

INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA:

Práticas Centradas na Família e nos Contextos Naturais

Patrícia Carla de Souza Della Barba
Luciana Bolzan Agnelli Martinez (orgs.)



INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA:

Práticas Centradas na Família e nos Contextos Naturais



Patrícia Carla de Souza Della Barba
Luciana Bolzan Agnelli Martinez (orgs.)

INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA:

Práticas Centradas na Família e nos Contextos Naturais

1ª Edição

São Carlos / SP

Editora De Castro

EDESP-UFSCar

2024

SUMÁRIO

PREFÁCIO

Profa. Dra. Patrícia Carla de Souza Della Barba
Profa. Dra. Luciana Bolzan Agnelli Martinez 7

PARTE 1

FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DAS PRÁTICAS
CENTRADAS NA FAMÍLIA E NOS CONTEXTOS NATURAIS 9

CAPÍTULO 1

ORIGEM E HISTÓRIA DAS PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA
Andréa Perosa Saigh Jurdi 11

CAPÍTULO 2

PRINCÍPIOS-CHAVE DAS PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA
Carla Cílene Baptista da Silva
Cindy Pasetti da Costa Vida 31

CAPÍTULO 3

REFERENCIAL TEÓRICO DAS PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA E
DAS PRÁTICAS BASEADAS NAS ROTINAS
Bruna Pereira Ricci 51

CAPÍTULO 4

CONSTRUINDO CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS PARA
A INTERVENÇÃO PRECOCE
Ana Cláudia Moron Betti
Maria Izabel Alves Felix da Silva
Patrícia Carla de Souza Della Barba 67

PARTE 2

INSTRUMENTALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO EM INTERVENÇÃO PRECOCE 85

CAPÍTULO 5

PRIMEIROS ENCONTROS COM AS FAMÍLIAS
Luciana Bolzan Agnelli Martinez
Carla Cílene Baptista da Silva 87

CAPÍTULO 6

ENTENDER A ECOLOGIA DA FAMÍLIA: APOIOS FORMAIS E INFORMAIS
Andréa Perosa Saigh Jurdi
Bruna Pereira Ricci 99

CAPÍTULO 7

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES FAMILIARES

Ana Celia Nunes

Luciana Bolzan Agnelli Martinez 113

CAPÍTULO 8

IDENTIFICAR ELEMENTOS DO CONTEXTO NATURAL DAS FAMÍLIAS

Ana Claudia Moron Betti

Carina Sousa Elias

Patrícia Carla de Souza Della Barba 125

CAPÍTULO 9

IDENTIFICAR AS CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA - COMO IMPLEMENTAR UMA AVALIAÇÃO DA CRIANÇA NA PERSPECTIVA CENTRADA NA FAMÍLIA

Maria Izabel Alves Felix da Silva

Patrícia Carla de Souza Della Barba 139

BIOGRAFIA 153

PREFÁCIO

Historicamente, no Brasil, as ações de **Intervenção Precoce na Infância** (IPI) têm seguido um enfoque reabilitativo e o trabalho das equipes com as famílias de crianças em risco de atraso para o desenvolvimento e/ou com deficiências tem geralmente ocorrido em um contexto ambulatorial e clínico.

Entretanto, estudos e práticas mais recentes na Europa e Estados Unidos têm indicado a necessidade de avançar para um modelo de **Intervenção Precoce** chamado de terceira geração, em que a família é a protagonista da atenção, a equipe atua de modo transdisciplinar e as intervenções são baseadas nas rotinas e realizadas no contexto natural, com enfoque no aumento de competências das famílias, para lidar com as questões do desenvolvimento das crianças e na resolução de problemas no processo de intervenção.

A **Intervenção Precoce Centrada na Família** é definida como uma forma sistemática de criar uma parceria com as famílias, tratando-as com dignidade e respeito, honrando seus valores e escolhas, e fornecendo suporte que fortalece seu funcionamento como família.

Basicamente, as estratégias das práticas centradas na família são compostas de três elementos principais: 1) ênfase nas forças da família e não nos déficits; 2) promoção das potencialidades da família para realizar escolhas; e 3) desenvolvimento de um relacionamento colaborativo entre família e profissionais. Estas estratégias possuem abundantes evidências científicas quando, por exemplo, as famílias se envolvem na atenção aos filhos com necessidades de apoio, pois observa-se um progresso significativo em todos os seus membros.

Este livro é fruto de um longo período de estudos sobre o tema e de parcerias nacionais e internacionais com pesquisadores do campo da **Intervenção Precoce na Infância** (IPI). A partir do **II Encontro Internacional de Atualização em Intervenção Precoce e Desenvolvimento Infantil**, na cidade de Mérida, Espanha, em 2018, assumimos o compromisso de inserir o Brasil na *Red Iberoamericana de Atención Temprana* (RIAT) e no *Observatório Internacional de Atención Temprana*, grupo liderado pela Universidad Católica de Valencia, Espanha, e composto por países latino-americanos.

Em 2021, partindo da necessidade de mudança de paradigma sobre a **Intervenção Precoce na Infância** (IPI) no Brasil, estruturamos a primeira formação com enfoque nas práticas centradas na família e nos contextos naturais. O curso de especialização é inédito no Brasil, é ofertado na modalidade a distância pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com participação de docentes tanto da UFSCar como de universidades parceiras, como Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), campus Baixada Santista, e Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

A especialização apresenta como objetivo formar profissionais para utilizarem métodos e estratégias fundamentadas e baseadas em evidência e, por isso, tem o apoio oficial da RIAT e da **Associação Nacional de Intervenção Precoce de Portugal (ANIP)**.

O curso é destinado a profissionais graduados que atuam na Primeira Infância – em Saúde, Educação, Educação Especial, Assistência Social e Reabilitação. Está organizado em 13 disciplinas obrigatórias, totalizando 400 horas em 18 meses. Os processos de ensino e aprendizagem acontecem no ambiente virtual da UFSCar, em que estudantes, professores e tutores interagem em disciplinas de 20 a 40 horas que são ministradas em momentos síncronos e assíncronos. Na estrutura pedagógica, há um módulo inicial teórico-metodológico seguido de um módulo de instrumentalização que finaliza com a elaboração de um **Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP)** para uma família. O último módulo consiste na escrita de um estudo de caso dirigido.

O corpo docente elaborou textos-base para fundamentar cada uma das disciplinas ofertadas no curso de especialização, baseados em referenciais teóricos atualizados e coerentes com as práticas recomendadas em **Intervenção Precoce**. O material foi compilado, revisado e disponibilizado neste livro, que é composto de duas partes.

A Parte 1 apresenta o marco teórico-metodológico que sustenta as práticas centradas na família e nos contextos naturais. Os capítulos tratam dos temas: origem e história das práticas centradas na família; princípios-chave das práticas centradas na família; referencial teórico das práticas centradas na família e práticas baseadas nas rotinas e conhecimentos e competências para a **Intervenção Precoce**.

Já Parte 2 aborda a instrumentalização e avaliação em **Intervenção Precoce na Infância**, trazendo ferramentas e reflexões no contexto das práticas recomendadas. É composta pelos seguintes capítulos: os primeiros encontros com as famílias; a compreensão da ecologia da família, apoios formais e informais; identificação de necessidades familiares; identificação dos elementos do contexto natural das famílias e implementação de uma avaliação da criança na perspectiva centrada na família.

Desejamos que os conteúdos compartilhados nesta obra incentivem a reflexão e discussão dos profissionais e acadêmicos da Primeira Infância sobre uma mudança de paradigma no Brasil acerca das práticas em **Intervenção Precoce**.

Boa leitura!

Profa. Dra. Patricia Carla de Souza Della Barba

Profa. Dra. Luciana Bolzan Agnelli Martinez

organizadoras

PARTE 1

FUNDAMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DAS PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA E NOS CONTEXTOS NATURAIS

CAPÍTULO 1

ORIGEM E HISTÓRIA DAS PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA

Andréa Perosa Saigh Jurdi

Este capítulo tem por objetivo compreender o novo paradigma da Intervenção Precoce, baseado nas rotinas, nos contextos naturais de aprendizagem e nas capacidades das famílias. Compreender a origem e história das práticas centradas nas famílias e as diferentes terminologias utilizadas ao longo das gerações da Intervenção Precoce.

O que é Intervenção Precoce na Infância

Inicialmente se faz necessário abordar o conceito de primeira infância como etapa inicial do ciclo vital que abrange o nascimento até os seis anos de idade. Para Fujimoto (2016), a primeira infância é importante porque nela se estruturam as bases fundamentais do desenvolvimento humano – físicas, psicológicas, sociais e emocionais – que vão se consolidando e se aperfeiçoando nas etapas seguintes do processo de desenvolvimento humano.

Pesquisas de diversos campos de saber, como a neurobiologia, pedagogia, ciências sociais, psicologia, demonstram que as experiências e os estímulos nessa fase do desenvolvimento são cruciais para o desempenho na idade adulta, uma vez que a grande plasticidade cerebral, presente nessa etapa, potencializa os aprendizados.

Da gestação até os primeiros 1.000 dias de vida, precisamos criar bases sólidas para construir as dimensões do desenvolvimento infantil: físicas, motoras, intelectuais, socioemocionais. Nessa etapa fundamental para o desenvolvimento humano, a primeira infância, período de zero a seis anos de idade, tem sido enfatizado que o oferecimento de condições favoráveis ao desenvolvimento infantil é mais eficaz e menos dispendioso do que buscar reverter ou mitigar os efeitos das adversidades precoces posteriormente (Delaney; Doyle, 2012; Franco, 2015; Shonkoff, 2016).

Em função da importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento cognitivo, afetivo e emocional da criança, a Intervenção

Precoce (IP) ganha destaque e relevância. Nessa fase do desenvolvimento, a plasticidade cerebral possibilita às crianças organizarem e reorganizarem suas competências neurológicas, de modo a obter melhores resultados. Para Carvalho *et al.* (2016), a criança integra os conhecimentos por meio da experiência, assim, além dos fatores genéticos, psicológicos, má nutrição, doenças crônicas, o contexto em que essa criança vive também pode influenciar em seu desenvolvimento.

Neste sentido, as experiências de uma criança no período inicial da sua vida são decisivas para que ela se desenvolva adequadamente. Um ambiente que seja empobrecido de experiências, afetos e/ou negligente, afetará a aprendizagem e o desenvolvimento da criança (Shonkoff, 2016).

Para que haja uma melhor responsividade e progressão no desenvolvimento da criança, é necessário que haja uma intervenção que priorize as competências das famílias e suas comunidades para com suas crianças. Nesta perspectiva, tem-se a **Intervenção Precoce na Infância (IPI)**, em que o foco da intervenção não é mais apenas o déficit da criança, mas, sim, ela inserida em seu contexto, imersa em diversas relações, centrada na família.

No Brasil os termos “intervenção precoce” e “estimulação precoce” são utilizados como sinônimos para se referir ao atendimento de crianças de zero a três anos com necessidades especiais. É importante salientar as diferenças entre eles, pois “estimulação precoce” se restringe ao trabalho em competências específicas da criança, tais como motora e sensorial, com o objetivo de corrigir pontualmente falhas nessas áreas de domínio (Carvalho *et al.*, 2016; Franco, 2007; Nascimento *et al.*, 2018). Já o termo “intervenção precoce” tem como foco de suas ações a criança, seus contextos de aprendizagem, e pode ser definido como:

um conjunto de serviços/recursos para crianças em idades precoces e suas famílias, que são disponibilizados quando são solicitados pela família, num certo período de vida da criança, incluindo qualquer ação realizada quando a criança necessita de apoio especializado para assegurar e incrementar o seu desenvolvimento pessoal, fortalecer as auto competências da família e promover a sua inclusão social (EADSNE, 2010, p. 7).

Ao trazer os contextos de vida da criança como potencializadores de seu desenvolvimento e como espaços de aprendizagem, a IPI se desloca da área clínica e reabilitativa e volta-se fortemente para pensar a família como o centro da intervenção, suas necessidades de recursos e apoios indispensáveis, para que possa ajudar no desenvolvimento da criança.

A evolução de legislação e de ações em âmbito mundial traz consigo também uma evolução no conceito de IP que supõe ultrapassar as medidas assistenciais de caráter clínico reabilitador para adoção de medidas preven-

tivas e ações que contemplem os aspectos psicossociais e educativos no desenvolvimento das crianças com deficiência ou em risco de desenvolvimento.

Na atualidade a evolução dos conceitos nos leva a uma definição ampla que inclui não somente as crianças e suas famílias, mas traz a importância dos serviços e apoios que ajudem a melhorar a qualidade de vida das famílias, sua autonomia e, conseqüentemente, a melhorar os contextos de vida para que sejam protetivos e possam promover o aprendizado e desenvolvimento das crianças.

As metas da **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**¹, estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e países signatários, entre eles o Brasil (Unesco, 2015), têm como uma das metas previstas garantir o desenvolvimento de qualidade para a primeira infância. Esse compromisso assumido pelo Brasil significa implementar políticas públicas e oferecer apoios às pessoas com deficiência e suas famílias para um melhor desenvolvimento, inclusão, educação e aprendizagem. Nesse sentido, a IPI se constitui em instrumento político na conscientização do direito social das crianças, jovens e adultos que irão se tornar.

A Intervenção Precoce na Infância e sua relevância na promoção do desenvolvimento

Ao longo dos anos os modelos explicativos do desenvolvimento humano têm realizado mundialmente importante contribuição ao aprimoramento e desenvolvimento da IPI, oferecendo uma base teórica que nos possibilita entender os processos que se desenvolvem nesse espectro de atuação.

Pode-se dizer que desde a neurociência, que oferece uma base que explica a importância dos primeiros anos de vida no estabelecimento da aprendizagem, o papel fundamental das experiências precoces até as interações da criança com seu entorno é determinante para um bom desenvolvimento humano.

A neuroplasticidade ou plasticidade neuronal pode ser definida como capacidade que tem o sistema nervoso (níveis celular, metabólico ou atômico) de se modificar através da experiência. Essa capacidade varia ao longo do tempo, sendo maior quanto mais nova for a criança. Outro aspecto que deve ser levado em conta é que a neuroplasticidade varia de pessoa para pessoa e é diferente de acordo com o sistema neuronal. Experiências específicas afetam circuitos cerebrais específicos durante as etapas de desenvolvimento. Por esse motivo, a importância de oferecer oportunidades precoces de aprendizagem para as crianças pequenas, assim como provê-las de um ambiente com qualidade para que isso ocorra, é crucial na determinação de forças e fraquezas da função e estrutura cerebrais (Carvalho *et al.*, 2016).

¹ Conferir: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000243278_por

Sánchez (2019) se refere à importância de conhecermos os processos de neurodesenvolvimento para termos intervenções adequadas na IPI. O autor destaca dois processos que acontecem em distintos momentos do neurodesenvolvimento. Um deles se refere à morte programada de neurônios que não têm funcionalidade. As sinapses que estão sendo formadas são submetidas ao processo de poda ou eliminação de conexões sobranes ou não utilizadas.

A análise dos diferentes tipos de sinapses demonstra a importância dos estímulos ambientais na configuração definitiva das redes sinápticas do nosso cérebro. Para Sánchez (2019) e Shonkoff (2016), na configuração dos sistemas sensoriais, é possível constatar um determinismo ambiental na configuração das redes neuronais. A experiência vivida precocemente determina a configuração da rede neural que permitirá à criança desenvolver as habilidades do sistema sensorial.

Outro fator apontado pela neurociência põe em evidência a forma como a interação entre genética e experiência cria bases para o neurodesenvolvimento e comportamentos subsequentes. Pesquisas mostram que fatores ambientais, particularmente no período pré-natal e pós-natal precoce, provocam alterações químicas na estrutura dos genes, não alterando o código genético, mas a forma como os genes se expressam. Esse fenômeno é designado por modificação epigenética e explica, em parte, a influência das experiências negativas ou positivas no desenvolvimento cerebral.

Nesse sentido, os três primeiros anos de vida de uma criança constituem um período de sensibilidade excepcional às influências ambientais. Designado como período crítico ou sensível, representa uma janela de oportunidade para o aprendizado e assume papel determinante na modelagem da estrutura e função do cérebro (Carvalho *et al.*, 2016).

Shonkoff (2016) nos fala sobre a importância dos processos neurobiológicos do desenvolvimento, mas em sinergia com a formulação de políticas públicas inovadoras com o objetivo de melhorar o futuro de crianças expostas à adversidade significativa.

Toda a evidência produzida pelos estudos da neurociência sobre o efeito e importância do ambiente no desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central coloca sobre a IPI a responsabilidade de melhorar o contexto de vida das crianças que são o público-alvo da intervenção precoce. Shonkoff e Levitt (2010) ressaltam que o enriquecimento ambiental se faz por meio do apoio à família, desenvolvendo suas capacidades e competências; por meio da identificação e coordenação de recursos da comunidade que auxiliem as famílias em suas necessidades, bem-estar e na relação pais e filhos.

Desse modo, pode-se compreender que um programa de IPI deve prever uma sinergia e interação entre diversos sistemas, integrando-os de forma a potencializar o desenvolvimento e aprendizagem das crianças.

Nesse sentido, é possível referir que um dos objetivos da IPI é contribuir para que os cuidadores principais proporcionem experiências reguladoras nos contextos naturais que ajudem as crianças a promoverem o desenvolvimento, a adaptação e as capacidades de autorregulação.

A constatação de que é por meio das interações em contextos de vida e do envolvimento nas rotinas e brincadeiras do dia a dia que as crianças em idades precoces adquirem experiências relevantes para seu desenvolvimento, nos permite conceber intervenções guiadas pela complexidade, de natureza interativa e multidimensional, integrando aspectos biológicos, psicológicos e sociais. O modelo biopsicossocial de deficiência destaca estes aspectos fundamentais que orientam as abordagens e intervenções em IPI.

A **Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**, operacionalizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 2020), tem sido utilizada como referencial unificador que permite descrever os efeitos do contexto na funcionalidade da criança.

Carvalho *et al.* (2016) apontam 10 princípios chave do desenvolvimento e que contemplam o que já foi exposto até o momento:

1. O desenvolvimento humano processa-se pela interação dinâmica entre o bioecológico e a experiência;
2. A cultura influencia todos os aspectos do desenvolvimento humano e reflete-se nas crenças e nas práticas educativas das crianças tendo em vista uma adaptação saudável nas relações sociais;
3. Crescimento da autorregulação é um alicerce do desenvolvimento precoce da criança que atravessa todos os domínios do comportamento;
4. As crianças são participantes ativas no seu próprio desenvolvimento, refletindo a tendência humana intrínseca para explorar e dominar seu próprio ambiente;
5. As relações humanas e os efeitos das relações são a base do desenvolvimento saudável;
6. O vasto leque das diferenças individuais entre as crianças faz com que muitas vezes seja difícil distinguir as variações normais e os atrasos de maturidade das alterações transitórias ou de deficiências estabelecidas;
7. O desenvolvimento das crianças desenrola-se segundo percursos individuais cujas trajetórias se caracterizam por continuidades e descontinuidades, bem como uma série de transições significativas;
8. O desenvolvimento humano processa-se pela interação contínua entre fatores de vulnerabilidade e fatores de resiliência;
9. A localização no tempo em que ocorrem as experiências precoces pode ser relevante, mas frequentemente a criança em desenvolvimento mantém-se vulnerável a riscos e aberta

a influências protetoras ao longo dos primeiros anos de vida e durante a vida adulta;

10. O curso do desenvolvimento pode ser alterado durante os primeiros anos de vida através de intervenções eficazes que alteram o equilíbrio entre risco e proteção e assim mudando a probabilidade em favor de resultados mais adaptativos (Shonkoff; Philips, 2000, p. 23-32 *apud* Carvalho *et al.*, 2016, p. 49-50).

Em síntese, quando se pensa a IPI e os serviços, faz-se necessário contemplar quatro aspectos essenciais: humanísticos, neurobiológicos, conceituais e organizacionais.

O aspecto humanístico se refere a priorizar as necessidades das crianças e das famílias, suas condições de vida e sua cultura. O aspecto neurobiológico se refere à primeira infância como um período crítico, no qual o desenvolvimento do sistema nervoso depende da interação entre genes e ambiente. Nesse sentido, é importante reafirmar o papel da IP que tem a responsabilidade de tornar mais estimulante a interação da criança com seu ambiente e contexto de vida.

Já o aspecto conceitual se refere ao conceito teórico que apoia todo o processo de IP, construindo um paradigma que muda um modelo centrado no profissional e biomédico, para uma abordagem que prevê prestação de apoios e serviços em contextos, com base consultiva da família. As famílias são centrais na IPI, uma vez que as crianças aprendem quando têm a oportunidade de participar das atividades de rotina, quando estão motivadas e interessadas, e quando são consideradas parte da vida familiar e comunitária.

E o aspecto organizacional diz respeito ao trabalho intersetorial, aos diferentes níveis de atenção que atendem essas famílias, desde o cuidado na atenção primária até o cuidado hospitalar. Diz respeito à formação de profissionais, à formação de equipes, aos conhecimentos, competências, valores e filosofia de trabalho. Além disso, nos alerta que não basta ter a iniciativa dos profissionais interessados na IPI. É preciso uma política pública, incentivos financeiros e apoios institucionais para que as propostas se efetivem.

Como promover ambientes de aprendizagem em idades precoces

Se considerarmos que a aprendizagem ocorre desde o nascimento e que as competências se desenvolvem de forma acumulativa, as experiências oferecidas às crianças são fundamentais. Nesse sentido, destaca-se a relevância dos contextos ou ambientes nos quais o desenvolvimento ocorre. Para evitar ou prevenir agravos ou problemas de desenvolvimento se faz necessário oferecer à criança ambientes ricos em estímulos.

O ambiente deve se caracterizar por ser protetivo, mantendo um equilíbrio e não se alterar muito, pois, uma exposição prolongada a am-

bientes com maiores fatores de risco e adversos poderá ter efeitos negativos a longo prazo no desenvolvimento e na aprendizagem das crianças.

Dunst *et al.* (2012) ressaltam três ideias estruturantes que constituem a base do pensamento contemporâneo em IPI: ambientes de aprendizagem em contextos naturais e do cotidiano; oportunidades e experiências regulares da criança e da família; e envolvimento proativo da família. Para os autores, as atividades que surgem no cotidiano da comunidade e que constituem fontes de oportunidades para a aprendizagem da criança são nomeadas como contextos naturais. Nesse sentido, promover ambientes que sejam provedores de experiências e aprendizados nos contextos de vida da criança deve ser um dos objetivos dos profissionais de IP.

É nesse cenário, nos contextos de vida da criança, que o ambiente deva ser estruturado para propiciar às crianças experiências cotidianas que possam ser usadas como fontes de aprendizagem e desenvolvimento de competências comportamentais, funcionais e socialmente adaptativas. As crianças devem ter oportunidades e experiências que favoreçam as relações com o contexto, com as pessoas e com objetos significativos para seu desenvolvimento e aprendizagem.

Intervenção Precoce – uma questão de direitos

A **Convenção sobre os Direitos da Criança** (UNICEF, 1989) e a **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência** (Brasil, 2016) foram ratificadas pelo governo brasileiro e garantem o direito à justiça social, integridade e autonomia, igualdade de oportunidades e de equidade.

O artigo 23 da **Convenção sobre os Direitos da Criança** (UNICEF, 1989) fala especificamente de crianças com necessidades especiais ou em risco:

Artigo 23º (parte 1 e 2)

À criança mental e fisicamente deficiente o direito de uma vida plena e decente em condições que garantam sua dignidade, favoreçam a sua autonomia e facilitem a sua participação ativa na vida da comunidade;

[...] Direito de se beneficiar de cuidados especiais e ... assistência... adaptada ao estado da criança e à situação dos pais ou daqueles que a tiverem a seu encargo;

[...] A assistência [...] gratuita sempre que tal seja possível, atendendo aos recursos financeiros dos pais ou daqueles que tiverem a criança a seu encargo [...];

[...] A criança tenha efetivo acesso à educação, à formação, aos cuidados de saúde, à reabilitação, à preparação para o emprego a atividades recreativas ... de forma a assegurar uma integração social tão completa quanto possível e o desenvolvimento pessoal, incluindo nos domínios cultural e espiritual.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Unicef, 1989) não cria novos direitos, mas reafirma o compromisso dos Estados Partes na garantia dos direitos, como o artigo 7º, especialmente dedicado às crianças:

Crianças com deficiência

1. Os Estados Partes tomam todas as medidas necessárias para garantir às crianças com deficiência o pleno gozo de todos os direitos humanos e liberdades, fundamentais em condições de igualdade com outras crianças;
2. Em todas as ações relativas às crianças com deficiência, os superiores interesses da criança têm primazia;
3. Os Estados Partes asseguram às crianças com deficiência o direito de se expressarem [...].

Assim, investir no desenvolvimento da criança nos primeiros dias de sua vida constitui uma política economicamente eficaz com retornos futuros. A IP está prevista como direito e necessária à primeira infância com deficiência ou em risco de desenvolvimento.

O processo histórico dos modelos de intervenção precoce

O percurso histórico da IP teve seus aportes teóricos e conceituais nas mudanças ocorridas nos serviços de Educação Especial, para crianças com deficiência, na década de 70 do século passado, nos EUA. Importante salientar que nessa época histórica o mundo passava por transformações importantes: movimentos por direitos humanos; reivindicação das minorias por melhorias de condições de vida; e um crescimento em estudos sobre o desenvolvimento infantil.

A partir do reconhecimento dos primeiros anos de vida como fundamentais ao desenvolvimento e estabelecimento de relações entre pobreza e mortalidade materno-infantil, na década de 1960, nos Estados Unidos, emergiram programas para as crianças em situação de vulnerabilidade social com ações de caráter preventivo, protetivo e de responsabilidade da sociedade civil (Carvalho *et al.*, 2016). Inicialmente, essas práticas se constituíram de forma higienista e compensatória, uma vez que se entendia que os atrasos no desenvolvimento estavam relacionados à pobre estimulação do meio de origem e que poderiam ser compensados (Cunha; Benevides, 2012). Para Serrano (2007), na sequência do clima político da época nos EUA, foram criados programas com financiamento do governo federal e que atingiram cerca de 35 milhões de cidadãos, que viviam abaixo da linha de pobreza, sem educação, alimentação, moradia e serviços de saúde adequados. O Governo dos EUA considerava que as condições de pobreza extrema e os problemas decorrentes eram uma ameaça ao bem-estar social e econômico do país. Nesse contexto, o financiamento a programas de combate à pobre-

za fez emergir inúmeros programas voltados à educação como possibilidade de reverter a situação em que viviam esse segmento populacional.

Entre essas ações merece destaque o **Programa Head Start** que tinha como foco o trabalho com crianças pequenas em vulnerabilidade social, partindo da ideia de que a situação socioeconômica poderia conter fatores de risco para a primeira infância. Tal programa pode ser considerado a primeira abordagem abrangente sobre a intervenção na primeira infância (Serrano, 2007; Shonkoff; Meisels, 2000).

O programa foi concebido de forma abrangente no combate à pobreza e focado na família que compreendia uma intervenção multidisciplinar que pudesse atender às necessidades das crianças e suas famílias, incluindo programas de educação pré-escolar, prestação de serviços na área da saúde, nutrição, apoio psicológico, serviços sociais. Outra inovação do programa foi trazer os pais como parceiros e com igual direito dos profissionais durante o processo de intervenção com as crianças e durante a intervenção das ações sociais nas comunidades em que viviam. Os desdobramentos com resultados positivos, a multiplicidade de profissionais de diversas disciplinas envolvidos e o desenvolvimento de práticas parentais tornaram esse programa um precursor das atuais práticas de intervenção precoce.

Ao longo dos anos, a conceitualização e a operacionalização dos modelos e práticas de IPI foram sofrendo mudanças e evolução substancial decorrentes dos progressos científicos e das pesquisas nas áreas do desenvolvimento, das ciências e da educação.

Em relação às pessoas com deficiência, havia um descontentamento dos pais com críticas ao modelo médico de atendimento às crianças e o modo como as famílias eram deixadas de lado em relação às decisões sobre tratamentos realizados. Serrano (2007) ressalta que nesta época, os serviços de IP eram dirigidos à criança, sendo ela o único receptor de cuidados. Essa abordagem centrada na criança tem suas origens no paradigma que concebia os pais como causadores das dificuldades da criança. Serrano (2007) ressalta que esse paradigma afirmava que no centro das dificuldades da criança estava a sua personalidade ou os defeitos genéticos herdados dos pais. Nesse modelo de atendimento às crianças com deficiência, os profissionais detinham o poder de decisão e as famílias não tinham a possibilidade de decidir ou de escolha. A crítica que se faz a esse modelo médico diz respeito a ser centrado nas dificuldades da criança e, caso não houvesse progresso no tratamento, a falha acabava sendo atribuída à fraca adesão por parte da criança ou à família por não fazer o suficiente pelos seus filhos.

Da mesma forma, Franco (2015) ressalta que até a década de 70 prevaleceu uma perspectiva de IP concebida como estimulação precoce, a qual se centrava na necessidade de estimular a criança, pondo em ação suas competências motoras e sensoriais de forma a obter maior qualidade nesses

domínios. Nessa concepção, o profissional visto como especialista se volta para o déficit da criança e cabe a ele a responsabilidade de tratar o déficit, a família não era considerada parte do processo de intervenção. Esses serviços e práticas de caráter biomédico e terapêutico, centrados sobre a necessidade de estimular a criança em suas competências motoras e sensoriais, para obtenção de um melhor desempenho nesses domínios, foram designados como modelos de primeira geração (Franco, 2015; Carvalho *et al.*, 2016).

Nesse percurso histórico, é no início da década de 70 do século XX que assistimos a uma nova fase no cuidado às crianças com deficiência, durante a qual, quer profissionais, quer pais, sentiram a necessidade de se envolverem mais ativamente nos programas destinados às suas crianças. Na legislação americana, em 1975, ocorre um grande avanço através da *Public Law (PL) 99-142 – The Education for All Handicapped Children Act* (Lei para todas as Crianças com Deficiência), designada, hoje, por *Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)* (Lei para Educação de Indivíduos com Deficiência) (Gallager; Tramill, 2000).

Para além das políticas públicas, os referenciais teóricos contribuíram para os processos de mudança. Pereira e Serrano (2010) comentam que o surgimento das teorias sistêmicas, particularmente da teoria sistêmica familiar, na década de 1960 acentuou o enfoque na família e suas relações, contextualizando-a em um sistema amplo e complexo de influências e interações. Esses estudos influenciaram o campo da IPI e a importância de manutenção de uma rede de serviços e de apoios integrados à comunidade. A partir do envolvimento progressivo e ativo das famílias, uma nova fase surge nos atendimentos a crianças com deficiência. Os pais aparecem como coterapeutas e cotutores. Implementou-se a formação dos pais e de outros membros da família para que pudessem desempenhar o papel de terapeutas e de professores. Muitos profissionais acreditavam que os pais deveriam funcionar como professores; e os “bons” pais seriam aqueles que adotavam o papel de professores sob a supervisão de um profissional. Apesar do crescente envolvimento da família, a intervenção ainda estava centrada exclusivamente na criança (Serrano, 2007).

