

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO CUIDADO À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO DA CIDADE DE SÃO PAULO¹

ORGANIZATION OF WORK IN THE CARE OF PEOPLE WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN SPECIALIZED REHABILITATION CENTERS IN THE CITY OF SÃO PAULO

Ana Paula Ribeiro HIRAKAWA²
Rosana Aparecida Salvador ROSSIT³

RESUMO: O Centro Especializado em Reabilitação (CER) faz parte de uma rede de serviços que atua de maneira multiprofissional no atendimento à pessoa com deficiência. Dentre essas deficiências, inclui-se o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Nesse sentido, esta pesquisa tem por objetivo compreender a organização do trabalho nos CERs da cidade São Paulo para atender às pessoas com TEA, na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa. O estudo, de abordagem qualitativa, transversal e descritiva, foi realizado com 14 profissionais das equipes dos CERs. Uma amostra intencional foi constituída progressivamente por um profissional de cada CER Regional, respeitando-se a diversidade entre as categorias, até que se obteve o caráter de saturação da amostra. Da análise de conteúdo, na modalidade temática, emergiram duas categorias: Organização do trabalho da/na equipe; Organização do CER para o atendimento do TEA. Os resultados mostram a importância do atendimento compartilhado; das aprendizagens de uns com os outros na equipe; da ausência de discussões sistemáticas relacionadas às ações, resultados das intervenções e para o planejamento de novas ações. Conclui-se que há necessidade de espaços formativos na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa para possibilitar maior efetividade no cuidado e no fortalecimento da relação entre educação e saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação. Transtorno do Espectro Autista. Equipe de saúde. Educação permanente. Educação interprofissional.

ABSTRACT: The Specialized Rehabilitation Center (SRC) is part of a service network that operates in a multidisciplinary way in caring for people with disabilities. Among these disabilities, the Autism Spectrum Disorder (ASD) is included. In this sense, this research aims to understand the organization of work in the SRCs in the city of São Paulo, Brazil, to assist people with ASD, from the perspective of teamwork and collaborative practice. The study, of qualitative, cross-sectional and descriptive approach, was carried out with 14 professionals from the SRCs teams. An intentional sample was constituted progressively by a professional from each Regional SRC, respecting the diversity between the categories, until the saturation character of the sample was obtained. From the content analysis, in the thematic modality, two categories emerged: Organization of the work of/in the team; Organization of the SRC for ASD care. The results show the importance of shared care; learning from each other in the team; the absence of systematic discussions related to actions, results of interventions and for the planning of new actions. It is concluded that there is a need for training spaces from the perspective of teamwork and collaborative practice to enable greater effectiveness in care and strengthening the relationship between education and health.

KEYWORDS: Rehabilitation. Autistic Spectrum Disorder. Health team. Permanent education. Interprofessional education.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracteriza-se por restrição de interesses e comportamentos estereotipados, alteração qualitativa na comunicação e na interação social

¹ <https://doi.org/10.1590/1980-54702024v30e0154>

² Psicóloga. Mestre. Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde. Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), campus São Paulo. São Paulo/ São Paulo/Brasil. E-mail: paula.hirakawa@unifesp.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5257-5023>

³ Terapeuta Ocupacional. Docente. Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS). São Paulo/São Paulo/Brasil. E-mail: rosana.rossit@unifesp.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0563-7188>

que, geralmente, estão associadas a outros transtornos do desenvolvimento, neuropsiquiátricos e de disfunções sensoriais. É frequente que essas condições acompanhem a pessoa por toda a vida (Ruggieri, 2022).

A incidência de pessoas com TEA tem mostrado um aumento significativo nas últimas décadas. O índice apurado pelo *Centers of Disease Control and Prevention* (Maenner et al., 2023) é de um caso de TEA para cada 36 crianças nascidas vivas. No Brasil, as políticas públicas voltadas para a população com TEA tiveram maior visibilidade a partir da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, denominada de Lei Berenice, que instituiu a Política Nacional de Proteção da Pessoa com TEA, a qual, para fins legais, considera a pessoa com TEA como pessoa com deficiência.

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) é uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS), faz parte da rede de atenção especializada e é habilitado para atender de duas até quatro modalidades de reabilitação (deficiências física, auditiva, visual e intelectual). O CER conta com uma equipe constituída por diferentes profissionais que realizam avaliação, diagnóstico, orientação, estimulação precoce, dispensação de órteses e próteses e outros serviços necessários para o público-alvo (Carvalho, 2019).

O documento “Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo” (Ministério da Saúde, 2014) apresenta direcionadores para a organização do cuidado à pessoa com TEA nos serviços voltados à pessoa com deficiência. Os CERs autorizados a realizar o atendimento à população com TEA são somente os habilitados a atender à reabilitação intelectual (Ministério da Saúde, 2020).

Silva et al. (2019) apontam que o cuidado integral é de suma importância para que se tenha qualidade e evolução no tratamento do TEA e ressaltam que tanto a pessoa com TEA como os responsáveis envolvidos no cuidado devem ser acompanhados por equipe de profissionais. A integralidade no cuidado requer a intencionalidade de definir objetivos comuns, elaborar planejamento coletivo centrado nas demandas e nas necessidades dos pacientes, para implementar as intervenções de forma integrada, na perspectiva do efetivo trabalho em equipe (Peduzzi et al., 2020).

No Brasil, a formação em saúde ainda é desenvolvida a partir de uma lógica uniprofissional, com forte tendência de um olhar profissional fragmentado para as necessidades das pessoas, o que dificulta as atuações integradas e colaborativas, as quais são consideradas indispensáveis para a qualidade da assistência na saúde e a atenção centrada na pessoa sob cuidado (Costa et al., 2018).

