dos direitos fundamentais.

Dessa forma, o direito comparado evidencia que o suporte ao cuidador — especialmente por meio de políticas de descanso — constitui elemento essencial para a promoção da saúde mental e para a construção de um modelo de proteção social mais equitativo. A adaptação dessas práticas ao contexto brasileiro representa passo fundamental para a superação das lacunas identificadas e para a efetivação da dignidade das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista.

6.3 Limitações estruturais do modelo brasileiro: uma análise crítica à luz do direito comparado

A análise do direito comparado, especialmente a partir das experiências do Canadá e da Suécia, evidencia que as limitações do modelo brasileiro de proteção social

não se restringem à escassez de recursos, mas decorrem de uma estrutura normativa e institucional que ainda não reconhece o cuidado como questão pública. Essa constatação permite deslocar o debate do plano meramente econômico para o plano político e jurídico, evidenciando que a ausência de políticas públicas voltadas ao cuidador é resultado de escolhas estruturais que impactam diretamente a efetividade dos direitos fundamentais.

No Brasil, embora o ordenamento jurídico reconheça a saúde como direito de todos e dever do Estado, nos termos do art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), a concretização desse direito ainda se dá de forma fragmentada, especialmente no que se refere à saúde mental dos cuidadores. A centralidade das políticas públicas permanece voltada ao indivíduo diagnosticado, o que, embora necessário, revela-se insuficiente diante da complexidade das relações de cuidado.

Essa limitação estrutural pode ser compreendida à luz da teoria dos regimes de bem-estar social, desenvolvida por Esping-Andersen (1990), que demonstra que a forma como o Estado organiza a proteção social influencia diretamente a distribuição das responsabilidades entre Estado, mercado e família. No modelo brasileiro, observa-se forte tendência à familiarização do cuidado, na qual a responsabilidade pela manutenção da vida cotidiana é transferida para o núcleo familiar, sem que haja correspondente suporte estatal.

Essa lógica de familiarização do cuidado não é neutra. Como apontam Hirata (2002) e Federici (2017), o cuidado é historicamente atribuído às mulheres, sendo tratado como extensão natural da função feminina. Nesse contexto, a ausência de políticas públicas específicas voltadas ao cuidador reforça a divisão sexual do trabalho, concentrando sobre as mães — especialmente as mães atípicas — a responsabilidade pelo cuidado contínuo, sem reconhecimento ou suporte institucional adequado.

A análise crítica desse modelo revela que a omissão estatal, nesse contexto, não pode ser interpretada como ausência de intervenção, mas como forma de atuação indireta que perpetua desigualdades. Ao não estruturar políticas públicas voltadas ao cuidador, o Estado contribui para a manutenção de um sistema no qual o cuidado permanece invisível e desvalorizado, sendo sustentado pelo trabalho não remunerado das mulheres.

Sob a perspectiva dos direitos fundamentais, essa omissão configura insuficiência na efetivação do direito à saúde, especialmente em sua dimensão mental. Como destaca Marmot (2008), os determinantes sociais da saúde incluem fatores como

condições de trabalho, suporte social e organização do tempo. No caso das mães de crianças com TEA, a sobrecarga contínua, associada à ausência de políticas de suporte, configura cenário de risco elevado para o adoecimento psíquico.

A ausência de políticas de descanso do cuidador, amplamente adotadas em países como Canadá e Suécia, evidencia de forma clara essa lacuna. Enquanto esses países reconhecem a necessidade de intervenção estatal para garantir a sustentabilidade do cuidado, o Brasil mantém um modelo que pressupõe a disponibilidade contínua do cuidador, desconsiderando os impactos dessa exigência sobre a saúde mental.

Além disso, a fragmentação das políticas públicas brasileiras constitui elemento que agrava essa situação. A ausência de integração efetiva entre saúde, educação e assistência social transfere para a mãe a responsabilidade de articular diferentes serviços, intensificando a carga mental e ampliando a sobrecarga. Essa função de gestão do cuidado, embora essencial, não é reconhecida institucionalmente, o que contribui para a invisibilidade do trabalho realizado.

A teoria de Nancy Fraser (2003) permite aprofundar essa análise ao evidenciar que a justiça social depende da articulação entre redistribuição e reconhecimento. No modelo brasileiro, observa-se falha em ambas as dimensões. Há ausência de redistribuição, na medida em que o Estado não oferece suporte material e institucional suficiente para reduzir a sobrecarga do cuidado; e há ausência de reconhecimento, pois o trabalho realizado pelas mães atípicas permanece invisível e desvalorizado.

Essa dupla ausência produz efeitos estruturais que limitam a participação social dessas mulheres, restringindo sua autonomia e ampliando sua vulnerabilidade. A limitação do tempo disponível, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho e o isolamento social configuram consequências diretas dessa organização, evidenciando que o problema não pode ser compreendido como questão individual, mas como resultado de uma estrutura social desigual.

A abordagem de Thiago Castro reforça essa compreensão ao destacar que o autismo deve ser analisado em sua dimensão relacional, considerando o impacto sobre a família. Castro (2025) evidencia que o cuidado exige suporte contínuo, o que não se verifica de forma estruturada no contexto brasileiro.

Dessa forma, a comparação com os modelos internacionais permite concluir que a limitação do sistema brasileiro não decorre apenas da ausência de políticas específicas, mas de uma concepção restrita do cuidado, que o mantém no âmbito

privado e não o reconhece como questão de interesse público. Essa concepção compromete a efetividade dos direitos fundamentais e evidencia a necessidade de reconfiguração do modelo de proteção social.

Portanto, a superação dessas limitações exige a construção de políticas públicas que reconheçam o cuidador como sujeito de direito, promovam a redistribuição das responsabilidades e assegurem suporte institucional adequado. A análise crítica do modelo brasileiro, à luz do direito comparado, evidencia que a transformação dessa realidade não é apenas possível, mas necessária para a efetivação da dignidade, da saúde mental e da igualdade material.

6.4 Possibilidades de adaptação das experiências internacionais ao contexto brasileiro

A análise do direito comparado evidencia que a incorporação de políticas públicas voltadas ao suporte do cuidador constitui elemento essencial para a efetivação dos direitos fundamentais. No entanto, a utilização dessas experiências no contexto brasileiro não pode ser realizada de forma acrítica ou meramente imitativa, sendo necessária sua adaptação às especificidades institucionais, sociais e econômicas do país. Nesse sentido, o direito comparado deve ser compreendido como instrumento de orientação e não de reprodução, permitindo a construção de soluções compatíveis com a realidade nacional.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 oferece base normativa suficiente para a implementação de políticas públicas voltadas às mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista. O art. 196 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços (BRASIL, 1988). Essa previsão, interpretada à luz dos princípios da integralidade e da equidade, permite afirmar que a proteção estatal deve considerar as necessidades específicas de grupos em situação de maior vulnerabilidade, como as mães atípicas.

