

FERRAMENTA DE ADMINISTRAÇÃO APLICADA EM SERVIÇOS DE SAÚDE: UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS ATUANTES COM O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

ADMINISTRATION TOOL APPLIED IN HEALTH SERVICES:
A STUDY WITH PROFESSIONALS WORKING WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

LEANDRO CEARENÇO LIMA
leandrolima.panamericano@gmail.com

MARLUSA DE SEVILHA GOSLING
mg.ufmg@gmail.com

FREDERICO CESAR MAFRA PEREIRA
professorfrederico@yahoo.com.br

DANIELLE DE OLIVEIRA CHAGAS LIMA
danichagas24@gmail.com

RESUMO

Objetivos: entender e propor a aplicação do Business Model Canvas - BMC como ferramenta de modelagem de negócios para psicólogos que atuam na intervenção precoce em crianças no espectro autista. **Metodologia:** foi utilizada a abordagem qualitativa com revisão não sistemática da literatura, as amostras foram não probabilísticas de seleção intencional, foram aplicadas técnicas de análise de conteúdo. **Resultados:** contribuição para maior compreensão do contexto da área de atuação na intervenção precoce do TEA e na proposta de ferramenta de aplicação prática. **Considerações finais:** além de aplicação prática, a ferramenta pode auxiliar os futuros profissionais da psicologia e aqueles que já atuam com intervenção de crianças com TEA, esta pesquisa é um esforço inicial que abre precedente para sugerir novos estudos de aplicação do BMC em outras áreas e em outros contextos.

Palavras-chave: Atuação do Psicólogo; Intervenção precoce no TEA; Ferramenta de Administração; Business Model Canvas.

ABSTRACT

Goals: to understand and propose the application of the Business Model Canvas - BMC as a business modeling tool for psychologists who work in early intervention in children on the autistic spectrum. **Methodology:** a qualitative approach was used with a non-systematic review of the literature, the samples were non-probabilistic of intentional selection and content analysis techniques were applied. **Results:** contribution to a better unders-

tanding of the context of the area of action in the early intervention of ASD and in the proposal of a practical application tool. Final considerations: in addition to practical application, the tool can help future psychology professionals and those who already work with intervention of children with ASD, this research is an initial effort that sets a precedent to suggest new studies on the application of the BMC in other areas and in other contexts.

Keywords: *Psychologist's role; Early intervention in ASD; Administration Tool; Business Model Canvas.*

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem crescido o número de diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças no Brasil e no mundo (Christensen et al., 2018, Cunha, 2016, Fadda & Cury, 2019, Ferreira da Silva, Araujo & Dornelas, 2020, Gomes, et al., 2015 e Teixeira, 2017). As estimativas variam, mas acredita-se que aproximadamente 70 milhões pessoas no mundo estejam no espectro autista (ONU, 2010), o que demanda maior número de profissionais atuando na intervenção.

Apenas nos Estados Unidos em 2002 foi identificado 1 caso de autismo para cada 150 crianças de até 8 anos de idade, já em 2006 esse número evoluiu para 1 em cada 110 e em 2008 passou para 1 em cada 88 crianças, no último levantamento publicado em 2014 a incidência de casos era de 1 criança autista a cada 68. (Center for Disease Control and Prevention, 2014).

No Brasil, estudos recentes como o de Fadda e Cury (2019) com base em levantamentos da Associação Americana de Psiquiatria (APA), estimam que aproximadamente 2 milhões de pessoas poderiam ser diagnosticadas com autismo no território brasileiro.

O transtorno do espectro autista é uma síndrome neuropsiquiátrica (Gomes, et al., 2015). De acordo com o Manual de Orientações publicado em 2019 pela Sociedade Brasileira de Pediatria, o autismo é um tipo de transtorno de manifestações comportamentais com possibilidade de diagnóstico cada vez mais precoce. Caracterizado por déficits na comunicação e na interação social, o autismo é marcado por comportamentos repetitivos e/ou interesses restritos que afetam o desenvolvimento global da criança (Christensen et al., 2018).

Esse contexto gera aumento de demanda pelos serviços e impacta diretamente a necessidade de adaptação dos profissionais da psicologia, assim como requer o aprimoramento no uso das ferramentas da administração para os modelos de negócios, uma vez que, um dos maiores desafios no setor da saúde se concentra na gestão. (Burmester & Adair, 2017, Lorenzetti et al. 2014 e Tajra, 2006)

Desse modo, o objetivo do estudo é entender e propor a aplicação do Business Model Canvas (BMC) como ferramenta de modelagem de negócios para psicólogos que atuam ou pretendem atuar na intervenção precoce em crianças no espectro autista.

O motivo da escolha do BMC para utilização nesta pesquisa se deve ao fato do Design da ferramenta ser simples, baseada em um quadro que não necessita ser um profissional especializado no desenvolvimento de projetos. Por ser bastante intuitiva e de fácil representação gráfica, o BMC, se caracteriza como uma ferramenta facilmente aplicável.

Para alcançar esses objetivos, foi realizada uma revisão narrativa, portanto, uma revisão não sistemática da literatura, recorrendo a livros, artigos científicos e consulta aos órgãos de referência para a temática. Também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 4 profissionais da psicologia que atuam com crianças com TEA. Por fim, todo o artefato de pesquisa foi analisado com técnicas de análise de conteúdo para propor um modelo de aplicação prática.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo se fundamenta em três constructos basilares. Sendo que o primeiro trata da atuação profissional do psicólogo no Brasil, tema que necessita de atualização constante na literatura, o segundo apresenta a intervenção precoce do TEA, e por fim será apresentado o Business Model Canvas como ferramenta da Administração para aplicação e modelagem proposta.

2.1 A Atuação Profissional do Psicólogo no Brasil

A psicologia foi regulamentada como profissão no Brasil em 1962 pela lei 4.119 (CRPMG, 2015). De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em levantamento realizado em 15 de março de 2021, no Brasil existem 389.585 psicólogos registrados, sendo que 52,16% estão concentrados nos estados de São Paulo 113.900 profissionais, Rio de Janeiro 46.478 profissionais e Minas Gerais 42,815 profissionais.