No entanto, foi na década de 80 do século XX que a família e a criança começaram a ser vistas como alvo de intervenção e surge o modelo de IPI de segunda geração, pelo qual a intervenção passa a ser focalizada na família como consumidora dos serviços, apoiada e aconselhada pelos profissionais sobre sua condução com a criança e delimitada pelo monitoramento desenvolvido pelo profissional quanto ao uso dos seus serviços pela família (Carvalho *et al.*, 2016). Nesse modelo, predomina a tendência de individualização dos programas de IPI, pois se reconhece a diversidade e a complexidade dos problemas que se põem às crianças e às suas famílias. Outros aspectos da segunda geração do modelo de IP contribuíram para futuros

avanços, vale destacar a importância de uma visão sistêmica, integrando famílias, contextos e comunidades, além da valorização de uma participação ativa nas trocas interativas entre criança e seus cuidadores (Pereira, 2009).

Segundo Fernandes, Serrano e Della Barba (2016), inicia-se um período de transição do processo de IPI, baseado nos “déficits”, para uma abordagem centrada na família, que teve contribuições importantes da teoria de Dunst (1985) para determinar a função do apoio social e o protagonismo da família.

A terceira geração de programas de IPI ocorre a partir da década de 90, quando Dunst (2000) e McWilliam (2003) difundem ideais de um modelo horizontalizado e não hierárquico de IPI, pelo qual os profissionais desempenham o papel de “agentes” que fornecem as informações necessárias à família, a fim de lhes apoiar nas decisões, criando oportunidades para fortalecimento de suas competências e autoconfiança parentais (Dunst, 1997; Fernandes; Serrano; Della Barba, 2016).

Teoria sistêmica familiar e social

O crescimento sobre os processos de desenvolvimento gerou modelos modificados sobre novos esquemas do desenvolvimento infantil. Alguns deles desempenharam um importante papel na determinação de como a IPI deveria ser implementada (Serrano, 2007).

Dos modelos teóricos sistêmicos, abordaremos: o **Modelo Transacional de Desenvolvimento**, elaborado por Sameroff e Chandler (1975); o **Modelo de Ecologia do Desenvolvimento Humano**, desenvolvido por Urie Bronfenbrenner (1979); o **Modelo de Apoio Centrado na Família**, de Carl J. Dunst (1985); e a **Abordagem de Sistemas de Desenvolvimento**, formulada por Michael J. Guralnick (2011).

Modelo Transacional de Desenvolvimento

O modelo transacional foi inicialmente formulado por Sameroff e Chandler (1975) em uma tentativa de explicar as variações nos resultados sobre o desenvolvimento de bebês em risco. Para os autores, os fatores biológicos e ambientais, por si só, não eram suficientes para explicar os resultados de bebês de alto risco.

De acordo com Sameroff e Chandler (1975), o desenvolvimento resulta das transações dinâmicas e contínuas entre a criança e a experiência providenciada pela sua família e restante contexto social. Desta forma, a intervenção não pode ter sucesso se as mudanças forem operadas exclusivamente nas características individuais da criança, pois estas não explicam mais do que uma pequena proporção da variação do desenvolvimento. Nesse modelo, o desenvolvimento é produto das interações contínuas e di-

nâmicas entre a criança e seus contextos de aprendizagem (família, escola, comunidade) (Sameroff; Fiese, 1990).

Três aspectos são fundamentais e auxiliam em relação à identificação de objetivos e estratégias de intervenção com as crianças e suas famílias, remediação, redefinição e reeducação:

- *Remediação* – altera a forma de comportamento da criança em relação aos pais. Permite que ela tenha condições orgânicas para se tornar mais competente e responder adequadamente aos cuidados prestados pela família, provocando eventuais modificações nos mesmos;
- *Redefinição* – muda a forma como os pais interpretam o comportamento do seu filho, focando sua atenção para as suas competências. Isso facilita interações parentais mais apropriadas;
- *Reeducação* – altera a forma comportamental dos pais quanto ao seu filho, estabelecendo o ensino de técnicas específicas adequadas às características de cada criança.

Para Serrano (2007), as intervenções implementadas numa área podem influenciar outras partes do processo de desenvolvimento, uma vez que os fatores ambientais inseridos nos códigos culturais, familiares e individuais promovem a regulação cognitiva e socioemocional da criança para que seja capaz de desempenhar seu papel social. O modelo transaccional desenvolvido tem grande impacto no campo da IPI. Um dos motivos é que providenciam as linhas de orientação para intervenções eficazes junto às crianças e famílias e nos comprovam que programas de IPI não podem ser bem-sucedidos se apenas a criança sofrer mudanças. As mudanças ambientais devem ser previstas com o intuito de favorecer o aprendizado e as relações da criança (Sameroff; Fiese, 1990).

Modelo de Ecologia do Desenvolvimento Humano

Tendo em vista estes vários fatores que influenciam o processo do desenvolvimento, a perspectiva ecológica aborda e compreende as relações que atravessam o crescimento da criança. Entre os principais autores que conceituam esta visão, Urie Bronfenbrenner (1979) tem destaque ao propor o modelo bioecológico. Inicialmente nomeada ecológica, a teoria bioecológica surge a partir de um movimento crítico às teorias comportamentais da Psicologia e suas aplicações centradas nos aspectos individuais, não considerando o ambiente de forma interativa (Marini; Lourenço; Della Barba, 2017). Dessa forma, o autor sugere um sistema teórico bioecológico, do termo ecologia (em grego *oikos* e significado de moradia, abrangendo as relações dos organismos com o meio), pautado nas inter-relações entre sistemas socialmente organizados que apoiam e orientam o desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1979).

Um dos conceitos fundamentais desse modelo é o de processos proximais. Nele o autor considera que o desenvolvimento acontece através de processos de interações recíprocas e duradouras, cada vez mais complexas, entre um indivíduo em evolução e as pessoas, objetos e símbolos do meio, ou seja, seu contexto e seu tempo. Este conceito aprofunda o conteúdo e a duração dos processos, levando em consideração suas variações e particularidades, seja do sujeito em desenvolvimento, do ambiente ou das mudanças sócio-históricas relacionadas ao contexto.

Segundo esta compreensão do desenvolvimento humano, este é resultado de um processo de interações entre a criança e os vários contextos que a circundam, caracterizado por sistemas (família, grupos, comunidade e sociedade em geral) interdependentes e inter-relacionados em diferentes níveis de influência situados em um tempo e lugar determinados. Este amplo contexto sócio-histórico atravessa a cultura e a organização das famílias, não podendo se limitar a uma visão estritamente linear e causal do desenvolvimento (Bairrão; Almeida, 2003). Portanto, diante do apresentado, é possível perceber a dimensão e complexidade do desenvolvimento humano, sendo importante considerar a relação entre os diferentes contextos e interações.

Modelo de Apoio Centrado na Família

O modelo de avaliação e de intervenção centrado na família foi desenvolvido por Dunst, Trivette e Deal (1988 *apud* Serrano; Correia, 2000) e caracteriza-se como modelo de intervenção precoce de terceira geração. Esse modelo, também conhecido por modelo integrado de IPI, possui suas raízes na teoria sistêmica e na abordagem bioecológica do desenvolvimento humano, enfatizando a influência dos sistemas sociais e das variáveis ambientais para a promoção do desenvolvimento e fortalecimento parental.

Serrano (2007) ressalta que um dos princípios desse modelo é o da corresponsabilização, descrito como a capacidade da família em satisfazer suas necessidades, cumprir aspirações e promover um sentido de domínio e de controle intrafamiliar sobre aspectos importantes do funcionamento familiar. Para Serrano (2007), conceitos como “corresponsabilizar” e “capacitar” são fundamentais para a abordagem de trabalho junto às famílias. O termo “capacitar” significa criar oportunidades para que todos os membros adquiram e demonstrem capacidades que ajudem a fortalecer o funcionamento familiar. Já o termo “corresponsabilizar” diz respeito à capacidade da família em satisfazer suas necessidades, promovendo um claro sentido de domínio intrafamiliar e de controle sobre aspectos do funcionamento familiar.

Dunst (2000) ressalta que o modelo desenvolvido inicialmente incluía quatro componentes conceituais: (1) o enquadramento sistêmico social; (2)

a família como unidade de intervenção; (3) a filosofia da corresponsabilização; e (4) orientação no sentido de promover/melhorar as capacidades das famílias. E quatro componentes operacionais: (1) práticas baseadas em necessidades; (2) fontes de apoio e recursos para responder a essas necessidades; (3) práticas baseadas nos pontos fortes; e (4) práticas de disponibilização de ajuda orientadas no sentido de melhorar competências.

Além desses componentes envolvidos, Dunst (2000) ressalta que o comportamento dos profissionais que proporcionam os apoios é determinante no que diz respeito às formas como as famílias são corresponsabilizadas. A operacionalização proposta no modelo envolve: a identificação de prioridades da família, das suas necessidades, desejos e preocupações etc.; a identificação de fontes de apoio informais e formais e a identificação de recursos para dar resposta às intenções e objetivos explicitados; a mobilização destes apoios e recursos fazendo apelo às capacidades existentes ou promovendo a aquisição de novas competências pela família (Dunst, 2000).

Abordagem de Sistemas de Desenvolvimento

Outro autor que tem se dedicado a construir modelos conceituais é Michael J. Guralnick (2011). Esse pesquisador nos apresenta um modelo que incorpora os conhecimentos científicos sobre o desenvolvimento típico em crianças com risco e/ou deficiência, a centralidade da família e os conhecimentos sobre a ciência da intervenção (Mora; Garcia, 2019).

Guralnick (2011, 2019) desenvolveu a **Abordagem de Sistemas de Desenvolvimento** que nos ajuda a pensar sobre os sistemas de IPI implantados nas comunidades. Para o autor, a atenção ao nível de desenvolvimento infantil requer a compreensão de como as crianças utilizam os recursos existentes para expandir suas competências social e cognitiva. Nesse sentido, três aspectos são relevantes para proporcionar apoios e serviços para atender ao complexo e diversos grupos de crianças e suas famílias de forma integrada, compreensiva e inclusiva.

O **primeiro princípio** definido por Guralnick (2011, 2019) é dedicado às relações e interações familiares. Para o autor, a formação das relações é particularmente crítica, não somente entre pais e filhos, mas se estende às relações das crianças com outros adultos na rede social familiar, com professores e outros que tenham contato regular com a criança. É importante que o profissional de intervenção precoce conheça e esteja atento aos padrões de interações e relações familiares, uma vez que relações compreensivas, de qualidade, afetivas, produzem efeitos no desenvolvimento infantil. O **segundo princípio** se refere à abrangência ou amplitude, isto é, todos os componentes dos padrões familiares de interação com o intuito de maximizar o desenvolvimento infantil. O **terceiro princípio** é o da continuidade

e representa a realidade que os sistemas de IPI devem estar atentos para o desenho das necessidades das crianças e famílias que mudam com o tempo.

Uma perspectiva de sistemas precisa ser projetada para colocar os diversos conceitos e práticas no campo da IPI dentro de uma estrutura comum. O autor sugere padrões recíprocos complexos de influência que enfatizam fatores de risco e proteção operando em três níveis: competência social e cognitiva infantil; padrões familiares de interação; e recursos da família. Essa estrutura pode oferecer um entendimento de como a intervenção precoce funciona e quando funciona, bem como estabelecer uma nova avaliação e intervenção fundamentadas na ciência do desenvolvimento.

De acordo com Guralnick (2019), a implantação e a avaliação dos sistemas de IPI são feitas em ampla evidência, indicando os benefícios para as crianças e suas famílias a partir de três aspectos fundamentais. O primeiro aspecto se refere a implantar ciência, ou seja, à habilidade das comunidades em implementar intervenções baseadas em evidência com altos níveis de fidelidade, eficiência e eficácia. Geralmente essas evidências são resultado de uma programação sistemática de estudos científicos. Já o segundo aspecto se centra em um marco organizativo para os sistemas de IP desenhados para identificar mecanismos de desenvolvimento e seus princípios de interação que podem ser aplicados a todos os grupos vulneráveis. E o terceiro aspecto se refere à identificação de recursos das famílias que estão disponíveis para prever os apoios familiares em padrões de interações ideais.

A Abordagem de Sistemas de Desenvolvimento constitui um marco que pode ser utilizado pelas comunidades para que possam elaborar e estruturar um sistema de IPI e proporcionar uma diretriz para os processos de implementação de práticas. É essencial ressaltar que essa abordagem tem o enfoque nas famílias e nos padrões familiares de interação e se baseia na ciência do desenvolvimento, que tem relevância para todas as crianças independentemente de sua vulnerabilidade. Os princípios gerais das relações, da abrangência e da continuidade proporcionam um guia adicional para o processo de intervenção e de resolução de problemas no sentido de melhorar a qualidade dos padrões de interação familiar (Guralnick, 2011, 2015, 2019).

Para finalizar - uma abordagem centrada na família: o que é?

A *Division for Early Childhood* (DEC)², desde 1993, reconhece as práticas centradas na família como a abordagem mais recomendada para se trabalhar no campo da IPI, com efeitos mais sustentáveis a médio e longo prazo, concebida como filosofia e um conjunto de práticas que reconhe-

2 DIVISION FOR EARLY CHILDHOOD (DEC). DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education, 2014. Disponível em: <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>. Acesso em: 11 nov. 2017

cem a centralidade da família como cuidadora e como a principal unidade de intervenção na prestação de cuidados à criança (Carvalho *et al.*, 2016). Para sintetizar, apresentaremos algumas questões-chave que caracterizam a abordagem centrada nas famílias:

- **Toda família é unidade de intervenção** – a abordagem centrada na família considera as necessidades dos membros da família para além das necessidades da criança. O que afeta um membro da família tem impacto nos demais, como por exemplo, o desemprego de um dos pais.
- **Profissionais e famílias trabalham em parceria e colaboração, por oposição a um modelo de Especialista X Família** – sendo o objetivo das práticas centradas na família o ponto forte das famílias, a corresponsabilização. Isso significa que há uma mudança no papel do profissional, de especialista a mediador e apoio às famílias. Para as famílias é fundamental a colaboração com os profissionais em todas as etapas da intervenção, conduzindo avaliação, definindo as prioridades, desenhando planos de intervenção e implementando aquela que consideram mais adequada para si e para seus filhos.
- **As práticas de intervenção respondem às prioridades e objetivos da família** – a identificação de prioridades e objetivos da família deve ser o primeiro passo para uma intervenção realmente centrada na família.
- **Os profissionais são agentes a serviço da família** – a intervenção deve ser baseada nas necessidades e “orientada pelo consumidor” e não nas necessidades e objetivos identificados pelos profissionais.
- **As práticas de intervenção são individualizadas para cada família** – o plano de intervenção deverá necessariamente refletir a especificidade de cada família, que é única. Desse modo, as práticas de intervenção não poderão ser pré-formatadas, pois o mesmo tamanho não serve para todos (Carvalho *et al.*, 2016).

Referências

BAIRRÃO, J.; ALMEIDA, I. C. Questões Actuais em Intervenção Precoce. *Psicologia*, v. 27, n. 1, p. 15-29, 2003.

BRONFENBRENNER, U. *A Ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/Oficina%20PCF/JUSTI%C3%87A%20E%20CIDADANIA/convencao-e-lbi-pdf.pdf>

CARVALHO, L. *et al.* **Práticas Recomendadas em intervenção precoce na infância: um guia para profissionais**. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016.

CUNHA, A. C. B.; BENEVIDES, J. Prática do psicólogo em intervenção precoce na saúde materno-infantil. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 1, p. 111-119, 2012.

DELANEY, L.; DOYLE, O. Socioeconomic differences in early childhood time preferences. **J. Economic Psychology**, v. 33, n. 1, p. 237-247, 2012.

DUNST, C. J.; RAAB, M.; TRIVETTE, C. M.; SWANSON, J. Oportunidades de Aprendizagem para a Criança no Quotidiano da Comunidade. In: McWILLIAM, R. C. **Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais**. Porto: Porto Editora, 2012.

DUNST, C. Conceptual and Empirical Foundations of Family-Centered Practice. In: ILLBACK, R. J.; COBB, C. T.; JOSEPH JUNIOR, H. M. (Eds). **Integrated services for children and families: opportunities for psychological practice**. Washington, D. C.: American Psychological Association, 1997. p. 75-91.

DUNST, C. J. Rethinking early Intervention. **Analysis and intervention in developmental disabilities**, v. 5, n. 2, p. 165-201, 1985.

DUNST, C. J. Revisiting “Rethinking early intervention”. **Topics in Early Childhood Special Education**, v. 20, n. 2, p. 95-104, 2000.

EADSNE - EUROPEAN AGENCY FOR DEVELOPMENT IN SPECIAL NEEDS EDUCATION. **Early Childhood Intervention: progress and developments**. 2010. Disponível em: https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-progress-and-developments_ECI-report-EN.pdf. Acesso em: nov. 2017.

FERNANDES, P. R. S.; SERRANO, A. M. S. P. H.; DELLA BARBA, P. Diálogos sobre a intervenção precoce. **Journal of Research in Special Needs Education**, v. 16, n. 1, p. 373-377, 2016.

FRANCO, V. Dimensões Transdisciplinares do Trabalho em Equipe em Intervenção Precoce. **Interação em Psicologia**, v. 11, n. 1, p. 113-121, 2007.

FRANCO, V. **Introdução à Intervenção Precoce no Desenvolvimento Infantil** – com a família, com a comunidade, em equipe. Évora: Edições Aloendro, 2015.

FUJIMOTO, G. Cenário Mundial das Políticas de Primeira Infância. In: **Avanços do Marco Legal da Primeira Infância**, 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>. Acesso em: 14 nov. 2018.

GALLAGER, R. J.; TRAMILL, J. L. Para Além da Parte H: implicações da legislação de Intervenção Precoce na organização de parcerias de colaboração escola/comunidade. In: CORREIA, L. de M.; SERRANO, A. M. (orgs.). **Envolvimento Parental em Intervenção Precoce**. Porto: Porto Editora, 2000. p. 35-64.

- GURALNICK, M. J. La Ciencia de Implementar. Enfoque de los Sistemas de Desarrollo y Prácticas Centradas en la Familia. *In: MORA, C. T. E.; GARCIA, L. R. (eds.). Prácticas de Atención Temprana Centradas em la Familia y en Entornos Naturales*. Madrid: Uned, 2019. p. 1367-1767.
- GURALNICK, M. J. Merging Policy Initiatives and Developmental Perspectives in Early Intervention. *Escritos de Psicologia*, v. 8, n. 2, p. 6-13, 2015.
- GURALNICK, M. J. Why Early Intervention Works? A Systems perspective. *Infant & Young Children*, v. 24, n. 1, p. 6-28, 2011.
- MARINI, B. P. R.; LOURENÇO, M. C.; DELLA BARBA, P. C. D. S. Revisão sistemática integrativa da literatura sobre modelos e práticas de intervenção precoce no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 35, n. 4, p. 456-463, out./dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;4;00015>
- MCWILLIAM, R. A. (org). *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais*. Porto Editora, 2003.
- MORA, C. T. E.; GARCÍA, L. R. (Eds). *Prácticas de Atención Temprana Centradas em La Familia y em Entornos Naturales*. Madrid: Uned, 2019.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp - Editora da Universidade de São Paulo, 2020.
- PEREIRA, A. P.; SERRANO, A. M. Abordagem centrada na Família em Intervenção precoce; perspectiva histórica, conceitual e empírica. *Revista Diversidade*, v. 27, p. 4-11, 2010.
- PEREIRA, A. P. S. *Práticas centradas na família em intervenção precoce: um estudo nacional sobre práticas profissionais*. 2009. 290 f. Tese (Doutorado em Estudos da Criança) – Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Portugal, 2009.
- SAMEROFF, A. J.; CHANDLER, M. J. Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. *In: HOROWITZ, F. D.; HETHERINGTON, M.; SCARR-SALAPATEK, S.; SIEGEL, G. (eds.). Review of child development research*, University of Chicago Press, Chicago, v. 4, p. 187-244, 1975.
- SAMEROFF, A. J.; FIESE, B. H. Transactional regulation and early intervention. *In: SIEGEL, I. E.; MCGILLICUDDY-DELISE, A. V.; GOODNOW, J. J. (eds.). Handbook of Early Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. p. 119-149.
- SÁNCHEZ, F. A. G. Neurociencia y Atención Temprana. *In: MORA, C. T. E.; GARCIA, L. R. (eds). Prácticas de Atención Temprana Centradas em la Familia y en Entornos Naturales*. Madrid: Uned, 2019.
- SERRANO, A. M.; CORREIA, L. M. Intervenção Precoce Centrada na Família: uma perspectiva ecológica de atendimento. *In: CORREIA, L.*

de M.; SERRANO, A. M. (orgs.). **Envolvimento Parental em Intervenção Precoce**. Porto: Porto Editora, 2000. p. 13-32.

SERRANO, A.M. **Redes Sociais de Apoio e sua Relevância para a Intervenção Precoce**. Porto Editora, 2007.

SHONKOFF, J. P. Investindo em Ciência para Fortalecer as Bases da Aprendizagem, do Comportamento e da Saúde ao longo da Vida. *In: Avanços do Marco Legal da Primeira Infância*, 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudos/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>. Acesso em: 14 nov. 2018.

SHONKOFF, J. P.; LEVITT, P. The Neuroscience and the future of early childhood policy: moving from why and how. *Neuron*, 67, p. 689-691, 2010.

SHONKOFF, J. P.; MEISELS, S. J. **Handbook of early childhood intervention**. 2. ed. Nova York: Cambridge University Press, 2000.

UNESCO. **Declaração de Incheon e Marco de Ação para a implementação do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 4**. 2015. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000243278_por.

UNICEF. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Adotada pela Assembleia Geral da ONU em 20 de novembro de 1989. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>.

CAPÍTULO 2

PRINCÍPIOS-CHAVE DAS PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA

Carla Cilene Baptista da Silva
Cindy Passeti da Costa Vida

O conteúdo deste capítulo tem por objetivo apresentar os princípios-chave das Práticas Centradas na Família, enquanto norteadores para a **Intervenção Precoce na Infância (IPI)**, tendo a família como uma unidade foco e enquanto protagonista do processo de intervenção; e os conceitos fundamentais, as estruturas e os modelos de intervenção baseada nos contextos naturais e em recursos da comunidade.

Abordagens e paradigmas da Intervenção Precoce na Infância

Ao longo da história da **Intervenção Precoce na Infância** no mundo, a atuação vem passando por um processo de transformação, de uma abordagem mais centrada na criança e no profissional, para uma abordagem mais centrada na família. Contudo, para que essa transformação aconteça, diferentes abordagens de apoio à família têm sido utilizadas, sendo que não basta trabalhar com a família para ser centrado na família. *Dunst et al. (1991 apud Carvalho et al., 2018)* identificam quatro tipos de abordagens de apoio à família, que diferem no que consiste ao grau de protagonismo atribuído à família, sendo elas: centradas no profissional; aliadas à família; focadas na família; e centradas na família. No Quadro 1 pode-se entender melhor as diferenças entre cada uma das abordagens.

Quadro 1 - Diferentes abordagens de apoio à família

Tipo de abordagem	Concepções típicas sobre a família	Concepções típicas sobre o profissional e a intervenção
Centrada na família	A família é considerada como completamente capaz de tomar decisões informadas e concretizar as suas escolhas.	O profissional é o agente/instrumento da família. O seu papel é fornecer à família a informação necessária para esta tomar decisões informadas e criar oportunidades para fortalecer as suas competências. As intervenções centram-se na promoção de competências e na mobilização de recursos e apoios para a família, de uma forma individualizada, flexível e responsiva.
Focalizada na família	A família é considerada como capaz para fazer escolhas, mas as opções são limitadas aos recursos, apoios e serviços que o profissional crê que melhor se adaptam às necessidades da família; a família é vista como consumidora dos serviços.	O profissional apoia e aconselha a família sobre como devem ser conduzidas as intervenções, monitorizando o uso que a família faz dos serviços veiculados pelo profissional.
Aliada à família	A família é vista como minimamente capaz de efetuar mudanças na sua vida mas é considerada como um instrumento ou um “agente” do profissional.	O profissional estabelece as intervenções que considera importantes e necessárias para a família, devendo ela implementar e desenvolver as intervenções prescritas.
Centrada no profissional	A família é vista como incompetente e deficitária. Tem uma participação passiva no processo, havendo pouca ou nenhuma consideração pelas suas opiniões e pontos de vista.	O profissional é considerado o perito que determina as necessidades da família e é ele quem implementa as intervenções. Modelo “paternalista”, mais semelhante ao modelo médico.

Fonte: Dunst *et al.* (1991 *apud* Carvalho *et al.*, 2018, p. 81).

As quatro abordagens diferem em relação às competências e papéis a serem desempenhados pelas famílias, ao processo de intervenção, às decisões sobre o foco das práticas de intervenção, e aos tipos de apoios e de recursos oferecidos (Pereira, 2009).

De acordo com Dunst *et al.* (1991), as práticas classificadas como “aliadas à família” dizem respeito àquelas nas quais os pais funcionam como instrumentos para os profissionais, como coterapeutas, implementando as intervenções prescritas ou “treinadas”, enquanto as “focadas na família”

consideram-nas como consumidoras dos serviços, fornecendo-lhes opções de intervenção para que possam escolher as que mais se enquadram ao seu problema. Já a abordagem centrada na família considera a família como protagonista de todo o processo e como um membro da equipe. Esta abordagem será mais detalhada a seguir.

Além das abordagens citadas acima, é possível observar no Quadro 2, descrito por Dunst (2000b), a diferença entre os modelos do paradigma atual com os de uma abordagem mais tradicional para intervenção precoce.

Quadro 2 - Definindo características de diferentes abordagens para conceituar e implementar a Intervenção Precoce

Paradigma Atual	Paradigma Tradicional
Modelos de Promoção Foco na melhoria e na otimização das competências e bom funcionamento.	Modelos de Tratamento Foco na remediação de um transtorno, problema ou doença, ou suas consequências.
Modelos de Empoderamento/Corresponsabilização Criam oportunidades para as pessoas exercitarem capacidades existentes, assim como desenvolver novas competências.	Modelos Baseados na Especialidade Dependem do conhecimento dos profissionais para resolver os problemas das pessoas.
Modelos Baseado nas Competências Reconhecem os pontos fortes e talentos das pessoas, e apoiam as pessoas a usar essas competências para fortalecimento das funções.	Modelos Baseados nos Déficit Foco em corrigir os problemas e fraquezas das pessoas.
Modelos Baseado nos Recursos Definem as práticas em termos de uma base ampla de oportunidades e de experiências existentes na comunidade.	Modelos Baseados nos Serviços Definem práticas prioritariamente baseadas nos serviços dos profissionais.
Modelos centrados na Família Veem os profissionais como parceiros das famílias, responsivos às preocupações e desejos das famílias.	Modelos Centrados nos Profissionais Veem os profissionais como peritos que determinam as necessidades das pessoas por eles próprios, ignorando a perspectiva dos demais (família).

Fonte: Dunst (2000b, p. 98, tradução nossa).

Dunst e Trivette (2009) explicam que o paradigma tradicional, centrado na criança, considera que crianças e famílias possuem déficits e fraquezas que precisam ser tratados por profissionais para se corrigir os problemas, enquanto o paradigma atual, centrado na família, também nomeado como paradigma de capacitação, considera que as crianças e famílias possuem variados pontos fortes, sendo que o foco da intervenção está em apoiar e promover competência e outros aspectos positivos para o funcionamento dos membros da família.

Os modelos que compõem o paradigma atual, de capacitação, incluem elementos que dão ênfase primária aos apoios, recursos, experiências, e oportunidades oferecidas ou fornecidas a crianças, pais e famílias para fortalecer as competências já existentes e promover a aquisição de novas. Em conjunto, os cinco modelos fornecem uma maneira de estruturar o desenvolvimento e implementação de práticas de intervenção precoce centradas na família (Dunst; Trivette, 2009).

Dunst (2000a) afirma que essas mudanças de paradigmas são formas novas e alternativas de resolver problemas e de dar respostas às preocupações existentes por parte das famílias, direcionando assim a intervenção mais centrada na família. Afirma também que para atuar minimamente centrado na família as práticas devem conter como avanços: o objeto da intervenção ser identificado pela família e não pelo profissional; as práticas serem baseadas nos pontos fortes e não em pontos fracos; as práticas potencializarem as competências ao invés de fomentarem a dependência; e as abordagens se basearem em recursos, ao invés de se basearem em serviços.

Conhecer as diferentes abordagens e modelos permite compreender, de forma clara, a diferença entre o pressuposto do paradigma atual, ou seja, da abordagem centrada na família, e outros tipos de modelos de intervenções, originados do paradigma tradicional. A seguir serão expostos os conceitos que embasam a abordagem centrada na família.

Pressupostos que justificam a Intervenção Precoce Centrada na Família

Dunst (2010) afirma que a intervenção realizada por um profissional (uma hora, duas vezes por semana, durante 50 semanas) contabiliza cerca de 3% a 4% das horas em que uma criança de dois anos de idade está acordada, dificilmente tempo suficiente para fazer muita diferença na aprendizagem infantil e no desenvolvimento.

Mahoney e MacDonald (2009) salientam três razões para justificar o protagonismo que os pais possuem no desenvolvimento de suas crianças: em primeiro lugar, os fortes relacionamentos de apego, particularmente evidentes entre pais e filhos durante os anos da primeira infância, apontam que as crianças estão mais sintonizadas e receptivas às interações e informações fornecidas pelos pais do que as de outras pessoas; em segundo lugar, as crianças estão aptas a aprender habilidades e conceitos de desenvolvimento a qualquer momento ao longo do dia, já os pais e outros cuidadores primários são mais propensos do que os profissionais a estar com seus filhos quando eles estão prontos para aprender; por último, os pais possuem muito mais oportunidades para interação com as crianças do que o profissional.

Baseados nessas razões apontadas, que justificam a importância do protagonismo da família, e no referencial teórico do modelo ecológico-sis-

têmico, bioecológico e da perspectiva transacional, o conceito da “Abordagem centrada na família”, de acordo com Pereira e Serrano (2010), tem sido utilizado desde, pelo menos, os anos 50, para descrever a origem de determinadas maneiras da prática nos serviços e de apoios às famílias com crianças com necessidades especiais. A abordagem possui como principal particularidade o reconhecimento das famílias como o contexto principal para a aquisição do desenvolvimento da criança, de forma a enfatizar as competências da criança e da família, respeitar as escolhas da família e seu processo de decisão, e estabelecer uma parceria entre familiares e profissionais.

As terminologias “cuidado centrado na família”, “práticas centradas na família”, “serviços centrados na família”, “práticas de ajuda centradas na família” são usadas alternadamente para se referir a uma mesma abordagem que preconiza o trabalho com famílias, que honra e respeita seus valores e escolhas e que inclui o fornecimento de apoios necessários para fortalecer o funcionamento da família (Dunst; Trivette; Hamby, 2007).

De acordo com Dunst *et al.* (1988, *apud* Serrano; Correia, 2000), na abordagem centrada na família, são utilizados dois importantes conceitos: o de “capacitar”, em inglês “*enabling*”, que significa criar oportunidades para que todos os membros da família possam demonstrar e adquirir competências que consolidem o funcionamento familiar; e o de “partilhar poder” ou “corresponsabilizar”, em inglês “*empower*”, que significa a capacidade que a família deve demonstrar perante suas necessidades e aspirações, de forma a promover um sentido de controle e domínio intrafamiliar sobre aspectos importantes do funcionamento familiar.