A integralidade exige que o cuidado seja compreendido em sua dimensão ampliada, incluindo não apenas o indivíduo diagnosticado, mas também aqueles que participam diretamente do processo de cuidado. Já a equidade impõe a necessidade de tratamento diferenciado para situações desiguais, de modo a reduzir desigualdades

estruturais. Nesse contexto, a implementação de políticas voltadas ao cuidador não constitui inovação normativa, mas desdobramento lógico dos princípios já previstos no ordenamento jurídico.

Uma das principais possibilidades de adaptação ao contexto brasileiro refere-se à implementação de políticas de descanso do cuidador, inspiradas no modelo canadense de *respite care*. No âmbito nacional, tais políticas poderiam ser estruturadas a partir da integração entre o Sistema Único de Saúde e a assistência social, por meio da oferta de serviços temporários de cuidado que permitam às mães períodos de descanso e reorganização pessoal.

Essa medida encontra fundamento na teoria dos determinantes sociais da saúde, que reconhece a influência de fatores como tempo disponível, suporte social e condições de vida na saúde mental (MARMOT, 2008). A ausência de tempo para descanso, característica recorrente na realidade das mães atípicas, configura fator de risco significativo para o adoecimento psíquico, evidenciando a necessidade de intervenção estatal preventiva.

Além disso, a implementação de programas de apoio psicológico contínuo às mães de crianças com TEA constitui medida essencial para a promoção da saúde mental. Esses programas poderiam ser integrados à rede de atenção psicossocial (RAPS), ampliando seu alcance e incorporando o cuidador como sujeito de cuidado. Essa proposta encontra respaldo na política de saúde mental brasileira, que já reconhece a importância do cuidado territorial e comunitário (BRASIL, 2001; AMARANTE, 2007), permitindo sua ampliação para incluir os cuidadores familiares.

A integração entre políticas públicas também se apresenta como elemento fundamental para a adaptação das experiências internacionais. A fragmentação atual dos serviços transfere para a mãe a responsabilidade de articular diferentes áreas, intensificando a sobrecarga. A construção de redes integradas de atendimento, articulando saúde, educação e assistência social, permitiria maior eficiência na prestação dos serviços e reduziria a carga mental associada à gestão do cuidado.

Nesse sentido, a experiência sueca oferece importante referência ao demonstrar a eficácia de modelos baseados na integração intersetorial. A articulação entre diferentes áreas permite a construção de um sistema de suporte contínuo, no qual o cuidador deixa de ser responsável pela coordenação das intervenções, passando a ser assistido por uma rede estruturada.

A capacitação de profissionais da saúde e da educação também constitui

medida indispensável para a efetivação dessas políticas. A formação continuada contribui para a construção de ambientes mais inclusivos e para a redução da insegurança materna, especialmente no contexto escolar. A ausência de preparo institucional não apenas compromete a qualidade do atendimento, mas também intensifica o sofrimento psíquico das mães.

Sob a perspectiva da teoria da justiça social, a proposta de incorporação dessas políticas encontra respaldo na análise de Fraser (2003), que destaca a necessidade de articulação entre redistribuição e reconhecimento. A implementação de políticas voltadas ao cuidador representa forma de redistribuição das responsabilidades, ao mesmo tempo em que promove o reconhecimento do cuidado como atividade social relevante.

Além disso, a adaptação dessas experiências contribui para a superação da divisão sexual do trabalho, ao reduzir a concentração das responsabilidades de cuidado sobre as mulheres. Como apontam Hirata (2002) e Federici (2017), a redistribuição do cuidado constitui elemento fundamental para a promoção da igualdade de gênero, evidenciando que a intervenção estatal possui impacto direto na redução das desigualdades estruturais.

A abordagem de Thiago Castro reforça que o cuidado no contexto do autismo exige suporte contínuo e abordagem integrada, evidenciando que a ausência de políticas estruturadas compromete tanto o cuidador quanto o desenvolvimento da criança. Nesse sentido, a adaptação das experiências internacionais representa medida necessária para a construção de um modelo mais eficiente e equitativo.

Dessa forma, a incorporação de políticas públicas voltadas às mães atípicas no Brasil não depende da criação de novos direitos, mas da efetivação daqueles já previstos no ordenamento jurídico. A Constituição Federal, ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, oferece base suficiente para a implementação de medidas que promovam a saúde mental e a dignidade dessas mulheres.

Portanto, a adaptação das experiências internacionais ao contexto brasileiro constitui passo fundamental para a reconfiguração do modelo de proteção social, evidenciando que a promoção da saúde mental das mães de crianças com TEA exige a construção de políticas públicas estruturadas, integradas e contínuas. Essa transformação não apenas reduz a sobrecarga, mas também contribui para a efetivação dos direitos fundamentais e para a promoção da igualdade material.

CAPÍTULO 7 — O CUIDADO COMO CATEGORIA CENTRAL PARA A RECONFIGURAÇÃO DO MODELO DE PROTEÇÃO SOCIAL

7.1 Síntese da análise comparada: o cuidado como eixo estruturante das políticas públicas

A análise desenvolvida no capítulo anterior, a partir do direito comparado, permitiu evidenciar que a efetividade das políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência, especialmente no contexto do Transtorno do Espectro Autista, está diretamente vinculada à forma como o cuidado é concebido e institucionalizado. A experiência de países como Canadá e Suécia demonstrou que modelos de proteção social mais eficazes são aqueles que reconhecem o cuidado como questão pública e estruturam políticas específicas voltadas não apenas ao indivíduo diagnosticado, mas também àqueles que assumem a responsabilidade cotidiana pelo cuidado.

Essa constatação permite afirmar que o cuidado não pode ser compreendido como atividade meramente privada ou familiar, mas como elemento central na organização das políticas públicas. A centralidade do cuidado, nesse contexto, revela-se como critério fundamental para a avaliação da efetividade dos sistemas de proteção social, na medida em que a ausência de suporte ao cuidador compromete não apenas sua saúde mental, mas também a continuidade e a qualidade do cuidado prestado.

No caso brasileiro, a análise comparativa evidencia que a persistência de um modelo baseado na familiarização do cuidado resulta na transferência de responsabilidades para o núcleo familiar, sem que haja correspondente suporte institucional. Essa dinâmica, embora frequentemente naturalizada, revela-se incompatível com a concepção ampliada do direito à saúde prevista no art. 196 da Constituição Federal, que impõe ao Estado o dever de garantir não apenas o tratamento de doenças, mas também a promoção de condições que assegurem o bem-estar físico e mental (BRASIL, 1988).

A partir dessa perspectiva, a ausência de políticas públicas voltadas ao cuidador não pode ser interpretada como lacuna pontual, mas como insuficiência estrutural na concretização dos direitos fundamentais. Ao concentrar a atuação estatal no indivíduo diagnosticado, o modelo brasileiro desconsidera a dimensão relacional do cuidado, ignorando que a saúde mental do cuidador constitui elemento essencial para a efetividade das políticas públicas.