Com a expansão do ensino superior e o aumento de cursos de graduação em Psicologia, disseminados em diversas cidades, ampliou-se a produção de conhecimento sobre o tema nos âmbitos acadêmicos e profissionais. (Prates et al., 2019, p. 98)

Em 2004, no intuito de promover uma formação profissional mais ampla, as Diretrizes Nacionais de Educação delinearão uma regulamentação nos cursos de graduação em psicologia que acompanhassem as transformações das áreas de atuação do psicólogo. (Prates et al., 2019) Nesse sentido, "... o ano de 2004 foi marcante para o campo da formação do psicólogo, pois houve uma ampliação dos conhecimentos psicotécnicos, clínicos, escolares e organizacionais". (Prates et al., 2019, p. 98)

Atualmente a atuação da psicologia se expandiu em 23 áreas (CFP, 2012) e passou a compreender as mais diversas demandas sociais, fazendo uso de recursos teóricos e técnicos com a construção de um amplo e novo perfil do psicólogo. (Rechtman & Bock, 2019)

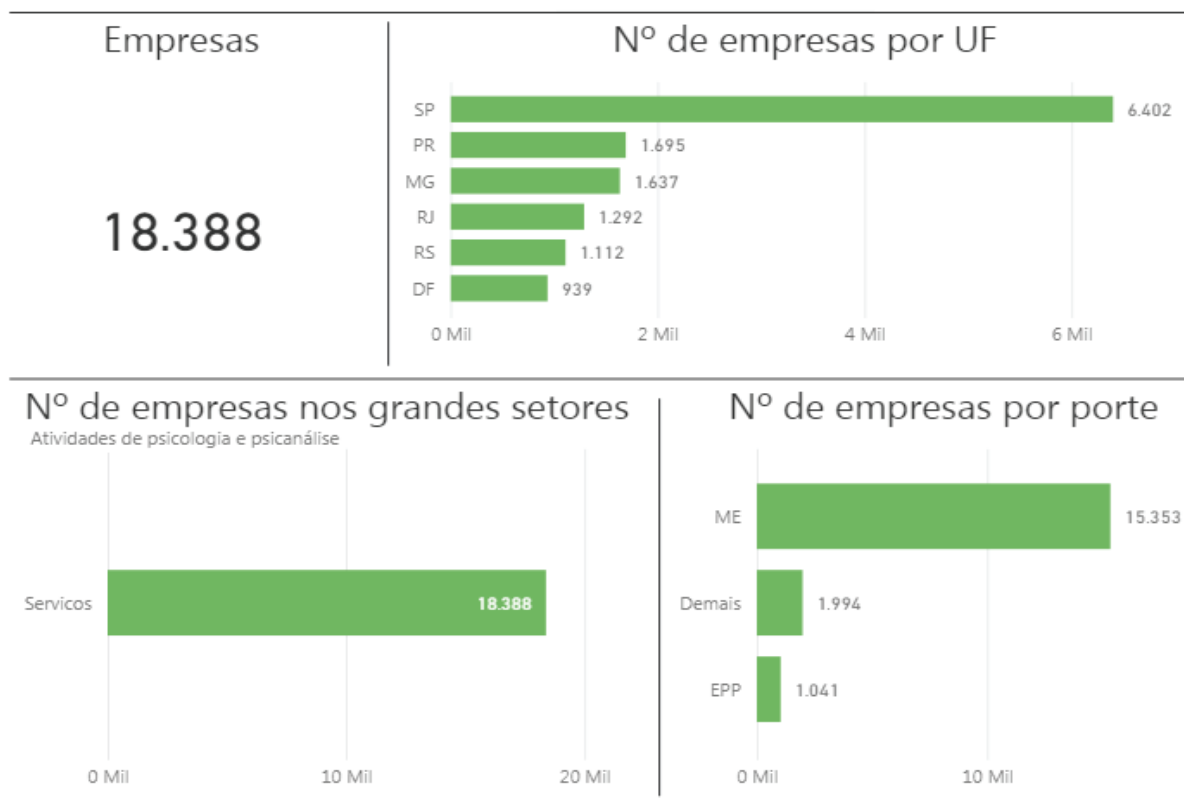
Quadro 1 – Áreas da Psicologia

Áreas de Atuação da Psicologia	
1. Análise do Comportamento	13. Psicologia da Saúde
2. Avaliação e Medidas em Psicologia	14. Psicologia do Desenvolvimento, Psicomotricidade
3. História da Psicologia	15. Psicologia do Esporte
4. Métodos em Psicologia	16. Psicologia do Trabalho e Organizacional
5. Neurociências, Neuropsicologia	17. Psicologia do Trânsito
6. Processos Psicológicos Básicos	18. Psicologia Educacional e Escolar, Psicopedagogia
7. Psicobiologia, Psicologia Evolucionista, Psicologia Animal	19. Psicologia Jurídica
8. Psicologia Ambiental	20. Psicologia Social
9. Psicologia Clínica, Psicanálise	21. Saúde Mental e Psicopatologia
10. Psicologia Cognitiva	22. Temas transversais
11. Psicologia Comunitária	23. Teorias e Sistemas em Psicologia
12. Psicologia da Aprendizagem	

Fonte: Revista áreas psicologia CFP (2012)

Embora o profissional da psicologia não seja obrigado a se registrar como pessoa jurídica, podendo exercer a prestação de serviços como profissional liberal de forma autônoma (CRP-MG, 2016), o painel de empresas do SEBRAE, com dados extraídos da Receita Federal em maio de 2020 aponta que existem 18.388 empresas registradas no Brasil pela Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) 8650-0/03 - atividades de psicologia e psicanálise. (SEBRAE, 2021).

Quadro 2 – Painel de empresas CNAE 8650-0/03 – Atividades de psicologia e psicanálise - SEBRAE



Fonte: SEBRAE (2021) - dados compilados Receita Federal do Brasil (RFB) de 11 de maio de 2020.

De acordo com o manual Guia do psicólogo, a prestação de serviços do psicólogo pode se dar pela abertura de consultório, atendimento domiciliar ou atendimento psicológico mediado por computador (CRP-MG, Guia para exercício profissional, Psicologia, 2015).

Para prestação de serviços de forma autônoma, o profissional deverá estar inscrito junto ao CRP da jurisdição (Estado) em que for atuar, conforme Lei 5766/71, e respeitar todos os aspectos éticos e técnicos das normatizações de sua categoria. Salienta-se que outros órgãos públicos farão exigências a este profissional tais como: o de inscrição junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) como prestador de serviços autônomos; a de obtenção de alvará de localização e funcionamento e inscrição como profissional autônomo junto à Prefeitura local; e, ainda, de requisição de alvará sanitário junto à Vigilância Sanitária etc. Essas ações irão gerar recolhimento de tributos/taxas (ex: Imposto Sobre Serviços – ISS) e fiscalização por parte dos respectivos órgãos. Orienta-se, por fim, a busca de informações junto aos órgãos competentes antes do início da prestação de serviços autônomos. (CRP-MG, Guia para exercício profissional, Psicologia, 2015, p. 29)

Do local adequado para a prestação dos serviços:

O local deverá apresentar condições apropriadas ao tipo de serviço psicológico oferecido, bem como ao público atendido (ex: crianças, pessoas idosas, pacientes com necessidades especiais ou em situações psíquicas graves). O local deverá garantir o sigilo profissional e, ainda, ter um armário ou arquivo com trancas para guarda do Registro Documental e material privativo. É necessário ter cuidado com possíveis vazamentos de som, facilitados, por exemplo, por paredes, divisórias, vãos de portas e janelas. O ambiente deverá ser preservado de barulhos externos que possam interferir na qualidade do serviço. O local deverá garantir, ainda, condições adequadas de segurança, ventilação, iluminação, higiene e acomodação aos usuários do serviço em consonância com os critérios estabelecidos pela Vigilância Sanitária. No caso de avaliação psicológica, também deverão ser respeitados os critérios encontrados nos manuais dos testes utilizados. (CRP-MG, Guia para exercício profissional, Psicologia, 2015, p. 29)