Epley, Summers e Turnbull (2010) realizaram uma revisão da literatura examinando as conceituações das práticas centradas na família com o objetivo de compreender se realmente não existe uma definição comum. Os elementos-chave encontrados mais comumente nos artigos analisados que definem o conceito do que são as práticas centradas na família foram: escolha da família, pontos fortes da família, e relacionamento/parcerias família-profissional.

Shields, Pratt e Hunter (2006) afirmam que a negociação entre profissionais e famílias em relação a percepções dos papéis, tanto dos pais quanto da equipe, influencia diretamente a prestação de cuidados centrados na família.

A abordagem centrada na família acredita que todas elas possuem condições e competências, às quais surgem dos talentos, dos valores, das capacidades, das possibilidades, e das expectativas para favorecer positivamente o desenvolvimento das suas crianças, desde que tenham os apoios e recursos necessários. Desta maneira, o primeiro e primordial objetivo é apoiar as famílias para facilitar a disponibilização de meios através dos quais essas competências possam ser reconhecidas e utilizadas, o que poderá ser determinante para que os demais objetivos possam ser alcançados,

isto é, as experiências enriquecedoras e novas competências que a família e cuidadores principais irão promover na criança (Serrano; Pereira, 2011; Carvalho *et al.*, 2018).

McWilliam, Winton e Crais (2003) afirmam que ajudar os pais a encontrarem uma casa, um emprego, ou conseguirem subsídio para realizar um curso universitário, é tão válido quanto localizar um serviço com atendimento de fonoaudiologia para a criança. Com isso, entre os objetivos da abordagem centrada na família estão: minimizar o stress, manter ou melhorar os relacionamentos entre os membros da família, permitir que a família siga ao máximo possível o modo de vida que seguiria se a criança em questão não tivesse necessidades especiais.

O objetivo da abordagem centrada na família não é perturbar ainda mais as rotinas das famílias, e sim ajudar para que alcancem o equilíbrio que desejam, assim como ajudar que os pais sejam pais, e não terapeutas, de forma a auxiliá-los a desenvolver intervenções que se adaptem confortavelmente às suas rotinas atuais, como também fortalecer os sistemas de apoio da família, como igreja, associações, amigos, vizinhos, ao invés de substituí-los por serviços profissionais (Mcwilliam; Winton; Crais, 2003).

A abordagem centrada na família reconhece que “o mesmo tamanho não serve para todos”. Cada família é única e os serviços deverão incluir as prioridades da família individualmente a fim de assegurar a “melhor opção” entre as opções de serviços disponíveis, portanto, os programas de intervenção precoce devem conhecer e oferecer todos os possíveis serviços destinados a crianças e famílias nas suas comunidades (Mcwilliam; Winton; Crais, 2003).

Nesta abordagem, as famílias são apoiadas no seu papel de cuidadoras, partindo dos seus pontos fortes, únicos e diferenciados enquanto indivíduos e famílias. O papel-pivô da família é respeitado e reconhecido, e ela é considerada a principal unidade da intervenção e o elemento-chave no processo de tomada de decisão e na prestação de cuidados à criança. Estas práticas assentam numa visão integrada e holística do desenvolvimento, dão ênfase aos contextos naturais da criança e da família, assim como pressupõem um papel ativo dos cuidadores (Carvalho *et al.*, 2018).

Dessa forma, a abordagem propõe uma perspectiva abrangente de intervenção, que procura atingir uma melhor qualidade de vida para o todo que constitui a unidade familiar, por isso a unidade de intervenção deixa de ser apenas a criança e passa a ser a família, de forma que esta assume o todo da intervenção e o sujeito ativo, responsável pela tomada de decisões de tudo que tenha a ver com a criança e com a família no seu todo. Pretende-se, portanto, que a família construa sua rede de apoio mais consistente, conquiste sua inserção na comunidade, e se torne capaz de gerir por si só os recursos de que necessita (Almeida, 2004).

Os objetivos da abordagem centrada na família são ambiciosos, mas as realidades das famílias são complexas e a meta das equipes deve ser a de fazer uma intervenção precoce de qualidade. Para isso, fica evidente que um profissional de intervenção precoce não pode trabalhar sozinho. Além da mobilização de uma estreita colaboração entre a família e profissionais de diferentes especialidades, é necessário também o envolvimento de serviços de diferentes setores – Saúde, Educação e Assistência Social – bem como de diversos elementos e recursos da comunidade (Almeida, 2004).

De forma a nortear e operacionalizar a prática centrada na família, alguns autores apontam os princípios da abordagem conforme exposto a seguir.

Princípios-chave da Intervenção Precoce Centrada na Família

Os princípios de práticas centradas na família são declarações de crença e valor sobre como os profissionais devem tratar e interagir com os pais, suas crianças e outros membros da família, e como diferentes intervenções devem ser implementadas com as crianças e suas famílias para serem obtidos benefícios e resultados positivos ideais (Dunst; Espe-Sherwindt, 2016).

Os princípios da abordagem centrada na família, de acordo com McWilliam, Winton e Crais (2003), são: encarar a família como unidade de prestação de serviço; reconhecer pontos fortes da criança e da família; dar resposta às prioridades, em constante mudança, identificadas pela família; individualizar a prestação de serviços; apoiar valores e o modo de vida de cada família.

Dunst (1997 *apud* Carvalho *et al.*, 2018) aponta os dez princípios orientadores das práticas centradas na família:

1. As famílias e os seus membros são em todas as circunstâncias tratados com dignidade e respeito;
2. Os profissionais são sensíveis e responsivos à diversidade cultural, étnica e socioeconômica das famílias;
3. O processo de escolha e de tomada de decisão das famílias acontece em todos os níveis de envolvimento da família no processo de intervenção;
4. Os profissionais partilham a informação de que as famílias necessitam para que possam fazer escolhas informadas de forma sensível, completa e não distorcida;
5. O foco das práticas de intervenção assenta nos desejos, nas prioridades e nas preferências da família;
6. Os profissionais disponibilizam apoios, recursos e serviços às famílias de uma forma sensível, responsiva e individualizada;
7. Para se atingirem os objetivos identificados pela família, é usado um vasto leque de apoios e recursos formais, informais e da comunidade;

8. Os profissionais constroem sobre os pontos fortes, as capacidades e os interesses da criança, dos seus pais e da família como as vias principais de fortalecimento do funcionamento familiar;
9. As relações entre os profissionais e as famílias caracterizam-se por parcerias colaborativas baseadas na confiança e respeito mútuos e na partilha do processo de resolução de problemas;
10. Os profissionais usam práticas de prestação de ajuda que apoiam e fortalecem o funcionamento familiar.

Para aplicar a abordagem centrada na família, não existem procedimentos graduais, os princípios básicos devem ser aplicados individualmente dependendo da situação com que o profissional se depara ao trabalhar com as crianças e as suas famílias. Uma das razões pelas quais não se pode haver um conjunto claro de procedimentos a seguir é o fato de variar consideravelmente os serviços de intervenção precoce. Outra justificativa para falta de procedimentos específicos é a diversidade entre as famílias participantes na intervenção precoce, em que não só mudam as prioridades, como também a forma de interagir com os serviços e os profissionais, sendo que alguns discutem todos os temas expondo seus sentimentos e intimidades, outros preferem guardar para si questões pessoais e sentimentos. A chave para o sucesso é entender as preferências únicas de cada família e assegurar que os serviços oferecidos pelos programas sejam flexíveis suficientemente para permitir que os profissionais deem respostas às diferentes preferências e prioridades (Mcwilliam; Winton; Crais, 2003).

Dessa maneira, segundo os princípios estabelecidos e baseados em evidências pela *Division for Early Childhood* (DEC, 2014), as práticas com famílias abrangem três temas:

1. Práticas centradas na família: práticas que tratam as famílias com dignidade e respeito; são individualizadas, flexíveis e responsivas às circunstâncias únicas de cada família; providenciam aos membros da família informações completas e imparciais para que tomem decisões informadas; e envolvem os membros da família a agirem de acordo com as escolhas para fortalecer a criança, os pais e o funcionamento da família;
2. Práticas de capacitação dos familiares: práticas que incluem oportunidades de participação e experiências oferecidas às famílias para fortalecer os conhecimentos e habilidades existentes dos familiares e promover o desenvolvimento de novas habilidades para melhorar as crenças e práticas de autoeficácia dos pais;
3. Colaboração entre familiares e profissionais: práticas que constroem relacionamentos entre famílias e profissionais para que trabalhem juntos para alcançar acordos, resultados e me-

tas mutuamente acordados, de forma a promover as competências da família e apoiar o desenvolvimento da criança.

A prática da abordagem busca operacionalizar seus conceitos e princípios. Serão apontados a seguir pontos importantes que são preconizados a serem exercidos na prática de intervenção precoce com as famílias.

Intervenção Precoce Centrada na Família na prática

Carvalho *et al.* (2018) aponta as seguintes práticas recomendadas internacionalmente: intervenções centradas na família e baseadas nas rotinas; intervenções em contextos naturais de aprendizagem; trabalho em equipe, preferencialmente transdisciplinar; coordenação e integração de serviços e recursos.

De acordo com a *Division for Early Childhood* (DEC, 2017), as práticas com as famílias referem-se a atividades que: promovam a participação ativa das famílias na tomada de decisões relacionadas ao filho (por exemplo: avaliação, planejamento, intervenção); conduzam o desenvolvimento de um plano de serviço (por exemplo: um conjunto de metas para a família e a criança, as estratégias e apoios para atingir esses objetivos); apoiem os familiares a alcançar os objetivos que eles e os outros membros da família têm para a criança.

Cada encontro com cada membro da equipe é tão importante quanto o primeiro contato para assegurar que as relações entre pais e profissionais sejam consistentes com uma abordagem centrada na família. Os primeiros contatos com a família estabelecem a base para a implementação de uma abordagem centrada na família, se nesses primeiros contatos o profissional ouvir mais do falar, pode-se começar a ter uma ideia do que a família deseja, pode-se entender como a necessidade especial da criança é percebida por seus familiares e sobre os efeitos que pode ter no seu cotidiano e nos seus planos de futuro (Mcwilliam; Winton; Crais, 2003).

A principal intenção de recolher informações sobre a família é assegurar que os esforços de intervenção sejam guiados pelas prioridades da família e que as intervenções tenham por base os seus recursos. Não se trata de avaliar as famílias, e sim ter um melhor entendimento sobre o que as famílias pretendem conseguir e o que esperam do serviço, para isso, deve-se desenvolver um entendimento contínuo para onde as famílias querem canalizar as suas energias e sobre os recursos e estratégias disponíveis para que a família consiga obter o que deseja (Mcwilliam; Winton; Crais, 2003).

Perceber o que as famílias esperam conseguir e responder às suas preocupações é a principal finalidade de uma abordagem centrada na família. Esse é um processo contínuo que tem como base as relações entre as famílias e os profissionais, com respeito e confiança mútuos. Este tipo de relação requer investimento de tempo e energia por parte dos profissionais,

como também requer capacidades de comunicação, sendo a escuta uma das mais importantes (McWilliam; Winton; Crais, 2003).

A abordagem centrada na família desenvolve uma relação de colaboração entre os profissionais e as famílias, em uma perspectiva transdisciplinar, os pais, família e cuidadores são ativos na implementação e desenvolvimento do processo de avaliação e intervenção, e o profissional possui o papel de apoiar a família a ser protagonista deste processo (Carvalho *et al.*, 2018).

A equipe transdisciplinar é constituída por profissionais de várias áreas de especialidade, podendo qualquer um deles ser o mediador de caso para uma determinada família. O mediador é responsável por fazer a maior parte das visitas ao contexto familiar, por implementar o plano de intervenção com a família, enquanto o resto da equipe presta um apoio de retaguarda. Além disso, neste modelo defende-se que a família faz parte integrante da equipe de Intervenção Precoce, devendo ser valorizada e respeitada como qualquer outro membro da equipe (Carvalho *et al.*, 2018).

A *Division for Early Childhood* (DEC, 2017, p. 10-11, tradução nossa) recomenda para os profissionais as seguintes práticas com os familiares:

- F1. Os profissionais devem construir parcerias confiáveis e respeitadas com a família através de interações sensíveis e responsivas às questões culturais, linguísticas e diversidades socioeconômicas.
- F2. Os profissionais devem fornecer à família informações atualizadas, abrangentes e imparciais de maneira que a família possa fazer escolhas e tomar decisões informadas.
- F3. Os profissionais devem responder às preocupações, prioridades e mudanças das circunstâncias da vida da família.
- F4. Os profissionais e a família devem trabalhar juntos para criar resultados ou objetivos, desenvolver planos individualizados e implementar práticas que atendam às prioridades e preocupações da família, e os pontos fortes e as necessidades da criança.
- F5. Os profissionais devem apoiar o funcionamento da família, promover confiança e competência na família, e fortalecer as relações família-filho, agindo de maneira a reconhecer e desenvolver os pontos fortes e as capacidades da família.
- F6. Os profissionais devem envolver a família em oportunidades que apoiam e fortalecem conhecimentos, habilidades, competência e confiança dos pais, com caminhos que são flexíveis, individualizados e adaptados às preferências da família.
- F7. Os profissionais devem trabalhar com a família para identificar, acessar e usar recursos e apoios formais e informais para alcançar resultados ou objetivos identificados pela família.
- F8. Os profissionais devem fornecer à família de uma criança pequena que tem ou está em risco de atraso no desenvolvi-

mento/deficiência e que é um aprendiz de língua dupla, informações sobre os benefícios de aprender vários idiomas para o crescimento e desenvolvimento da criança.

F9. Os profissionais devem ajudar as famílias a conhecer e entender seus direitos.

F10. Profissionais devem informar às famílias sobre oportunidades de desenvolvimento de habilidades de liderança e de defesa, e incentivar aqueles que estão interessados em participar.

De acordo com McWilliam, Winton e Crais (2003, p. 42), o profissional que atua com a abordagem centrada na família deve:

- Identificar o que as famílias esperam conseguir através do seu envolvimento consigo e com seus serviços;
- Identificar as prioridades imediatas das famílias e o modo como poderá ajudá-las em relação às mesmas;
- Determinar o modo como as famílias definem as questões relacionadas com a sua criança com necessidades especiais no âmbito de valores familiares, estruturas e adaptações a rotinas diárias;
- Identificar os recursos que as famílias possuem relativamente às suas prioridades;
- Apresentar-se como uma pessoa apoiante e informada, interessada em desenvolver relações positivas e de colaboração com as famílias.

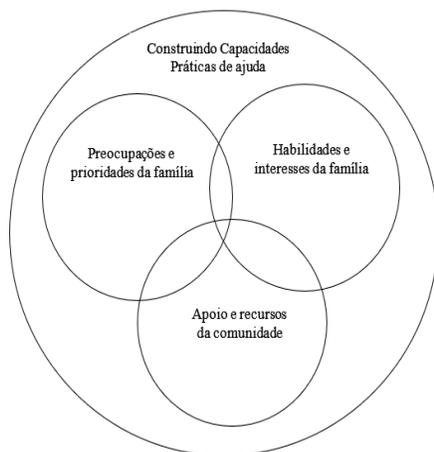
Para o estabelecimento de relações de colaboração com as famílias, seis categorias de informação podem ser recolhidas na prática junto das famílias: redes de apoio informal; valores e crenças da família; acontecimentos marcantes; adaptações feitas pela família e estratégias elaboradas para lidar com problemas; percepções da família acerca das necessidades e pontos fortes da criança; e prioridades da família (McWilliam; Winton; Crais, 2003).

Nesta perspectiva, Dunst (2000a) aponta quatro componentes fundamentais para operacionalizar a prática do modelo de intervenção precoce que busca colocar a família como colaborador e corresponsável pelo processo terapêutico, conforme ilustrado na Figura 1. A operacionalização da prática envolve: identificar as prioridades da família, suas necessidades, desejos, preocupações, aspirações, entre outros; identificar fontes de apoios informais e formais, como também identificar recursos para dar resposta a intenções e objetivos explicitados; e mobilizar estes apoios e recursos fazendo apelo às capacidades existentes nas famílias ou promovendo a aquisição de novas competências. Isto é possível através da colaboração dos profissionais, com práticas de ajuda que proporcionam apoio e potencializam as competências.

O modelo de intervenção centrado na família deve ser implementado, portanto, usando práticas de ajuda através de componentes de construção de capacidades com o objetivo de identificar preocupações e prioridades da família, os apoios e recursos que podem ser usados para trabalhar suas

preocupações e prioridades, bem como o uso das habilidades e interesses dos membros da família como competências para obter suporte e recursos (Dunst; Trivette, 2009).

Figura 1 - Principais componentes de construção de capacidades em um modelo de intervenção centrado na família



Fonte: Dunst e Trivette (2009, p. 130, tradução nossa).

As práticas de ajuda possuem influências diretas e indiretas de duas dimensões de ajuda: a relacional e a participativa. A ajuda relacional inclui práticas normalmente associadas a práticas clínicas de qualidade, com escuta ativa, compaixão, empatia e respeito; e ajuda os profissionais a acreditarem nos pontos fortes e nas capacidades da família. Escutar as preocupações da família e ajudá-las com esclarecimentos é um exemplo de prática de ajuda relacional. Já a ajuda participativa inclui práticas que são individualizadas, flexíveis e responsivas às preocupações e prioridades da família, e favorece a tomada de decisão informada e envolvimento na execução dos objetivos para o alcance dos resultados desejados. Auxiliar um membro da família a como buscar a informação que precisa para tomar uma decisão informada sobre o cuidado de sua criança é um exemplo de prática de ajuda participativa (Dunst; Trivette; Hamby, 2007).

Dunst (2000b) afirma que as práticas relacionais não são suficientes para fortalecer a família ou promover novas capacidades. Para isso, é essencial a componente participativa, a qual visa um envolvimento mais ativo da família na intervenção.

Na revisão da literatura realizada por Dempsey e Kenn (2008), é demonstrado consistentemente que serviços que oferecem como prática o componente de ajuda participativa estão mais fortemente associados ao

alcance dos resultados desejados pela família. Isto porque, para que os resultados sejam otimizados, deve-se oferecer muito mais do que respeito e empatia na relação entre profissional e familiar. Desta maneira, foi possível constatar nesta revisão que muitos estudos mostram que o uso das práticas de ajuda está intimamente relacionado à satisfação dos familiares perante o apoio recebido dos profissionais.

Esse tipo de abordagem, além de aumentar a autoestima e a confiança dos pais, promove a aquisição de capacidades e conhecimentos a serem usados futuramente pela família. Isto significa que ajuda os pais a reconhecerem seus próprios pontos fortes e suas capacidades, e os encoraja a usar e desenvolver ainda mais os conhecimentos e capacidades que já possuem, os apoia a localizar e usar recursos que necessitam (McWilliam; Winton; Crais, 2003).

Estudos sugerem que essas práticas além de serem benéficas para as famílias, também são benéficas para toda a comunidade, dado o impacto positivo de intervenções centradas na família em benefícios de saúde a longo prazo e a economia de custos para o Estado (Hajizadeh *et al.*, 2017).

Pereira e Serrano (2010, p. 103) apontam que:

É considerável o número de estudos de investigação que validaram os benefícios da abordagem centrada na família, especificamente sobre a forma como as intervenções implementadas com um enfoque na família estão diretamente relacionadas com a melhoria de funcionamento de alguns domínios na/da vida das famílias, designadamente a sua influência positiva ao nível da corresponsabilização; do bem-estar dos pais e da família; da eficácia na identificação e na obtenção de apoios e de recursos desejados; da coesão familiar; das interações pais/criança; da satisfação parental; entre outras.

Desta maneira, a mudança para a prática centrada na família gera significativas implicações em diversos aspectos da intervenção como: nos primeiros contatos com a família, na avaliação, no processo de tomadas de decisão, na forma de organização e de prestação dos apoios e na relação família/profissional. Exige dos profissionais um processo contínuo de desenvolvimento profissional e pessoal, refletindo em suas práticas, na forma como conduzem as reuniões, como prestam os serviços e apoios, na forma como escutam e respeitam as famílias, na forma como interagem com os demais profissionais e como estruturam os projetos (Pereira; Serrano, 2010).

Os estudos de Almeida (2004), de Dunst *et al.* (2002) e de Vida e Silva (2022) apontam que os profissionais que não estão integrados em programas centrados na família referem maior enfoque do seu trabalho exclusivamente na criança. Já os programas centrados na família apresentam

maior participação dos familiares devido aos profissionais envolvidos desenvolverem práticas de ajuda relacionais e participativas e possuírem melhores condições em termos de formação e de supervisão.

A pesquisa de Vida e Silva (2022), realizada em três serviços da Baixada Santista que se caracterizavam por oferecerem programas de intervenção precoce, constatou que a prática destes serviços é centrada na criança e não prioriza práticas de ajuda, como as relacionais e participativas. Isto porque, apesar de serem mencionadas pontualmente algumas práticas de ajuda relacionais e participativas, estas acontecem sem os profissionais se darem conta e valorizarem a importância de que elas aconteçam constantemente nos contextos naturais da criança e da família. Sendo assim, as práticas de ajuda não parecem ser consideradas necessárias e indicadas como base na atuação dos profissionais participantes desta pesquisa. Do mesmo modo, parece não existir por parte dos serviços nenhuma exigência ou diretividade em relação ao tipo e forma de prática de ajuda a ser oferecida pelos profissionais.

Conforme exposto, a utilização de práticas centradas na família tem mais a ver com o *como se faz* do que com o *que se faz*. As práticas centradas na família não são um substituto de um tipo de intervenção e, sim, é a forma como as intervenções são proporcionadas. Em qualquer área de intervenção (intervenção precoce, educação, terapias, medicina, entre outras), pode-se implementar uma abordagem centrada na família (Carvalho *et al.*, 2018).

Carvalho *et al.* (2018) afirmam que os programas de intervenção não serão bem-sucedidos se os esforços forem direcionados apenas para a criança. Os profissionais devem considerar com cautela as características únicas e os contextos que rodeiam cada criança e sua família e decidir o que é apropriado e eficaz. O grande desafio do trabalho em intervenção precoce na infância é tomar as decisões baseadas nas necessidades específicas que rodeiam cada criança e sua família.

Os resultados do estudo de Vida e Silva (2022) apontam para a necessidade de despertar nos profissionais de Intervenção Precoce na Infância o interesse pela abordagem centrada na família e por práticas de ajuda relacionais e participativas, incentivando que ofereçam às famílias, de acordo com suas realidades: abertura de espaços de escuta; demonstração de compaixão, empatia e respeito durante as práticas; fortalecimento da confiança e do sentimento de autoeficácia dos pais; apoio emocional; fortalecimento das relações entre profissionais e familiares; auxílio para fortalecer as capacidades dos familiares já existentes e desenvolver novas competências necessárias; oportunidades que permitam a aquisição de novos conhecimentos; oferta de informações; envolvimento aos membros da família no processo terapêutico, incluindo avaliação, planejamento e execução dos objetivos, reavaliações e atendimentos; envolvimento dos familiares na tomada de decisão; partilha de estratégias de intervenção;

e, portanto, oferecendo práticas de ajuda individualizadas, flexíveis e responsivas às preocupações e prioridades da família.

Considerações finais

Corroborando com todo o exposto, Almeida (2011, p. 6) afirma em seu estudo que a qualidade de programas de intervenção precoce foi comprovada pela evidência das seguintes características:

a individualização, uma intervenção centrada na família (ICF), baseada na comunidade, no trabalho em equipa transdisciplinar e na coordenação de serviços, desenvolvida nos ambientes naturais de aprendizagem da criança, embebida nas rotinas diárias e tendo como referência uma perspectiva funcional.

Em síntese e de acordo com apontamentos realizados por Carvalho *et al.* (2018), Dunst (2000b), Dunst e Espe-Sherwindt (2016), Dunst e Trivette (2009), Dunst, Trivette e Hamby (2007), Franco (2015), Mcwilliam, Winton e Crais (2003), para que sejam consideradas **Práticas Centradas na Família**, elas devem, necessariamente, incluir os princípios a seguir.

1) Práticas centradas na família e baseadas nas rotinas

A atuação deve deixar de centrar apenas nas crianças, sendo os profissionais considerados como peritos que determinam as necessidades das crianças por eles próprios, ignorando a perspectiva dos familiares, e passar a centrar na família, e os profissionais passam a ter o papel de apoiar as famílias em suas preocupações, prioridades e desejos de acordo com suas rotinas.

2) Protagonismo da família

A família é considerada o elemento-chave em todo o processo de intervenção, na tomada de decisão e na prestação de cuidados à criança.

3) Toda a família constitui a unidade de intervenção

A intervenção passa a ter foco na família e não apenas na criança. Este princípio reconhece que o desenvolvimento da criança está diretamente relacionado ao contexto natural em que vive e foi baseado no fato de que as famílias que não têm os apoios e recursos necessários necessitam de apoio para se capacitar e se fortalecer.

4) Pontos fortes da criança e família

A intervenção deve ser construída a partir dos pontos fortes da criança e da família de forma a apoiar e desenvolver o funcionamento familiar. Este princípio foi baseado na crença de que todas as famílias têm pontos fortes existentes e a capacidade de se tornar mais competentes, e que as intervenções baseadas em forças geram melhores resultados em comparação com as tentativas de prevenir, tratar ou corrigir fraquezas.

5) Prioridades, necessidades e preferências da família

A intervenção deve ter como foco identificar as prioridades, necessidades, desejos, preocupações, aspirações, ao buscar dar resposta às demandas identificadas pela famí-

lia, assim como apoiar as famílias a usarem seus pontos fortes e capacidades para obter os recursos e apoios necessários para atender suas demandas. Este princípio evidencia que os objetivos devem ser estruturados de acordo com as necessidades da família e não nas necessidades identificadas pelo profissional como os alvos de intervenção, e os profissionais são agentes ao serviço da família de forma a apoiar as famílias a alcançarem os objetivos que elas têm para seus filhos e outros membros da família.

6) Empoderamento e corresponsabilização dos membros da família

A premissa deste princípio é que o empoderamento e a corresponsabilização criam oportunidades para os membros da família adquirirem o conhecimento e construir capacidades para melhor gerenciar e negociar a vida diária de forma positiva, promovendo o bem-estar dos pais, da criança e da família, sendo que os avanços dependem de ações dos próprios familiares e não diretamente do profissional.

7) Valores e o modo de vida de cada família

Para isso, as famílias e os seus membros em todas as circunstâncias devem ser tratados com dignidade, respeito e sem julgamentos. Os profissionais devem ser sensíveis e responsivos à diversidade cultural, étnica e socioeconômica das famílias, bem como respeitar suas escolhas.

8) Partilha de informações completas e imparciais

Os profissionais devem compartilhar todas as informações de que as famílias necessitam para que possam fazer escolhas informadas de forma sensível, completa e não distorcida.

9) Intervenção individualizada

As práticas de intervenção devem ser flexíveis, acessíveis, responsivas e individualizadas às necessidades de cada família. Cada família é única, sendo, assim, “o mesmo tamanho não serve para todos”.

10) Participação ativa

Os profissionais devem promover a participação ativa das famílias durante todo o processo terapêutico (avaliação, planejamento, intervenção e reavaliações).

11) Autonomia e tomada de decisões

O processo de escolha e de tomada de decisão das famílias deve acontecer em todos os níveis de envolvimento da família no processo de intervenção.

12) Contextos naturais

Sempre que possível, as intervenções devem ser realizadas nos contextos naturais das crianças, isto porque acredita-se que nos contextos naturais a aprendizagem surge naturalmente. Além disso, o contexto natural promove maior controle e autonomia aos familiares, favorecendo consequentemente intervenções mais eficazes.

13) Rede de apoio

Identificar e fortalecer fontes da rede de apoios informais e formais, como também identificar recursos da comunidade para apoiar as necessidades da família.

14) Relação de colaboração entre familiares e profissionais

As relações entre os profissionais e as famílias devem ser caracterizadas por parcerias colaborativas baseadas na confiança e respeito mútuos e na partilha do pro-

cesso de resolução de problemas, de forma a promover as competências da família e apoiar o desenvolvimento da criança.

15) Práticas de ajuda ou de capacitação dos familiares

As práticas de ajuda ou de construção de capacidades buscam aprimorar competências dos familiares e prevenir dependências. Os profissionais devem utilizar práticas que buscam apoiar e fortalecer o funcionamento familiar, sendo elas: práticas relacionais - práticas que constroem relações autênticas com a família através da escuta ativa, compaixão, empatia e respeito; e ajuda aos profissionais para acreditarem nos pontos fortes e nas capacidades da família; práticas participativas de capacitação - práticas que promovem as escolhas, o poder de decisão e a participação da família.

16) Interdisciplinar ou transdisciplinar

A intervenção deve ser implementada através de um trabalho colaborativo de equipe interdisciplinar ou transdisciplinar, de forma que a criança e a família sejam trabalhadas como um todo, sendo a família parte integrante da equipe.

17) Intersetorial

A intervenção deve ser realizada com a integração dos serviços em âmbito intersectorial: saúde, educação, assistência social e demais setores pertinentes.

Por fim, cabe destacar o que apontam Dunst, Espe-Sherwindt e Hamby (2019), que, conforme observado por uma série de especialistas e organizações profissionais, adotar e usar práticas centradas na família é uma meta e não um *status quo* no campo da intervenção precoce.

Referências

- ALMEIDA, I. C. A intervenção centrada na família e na comunidade: O hiato entre as evidências e as práticas. *Análise Psicológica*, v. 1, n. 29, p. 5-25, 2011.
- ALMEIDA, I. C. Intervenção Precoce: focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, v. 1, n. XXII, p. 59-66, 2004.
- CARVALHO, L. *et al.* **Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na infância**. Um guia para profissionais. 2. ed. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2018.
- DEMPSEY, I.; KEEN, D. A review of processes and outcomes in family-centered services for children with a disability. *Topics in early childhood special education*, v. 28, n. 1, p. 42-52, 2008.
- DIVISION FOR EARLY CHILDHOOD (DEC). **DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education**. 2014. Disponível em: <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>. Acesso em: 11 nov. 2017.

DUNST, C. J. Apoiar e capacitar as famílias em intervenção precoce: o que aprendemos? *In*: CORREIA, L. M.; SERRANO, A. M. **Envolvimento Parental em Intervenção Precoce**. Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família. Porto -Portugal: Porto Editora, 2000a. p. 77-92.

DUNST, C. J.; BOYD, K.; TRIVETTE, C. M.; HAMBY, D. W. Family-oriented program models and professional helpgiving practices. **Family relations**, v. 51, n. 3, p. 221-229, 2002.

DUNST, C. J.; ESPE-SHERWINDT, M.; HAMBY, Deborah W. Does Capacity-Building Professional Development Engender Practitioners' Use of Capacity-Building Family-Centered Practices? **European Journal of Educational Research**, v. 8, n. 2, p. 515-526, 2019.

DUNST, C. J.; ESPE-SHERWINDT, M. Family-centered practices in early childhood intervention. *In*: ODOM, S. L. *et al.* **Handbook of early childhood special education**. Springer, Cham, 2016. p. 37-55.

DUNST, C. J. *et al.* Family-oriented early intervention policies and practices: family-centered or not? **Except Child**, v. 58, p. 115-26, 1991.

DUNST, C. J. **Family and community life as the contexts for supporting and strengthen-ing child learning and development**. *In*: 8^o Congresso Nacional de Intervenção Precoce com Crianças e Famílias, Aveiro, 11 nov. 2010. Disponível em: http://www.puckett.org/presentations/FamilyCommunityLife_11_2010.pdf.

DUNST, C. J. Revisiting “Rethinking early intervention”. **Topics in Early Childhood Special Education**, v. 20, n. 2, p. 95-104, 2000b.