Essa dimensão relacional é particularmente evidente no contexto das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista, cuja rotina é marcada por demandas contínuas, complexas e multidimensionais. O cuidado, nesse cenário, não se limita à execução de tarefas práticas, mas envolve planejamento, mediação institucional, suporte emocional e vigilância constante. A ausência de suporte institucional adequado intensifica a sobrecarga e compromete a saúde mental, evidenciando que o cuidado não pode ser analisado de forma isolada.

A teoria dos regimes de bem-estar social, desenvolvida por Esping-Andersen (1990), oferece importante referencial para a compreensão dessas diferenças estruturais. O autor demonstra que os modelos de proteção social variam quanto ao grau de desfamilização do cuidado, ou seja, à capacidade do Estado de reduzir a dependência das famílias na provisão de serviços essenciais. Em sistemas mais desenvolvidos, observa-se maior intervenção estatal na organização do cuidado, o que contribui para a redução das desigualdades e para a promoção da equidade.

Em contrapartida, em contextos nos quais o cuidado permanece concentrado na esfera familiar, como no Brasil, verifica-se a intensificação da sobrecarga e a ampliação das desigualdades, especialmente de gênero. A ausência de políticas públicas voltadas ao cuidador reforça a divisão sexual do trabalho, concentrando sobre as mulheres — e, em especial, sobre as mães atípicas — a responsabilidade pelo cuidado contínuo.

Essa realidade evidencia que o cuidado não pode ser tratado como variável secundária na formulação de políticas públicas, mas como elemento estruturante que condiciona a efetividade dos direitos fundamentais. A centralidade do cuidado, nesse sentido, não decorre apenas de sua relevância prática, mas de sua função na sustentação da vida social e na garantia da dignidade humana.

A abordagem dos determinantes sociais da saúde reforça essa compreensão ao evidenciar que fatores como suporte social, organização do tempo e condições de vida influenciam diretamente o bem-estar psíquico (MARMOT, 2008). No caso das mães de crianças com TEA, a ausência de suporte institucional e de redes estruturadas de cuidado configura cenário de risco elevado para o adoecimento mental, demonstrando que a proteção à saúde exige intervenção estatal que vá além do atendimento clínico.

Além disso, a teoria do suporte social, desenvolvida por Cohen (2004) e Cobb (1976), demonstra que a presença de redes de apoio constitui fator fundamental para a proteção da saúde mental, reduzindo os impactos do estresse e fortalecendo a

capacidade de enfrentamento. A ausência dessas redes, característica do modelo brasileiro, contribui para a intensificação do sofrimento psíquico, evidenciando a necessidade de sua incorporação às políticas públicas.

A perspectiva apresentada por Thiago Castro reforça a importância de compreender o autismo em sua dimensão relacional, destacando que o impacto do cuidado se estende à família e exige suporte contínuo e estruturado. Castro (2025) evidencia que a ausência desse suporte compromete não apenas o bem-estar do cuidador, mas também o desenvolvimento da criança, reforçando a necessidade de políticas públicas integradas.

Dessa forma, a análise comparada permite concluir que a centralidade do cuidado constitui elemento essencial para a reconfiguração do modelo de proteção social brasileiro. Reconhecer o cuidado como eixo estruturante das políticas públicas implica ampliar o campo de proteção, incorporando o cuidador como sujeito de direito e promovendo a redistribuição das responsabilidades.

Portanto, a síntese da análise desenvolvida no capítulo anterior evidencia que a efetividade dos direitos fundamentais, especialmente no que se refere à saúde mental das mães de crianças com TEA, depende da construção de políticas públicas que reconheçam o cuidado como questão pública e promovam sua organização de forma equitativa. A incorporação dessa perspectiva representa passo fundamental para a superação das desigualdades estruturais e para a promoção da dignidade humana.

7.2 A crise da reprodução social e a sobrecarga do cuidado

A análise desenvolvida ao longo desta pesquisa, especialmente a partir do direito comparado, permite compreender que a sobrecarga vivenciada pelas mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista não constitui fenômeno isolado, tampouco decorrente exclusivamente das demandas específicas da condição. Ao contrário, essa realidade insere-se em um processo mais amplo de reorganização das relações entre Estado, mercado e família, frequentemente descrito na literatura como crise da reprodução social.

Nancy Fraser (2003) sustenta que o capitalismo contemporâneo produz uma tensão estrutural entre a esfera da produção econômica e a esfera da reprodução social. Enquanto a primeira é intensamente valorizada e ampliada, a segunda — responsável pela manutenção da vida cotidiana, incluindo o cuidado — permanece invisibilizada e

subfinanciada. Essa dissociação gera um cenário no qual as demandas por cuidado aumentam progressivamente, sem que haja correspondente expansão das políticas públicas voltadas à sua sustentação.

Essa dinâmica evidencia uma contradição fundamental: o sistema econômico depende do cuidado para sua própria reprodução, mas não o reconhece como atividade que exige suporte institucional. Como aponta Fraser (2003), trata-se de uma crise que não é apenas econômica, mas social e política, na medida em que compromete a capacidade das sociedades de sustentar as condições necessárias à vida.

A análise proposta por Silvia Federici (2017) complementa essa compreensão ao demonstrar que o trabalho reprodutivo — que inclui o cuidado, a educação e a manutenção da saúde — foi historicamente atribuído às mulheres e mantido fora do campo das políticas econômicas. Esse processo de invisibilização contribuiu para a naturalização do cuidado como responsabilidade feminina, desconsiderando sua relevância social e sua necessidade de reconhecimento institucional.

No contexto contemporâneo, essa estrutura torna-se ainda mais problemática diante do aumento das demandas de cuidado de longa duração. O Transtorno do Espectro Autista, enquanto condição permanente, exige acompanhamento contínuo, intensivo e multidimensional, ampliando significativamente a carga de trabalho reprodutivo. Nesse cenário, a ausência de suporte estatal adequado resulta na concentração dessas demandas no âmbito familiar, especialmente sobre as mães.

A teoria dos regimes de bem-estar social, desenvolvida por Esping-Andersen (1990), permite compreender como diferentes modelos institucionais respondem a essa crise. Em sistemas nos quais há maior intervenção estatal, observa-se a desfamilização do cuidado, ou seja, a redução da dependência da família na provisão de serviços essenciais. Em contrapartida, em contextos como o brasileiro, verifica-se a persistência de um modelo familiarista, no qual o cuidado permanece concentrado no núcleo familiar, sem suporte institucional equivalente.