Do atendimento domiciliar:

O atendimento domiciliar é uma estratégia de intervenção que poderá acontecer em situações específicas devidamente justificadas e fundamentadas teórica e tecnicamente e de forma complementar ao atendimento nos locais adequados. Essa estratégia de intervenção, que também poderá incluir orientações aos familiares e/ ou responsáveis, deverá ocorrer mediante expressão da vontade da pessoa atendida CRP-MG, Guia para o exercício profissional 31 e em situações de impossibilidade de deslocamento aos locais públicos ou privados de atendimento. Trata-se de uma estratégia que visa o menor prejuízo, já que não é possível garantir condições ideais de sigilo como as proporcionadas em um local adequado de atendimento. Por isso, é fundamental que o profissional tenha capacitação na utilização de técnicas de intervenções individuais e/ou familiares que sejam adequadas a esse tipo de serviço e às condições em que ocorrem de forma a garantir o sigilo e, conseqüentemente, o respeito à intimidade tanto da pessoa atendida, quanto dos familiares envolvidos. (CRP-MG, Guia para exercício profissional, Psicologia, 2015, p. 29)

Do atendimento psicológico mediado por computador:

O atendimento psicológico pela internet está regulamentado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) desde 2005, sendo que a normatização vigente é a Resolução CFP nº 11/2012. Alguns serviços psicológicos – desde que pontuais informativos e focados no tema proposto – podem ser prestados por meios tecnológicos de comunicação a distância, especialmente, as “orientações psicológicas” respeitando o limite de 20 atendimentos. (CRP-MG, Guia para exercício profissional, Psicologia, 2015, p. 29)

2.2 A Intervenção Precoce no Tea

A possibilidade de intervenção precoce no TEA se dá “... graças a sua identificação cada vez mais cedo.” (Lampreia, 2007, p. 2015) percebida pelos marcos desenvolvimento atípico da criança autista (Locatelli & Santos, 2016) que “... podem ser detectadas nos primeiros três anos de vida” (Gomes, et al., 2015, p. 112).

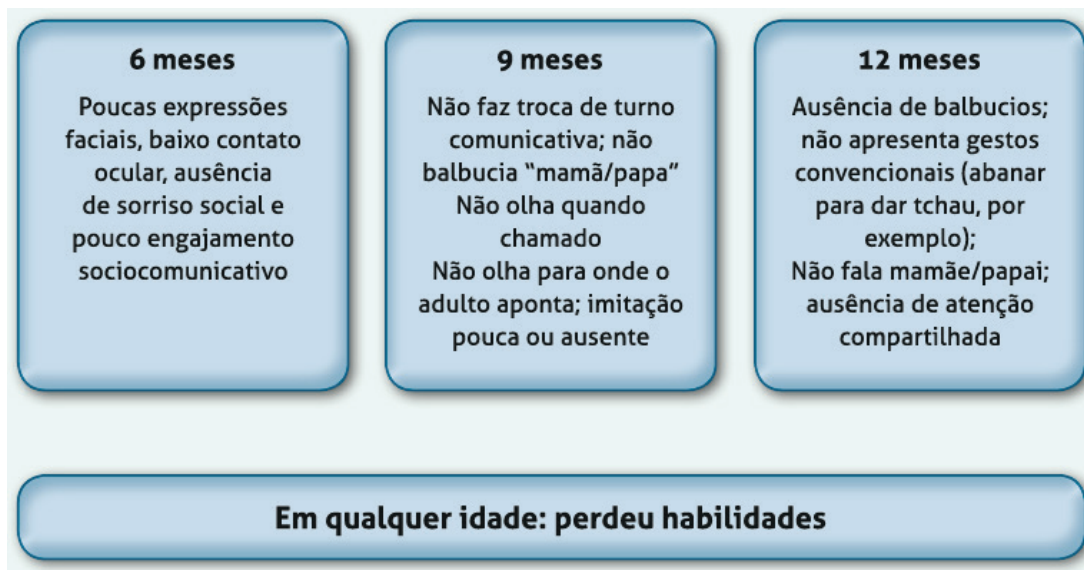
Marcados por atrasos na comunicação social, na linguagem e na presença de comportamentos repetitivos nas crianças entre 12 e 24 meses de idade, a identificação e encaminhamento para intervenção pode ocorrer ainda no primeiro ou segundo ano de vida. (Manual de Orientações - TEA Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019)

O diagnóstico de TEA é essencialmente clínico, feito a partir das observações da criança, entrevista com os pais e aplicação de instrumentos específicos. Os critérios usados para diagnosticar o TEA são descritos no Manual Estatístico de Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (Gomes, et al., 2015, p. 112).

O TEA é atualmente classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) pelo CID-10. Vale ressaltar, no entanto que, uma nova classificação internacional foi apresentada em maio de 2019 e passou a ser reconhecida como CID-11 que será adotada à partir de janeiro de 2022. Essa última versão apresentada reflete os avanços na medicina e nas tecnologias que não estavam elencadas no CID-10 que datava de maio 1990, tal atualização permitirá aos países membros planejar, preparar traduções e formar profissionais de saúde.

Após o diagnóstico por médico neuropediatra, neurologista infantil ou psiquiatra infantil com indicação do CID 10 ou sua atualização CID 11 que classificam o atraso global do desenvolvimento, as principais intervenções recomendadas são para atuar nas áreas comportamentais, de comunicação e motoras (Cunha 2016 e Teixeira, 2017), sendo os primeiros sinais de alerta já aos 6 meses de idade.

Figura 1 – Sinais de alerta do TEA



Fonte: Manual de Orientações TEA - Sociedade Brasileira de Pediatria (2019, p. 3)

A importância da intervenção precoce no TEA se baseia na plasticidade cerebral que é maior, quanto mais jovem for a criança, potencializando assim os efeitos positivos no tratamento. (Lampreia, 2007 e Zanon, Nackes & Bosa, 2014).

Dentre os tratamentos mais adequados, possíveis e eficazes, se destacam as abordagens da *Applied Behavior Analysis* ou Análise do Comportamento Aplicada (ABA), que podem ser utilizadas por psicólogos (Ferreira da Silva, Araujo & Dornelas, 2020).