A complexidade das demandas em saúde e da organização dos serviços mostra uma tendência crescente da necessidade da substituição do modelo de atuação isolada e independente dos profissionais pela proposta do trabalho colaborativo em equipe (Tompson et al., 2018).

A Organização Mundial da Saúde ([OMS], 2010) aponta a colaboração interprofissional, na formação e no trabalho em saúde, como uma possibilidade de reduzir a crise mundial na força de trabalho, com capacidade de resposta às necessidades de saúde por meio da educação interprofissional e da prática colaborativa. A educação interprofissional em saúde consiste em uma proposta de educação em que membros de mais de uma profissão de saúde aprendem

em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a prática colaborativa e a qualidade da assistência (Revees et al., 2013).

Para que os profissionais estejam preparados para o trabalho em equipe, torna-se essencial ter um olhar ampliado sobre as demandas presentes e ter disponibilidade para a prática colaborativa interprofissional, de modo a favorecer a reflexão constante sobre a atuação e com possibilidades de gerar melhorias e transformações do/no cenário do trabalho em saúde (Rossit et al., 2018).

De acordo Peduzzi et al. (2020), o trabalho interprofissional é reconhecido pela sua importância, visto que pode auxiliar tanto no cuidado aos usuários, às famílias e à comunidade, como também na satisfação dos profissionais/trabalhadores. Diante desse contexto, apresentou-se o seguinte problema de pesquisa: Como ocorre a organização do trabalho nos Centros Especializados em Reabilitação no cuidado à pessoa com TEA, na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa? Para responder a essa questão, a presente pesquisa teve como objetivo compreender a organização do trabalho nos CERs da cidade São Paulo para atender às pessoas com TEA, na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa.

2 MÉTODO

A presente pesquisa foi realizada na cidade de São Paulo, nos CERs que atuam no atendimento às pessoas com TEA. O CER faz parte da rede de atenção especializada à pessoa com deficiência e é habilitado para atender de duas até quatro modalidades de reabilitação, que incluem as deficiências física, auditiva, visual e intelectual. O CER, de acordo com as modalidades a serem atendidas, deve contar obrigatoriamente com uma equipe multiprofissional e exerce um papel central nessa rede, que traz em si a qualificação da atenção à saúde, diferença em relação ao acolhimento e à humanização no cuidado. Os CERs que realizam o atendimento à pessoa com TEA são atualmente os habilitados para a reabilitação intelectual, conforme aponta a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (2013) da cidade de São Paulo.

De acordo com o Sistema de Localização de Estabelecimentos de Saúde da Rede SUS do Município de São Paulo, existe, atualmente, 31 CERs que são habilitados para atendimento de uma ou mais modalidades de deficiências. Os CERs são organizados em CER I, CER II, CER III e CER IV, a depender das modalidades de atendimento realizadas no serviço. Conforme informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (2013) da cidade de São Paulo, dentre os 31 CERs, 25 estão habilitados para a reabilitação intelectual.

O estudo, de caráter transversal e descritivo, ancorou-se na abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa parte de um método que estuda as relações, as representações, as opiniões e as crenças das pessoas e daquilo que está à sua volta, que faz parte da sua vida e molda a sua forma de ver, sentir e pensar sobre o mundo. Esse tipo de pesquisa possui uma fundamentação teórica consistente que preza pela empiria, buscando compreender de maneira sistematizada a lógica interna do grupo a ser estudado (Minayo & Costa, 2019).

Participaram do estudo 14 profissionais que realizam o atendimento à pessoa com TEA em unidades do CER da cidade de São Paulo. Como critérios de inclusão, foram consi-

derados: ser profissional com formação em nível superior e atuação na equipe do CER; profissionais que realizam atendimento às pessoas com TEA no CER; profissionais que tenham tempo de atuação no CER igual ou superior a seis meses. Como critérios de não inclusão, foram considerados: profissional com formação técnica ou inferior; profissional que atue no CER, mas que não realize atendimento de casos de TEA; e profissional com tempo de atuação no CER inferior a seis meses.

A pesquisa teve aprovação ética após apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), aprovada com Parecer nº 5.117.208, de 22 novembro de 2021, e para o CEP da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo (instituição coparticipante), aprovada com Parecer nº 5.243.297, de 15 de fevereiro de 2022.

Um convite foi enviado às Coordenadorias Regionais de Saúde, para encaminhamento aos profissionais das unidades do CER, contendo informações sobre a pesquisa e *link* de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao Termo de Autorização para gravação e uso de áudio, para manifestação do interesse e da concordância em participar da entrevista. Um banco de dados foi organizado com os profissionais que concordaram em participar da pesquisa.

Um roteiro semiestruturado foi elaborado para atender aos objetivos da pesquisa, contendo perguntas abertas que permitissem a liberdade dos participantes para responderem em um diálogo aberto. O roteiro foi o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação (Minayo et al., 2013). A entrevista tem como principal objetivo a obtenção de experiências, informações dos sujeitos sobre o assunto ou problema pesquisado, podendo utilizar e explorar opiniões e sentimentos (Lakatos & Marconi, 2010).

Após completarem os itens de caracterização em formulário eletrônico, a entrevista foi conduzida em ambiente virtual com *link* gerado a partir de *e-mail* institucional com o uso da plataforma *Zoom*. As gravações do respectivo arquivo foram salvas em computador particular, seguro e com senha pessoal.