DUNST, C. J.; TRIVETTE, C. M. Capacity-building family systems practices. **Journal of Family Social Work**, v. 12, p.119–143, 2009.

DUNST, C. J.; TRIVETTE, C. M.; HAMBY, D. W. Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. **Mental retardation and developmental disabilities research reviews**, v. 1, p. 370-378, 2007.

EPLEY, P.; SUMMERS, J. A.; TURNBULL, A. Characteristics and trends in family-centered conceptualizations. **Journal of Family Social Work**, v. 13, n. 3, p. 269–285, 2010.

FRANCO, V. **Introdução à Intervenção Precoce no desenvolvimento da criança, com a família, na comunidade e em equipe**. Edições Aloendro, 2015.

HAIJZADEH, N. *et al.* Potential return on investment of a family-centered early childhood intervention: a cost-effectiveness analysis. **BMC public health**, v. 17, n. 1, 2017.

MAHONEY, G.; MACDONALD, J. Autism and Development Delays in young children. **International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)**, 2009.

- MCWILLIAM, P. J.; WINTON, P.; CRAIS, E. (eds.). **Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família**. Porto: Porto Editora, 2003.
- PEREIRA, A. P. **Práticas centradas na família em intervenção precoce: Um estudo nacional sobre práticas profissionais**. 2009. Tese (Doutorado) – Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga, 2009.
- PEREIRA, A. P. S.; SERRANO, A. M. Intervenção precoce em Portugal: evidências e consequências. **Inclusão**, n. 10, p. 101-120, 2010.
- SERRANO, A. M.; CORREIRA, L. M. Intervenção Precoce Centrada na Família: uma perspectiva ecológica de atendimento. *In*: CORREIA, L. M.; SERRANO, A. M. **Envolvimento Parental em Intervenção Precoce**. Das Práticas Centradas na Criança às Práticas Centradas na Família. Porto, Portugal: Porto Editora, 2000. p. 11-31.
- SERRANO, A. M.; PEREIRA, A. P. Parâmetros recomendados para a qualidade da avaliação em intervenção precoce. **Revista Educação Especial**, v. 24, n. 40, p. 163-179, 2011.
- SHIELDS, L.; PRATT, J.; HUNTER, J. Family centred care: a review of qualitative studies. **Journal of Clinical Nursing**, v. 15, n. 10, p. 1317-1323, 2006.
- VIDA, C. P. C.; SILVA, C. C. B. Práticas de ajuda oferecidas às famílias em programas de Intervenção Precoce na Infância em Centros Especializados em Reabilitação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, 2022.

CAPÍTULO 3

REFERENCIAL TEÓRICO DAS PRÁTICAS CENTRADAS NA FAMÍLIA E DAS PRÁTICAS BASEADAS NAS ROTINAS

Bruna Pereira Ricci

O objetivo deste capítulo é compreender o desenvolvimento a partir das teorias que sustentam essas abordagens práticas. Para tanto, serão apresentados conteúdos relativos ao desenvolvimento infantil por uma perspectiva sistêmica, incluindo a importância dos contextos naturais, das famílias e das redes de apoio como promotores do aprendizado das crianças.

Contextualização

Compreender a transição dos paradigmas que levaram à adoção das Práticas Centradas na Família e Baseadas nas Rotinas no contexto da **Intervenção Precoce (IP)** pressupõe, antes de mais nada, apreender que as ciências estão em constante evolução. Nesse sentido, no que compete especificamente às crianças, convém destacar que o interesse pelo cuidado e a sua relevância social atribuída são marcos relativamente recentes e que ainda há muito o que se descobrir sobre a forma como o desenvolvimento acontece e os fatores que levam os indivíduos a atingirem o seu maior potencial.

Segundo descrito por Philippe Ariès (1981), em sua obra “História Social da Criança e da Família”, por muitos séculos as crianças foram vistas como adultos em miniatura, não se dispensando-lhes cuidados especiais ou atribuindo muita importância em virtude das altas taxas de mortalidade decorrentes das características demográficas existentes. Dessa forma, as crianças viviam misturadas aos adultos, em uma espécie de anonimato, e sua educação se dava pela aprendizagem através da socialização no cotidiano.

A partir do século XVII, no entanto, se começa a notar uma mudança em relação à representação da infância, decorrente de alterações na concepção de família, agora vinculada ao sentimento de afeto e a um senso de origem, que fez com que as crianças passassem a ser valorizadas enquanto

membros da família. Tal mudança foi impactada ainda pela separação entre crianças e adultos para o processo de educação formal assumido pelas escolas e fortemente amparado pelo interesse dos pais. Nesse contexto, a importância atribuída à criança fez com que ela se tornasse o centro da organização familiar e recebesse melhores cuidados (Andrade, 2010; Ariès, 1981).

Surge, nesse momento, a constituição social da infância, “a propósito da qual se construiu um conjunto de representações sociais e de crenças e para qual se estruturaram dispositivos de socialização e controle que a instituíram como categoria social própria” (Pinto; Sarmiento *apud* Andrade, 2010, p. 55). A construção da categoria da infância, impulsionada pelos avanços da Idade Moderna e do desenvolvimento das ciências ao longo do século XVIII, fez com que ela se tornasse “objeto de estudo de várias áreas do saber” (Andrade, 2010, p. 56). O estudo da infância estendeu-se e aprofundou-se ao longo dos séculos XIX e XX, dando origem ao que Andrade (2010) denomina de “infância científica”, a qual se estabeleceu mediante a divulgação dos conhecimentos produzidos, determinando “um conjunto de teorias e práticas a serem desenvolvidas para cuidar dessa categoria” (Andrade, 2010, p. 60). Tais avanços (em especial aqueles relacionados à medicina), associados à expansão do capitalismo, da urbanização e da industrialização, favoreceram uma reconfiguração social, marcada pela diminuição das taxas de natalidade e das taxas de mortalidade infantil, garantindo, inclusive, a sobrevivência de crianças nascidas ou expostas a circunstâncias às quais dificilmente resistiriam em outras épocas, como o acometimento por doenças infecto contagiosas, a prematuridade e as deficiências (Andrade, 2010; Araújo *et al.*, 2014).

Ao longo da história, as crianças com deficiência foram abandonadas, sacrificadas e institucionalizadas em virtude das diversas representações atribuídas à sua condição (Aranha, 1995; Miranda, 2004; Pessotti, 1984; Silva; Dessen, 2001). Nesse sentido, o advento das ciências, para além de garantir sua sobrevivência graças às tecnologias desenvolvidas na área médica, o fez primeiramente ao atribuir à deficiência um caráter orgânico, estabelecendo um novo paradigma para o cuidado dessa população (Aranha, 1995). A atenção à criança com deficiência evoluiu de um atendimento institucional, fortemente assistencialista e caritativo, predominante entre os séculos XVIII e meados do século XIX, passando pela escolarização em salas e escolas especiais, até meados do século XX, e culminando em um modelo de integração à sociedade, implementado a partir dos anos de 1970 (Miranda, 2004). Aranha (1995) aponta que tal evolução surge como um produto dos movimentos sócio-históricos, através dos quais modificou-se o lugar social dos deficientes, a partir das lutas pela garantia de seus direitos. Nesse sentido, a autora identifica a ideologia da normalização como um dos pilares da proposta de integração do deficiente à sociedade, uma

vez que se trata de “uma ideologia que representa a necessidade de incluir o deficiente na sociedade mais ampla, auxiliando-o a adquirir as condições e os padrões os mais próximos possíveis da vida cotidiana das demais pessoas” (Aranha, 1995, p. 68).

Os estudos acerca da educação de crianças com necessidades especiais remontam ao século XIX e evoluíram consideravelmente durante a primeira metade do século XX, a partir de trabalhos como os desenvolvidos por Maria Montessori, na Itália (Shonkoff; Meisels, 2000). No entanto, Serrano (2007, p. 12) afirma que apesar “de todo o interesse generalizado pelas crianças às quais foram diagnosticadas com necessidades especiais, apenas na década de 60 do século XX se lhes começou a dar a devida atenção”.

Concomitantemente aos avanços sócio-históricos, os estudos de áreas como a neurociência, a neurologia e a psicologia do desenvolvimento, contribuíram para a investigação das etiologias relacionadas às deficiências, produzindo conhecimentos que também impactaram sobre os cuidados oferecidos, em especial aqueles relacionados à prevenção e reabilitação (Pacheco; Alves, 2007).

Dessa forma, no cenário da evolução histórica dos cuidados às crianças com deficiência e com base nas descobertas que evidenciam a importância dos primeiros anos de vida no estabelecimento da trajetória de desenvolvimento de cada indivíduo, os programas de **Intervenção Precoce** constituíram-se como importantes ferramentas para a prevenção, identificação e intervenção sobre condições que ofereçam riscos ao desenvolvimento infantil, sejam estes de caráter biológico ou ambiental (Fernandes, 2001; Guralnick, 2006; Serrano, 2007).

Pilares para a evolução da IP

Meisels e Shonkoff (2000) apontam, como descrito anteriormente, que a estrutura de IP existente na atualidade evoluiu a partir de diferentes fontes, destacando os domínios da Educação Infantil, dos serviços de saúde materno infantis, da Educação Especial e da pesquisa sobre desenvolvimento infantil, dentre os que mais contribuíram para as transformações observadas.

No que compete à Educação Infantil, Meisels e Shonkoff (2000) pontuam que suas “raízes intelectuais apenas puderam ser descritas com o reconhecimento relativamente recente da infância como um período único da vida e partir dos escritos de filósofos dos séculos XVII e XVIII” (p. 4), tais como John Locke, que popularizou a ideia de tábula rasa. Nesse contexto, apontam que os diferentes períodos históricos e as noções culturais provenientes desses produziram efeitos sobre as concepções de infância, desenvolvimento e da educação e sua finalidade, como observado pela forte influência dos valores religiosos tradicionais nos trabalhos desenvolvidos nos primeiros jardins de infância, durante o século XVIII.

Com o avanço da industrialização, da urbanização e a expansão dos jardins de infância pelas colônias europeias, iniciaram-se novas discussões sobre a relevância social desses espaços, especialmente para crianças pobres, o que gerou novos impactos no tipo de cuidado e forma como os serviços se estruturavam. Assim, ao longo século XX, muito se debateu sobre os objetivos desse atendimento, especialmente à luz dos novos conhecimentos sobre desenvolvimento infantil e das transformações políticas e sociais ocorridas nesse período, direcionando-se a atenção ao “aprendizado precoce e a ênfase no desenvolvimento social e emocional, incluindo a exploração e descoberta sobre o mundo” (Meisels; Shonkoff, 2000, p. 4).

Ainda nesse período, surgiram programas direcionados ao atendimento de crianças com deficiências e outras necessidades, focados no desenvolvimento de competências pessoais para o autogerenciamento e preparação para a entrada no ensino regular, como os propostos por Rachel e Margaret MacMillan, na Inglaterra, e por Maria Montessori, na Itália. Os conceitos elaborados por essas teóricas e organizados em programas chamados de creches (*nursery schools*), passaram a ser incorporados nos Estados Unidos a partir de 1920, impulsionados por sua valorização da participação dos pais, da exploração ambiental e facilitação ao desenvolvimento socioemocional das crianças, atingindo grande prestígio. Contudo, após a grande depressão e a Segunda Guerra, com a necessidade da mão de obra feminina no mercado de trabalho, foram incluídos programas de cuidados diários para as crianças, os quais se misturaram com as *nursery schools* e culminaram na restrição desses modelos aos serviços particulares.

Com base nesse percurso, Meisels e Shonkoff (2000) apontam que:

as características centrais desses programas (de educação infantil) iniciais que se tornaram firmemente incorporados aos esforços de intervenção incluindo um foco no currículo centrado na criança; uma ênfase na socialização precoce da criança fora da família; e melhor compreensão do desenvolvimento infantil e das aplicações práticas da teoria do desenvolvimento; e uma crença na importância dos primeiros anos como base para futuras competências sociais, emocionais e intelectuais (p. 6).

Concomitantemente aos avanços observados na Educação Infantil durante o século XIX, verificou-se nos Estados Unidos um aumento da preocupação em relação aos altos índices de mortalidade, à pobre saúde física e à exploração da mão de obra infantil, os quais tornaram-se outro domínio de interesse para intervenção. Para tanto, estudos como os desenvolvidos pelo *Children's Bureau* contribuíram na elucidação das relações existentes entre os fatores socioeconômicos e a mortalidade de mães e suas crianças, favorecendo o estabelecimento de leis e programas gover-

namentais que apoiassem permanentemente a população materno infantil em situação de vulnerabilidade social, incluindo aquelas com deficiências (Meisels; Shonkoff, 2000).

Entre os principais marcos legislativos decorrentes dessas descobertas destaca-se a Previdência Social, promulgada em 1935, a partir da qual houve a maior destinação de verbas para o atendimento e criação de serviços, produzindo transformações inclusive sobre o sistema de saúde. Em seus artigos, foram previstas ações específicas para:

- a) Fomento da saúde materno infantil, como cuidados pré-natais, serviços de imunização, educação em saúde, entre outros;
- b) Serviços para o atendimento de crianças com deficiências, focados no atendimento, prevenção de doenças e de deficiências secundárias;
- c) Serviços direcionados ao bem-estar infantil e prevenção de maus-tratos.

Como desdobramento dessas propostas, em 1965, foram incluídas na lei as disposições para o atendimento médico das crianças em situação de pobreza, incluindo programas em caráter obrigatório, o que “refletiu o interesse federal específico na intervenção na primeira infância” (Meisels; Shonkoff, 2000, p. 8).

Segundo os autores, “os serviços de educação especial para crianças com deficiências fornecem uma terceira lente através da qual podemos examinar a evolução dos serviços de intervenção na primeira infância” (Meisels; Shonkoff, p. 8). Nesse sentido, remontam à história do cuidado às crianças com deficiência e as primeiras experiências de educação desenvolvidas por Itard e Seguin para justificar a expansão dos programas educacionais para crianças com deficiência intelectual a partir dos anos de 1800.

Quando foram instituídos nos Estados Unidos, esses programas eram executados em instituições residenciais, reconhecidas como um modelo para o atendimento e focadas no “desenvolvimento de estratégias de educação e na integração entre as pessoas com deficiência e a comunidade” (Meisels; Shonkoff, p. 9). Contudo, estudos desenvolvidos por psicólogos da época vincularam a deficiência intelectual e a delinquência, o que produziu transformações nas formas de atendimento desses serviços, incluindo ações de custódia e o isolamento que perduraram por muitas décadas.

Diante desse cenário, a Educação Especial foi incorporada aos programas de escolas públicas tardiamente e sofreu impactos de financiamento durante a Segunda Guerra, voltando ao interesse político e social apenas após esse período. Então, a partir da década de 50, inicia-se um movimento de promoção legal da Educação Especial, com a ampliação do público à qual se destinava e o posterior direcionamento das ações à identificação de necessidades e promoção de intervenções o mais cedo possível.

Por fim, o domínio da pesquisa em desenvolvimento infantil é apresentado como uma base que transcende os três domínios descritos anteriormente, mas que, por si só, também agrega informações substanciais ao avanço das práticas de cuidado à infância ao longo da história. Nesse sentido, os autores destacam as discussões sobre os conceitos de *nature-nurture* e do relacionamento criança-cuidador como “duas temáticas críticas” ao processo de transformação das noções sobre infância e desenvolvimento humano (Meisels; Shonkoff, 2000, p. 10).

No que se refere à primeira temática, pontua-se que o interesse pela observação dos marcos de desenvolvimento e habilidades das crianças é recente, com as primeiras sistematizações para avaliação tendo sido desenvolvidas por Gesell, no início do século XX. Segundo Meisels e Shonkoff (2000), os estudos desenvolvidos por ele foram tão importantes que “continuam influenciando pesquisas de construção de avaliações de desenvolvimento” e “geraram um grande impacto sobre o estudo clínico das crianças” (p. 10).

Para Gesell, o desenvolvimento era fruto da maturação determinada biologicamente e, por consequência, somente poderia ser afetada por fatores dessa ordem. Dadas as características lineares de seu modelo proposto, incluindo marcos de desenvolvimento, esse foi utilizado amplamente até meados da década de 50, quando passou a ser confrontado com as teorias behavioristas que, por sua vez, consideravam o desenvolvimento fortemente influenciado por fatores ambientais (Meisels; Shonkoff, 2000). Essas perspectivas permaneceram em contradição até o desenvolvimento da teoria de Piaget, a partir da qual se observaram as influências mútuas entre aspectos biológicos e ambientais e seu impacto no desenvolvimento, inaugurando um novo panorama de investigação e intervenção.

Nesse contexto, as teorias de desenvolvimento atuais, como a Transacional proposta por Sameroff e Chandler (1975) e a Bioecológica desenvolvida por Bronfenbrenner (1979), buscam explicar a articulação entre as características biológicas e ambientais em um modelo de funcionamento sistêmico, em que afetam e são afetados uns pelos outros, produzindo diferentes resultados em termos de riscos e proteção.

O relacionamento criança-cuidador, considerado a segunda temática de relevância, passou a ser investigado a partir de estudos sobre o impacto do isolamento, como a hospitalização ou a permanência em orfanatos, e seus efeitos em termos de modificação do processo de desenvolvimento. Entre os autores que se destacaram pelo aprofundamento no estudo dessa temática, Bowlby foi responsável pela explicação do impacto produzido pelas interações da díade mãe-bebê e sua importância para a saúde e o desenvolvimento infantil, abrindo espaço para uma nova perspectiva de investigação.

Após esses estudos pioneiros, desenvolveram-se várias experiências de acompanhamento longitudinal e pesquisas em larga escala, as quais evidenciaram as influências do nível de escolaridade materna e a qualidade do ambiente de cuidado como preditores de desfechos de desenvolvimento, mesmo em populações com deficiências. Dessa forma, os autores ressaltam que:

os dados gerados por esses diversos estudos contribuíram com percepções importantes para o crescente interesse em serviços de intervenção precoce para crianças vulneráveis. O processo de desenvolvimento foi considerado complexo e transacional, e se tornou cada vez mais claro que os resultados são mediados pelos efeitos mútuos da natureza e da criação (Meisels; Shonkoff, p. 13).

Uma perspectiva sistêmica para a avaliação e intervenção

Partindo do conhecimento sobre domínios que estruturaram a IP, torna-se possível analisar como estes influenciaram a pesquisa e a prática ao longo do período de evolução dessas intervenções. Nesse contexto, destaca-se que a elaboração de teorias sistêmicas contribuiu amplamente com os estudos sobre fatores de risco e proteção e seu impacto enquanto preditores do desenvolvimento a longo prazo, assim como para a elucidação dos processos pelos quais as redes de apoio social contribuem para o bom funcionamento das famílias, o que produziu intensas transformações nas formas como se estruturavam os serviços e os objetivos da IP (Dunst, 2000; Sameroff; Fiese, 2000).

Segundo Sameroff e Fiese (2000), durante um longo período, estudiosos tentaram correlacionar fatores de risco isolados, como pobreza ou lares monoparentais, a desfechos negativos de desenvolvimento, tais quais problemas emocionais, psicológicos e de outras esferas, que podiam ser identificados até a fase adulta. Contudo, esses trabalhos não foram capazes de apresentar dados que justificassem o fato de algumas crianças serem afetadas e outras não. Dessa forma, uma análise ampliada fornecida pelos modelos de desenvolvimento sistêmicos elaborados na década de 80 permitiu evidenciar que, mais do que a soma de fatores de risco ou a presença desses isoladamente, o resultado final do desenvolvimento é constituído por uma “ampla constelação de fatores ecológicos nos quais esses indivíduos e famílias estão inseridos” e que, portanto, depende do equilíbrio entre fatores individuais, familiares, culturais, entre outros, que podem representar risco ou proteção (Sameroff; Fiese, 2000, p. 141).

A esse respeito, retomando resultados de estudos desenvolvidos por Sameroff *et al.* (1987), Garbarino e Ganzel (2000) pontuam que estes parecem sugerir que, mais importante que evitar a existência de fatores de risco

é evitar que estes se acumulem “além da capacidade de enfrentamento da criança” (2000, p. 85), ou seja, as experiências fornecidas no contexto bioecológico da criança além de incluírem riscos, podem representar também uma ampla gama de oportunidades que fortaleçam seus estados pessoais e levem a um desfecho favorável de desenvolvimento. Tais afirmações se justificam por trabalhos como o de Dunst e Trivette (1992 *apud* Garbarino; Ganzel, 2000, p. 85) que, a partir da análise de acúmulo de fatores de riscos e oportunidades, evidenciaram “que uma criança com quatro fatores de risco e quatro fatores de oportunidade tem uma chance estatística muito maior de ter um bom desenvolvimento intelectual do que uma criança com quatro fatores de risco e um fator de oportunidade”.

Para além das questões relacionadas à identificação de fatores de risco e proteção e sua conseqüente repercussão sobre as estratégias de avaliação, Dunst afirma ainda que as teorias sistêmicas contribuíram para a pesquisa e a prática em IP ao colocar o foco de atenção “nas influências diretas e indiretas do suporte social para o funcionamento das crianças, seus pais e suas famílias” (2000, p. 99). Nesse sentido, o autor apresenta uma concepção de IP a partir da perspectiva do suporte social, definindo-a como:

a prestação de suporte a famílias de bebês e crianças pequenas por membros da rede de apoio social formal e informal [...]. Dito de outra forma, a intervenção precoce pode ser conceituada como uma agregação dos diversos tipos de ajuda, assistência e serviços que são prestados às famílias por indivíduos e grupos (Dunst, 1985, p. 179).

Essa compreensão de IP forneceu a base para que o autor desenvolvesse o Modelo Integrado de Intervenção Precoce, no âmbito do qual foram descritas as práticas centradas na família (Dunst, 2000). Esse modelo, conhecido como de terceira geração, engloba os componentes de oportunidades de aprendizagem da criança, apoio aos pais e recursos da família e da comunidade organizados “em uma estrutura guarda-chuva” sob as premissas das práticas centradas na família, tendo como finalidade “garantir que as experiências e oportunidades dos contextos naturais (como o contexto familiar, a creche, o jardim de infância ou outros) tenham como conseqüências a promoção e o reforço das competências das crianças, dos cuidadores e das famílias” (Carvalho *et al.*, 2016, p. 75).

Tais transformações apontam, portanto, a indiscutível necessidade e importância de avaliações e intervenções que adotem “modelos analíticos ecologicamente válidos, que incorporem toda a gama de influências sobre as crianças: desde a orgânica até a macrosocial” (Garbarino; Ganzel, 2000, p. 91).

Oportunidades de aprendizagem, contextos naturais e rotinas

Como descrito anteriormente, as oportunidades de aprendizagem foram incorporadas aos componentes do Modelo Integrado de IP proposto por Dunst (1985), sendo sua maximização considerada um dos focos de trabalho.

Por essa perspectiva, reconhece-se que,

as oportunidades de aprendizagem acontecem em todas as atividades interessantes e significativas em que a criança se encontra envolvida, potenciando o desenvolvimento de competências e resultando num sentimento de mestria\domínio da criança sobre suas próprias capacidades e sobre os outros e o meio ambiente. Estas oportunidades surgem tanto na vida familiar (rotinas, eventos familiares, atividades lúdicas como jardinagem, etc.) como na vida na comunidade (saídas da família, acontecimentos comunitários, idas à igreja\grupos religiosos, espetáculos, etc.) ou nos espaços formais de aprendizagem, como as creches e jardins de infância (Carvalho *et al.*, 2016, p. 75-76).

Essa concepção se fundamenta na interpretação de que as crianças podem aprender de diferentes maneiras e em diferentes contextos, a partir das experiências às quais estão expostas. Nesse sentido, as oportunidades de aprendizagem fornecidas pelos contextos naturais têm recebido destaque, uma vez que incluem vivências partilhadas com pessoas significativas e que são permeadas por sentimentos de vinculação e afeto singulares (Carvalho *et al.*, 2016).

A esse respeito, Bruder (2010) pontua que a importância de promover intervenções em contextos naturais se pauta nas inúmeras oportunidades de aprendizagem que a criança vivencia a todo momento, as quais influenciam positivamente o seu desenvolvimento. Tais constatações derivam de resultados de estudos como os conduzidos por Dunst (2010) e Mahoney e MacDonald (2007 *apud* Carvalho *et al.*, 2016), os quais evidenciaram que as oportunidades de interação e aprendizagem em contextos naturais superam, em muito, aquelas produzidas pelos profissionais no ambiente clínico.

Segundo Dunst (2010), uma terapia que seja conduzida por uma hora, duas vezes por semana, ao longo de 50 semanas, representa apenas 3% ou 4% das horas em que a criança estará acordada. Mahoney e MacDonald (2007 *apud* Carvalho *et al.*, 2016), por sua vez, demonstraram que uma criança que frequenta a terapia por meia hora e escola de Educação Especial por quatro manhãs durante a semana, ao longo de um ano, terá 10 vezes mais oportunidades de aprendizagem em seu contexto domiciliar, mesmo que os pais interajam com ela por apenas dez minutos ao dia.

Partindo desses pressupostos, observa-se, portanto, que assim como pontuado por Carvalho *et al.* (2016), intervenções que sejam implementadas

sem a participação da família e exclusivamente em ambientes clínicos representam uma porcentagem ínfima de experiências para garantir que seus resultados sejam decisivos para as aquisições das crianças.

Outro fator de destaque que coloca os contextos naturais em vantagem quando comparados a modelos exclusivamente clínicos é o uso das rotinas como fontes de oportunidades. Segundo Carvalho *et al.*:

As rotinas podem não acontecer literalmente todos os dias, mas são definidas como rituais, atividades ou eventos repetidos e previsíveis que permitem a alternância de protagonismo entre a criança e o prestador de cuidados. Esta característica da previsibilidade é muito importante para a aprendizagem das crianças, porque facilita o seu envolvimento com pessoas e objetos, promovendo o desenvolvimento e o domínio de competências (2016, p. 85).

Sobre essas características, pontua-se também que fatores como a regularidade ao longo do tempo e a possibilidade de generalização dos aprendizados potencializam a indicação das rotinas como um meio para a intervenção. Dessa forma, segundo Almeida *et al.*,

uma prática de intervenção baseada nas rotinas é uma componente essencial de um modelo centrado na família e na comunidade, que privilegia, necessariamente, a identificação das rotinas, atividades e acontecimentos que ocorrem nos vários contextos de vida da criança. É importante perceber, com as famílias e com os educadores, como decorre o dia a dia da criança, mas é igualmente importante que eles percebam a relevância da utilização de atividades, que para eles são triviais (banho, alimentação, mudança da fralda, ida ao banheiro, vestir, hora de dormir...), como oportunidades de ensino e aprendizagem, portanto, promotoras de desenvolvimento (2011, p. 85).

Ainda de acordo com os autores, o emprego das rotinas, enquanto fontes de promoção de oportunidades de aprendizagem, demanda cuidados como a avaliação adequada de quais as rotinas mais favoráveis para cada família, o nível de complexidade das atividades propostas e a flexibilidade que permita que se adequem de acordo com pequenas ou grandes mudanças que ocorram no contexto da família (Almeida, 2011).

Assim, observando a complexidade e importância de intervenções direcionadas às rotinas na IP, McWilliam *et al.* (1998, 2000) têm se dedicado à formulação de um modelo de intervenção e instrumentos de avaliação específicos que permitam compreender em extensão e profundidade questões relativas às rotinas que afetam o desenvolvimento da criança e a qualidade da interação com suas famílias. Segundo seu modelo, intitulado de Inter-

venção Precoce em Ambientes Naturais (ou *Early Intervention in Natural Environments* - EINE), há cinco componentes principais que precisam ser observados para o desenvolvimento de práticas nesse contexto: a) a compreensão da ecologia das famílias; b) planejamento de intervenções funcionais; c) a integração dos serviços; d) efetividade nas visitas domiciliares; e e) consultorias colaborativas para o cuidado infantil (McWilliam, 2010).

Nesse contexto, apesar de não se tratar do único modelo e perspectiva de IP baseado em contextos naturais e rotinas familiares, seus pressupostos e os instrumentos de avaliação desenvolvidos e adotados, como o *Ecomapa* e a *Entrevista Baseada nas Rotinas* (EBR), têm contribuído amplamente para o desenvolvimento das práticas segundo os preceitos centrados na família.

Engajamento familiar enquanto meta de intervenção

Como descrito por Dunst (2000, p. 102), “os apoios da família e da comunidade incluem qualquer número e tipo de recursos intrafamiliares, informais, comunitários e formais necessários aos pais para ter tempo e energia para se engajar nas atividades parentais e de criação dos filhos”. Por essa perspectiva, o engajamento das famílias em diferentes etapas da intervenção tem sido apontado como um fator decisivo para o sucesso do desenvolvimento de suas crianças (Haine-Schlagel *et al.*, 2019, 2020) e, portanto, precisa ser considerado uma meta primária para os serviços de IP, especialmente no âmbito das Práticas Centradas na Família e em contextos naturais.

Segundo esse modelo de IP, a participação da família e a sua centralidade na tomada de decisões e prestação de cuidados à criança são elementos cruciais para o processo de intervenção. Dessa forma, pode-se afirmar que, se a família não estiver engajada com as propostas, seja pela dificuldade em assumir o papel de controle, seja pela ausência de sentimentos de confiança e autoeficácia, ou por qualquer outro fator, a eficácia da intervenção estará em xeque. Da mesma forma, como apontado por D’Arrigo *et al.* (2017), para que os resultados almejados sejam de fato alcançados, é necessário que haja o engajamento de todos os membros da família, incluindo a criança, uma vez que há influências mútuas entre eles.

Dunst (2011, p. 15) afirma que para a efetivação da IP segundo os preceitos das PCF, torna-se necessária a adoção de diferentes estratégias, através das quais se “engajem os indivíduos em experiências participativas e oportunidades para fortalecer e promover novos conhecimentos, habilidades e crenças de autoeficácia”. Nesse sentido, apesar da crescente ênfase dada a esse constructo e das intervenções fundamentadas na PCF apresentarem resultados que comprovam a importância da vinculação entre pais e\ou cuidadores e profissionais, assim como do impacto da participação dos

mesmos sobre os ganhos de desenvolvimento das crianças, pouco se fala e se investiga sobre as estratégias empregadas para garantir o engajamento dessas famílias e suas crianças (Bairrão; Almeida, 2003; D' Arrigo *et al.*, 2017).

Em partes, as dificuldades relacionadas à compreensão dos elementos que direcionam ao engajamento e como mensurá-lo têm apresentado um desafio aos pesquisadores que se dedicam a estudar a forma como esse construto impacta e é impactado por diferentes características das famílias e dos serviços. Nesse sentido, King, Currie e Petersen (2014) e D'Arrigo *et al.* (2017) propõem uma análise abrangente de fatores, segundo os quais o engajamento não deve ser compreendido “simplesmente como um estado de participação nas intervenções de tratamento”, mas sim enquanto uma soma do processo de “‘engajamento com’ e o estado de ‘engajamento em’” (D'Arrigo *et al.*, 2017, p. 340).

D'Arrigo *et al.* (2017) realizam essa diferenciação pontuando que estar “engajado com” pode ser compreendido enquanto um sinônimo de um processo abrangente de engajamento, que envolve a interação entre o paciente e o profissional ou o paciente e o serviço, ao passo que estar “engajado em”, refere-se a um estado que engloba “ações e comportamentos do paciente, como comparecimento, adesão, concordância, entusiasmo e autogerenciamento” (p. 3).