O sistema ABA é diretivo, no sentido em que se desenvolvem as potencialidades das crianças, direcionando estas potencialidades por etapas para que ela seja cumprida de forma adequada. Sendo também um método de terapia lúdica, vez que aproveita o espaço para a criança brincar e as referências delas para ensinar, tornando a terapia prazerosa. (Locatelli & Santos, 2016, p. 209)

Outro método possível é o *Picture Exchange Communication System* (PECS), baseado em um sistema de comunicação através de figuras que propõe a utilização de recursos em que a criança faça escolhas a partir de objetos representados sejam eles desenhos, fotografias ou quadros. (Locatelli & Santos, 2016)

Há também o método *Son Rise* desenvolvido pelo *The Autism Treatment Center of America de Massachusetts* na década de 1970, uma técnica mais voltada para os pais, normalmente aplicada no domicílio da criança. (Tolezani, 2010)

Os pais recebem orientações práticas e atitudinais, de modo a conseguirem orientar voluntários que possam ajudá-los na execução. No entanto, este programa também exige a presença de profissionais justamente para que os pais possam oferecer um programa estruturado com suporte de uma equipe multidisciplinar (Locatelli & Santos, 2016, p. 211).

Já o método TEACCH, *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicaped Children* criado ainda em 1966 na Universidade da Carolina do Norte, nos Estados Unidos, é considerado como um agrupamento dos métodos ABA e PECS por se basear em estímulos e comunicação por imagem com forte contribuição na educação de alunos com autismo. (Miranda, 2008)

Este método tem por base o entendimento das características cognitivas e aprendizagem distinta do autista. Inicialmente, é desenvolvido atividades através de imagens e cores, posteriormente, de acordo com o desenvolvimento da criança é inserido palavras, permitindo a aprendizagem através das imagens. (Locatelli & Santos, 2016, p. 215)

Locatelli & Santos (2016) apontam que a intervenção precoce no TEA tem característica multidisciplinar, no entanto, embora o psicólogo tenha papel principal nesse processo, normalmente o tratamento também envolve a contribuição do fonoaudiólogo, do terapeuta ocupacional ou do fisioterapeuta. Além desses, a participação do nutricionista costuma ser necessária devido a “aspectos no comportamento alimentar que caracterizam a seletividade alimentar” (Pereira, 2019, p. 13).

2.3 Business Model Canvas como Ferramenta de Administração

No setor da saúde, alguns autores apontam que por um lado há uma enorme evolução tecnológica, em medicamentos, tratamentos e serviços, mas por outro lado, ocorre a estagnação na prática da gestão e no uso das ferramentas de administração. (Burmester & Adair, 2017, Lorenzetti et al., 2014 e Tajra, 2006)

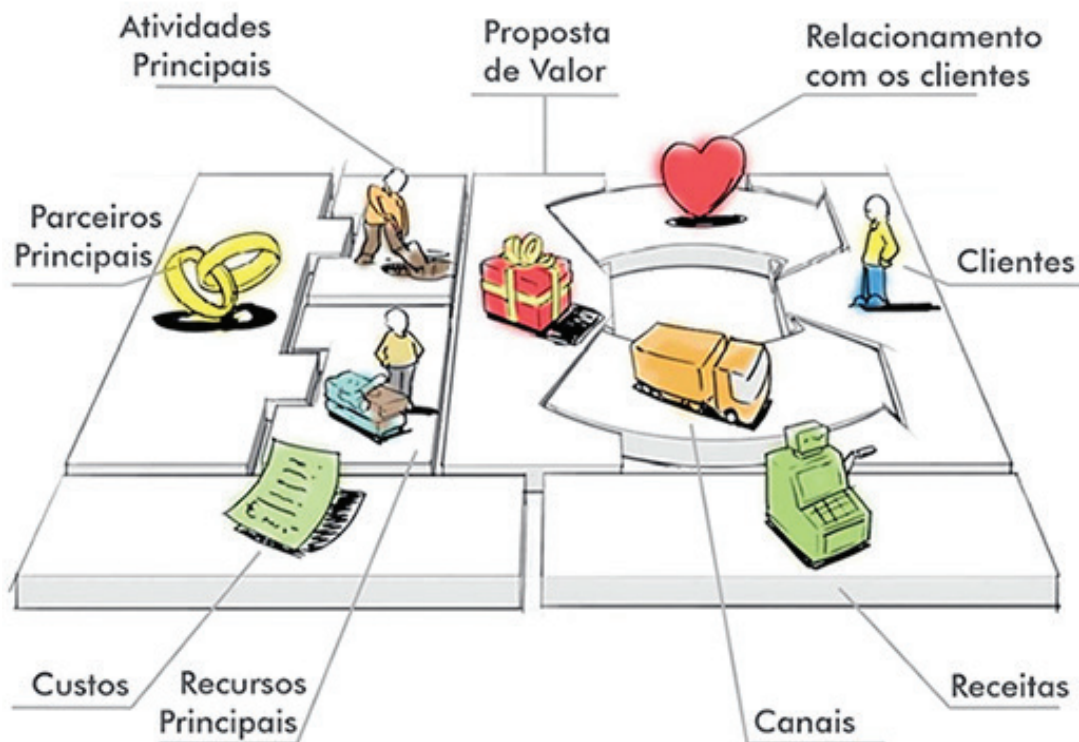
Parece que o desafio maior da gestão em saúde está em construir ou reconstruir os serviços de saúde, para que venham a ser efetivamente centrados nas pessoas, grupos ou comunidades com necessidades de saúde. Para tanto, faz-se necessário uma ampla renovação da concepção e prática da gestão atual em saúde. (Lorenzetti et al., 2014, p. 423)

Diversas são as ferramentas de administração para gestão e modelagem de negócios disponíveis para prestadores de serviços (Tajra, 2006). Dentre elas, o Business Model Canvas (BMC) se destaca por ser uma ferramenta de aplicação prática, com visual de fácil compreensão e com informações condensadas. (Herrera, 2015)

A ferramenta BMC foi desenvolvida pelo suíço Alexander Osterwalder em 2004 para modelagem, análise e idéias de negócios. (Osterwalder, 2004) Em 2010 a metodologia foi redesenhada a partir da co-criação que envolveu 470 executivos, pesquisadores, consultores e *designers*. (Osterwalder & Pigneur, 2010). Os envolvidos eram de 45 países diferentes e o intuito era trocar idéias, atualizar o modelo e financiar o lançamento de um livro (Herrera, 2015).

O resultado foi uma ferramenta simples baseada em um quadro que não necessita ser um profissional para utilizar no desenvolvimento de projetos, bastante intuitiva e de fácil representação gráfica (Osterwalder & Pigneur, 2010), “uma linguagem fácil para descrever, visualizar, avaliar e modificar os modelos de negócios” (Osterwalder & Pigneur, 2010, p.7).