Essa familiarização do cuidado não constitui fenômeno neutro, mas reproduz desigualdades estruturais, especialmente de gênero. Como apontam Hirata (2002) e Saffioti (1976), a divisão sexual do trabalho atribui às mulheres a responsabilidade pelo cuidado, enquanto os homens são direcionados ao trabalho produtivo. Essa divisão, ao ser naturalizada, contribui para a invisibilidade do trabalho reprodutivo e para a perpetuação de desigualdades.

No caso das mães de crianças com TEA, essa lógica se manifesta de forma

intensificada. A necessidade de acompanhamento contínuo, associada à ausência de políticas públicas estruturadas, resulta na sobreposição de funções, na restrição da vida profissional e na limitação da autonomia. O cuidado, nesse contexto, deixa de ser apenas atividade e passa a configurar condição estrutural que organiza a vida dessas mulheres.

A crise da reprodução social, portanto, não se limita à escassez de recursos, mas envolve a forma como o cuidado é distribuído e reconhecido na sociedade. A ausência de políticas públicas voltadas ao cuidador evidencia que o Estado brasileiro ainda opera sob uma lógica que desconsidera a centralidade do cuidado, transferindo para o âmbito privado responsabilidades que deveriam ser compartilhadas.

Sob a perspectiva dos direitos fundamentais, essa dinâmica revela insuficiência na efetivação do direito à saúde, especialmente em sua dimensão mental. A Constituição Federal estabelece que a saúde deve ser garantida mediante políticas que visem à redução de riscos e à promoção do bem-estar (BRASIL, 1988). No entanto, a ausência de suporte ao cuidador mantém condições estruturais que favorecem o adoecimento, evidenciando a necessidade de intervenção estatal.

A teoria dos determinantes sociais da saúde, desenvolvida por Marmot (2008), reforça essa compreensão ao evidenciar que fatores como suporte social, condições de vida e organização do tempo influenciam diretamente a saúde mental. No caso das mães atípicas, a combinação entre sobrecarga contínua, ausência de descanso e isolamento social configura cenário de risco elevado para o adoecimento psíquico.

Além disso, a ausência de redes de apoio estruturadas intensifica o impacto dessa sobrecarga. Conforme demonstram Cohen (2004) e Cobb (1976), o suporte social constitui fator fundamental para a proteção da saúde mental, reduzindo os efeitos do estresse e ampliando a capacidade de enfrentamento. A inexistência de políticas públicas que promovam esse suporte contribui para a intensificação do sofrimento psíquico, evidenciando a necessidade de sua incorporação no campo das políticas públicas.

A abordagem de Thiago Castro reforça a necessidade de compreender o autismo em sua dimensão relacional, destacando que o impacto do cuidado se estende à família e exige suporte contínuo. Castro (2025) evidencia que a ausência desse suporte compromete não apenas o cuidador, mas também o desenvolvimento da criança, demonstrando que a crise do cuidado possui efeitos sistêmicos.

Dessa forma, a crise da reprodução social manifesta-se, no contexto das mães

de crianças com TEA, como sobrecarga estrutural resultante da ausência de políticas públicas adequadas. A superação dessa crise exige a reconfiguração do modelo de proteção social, de modo a reconhecer o cuidado como função social e a promover sua redistribuição.

Portanto, compreender a sobrecarga dessas mães à luz da crise da reprodução social permite deslocar o debate do plano individual para o plano estrutural, evidenciando que o sofrimento psíquico não constitui fragilidade pessoal, mas consequência de uma organização social que invisibiliza o cuidado e transfere responsabilidades sem suporte institucional. Essa constatação reforça a necessidade de construção de políticas públicas que reconheçam o cuidado como elemento central para a efetivação dos direitos fundamentais.

7.3 O cuidado como problema global: expansão das demandas e fragilidade das estruturas de suporte

A análise desenvolvida até o presente momento permite compreender que a sobrecarga do cuidado, especialmente no contexto das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista, não constitui fenômeno isolado ou restrito ao cenário brasileiro. Ao contrário, trata-se de manifestação localizada de um problema global mais amplo, caracterizado pela expansão das demandas de cuidado e pela fragilidade das estruturas institucionais destinadas a sustentá-las.

Esse fenômeno tem sido amplamente reconhecido por organismos internacionais e pela literatura acadêmica, que apontam a existência de uma crescente “crise do cuidado” em diversas sociedades contemporâneas. A Organização Mundial da Saúde, ao definir saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, já indica que a proteção à saúde depende de fatores que ultrapassam o âmbito clínico, envolvendo condições sociais, econômicas e institucionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Nesse sentido, a ausência de estruturas adequadas de suporte ao cuidado constitui elemento que impacta diretamente a saúde coletiva.

A expansão das demandas de cuidado decorre, em grande medida, de transformações demográficas e sociais que caracterizam a contemporaneidade. O aumento da longevidade, os avanços da medicina e a maior identificação de condições de desenvolvimento, como o Transtorno do Espectro Autista, contribuíram para a ampliação do número de pessoas que demandam cuidados contínuos e de longa

duração. Esse cenário impõe novos desafios aos sistemas de proteção social, que, em muitos casos, não foram estruturados para lidar com demandas permanentes e complexas.

Paralelamente, observa-se uma fragilização das estruturas tradicionais de suporte. Conforme aponta Zygmunt Bauman, a modernidade líquida promoveu o enfraquecimento dos vínculos comunitários e das redes de solidariedade, reduzindo o suporte informal que historicamente sustentava o cuidado. A família, que antes contava com redes ampliadas de apoio, passa a assumir de forma mais isolada a responsabilidade pelo cuidado, intensificando a sobrecarga.

Além disso, a crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho, embora represente avanço significativo em termos de igualdade de gênero, não foi acompanhada pela redistribuição das responsabilidades domésticas e de cuidado. Como destacam Hirata (2002) e Kergoat, a divisão sexual do trabalho permanece operante, concentrando sobre as mulheres a responsabilidade pelo cuidado, mesmo diante de sua participação na esfera produtiva.

Essa combinação de fatores — aumento das demandas, redução do suporte comunitário e persistência da desigualdade de gênero — resulta na consolidação de um cenário no qual o cuidado se torna fonte de tensão estrutural. A ausência de políticas públicas capazes de responder a essas transformações contribui para a intensificação da sobrecarga e para a produção de vulnerabilidades.

No campo da saúde, essa realidade pode ser analisada à luz dos determinantes sociais, que evidenciam que a saúde mental é profundamente influenciada por fatores como suporte social, estabilidade econômica e organização do tempo (MARMOT, 2008). A ausência de redes estruturadas de cuidado, associada à necessidade de dedicação contínua, configura ambiente propício ao desenvolvimento de estresse crônico, ansiedade e exaustão emocional.