Uma amostra intencional foi constituída, progressivamente, por um profissional de cada CER Regional e de diferentes profissões, até que se obteve o caráter de saturação (Fontanella et al., 2008). A saturação da amostra foi constatada quando as respostas passaram a não adicionar novos elementos ao conjunto de dados coletados. As 14 entrevistas realizadas com profissionais de diferentes categorias foram transcritas na íntegra.

O conteúdo das entrevistas foi tratado por meio da técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, a qual foi orientada pelas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação para identificação das categorias, a partir das expressões ou palavras significativas, em função das quais os conteúdos se organizaram; e, tratamento e interpretação dos resultados (Minayo, 2010).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos a partir dos itens de caracterização dos 14 participantes das entrevistas estão organizados na Tabela 1.

Tabela 1*Caracterização dos participantes da etapa das entrevistas, São Paulo, 2023 (n=14)*

Participantes	Sexo	Faixa etária (anos)	Formação	Nível Formação	Região do CER
P1	F	25 a 29	Fonoaudiologia	Graduação	Sul
P2	M	50 a 59	Fisioterapia	Graduação	Leste
P3	F	40 a 49	Psicologia	Especialista	Leste
P4	F	30 a 39	Psicologia	Especialista	Sul
P5	F	30 a 39	Nutrição	Especialista	Sul
P6	F	40 a 49	Terapia Ocupacional	Especialista	Sul
P7	F	30 a 39	Terapia Ocupacional	Mestrado	Norte
P8	F	40 a 49	Terapia Ocupacional	Doutorado	Leste
P9	F	40 a 49	Fonoaudiologia	Especialista	Sul
P10	M	40 a 49	Psicologia	Mestrado	Sul
P11	F	25 a 29	Terapia Ocupacional	Especialista	Sul
P12	M	30 a 39	Psicologia	Especialista	Centro
P13	M	30 a 39	Terapia Ocupacional	Especialista	Norte
P14	F	30 a 39	Fonoaudiologia	Especialista	Centro

Nota. F = Feminino; M = Masculino.

A Tabela 1 mostra as características dos 14 entrevistados. A maioria (71,4%) é do sexo feminino. A faixa etária dos profissionais variou de 25 a 59 anos. Em relação à formação profissional, tem-se Terapia Ocupacional (5); Psicologia (4); Fonoaudiologia (3); Fisioterapia (1); e Nutrição (1).

Dentre os profissionais, 64,3% (nove) têm formação em nível de especialista, porém apenas um refere ter curso de aprimoramento para trabalhar com o TEA, o que aponta para duas questões importantes: a primeira refere-se à formação do profissional da reabilitação para o atendimento do TEA; e a segunda questão refere-se à colaboração interprofissional no atendimento à pessoa com TEA. Por contar com equipes constituídas por diferentes categorias profissionais, o CER mostra-se como espaço potente para o trabalho em equipe. Devido à complexidade dos casos de TEA, é importante que se possa contar com equipes constituídas de duas ou mais categorias que tenham preparo para atuação orientada para o trabalho integrado, conjunto e colaborativo.

Costa (2022) aponta que os profissionais da reabilitação se sentem despreparados e inseguros para atuar com crianças com TEA, devido à falta de formação profissional direcionada ao desenvolvimento de competências para a atuação na perspectiva do trabalho em equipe. Para Romeu e Rossit (2022), o trabalho interprofissional é um processo dinâmico em que os profissionais de diferentes formações aprendem uns com os outros a partir do compartilhamento de conhecimentos, percepções e opiniões, possibilitando o fortalecimento da equipe, o aprimoramento do processo de trabalho e a qualidade no atendimento às demandas.

A partir da análise do conteúdo das entrevistas e da interpretação dos resultados, emergiram as categorias e subcategorias que são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1

Relação das categorias e subcategorias emergentes das análises das entrevistas, São Paulo, 2023

Categorias	Subcategorias
1. Organização do trabalho da/na equipe.	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre os objetivos do serviço e/ou equipe. • Avaliação da/na equipe. • Relação entre os profissionais da equipe. • Novas ideias na equipe.
2. Organização do CER para o atendimento do TEA.	<ul style="list-style-type: none"> • Organização do trabalho. • Organização profissional para os atendimentos. • Potencial do CER para o atendimento do TEA.

Da primeira categoria, **Organização do trabalho da/na equipe**, emergiram quatro subcategorias: *Conhecimento sobre os objetivos do serviço e/ou equipe*; *Avaliação da/na equipe*; *Relação entre os profissionais da equipe*; e *Novas ideias na equipe*. Na subcategoria *Conhecimento sobre os objetivos do serviço e/ou equipe*, os relatos mostram aspectos controversos. Por um lado, tem-se depoimentos de que cada profissional decide como fazer e não há um direcionamento institucional ou um espaço coletivo para essa finalidade, mas, internamente, na relação entre os profissionais, há alguns movimentos isolados em busca de um trabalho mais integrado para entender os objetivos do serviço. Entretanto, por vezes, os profissionais ficam à espera de um saber que não possuem ou pensam não possuir de maneira individual. Em contraponto, alguns profissionais trazem depoimentos de que todos sabem os objetivos e conseguem ter condutas alinhadas ao esperado para a pessoa com TEA.