Figura 2 - Modelo de Negócios Canvas



Fonte: Osterwalder & Pigneur (2010, p.9)

O quadro Canvas possui nove elementos que intentam criar, entregar valor ao cliente, além de aproveitar e fazer uso dos recursos disponíveis. Seguindo a sugestão de uma seqüência lógica, os elementos se dispõem da seguinte forma, (I) segmento clientes, "quem são nossos clientes?"; (II) proposta de valor, "quais benefícios entregamos?" e "quais necessidades atendemos?"; (III) canais, "através de quais os clientes são atendidos?" e "quais apresentam melhor custo/benefício?"; (IV) relacionamento com o cliente, "que tipo de relacionamento?" e "quais relacionamentos nós estabelecemos?"; (V) receitas, "de onde vem os pagamentos?" e "como são realizados?"; (VI) recursos principais, "quais recursos são necessários?"; (VII) atividades principais, "quais atividades realizamos?"; (VIII) parceiros principais "quem são nossos principais parceiros?" e (IX) custos "quais são os custos mais representativos?". (Osterwalder & Pigneur, 2010)

3 METODOLOGIA

Para condução do estudo, optou-se pela abordagem qualitativa que segundo Creswell (2010) é um meio para explorar os significados atribuídos a um problema social ou humano, processo que envolve tipicamente dados coletados do ambiente dos participantes sendo, portanto ideal para coleta, análise, interpretação e redação de relatórios (Creswell, 2010).

A pesquisa utilizou recursos de revisão narrativa, portanto, se caracteriza como revisão não sistemática da literatura. Conforme a revisão narrativa ou tradicional, a seleção de artefatos para a pesquisa é mais aberta, não exige um protocolo rígido, de modo que a busca de fontes não é pré-determinada e específica, provendo aos autores a definição do viés de seleção com grande interferência da percepção subjetiva. (Mattos, 2015)

Em relação à seleção das entrevistadas, a técnica empregada foi de amostragem não probabilística e intencional que de acordo com Gil (2002), o critério de representatividade dos grupos investigados nesse caso é mais qualitativo do que quantitativo e nas amostras intencionais, os indivíduos são selecionados com base em determinadas características tidas como relevantes pelos participantes e pesquisadores. Gil (2002, p. 145) afirma ainda que, “A intencionalidade torna uma pesquisa mais rica em termos qualitativos.”

Dessa forma, optou se por lançar mão de entrevistas semi estruturadas, aplicadas a quatro profissionais de psicologia que atuam ativamente na intervenção precoce do TEA. Os profissionais foram selecionados por critérios de atuação, e forma de prestação de serviços. As entrevistas se deram por telefone, sendo preservadas as identidades dos Entrevistados. As perguntas do roteiro estavam ligadas aos constructos teóricos e às nove dimensões do quadro do BMC.

Quadro 3 - Critérios de seleção dos profissionais participantes

Entrevistados	Atuação	Forma de Prestação de Serviço
Entrevistado 1	Crianças com TEA	Presencial em domicilio
Entrevistado 2	Crianças com TEA	Presencial em consultório
Entrevistado 3	Crianças com TEA e orientação dos pais	Presencial em domicilio e em consultório
Entrevistado 4	Orientação de pais de crianças com TEA	Presencial em consultório e via dispositivos

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Em todo o processo de seleção dos artefatos, revisão da literatura, elaboração e condução das entrevistas e interpretação dos dados, utilizou-se as técnicas de análise de conteúdo. Pois, como orienta Bardin (1977), as técnicas e a interpretação e análise de conteúdo se fazem pela prática. De modo que, para passagem pelo empirismo, os autores concebem pacientemente um olhar “retrospectivo” numa espécie de auto-observação que visa esclarecimentos, numa perspectiva temática e referencial. (Bardin, 1977).

4 RESULTADOS

Na busca de maior compreensão para a construção de um modelo “BMC” para aplicação por profissionais da psicologia que atuam na intervenção precoce do TEA, primeiro, foram elencados os resultados das questões relacionadas ao contexto da pesquisa e na seqüência, foram apresentados em sessões específicas os resultados com a discussão de cada uma das nove dimensões para aplicação do BMC.

O tempo de atuação na área, dos Entrevistados 1, 2, 3 e 4 são respectivamente 3 anos, 10 anos, 9 anos e 10 anos, ou seja, não ultrapassa os 10 anos e todos informaram que tem percebido aumento no número de casos ano após ano. "aqui em Belo Horizonte, por exemplo, a cada ano percebo que tem mais crianças diagnosticadas, a cada visita que faço na escolinha me apresentam novos casos" (Entrevistado 1).

Os resultados também indicam que o maior tempo de atuação dos profissionais selecionados é de 10 anos, o que coincide com o período em que os diagnósticos de TEA começaram a aumentar, meados dos anos 2000, sobretudo nos Estados Unidos quando em 2002 se iniciou o primeiro levantamento *per capita* em que se identificou 1 caso de autismo para cada 150 crianças. (Center for Disease Control and Prevention, 2014).

Dos quatro indivíduos Entrevistados, todos tinham cursos de aperfeiçoamento, mas apenas 1 tinham uma especialização em autismo, e 1 tem mestrado e doutorado concluído na área, além de também ser professora em curso de graduação em psicologia e nenhum tinha cadastro CNPJ. Todos alegaram que há alta demanda para a entrada de novos profissionais na área de atuação. Tais resultados corroboram com os achados que indicam que, embora em 2004 tenha havido uma expansão na área da psicologia (Prates et al., 2019), ainda é baixo volume de profissionais formados para atuação na intervenção do TEA, dado que, a quantidade e distribuição de profissionais, que estão concentrados em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais não são favoráveis face às 23 áreas de atuação (CFP, 2021) e a extensão territorial do Brasil.

A predominância de prestadores de serviços que atuam como profissionais liberais autônomos também convergem com o apontamento o painel de empresas do SEBRAE que apresenta 18.388 CNPJs ativos (SEBRAE, 2021), valendo ressaltar que esse quantitativo engloba todas as 23 áreas de atuação não havendo, portanto, distinção entre aqueles que atuam especificamente com áreas aptas a trabalhar com o TEA.

Em relação às abordagens, os Entrevistados em geral informaram que utilizam alguma das abordagens elencadas nesse estudo a depender do paciente, pois o TEA afeta as habilidades de maneiras diferentes em cada um dos autistas. "Assim.... as crianças com autismo tem o conjunto de habilidades afetadas de forma distinta, em uma combinação que faz cada uma estar em um ponto diferente do espectro." (Entrevistado 3)

Todos os Entrevistados apontaram o ABA como sendo a abordagem de melhor resultado e a base de todas as outras que surgiram depois, "bom... o ABA não se limita ao tratamento de autismo porque é uma análise aplicada do comportamento, e todos os outros métodos como o Denver, o PECS, o TEACCH e etc... só são validados porque tem como base o ABA" (Entrevistado 4). "... tenho formação do modelo Denver de intervenção precoce, tenho formação avançada, mas utilizo a análise aplicada do comportamento né, aí, cada criança é pensado a intervenção que vai ser mais efetiva né" (Entrevistado 2), "O meu foco não é na abordagem, é no ser, meu resultado não esta em uma normatividade, a abordagem utilizada depende muito" (Entrevistado 3)", "as intervenções naturalistas como o Denver tem ganhado cada vez mais espaço." (Entrevistado 2) "A intervenção que mais utilizo é o Denver, mas a medida que as crianças vão crescendo, vai perdendo a eficácia" (Entrevistado 1) Percebeu-se que o método Denver, foi citado na fala de todos os Entrevistados, embora todos tenham alegado que o modelo Denver tem como base os métodos do ABA que é o de maior resultado efetivo.