A literatura sobre suporte social reforça essa compreensão ao demonstrar que a presença de redes de apoio constitui fator fundamental para a proteção da saúde mental. Cohen (2004) e Cobb (1976) destacam que o suporte social atua como elemento de proteção, reduzindo os impactos do estresse e fortalecendo a capacidade de enfrentamento. Em contrapartida, sua ausência intensifica a vulnerabilidade e amplia o risco de adoecimento.

No contexto das mães de crianças com TEA, esses fatores se manifestam de forma intensificada. A necessidade de acompanhamento contínuo, associada à

complexidade das demandas, limita a participação social, reduz o tempo disponível para atividades pessoais e dificulta o acesso a redes de apoio. A ausência de políticas públicas estruturadas agrava esse cenário, evidenciando que a sobrecarga não decorre apenas da condição da criança, mas da forma como o cuidado é organizado socialmente.

A abordagem de Thiago Castro reforça essa compreensão ao destacar que o autismo deve ser analisado em sua dimensão relacional, considerando o impacto sobre a família. Castro (2025) evidencia que o cuidado exige suporte contínuo e estruturado, demonstrando que a ausência desse suporte compromete não apenas o cuidador, mas também o desenvolvimento da criança.

A análise comparativa desenvolvida no capítulo anterior demonstrou que países que reconhecem o cuidado como questão pública conseguem estruturar políticas mais eficazes, reduzindo a sobrecarga e promovendo melhores condições de vida. Essa constatação evidencia que a crise do cuidado não decorre apenas do aumento das demandas, mas da incapacidade dos modelos institucionais de se adaptarem a essa nova realidade.

Dessa forma, a compreensão do cuidado como problema global permite ampliar o alcance da análise, evidenciando que a situação das mães de crianças com TEA no Brasil não constitui exceção, mas expressão de um fenômeno mais amplo. Ao mesmo tempo, essa perspectiva reforça que a superação dessa realidade depende da construção de políticas públicas que reconheçam o cuidado como função social e promovam sua organização de forma equitativa.

Portanto, a expansão das demandas de cuidado, associada à fragilidade das estruturas de suporte, configura um dos principais desafios contemporâneos para os sistemas de proteção social. A análise desse fenômeno, à luz da realidade das mães atípicas, evidencia a necessidade de reconfiguração das políticas públicas, de modo a garantir a promoção da saúde mental, a redução das desigualdades e a efetivação dos direitos fundamentais.

7.4 Determinantes sociais e psicossociais do sofrimento das mães atípicas

A análise desenvolvida ao longo desta pesquisa permite afirmar que o sofrimento psíquico vivenciado pelas mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista não pode ser compreendido como fenômeno individual, tampouco como

consequência exclusiva das demandas inerentes à condição. Ao contrário, trata-se de resultado previsível da interação entre múltiplos determinantes sociais e psicossociais que estruturam a experiência do cuidado em contextos de ausência de suporte institucional adequado.

A teoria dos determinantes sociais da saúde, desenvolvida por Marmot (2008), oferece importante referencial para a compreensão dessa realidade ao evidenciar que a saúde — especialmente a saúde mental — é profundamente influenciada por fatores como condições de vida, suporte social, estabilidade econômica, organização do tempo e acesso a serviços. Nesse sentido, o sofrimento psíquico não deve ser interpretado como expressão de fragilidade individual, mas como consequência de condições estruturais que produzem vulnerabilidade.

No caso das mães atípicas, observa-se a presença simultânea de múltiplos fatores de risco, cuja combinação intensifica significativamente a carga emocional e psicológica. Entre esses fatores, destaca-se, em primeiro lugar, o estresse crônico decorrente da necessidade de cuidado contínuo. Diferentemente de outras formas de cuidado episódico, o acompanhamento de uma criança com TEA exige dedicação permanente, envolvendo não apenas a execução de tarefas, mas também planejamento, antecipação de demandas e mediação constante de interações sociais e institucionais.

Esse caráter contínuo do cuidado impede a recuperação emocional, uma vez que não há períodos suficientes de descanso ou de distanciamento das responsabilidades. A ausência de políticas públicas voltadas ao suporte do cuidador agrava esse cenário, mantendo as mães em estado constante de alerta e vigilância, condição que favorece o desenvolvimento de quadros de ansiedade e exaustão emocional.

Além disso, a carga mental associada ao cuidado constitui elemento central para a compreensão do sofrimento psíquico. A responsabilidade de organizar a rotina da criança, acompanhar tratamentos, interagir com instituições e prever possíveis dificuldades exige elevado esforço cognitivo e emocional. Essa carga, frequentemente invisibilizada, consome recursos psíquicos e compromete a capacidade de enfrentamento, intensificando a sensação de sobrecarga.

Outro fator relevante refere-se ao isolamento social. A dedicação intensiva ao cuidado, associada à ausência de suporte institucional, limita a participação das mães em atividades sociais, profissionais e de lazer. Essa restrição contribui para a redução

das redes de apoio, elemento fundamental para a proteção da saúde mental. Conforme demonstram Cohen (2004) e Cobb (1976), o suporte social atua como fator de proteção, reduzindo os impactos do estresse e fortalecendo a resiliência. Sua ausência, portanto, intensifica a vulnerabilidade e amplia o risco de adoecimento.

A dimensão econômica também desempenha papel relevante na configuração desse cenário. A necessidade de dedicação integral ao cuidado frequentemente limita a inserção das mães no mercado de trabalho, reduzindo a renda e ampliando a insegurança financeira. Essa condição não apenas agrava a sobrecarga, mas também restringe o acesso a serviços privados de apoio, evidenciando a importância da intervenção estatal para a promoção da equidade.

A análise da divisão sexual do trabalho contribui para aprofundar essa compreensão ao evidenciar que a concentração do cuidado sobre as mulheres não constitui fenômeno natural, mas resultado de construções sociais historicamente consolidadas. Conforme apontam Hirata (2002) e Saffioti (1976), o cuidado é socialmente atribuído às mulheres, sendo frequentemente desvalorizado e invisibilizado. No contexto das mães atípicas, essa lógica se intensifica, na medida em que o cuidado assume caráter permanente e altamente demandante.

A teoria de Nancy Fraser (2003) reforça essa análise ao destacar que a justiça social exige a articulação entre redistribuição e reconhecimento. No caso das mães de crianças com TEA, observa-se falha em ambas as dimensões: há ausência de redistribuição, na medida em que o Estado não oferece suporte suficiente para reduzir a sobrecarga; e há ausência de reconhecimento, pois o cuidado permanece invisível e não é tratado como atividade social relevante.

Além dos fatores estruturais, é possível identificar determinantes psicossociais que intensificam o sofrimento psíquico. Entre eles, destaca-se a insegurança em relação ao futuro da criança, especialmente no que se refere à autonomia, à inclusão social e à continuidade do cuidado. Essa preocupação constante gera ansiedade e amplia a carga emocional, contribuindo para a sensação de exaustão.