Ainda com vistas às dificuldades de mensuração, King *et al.* (2017) propõem sua análise a partir de uma visão dinâmica, na qual o engajamento é compreendido tanto “como um estado motivacional influenciado por fatores internos e externos, como um processo transacional envolvendo o provedor de serviços, paciente e intervenção” (p. 18). Dessa forma, sugere uma medida observacional do engajamento em intervenções pediátricas, elaborando um modelo gráfico de características e percepções considerando fatores proximais e distais relacionados a desfechos de engajamento.

Segundo essa estrutura, os fatores distais encontram-se organizados em uma estrutura hierárquica de três processos que envolvem características do paciente, da intervenção e do profissional. Essas características, por sua vez, produzem efeitos que desencadeiam os fatores proximais inter-relacionados, os quais são verificados como a percepção do paciente sobre as estratégias de cuidado. Uma vez que esses processos se encontram em uma estrutura favorável, são produzidos os desfechos de engajamento, os quais podem ser compreendidos como o envolvimento de natureza comportamental, afetiva e/ou cognitiva.

Assim, King *et al.* (2019) consideram que:

o engajamento pode ser visto como um constructo guarda-chuva motivacional, compreendendo um conjunto de componentes semelhantes a estados que capturam o envolvimento

afetivo, cognitivo e comportamental, servindo assim como um meio conceitual útil para examinar os mecanismos de mudança na terapia (p. 28).

Por essa perspectiva, se pontua a importância de conhecer esses componentes e saber como influenciá-los, uma vez que representam um fator fundamental para o sucesso das intervenções (D'Arrigo *et al.*, 2014). Portanto, como apontado por King, Currie e Petersen (2014), o profissional que visa promover o engajamento precisa atuar:

fornecendo esperança e apoio, fornecendo coerência ao plano de intervenção e garantindo a capacidade de gerenciamento do tratamento. O terapeuta habilidoso modifica as explicações, estratégias e seu comportamento dependendo de como o paciente reage ao que está sendo dito ou feito. A intenção do terapeuta é que o paciente seja receptivo (“Acredito no terapeuta e tenho confiança e otimismo em relação ao processo terapêutico”), disposto (“Acredito que esta intervenção funcionará e estou disposto a investir esforço”) e capaz (“Acredito que posso fazer isso, com os apoios e recursos que tenho”) (King; Currie; Petersen, 2014, p.04).

Considerações finais

O material apresentado condensa os principais conteúdos relacionados à compreensão do desenvolvimento a partir das teorias que sustentam as abordagens práticas para a IP centrada na família. Para tanto, foram apresentados conteúdos relativos ao desenvolvimento infantil por uma perspectiva sistêmica, incluindo a importância dos contextos naturais, das famílias e das redes de apoio como promotores do aprendizado das crianças.

Destaca-se que esse material não pretende esgotar as discussões sobre os referenciais teóricos e seu impacto sobre a IP, mas apresentar brevemente os caminhos que levaram à elaboração dos conceitos utilizados na atualidade. Dessa forma, recomenda-se o aprofundamento dos estudos com base nos textos da literatura indicada.

Referências

ALMEIDA, I. C. *et al.* Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projecto de formação e investigação. *Análise Psicológica*, v. 1, p. 83-98, 2011. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/41>. Acesso em: set. 2021.

ANDRADE, L. B. P. Tecendo os fios da infância. In: ANDRADE, L. B. P. *Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais* [online].

São Paulo: Editora UNESP, 2010. p. 47-77. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/h8pyf/pdf/andrade-9788579830853-06.pdf>. Acesso em: jun.2016.

ARANHA, M. S. F. Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, p. 63-70, ago. 1995. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1995000200008. Acesso em: jun. 2016.

ARAÚJO, J. P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, nov./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>. Acesso em: jun. 2016.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família.** Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC- Livros Técnicos e Científicos, 1981. p. 196. (Série Points Histoire).

BAIRRÃO, J.; ALMEIDA, I. C. Questões actuais em intervenção precoce. **Psicologia**, v. 17, n. 1, p. 15-29, 2003. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/13624/2/82420.pdf>.

BRONFENBRENNER, U. The ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. **Harvard University Press**, 1979. p. 330.

BRUDER, B. Early Childhood Intervention: a promise to children and families for their future. **Exceptional Children**, v. 76, n. 3, p. 339-355, 2010.

CARVALHO, L. *et al.* **Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância:** um guia para profissionais. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016. p. 355.

D'ARRIGO, R. *et al.* Child and parent engagement in therapy: What is the key? **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 64, p. 340-343, 2017

DUNST, C. J. **Family and Community Life as the Contexts for Supporting and Strengthening Child Learning and Development.** *In:* National Congress on Early Intervention with Young Children and Their Families, 8., 2010, Aveiro. Disponível em: http://www.puckett.org/presentations/FamilyCommunityLife_11_2010.pdf.

DUNST, C. J. **Family-Centered Practices in Early Years Services.** *In:* Outcome Network of Ireland, 2011, Tullamore, County Offaly. Disponível em: <http://www.westerncare.com/uploads/etd/familycenteredpracticesinearlyyears-services.pdf>.

DUNST, C. J. Rethinking Early Intervention. **Analysis and Intervention in Developmental Disabilities**, v. 5, p. 165-201, 1985. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0270468485800124>.

DUNST, C. J. Revisiting “Rethinking Early Intervention”. **Topics in Early Childhood Special Education**, v. 20, n. 2, p. 95-104, 2000. Disponível em: <http://tec.sagepub.com/content/20/2/95.abstrac>.

- DUNST, C.; TRIVETTE, C. **Risk and opportunity factors influencing parent and child functioning**. Trabalho apresentado no Ninth Annual Smoky Mountain Winter Institute, 1992, [Ashville, NC].
- FERNANDES, M. D. A. **Subsídios para a caracterização de programas de intervenção precoce implementados pelas equipas de apoios educativos na região de Trás-OsMontes**. 2001. 211 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança) – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2001.
- GARBARINO, J.; GANZEL, B. The Human Ecology of Early Risk. *In*: SHONKOFF, J. P.; MEISELS, S. J. (eds). **Handbook of early childhood intervention**. 2. ed. Nova York: Cambridge University Press, 2000. p. 76-93.
- GURALNICK, M. J. Family Influences on Early Development: Integrating the Science of Normative Development, Risk and Disability, and Intervention. *In*: McCARTNEY, K.; PHILLIPS, D. **Handbook of early childhood development**. Oxford: Blackwell Publishers, 2006. p. 44-61.
- HAINES-SCHLAGEL, R. *et al.* Adapting parent engagement strategies for an evidence-based parent-mediated intervention for young children at risk for autism spectrum disorder. **Journal of Community Psychology**, 2020.
- HAINES-SCHLAGEL, R. *et al.* Parent mental health problems and motivation as predictors of their engagement in community-based child mental health services. **Children and Youth Services Review**, v. 104, 2019.
- KING, G.; CURRIE, M.; PETERSEN, P. Review: Child and parent engagement in the mental health intervention process: a motivational framework. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 19, n. 1, p. 2-8, 2014.
- KING, G. *et al.*. Development of an observational measure of therapy engagement for pediatric rehabilitation. **Disability and Rehabilitation**, 2017.
- KING, G. *et al.*. The complexities and synergies of engagement: an ethnographic study of engagement in outpatient pediatric rehabilitation sessions. **Disability and Rehabilitation**, 2019.
- MCWILLIAM, R. A. *et al.*. Professionals' and families' perceptions of family-centered practices in infant-toddler services. **Early Education and Development**, v. 11, (Special Issue: Families and Exceptionality), p. 519-538, 2000.
- MCWILLIAM, R. A. *et al.*. The family-centeredness of individualized family service plans. **Topics in Early Childhood Special Education**, v. 18, p. 69-82, 1998.
- MCWILLIAM, R. Early Intervention in Natural Environments: A Five-Component Model. **Early Steps**, 2010. Disponível em: <https://uscm.med.sc.edu/tecs/Early%20Intervention%20in%20Natural%20Environments%20and%20%20PSP%20Model,%20Robin%20McWilliam.pdf>. Acesso em: June 2021.

MEISELS, S. J.; SHONKOFF, J. P. Early Childhood Intervention: A Continuing Evolution. In: MEISELS, S. J.; SHONKOFF, J. P. **Handbook of early childhood intervention**. 2. ed. Nova York: Cambridge University Press, 2000. p. 3-34.

MIRANDA, A. A. B. **História, deficiência e educação especial**. 2004. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/revis/revis15/art1_15.pdf. Acesso em: jun. 2016.

PACHECO, K. M. B.; ALVES, V. L. R. A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. **Acta Fisiatr**, v. 14, n. 4, p. 242-248, dez. 2007. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=184. Acesso em: jun. 2016.

PESSOTTI, I. **Deficiência mental: da superstição à ciência**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1984. p. 206.

SAMEROFF, A. J.; CHANDLER, M. J. Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In: HOROWITZ, F. D. *et al.* (eds). **Review of child development research**. 4. ed. Chicago: University of Chicago Press, 1975. p. 187-244.

SAMEROFF, A. J. *et al.*. Intelligence quotient scores of 4-years-old children: Social-environmental risk factors. **Pediatrics**, v. 79, p. 343-350, 1987.

SAMEROFF, A. J.; FIESE, B. H. Transitional regulation: The developmental Ecology of Early Risk. In: MEISELS, S. J.; SHONKOFF J. P. (eds.). **Handbook of early childhood intervention**. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. p. 135-159.

SERRANO, A. M. **Redes Sociais de Apoio e a sua Relevância para a Intervenção Precoce**. Porto: Porto Editora, 2007. p. 110. (Coleção Educação Especial).

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 133-141, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722001000200005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: jun. 2016.

SHONKOFF, J. P.; MEISELS, S. J. **Handbook of early childhood intervention**. 2 ed. Nova York: Cambri/dge University Press, 2000. p. 734.

CAPÍTULO 4

CONSTRUINDO CONHECIMENTOS E COMPETÊNCIAS PARA A INTERVENÇÃO PRECOCE

Ana Claudia Moron Betti
Maria Izabel Alves Felix da Silva
Patrícia Carla de Souza Della Barba

Este capítulo tem por objetivo identificar e trabalhar competências e habilidades do profissional para as práticas colaborativas com a família, com os outros membros da equipe, com outros serviços, bem como compreender conceitos de equipe inter e transdisciplinar e conceito de trabalho intersetorial.

A competência não é um estado. É um processo.
Le Boterf, 1994.

Introdução

Iniciamos este texto base parafraseando o psicanalista Contardo Calligaris (2021) em seu livro, **Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos**. Neste trabalho, o autor explica e reflete sobre algumas situações partindo de dúvidas levadas a ele por tais profissionais em formação. Durante a leitura, compreendemos que estas reflexões são pertinentes à medida que os conceitos abordados podem ser nitidamente aplicáveis à constituição do perfil do profissional da **Intervenção Precoce na Infância (IPI)** – também tido como profissional da saúde, do cuidado, da escuta e do acolhimento. Assim, utilizaremos estes conceitos para introduzir o conteúdo e impulsionar as discussões.

Calligaris inicia sua produção afirmando que um bom terapeuta não deve ser apegado à necessidade de reconhecimento e gratidão constante de seus usuários, pois embora seja essencial o estabelecimento de vínculo e de confiança, isso nos remete a uma condição de dependência que não é o resul-

tado esperado de nosso trabalho, já que buscamos o envolvimento ativo da família no alcance dos objetivos identificados por eles próprios (Calligaris, 2021).

Em seguida, o autor elenca competências ou pré-requisitos que incluem o gostar das palavras e da escuta, o interesse pelo ser humano, suas histórias e diversidade, possuir “experiências de vida variadas” e apresentar (ou reconhecer) um sofrimento psíquico, os quais detalharemos a seguir (Calligaris, 2021).

Gostar das palavras envolve o interesse pelo ser humano e suas histórias. O autor sugere aos terapeutas em formação que vivenciem situações de escuta de pessoas em situação de vulnerabilidade, exercitem a escuta livre, atenta, permitam a interação e conexão com o outro. O interesse e a curiosidade pela variedade da experiência humana requerem que, embora tenhamos nossas próprias crenças e convicções, importantes para nós e impossíveis de serem descoladas/isoladas, não nos apoiemos nelas para aprovar ou desaprovar comportamentos (Calligaris, 2021).

Assim, podemos observar que tais componentes muito se assemelham às práticas centradas nas famílias, pois um trabalho centrado na família requer escuta atenta, acolhimento; e um trabalho pautado nas necessidades não é possível sem que haja o reconhecimento e legitimação dessas necessidades.

No terceiro ponto, que trata sobre a experiência do profissional, ele nos mostra uma mudança de paradigma do profissional “sério e respeitoso” e “modelo de normalidade” para o profissional da variedade “animada” da própria vida. O quarto ponto trata sobre uma “dose de sofrimento” que não consiste em tê-lo ou vivenciá-lo, necessariamente, mas no reconhecimento e conhecimento, enquanto indivíduo e profissional, sobre sua própria história e sofrimentos – inclusive para acreditar que podem ser manejados e superados.

Sobre o terceiro e quarto pontos, podemos refletir sobre a importância da empatia e do autoconhecimento, compreendendo nossas próprias histórias de vida e familiares como partes constituintes de nós mesmos, que influenciam nossas práticas profissionais, mas também considerando que suas configurações não são as únicas e sim parte de um todo ainda maior.

Perfil do profissional em IP, competências e habilidades do profissional

O *Early Childhood Technical Assistance Center* (ECTA) propõe a criação de estruturas de suporte essenciais e discute áreas de atuação profissional prática e áreas comuns identificadas em todas as especialidades que atendem bebês, crianças e suas famílias. O termo “competência” foi adotado para descrever cada área de prática que foi compartilhada entre as especialidades (Bruder *et al.*, 2019).

A definição de competência refere-se à utilização de conhecimentos, habilidades e valores/atitudes que delineiam a colaboração entre profissio-

nais, bem como a interação com lactentes, crianças pequenas, suas famílias e comunidades. Essa aplicação adequada visa aprimorar os resultados em contextos de cuidados específicos (Bruder *et al.*, 2019).

Como sabemos, concretizar os princípios da IPI e das práticas centradas na família requer qualidades e competências, além de suporte para aqueles que as praticam. Os profissionais que colocam em prática estes princípios, dentro de determinados contextos e serviços, baseiam-se em conhecimentos, qualidade empática, envolvimento colaborativo e reflexões sobre os próprios processos que, por sua vez, requerem constante desenvolvimento e formação (Carvalho *et al.*, 2016).

De acordo com a Declaração de Posição sobre Padrões de Pessoal em Educação Especial da Primeira Infância (DEC, 2017), a preparação de profissionais de alta qualidade é essencial para resultados positivos para o trabalho com crianças, em risco ou com atrasos/deficiências de desenvolvimento e suas famílias. Os profissionais que trabalham com ou em nome de crianças e suas famílias representam diversas áreas do conhecimento, mas não se limitando a profissionais (psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, pedagogos, assistentes sociais), educadores especiais da primeira infância, educadores gerais da primeira infância e coordenadores de serviços.

De acordo com o documento da Division for Early Childhood (DEC, 2017), os programas de preparação de pessoal de **Educação Especial da Primeira Infância (ECSE)** devem capacitá-los a:

- Ver cada criança e família como únicas, com diversas forças e necessidades, integralmente ligadas para uma ecologia social mais ampla;
- Oferecer serviços e redes formais de apoio que melhorem a vida informal de cada criança e de cada família e abordar suas preocupações, prioridades e necessidades;
- Fazer parceria e apoiar as famílias e outros cuidadores para garantir que eles se tornem fundamentais tomadores de decisão sobre o desenvolvimento de seus filhos e serviços educacionais;
- Honrar e usar interações e práticas culturalmente sustentáveis e sensíveis à cultura;
- Reconhecer a singularidade da primeira infância como fase de desenvolvimento;
- Afirmar o direito e a oportunidade de cada criança receber um continuum de serviços e apoio, com base na necessidade, com pares em ambientes naturais e inclusivos;
- Manter a conduta ética em todas as atividades profissionais;
- Servir como agentes de mudança na proteção de crianças e suas famílias;

- Colaborar com outros profissionais da primeira infância, famílias e agentes comunitários.

Para melhor explicar os pressupostos de uma formação de qualidade em Intervenção Precoce, a DEC lançou em 2014 o documento em inglês intitulado “Práticas Recomendadas do DEC”, traduzido para português pela Profa. Dra. Patrícia Della Barba da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). O documento original pode ser encontrado nos idiomas inglês e espanhol no site www.dec-sped.org/recommendedpractices. Uma síntese dele é apresentada a seguir neste texto.

As práticas recomendadas da DEC (2014) são baseadas em evidências empíricas e foram desenvolvidas para orientar profissionais e familiares sobre as maneiras mais eficazes de melhorarem os resultados de aprender e promover o desenvolvimento de crianças menores de cinco anos que têm ou estão em risco de sofrer atrasos ou deficiências no desenvolvimento. O objetivo deste documento é ajudar a diminuir a distância entre pesquisa e prática, destacando práticas que demonstraram produzir melhores resultados em crianças com deficiência, suas famílias e a equipe que cuida delas. As práticas recomendadas da DEC favorecem o acesso e a participação das crianças em ambientes naturais e inclusivos e abordam a diversidade cultural, linguística e de capacidade. Essas práticas também identificam responsabilidades fundamentais de liderança associadas à sua implementação.

As Práticas Recomendadas pela DEC (2014) são baseadas nos seguintes parâmetros:

- são respaldadas por pesquisas, valores e experiências;
- são observáveis;
- não são exclusivas para uma deficiência específica;
- podem ser implementadas em todos os ambientes, incluindo os naturais e inclusivos.

As práticas estão organizadas em oito áreas temáticas, que devem ser vistas de maneira abrangente. Por exemplo, as práticas relacionadas à família são agrupadas em uma única área temática, mas são fundamentais para todos. Acreditamos que quando profissionais e familiares têm conhecimento, habilidades e disposições para implementar essas práticas conforme o planejado, as crianças com risco de atrasos ou deficiências no desenvolvimento e seus familiares têm mais probabilidade de obter resultados positivos; e os profissionais e membros da família são mais propensos a ajudar as crianças a desenvolverem todo o seu potencial.

De acordo com a DEC (2014), as áreas temáticas que orientam os profissionais são:

- *Liderança* - o conjunto de práticas apresentadas nesta seção aborda as responsabilidades daqueles em posições de autoridade e liderança em programas relacionados à prestação de serviços a crianças menores que têm ou estão em risco de sofrer atrasos e/ou deficiências no desenvolvimento e seus membros da família;
- *Avaliação* - o processo de coleta de informações para a tomada de decisões; a avaliação informa a intervenção e é por isso um componente de importância fundamental dos serviços para crianças; a avaliação é feita com o objetivo de detectar, determinar a elegibilidade para os serviços, realizar um planejamento individualizado, monitorar o progresso da criança e medir seus resultados;
- *Ambiente* - área que se refere a aspectos do espaço, materiais (brinquedos, livros, etc.), equipamentos, procedimentos de rotina e atividades que profissionais e familiares podem alterar intencionalmente para favorecer a aprendizagem de cada criança através dos domínios do desenvolvimento; abarca o ambiente físico (por exemplo, espaço, equipamento e materiais), o ambiente social (por exemplo, interações com colegas, irmãos, membros da família) e o ambiente temporal (por exemplo, sequência e duração dos procedimentos e atividades de rotina);
- *Família* - refere-se a atividades contínuas que promovem a participação ativa dos membros da família na tomada de decisões relacionadas à criança; leva ao desenvolvimento de um plano de serviço; ou apoia as famílias a alcançarem os objetivos que têm para a criança e para outros membros da família;
- *Instrução* - um dos pilares da intervenção precoce e da educação especial em idade precoce; está ligada às estratégias intencionais e sistemáticas para informar o que ensinar, quando ensinar, como avaliar os efeitos do ensino e como apoiar e avaliar a qualidade das práticas educacionais implementadas por outras pessoas;
- *Interação* - é a base para a promoção da aprendizagem para todas as crianças; para crianças que têm ou estão em risco de sofrer atrasos e/ou deficiências no desenvolvimento, essa área representa um conjunto de estratégias de importância crítica para promover a competência socioemocional, comunicação, desenvolvimento cognitivo, resolução de problemas, autonomia e a persistência de crianças;
- *Trabalho em equipe e colaboração* - práticas de trabalho em equipe e colaboração são aquelas que promovem e sustentam a participação como parceiros, relacionamentos e interações colaborativas contínuas entre adultos, para garantir que os programas e serviços atinjam os objetivos desejados para as crianças e suas famílias;
- *Transição* - refere-se aos eventos, atividades e processos associados às principais mudanças de ambientes ou programas durante os primeiros anos de vida, e a práticas que favorecem a adaptação da criança e da família ao novo ambiente; essas mudanças ocorrem na transição do hospital para o lar, na transição para os programas de intervenção precoce, na transição dos programas de intervenção precoce para os programas comunitários iniciais, na transição para os programas de creches ou da escola.

O material foi adaptado para guias e *checklists* autoaplicáveis, direcionados aos profissionais e às famílias. Essas ferramentas e recursos orientam os profissionais e as famílias no apoio a crianças com risco de atrasos

no desenvolvimento ou deficiências em vários contextos da primeira infância. As *checklists* ajudam os profissionais para que possam melhorar suas habilidades, planejar intervenções e autoavaliar suas práticas baseadas em evidências. Esses guias são destinados a profissionais e famílias e explicam as práticas e como fazê-las usando vídeos e vinhetas e descrevem como os usuários saberão se as práticas estão funcionando. Cada um desses produtos está disponível em inglês e espanhol no site do ECTA Center.¹

Desenvolvimento profissional e formação

Estudos têm demonstrado repetidamente que os profissionais parecem ser muito melhores na utilização de habilidades relacionais do que nas habilidades participativas (Dunst *et al.*, 2002; Mcbride; Brotherson; Joanning; Whiddon; Demmitt, 1993; Wade; Mildon, Matthews, 2007 *apud* Espe-Sherwindt, 2008).

As práticas relacionais englobam as características e as representações interpessoais do profissional, que têm influência nos aspectos relacionais do suporte oferecido. Isso inclui comportamentos interpessoais que são geralmente associados a uma prática clínica de qualidade, bem como convicções e crenças positivas sobre as habilidades e capacidades familiares (Carvalho, 2004). Aspectos como compaixão, escuta ativa e reflexiva, empatia, autenticidade, capacidade de compreensão, afeto e credibilidade são comportamentos tipicamente associados a boas habilidades de comunicação e caracterizam as práticas relacionais. Além disso, as práticas relacionais também se referem às representações do profissional, incluindo crenças sobre as habilidades familiares para lidar de forma eficaz com situações, preocupações e projetos do dia a dia. As práticas relacionais são a base para que o profissional reconheça e valide os pontos fortes existentes, permitindo assim utilizar as capacidades da pessoa e da família para melhorar seu funcionamento (Dunst *et al.* 2002). Em resumo, essas práticas são fundamentais para a construção de relacionamentos.

As práticas participativas referem-se aos comportamentos do profissional que busca envolver os membros da família no processo de tomada de decisão e escolha informada, utilizando suas forças existentes ou competências em desenvolvimento para acessar os recursos, apoios e serviços identificados pela família (Dunst; Trivette; Raab, 2013). Esse tipo de prática enfatiza a responsabilidade das pessoas que procuram ajuda em encontrar soluções para seus problemas e adquirir conhecimentos e habilidades para melhorar suas circunstâncias de vida. Elas promovem o envolvimento ativo e significativo da família na relação com os profissionais e são descri-

¹ Disponível em: <https://ectacenter.org/decrp/>.

tas como práticas que têm maior probabilidade de resultar em avaliações positivas por parte das famílias sobre suas capacidades. Reforçando a colaboração entre famílias e profissionais, essas práticas proporcionam oportunidades para discutir opções de intervenção e fornecer informações para que as famílias possam fazer suas escolhas, colaborando e compartilhando na tomada de decisões, além de envolver ativamente a família na implementação e realização dessas decisões. As práticas participativas também incluem a responsividade e flexibilidade do profissional ao oferecer apoio às crianças e famílias (Dunst; Trivette; Raab, 2013). Em resumo, são práticas que apoiam a escolha e a participação da família.

A qualidade da formação em IPI é um elemento crítico para uma intervenção eficaz, configurando um exigente perfil profissional – técnico, relacional e humano (Carvalho *et al.*, 2016).

Retomamos a noção de que a concretização de um modelo de intervenção precoce de qualidade requer qualidade técnica, que está relacionada diretamente com os processos formativos, sejam nos níveis iniciais e continuados, que se constituem como elementos críticos para o sucesso das intervenções (Carvalho *et al.*, 2016).

Entende-se por desenvolvimento profissional "um processo de oferta de oportunidades e experiências a fim de favorecer a aquisição de conhecimentos, competências e atitudes para utilização na prática" (Carvalho *et al.*, 2016).

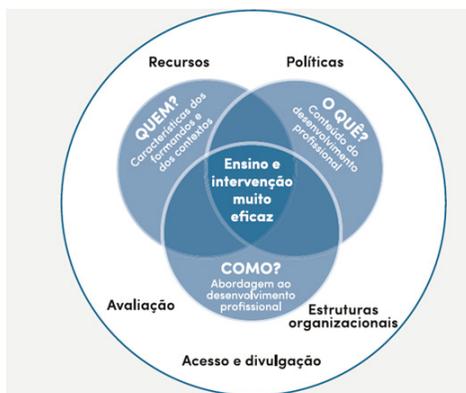
Os processos formativos e de desenvolvimento profissional em IPI devem ser capazes de apoiar a qualidade e eficácia da intervenção a partir de *práticas baseadas na evidência, supervisão reflexiva, capacitação e no empoderamento dos profissionais* (Carvalho *et al.*, 2016).

Sabemos que a diversidade das formações iniciais dos profissionais de IPI agrega na pluralidade e na especificidade de conhecimentos e também impacta nas diversas formas em que os profissionais são apresentados aos princípios e ao trabalho de fato em IPI, o que é considerado elemento crítico para a qualidade e resultado das intervenções (Carvalho *et al.*, 2016).

Considerando que a eficácia da IPI pressupõe a capacitação e envolvimento de toda a família, a articulação de profissionais de diversas áreas em múltiplos ambientes e serviços, com diferentes recursos, características, forças e necessidades, as dimensões dos processos formativos deverão responder à necessidade de cada caso, a depender da finalidade, objetivos, conteúdos, do público a quem se destina e aos recursos disponíveis (Carvalho *et al.*, 2016).

Nesta perspectiva, Carvalho *et al.* (2016) apresentam o quadro conceitual construído pelo *National Professional Development Center on Inclusion* (NPDCI, 2010), que define os elementos correlacionados no desenvolvimento profissional, Figura 1:

Figura 1 - Estrutura conceitual para o desenvolvimento profissional



Fonte: Carvalho *et al.* (2016, p. 274).

Neste quadro, encontramos de forma ilustrada os três componentes “Quem”, “O Quê” e “Como” em intersecção, sendo que o primeiro se refere ao público a quem se destina, suas características e contextos pessoais e das famílias com quem trabalham. O segundo (“O Quê”) se refere ao conteúdo, ou competências, habilidades e conhecimentos a serem desenvolvidos e o terceiro (“Como”) à forma com que a aprendizagem será facilitada com suas abordagens e métodos (Carvalho *et al.*, 2016).

Recursos e literatura de várias profissões que trabalham em intervenção precoce apoiam os princípios-chave da intervenção precoce e refletem como os serviços dessas profissões se alinham com práticas de intervenção precoce de alta qualidade. Destinam-se a promover o diálogo na comunidade da primeira infância sobre os princípios-chave e à prestação de serviços de intervenção precoce de alta qualidade, que cada profissão oferece no âmbito de sua prática profissional (Whipple, 2014).

Formação inicial, especializada, continuada e supervisão reflexiva

Definidos os processos de desenvolvimento profissional, apresentamos os níveis de formação em que se encontram os conteúdos relacionados à IPI: *formação inicial*, *formação especializada* e *formação continuada*.

O primeiro nível, formação inicial, envolve a formação específica, de base do profissional, como licenciaturas e mestrados, nas áreas da Saúde, Educação, Serviço Social e outras. É importante frisar que neste nível, os profissionais estão em fase de desenvolvimento de conhecimentos específicos de suas áreas e por isso é fundamental que o conhecimento em IPI ocorra de forma transversal aos demais componentes curriculares para que os estudantes possam reconhecer a criança em suas especificidades, respeitá-la enquanto parte de uma família e incorporá-la em todas as in-

tervenções, bem como valorizar suas competências e promover ambientes estimulantes e inclusivos (Carvalho *et al.*, 2016).

A partir do testemunho de estudantes que vivenciaram aprendizagens sobre IPI durante suas formações iniciais, vimos que essas experiências possibilitaram oportunidades de acolhimento, participação, “abrir-se para o mundo”, autorreflexão e o desejo de aprender (Carvalho *et al.*, 2016).

O segundo nível, formação especializada, diz respeito a cursos de pós-graduação e mestrado que conferem a especialidade aos profissionais de diversas áreas para atuarem com IPI, nível o qual nos encontramos atualmente (Carvalho *et al.*, 2016).

Neste momento busca-se desenvolver a amplitude e a profundidade de conteúdos, sendo a primeira alcançada por meio da aprendizagem dos princípios centrais em IPI e a segunda com o tempo, com a prática dos conteúdos aprendidos e contínua reflexão crítica sobre eles. Dentre os conteúdos de maior relevância a integrarem os currículos, destacam-se a intervenção centrada na família, o trabalho colaborativo em equipe transdisciplinar, as intervenções em contextos inclusivos e naturais de vida (Carvalho *et al.*, 2016).

Já a formação continuada se refere a cursos de curta duração, oficinas, ciclos de estudos voltados à aquisição, atualização e aprofundamento de conhecimentos sobre IPI, na perspectiva da supervisão reflexiva e é fundamental para todos os que atuam direta ou indiretamente no âmbito da IPI (Carvalho *et al.*, 2016).

Os profissionais capacitados em IPI podem atuar nos diferentes níveis de formação, daí a importância de se conhecer e identificar os componentes “Quem”, “O Quê” e “Como” em cada um deles (Carvalho *et al.*, 2016).

A supervisão consiste num processo de suporte aos profissionais de IPI que tem como finalidade apoiar os profissionais na construção de competências. Neste processo, a análise e as reflexões sobre as próprias ações e o caráter transdisciplinar do conhecimento em IPI permitem a troca de saberes que favorecem a qualidade da atuação nos diversos contextos da prática (Carvalho *et al.*, 2016).

Esta troca de saberes, quando impulsionada de forma adequada, com profissional experiente, baseada em experiências continuadas de suporte e apoio nos ambientes de trabalho, realizadas em equipe e buscando promover competências e transformações de atitudes, possui mais benefícios que formações puramente instrutivas e resulta num efeito em cascata, ao passo que promove aos profissionais processos similares aos que estes buscam com as famílias: a capacitação e o empoderamento (Carvalho *et al.*, 2016).

Assim, partindo da concepção de que a aprendizagem ocorre no contexto das relações e que depende da qualidade delas, a formação do profissional deve “obedecer” a este princípio, reconhecendo os diferentes pro-

cessos pessoais, histórias e como diferentes situações impactam de forma diversa e permitindo que o profissional se questione se suas ações vão ao encontro dos princípios da IPI e dos objetivos propostos em conjunto com a equipe de trabalho (Carvalho *et al.*, 2016).