Em média, os Entrevistados apontaram que atendem crianças entre 1 ano e meio a 6 anos, mas em um caso ou outro, acabam atendendo crianças mais velhas que tem diagnósticos mais severos e maiores limitações. “Eu atendo um garoto de 8 anos, mas é o único, os outros não passam de 5 ou 6 anos” (Entrevistado 1). “Não faz muito sentido a intervenção precoce com crianças mais velhas porque os métodos e as técnicas vão perdendo a eficácia, é o que acontece com o método Denver por exemplo” (Entrevistado 4), “As crianças que eu atendo tem em média 2 anos” (Entrevistado 2)

Em relação às ferramentas de administração na gestão da saúde, o posicionamento de todos os Entrevistados evidencia que a formação em psicologia normalmente não fornece subsídios suficientes para o desenvolvimento de habilidades de gestão, “na graduação a gente vê muito poucas disciplinas de gestão....” (Entrevistado 1), “... é eu não lembro de ter tido alguma disciplina que de fato ensinasse sobre gestão, só fui ver isso na prática, meio que intuitivamente” (Entrevistado 3), isso corrobora com a literatura que aponta uma lacuna tanto pela falta de conhecimento e aplicação prática das ferramentas de gestão na área da saúde, quanto no baixo volume de literatura que contemple o tema em geral (Burmester & Adair, 2017, Lorenzetti et al., 2014 e Tajra, 2006)

4.1 Segmento de Clientes

De acordo com os respondentes, o serviço é direcionado para as **crianças com autismo** e até mesmo para **crianças com outros diagnósticos** que afetam de alguma forma o desenvolvimento típico. “o ABA não se limita ao tratamento de autismo” (Entrevistado 4). “eu já atendi pacientes com transtorno de déficit de atenção, o TDAH, com transtorno opositor desafiador e outros” (Entrevistado 3).

Os respondentes relataram ainda que **os pais** também necessitam de orientações e acompanhamento. “quando recebem o laudo medico indicando o CID 10, eles ficam abalados e precisam de atenção, cuidado e de orientações.” (Entrevistado 4). Assim como os pais, **os parentes e/ou responsáveis** pela criança precisam de orientações e capacitação continua. “os pais ou responsáveis pelas crianças autistas necessitam de orientações continuas porque a relação e convívio cotidiano com a criança ampliam a efetividade dos métodos aplicados.” (Entrevistado 1), “as mães são fundamentais no processo de intervenção e precisam ser capacitadas continuamente para lidar com o comportamento atípico” (Entrevistado 3)

Também houver relato de que as **creches, berçários e escolas do maternal e infantil** solicitam continuamente a prestação de serviço do psicólogo que faz intervenção e avaliação em crianças, “.... nos ambientes de escola infantil ou creches são onde freqüentemente se percebe que o desenvolvimento da criança é atípico, as vezes me solicitam para acompanhar ou avaliar alguma criança.” (Entrevistado 3).

Fica evidente que os profissionais já trabalham essa variável do modelo, no entanto, o Canvas permite uma estruturação que faz com que novas possibilidades sejam pensadas, pois como se percebe pode haver outros tipos de segmento de clientes, a exemplo, **monetizar via canais virtuais de exposição continua de conteúdo**, ou até mesmo o **publico formado por estudantes em busca de capacitação pratica de intervenção com o TEA**, dado que a relevância do tema é geradora de interesse público e de bastante visualização, sobretudo, em estados e cidades onde a presença de profissionais especializados é escassa.

4.2 Proposta de Valor

Em geral, os respondentes colocaram que a intervenção precoce do TEA proporciona a possibilidade de **desenvolvimento global das atividades** do paciente, **amplia a noção de socialização** das crianças, **promove a auto eficácia da intervenção**, **capacita os pais e/ou responsáveis** e **contribui com as praticas educativas e bem estar**. Para as famílias que recebem **intervenção em domicilio**, o valor **comodidade** também é bastante relevante.

Nenhum dos respondentes considera o preço como proposta de valor. “eu tenho dificuldade em estabelecer um preço... se depender de mim todos teriam atendimento, mas ficaria inviável a prestação de serviços” (Entrevistado 4). Alguns respondentes alegaram que relativizam os valores em alguns casos para que o tratamento não seja suspenso, mas sempre próximo de um patamar que viabilize a boa qualidade e continuidade da prestação do serviço.

Nesse ponto, a proposta de valor, de acordo com o Canvas pode ser extrapolada para além das que foram identificadas empiricamente via relato dos participantes. Há a possibilidade de identificação de uma ampla gama de benefícios não citados ou descrever melhor no plano, um possível exemplo de valor seria **preparar a criança para a vida escolar** que representa uma grande preocupação dos pais.

4.3 Canais

Os principais canais para divulgação relatados pelos Entrevistados foram, as **redes sociais**, em destaque o Instagran, os **grupos de pais de autista**, o **boca a boca**, as **clínicas de outras especialidades** como de terapia ocupacional, fonoaudiologia e escolas infantis. Já na perspectiva de prestação de serviços, os principais canais são sem duvidas **as mães** os **consultórios**, **os domicílios** e os canais **virtuais**. “outras profissionais sempre me conectam com novos pacientes, principalmente na região da Pampulha onde atuo, porque lá elas já me conhecem, as mães também, elas me indicam outras mães.” (Entrevistado 1).

Em relação ao canal para prestação do serviço, foram relatados que os atendimentos são realizados basicamente **pessoalmente em consultório, em domicilio e em plataformas digitais de videoconferência**.

4.4 Relacionamento com Clientes

O relacionamento de acordo com os relatos dos Entrevistados é na maioria das vezes de forma **presencial**, mas uma parcela ocorre em **meios virtuais**. Quanto à relação de **inter-pessoalidade de envolvimento**, há uma relativização que varia de família para família, “o meu relacionamento com a família é relativo, depende um pouco da perspectiva do cliente e da família, mas tenho que balancear o envolvimento para me tornar um elo da rede de apoio devido à fragilização” (Entrevistado 4), “o simples fato de eu estar dentro da casa das famílias, faz com que o envolvimento aumente bastante” (Entrevistado 3)

4.5 Fonte de Receitas

Em resposta, todos os Entrevistado cobram por hora de atendimento, sendo que, o pagamento pode ocorrer **diretamente pelo plano**, opção muito pouco aceita conforme relatos, “eu não aceito nenhum tipo de plano diretamente.” (Entrevistado 3), “... os planos são muito burocráticos e o reembolso direto é muito baixo, o que inviabiliza um atendimento de qualidade.” (Entrevistado 4). Mas todos aceitam receber **indiretamente pelo plano**, quando os pais pagam com **recursos próprios** e posteriormente encaminham os relatórios e recibos para terem reembolso pelos planos, “alguns tipos de plano reembolsam 100% do valor da hora de consulta, mesmo os que não reembolsam 100%, quando é solicitado pela família o reembolso é consideravelmente maior do que a tabela do plano ...” (Entrevistado 1).