Outro aspecto relevante refere-se à pressão social associada à maternidade. A idealização da figura materna, frequentemente vinculada à abnegação e ao cuidado integral, contribui para a internalização de expectativas que intensificam o sofrimento psíquico. A mãe, nesse contexto, não apenas assume o cuidado, mas também carrega a responsabilidade simbólica de desempenhá-lo de forma plena, o que dificulta o reconhecimento da própria sobrecarga.

A abordagem de Thiago Castro contribui para essa análise ao destacar que o cuidado no contexto do autismo envolve desafios contínuos que impactam diretamente a dinâmica familiar. Castro (2025) evidencia que a ausência de suporte estruturado amplia a sobrecarga e compromete o bem-estar do cuidador, reforçando a necessidade de políticas públicas que considerem a dimensão relacional do cuidado.

Dessa forma, a análise dos determinantes sociais e psicossociais evidencia que o sofrimento das mães atípicas não pode ser reduzido a uma dimensão individual, devendo ser compreendido como resultado de uma estrutura que combina sobrecarga, ausência de suporte, desigualdade de gênero e invisibilidade do cuidado. Essa compreensão desloca o debate do campo da responsabilidade individual para o campo das políticas públicas, evidenciando que a proteção à saúde mental dessas mulheres exige intervenção estatal estruturada.

Portanto, reconhecer os determinantes do sofrimento psíquico das mães de crianças com TEA constitui passo fundamental para a construção de políticas públicas eficazes. A ausência desse reconhecimento perpetua a invisibilidade do problema e compromete a efetividade dos direitos fundamentais, enquanto sua incorporação permite a formulação de respostas capazes de promover a saúde mental, reduzir desigualdades e garantir maior dignidade às mulheres que exercem o cuidado cotidiano.

7.5 Caminhos estruturais para a reorganização do cuidado

A análise desenvolvida ao longo desta pesquisa evidencia que a sobrecarga vivenciada pelas mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista não pode ser enfrentada por meio de medidas pontuais ou intervenções isoladas. Ao contrário, trata-se de fenômeno estrutural, decorrente da forma como o cuidado é organizado e distribuído na sociedade, o que exige a construção de respostas igualmente estruturais, capazes de promover a reorganização do modelo de proteção social.

Nesse sentido, a superação das limitações identificadas depende da incorporação do cuidado como eixo central das políticas públicas, reconhecendo-o não apenas como atividade privada, mas como função social essencial à sustentação da vida e à efetivação dos direitos fundamentais. Essa reconfiguração exige a atuação coordenada do Estado, com a implementação de políticas que promovam a redistribuição das responsabilidades e a redução da sobrecarga sobre os cuidadores.

Uma das principais diretrizes para essa reorganização refere-se ao

reconhecimento formal do cuidador como sujeito de direito. A ausência desse reconhecimento no ordenamento jurídico brasileiro contribui para a invisibilidade do cuidado e dificulta a formulação de políticas públicas específicas. Incorporar o cuidador como destinatário de proteção estatal representa passo fundamental para a construção de um modelo mais equitativo, no qual o cuidado deixa de ser tratado como obrigação individual e passa a ser compreendido como responsabilidade compartilhada.

A experiência internacional analisada ao longo deste trabalho demonstra que a implementação de políticas públicas voltadas ao cuidador constitui estratégia eficaz para a promoção da saúde mental e para a sustentabilidade do cuidado. Nesse contexto, destaca-se a importância das políticas de descanso do cuidador (*respite care*), amplamente adotadas em países como o Canadá. Essas políticas permitem a substituição temporária do cuidador principal, possibilitando períodos de descanso e recuperação emocional, elemento essencial para a prevenção do adoecimento psíquico.

No contexto brasileiro, a adaptação dessa medida poderia ser realizada por meio da integração entre o Sistema Único de Saúde e a assistência social, com a criação de serviços públicos destinados ao suporte temporário ao cuidado. Essa proposta encontra fundamento nos princípios da integralidade e da equidade, que orientam a organização do SUS, permitindo a adaptação das políticas às necessidades específicas dos grupos vulneráveis (BRASIL, 1990).

Além disso, a implementação de programas de apoio psicológico contínuo às mães de crianças com TEA constitui medida indispensável para a promoção da saúde mental. Esses programas poderiam ser estruturados no âmbito da rede de atenção psicossocial, ampliando seu alcance e incorporando o cuidador como sujeito de cuidado. A oferta de suporte psicológico não apenas reduz o sofrimento psíquico, mas também fortalece as estratégias de enfrentamento, contribuindo para a qualidade do cuidado prestado.

A integração entre políticas públicas representa outro elemento fundamental para a reorganização do cuidado. A fragmentação atual dos serviços transfere para a mãe a responsabilidade de articular diferentes áreas, intensificando a sobrecarga e ampliando a carga mental. A construção de redes integradas de atendimento, articulando saúde, educação e assistência social, permitiria maior eficiência na prestação dos serviços e reduziria a necessidade de gestão individual do cuidado.

Nesse sentido, a experiência sueca oferece importante referência ao demonstrar a eficácia de modelos baseados na integração intersetorial e na

corresponsabilização. A articulação entre diferentes áreas permite a construção de um sistema de suporte contínuo, no qual o cuidador deixa de ser responsável pela coordenação das intervenções, passando a ser assistido por uma rede estruturada.

A capacitação de profissionais da saúde e da educação também constitui elemento essencial para a efetivação dessas políticas. A formação continuada contribui para a construção de ambientes mais inclusivos e para a redução da insegurança materna, especialmente no contexto escolar. A ausência de preparo institucional não apenas compromete a qualidade do atendimento, mas também intensifica o sofrimento psíquico das mães.

Sob a perspectiva da teoria da justiça social, a reorganização do cuidado deve ser compreendida como processo que envolve redistribuição e reconhecimento, conforme proposto por Fraser (2003). A implementação de políticas públicas voltadas ao cuidador representa forma de redistribuição das responsabilidades, ao mesmo tempo em que promove o reconhecimento do cuidado como atividade social relevante.

Além disso, a reorganização do cuidado contribui para a superação das desigualdades de gênero, na medida em que reduz a concentração das responsabilidades sobre as mulheres. Como apontam Hirata (2002) e Federici (2017), a redistribuição do cuidado constitui elemento fundamental para a promoção da igualdade, evidenciando que a intervenção estatal possui impacto direto na redução das desigualdades estruturais.

A abordagem de Thiago Castro reforça que o cuidado no contexto do autismo exige suporte contínuo e estruturado, evidenciando que a ausência desse suporte compromete tanto o cuidador quanto o desenvolvimento da criança. Nesse sentido, a construção de políticas públicas voltadas às mães atípicas representa medida essencial para a promoção da saúde mental e para a garantia da qualidade do cuidado.