Práticas colaborativas com a família, com os outros membros da equipe, com outros serviços

Intersetorialidade

Quando tratamos da IPI enquanto intervenção integrada no apoio à criança e à família, falamos de uma lógica que busca – baseada nas fortes evidências da pouca eficácia e efeitos pouco duradouros – superar a fragmentação de práticas tradicionais, ações compartimentadas e desintegradas de seus contextos naturais (Carvalho *et al.*, 2016).

Assim, reconhecendo as múltiplas e complexas necessidades de crianças e suas famílias, a perspectiva da intervenção integrada e da coordenação dos serviços de IPI valoriza o trabalho em equipe, entre profissionais e família, e prevê a atuação integrada dos serviços.

No âmbito dos serviços, temos desafios relacionados à organização de serviços e à gestão, a necessidade de alinhamento de conduta entre setores (Saúde, Educação e Assistência) e de políticas públicas que possam alicerçar estas propostas (Carvalho *et al.*, 2016).

Admite-se que o processo de colaboração consiste num meio de construir a intervenção integrada, ao passo que permite a convergência e complementaridade das ações. Os modelos de colaboração intersetorial mostram vantagens em diferentes patamares de modo a enfrentar as redundâncias, as lacunas e as incoerências de modelos não integrados. Minimizar as redundâncias se refere a situações em que a mesma ação é desenvolvida por dois ou mais serviços, desnecessariamente, podendo ser fator desencadeante de estresse para as famílias. As lacunas estão relacionadas a ações necessárias que não são desenvolvidas em nenhum serviço. As incoerências tratam de políticas públicas destinadas ao mesmo público, porém com objetivos conflitantes (Carvalho *et al.*, 2016).

Nesse sentido, o trabalho integrado busca otimizar a utilização de recursos e a ação dos profissionais e possivelmente se tornar mais abrangente, por permitir maior cobertura de famílias. Busca obter resultados mais positivos e duradouros, favorecer sinergias entre os serviços e adequar as intervenções aos recursos e necessidades locais com base num diagnóstico e planejamento compartilhado (Carvalho *et al.*, 2016).

O conceito de “atenção integral à saúde da criança” preconiza a intersetorialidade como uma estratégia de ação para monitoramento do Desenvolvimento Infantil com propósito de visualizar as dimensões individu-

ais da criança e suas relações com meio ambiente e contexto social. Além disso, a intersetorialidade busca aproximar as especialidades compondo um sistema que engloba a compreensão ecológica do ambiente, contextualizando as condições que a criança está inserida e suas interações (Didonet, 2016, *apud* Nucci, 2018).

A Rede Nacional da Primeira Infância (2015) elaborou o guia **A Inter-setorialidade nas Políticas para a Primeira Infância**, uma proposta de modelo intersetorial enquanto estratégia eficaz na assistência à infância, ao passo que, compartilhando informações, decisões e estratégias entre os profissionais – estes, valorizados para além das suas especialidades, com o trabalho articulado e cooperativo – possibilitam uma visão abrangente sobre a criança.

Na composição do Guia, são encontradas evidências que direcionam a equipe na construção de uma rede de atenção à criança com estratégias para ações e práticas intersetoriais. Apresenta-se uma classificação crescente, de nível 1, em que os setores atuam separadamente até o nível 8, os setores planejam conjuntamente e têm ações articuladas (Nucci, 2018).

Figura 2 - Níveis de evidência de um trabalho em intersetorialidade

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Os órgãos setoriais (secretarias, conselhos etc.) que têm a ver com algum direito da criança agem separadamente, de forma independente. 2. Os órgãos trocam informações ocasionalmente sobre suas atividades. 3. Estabelecem diretrizes para todos, procuram ter uma linguagem comum, evitam conflitos e divergências nas ações que se interligam. 4. Criam equipe técnica para trabalhos pontuais conjuntos. 5. Comunicam-se sistematicamente. Informam-se regularmente sobre as ações que estão realizando. 6. Procuram adequar suas ações às dos outros setores. 7. Existe um órgão central de coordenação da política intersetorial, com capacidade para tomar decisões relativas aos trabalhos conjuntos e às ações articuladas. 8. Os órgãos setoriais fazem planejamento conjunto, elaboram um plano integrado para atendimento integral à criança, com as ações das diferentes áreas, articuladas e complementares. |
|---|

Fonte: Adaptado por Nucci (2018, p. 40).

Transdisciplinaridade

Vitor Franco (2007) nos diz que a multiplicidade de profissionais e de saberes não pode implicar na divisão da individualidade da criança ou na segmentação das suas necessidades. A indicação da abordagem transdisciplinar permite ultrapassar as limitações de cada formação disciplinar específica e ir ao encontro desta criança complexa e do seu contexto.

Na trajetória da Intervenção Precoce, quando se tinha uma perspectiva de reabilitação, e adotando esta finalidade de toda a intervenção, ou conjunto das diferentes intervenções, o objetivo era resolver, atenuar as consequências e implicações do problema (ou deficiência) dentro de um domínio específico. Desta maneira, fazia sentido os serviços se organizarem

levando em conta a especificidade da patologia, ou deficiência, e os técnicos eram demandados a atuar dentro de suas especialidades (Franco, 2007).

De acordo com Franco (2007):

A Intervenção Precoce, como cuidado do desenvolvimento infantil, vai ao encontro da necessidade de perspectivas de Pessoa e de Desenvolvimento que ultrapassem as limitações disciplinares. A transdisciplinaridade oferece-se à Intervenção Precoce como uma abordagem promissora e profícua, que pode ultrapassar as limitações de uma prática educativa meramente disciplinar, e também oferecer uma metodologia de trabalho mais abrangente e integradora.” (p. 115).

Desta maneira, há uma vasta literatura apontando que o trabalho em equipe dentro desta nova geração de Intervenção Precoce deve ser transdisciplinar.

Quadro 1 - Dimensões práticas do modelo transdisciplinar

Dimensões da prática	Características da abordagem transdisciplinar na IP	Características das outras estruturas de equipe na IP
a. Detecção e sinalização dos casos para intervenção	Qualquer que seja o profissional que detecta a criança, encaminha-a para a equipe de intervenção	Cada profissional elabora seu próprio programa de intervenção setorial ou o serviço remete a criança para múltiplas avaliações
b. Avaliação da criança	Feita por todos os membros da equipe de forma compreensiva e global, em conjunto com a família que participa ativamente em todas as fases	Feita em separado, por cada especialista, podendo existir mais ou menos partilha de informação
c. Participação das famílias	A família participa ativamente em todo o processo, desde a avaliação até o planejamento, implementação das ações e programas	Mesmo que a família se reúna individualmente com cada técnico, ou com o representante da equipe, continua a ser sempre um elemento externo às tomadas de decisão técnicas
d. Responsabilidade pela intervenção	Equipe assume, coletivamente, a responsabilidade pela intervenção, independentemente das tarefas concretas atribuídas aos seus membros	Responsabilidade é de cada técnico que faz a intervenção direta
e. Planejamento da intervenção	Equipe é responsável pela definição de um plano integrado, em que a família	Cada técnico apenas participa no planejamento da intervenção no seu

Continua

Quadro 1 - Dimensões práticas do modelo transdisciplinar

		Conclusão
	é igualmente chamada a participar, considera a globalidade das necessidades e dos recursos, as prioridades são definidas em função da própria criança e família	domínio específico de ação e, quando muito, na sua conjugação com outros interventores
f. Implementação do programa de intervenção	Todos os técnicos são corresponsáveis pela implementação do programa, independentemente de quem o executa. Todos os técnicos seguem os objetivos definidos para a intervenção, havendo um responsável pela sua execução, o responsável de caso	Um técnico desconhece o trabalho que a equipe desenvolve ou a forma como os pais estão envolvidos na intervenção
g. Pressupostos de funcionamento da equipe	Todos os técnicos estão comprometidos em ensinar, aprender e trabalhar em conjunto para implementar planos de intervenção que ultrapassam os limites da sua disciplina	Os técnicos reconhecem e valorizam as outras disciplinas
h. Comunicação entre técnicos	Há comunicação e compartilhamento dos diversos saberes, integrando os conhecimentos e estratégias dos diferentes profissionais através de reuniões estruturadas e de uma ligação permanente	A comunicação entre membros tende a ser mais esporádica, em reuniões periódicas, encontros formais e consultas ou faz-se fundamentalmente através de registros e relatórios escritos
i. Aprendizagem e formação dos técnicos	Baseada em uma aprendizagem transdisciplinar, centrada nas problemáticas. Cada um aprende com (ou a partir de) outros elementos da equipe	Aprendizagem centrada na formação de base
j. Implicações organizacionais	Organização em equipes maleáveis, com partilha de responsabilidades, sendo o responsável de caso quem articula a equipe com a família	Estrutura orgânica mais corporativa, por departamentos criados em função das especialidades (psicólogos, fisioterapeutas etc.).

Fonte: Franco (2007, p. 116).

No guia da **Intervenção Precoce** da ANIP encontramos uma definição de modelo transdisciplinar de equipe:

consiste em um modo de funcionamento de uma equipe, constituída por profissionais de diferentes áreas disciplinares, que se caracteriza pela troca de conhecimentos e competências entre as várias áreas e uma linguagem comum e a confiança mútua entre os elementos que a constituem. As fronteiras entre as disciplinas são minimizadas e promovem o consenso entre os elementos da equipe, sendo que a família aparece como parceira e como principal decisora do processo de avaliação e intervenção (Carvalho, 2004). Para além disso, neste modelo defende-se que a família faz parte integrante da equipe de IPI, devendo enquanto tal ser valorizada e respeitada como qualquer outro membro da equipe (Carvalho *et al.*, 2016, p. 92).

Neste modelo transdisciplinar, cria-se uma estrutura funcional que facilita a participação das famílias como elementos ativos, bem como otimiza-se a participação dos profissionais de diferentes especialidades e diferentes serviços (Carvalho *et al.*, 2016).

A abordagem transdisciplinar é mais do que uma forma de organização de equipe. Permite cuidar da criança (e família) em sua globalidade, indo ao encontro desta criança complexa, com o seu contexto [...] exige um posicionamento de aceitação, receptividade e valorização perante o saber do outro (Franco, 2007, p. 120).

O conceito de responsável de caso dentro da equipe transdisciplinar

Segundo Franco (2007), a competência de condução de uma situação de uma criança/família no processo de Intervenção Precoce ultrapassa os limites de qualquer formação especializada. Pode ser difícil compreender como explicar às famílias o que acontece em determinada terapia e se tal explicação não deveria ser dada pelo técnico que a está realizando. Entretanto, numa equipe transdisciplinar, o responsável de caso deve ter condições de se tornar o interlocutor e suporte de cada família, independentemente da regularidade deste técnico estar com a família.

Segundo Franco (2007), a competência de condução de uma situação de uma criança/família no processo de Intervenção Precoce ultrapassa os limites de qualquer formação especializada. Pode ser difícil compreender como explicar às famílias o que acontece em determinada terapia e se tal explicação não deveria ser dada pelo técnico que a está realizando. Entretanto, numa equipe transdisciplinar, o responsável de caso deve ter condições de se tornar o interlocutor e suporte de cada família, independentemente da regularidade deste técnico estar com a família.

Muito embora as funções de escuta e atenção à família possam ser comumente atribuídas aos profissionais da Psicologia ou do Serviço Social – possivelmente pelas formações de base, pela experiência profissional – o grande desafio da transdisciplinaridade consiste em desenvolver competências que superem as delimitações técnicas de cada especialidade como, por exemplo, relações interpessoais e trabalho em equipe (Franco, 2007).

Identificação do repertório de ações e Fluxograma de serviços de IP: como atuam com as famílias

Franco (2003) discorre sobre o desafio de analisar processos de mudanças de modelo assistencial, devido à dificuldade natural em capturar movimentos instituintes em curso, especialmente no plano micropolítico, para a inversão dos processos e tecnologias de trabalho em saúde. Ao mesmo tempo, a comprovação empírica de um processo de mudança nos serviços é importante para a condução de um novo projeto assistencial, podendo contribuir para a tomada de decisões em situações de incerteza, na atividade de planejar e na construção de um novo fluxo para estes mesmos serviços.

A literatura tem indicado que para uma organização da atenção integral, faz-se necessário utilizar tecnologias que ajudem no manejo do trabalho e busquem soluções que indiquem melhoras nas abordagens. Nessa perspectiva, os fluxogramas são construções gráficas do caminho traçado em uma atividade, proporcionando a visualização em detalhes dos aspectos da micropolítica da organização e direcionamento do trabalho (Franco, 2003).

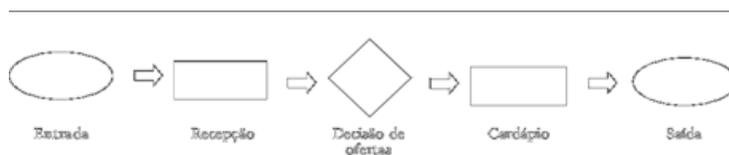
Dessa maneira, o fluxograma traz um olhar ampliado em relação ao atendimento, permitindo a detecção de problemas (Franco, 2003). Algumas pesquisas mostram que a utilização do fluxograma na área de saúde trouxe à tona discussões como a integralidade na assistência, a acessibilidade dos serviços e dimensões de problemas que poderiam estar ocultos tanto ao profissional quanto ao gestor da rede (Reis; David, 2010).

O fluxograma é uma ferramenta que auxilia na construção de processo de trabalho e está associada a qualquer construção que tenha uma porta de entrada em um sistema, associada a componentes diversificados nessa estrutura que se organizam para estabelecer uma porta de saída (Harrington, 1997, *apud* Nucci, 2018).

Franco (2003) propõe o fluxograma para a construção de representação gráfica do processo de articulação da rede denominado “fluxograma descritor”, que propõe identificar as estratégias e ações estabelecidas entre os setores e serviços disponíveis, como, também, o reconhecimento do processo de trabalho e os fluxos existentes na rede. O fluxograma pode ser utilizado para se analisar o percurso realizado pelo usuário quando entra em contato com os serviços a fim de descrever como acontece o processo percorrido.

Franco (2003) sugere um modelo de esquema para a construção do fluxograma:

Figura 3 - Fluxograma descritor



Fonte: Franco (2003).

Um exemplo de uso do fluxograma no contexto da Intervenção Precoce pode ser observado no estudo de Nucci (2018). A ferramenta foi utilizada com o objetivo de identificar o repertório, ações e serviços de monitoramento do Desenvolvimento Infantil de uma equipe durante uma capacitação. Nesse estudo, foi apresentada a proposta da construção do fluxograma a um grupo de profissionais dos setores de saúde, educação e assistência social, que participaram de um processo de formação para a atuação com as práticas centradas nas famílias na primeira infância em um município do Estado de São Paulo. A construção do fluxograma demonstrou que as equipes atuavam setorialmente e reconheciam um fluxo no serviço; entretanto, identificaram a lacuna de um trabalho intersetorial voltado à infância:

Constatou-se um importante envolvimento dos profissionais, com o aproveitamento dos exemplos trazidos de sua realidade, com casos de famílias reais e a exposição de suas condutas para serem debatidas em grupo e com as pesquisadoras. Entretanto, esta participação ativa trouxe à tona uma dificuldade de mudança de concepções das práticas de trabalho e o dilema do estabelecimento de prioridades para as famílias (Nucci, 2018, p. 133).

Considerações finais

Ao longo deste texto, exploramos diversas perspectivas e competências necessárias para a formação de profissionais em **Intervenção Precoce** (IPI), destacando a importância das práticas centradas na família, a colaboração entre profissionais de diferentes áreas, e a formação continuada e reflexiva. Iniciamos com as reflexões de Contardo Calligaris, que nos orientam sobre a importância de uma abordagem empática, livre de dependências, e focada na autonomia e no envolvimento ativo das famílias.

Os conceitos apresentados por Calligaris encontram ressonância nas práticas recomendadas pela DEC, que enfatizam a importância de um suporte integrativo e de alta qualidade, capaz de atender às necessidades

específicas de cada criança e família, promovendo seu desenvolvimento integral em ambientes inclusivos e naturais. As competências delineadas, tais como a escuta ativa, a empatia, o interesse genuíno pelo ser humano, e a capacidade de reconhecer e manejar o sofrimento psíquico, são cruciais para a constituição de um perfil profissional eficaz e humanizado.

Além disso, as diretrizes e recomendações apresentadas pelo *Early Childhood Technical Assistance Center* (ECTA) e pelo *National Professional Development Center on Inclusion* (NPDCI) reforçam a necessidade de uma formação robusta e contínua, que aborde não apenas os conhecimentos técnicos, mas também as habilidades relacionais e participativas. Estas competências são fundamentais para o estabelecimento de uma prática colaborativa e integrada, essencial para a eficácia da intervenção precoce.

A transdisciplinaridade também é trazida enquanto estrutura funcional do trabalho, que possibilita a construção de um trabalho em equipe articulado, colaborativo e impulsiona a participação da família, integrante desta equipe.

A intersetorialidade e a coordenação de serviços, destacadas no texto, representam desafios e ao mesmo tempo oportunidades para a construção de um sistema de suporte mais eficaz e abrangente. A colaboração entre setores como Saúde, Educação e Assistência Social é crucial para evitar redundâncias, preencher lacunas e garantir uma abordagem coerente e sinérgica.

Concluimos que a formação e o desenvolvimento profissional em IPI devem ser orientados por princípios que valorizem a diversidade, a inclusão, e o empoderamento das famílias e das crianças. A implementação de práticas baseadas em evidências, a supervisão reflexiva e a capacitação contínua são elementos essenciais para assegurar uma intervenção precoce de qualidade, que possa realmente fazer a diferença na vida das crianças e suas famílias. Assim, reafirmamos a importância de um compromisso contínuo com a aprendizagem e a melhoria das práticas, para que possamos, de fato, promover um desenvolvimento saudável e integral para todas as crianças.

Referências

BRUDER, M.; CATALINO, T.; CHIARELLO, L.; MITCHELL, M.; DEPPE, J.; GUNDLER, D.; ZIEGLER, D. Finding a Common Lens: Competencies across Professional Disciplines Providing Early Childhood Intervention. *Infants and Young Children*, v. 32, n. 4, p. 280-293, 2019.

CALLIGARIS, C. *Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos*. Planeta Estratégia, 2021.

CARVALHO, M. L. *Práticas centradas na família na avaliação da criança: percepções dos profissionais e das famílias do PIP do distrito de Coimbra*. 2004. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, Braga, 2004.

CARVALHO, L. *et al.*. **Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na infância**. Um guia para profissionais. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016. Disponível em: https://www.academia.edu/34076307/PR%C3%81TICAS_RECOMENDADAS_EM_INTERVEN%C3%87%C3%83O_PRECOCE_NA_INF%C3%82NCIA_UM_GUIA_PARA_PROFISSIONAIS

DIVISION FOR EARLY CHILDHOOD (DEC). **Position Statement on Personnel Standards in Early Childhood Special Education**. September, 2017.

DIVISION FOR EARLY CHILDHOOD (DEC). **Práticas recomendadas do DEC para intervenções e educação especial em idade precoce**. 2014. Acesso em: <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>.

DUNST, C. J.; BOYD, K.; TRIVETTE, C. M.; HAMBY, D. W. Family-oriented program models and professional helpgiving practices. **Family relations**, v. 51, n. 3, p. 221-229, 2002.

DUNST, C. J.; TRIVETTE, C. M.; RAAB, M. An Implementation Science Framework for Conceptualizing and Operationalizing Fidelity in Early Childhood Intervention Studies. **Journal of Early Intervention**, v. 35, n. 2, p. 85-101, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1177/1053815113502235>.

ESPE-SHERWINDT, M. Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. **Support for Learning**, v. 23, n. 3, p. 136-143, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/227665906_Family-centred_practice_Collaboration_competency_and_evidence.

FRANCO, T. B. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz-MG. *In*: MERHY, Franco. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-98.

FRANCO, V. Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. **Interação em Psicologia**, v. 11, n. 1, p. 113-121, 2007.

NUCCI, L. V. **Capacitação profissional para monitoramento do desenvolvimento infantil: perspectiva do modelo de construção de capacidades centrado na família**. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – PPGTO/UFSCar, 2018.

REIS, V. M.; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010.

WHIPPLE, W. Key Principles of Early Intervention and Effective Practices: A Crosswalk with Statements from Discipline Specific Literature. **RRCP** - Regional Resource Center Program, December 2014. Disponível em: <https://ecpcta.media.uconn.edu/wp-content/uploads/sites/2810/2018/10/Crosswalk-12-5-2014.pdf>.

PARTE 2

INSTRUMENTALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO EM INTERVENÇÃO PRECOCE

CAPÍTULO 5

PRIMEIROS ENCONTROS COM AS FAMÍLIAS

Luciana Bolzan Agnelli Martinez
Carla Cilene Baptista da Silva

Este capítulo tem por objetivo identificar e compreender a importância dos primeiros encontros com a família, como pilar para todo o processo de intervenção precoce. Visa trabalhar competências e habilidades do profissional para identificar valores, crenças e expectativas da família nos primeiros encontros, bem como favorecer uma relação de confiança entre os profissionais e as famílias.

Antes de adentrar no foco central sobre os primeiros encontros com as famílias é importante apresentar o ciclo de avaliação e intervenção, e relembrar os conceitos relativos às práticas de ajuda eficazes. O ciclo proposto por Simeonsson *et al.* (1996 *apud* Carvalho *et al.*, 2018) caracteriza um processo contínuo e circular de encontros individualizados no contexto da relação de colaboração entre a família e os profissionais e poderá, como ilustrado na Figura 1, constituir-se como instrumento orientador das práticas do profissional.

Figura 1 - Ciclo de avaliação e intervenção dos serviços para crianças e famílias



Fonte: Simeonsson *et al.* (1996 *apud* Carvalho *et al.* 2018, p. 101, adaptado e traduzido com permissão do autor).

Nesse sentido, os encontros são compreendidos como experiências significativas em que a interação com os outros contribui para o desenvolvimento de competências, com ênfase na construção das relações que essas experiências proporcionam. Os encontros podem ser vistos como um segmento de um contínuo mais alargado de experiências e podem ser positivos (encontros completos) ou negativos (encontros incompletos).

Assim, na intervenção com a família, um encontro, em qualquer momento do ciclo, é positivo e considerado completo quando há uma atitude de escuta e compreensão e o profissional responde às necessidades da família, não deixando uma sensação de mal-estar, medo ou ansiedade, como em um encontro incompleto. Cabe relembrar os três componentes que caracterizam as práticas de ajuda eficaz de Dunst et. al. (1998 *apud* Carvalho et. al., 2018) e que devem ser considerados em todo o processo de intervenção: a qualidade técnica, as práticas relacionais e as participativas, ilustrados na Figura 2.

Figura 2 - Corresponsabilização e práticas de ajuda eficazes no trabalho com famílias



Fonte: Carvalho *et al.* (2018, p. 94).

Esses componentes são definidos, por Carvalho *et al.* (2018), como:

Qualidade técnica - conjunto de conhecimentos teóricos e práticos do profissional, resultantes de sua formação e experiência. Inclui o conhecimento, a especialização e a competência do profissional, bem como a expressão desta especialização como parte do exercício da sua atividade;

Práticas relacionais - são as práticas ligadas às características e representações interpessoais do profissional, as quais

influenciam nos aspectos relacionais do apoio, tais como: os comportamentos interpessoais normalmente associados a uma boa prática clínica e as convicções e crenças positivas sobre as competências e capacidades da família (Carvalho, 2004). Também se caracterizam como práticas relacionais: compaixão, escuta ativa e reflexiva, empatia, autenticidade, capacidade de compreensão, afeto e credibilidade, que são comportamentos tipicamente associados a boas competências de comunicação. Além disso, incluem-se, nesse grupo, as representações do profissional e as crenças acerca das competências da família, para se tornar capaz de lidar de forma eficaz com as preocupações e os projetos no dia a dia. Essas práticas são a base para a construção das relações para que o profissional reconheça e valide os pontos fortes existentes e assim possa usar as capacidades da pessoa e da família para melhorar o seu funcionamento (Dunst; Boyd; Trivette; Hamby, 2002 *apud* Carvalho *et al.*, 2018).

Práticas participativas – esse grupo de práticas é essencial para uma abordagem centrada na família, pois refere-se aos comportamentos do profissional que promove o envolvimento dos membros da família no processo de tomada de decisão e de escolha informada. (Dunst, 2013 *apud* Carvalho *et al.*, 2018). Este tipo de prática enfatiza a responsabilidade de quem procura ajuda para encontrar recursos, apoios e soluções para os problemas e para adquirir conhecimentos e competências para melhorar suas circunstâncias de vida. As práticas participativas visam o envolvimento ativo e significativo da família na relação com os profissionais e têm sido descritas como práticas que geram avaliações positivas das famílias acerca das suas capacidades. Reforçando a colaboração entre famílias e profissionais, incluem: oportunidades para discutir as opções de intervenção e informações para levar a cabo tais escolhas; colaboração e partilha na tomada de decisões. As práticas participativas incluem também a responsividade e flexibilidade do profissional na forma de prestar apoio às crianças e famílias (Dunst, 2013 *apud* Carvalho *et al.*, 2018).

Em suma, na **Intervenção Precoce na Infância (IPI)**, a inovação está nas **práticas participativas**, consideradas como componente essencial da eficácia das práticas centradas na família, sendo estas a qualidade que a distingue de outros tipos de abordagens com as famílias e que devem estar presentes desde as primeiras interações entre familiares e profissionais. Seguindo esses princípios, a família deve estar no controle desde as primeiras interações, que serão decisivas para todo o processo de intervenção.

Nos primeiros contatos identificam-se as expectativas e prioridades da família, em torno da qual se define, de forma conjunta, os objetivos e o plano

de intervenção. Portanto, a maneira como se estabelecem as relações certamente serão marcantes para todos os envolvidos, positiva ou negativamente.

Experiências negativas nos contatos iniciais podem causar um impacto profundo nas famílias, sendo motivo de dor e de raiva não apenas naquele momento, mas, em alguns casos, perdurando por longo período e se estendendo a outros tratamentos, inclusive com outros profissionais. Se a comunicação inicial for tratada com insensibilidade, algumas famílias podem começar a adotar posturas defensivas para com os profissionais, dificultando ainda mais a compreensão real das necessidades e dos motivos pelos quais procuram ajuda ou assistência.

A história de vida da família, seus valores e expectativas, assim como o estilo de interação dos pais, irão influenciar nos primeiros encontros e determinar o modo como eles irão procurar ajuda, falar sobre suas necessidades e se relacionar com os profissionais. Estes, por sua vez, também trazem experiências passadas e características pessoais que interferem nesse contato, na forma como reagem ao estilo dos pais e na percepção que fazem de cada família, a partir das interações. Os profissionais apresentam influências da formação profissional, de sua filosofia de trabalho, das experiências práticas acumuladas e de seus próprios valores e crenças, modelando os papéis assumidos enquanto prestadores de serviços, suas condutas e relações com as famílias/crianças que conhecem (McWilliam, 2003a).

Diante da variedade de experiências anteriores que acompanham os pais e os profissionais e dos estilos de interação variados, deve-se haver um esforço para evitar a formação precipitada de opiniões, assim como julgamentos. Nos primeiros encontros, os profissionais têm a oportunidade de transparecer a filosofia que adotam e que pretendem seguir, através de palavras e ações que comuniquem respeito e interesse sincero para com a família e suas prioridades. Cabe aos profissionais, portanto, sabendo de todos os fatores que influenciam nessa comunicação e na formação de opiniões de ambas as partes, cuidar dos primeiros encontros para investir-se em uma relação de confiança e colaboração família/profissional (Carvalho *et al.*, 2018).

Para que as interações iniciais sejam consistentes com a abordagem da prática centrada na família, McWilliam (2003a) afirma que elas devem valorizar a família, comunicar respeito por seu estilo de vida único e demonstrar o seu apoio a ela, como uma “rampa de lançamento” para o desenvolvimento das relações e de todo o processo de intervenção. Os primeiros contatos, portanto, “preparam o palco” para o decorrer da experiência de intervenção precoce e podem ter um efeito duradouro, definindo a maneira como irão se desenvolver as relações entre pais e profissionais (McWilliam, 2012).

Estratégias práticas para os primeiros encontros

Antes do primeiro contato há determinados aspectos que podem influenciar as reações dos pais sobre o serviço, os profissionais e as suas intervenções. McWilliam (2003a) aponta que muitas vezes esses aspectos fogem ao controle dos profissionais e que podem ter sofrido alguma influência no processo de encaminhamento da família ao serviço, a partir de alguma(s) das seguintes questões: Como a família tomou conhecimento do serviço/programa? De que modo foi realizado o encaminhamento ou a recomendação? Quem realizou essa indicação? Que tipo de informações sobre o serviço ou profissional a família possui ou recebeu antes de realizar o primeiro contato?

Seria interessante que as famílias tivessem algumas informações sobre o serviço/programa/proposta de **Intervenção Precoce na Infância (IPI)** para que, desde então, assumissem o controle da decisão antes do primeiro contato. Nesse sentido, seria útil preparar algum material informativo que descrevesse a filosofia do programa de IPI e seus serviços e pedir que os responsáveis pelo encaminhamento oferecessem esse material às famílias, para que estas pudessem tomar decisões informadas.

Após o encaminhamento (ou referência, como colocado no ciclo de intervenção mencionado anteriormente, na Figura 1), o primeiro telefonema ao serviço pode gerar certa ansiedade a muitas famílias. O fato de terem informações anteriores pode ser um elemento importante para diminuir a ansiedade e o estresse desse primeiro contato, além do fato de que alguns familiares poderão estar desejosos de uma palavra acolhedora. Nesse sentido é importante que o profissional e/ou serviço considere como e quem responderá esse telefonema: A pessoa que atende será receptiva e simpática? Ela irá retratar fielmente a filosofia do serviço? Quando realizam a primeira chamada, o que irão encontrar? Alguém estará disponível para escutar a família, tirar suas dúvidas e informar sobre o funcionamento do serviço? Esses e outros questionamentos raramente são considerados, porém, são fundamentais para que os pais possam ser colocados no controle da decisão (McWilliam, 2003a).

Enfim, desde o primeiro telefonema até os primeiros encontros, é possível dar aos pais a sensação de controle e oportunidades de escolha, a começar pelo local onde o primeiro contato presencial irá ocorrer, se houver a possibilidade para isso, e pelo tipo e quantidade de informações a serem coletadas. Em relação ao serviço, é importante informar à família a respeito de sua organização e dinâmica, sobre os profissionais que lá atuam e quem irá participar das intervenções, bem como se colocar à disposição para qualquer questão que possa surgir, para que se sinta participante de todo o processo de intervenção.

Estabelecer relações baseadas no respeito e na confiança requer investimento de tempo e energia por parte dos profissionais, além de competências em comunicação, sendo que a **escuta** é uma das mais importantes. Escutar é mais importante do que muitos consideram e envolve capacidades verbais e não verbais, incluindo a atenção dada à família, o contato visual que se adota, as expressões faciais que demonstram interesse, gestos e linguagem corporal que transmitem aceitação, o respeito ao silêncio (quando houver) e o tom de voz utilizado durante a partilha (McWilliam, 2003b).