Ao avaliar as características do modelo Canvas se permite novos questionamentos agregadores de valor para evolução de otimização e geração de novas fontes de receita, nenhum dos Entrevistados abordou sobre novos canais possíveis como fonte de geração de receitas. Seria possível monetizar por **vídeos pagos, produção de manuais comercializáveis, atendimento em grupos de forma remunerada, sublocação de espaço para outras profissionais, treinamento e capacitação para graduandos ou recém formados.**

4.6 Recursos Chave

Os recursos chaves citados pelos Entrevistados foram principalmente o **capital intelectual**, um **consultório**, **veículo para deslocamento**, **brinquedos**, **materiais didáticos e livros**. O mais marcante é o contraste de importância de alocação de recursos relatados pelos profissionais mais seniores face ao relato do profissional que esta em início de carreira.

Os relatos em destaque foram, “Quando eu saí da faculdade, eu achei que eu tinha que ter tudo perfeito, mas o necessário mesmo é o capital intelectual. Quando a gente ganha experiência, percebe que com poucos recursos físicos o atendimento se torna viável ...” (Entrevistado 4). “ahhh eu acho que preciso de alto investimento porque nada cai do céu, então eu preciso de um bom e equipado consultório e isso custa caro.” (Entrevistado 1). Outros recursos também citados foram **check list**, **materiais para gravar as sessões e divulgações**, **cursos e participação em eventos** da área.

4.7 Atividades Principais

A resposta mais freqüente foram **brincadeiras direcionadas**, realizar **avaliações**, **confeção de documentos e relatórios**, **suporte emergencial**, **reuniões com profissionais de outras especialidades** para alinhamento de estratégias, **visita nas escolas infantis**, **estudar constantemente**, fazer **cursos de atualização** e **participação de eventos** e **gravação de vídeos** “eu tenho que aplicar um check list e gravar as sessões para a minha supervisora avaliar e fazer correções na atuação se necessário ...” (Entrevistado 1)

4.8 Parceiros Principais

As principais parcerias relatadas foram com **psiquiatras infantis, pediatras, neuropediatras, terapeutas da fonoaudiologia, terapia ocupacional, creches e escolas infantis, dos pais, parentes e responsáveis pelas crianças** e fundamentalmente das **mães de autistas**.

Dos relatos se destacam “esse trabalho é por natureza multidisciplinar e é necessário um contato muito próximo com profissionais de outras áreas ...” (Entrevistado 4), “... a parceria com a família também é fundamental porque oferece suporte e confiança, não dá para fluir se a família não acreditar.” (Entrevistado 1). “Recebo constantemente clientes indicados pelos médicos, pela outras terapeutas, e pelas escolas ...” (Entrevistado 3).

4.9 Estrutura de Custos

Basicamente as estruturas de custos relatadas se dividiram entre os tangíveis e os intangíveis com destaque para **aluguel de sala** para montar o consultório, **mobília para o consultório, recursos didáticos e pedagógicos** que tem que ser constantemente substituídos, **manutenção, seguro do veículo e combustível**, contas de água e energia elétrica, internet, taxas e impostos para a prestação de serviços. Já os recursos intangíveis foram destacados o **tempo de deslocamento, o custo emocional** “meu lema é sempre, né, esteja bem, para que você consiga ajudar o seu próximo, mas a frase termina aqui né, esteja bem ...” (Entrevistado 3), **o desgaste** da alta demanda “... me custa muito trabalhar excessivamente” (Entrevistado 4), e **o custo de capacitação** constante “eu tenho que estudar muito, cada caso que pego embora seja parecido num contexto geral, é único, não tem um autista que seja igual ao outro e tenho que me aperfeiçoar o tempo todo.” (Entrevistado 1).

5 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Essa pesquisa implica teoricamente em demonstrar (a) uma atualização em números e na forma de atuação profissional do psicólogo no Brasil considerando a importância da formação de novos psicólogos, bem como da distribuição mais proporcional destes nos estados brasileiros, (b) dos tipos possíveis de atuação do psicólogo que trabalha com intervenção de crianças atípicas e (c) das formas de prestar os serviços, seja em consultórios, em domicílio ou até mesmo de forma virtual.

Bem como em trazer a baila (d) informações a cerca da evolução do número de diagnóstico de TEA em crianças nos últimos anos, de (e) como identificar os sinais de desenvolvimento atípico em crianças com TEA, (f) os principais tipos de intervenção possíveis e características básicas de cada uma delas.

E contribuir com que futuro trabalhos possam discutir a temática que ainda é pouco abordada na literatura (g) sobre as possíveis ferramentas de gestão em serviços de saúde, lacuna que ainda não é preenchida nas publicações sobre gestão privada, tampouco na gestão da saúde pública.

Quanto às implicações práticas, o estudo abre precedente para a propositura de uma ferramenta de fácil utilização que pode contribuir tanto para (a) os estudantes de psicologia que em breve estarão atuando no mercado de trabalho, para (b) os profissionais que já estão no mercado, mas não conseguem visualizar claramente o modelo de negócio em que está inserido e por fim (c) um produto que é o BMC no contexto dos serviços de intervenção para atuar com o atendimento de crianças com TEA.

Portando é valido deixar claro que, o BMC é uma ferramenta muito aderente à atividade aqui contemplada, e a principal contribuição é a estruturação do negócio e a proposta de repensar cada fator a ser explorado de modo a otimizar os componentes de cada quadro. Um profissional que ainda não tem organizado o modelo de negócios ou aquele que ainda não sabe o que fazer e como fazer o BMC se traduz como um modelador eficiente.

Quadro 4 – Business Model Canvas aplicado para serviços de intervenção do TEA

Parceiros Principais	Atividades Chave	Proposta de Valor	Relacionamento com Clientes	Segmentos de Clientes
Psiquiatras infantis; Pediatrias; Neuro pediatrias; Terapeutas Ocupacionais e Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Creches e escolas infantis; Pais; Parentes ou responsáveis.	Brincadeiras direcionadas; Avaliações; Gravação de vídeos; Confecção de documentos e relatórios; Suporte emergencial; Reunião com profissionais de outras áreas; Visitas nas escolas; Estudar constantemente; Cursos de atualização; Participação de eventos.	Desenvolvimento das habilidades pontuais e/ou globais; Ampliação da noção de socialização; Auto-eficácia da intervenção; Capacitação dos pais e/ou responsáveis; Melhoria das praticas educativas; Aumento do bem estar; Comodidade nos casos de intervenção em domicilio. Preparar a criança para a vida escolar.	Presencial; Virtual; Interpessoal relativizado. Canais de Distribuição Canais virtuais; Redes sociais; Grupos de pais de autistas. Boca a boca; Mães. Clinicas ou profissionais de outras especialidades.	Crianças com autismo; Crianças com outros diagnósticos que apresentam atrasos no desenvolvimento das habilidades; Pais, parentes ou responsáveis de crianças que necessitam de intervenção; Estudantes que necessitam de capacitação prática para futuro exercício da profissão.
Estrutura de Custos		Fonte de Receitas		
Aluguel de sala; Mobília para consultório; Recursos didáticos e pedagógicos; Manutenção, seguro do veiculo e combustível; Água e energia elétrica; internet, taxas e impostos Tempo de deslocamento; Desgaste emocional.		Direta pelo plano; Indireta pelo plano; Recursos próprios dos pais. Vídeos pagos; Produção de manuais ou guias comercializáveis; atendimento em grupos de forma remunerada; sublocação de espaço para outras profissionais; treinamento.		