Dessa forma, os caminhos estruturais para a reorganização do cuidado não se limitam à criação de programas específicos, mas envolvem a reconfiguração do modelo de proteção social, de modo a incorporar o cuidado como elemento central das políticas públicas. Essa transformação exige a atuação coordenada do Estado, a integração entre diferentes áreas e o reconhecimento do cuidador como sujeito de direito.

Portanto, a reorganização do cuidado constitui condição indispensável para a efetivação dos direitos fundamentais, especialmente no que se refere à saúde mental, à dignidade e à igualdade material. A construção de um modelo de proteção social que reconheça e valorize o cuidado representa passo fundamental para a superação das

desigualdades e para a promoção de uma sociedade mais justa e equitativa.

7.6 O cuidado como direito humano e dever do Estado

A análise desenvolvida ao longo desta pesquisa permite afirmar que o cuidado, especialmente no contexto das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista, não pode ser compreendido como atividade privada ou responsabilidade exclusivamente familiar, devendo ser reconhecido como questão de direitos humanos e, portanto, como objeto de proteção estatal. A centralidade do cuidado, evidenciada nos capítulos anteriores, revela que sua organização impacta diretamente a efetivação de direitos fundamentais, especialmente no que se refere à saúde, à dignidade e à igualdade material.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 oferece base normativa suficiente para a incorporação dessa perspectiva, ao estabelecer a dignidade da pessoa humana como fundamento da ordem constitucional (art. 1º, III) e reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 196) (BRASIL, 1988). Esses dispositivos, interpretados de forma sistemática, impõem ao Estado a obrigação de não apenas garantir o acesso a serviços de saúde, mas também promover condições que assegurem o bem-estar físico e mental dos indivíduos.

No caso das mães de crianças com TEA, a ausência de suporte institucional adequado compromete diretamente a efetividade desses direitos, na medida em que as submete a condições de sobrecarga contínua, restrição da autonomia e risco elevado de adoecimento psíquico. Essa realidade evidencia que a proteção à saúde não pode se limitar ao indivíduo diagnosticado, devendo alcançar também aqueles que exercem o cuidado cotidiano.

Além disso, o princípio da proteção à família, previsto no art. 226 da Constituição Federal, não pode ser interpretado como autorização para a transferência irrestrita de responsabilidades para o núcleo familiar. Ao contrário, a proteção constitucional à família implica a obrigação estatal de assegurar condições que permitam sua sustentação, o que inclui a oferta de suporte adequado ao cuidado. A ausência de políticas públicas voltadas às mães atípicas revela, portanto, insuficiência na concretização desse dever.

No plano internacional, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência reforça essa compreensão ao reconhecer que a inclusão plena depende do

suporte às famílias e aos cuidadores. Ao prever a necessidade de medidas que promovam a participação e a autonomia das pessoas com deficiência, a Convenção evidencia que o cuidado não pode ser tratado como responsabilidade isolada, devendo ser estruturado a partir de políticas públicas que garantam suporte contínuo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2006).

A análise da teoria da justiça social, especialmente a partir da contribuição de Fraser (2003), permite aprofundar essa compreensão ao demonstrar que a efetivação dos direitos exige a articulação entre redistribuição e reconhecimento. No contexto das mães de crianças com TEA, observa-se a ausência de ambas as dimensões: não há redistribuição suficiente das responsabilidades de cuidado, nem reconhecimento do cuidado como atividade social relevante.

Essa dupla ausência compromete a igualdade material, na medida em que mantém essas mulheres em situação de vulnerabilidade estrutural. A limitação da participação social, a restrição da autonomia econômica e o risco de adoecimento mental configuram consequências diretas dessa organização, evidenciando que a ausência de políticas públicas não constitui neutralidade, mas forma indireta de violação de direitos fundamentais.

Sob essa perspectiva, o cuidado deve ser reconhecido como direito humano, na medida em que sua adequada organização constitui condição para a efetivação de outros direitos. A proteção à saúde, à dignidade e à igualdade depende diretamente da existência de redes de cuidado estruturadas, capazes de reduzir a sobrecarga e promover o bem-estar dos indivíduos.

A abordagem de Thiago Castro reforça essa compreensão ao evidenciar que o cuidado no contexto do autismo exige suporte contínuo e integrado, demonstrando que a ausência desse suporte compromete não apenas o cuidador, mas também o desenvolvimento da criança. Nesse sentido, a proteção do cuidado deve ser compreendida como elemento essencial para a efetivação dos direitos das pessoas com TEA.

Dessa forma, reconhecer o cuidado como direito humano implica a construção de políticas públicas que promovam a redistribuição das responsabilidades, a oferta de suporte institucional e o reconhecimento do cuidador como sujeito de direito. Essa reconfiguração não demanda a criação de novos direitos, mas a efetivação daqueles já previstos no ordenamento jurídico, especialmente no que se refere à saúde e à dignidade.

Portanto, a análise desenvolvida ao longo deste capítulo evidencia que a reorganização do cuidado constitui condição indispensável para a construção de um modelo de proteção social mais equitativo. A incorporação do cuidado como eixo estruturante das políticas públicas representa passo fundamental para a promoção da saúde mental das mães de crianças com TEA e para a efetivação dos direitos fundamentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo analisar o direito à saúde mental das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista, a partir de uma abordagem que articulou fundamentos constitucionais, políticas públicas, direito comparado e teoria social do cuidado. Ao longo da pesquisa, demonstrou-se que o sofrimento psíquico vivenciado por essas mulheres não pode ser compreendido como fenômeno isolado ou decorrente exclusivamente das demandas inerentes à condição do TEA, mas como resultado de uma estrutura social e institucional que concentra o cuidado no âmbito privado, sem a devida corresponsabilização estatal.

Inicialmente, ao examinar o direito à saúde enquanto direito fundamental, evidenciou-se que sua efetivação não se limita ao acesso a serviços médicos ou terapêuticos, mas exige a promoção de condições que assegurem o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos. A partir dessa compreensão ampliada, tornou-se possível reconhecer que a saúde mental das mães atípicas integra o núcleo essencial desse direito, na medida em que é diretamente impactada pela forma como o cuidado é organizado na sociedade.

A análise da saúde mental, sob a perspectiva dos determinantes sociais, permitiu compreender que fatores como sobrecarga, estresse crônico, isolamento social, insegurança econômica e ausência de suporte institucional não atuam de forma isolada, mas se combinam para produzir um cenário de vulnerabilidade estrutural. No contexto das mães de crianças com TEA, tais fatores se manifestam de maneira intensificada, evidenciando que o sofrimento psíquico não constitui fragilidade individual, mas consequência lógica de condições sociais que produzem e reproduzem desigualdades.

Ao abordar o Transtorno do Espectro Autista, verificou-se que o cuidado exigido por essa condição é contínuo, complexo e multidimensional, demandando não apenas acompanhamento terapêutico, mas também mediação social, organização da rotina e suporte emocional constante. Essa característica reforça a necessidade de uma abordagem relacional, que ultrapasse a centralidade exclusiva no indivíduo diagnosticado e incorpore o cuidador como elemento essencial para a efetividade das políticas públicas.