Além da escuta, é preciso **compreender, relacionar e sintetizar as informações coletadas**. O momento da coleta de informações pode incentivar o empoderamento da família ou então “sabotá-lo”, na medida em que o profissional assume total liderança do processo e acaba “afastando” os pais, inclusive fisicamente, quando não demonstra a importância de os pais permanecerem junto da criança. Nestes casos, é comum que o profissional escolha o tipo de informação a ser perguntada, em função do seu ponto de vista. Ao contrário, numa prática centrada na família, a “avaliação inicial” não deve ser um momento considerado “dos profissionais”, como tradicionalmente se considera, mas deve ser uma oportunidade para que a família tenha tempo e espaço suficiente para partilhar suas preocupações e necessidades de ajuda, através de uma metodologia que responda melhor às dúvidas e questões familiares (Carvalho *et al.*, 2018). Estabelecer o diálogo, a começar pela criação de oportunidades de trocas e assuntos informais, é fundamental para o desenvolvimento de um relacionamento de confiança entre profissionais e familiares (McWilliam, 2012).

É importante analisar, de forma crítica, a necessidade e a natureza dos formulários convencionais ainda utilizados com frequência, e refletir sobre o efeito que poderão ter nas famílias. É importante que elas partilhem informações de si mesmas, porém, o tipo e a quantidade de informações podem ser questionáveis, assim como o formato a ser adotado na coleta. Iniciar o contato com perguntas abertas, por exemplo, é uma forma de dar espaço aos familiares e de permitir que eles selecionem o que sentem à vontade para partilhar em um primeiro encontro, além de dar oportunidade para que os assuntos considerados importantes pela família sejam abordados no início do processo.

Numa perspectiva mais informal, através de “conversas menos estruturadas”, o profissional deve ser flexível e seguir a orientação escolhida pelos pais, sendo que estes determinam o fluxo da conversa (Carvalho *et al.*, 2018), procurando explorar os aspectos relacionados, sem se afastar do tema, e focar principalmente nos elementos que tenham contribuído positivamente para determinadas situações relatadas. Criar oportunidades de diálogo frequentes e constantes pode garantir uma comunicação efetiva com a família e irá fortalecer o relacionamento ao longo do tempo (McWilliam, 2012).

Outro aspecto importante desde o primeiro contato, com o intuito de valorizar os pontos fortes da criança e da família, são os elogios. Estes devem fazer parte das interações cotidianas e não devem se restringir às capacidades específicas do desenvolvimento das crianças, devem incluir as características mais gerais delas, por exemplo: “Ele tem energia para dar e vender, não é mesmo?” ou, ainda, “Que olhos lindos que observam tudo”. Do mesmo modo, é fundamental adquirir o hábito de elogiar os pais, não no sentido de grandes discursos elogiosos, mas, segundo McWilliam (2012, p. 149), como “Elogios menos óbvios, na altura certa, demonstram mais sinceridade e muitas vezes são menos embaraçosos para quem os recebe”. Por exemplo: “Tem muita paciência com ele. Claramente isso enriquece-a”. O importante, como aponta a autora, é transmitir à família que o profissional reconhece a contribuição dos pais para o desenvolvimento e bem-estar da criança.

Questões direcionadas (com “resposta fechada”) podem ser feitas para se coletar dados precisos, porém, recomenda-se selecionar as informações realmente necessárias e válidas, priorizando-se aquelas consideradas relevantes para se estabelecer uma relação positiva e de colaboração com as famílias. Nesse caso, a família deve ser esclarecida da razão das perguntas a serem realizadas, a fim de minimizar dúvidas, desconfianças e riscos do profissional ser invasivo. Algumas famílias podem se sentir intimidadas ou desconfortáveis diante de questões relacionadas, por exemplo, a assuntos financeiros, história detalhada da gravidez ou qualquer outra informação pessoal (Carvalho *et al.*, 2018).

Com base em Carvalho *et al.* (2018), seguem algumas recomendações a serem adotadas, na prática, por profissionais que desejam prestar serviços centrados na família:

- Aprender com os familiares durante a escuta;
- Acolher e “se despir” de preconceitos e julgamentos;
- Evitar indícios de intrusão em seus comentários;
- Exercitar o sigilo e a ética, abstendo-se de comentários a terceiros;
- Ter empatia e se colocar no lugar das famílias, buscando aproximar-se de sua realidade;
- Valorizar o esforço e os pontos fortes da família: mesmo sem conhecê-la tão bem, realçar os aspectos positivos geralmente é uma boa proposta;
- Respeitar a privacidade dos pais e o direito de não serem “invadidos” com perguntas ou ações que não querem;
- Se a criança estiver próxima, uma estratégia respeitosa é pedir autorização antes de pegá-la no colo e falar diretamente com ela, demonstrando interesse e reconhecendo aspectos positivos da criança (antes de se referir a dificuldades e deficiências).

Além disso, para que a comunicação seja eficaz, é importante que o profissional procure seguir alguns passos e estratégias (Quadro 1).

Quadro 1 - Recomendações para uma comunicação eficaz com as famílias

ESCUTAR - Dar atenção ao que a família tem a dizer, através de escuta verbal e não verbal:

- Mantenha contato visual de uma forma variada e natural quando alguém estiver a falar, tendo em conta as diferenças culturais que definem o que é “natural”;
- Use gestos naturais e descontraídos que espelhem os gestos feitos pelos membros da família;
- Demonstre interesse através da sua expressão facial;
- Use linguagem corporal com postura não crítica e de aceitação em relação a cada membro da família;
- Use um tom de voz modulado e audível que reflita o tom emocional dos membros da família;
- Esteja à vontade com e respeite os silêncios. Muitas vezes significam que os membros da família estão a pensar ou a refletir;
- Não se afaste do tema. Aproveite as pistas dadas pelos membros da família;
- Tome nota de palavras e expressões usadas pelos membros da família e inclua essa linguagem nos seus próprios comentários.

REFLETIR SOBRE OS SENTIMENTOS - Perceber de modo preciso e com certa sensibilidade os sentimentos dos membros da família e comunicá-los através de linguagem apropriada:

- Esteja atento ao que dizem os membros da família, assim como ao modo como o fazem (por exemplo, linguagem corporal, tom de voz, olhares);
- Dê resposta a todos os aspectos dos sentimentos dos membros da família;
- Reflita os sentimentos de forma clara e concisa;
- Reflita os sentimentos de uma forma que transmita vontade de entender e de ser corrigido no caso de a reflexão ser imprecisa, em vez de transmitir qualquer tentativa de interpretar ou diagnosticar;
- Não se limite a repetir o que um dado membro da família disse ou, pelo menos, não abuse desta técnica. Pode servir para alienar ou inibir a comunicação.

REFLETIR SOBRE O CONTEÚDO - Reafirmar o conteúdo da mensagem de um dos membros da família ou o conteúdo global de uma discussão:

- Reflita a mensagem básica transmitida pela família sem presumir algo para além do que foi dito;
- Reflita o conteúdo de forma clara, concisa e sem emitir juízos de qualquer tipo, que permita que os membros da família acrescentem, corrijam ou clarifiquem o que quer que seja;
- Ao fazer um resumo, dê a mesma ênfase aos vários itens abordados durante a discussão;
- Alterne esta técnica com outros géneros de respostas.

QUESTÕES EFICAZES - Aprofundar o entendimento que tem das prioridades da família e facilitar a consideração de ações ou opções que a família queira tomar para conseguir o que se propõe.

- Comece a conversa com questões abertas; Isto permite que falem sobre o que para eles é importante;
- Use questões de resposta fechada apenas quando necessitar de informações precisas;
- Evite procurar saber “porquê”. Tal atitude tende a colocar as pessoas numa posição defensiva;
- Mantenha as perguntas simples e faça uma de cada vez;
- Certifique-se de que entende claramente o problema ou situação antes de procurar soluções;
- Faça as perguntas de forma a transmitir interesse e curiosidade acerca das relações entre as pessoas, acontecimentos e valores relacionados com o que se está a passar em vez de tentar analisar ou diagnosticar;
- Faça perguntas sobre momentos ou situações que tenham corrido bem e explore tudo aquilo que tenha contribuído de forma positiva para estas situações.

Fonte: McWilliam (2003b, p. 61).

Um outro aspecto importante que permeia os primeiros encontros com as famílias é que elas precisam conhecer as pessoas com quem estão falando, os serviços oferecidos, a abordagem utilizada e como estas ações poderão ajudar a criança. Os profissionais devem, portanto, **fornecer informações** em uma linguagem clara e compreensível, a partir do que as famílias necessitam nesse primeiro momento, além de explicarem sobre o serviço e o tipo de intervenção proposta. Prestar essas informações à família, mesmo que sem muitos detalhes, transmite a ideia de que se respeita a sua posição enquanto consumidora e/ou detentora de escolha. Além disso, é fundamental **dar oportunidade** para que os pais **façam perguntas e expressem o que desejam saber**, seja em relação ao serviço oferecido, sobre suas necessidades e/ou sobre aspectos específicos da criança.

A partir do que foi partilhado, o profissional poderá conhecer as dúvidas e inquietações dos pais (se houver) e será possível extrair elementos-chave para o início de uma colaboração mútua e para a **seleção de prioridades imediatas**. McWilliam (2003a) afirma que oferecer ajuda imediata ou oferecer informação a respeito das preocupações expressas pelos familiares é uma forma do profissional demonstrar que se preocupa e que está disposto a ajudá-los, o que pode contribuir muito para aliviar a ansiedade da família. Baseando-se nas recomendações e dicas que a autora apresenta, seguem alguns exemplos de como pode ser essa ajuda inicial prestada: olhar algum resultado de exame junto com os familiares e/ou discutir algum relatório médico que eles não tenham entendido totalmente; tornar acessível, à família, informações a respeito de alguma preocupação específica referida, por meio de artigo ou capítulo de livro que pode ser entregue ou enviado por e-mail/correio; mostrar ou enviar para a família algum guia de orientação ou material audiovisual a respeito de uma dúvida/preocupação específica em relação a algum aspecto do desenvolvimento da criança (tais como: dificuldade para alimentação, atraso na linguagem ou alguma condição de saúde); se possível, dar dicas e fornecer alguma orientação, se for possível, de como os pais podem lidar com algum problema, antes que os serviços formais se iniciem. Quando não se sentir habilitado para fazer recomendações sobre um “assunto problemático”, pode-se oferecer para falar com alguém, telefonar ou enviar mensagens no dia seguinte com alguma informação complementar; ou ainda, fornecer o contato de algum profissional ou serviço que possa ajudar a família.

Ressalta-se, portanto, que essa ajuda inicial pode apresentar limitações e que não é necessário solucionar imediatamente todas as demandas. Quando se tratar especialmente de questões complicadas levantadas pelas famílias durante as primeiras conversas, não há necessidade de uma resposta imediata. Para isso é imprescindível que esteja claro o papel do profissional dentro da estrutura da abordagem centrada na família: não como

o especialista, de quem se espera a solução para todos os problemas, mas como um colaborador disposto a ajudar às famílias a encontrar ou criar suas próprias soluções, ou, ainda, a buscar recursos comunitários relacionados às suas preocupações (McWilliam, 2003b).

Compreensão das prioridades da família e próximos passos

Um dos primeiros passos para compreender-se a singularidade de cada família é reconhecer suas capacidades e competências, de forma que suas qualidades e crenças sejam reconhecidas pelo profissional. Esforços devem ser feitos para procurar entendimento sobre a perspectiva dos familiares e demonstrar desejo de conhecer aquilo que é importante para eles e por quê. Não será possível estabelecer uma verdadeira parceria se os pais se sentirem inferiores em relação ao profissional ou se não reconhecerem suas próprias potências no processo de intervenção com seus filhos. Dessa forma, uma verdadeira parceria entre o profissional e a família acontece a partir de uma relação de respeito e de igualdade entre as partes, em que se faz importante **valorizar os pontos fortes** da criança e da família (McWilliam, 2012).

Segundo McWilliam (2003b), os profissionais devem engajar-se em um processo de entendimento acerca da família, para que, de fato, se compreenda as áreas de maior preocupação e se identifique: para onde ela quer canalizar suas energias, o que ela pretende conseguir e o que espera da equipe de intervenção precoce.

A partir dos primeiros contatos, de acordo com Carvalho *et al.* (2018), deve-se apoiar a família na tomada de decisões acerca dos próximos passos, sendo levados em consideração alguns aspectos, tais como: a necessidade de encaminhamento para outros serviços, se necessário, dependendo das preocupações levantadas pelas famílias; a decisão sobre o envolvimento da criança no programa de intervenção precoce, de forma que os pais possam decidir, por exemplo, que não querem usufruir desse acompanhamento no momento; e a planificação da avaliação, que diz respeito à continuidade do processo, estabelecendo-se, por exemplo, o papel e o nível de envolvimento que a família escolhe, determinando-se as próximas etapas e coletas de informações a serem planejadas.

Quando for possível a realização de múltiplos encontros com uma família, a partir da natureza da intervenção e da decisão dos pais, cada novo encontro será tão importante quanto os primeiros, sendo que haverá mais tempo para o desenvolvimento de uma relação de confiança. Esse processo de conhecimento e colaboração entre as famílias e os profissionais vai se construindo e ganhando consistência, sendo que a partilha de informações deve ocorrer continuamente, ser aprofundada e evoluir com o passar do tempo, de acordo com o desenvolvimento dessa relação (Carvalho *et al.*, 2018).

Nesse contexto, o profissional deve manter os princípios recomendados para os primeiros contatos, mas buscando dar continuidade e valorizar o que já foi construído, mostrando que se lembra da história e das informações anteriormente coletadas, assim como das necessidades apresentadas, para que seja cada vez mais eficiente, com trocas e aprendizados. De acordo com Carvalho *et al.* (2018), a compreensão da família por parte da equipe de intervenção precoce deve ocorrer em duas dimensões fundamentais: o que é importante para a família (suas preocupações, prioridades e recursos); e como ela percebe as características da criança e seus efeitos no cotidiano (competências, necessidades funcionais, rotinas e contextos de vida). Para algumas famílias, uma avaliação específica da criança pode ser o próximo passo determinado, pois se trata de um dos maiores anseios para muitos dos pais. No entanto, isso não significa que a avaliação da criança deve ser, necessariamente, uma das primeiras ações do programa de intervenção precoce, sendo que ela pode ser protelada até que outras preocupações mais imediatas tenham sido abordadas (McWilliam, 2003b).

A finalidade e o sentido de se perceber verdadeiramente as famílias asseguram que os esforços de intervenção sejam guiados por suas preocupações e a partir de seus recursos. Escutar e aceitar o que as famílias têm a dizer, dando abertura para a compreensão das reais necessidades, implicam, portanto, em fazer planos que sejam significativos para elas. Segundo McWilliam (2003b), é preciso usar as informações compartilhadas como base para as futuras tomadas de decisões e planejamentos de modo que, ao adotar-se uma abordagem centrada na família, suas prioridades e metas é que devem determinar qual será o próximo passo, valorizando-se os recursos que ela possui para alcançá-las.

Considerações finais

Um dos princípios mais importantes da abordagem centrada na família é que a intervenção seja conduzida e protagonizada pelos familiares. Para tanto, a forma como a equipe e os profissionais se organizam para realizar a primeira abordagem é decisiva para se estabelecer práticas realmente participativas, e não apenas relacionais e técnicas. Os primeiros encontros são o alicerce para as relações de parceira e devem, essencialmente, possibilitar a escuta e a compreensão das expectativas familiares. Mais do que isso, é importante que o profissional empodere e encoraje a família para que tome decisões embasadas e detenha o controle desde o início, a depender do nível de envolvimento desejado.

Referências

CARVALHO *et al.*. Primeiros contactos. *In: CARVALHO et al. Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: um guia para profissionais*. 2. ed. Coimbra: ANIP - Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2018. p.114-123.

CARVALHO, M. L. **Práticas centradas na família na avaliação da criança: percepções dos profissionais e das famílias do PIP do distrito de Coimbra**. Mestrado. Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, Braga, 2004.

MCWILLIAM. P. J. Conversar com as famílias. *In: MCWILLIAM, R. A.. Trabalhar com as famílias de crianças com necessidades especiais*. Porto: Porto Editora, 2012. v. 20. p. 143-164. Coleção Educação Especial.

MCWILLIAM. P. J. Entender as preocupações, prioridades e recursos da família. *In: MCWILLIAM, P. J. et al.. Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família*. Porto: Porto Editora, 2003b. v. 15. p. 39-64. Coleção Educação Especial.

MCWILLIAM. P. J. Primeiros encontros com as famílias. *In: MCWILLIAM, P. J. et al.. Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família*. Porto: Porto Editora. 2003a. v. 15. p. 23-38. Coleção Educação Especial.

CAPÍTULO 6

ENTENDER A ECOLOGIA DA FAMÍLIA: APOIOS FORMAIS E INFORMAIS

Andréa Perosa Saigh Jurdi

Bruna Pereira Ricci

Este capítulo tem por objetivo a instrumentalização para compreensão da ecologia das famílias e a identificação de elementos para a intervenção sobre esse aspecto. Para tanto, serão apresentados conteúdos relativos às redes de apoio formais e informais e instrumentos que auxiliam em seu processo de identificação e no planejamento de intervenções. No mais, serão abordadas as percepções da família sobre suas necessidades e pontos fortes da criança, assim como seus valores e crenças.

Introdução

A perspectiva sistêmica ecológica nos permite compreender que as crianças se desenvolvem em um contexto de influências ambientais e que suas famílias ou cuidadores, com quem passam a maior parte do tempo, podem ofertar oportunidades de atividades que influenciam e impactam positivamente nesse processo (Jung, 2012).

Na teoria dos sistemas familiares se considera que aquilo que afeta um membro da família afeta todos os outros em algum grau (Dunst, 2017). Por essa razão é importante garantir que o cuidador principal da criança tenha todo o apoio que necessita para poder cumprir suas tarefas parentais de maneira positiva e que promova o desenvolvimento da criança (McWilliam, 2016).

Uma vez que o foco da Intervenção Precoce na Abordagem Centrada da Família passou das intervenções exclusivas à criança para o apoio à família, se faz necessário compreender os diferentes tipos de apoio que podem ser ofertados e o modo como são prestados.

Redes de apoio social

Para Espe-Sherwindt e Serrano (2020), o apoio social tornou-se um conceito-chave para entender as famílias e formas de lidar com crianças que apresentam riscos de desenvolvimento ou com deficiência. Ao adotar uma perspectiva ecológica de Intervenção Precoce (IP), os apoios sociais ganham um lugar de destaque e essencial no planejamento da intervenção com crianças e suas famílias. As autoras ressaltam estudos de Dunst e Bronfenbrenner que destacam o processo transacional que ocorre no sistema de apoio social. Para os autores citados por Espe-Sherwindt e Serrano (2020), o que acontece fora da família impacta direta e/ou indiretamente a criança, os pais e a família como um todo. A relação pais e filhos, os níveis externos de apoio em torno da criança e da família, as crenças e comportamentos parentais encontram-se inter-relacionados e impactam a qualidade do funcionamento das famílias.

Woodman (2014) considera que pais de crianças com deficiência enfrentam demandas maiores de cuidado, o que pode elevar os níveis de estresse. Ao investigar trajetórias de estresse parental entre pais de crianças com deficiência, a autora constatou que estressores relacionados à criança e recursos familiares previram mudanças no estresse. A autora refere que o apoio social é um conceito multidimensional que inclui fatores como apoio emocional e psicológico, compartilhamento de recursos e assistência física e instrumental. Nesse sentido, mais do que apreender seu conceito, é fundamental compreender de que forma os apoios ou suportes sociais impactam sobre a qualidade e o funcionamento das famílias, bem como a forma como as redes se constituem.

Para Serrano (2007), o conceito de apoio social refere-se aos recursos, informações e artefatos fornecidos às famílias como resposta às necessidades de ajuda e assistência. A autora ressalta a importância dos apoios sociais e de redes sociais para que os profissionais possam aprofundar os conhecimentos sobre as famílias e as comunidades, uma vez que estas informações oferecem meios operacionais de aprendizagem acerca do cotidiano das famílias e como vivem em comunidade. Além disso, as redes de apoio sugerem uma forma de desenvolver recursos que não privilegia o tratamento formal, mas insere a criança e a família em uma rede natural de relações de apoio. Assim, a rede social refere-se à dimensão social do apoio e pode incluir família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, membros da comunidade ou profissionais, entre outros.

Com base nesses apontamentos, convém pontuar, contudo, que não basta a existência desses diferentes membros para a formação de uma rede de apoio social. Muitas vezes as famílias podem estar cercadas por várias pessoas ou instituições, mas não recebem o apoio de que precisam ou que gostam

riam, ou mesmo não sabem como acessá-las. Nesse sentido, para se considerar a existência de uma rede de apoio social é necessário que haja interações adequadas em uma frequência que permita à família reconhecer esses apoios e que eles impactem na melhora da qualidade de vida dos membros.

A esse respeito, estudos têm apontado ainda que o tamanho das redes de apoio não necessariamente é um preditivo de sua qualidade, podendo haver sentimentos de eficácia do apoio mesmo em famílias com redes compostas por poucas pessoas e/ou serviços, uma vez que essa avaliação depende única e exclusivamente da percepção da família e das necessidades elencadas por ela.

Tipos de apoio

As redes de apoio podem ser classificadas de diferentes maneiras segundo sua constituição e os tipos de apoio que fornecem. Assim, quanto à sua constituição, os apoios podem ser classificados em formais e informais. Os apoios formais são prestados por pessoas, profissionais ou instituições organizadas, ao passo que os apoios informais são, em geral, oferecidos pela família, vizinhos, amigos, colegas de trabalho e membros da comunidade. Acerca desse último tipo, Dunst (2017), citado por Espe-Sherwindt e Serrano (2020), ainda apresenta uma subdivisão enquanto rede de parentesco familiar (tios, avós, irmãos) e rede informal (vizinhos, amigos, colegas de trabalho), apesar dessa classificação não ser verificada com frequência nos estudos sobre a temática.

Quanto aos tipos de apoio prestado, Jung (2012) salienta que podem ser divididos em três categorias: emocionais, materiais e informativos. O apoio emocional é, na maioria das vezes, prestado pela rede de apoio informal das famílias, como vizinhos, familiares e amigos, apesar de também poder ser identificada na rede formal. A falta do apoio emocional pode deixar a família isolada, deprimida ou desesperada. É muito comum que grupos de pais de crianças com deficiência ou necessidades especiais se configurem como apoio emocional. Pais e mães integrantes desses grupos se sentem mais acolhidos emocionalmente.

O apoio material inclui o acesso aos recursos físicos e financeiros que as famílias necessitam para se manter e progredir em direção aos seus objetivos. São exemplos de apoio material: acesso à alimentação, moradia, roupas, fraldas, equipamentos médicos, brinquedos, entre outros. Os profissionais podem ajudar a família, colocando-a em contato com recursos da comunidade, auxiliando-a ao acesso de benefícios médicos e assistenciais.

E o apoio informativo diz respeito aos recursos que respondem às necessidades das famílias de conhecer e compreender, de obter informações sobre as necessidades da criança, sobre os serviços disponíveis, sobre

o desenvolvimento geral da criança e sobre as estratégias que podem ajudar no desenvolvimento da criança.

Cada uma das categorias de apoio pode ser prestada por uma lógica formal ou informal.

As redes de apoio em interface com a Intervenção Precoce

O modelo de **Apoio Centrado na Família** desenvolvido por Dunst (1985), baseado em uma perspectiva ecológica e de sistemas sociais do desenvolvimento infantil, prevê que as práticas de avaliação e intervenção devem levar em consideração três aspectos:

- Necessidades e aspirações das famílias;
- Estilo de funcionamento da família;
- Apoios e recursos que a família tem em seu cotidiano (Serrano, 2007, p. 41).

Para Serrano (2007), este modelo se baseia no pressuposto de que o apoio social influencia direta ou indiretamente o bem-estar e funcionamento da família e o desenvolvimento da criança.

Nesse sentido, é importante que, ao iniciarmos um plano de intervenção, os conhecimentos sobre as redes sociais de apoio à família assumam um papel relevante no planejamento e implementação de serviços de IPI.

O modelo de intervenção precoce baseado em rotinas desenvolvido por Robin McWilliam (2012) tem no **Ecomapa** um instrumento gráfico que representa os apoios formais e informais da família. Construído conjuntamente entre profissional e família, o **Ecomapa** possibilita compreender a ecologia da família.

Neste texto serão abordados dois instrumentos que permitem conhecer a rede de apoio das famílias, suas fragilidades e potências, assim como compreender, pela perspectiva da família, o quanto os serviços ofertados têm colaborado para a participação social e empoderamento familiar. O **Ecomapa**, como referido anteriormente, tem sido adotado por autores renomados como um instrumento para a identificação das redes de apoio da família e para a percepção da qualidade das relações estabelecidas entre seus diferentes componentes. A **Escala FOS** (Inquérito aos Resultados Familiares), por sua vez, oferece um panorama para que a família e os profissionais possam analisar de que forma as ações de IP contribuem para aumentar o empoderamento sobre questões relativas ao desenvolvimento e manejo da criança, assim como sua participação social e acesso a diferentes membros das redes. Juntos, esses instrumentos permitem avaliar as redes de apoio da família em diferentes etapas do processo de IP, auxiliando na elaboração e ajuste de metas de intervenção.

O Ecomapa

A importância do **Ecomapa** na elaboração do Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF)

O **Ecomapa** é um instrumento gráfico que representa as ligações, recursos e apoios de uma família, bem como a força relativa de cada um. Esse instrumento foi desenvolvido por Ann Hartman, em 1975, a partir do trabalho desenvolvido com famílias que acompanhavam o tratamento de crianças com doenças crônicas. A rotina estressante de tratamentos e a dedicação das famílias ao acompanhamento da criança restringiam a participação social em outros contextos, comprometendo o bem-estar e o próprio tratamento da criança (Correia, 2017).

Da mesma forma, observamos esse mesmo comportamento das famílias apoiadas pelos serviços de IP. A rotina estressante de trabalho e cuidado compromete, muitas vezes, a qualidade de vida e restringe a circulação social dos cuidadores e/ou responsáveis. Muitas das famílias atendidas veem-se tão comprometidas com o cuidado de seus filhos que não conseguem identificar outros recursos de apoio além do prestado pelos serviços e instituições.

Tendo como base a teoria da ecologia humana, o **Ecomapa** orienta as reflexões dos profissionais para as relações das famílias e para a ausências das mesmas (Jung, 2012).

Este instrumento gráfico serve como um início de conversa sobre como essas relações mudam ao longo do tempo, envolvendo diálogo e reflexão. Por ser um diagrama, possibilita que os membros e as ligações existentes fiquem visíveis, permitindo que sejam percebidas de forma diferente que em uma entrevista formal.

Apesar de ter formas diversas de elaboração do **Ecomapa**, é preferível que seja feita em conjunto e colaborativamente entre profissional e família. É preciso ter como premissa que qualquer instrumento destinado ao processo de avaliação deva ajudar as famílias na identificação de suas necessidades, prioridades e recursos e servem para orientar os profissionais na coleta de informações. Para Carvalho *et al.* (2016), não se pode confundir instrumentos destinados a ajudar a família a identificar as suas preocupações, prioridades e recursos com instrumentos de avaliação da família.

Como elaborar um Ecomapa

Jung (2012) comenta que o **Ecomapa** é uma ferramenta simples de criar e requer pouca prática e preparação. A autora sugere que uma das melhores formas de preparar a elaboração de um **Ecomapa** é, primeiro, fazer o mapa de nossa própria família. Após esse exercício, é preciso uma

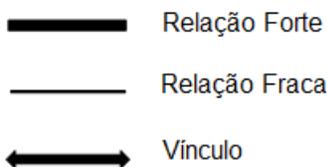
folha de papel branco sem linhas, tamanho A4 ou A3, para que possa ter espaço para os desenhos.

As famílias devem ser convidadas a participar na elaboração do **Ecomapa** e os profissionais devem explicar qual a finalidade do mesmo e o que o respectivo processo envolve. Um exemplo para explicar e convidar as famílias para fazer o **Ecomapa** seria: “Para que eu e você possamos visualizar melhor quem são as pessoas e os apoios em sua volta, vamos criar juntos um mapa! Isso vai nos ajudar a entender a quem você pode recorrer quando precisar. Se você não se sentir confortável em compartilhar algo comigo, está tudo bem.”

Esta conversa inicial permite que a família se sinta confortável e confiante em falar sobre sua família e as relações que estabelece. Com anuência da família, explore os vínculos da família com amigos, religião, lazer etc.

Desde o início explique que as linhas e os desenhos representarão a qualidade dos relacionamentos, o que ajudará a identificar áreas críticas.

Gráfico 1 - Qualidade das relações



Fonte: Jung (2012).

Começamos sempre por fazer perguntas sobre as pessoas que vivem na mesma casa. Você pode optar por fazer um círculo para cada integrante da família nuclear e dentro dele anote o nome e a idade se quiser. Em um círculo maior rodeie os componentes da família. Os outros componentes de apoio começam pela família ampliada, os parentes; a rede informal (amigos, vizinhos, trabalho, por exemplo); organizações e atividades sociais (igrejas, clubes, atividades recreativas); profissionais em geral (profissionais de saúde, educação, escola, especialistas, terapeutas); gestores (diretores de instituição, conselhos etc.).

É importante ao produzir um **Ecomapa** que as percepções da família ou do indivíduo sobre as diferentes relações fiquem claras, para que seja possível realizar as comparações posteriores e verificar se a intervenção foi eficaz para os problemas identificados com a rede de apoio social. Dessa forma, os aplicadores podem optar por utilizar diferentes simbologias ao retratar o mapa (cores, linhas com desenhos variados, flechas que indiquem a percepção sobre as trocas relacionais, entre outros), mas devem estar atentos para que esses símbolos sejam compreendidos posteriormente. Assim,

o uso de legendas pode ser bem-vindo para facilitar a interpretação, inclusive por pessoas que não estavam presentes quando o desenho foi feito.

Outra informação importante é que o **Ecomapa** não precisa conter apenas a rede social atual. Podem ser representadas quebras de relacionamento ou outras dificuldades nas relações que, direta ou indiretamente, impactem sobre o funcionamento familiar e a qualidade de vida nesse momento.

Inquérito aos Resultados na Família (*Family Outcomes Survey* - FOS)

O instrumento *Family Outcomes Survey* (FOS) foi desenvolvido pelo *Early Childhood Outcomes Center* (ECO), nos Estados Unidos, tendo sua primeira versão lançada em 2006 e posteriormente revisada em 2010, para o padrão em que é mais utilizada atualmente. Trata-se de um instrumento autoaplicável, com 41 questões de pontuação em modelo de Escala Likert, subdividido em duas partes.

A primeira permite à família refletir de que forma tem alcançado diferentes resultados em cinco áreas, a partir da participação nos programas de Intervenção Precoce (ECTA Center, 2022).

Esse instrumento respeita a lógica de que “para as famílias, o objetivo da intervenção precoce e da educação especial na primeira infância é capacitá-los a cuidar de seus filhos e ter os recursos necessários para participar de suas próprias atividades familiares e comunitárias desejadas” (ECTA Center, 2022, s/n). Assim, com base em estudos que incluíram diferentes partes envolvidas nos sistemas de IP, foram identificadas as cinco áreas de resultados familiares que apoiam esses objetivos:

1. As famílias compreendem os pontos fortes, habilidades e necessidades especiais de seus filhos

Sobre esse resultado, são apresentadas quatro questões que englobam fatores relacionados ao conhecimento que a família possui em relação à sua criança, incluindo etapas de desenvolvimento, seus pontos fortes e capacidades, seus atrasos e a capacidade da família de perceber a evolução.