[...] nesse ponto dos objetivos, a gente discute com a família e faz esse Projeto Terapêutico Singular (PTS) inicial, mas esse PTS precisa ser revisto. A gente (profissionais) sentia muita falta de ter instrumentos, porque os instrumentos ajudam a mostrar para a família: “Olha, a gente conseguiu isso. Olha aqui”. Então, estamos sensibilizando a equipe para que todos façam assim (com instrumentos), algumas coisas de forma semelhante e outras coisas, cada profissional faz do seu jeito. Mas algumas coisas dos instrumentos ajudam a mostrar o nosso trabalho para os pais. (P7)

[...] os objetivos são em comum, porque se é para trabalhar a seletividade alimentar, não é só “eu não gosto de maçã”, mas, sim, “eu não gosto de maçã, porque a textura dela é diferente”. Então, a terapeuta ocupacional vai trabalhar essa questão, ou “Não gosto dessa maçã, porque eu não fui exposto a isso na minha casa, não tem essa rotina”, e o psicólogo vai entender essa rotina. Então, é um atendimento compartilhado, os objetivos são comuns, mesmo que o recurso terapêutico seja um, é possível trabalhar várias demandas. Na minha percepção, eu acredito que todos os profissionais envolvidos sabem o que estão fazendo, sabem como isso acontece e como essa dinâmica acontece. (P5)

Eu acho que não tem um objetivo muito bem definido, eu acho que nem todos da equipe sabem o objetivo ou a necessidade, e nem qual o objetivo de algumas intervenções. Acho que, muitas vezes, passa pelo senso comum do que é feito, como se fosse um trabalho superficial, quase como “uma assistência”, como se não fosse empregada uma técnica específica naquilo que

é feito. Eu acho que, muitas vezes, esse atendimento não é validado por essa equipe. Então, eu acho que os objetivos não estão claros, e nem o porquê que é feito com aquela criança, ... e nem o raciocínio clínico por trás daquela intervenção. Eu acho que isso não está claro! (P13)

Observa-se que os conteúdos dos relatos vão ao encontro do apontado por Queiroz e Araujo (2009), quando referem que a equipe de reabilitação traz a dificuldade de não terem tido uma formação para trabalhar em equipe, levando à dificuldade de perceber uma atuação interprofissional. Isso fica evidente no trecho de P13 ao se referir à falta de clareza nos objetivos da equipe e das intervenções, e também, aos (des)conhecimentos sobre os recursos e as técnicas especializados para utilização nos casos de TEA, dificultando o raciocínio clínico e o planejamento apropriado para o cuidado.

O fato de não terem uma formação direcionada para a prática colaborativa leva os profissionais a não validarem suas ações de modo compartilhado junto aos seus pares, pois têm como origem uma formação uniprofissional, em uma perspectiva de um saber fragmentado, direcionado às competências específicas da sua categoria profissional, com permanência dos estereótipos das profissões, o que dificulta iniciativas colaborativas (Costa et al., 2018).

Na subcategoria **Avaliação da/na equipe**, os dados mostram que os profissionais estão preocupados com a avaliação e a discussão sobre como está sendo implementado o trabalho. As discussões ocorrem nos corredores, nos intervalos, e em alguns momentos nas reuniões de equipe, mas os profissionais relataram a falta de espaço institucional, tanto de tempo como de local apropriado para poderem refletir e discutir sobre suas ações.

Sobre a avaliação do próprio trabalho, eu acho que isso não acontece! Acho muito difícil, mas não por culpa de querer, mas por culpa da dinâmica do serviço, ...de ser um paciente atrás do outro, de eu pensar nisso que já está pronto e, se eu sair um pouco fora da caixa, ... eu não vou conseguir dar conta da demanda. Mas então, eu acho que é assim, e isso me entristece! Mas, o diálogo entre nós acontece sim, ... quando falta um paciente, quando a gente está almoçando, e nos espaços dos corredores. (P14)

Em relação ao monitoramento, de como estar sendo esse resultado, esse trabalho, eu não sei se está conseguindo ser assim tão efetivo, porque talvez a gente precisasse instrumentalizar mais, colocar os resultados de uma forma mais organizada, não tem também! A gente tem poucos instrumentos, escalas ou qualquer outro material que possa, também, medir isso! E eu também não vejo isso nas outras especialidades! Então, eu acho que a gente acaba discutindo os casos de tempos em tempos, trazendo muito das nossas observações de antes e de agora. Mas eu acho que falta um pouquinho mais de organização instrumental, isso não tem mesmo! (P12)

Na equipe que eu trabalho, a gente consegue avaliar o que faz, porque a gente sempre está discutindo, e não somente no momento da nossa reunião, mas a gente discute até mesmo após! A gente acaba discutindo, também, depois de um atendimento! No nosso serviço, a gente tem essa facilidade de falar um com o outro, não só no momento da reunião, mas também durante a própria atividade, na própria terapia, ou após a sessão. Então, eu considero que a gente tem essa facilidade, acho que a gente tem uma equipe boa pra isso, que sempre abraça a causa, porque eles cooperam, eles vão juntos! (P9)

Trazer para a reunião a questão dos instrumentos de avaliação e perguntar sobre as metas e sobre o que os profissionais vão construir juntos foi um grande avanço! Mesmo causando um estranhamento inicial, você reconhece que precisa de ajuda, que preciso do colega, e isso ajudou a unir a equipe! Então, a gente começou a construir esses instrumentos. Hoje a gente está num

nível mais aprofundado de discussão, mas ainda muito longe do esperado. Ainda temos muitas angústias, mas a desinformação melhorou muito! (P7)

Queiroz e Araujo (2009) apontam a dificuldade na participação e na discussão coletiva entre os profissionais da reabilitação, períodos curtos para discutir os casos e avaliar a atuação, o que demonstra fragilidades na organização do trabalho e na avaliação sistemática das ações implementadas. De acordo com Agreli (2017), quanto melhor for o clima de equipe em relação às interações e à definição dos objetivos, maior será a reserva de tempo para reuniões de planejamento e avaliação coletiva do trabalho.