Fonte: Elaborado pelos autores (2021) adaptado de Osterwalder & Pigneur (2010, p.9)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados alcançados pela pesquisa permitiram confirmar que de fato há o aumento nos diagnósticos de TEA no Brasil e no mundo, que a demanda por intervenção ainda é alta no Brasil, que há número insuficiente de profissionais da psicologia em geral e, sobretudo na área de atenção ao TEA.

Podemos considerar também que existe uma lacuna, tanto na literatura, quanto na prática da gestão em serviços de saúde mesmo com diversidade de ferramentas de Administração disponíveis. Podemos ainda inferir que o tratamento adequado requer capacitação e especialização em autismo, sobretudo nas abordagens e métodos.

Diante de tudo que foi possível identificar, a ferramenta BMC se apresenta como aderente ao uso dos profissionais da psicologia, bem como de outras áreas de atendimento da saúde e se implementadas de maneira assertiva pode gerar maior índice de sucesso para o negócio. Caracteriza-se ainda como um modelo estruturante e norteador para o negócio, permite novos olhares do que fazer e como fazer, possibilitando a otimização de diversos fatores. Apresenta-se adequada para aqueles que não sabem ainda como começar o negócio ou até mesmo para aqueles que já executam cada dimensão, mas precisa se organizar melhor ou encontrar novas perspectivas.

Por fim, podemos ressaltar que o estudo apresenta limitações, pois não explorou toda a literatura disponível. Mas por outro lado, representa um esforço inicial para sugestão de uma gama de novos estudos que possam abordar, por exemplo, a aplicação de outras importantes ferramentas da Administração que abordam os fluxos da prestação de serviços como o PDCA, o PCN dentre outras. Como também pode ser aplicado em outras especialidades como a Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Pedagogia, Gestão do Conhecimento. Podendo ainda ser realizados estudos que apresentem um aprofundamento nas abordagens do TEA e dos demais constructos possíveis.

6.1 Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG, financiadora da pesquisa via bolsa de estudo em nível de doutorado.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2010). Análise de conteúdo. (1977). Lisboa (Portugal); Edições, 70, 225.
- Burmester, H., & AIDAR, M. M. (2017). *PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E COMPETITIVIDADE EM SAÚDE-Série Gestão Estratégica de Saúde*. Saraiva Educação SA.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Prevalence of autism spectrum disorders among children aged 8 years – Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56(2), 1-24.
- Christensen, D. L., Braun, K. V. N., Baio, J., Bilder, D., Charles, J., Constantino, J. N., ... & Yeargin-Allsopp, M. (2018). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2012. *MMWR Surveillance Summaries*, 65(13), 1.
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Tabela da Revista áreas da psicologia*.
- Conselho Federal de Psicologia. (2021). *A psicologia brasileira apresentada em números*.
- Creswell, J. W. (2010). Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. In *Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre; Artmed; 3 ed. 296
- CRPMG (2015). Conselho Regional de Psicologia. *Guia para exercício profissional da psicologia*. 4ª Ed. 2015. Revisada e ampliada.

- Cunha, E. (2016). *Autismo na Escola: um jeito diferente de aprender, um jeito diferente de ensinar*. (4a ed.), Rio de Janeiro: Wak Editora.
- Fadda, Gisella Mouta, & Cury, Vera Engler. (2019). A Experiência de Mães e Pais no Relacionamento com o Filho Diagnosticado com Autismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35(spe), e35nspe2. Epub October 28, 2019.
- Ferreira Da Silva, A. C., Araújo, M. D. L., & Dornelas, R. T. (2020). A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA. *Psicologia & Conexões*, 1(1).
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (Vol. 4, p. 175). São Paulo: Atlas.
- Gomes, P., Lima, L. H., Bueno, M. K., Araújo, L. A., & Souza, N. M. (2015). Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de pediatria*, 91(2), 111-121.
- Herrera, D. C. F. (2015). El modelo Canvas en la formulación de proyectos. *Cooperativismo & Desarrollo*, 23(107), 118-142.
- Lampreia, Carolina. (2007). A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 105-114.
- Locatelli, P. B., & Santos, M. F. R. (2016). Autismo: propostas de intervenção. *Revista Transformar*, 8(8), 203-220.
- Lorenzetti, J., de Melo Lanzoni, G. M., Assuiti, L. F. C., de Pires, D. E. P., & Ramos, F. R. S. (2014). Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(2), 417-425.
- Manual sociedade brasileira de pediatria Científico (2019), C., & Loureiro, A. A. Transtorno do Espectro do Autismo.
- Mattos, P. D. C. (2015). Tipos de revisão de literatura. *UNESP. São Paulo*, 2.
- Miranda, T. G. (2008). *As Interações Sociais na Educação de alunos com Autismo*.
- OMS (2018), *Classificação Internacional de Doenças*.
- ONU (2010). *UN News, Global perspective human stories*.
- Osterwalder, A. (2004). *The business model ontology a proposition in a design science approach* (Doctoral dissertation, Université de Lausanne, Faculté des hautes études commerciales).
- Osterwalder, A., & Pigneur, Y. (2010). *Business model canvas*. Self published. Last.
- PEREIRA, A. D. S. (2019). *Comportamento alimentar de crianças com transtorno do espectro autista (TEA)* (Bachelor's thesis).
- Pratesl, Bianca Veiga, Feitosal, Ellen Araújo Lima, MonteiroI, Paulo Souza, & Brancol, Paulo Coelho Castelo. (2019). Considerações sobre a formação do psicólogo no brasil: revisão sistemática. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(2), 97-115.
- Rechtman, Raizel, & Bock, Ana Mercês Bahia. (2019). Formação do Psicólogo para a Realidade Brasileira: Identificando Recursos para Atuação Profissional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e3551.
- SEBRAE (2021), *Painel de empresas data SEBRAE, 2021*.
- Tajra, S. F. (2006). *Gestão Estratégica na saúde*. Saraiva Educação SA.
- Teixeira, Gustavo. *Manual do autismo*. 4ª ed., Rio de Janeiro: Best Seller, 2017.
- Tolezanl, M. (2010). Son-Rise uma abordagem inovadora. In.: **Revista Autismo: informação gerando ação**. São Paulo, ano 1, nº 0, p. 8-10.
- Zanon, Regina Basso, Backes, Bárbara, & Bosa, Cleonice Alves. (2014). Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), 25-33.