Nesse sentido, a análise das políticas públicas brasileiras revelou a existência de avanços normativos relevantes, especialmente no reconhecimento dos direitos das pessoas com deficiência. Contudo, também evidenciou lacunas significativas no que se refere à proteção dos cuidadores, especialmente das mães, cujo reconhecimento no desenho institucional das políticas públicas ainda se mostra fragmentado e insuficiente. Essa insuficiência de proteção contribui para a manutenção de um modelo de proteção social que transfere para o âmbito familiar responsabilidades que deveriam ser compartilhadas, intensificando a sobrecarga e ampliando a vulnerabilidade.

A investigação no campo do direito comparado, a partir das experiências do Canadá e da Suécia, demonstrou que a efetividade das políticas públicas está diretamente relacionada ao reconhecimento do cuidador como sujeito de direito. Modelos que incorporam políticas estruturadas de suporte — como programas de descanso do cuidador (*respite care*), apoio psicológico contínuo e integração entre serviços — apresentam melhores resultados na promoção da saúde mental e na sustentabilidade do cuidado. A análise comparativa evidenciou, portanto, que a realidade brasileira não constitui cenário inevitável, mas resultado de escolhas institucionais que podem ser transformadas.

A partir dessa constatação, o trabalho avançou para a análise da crise do cuidado como fenômeno estrutural, evidenciando que a sobrecarga das mães atípicas se insere em um contexto mais amplo de fragilização da reprodução social. A contribuição teórica de Nancy Fraser permitiu compreender que a ausência de políticas públicas voltadas ao cuidado revela uma falha na articulação entre redistribuição e reconhecimento, na medida em que o trabalho reprodutivo permanece invisível e não é adequadamente incorporado ao campo das políticas públicas.

Dessa forma, a pesquisa demonstrou que o cuidado deve ser reconhecido como categoria central para a efetivação dos direitos fundamentais, especialmente no que se refere à saúde, à dignidade e à igualdade material. A invisibilidade do cuidado não constitui apenas falha simbólica, mas elemento que compromete a estrutura do sistema de proteção social, perpetuando desigualdades e limitando a autonomia das mulheres.

A análise dos determinantes sociais e psicossociais do sofrimento das mães de crianças com TEA evidenciou que a sobrecarga não decorre apenas da intensidade

do cuidado, mas da ausência de políticas públicas que promovam suporte institucional adequado. A inexistência de redes estruturadas de apoio, a falta de períodos de descanso e a fragmentação dos serviços contribuem para a intensificação do sofrimento psíquico, demonstrando que a proteção à saúde mental exige intervenção estatal contínua e integrada.

Nesse contexto, conclui-se que a promoção da saúde mental das mães atípicas exige a reconfiguração do modelo de proteção social brasileiro, de modo a reconhecer o cuidado como função pública e a incorporar o cuidador como sujeito de direito. Essa reconfiguração passa pela implementação de políticas públicas estruturadas, integradas e contínuas, capazes de redistribuir responsabilidades, reduzir a sobrecarga e promover maior equidade.

A contribuição desta dissertação reside, portanto, na demonstração de que o direito à saúde mental das mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista não pode ser tratado como questão periférica, mas como elemento central para a efetivação dos direitos fundamentais. Ao evidenciar a relação entre cuidado, saúde mental e organização das políticas públicas, o trabalho propõe a ampliação do campo de proteção jurídica, de modo a incluir aqueles que sustentam a vida cotidiana.

Por fim, a análise desenvolvida permite afirmar que a construção de um modelo de proteção social mais justo e equitativo depende do reconhecimento de que o cuidado não pode permanecer invisível. A efetivação dos direitos fundamentais exige que o Estado assuma papel ativo na organização do cuidado, promovendo condições que assegurem não apenas a inclusão das pessoas com deficiência, mas também a dignidade, a saúde mental e a autonomia daqueles que exercem o cuidado cotidiano.

REFERÊNCIAS

BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BATTAGLIOLA, Françoise. *Histoire du travail des femmes*. Paris: La Découverte, 2000.

BENSON, Paul R. Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 4, n. 2, p. 217–228, 2010.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 1.520, de 2025. Institui o Auxílio Mãe Atípica (AMA), destinado a oferecer apoio financeiro e psicossocial às mães ou responsáveis legais de crianças e adolescentes com deficiência severa ou Transtorno do Espectro Autista (TEA). Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

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. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS oferece 100 mil teleatendimentos mensais de saúde mental para mulheres em situação de violência e mães atípicas. Brasília, DF, 24 ago. 2026.

CASTRO, Thiago. *Simplificando o autismo 2.0: novas perspectivas, acolhimento e ciência*. São Paulo: Literare Books International, 2025.

COBB, Sidney. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, v. 38, n. 5, p. 300–314, 1976.

COHEN, Sheldon. Social relationships and health. *American Psychologist*, v. 59, n. 8, p. 676–684, 2004.

ESPING-ANDERSEN, Gøsta. *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton:

Princeton University Press, 1990.

ESTES, Alison et al. Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism. *Autism*, v. 13, n. 4, p. 375–387, 2009.

FEDERICI, Silvia. *O ponto zero da revolução: trabalho reprodutivo e luta feminista*. São Paulo: Elefante, 2017.

FRASER, Nancy. *Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange*. London: Verso, 2003.

FREEDMAN, Brian H. et al. Relationship status among parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 42, n. 4, p. 539–548, 2012.

HARTLEY, Sigan L. et al. The relative risk and timing of divorce in families of children with autism spectrum disorder. *Journal of Family Psychology*, v. 24, n. 4, p. 449–457, 2010.

HAYES, Sarah A.; WATSON, Samantha L. The impact of parenting stress: a meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v. 43, n. 3, p. 629–642, 2013.

HIRATA, Helena. *Nova divisão sexual do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2002.

HOUSE, James S. *Work stress and social support*. Reading: Addison-Wesley, 1981.

IACONELLI, Vera. *Criar filhos no século XXI*. Porto Alegre: Sulina, 2018.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1969.

MARMOT, Michael. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Nova York: ONU, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Genebra: OMS, 1946.

PERROT, Michelle. *Minha história das mulheres*. São Paulo: Contexto, 2007.

PICCHIO, Antonella. *Social reproduction: the political economy of the labour market*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. *Supporting caregivers in Canada*. Ottawa: Government of Canada, [s.d.].

ROSENBAUM, Peter et al. Family-centred service: a conceptual framework and research review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 40, n. 10, p. 705–710, 1998.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

SWEDEN. *Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (LSS)*. Stockholm, 1993.

YAZBEK, Maria Carmelita. *Pobreza e exclusão social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001.