Na subcategoria **Relação entre os profissionais da equipe**, é possível observar diferentes formas de perceber as relações na equipe. Em alguns trechos, a equipe aparece de forma fragmentada, e a relação entre os pares mostra-se fragilizada, o que aponta para a necessidade de uma formação de profissionais da saúde que seja orientada para o trabalho em equipe.

[...] uma colega que é fisioterapeuta, fala que não entende nada sobre TEA. Eu tenho ajudado ela com os pacientes, então. Eu e ela, hoje, estamos mais engajados, estamos construindo juntos. Porque olha ... é um caminho duro, mas vai ser bom para nós e vamos aprender muito! Assim, eu não estou sozinho e ela comprou minha ideia! E ela diz: “Eu não consigo, minha área é outra”, e eu digo: “Vamos comigo, eu estou junto com você!”. (P2)

Eu acho que a gente ganha bastante fazendo esse tipo de atendimento compartilhado! Quando eu estou em um atendimento compartilhado, com fonoaudióloga e psicólogo, por já ter atendido bastante com terapeuta ocupacional, eu vou ter um olhar diferenciado para aquele caso de TEA, que talvez eu não teria, se eu não tivesse essa experiência anterior de trabalho integrado. (P3)

Eu sinto que algumas pessoas não respeitam o outro! Porque quando a gente vai fazer reunião multiprofissional, tem pessoas que ficam no celular ou ficam fazendo outras coisas que não é prestar atenção no caso a ser discutido. Isso me entristece! Porque o caso pode não ser seu, mas é do CER ... eu posso não estar atendendo hoje, mas amanhã ele pode ser meu! (P14)

Frente aos intensos desafios atuais, a educação e o trabalho interprofissional são fundamentais para fomentar a prática colaborativa, proporcionando articulação de ações, trabalho coletivo e qualidade da assistência (Peduzzi et al., 2020). Seus princípios, alinhados sob a diretriz “aprendendo com o outro, sobre os outros e entre si”, permeiam a produção de conhecimentos articulados à educação permanente e assumem importante destaque no cenário do ensino, pesquisa e extensão (Xyrichis, 2020).

A educação permanente aliada à educação interprofissional constitui disparadores de processos de mudança do trabalho e da formação dos profissionais de saúde pela “não reprodução de assujeitados que o modelo hegemônico de cuidado e de educação produz para o lugar de sujeitos que se desconfortam com as formas de produzir saúde-doença no cotidiano” (Ogata et al., 2021, p. 7), de modo que os atores se abram para novos caminhos e novas possibilidades, colocando-se em permanente reflexão e produção.

Os relatos da subcategoria de **Novas ideias na equipe** mostram que, inicialmente, têm-se um estranhamento sobre as novidades que são apresentadas na/pela equipe, o que é momentâneo, mas que elas acabam sendo aceitas e introduzidas no contexto da prática profissional.

Olha, a gente nunca teve dificuldades, nesse sentido de trazer ideias novas, sempre foram muito bem aceitas as sugestões dos colegas. Quando a gente observa que realmente não tem pernas para fazer essa conduta, porque, às vezes, eles dão sugestão que não é viável, mas, de um modo geral, a gente tem uma equipe muito adequada, com boa expertise, e a gente sempre consegue alinhar as nossas condutas. (P6)

Então, quando a gente falou da importância dos instrumentos, no começo era assim: “isso vai dar muito trabalho”, “eu não vou ser capaz!”. No começo, era uma resistência grande ... eu fiquei mais de seis meses cutucando a equipe. Hoje, é muito legal de ver os profissionais trazendo instrumentos pra gente pensar juntos! E a CIF [Classificação Internacional de Funcionalidade] então, a CIF é muito difícil, mas estudar a CIF vai ser a nosso favor, para fazer a gente pensar na reabilitação, no plano terapêutico, é diferente, mas ninguém vai ser cobrado, avaliado! Era todo um medo, uma resistência inicial, mas tudo foi melhorando. (P7)

Então, eu acho que coisas novas ainda são difíceis porque geram mais trabalho, geram um trabalho diferente, tanto de raciocínio como de construção de novos jeitos de fazer. Essa questão da música, é uma questão muito tida como tocar musiquinhas para as crianças, e não como terapia! Então, muitas pessoas não conhecem e ainda é novo! Assim, cada coisa que vem nova gera comentários como “mais uma coisa pra pensar, vou ter que desconstruir tudo que eu levei tempo para construir”, porque eu sinto uma mecanização nas coisas, no modo de fazer. (P14)

Agrelli (2017) aponta para dificuldades iniciais e barreiras apontadas para adotar novos procedimentos e/ou novos modos de realizar uma intervenção. Para que os membros da equipe forneçam e compartilhem recursos que ajudam na adoção de novas ideias, é preciso ter tempo protegido para gerar ideias novas, o que pode levar a uma dificuldade importante nesse contexto da equipe, na qual os profissionais podem aceitar as ideias, mas não terem tempo para colocá-las em prática e/ou criar novas estratégias.

Na segunda categoria, **Organização do CER para o atendimento do TEA**, emergiram três subcategorias: **Organização do trabalho**; **Organização profissional para os atendimentos**; e **Potencial do CER para o atendimento do TEA**. Na subcategoria **Organização do trabalho**, surge a ideia de se estar procurando uma forma de ser e de atuar no cuidado da pessoa com TEA. Devido às demandas presentes no CER com outras populações alvo do serviço, o TEA não possui prioridades, o que conduz a uma organização feita a partir de pactos e combinados entre os profissionais ou de uma organização pautada na experiência aplicada a outros processos de reabilitação, e não de maneira direcionada exclusivamente para o atendimento dos casos de TEA.

Nós temos uma demanda muito alta. Então, por exemplo, eu vou fazer minha rotina, nós fazemos uma avaliação, mas a nossa avaliação não é específica para o TEA, é do complexo todo; então, serve para uma paralisia cerebral, um amputado e para um caso de TEA. (P2)

Eu vejo que o CER tem profissionais capacitados, apesar de não ter ainda uma capacitação específica para atender o TEA, mas são profissionais que têm a expertise e uma experiência valiosa. Então, eu acho que a mão de obra que o CER tem é rica, são profissionais que têm o cuidado de fazer discussões e de estar em conversas com outros serviços que estão envolvidos, desde a UBS [Unidade Básica de Saúde] até a escola. Eu acho que isso é uma riqueza que a gente tem no CER, que é a mão de obra que o CER oferece! (P6)

Dentro do CER, eu estava nessa equipe do programa APD (Acompanhante da Pessoa com Deficiência). Então é uma equipe multiprofissional, que é responsável por fazer o matriciamento, fazer as orientações, tanto dos acompanhantes quanto dos pais. Tem alguns atendimentos que são

pontuais na comunidade e não são atendimentos terapêuticos. O atendimento terapêutico fica a cargo da equipe do CER [...], e aí tem essa diferença entre reabilitação clínica e reabilitação mais residencial, que é a APD. (P10)

Essa forma de organização pode estar ancorada nas interpretações ou nas intencionalidades das políticas que envolvem a clientela com TEA, porém as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com TEA (Ministério da Saúde, 2014) trazem uma perspectiva determinista e organicista (Silveira & Achilles, 2009), reproduzindo a lógica de atendimento a outros públicos. Contudo, no transcorrer das entrevistas, percebe-se que a equipe sinaliza para uma dificuldade em poder “encaixar” esse modelo contido nas Diretrizes para o público com TEA no contexto dos CERs.

Os relatos da subcategoria **Organização profissional para os atendimentos** mostram que cada CER estrutura sua forma de atuação a partir de características próprias do serviço, respeitando as singularidades.

A gente acaba trabalhando muito focado na equipe multiprofissional. A gente tem a porta de entrada do serviço que são as vagas de avaliação da equipe multiprofissional [...], e aí a gente sempre faz compartilhado, ou com a fonoaudióloga, ou com a terapeuta ocupacional ou com a neurologista, e aí a gente vai avançando na avaliação compartilhada; e aqueles casos que têm o perfil para o serviço são incluídos para fazer a reabilitação, tanto na demanda individual quanto nas demandas de atendimento compartilhado ou em grupos. (P1)

Eu não sei te dizer como (o paciente) chegou, eu não estava muito a par. Começaram a chegar os casos de TEA e aí foi assim [olha, tem uma criança pra avaliar] e aí, como é que eu vou avaliar? E eu não sei como lidar, porque a gente não tem uma avaliação específica, aliás não temos uma sala específica para trabalhar. Foi um pouco difícil, mas hoje está um pouquinho melhor, porque temos uma colega, uma terapeuta ocupacional que já está trabalhando com TEA; então, a gente acaba trocando ideias. Assim, eu fui me inteirando da situação e comecei a pensar que eu precisava melhorar minha qualificação para o trabalho. Então, eu fui procurar por conta própria e comecei a estudar. (P2)

Eu acredito que a equipe tenta se adequar ao que vai chegando de demanda. Tem alguns grupos que são fixos; então, tem um começo, meio e fim bem determinados, e a gente tenta manter esses grupos do começo até o final – são grupos que têm de seis meses a um ano de duração. A gente tenta dividir por idades também, de acordo com os objetivos de cada atendimento. Quando uma criança tem uma demanda muito grande, ela inicia em um atendimento individual e, depois, conforme os objetivos vão sendo alcançados, a gente troca e ele vai para um grupo. (P13)

Verifica-se, nos relatos, que a comunicação entre os CERs não ocorre de forma sistemática, apesar de seguirem as mesmas Diretrizes para o atendimento à pessoa com TEA. A questão de se ter duas linhas de cuidado no SUS para a atenção a pessoa com TEA deve ser levada em consideração, pois uma aborda a lógica da reabilitação e a outra, a ênfase da saúde mental. Essa dualidade no direcionamento da assistência pode gerar conflitos no entendimento da proposta de intervenção e na atuação profissional que faz a articulação do usuário com a rede de cuidados na saúde, na educação e no campo social.

Outro aspecto que chama atenção é o fato de alguns relatos apontarem para o desconhecimento das políticas e dos documentos orientadores desse cuidado especializado, como ilustrado no trecho de P2: “Eu não sei te dizer como (o paciente) chegou, eu não estava muito

a par. Começaram a chegar os casos de TEA, e aí foi assim, [olha, tem uma criança pra avaliar], e aí, como é que eu vou avaliar?”. A questão do (des)conhecimento dessas políticas pelos profissionais da saúde perpassa pela formação que deve abordar os princípios e os pressupostos do SUS para entender os diferentes cenários em que o TEA é atendido e as diretrizes que regem esses serviços (Castro et al., 2019).

Na subcategoria **Potencial do CER para o atendimento do TEA**, aparecem, de maneira frequente, a importância da equipe multiprofissional e de ela poder criar, elaborar e planejar de maneira colaborativa o trabalho a ser realizado.

Eu acho que o maior potencial é a gente conseguir trabalhar junto com a equipe, de modo que a gente perceba o que o outro está fazendo só pela leitura do prontuário e não ser um serviço que fica “cada um no seu quadrado”. A possibilidade de fazer as trocas, de trabalhar realmente junto, de realizar as terapias juntos, acho que a gente ganha muito como profissional. (P3)

Eu acho que as potencialidades são de ter abertura, dos profissionais terem a liberdade de poder construir um modelo de atendimento de acordo com a demanda que chega. Por exemplo, se a demanda é maior de crianças ainda em fase de diagnóstico, de poder criar atendimentos individuais ou em grupos para essa população, direcionar esse cuidado, ter a liberdade de criar grupos específicos de acordo com a faixa etária ou de acordo com as demandas que chegam desses pacientes. A liberdade de construir entre os profissionais da equipe e poder ir criando esses modelos de atendimento compartilhado é algo muito positivo! Eu acho que enriquece muito aquilo que é ofertado, eu acho que são os maiores potenciais dessa equipe! (P13)

O maior potencial é ser uma equipe que gosta de atender pessoas! A gente tem pessoas que têm esse olhar do todo, ... de levar em consideração a subjetividade do paciente e da família do paciente. A gente tem profissionais que não têm os métodos que estão agora “na moda”. A gente tem muitos casos de sucesso, e de sucesso que não usaram a Análise do Comportamento Aplicada, a ABA, mas a gente se esforça, a gente corre atrás, a gente sonha com os pacientes sabe, ...porque a gente quer fazer o melhor, a gente quer fazer o bem para o outro. (P14)

A percepção dos profissionais caminha na direção do que a OMS (2010) apresenta como necessária para o trabalho integrado e colaborativo, no qual os profissionais de diferentes profissões aprendem uns com os outros e colaboram para obter resultados positivos nas demandas de saúde.

A fragmentação do cuidado é comum na multiprofissionalidade, a qual se caracteriza como a justaposição de disciplinas distintas, em que os saberes especializados orientam a atuação de cada profissional (Alvarenga et al., 2013). A interprofissionalidade, por sua vez, está relacionada à noção do trabalho em equipe de saúde, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios, a partir da construção dialógica de conhecimentos, com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais (Batista, 2012).

Apesar de os profissionais não reconhecerem a sua atuação como interprofissional, alguns relatos mostram a interação entre os profissionais de modo que eles se apoiam e percebem a importância de estarem juntos, em equipe. Tal percepção é um passo importante para identificar momentos em que a intencionalidade para as práticas colaborativas possa estar ancorada nos pressupostos teóricos-conceituais e metodológicos para o fortalecimento do trabalho em equipe interprofissional. O relato de P13 revela a liberdade que os profissionais têm para orga-

nizar o trabalho e o serviço, a partir de modelos de atendimento compartilhado, o que pode se configurar como uma grande potência do CER em busca da qualidade do cuidado ofertado.

Assim, o planejamento e a implementação de ações formativas tornam-se aspecto essencial para a qualificação profissional, na perspectiva do trabalho em equipe interprofissional e colaborativo na atenção à pessoa com TEA e para que a organização do trabalho possa estar ancorada nas diretrizes do SUS, no fortalecimento das políticas e do cuidado em rede, em atenção às demandas e às singularidades dos casos de TEA.

4 CONCLUSÕES

A partir dos resultados obtidos, compreende-se que os profissionais participantes da pesquisa, apesar de a maioria possuir cursos de especialização, eles não são relacionados para o atendimento à pessoa com TEA. Esse dado desencadeia reflexões sobre as práticas profissionais e a necessidade de implementar ações de educação permanente a serem organizadas pelos serviços de reabilitação dos CERs da cidade de São Paulo.

Em relação às potencialidades e às fragilidades dos CERs, evidencia-se que os equipamentos, mesmo contando com diretrizes municipais e nacionais específicas para atendimento aos casos de TEA, se organizam de maneira singular a partir da compreensão das demandas, da percepção dos profissionais que ali estão e de como é realizada a articulação entre os profissionais, as demandas e a rede de atenção à saúde.

O fato de a maioria dos profissionais afirmar que não há espaço e tempo protegido para discussão de casos e para se dedicar à criação de instrumentos, de atividades e novas ideias requer um olhar da gestão para viabilizar que os profissionais se articulem para compartilhar seus saberes e fazeres. Acredita-se que à medida que os profissionais forem estimulados a (re) pensar as suas práticas e desencadear processos formativos para qualificação da assistência, a pessoa com TEA será beneficiada com reais possibilidades de ter maior autonomia e de ocupar o seu papel na inclusão familiar, escolar e na comunidade.

A importância do atendimento compartilhado e da possibilidade de se construir espaços de aprendizagem de uns com os outros profissionais, além de qualificar o planejamento e o atendimento ofertado, amplia as oportunidades do trabalho em equipe e de conhecimentos acerca da articulação entre educação e saúde para o fortalecimento da rede de assistência.

Destaca-se que a equipe da reabilitação atua de maneira compartilhada e, muitas vezes, colaborativa, porém não sabe ainda nomear a prática que realiza, nomeia como “trabalho em equipe multiprofissional”, mas não apresenta conhecimentos teórico-conceituais e metodológicos que lhe permita definir de modo apropriado o que estão fazendo, levando à necessidade de validação do seu trabalho, que, como relatado por alguns, apresenta resultados positivos e com atividades inovadoras. Por não serem procedimentos e técnicas priorizadas até o momento, para a produção de evidência, ainda não são acreditadas pelos próprios profissionais.

Assim, esta pesquisa aponta a necessidade de intensificarem-se os processos formativos a partir da identificação das necessidades, das limitações e dos investimentos no aprimoramento da formação profissional para melhor atender ao público específico. Outro aspecto refere-se ao fortalecimento das intervenções e ações na perspectiva do trabalho em equipe e da

prática colaborativa interprofissional, como estratégias potentes para a produção e disseminação de conhecimentos, evidências e das práticas exitosas para possibilitar o compartilhamento com e entre as unidades do CER e outras instituições, no sentido de dar visibilidade às ações e aos procedimentos implementados nesses serviços de reabilitação na cidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS

- Agreli, H. L. F. (2017). *Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde* [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-27062017-165741/pt-br.php>
- Alvarenga, J. P. O., Meira, A. B., Fontes, W. D., Xavier, M. M. F. B., Trajano, F. M. P., Chaves Neto, G., Silva, F. W. B. da, & Almeida, V. H. de. (2013). Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 7(10), 5944-5951.
- Batista, N. A. (2012). Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, 2, 25-28. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4298824/mod_resource/content/1/educacao_interprofissional.pdf
- Carvalho, D. G. de. (2019). Políticas públicas para a pessoa com deficiência – o Centro Especializado em Reabilitação do Município de Duque de Caxias/RJ. *Revista de Direito Tributário e Financeiro*, 5(2), 1-20. <https://doi.org/10.26668/indexlawjournals/2526-0138/2019.v5i2.5803>
- Castro, F. S., Cardoso, A. M., & Penna, K. G. B. D. (2019). As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde abordam as Políticas Públicas e o Sistema Único de Saúde? *Revista Brasileira Militar de Ciências*, 5(12), 29-34. <https://doi.org/10.36414/rbmc.v5i12.11>
- Costa, M. V. da, Freire Filho, J. R., Brandão, C., & Silva, J. A. M. da. (2018). A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 1507-1510. <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0636>
- Costa, S. A. da. (2022). *Relatório técnico: Transtorno do Espectro Autista: desafios e perspectivas no atendimento de profissionais de saúde em um centro de reabilitação na região Seridó Potiguar*. <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/51262>
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000100003>
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. (2010). *Fundamentos de metodologia científica*. Atlas S.A.
- 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. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm
- Maenner, M. J., Warren, Z., Williams, A. R., Amoakohene, E., Bakian, A., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T., Furnier, S. M., Hughes, M. M., Ladd-Acosta, C. M., McArthur, D., Pas, E. T., Salinas, A., Vehorn, A., Williams, S., Esler, A., Grzybowski, A., Hall-Lande, J.,... Shaw, K. A. (2023). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States,

2020. *Surveillance Summaries*, 72(2), 1-14. https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ss/ss7202a1.htm?s_cid=ss7202a1_w#contribAff
- Minayo, M. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec.
- Minayo, M. C. de S., & Costa, A. P. (2019). *Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação*. Ludomedia.
- Minayo, M. C de S., Deslandes S. F., & Gomes, R. (2013). *Pesquisa social: teoria método e criatividade*. Vozes.
- Ministério da Saúde. (2014). *Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf
- Ministério da Saúde. (2020). *Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual*. (Centro Especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas). https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf
- Ogata, M. N., Silva, J. A. M., Peduzzi, M., Costa, M. V., Fortuna, C. M., & Feliciano, A. B. (2021). Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, 1-9. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/publicacoes/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view>
- Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M., & Souza, H. S. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18, 1-20. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. de. (2009). Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paidéia*, 19(43), 177-187. <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2009000200006>
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(3), 1-43. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>
- Romeu, C. A., & Rossit, R. A. S. (2022). Trabalho em equipe interprofissional no atendimento à criança com Transtorno do Espectro do Autismo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 28, 1-6. <https://doi.org/10.1590/1980-54702022v28e0114>
- Rossit, R. A. S., Freitas, M. A. O., Batista, S. H. S. S., & Batista, N. A. (2018). Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(1), 1399-1410. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0184>
- Ruggieri, V. (2022). El autismo a lo largo de la vida. *Medicina*, 82(3), 3-6.
- Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência. (2013). *Rede de cuidados à pessoa com deficiência RRAS -06. Plano de ação da rede da pessoa com deficiência*. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde.
- Silva, L. S. da, & Furtado, L. A. R. (2019). O sujeito autista na Rede SUS: (im)possibilidade de cuidado. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31(2), 119-129. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5635>

- Silveira, L., & Achilles, L. (2009). O sujeito autista na Rede SUS: (im)possibilidade de cuidado. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31(2), 119-129. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5635>
- Tompsen, N. N., Meireles, E., Peduzzi, M., & Ceriotti, R. F. (2018). Educação interprofissional na graduação em Odontologia: experiências curriculares e disponibilidade de estudantes. *Revista de Odontologia da UNESP*, 47(5), 309-320. <https://doi.org/10.1590/1807-2577.08518>
- Xyrichis A. (2020). Interprofessional science: an international field of study reaching maturity. *Journal of Interprofessional Care*, 34(1), 1-3, <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1707954>

Recebido em: 21/08/2023
Reformulado em: 19/12/2023
Aprovado em: 23/12/2023