Family Outcomes Survey – Resultado 1: compreender os pontos fortes, as necessidades e as capacidades do seu filho

	Nada	Pouco	Razoavelmente	Muito	Completamente
Resultado 1: compreender os pontos fortes, as necessidades e as capacidades do seu filho					
1. Sabemos quais são os próximos passos no crescimento e aprendizagem do nosso filho.	<input type="radio"/>				
2. Compreendemos os pontos fortes e as capacidades do nosso filho.	<input type="radio"/>				
3. Compreendemos os atrasos e/ou necessidades do nosso filho.	<input type="radio"/>				
4. Somos capazes de dizer quando o nosso filho está a fazer progressos.	<input type="radio"/>				

Fonte: Desenvolvido pelo *Early Childhood Outcomes Center* com apoio do Gabinete de Programas de Educação Especial do Departamento de Educação dos Estados Unidos, 2010.

2. As famílias conhecem seus direitos e defendem efetivamente seus filhos

A segunda área de resultados relaciona-se ao conhecimento que a família possui sobre seus direitos e como agem para a efetivação em defesa de seus filhos. São apresentadas cinco questões que englobam a capacidade de encontrar e utilizar serviços recomendados, de conhecer seus direitos, de buscar apoio em caso de dúvidas, de reconhecer a rede de serviços disponíveis para além dos ofertados na IP e de sentir-se confiante para buscar e pedir apoio.

Family Outcomes Survey – Resultado 2: conhecer os seus direitos e defender os interesses do seu filho

	Nada	Pouco	Razoavelmente	Muito	Completamente
Resultado 2: conhecer os seus direitos e defender os interesses do seu filho					
5. Conseguimos encontrar e utilizar os serviços e programas que nos são disponibilizados.	<input type="radio"/>				
6. Sabemos os nossos direitos em relação às necessidades especiais do nosso filho.	<input type="radio"/>				
7. Sabemos quem contactar e o que fazer quando temos questões ou dúvidas.	<input type="radio"/>				
8. Sabemos que opções estão disponíveis quando o nosso filho deixa o programa.	<input type="radio"/>				
9. Nós sentimo-nos confortáveis para pedir os serviços ou apoios que o nosso filho ou família necessitam.	<input type="radio"/>				

Fonte: Desenvolvido pelo *Early Childhood Outcomes Center* com apoio do Gabinete de Programas de Educação Especial do Departamento de Educação dos Estados Unidos, 2010.

3. As famílias ajudam seus filhos a se desenvolver e aprender

Os objetivos relacionados à capacidade de ajuda da família para o desenvolvimento e aprendizado das crianças incluem a observação de quatro fatores, como habilidades de relacionamento, aquisição de competências e satisfação de necessidades da criança em uma lógica centrada nas rotinas diárias.

Family Outcomes Survey – Resultado 3: ajudar o seu filho a desenvolver-se e a aprender

	Nada	Pouco	Razoavelmente	Muito	Completamente
Resultado 3: ajudar o seu filho a desenvolver-se e a aprender					
10. Conseguimos ajudar o nosso filho a relacionar-se bem com outras pessoas.	○	○	○	○	○
11. Conseguimos ajudar o nosso filho a aprender novas competências.	○	○	○	○	○
12. Conseguimos ajudar o nosso filho a satisfazer as suas necessidades.	○	○	○	○	○
13. Conseguimos trabalhar nos objectivos do nosso filho durante as nossas rotinas quotidianas.	○	○	○	○	○

Fonte: Desenvolvido pelo *Early Childhood Outcomes Center* com apoio do Gabinete de Programas de Educação Especial do Departamento de Educação dos Estados Unidos, 2010.

4. As famílias têm sistemas de apoio

O quarto resultado abarca a capacidade da família de acionar e criar sistemas de apoio. São apresentadas cinco questões sobre a receptividade dos membros das redes de apoio informal às necessidades da criança e da família, incluindo sua percepção sobre a disponibilidade e interesse desses membros, o acesso e contato com outras famílias em situações semelhantes e a satisfação de necessidades dos pais.

Family Outcomes Survey – Resultado 4: formar sistemas de apoio

	Nada	Pouco	Razoavelmente	Muito	Completamente
Resultado 4: formar sistemas de apoio					
14. Sentimo-nos confortáveis ao falar com a família e amigos acerca das necessidades do nosso filho.	○	○	○	○	○
15. Temos amigos ou familiares que nos ouvem e mostram interesse.	○	○	○	○	○
16. Temos oportunidade de falar com outras famílias que têm crianças com necessidades semelhantes.	○	○	○	○	○
17. Temos amigos ou familiares em quem podemos confiar quando precisamos de ajuda.	○	○	○	○	○
18. Consigo satisfazer as minhas próprias necessidades e faço coisas de que gosto.	○	○	○	○	○

Fonte: Desenvolvido pelo *Early Childhood Outcomes Center* com apoio do Gabinete de Programas de Educação Especial do Departamento de Educação dos Estados Unidos, 2010.

5 As famílias acessam os serviços, programas e atividades desejados em sua comunidade

Por último, são apresentados resultados relativos ao acesso a diferentes programas e serviços disponíveis na comunidade, em seis questões que incluem atividades sociais, recreativas, religiosas, atendimento médico e dentário, transporte e deslocamento, alimentação, vestuário e moradia, bem como a percepção de satisfação familiar com os cuidados e atividades que fazem juntos.

Family Outcomes Survey – Resultado 5: ter acesso à comunidade

	Nada	Pouco	Razoavelmente	Muito	Completamente
Resultado 5: ter acesso à comunidade					
19. O nosso filho participa em actividades sociais, recreativas ou religiosas que queremos.	<input type="radio"/>				
20. Como família, fazemos coisas juntos de que gostamos.	<input type="radio"/>				
21. As nossas necessidades médicas e dentárias estão satisfeitas.	<input type="radio"/>				
22. As necessidades de cuidados do nosso filho estão satisfeitas.	<input type="radio"/>				
23. As nossas necessidades de transporte estão satisfeitas.	<input type="radio"/>				
24. As nossas necessidades de alimentação, de vestuário ou com a casa estão satisfeitas.	<input type="radio"/>				

Fonte: Desenvolvido pelo *Early Childhood Outcomes Center* com apoio do Gabinete de Programas de Educação Especial do Departamento de Educação dos Estados Unidos, 2010.

Seção B: Percepção sobre a utilidade do programa

Além da investigação sobre fatores relacionados aos resultados da família, a segunda parte do instrumento aborda as percepções sobre a utilidade do programa em fornecer informações sobre os direitos da família, sobre as necessidades das crianças e sobre como auxiliar as crianças a se desenvolver e aprender. Essa etapa, para além de auxiliar na avaliação dos programas, deixa ainda inferir sobre a satisfação que as famílias sentem com o serviço que tem sido ofertado e como percebem as diferentes ajudas recebidas, permitindo adequações individualizadas.

Family Outcomes Survey – Seção B: conhecer os seus direitos

	Nada útil	Pouco útil	Algo útil	Muito útil	Extremamente útil
Conhecer os seus direitos					
Em que medida considera que a intervenção precoce foi útil ao...					
1. dar-lhe informação acerca dos serviços e apoios para si e para o seu filho?	<input type="radio"/>				
2. dar-lhe informação acerca dos seus direitos em relação às necessidades especiais do seu filho?	<input type="radio"/>				
3. dar-lhe informação acerca de quem contactar quando tem questões ou preocupações?	<input type="radio"/>				
4. dar-lhe informação acerca das opções disponíveis quando a criança abandona o programa?	<input type="radio"/>				
5. explicar os seus direitos de uma forma que lhe seja fácil de entender?	<input type="radio"/>				

Fonte: Desenvolvido pelo *Early Childhood Outcomes Center* com apoio do Gabinete de Programas de Educação Especial do Departamento de Educação dos Estados Unidos, 2010.

Family Outcomes Survey – Seção B: conhecer as necessidades do seu filho

	Nada útil	Pouco útil	Algo útil	Muito útil	Extremamente útil
Comunicar as necessidades do seu filho					
Em que medida a intervenção precoce foi útil ao...					
6. dar-lhe informação útil acerca dos atrasos ou necessidades do seu filho?	<input type="radio"/>				
7. ouvi-lo e respeitar as suas escolhas?	<input type="radio"/>				
8. colocá-lo em contacto com outros serviços ou pessoas que podem ajudá-lo ou à sua família?	<input type="radio"/>				
9. falar consigo acerca dos pontos fortes e necessidades do seu filho e da sua família?	<input type="radio"/>				
10. falar consigo acerca do que pensa que é importante para o seu filho e a sua família?	<input type="radio"/>				
11. manter uma boa relação consigo e com a sua família?	<input type="radio"/>				

Fonte: Desenvolvido pelo *Early Childhood Outcomes Center* com apoio do Gabinete de Programas de Educação Especial do Departamento de Educação dos Estados Unidos, 2010.

Family Outcomes Survey – Seção B: ajudar seu filho a desenvolver-se e a aprender

	Nada útil	Pouco útil	Algo útil	Muito útil	Extremamente útil
Ajudar o seu filho a desenvolver-se e a aprender					
Em que medida a intervenção precoce foi útil ao...					
12. dar-lhe informação acerca de como ajudar o seu filho a relacionar-se com outras pessoas?	<input type="radio"/>				
13. dar-lhe informação sobre como ajudar o seu filho a aprender competências novas?	<input type="radio"/>				
14. dar-lhe informação acerca de como ajudar o seu filho a satisfazer as suas necessidades?	<input type="radio"/>				
15. identificar coisas que você pode fazer para ajudar o seu filho a aprender e a crescer?	<input type="radio"/>				
16. partilhar ideias acerca de como incluir o seu filho nas actividades diárias?	<input type="radio"/>				
17. trabalhar consigo para aprender quando o seu filho está a fazer progressos?	<input type="radio"/>				

Fonte: Desenvolvido pelo *Early Childhood Outcomes Center* com apoio do Gabinete de Programas de Educação Especial do Departamento de Educação dos Estados Unidos, 2010.

Considerações finais

Neste texto foram abordados dois instrumentos que permitem conhecer a rede de apoio das famílias, suas fragilidades e potências, assim como compreender, pela perspectiva da família, o quanto os serviços ofertados têm colaborado para a participação social e empoderamento familiar.

O **Ecomapa** tem sido adotado por profissionais de **IP** como um instrumento para a identificação das redes de apoio da família e para a percepção da qualidade das relações estabelecidas entre seus diferentes componentes, podendo auxiliar nas etapas de avaliação e reavaliação dos objetivos da intervenção, bem como na delimitação das necessidades relacionadas ao suporte social.

A **Escala FOS** (Inquérito aos Resultados Familiares), por sua vez, oferece um panorama para que a família e os profissionais possam analisar de que forma as ações de **IP** contribuem para aumentar o empoderamento sobre questões relativas ao desenvolvimento e manejo da criança, assim como sua participação social e acesso a diferentes membros das redes. Juntos, esses instrumentos permitem avaliar as redes de apoio da família em diferentes etapas do processo de **IP**, auxiliando na elaboração e ajuste de metas de intervenção.

Referências

- CARVALHO, L. *et al.* **Práticas Recomendadas em intervenção precoce na infância**: um guia para profissionais. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016.
- CORREIA, R. L. O Ecomapa na Prática Terapêutica Ocupacional: uma ferramenta para o mapeamento das percepções sobre a participação nas redes sociais de suporte. *Rev Interinst. Bras. Ter Ocup.*, v. 1, n. 1, p. 67-87, 2017.
- DUNST, C. J.. Family systems early childhood in-tervention. *In*: SUKKAR, H.; DUNST, C. J.; KIRKBY, J. (eds.). **Early childhood intervention: Working with families of young chil-dren with special needs** Abing-don, UK: Routledge, 2017. p. 38-60.
- DUNST, C. J. Rethinking early Intervention. *Analysis and intervention in developmental disabilities*, v. 5, n. 2, p. 165-201, 1985.
- EARLY CHILDHOOD TECHNICAL ASSISTANCE CENTER (ECTA Center). 2022. Disponível em: <https://ectacenter.org/eco/pages/familyoutcomes.asp>
- ESPE-SHERWINDT, M.; SERRANO, A. M. “I felt alone”: The Importance of Social Support for Early Intervention. *Educação*, v. 43, n. 1, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/35476/19641>.

JUNG, L. A. Identificar os apoios às famílias e outros recursos. *In*: MCWILLIAM, R. A. (org.). **Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais**. Porto: Porto Editora, 2012. p. 20-37.

MCWILLIAM, R. A. Metanoia em Atención Temprana: transformación a un enfoque centrado en la familia. **Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva**, v. 10, n. 1, p. 133-153, 2016.

MVWILLIAM, R. A. (org.). **Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais**. Porto: Porto Editora, 2012.

SERRANO, A. M. **Redes Sociais de Apoio e sua Relevância para a Intervenção Precoce**. Porto: Porto Editora, 2007.

WOODMAN, A. C.. Trajectories of stress among parents of children with disabilities: A dyadic analysis. **Family Relations**, v. 63, p. 39-54, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/fare.12049>.

CAPÍTULO 7

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES FAMILIARES

Ana Celia Nunes

Luciana Bolzan Agnelli Martinez

As relações com a família e o modo como o profissional a considera serão decisivas para a eficácia (ou não) das práticas em **Intervenção Precoce (IP)**. Na abordagem centrada na família, ela é a protagonista da intervenção: suas necessidades e expectativas devem ser reconhecidas e incorporadas no programa, assim como a tomada de decisões deve estar sob sua orientação. Dessa forma, é preciso garantir que as famílias tenham meios, tempos e espaços para exercerem o seu papel no processo de intervenção de seus filhos (Machado; Dos Santos; Espe-Sherwindt, 2017).

Por mais aparentes que sejam algumas situações, como as características da criança e a situação de risco social, as necessidades da família não devem ser identificadas a partir dessas variáveis, como se observa em práticas tradicionais. Trata-se de um processo voltado para compreender as necessidades de melhoria das condições de vida das famílias, buscando criar situações favoráveis para progresso e qualidade de vida das pessoas envolvidas, incluindo uma criança com deficiência, por exemplo. Os profissionais devem reconhecer e valorizar a singularidade da família e dos diferentes membros que a compõem, de forma que cada um deles se sinta aceito (e não julgado) e contemplado na análise e considerações dos profissionais (Giné, 2000). Nesse contexto, recomenda-se que o profissional assuma uma perspectiva ecológica e cultural da família, adotando um modelo de trabalho baseado na colaboração e na avaliação individualizada.

Necessidades familiares e apoio social

As necessidades familiares estão geralmente ligadas à ausência de apoio para a realização de coisas importantes para todo grupo familiar e que, portanto, podem impactar na funcionalidade e na qualidade de vida

de todos os seus membros, inclusive da pessoa com deficiência. Profissionais de IP precisam estar cientes de que as necessidades das famílias podem (e devem) ser entendidas de distintas formas, pois esta compreensão permite ao profissional um equilíbrio no momento da identificação das necessidades, bem como no planejamento das intervenções junto à família (Chiu; Turnbull; Summers, 2013; Giné, 2000; Thompson *et al.*, 2009).

No Brasil há pouca oferta de instrumentos específicos e de formação profissional voltada a uma prática de **Intervenção Precoce na Infância (IPI)** centrada na família, baseada nas rotinas e nos contextos naturais da criança. As práticas de intervenção na primeira infância centram-se prioritariamente na expertise do profissional e são direcionadas às demandas do desenvolvimento neuropsicomotor da criança e geralmente são desenvolvidas em instituições de saúde com pouca ou nenhuma articulação intersetorial (saúde, educação e proteção social). Dessa forma, a identificação das necessidades de apoio e o fornecimento de apoio formal são direcionadas quase que exclusivamente à criança com deficiência, negligenciando, assim, as necessidades familiares que influenciam na qualidade de vida de todos os envolvidos, inclusive na qualidade de vida da criança (Della Barba, 2018; Nunes, 2019).

Em modelos de práticas que não consideram a família capaz de participar ativamente na tomada de decisões e realizar mudanças na sua vida e no que concerne à sua criança, as metas e objetivos das intervenções geralmente são definidas pelos profissionais envolvidos na prestação de serviço e, comumente, excluem as necessidades de todo o grupo familiar, pois consideram a família como “incapaz”, “deficitária”, “consumidora de serviços” ou até mesmo como um “instrumento” do profissional (Carvalho *et al.*, 2018). Nestes modelos, as necessidades são identificadas por heteroatribuição, ou seja, os profissionais que atuam diretamente com a criança analisam as variáveis que atravessam a vida da criança, e baseiam as intervenções em necessidades normativas de determinado contexto socio-cultural e/ou de padrões e medidas estabelecidos como aceitáveis, como, por exemplo, padrões de nutrição, de capacidade física, de educação e de desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo e social (Bradshaw, 2013; Thompson *et al.*, 2009).

Práticas de intervenção pautadas apenas em necessidades normativas são problemáticas à medida que estas não são absolutas e são mutáveis com o decorrer do tempo, da evolução do conhecimento, com as mudanças/evoluções dos valores que regem a sociedade e com as variações dos parâmetros e padrões entre diferentes especialistas. Além disso, podem estar imbricadas aos valores pessoais dos especialistas e aos usos e normas de grupos sociais privilegiados para avaliar as necessidades de pessoas pertencentes à classe trabalhadora (Bradshaw, 2013).

A literatura aponta quatro tipos de necessidades: *necessidades hetero definidas* ou *normativas*, determinadas por um profissional, cientista social ou especialista; *necessidades comparativas*, identificadas por meio de estudos das características de uma população na recepção de um determinado serviço; *necessidades percebidas* (por uma pessoa ou um grupo de pessoas); e *necessidades demandadas*, que são as necessidades percebidas que se transformam em ação (Thompson *et al.*, 2009).

A compreensão das reais necessidades é essencial para que a intervenção faça sentido e seja traduzida em ações e estratégias que, de fato, ofereçam o apoio que a família precisa naquele momento. Além dos apoios formais, oferecidos pelos profissionais e instituições, também são importantes os apoios informais, que acontecem por meio de vizinhos, amigos, igrejas etc. Faz-se necessário, portanto, que os profissionais de IP conheçam o conceito de “apoio social”, que pode ser considerado como a assistência oferecida para a manutenção do bem-estar e um conjunto de estratégias para auxiliar as pessoas a se adaptarem aos eventos em sua vida, podendo envolver diferentes aspectos, tais como: emocional, psicológico, físico, informacional, instrumental ou material.

Nesse contexto, Chiu *et al.* (2013) categorizam os apoios e os dividem em quatro grupos: emocional, informacional, material e físico. O *apoio emocional*, que também é descrito por McWilliam e Scott (2001), refere-se aos aspectos psicossociais e direciona-se para a redução do estresse familiar e para a promoção do bem-estar. Um exemplo desse tipo de apoio são os grupos comunitários, que podem ser introduzidos na rotina e no contexto da família a fim de ampliar sua rede de apoio. O *apoio informacional* tem por finalidade aumentar o conhecimento e a compreensão familiar a respeito de determinados assuntos, a depender de suas necessidades, sendo que algumas estratégias são: os materiais de orientação (impressos, em vídeo ou disponíveis na internet), os cursos e oficinas, assim como o contato/encaminhamento a profissionais especializados. O *apoio material* relaciona-se aos recursos financeiros e ao acesso das famílias a equipamentos, serviços e materiais que darão suporte para a educação e cuidado de seus filhos, tais como creches e escolas, transporte, remédios, brinquedos, materiais adaptados, entre outros (Chiu *et al.*, 2013; McWilliam; Scott, 2001; Nunes, 2019). Por fim, o *apoio físico* corresponde à melhora da saúde física e/ou das habilidades da criança.

As diferentes formas de apoio, complementares entre si, servem para reforçar o conhecimento e as competências parentais existentes e para promover a aquisição de novas competências, todas elas necessárias para que a família ofereça os cuidados e as oportunidades de aprendizagem à criança (Dunst, 2000). Dessa forma, pretende-se fortalecer, capacitar e colocar as famílias como protagonistas, na medida em que elas tiverem

condições e oportunidades para participarem ativamente das intervenções dirigidas à criança (Nunes, 2019). Espera-se que os familiares tomem suas próprias decisões sobre os melhores recursos para seus filhos e se posicionem, cada vez mais, quanto a suas expectativas e necessidades, para que estas sejam priorizadas. Quando se compreende o sentido e a importância de uma atuação centrada na família, em torno da qual se planejam ações voltadas para o empoderamento e a responsabilização, a **qualidade de vida familiar** ganha destaque e pode ser vista como um objetivo final de todo o processo.

Qualidade de Vida Familiar

A **Qualidade de Vida Familiar (QdVF)** está relacionada ao processo de empoderamento coletivo dos envolvidos, com o incentivo para que se mobilizem e busquem o que querem ou necessitam para suas vidas (Turnbull; Turnbull, 1990). Dessa forma, trata-se de fortalecer as capacidades da família e auxiliar na descoberta e/ou potencialização de seus recursos, o que certamente irá influenciar positivamente na vida e no desenvolvimento da criança. Tendo em vista a autonomia das famílias, prioriza-se que elas mesmas possam providenciar e oferecer oportunidades de aprendizagem para seus filhos.

A **QdVF** abrange aspectos multidimensionais e refere-se a elementos objetivos (como alimentação, transporte, moradia etc.) e subjetivos (satisfação que as pessoas sentem com sua própria vida), não tendo, portanto, um conceito único e universal. Porém seu construto fornece referência e direcionamento para a elaboração de instrumentos de medidas e práticas transdisciplinares (Aznar; Castañón, 2005; Nunes, 2019; Schalock; Verdugo, 2009). Uma das definições mais bem aceitas no campo da **QdVF** é a conceitualização apresentada por Zuna *et al.* (2010, p. 262), em que a qualidade de vida familiar é “uma percepção dinâmica de bem-estar da família, coletivamente e subjetivamente definidos e informados por seus membros, em que as necessidades de nível individual e familiar interagem”.

Para Aznar e Castañón (2005), a qualidade de vida está relacionada a dois termos: **serviços**, em que um provedor oferece uma gama de opções para satisfazer às necessidades de uma pessoa ou um determinado grupo de pessoas, e **suporte** ou **apoio**, que pode ser definido como uma “ponte”, que se constrói junto ao demandante, para que ele possa alcançar seus objetivos e metas. Os autores destacam que a qualidade de vida se relaciona muito mais com o fornecimento de apoio do que de serviços.

Ainda, segundo Aznar e Castañón (2005, p. 5):

1. A qualidade de vida é composta pelos mesmos fatores e relações que valem para todas as pessoas, tenham elas deficiências ou não;
2. A qualidade de vida é experimentada quando as necessidades e desejos de uma pessoa são satisfeitos e quando a pessoa tem oportunidade definida para o enriquecimento da vida nas principais áreas da vida;
3. Há componentes subjetivos e objetivos, mas a qualidade de vida se compreende principalmente pela percepção do indivíduo e reflete o que ele vivencia;
4. A qualidade de vida baseia-se nas necessidades individuais, nas escolhas e na capacidade de controlar a própria vida;
5. A qualidade de vida é um construto multidimensional, influenciado por fatores pessoais e ambientais, como: relacionamentos íntimos, vida familiar, amizades, trabalho, vizinhança, cidade de residência, educação, moradia, saúde, padrão de vida e o próprio estado da nação.

Para avaliar a qualidade de vida, é preciso levar em consideração que ela mede o grau em que as pessoas têm experiências de vida significativas e o valor que elas dão a essas experiências. Além disso, mensurar a qualidade de vida permite uma aproximação do alcance de metas de vidas (pessoalmente ou coletivamente, no caso de aferição da qualidade de vida familiar) significativas e valorizadas. Os profissionais que lançam mão dessa estratégia precisam entender que a aferição da qualidade de vida deve ser feita em contextos que são importantes para as pessoas, tais como o seu trabalho, o local em que vivem e que se divertem (Aznar; Castañón, 2005).

A **QdVF** difere da qualidade de vida individual (de cuidadores principais ou de um dos familiares), pois esta refere-se mais às características pessoais e variáveis ambientais que influenciam na vida de um indivíduo da família. O conceito de **QdVF** envolve o bem-estar de todos os indivíduos que compõem a família, a partir de uma visão coletiva, considerando o que é necessário para que todos tenham uma boa vida (Nunes; Luiz; Della Barba, 2021; Poston *et al.*, 2003). Ao investigar e conhecer a qualidade de vida das famílias, o profissional possivelmente irá identificar quais são as necessidades familiares, incluindo, muitas vezes, a necessidade de apoios, sejam eles formais e/ou informais, pois esses se constituem como fatores determinantes para o bem-estar familiar.

Ressalta-se que não há um padrão único de **QdVF** e que cada família pode apresentar sua própria percepção e concepção em relação à qualidade de vida, o que é influenciado por valores e crenças, além dos elementos ecológicos – micro, meso e macrossistemas (Giné *et al.*, 2013; Nunes, 2019).

Estratégias para a coleta de informações e para a compreensão das necessidades familiares

A identificação das reais necessidades da família e a compreensão acerca de seu contexto é um processo contínuo, que deve ocorrer a partir de diversas interações. O profissional deve explorar quais são as preocupações da família e cuidar para que o diálogo produza conclusões autênticas, correspondentes ao que de fato ela sente e vivencia em seu cotidiano, sem influenciá-la, devendo-se evitar confundir as preocupações do profissional com as da família (Mcgonigel; Kaufman; Johnson, 1991 *apud* Carvalho *et al.*, 2018).

Além disso, não se trata de realizar uma “avaliação da família” por parte do profissional, mas um processo interativo e constante de partilha a fim de se obter um melhor entendimento sobre o que ela espera conseguir e sobre o que ela espera dos profissionais (Carvalho *et al.*, 2018). É preciso identificar não apenas as preocupações e prioridades da família, mas seus **potenciais e recursos**, para que estes sejam fortalecidos. Numa visão tradicional (à qual pode-se estar “preso” ainda), o profissional vislumbra mais frequentemente as preocupações, porque identifica facilmente as fragilidades da família. Porém, conhecer os recursos da família é extremamente importante para que estes sejam acionados e mobilizados em auxílio aos resultados esperados.

O primeiro passo para isso é a escuta ativa, que pode ocorrer em múltiplas oportunidades e encontros, priorizando-se, sempre que possível, os diálogos “cara a cara”, sejam eles formais, através de entrevistas e roteiros, ou informais. Nos momentos de interação informal, em que a família “mostra o caminho”, frequentemente são partilhadas informações relevantes sobre seus recursos e necessidades. A partir de questões abertas, que ajudam a conduzir a coleta de informações, os pais ficam “livres” para escolher o que querem partilhar e a forma como desejam descrever seus interesses e pontos de vista, minimizando as inferências por parte do profissional (Carvalho *et al.*, 2018). Essa estratégia em que a família conduz e seleciona as informações que serão partilhadas, também pode ser usada como uma alternativa para se coletar, por exemplo, as histórias clínicas e sociais sobre a criança/família. É recomendável pedir às famílias as informações que elas consideram importantes, a respeito da criança e/ou de si mesmas (McWilliam, 2003).

Nos diálogos formais, uma estratégia é utilizar diferentes tipos de questões, que possam ajudar as famílias na definição de suas preferências, sendo importante buscar esclarecimento quando houver dúvida e certificando-se de que a compreensão do que foi relatado está correta. Os roteiros e instrumentos padronizados podem complementar o processo de compreensão das necessidades familiares, guiando alguns dos diálogos e

trazendo uma experiência empírica validada. Nesse caso, devem ser selecionados instrumentos que melhor se adaptam à realidade de cada família, para que façam sentido e sejam eficazes. Esses devem ser selecionados ou aprovados em conjunto com a família, respeitando-se suas preferências, estilos de vida e valores culturais, sendo que não devem ser aplicados de forma automática e/ou invasiva.

Existem também questionários e *checklists* para uma autoavaliação, que podem ajudar as famílias a refletirem com calma sobre suas preocupações, podendo ser preenchidos no domicílio e entregues posteriormente. O seu principal objetivo é proporcionar um mecanismo que facilite a discussão e o registro das principais necessidades familiares, sendo que poderão ser utilizadas no planejamento da intervenção (McWilliam, 2003). Podem ser usadas para auxiliar na identificação das preocupações, prioridades e recursos familiares, sendo que algumas dessas escalas são descritas e referenciadas por McWilliam (2003) e por Nunes (2019), conforme se segue:

- **Family Information Preference Inventory** (Turnbull; Turnbull, 1990): família escolhe o nível de interesse para com as informações a serem recebidas e o formato preferido (reunião de grupo, horário individual ou material escrito);

- **Family Interest Survey** (Cripe; Bricker, 1993): ajuda as famílias a identificarem três tipos de interesses (centrados na criança, na família e na comunidade) e a responder se o interesse é prioritário;

- **Family Needs Scale** (Dunst; Trivette; Deal, 1988): a família escolhe, entre seis alternativas, a que melhor descreve diferentes itens centrados nos recursos básicos, nos cuidados infantis especializados, no crescimento pessoal e familiar, nos recursos médicos e financeiros, educação infantil etc.;

- **Family Needs Survey** (Bailey; Simeonsson, 1988): família escolhe uma alternativa (“não”, “não tenho certeza” e “sim”) das diversas questões envolvendo apoio familiar e social, finanças, cuidados para a infância etc.;

- **Family Resource Scale** (Dunst; Lee, 1985): para cada item (de diversos assuntos) a família classifica em uma escala de seis pontos que vai de “não se aplica” a “quase sempre adequado”;

- **Family Support Scale** (Dunst; Jenkins; Trivette, 1984): família escolhe a melhor descrição (“não disponível”, “nada útil”, “algumas vezes”, “geralmente”, “muito” e “extremamente difícil”) para itens referentes a afinidades informais e formais, organização social, família imediata e serviço profissional;

- **Avaliação das Necessidades da Família – ANF**: trata-se da versão brasileira da escala *Family Needs Assessment* (FNA), adaptada a partir da versão em espanhol *Evaluación de las Necesidades Familiares* (ENF). A escala é dividida em três partes: a primeira parte busca identificar as necessidades das famílias a partir de 46 itens distribuídos em sete domínios (educação, vida em família, vida em comunidade, tempo livre, aquisição e gestão de produtos e serviços, economia e saúde e bem-estar); a segunda e a terceira parte buscam identificar junto à família cinco itens

de máxima prioridade de intervenção e os tipos de apoios que ela julga necessários para solucionar as demandas apresentadas (Nunes, 2019).

Além disso, existem escalas destinadas a avaliar a QdVF, geralmente subdivididas em dimensões para melhor compreensão dos aspectos objetivos e subjetivos, conforme se verifica no Quadro 1.

Quadro 1 - Instrumentos e dimensões de QdVF encontrados por diferentes grupos/autores

Instrumento	Dimensões de QdVF	Grupo de pesquisa
Escala Latinoamericana de Calidad de Vida.	6 dimensões: bem-estar emocional, força e crescimento pessoal, normas de convivência, bem-estar físico e material, vida em família e relações sociais e com a comunidade.	Fundación Itineris (AZNAR; CASTAÑÓN, 2005, 2012).
Calidad de Vida Familiar-España - CdVF-E.	7 dimensões: bem-estar emocional, interação familiar, saúde, bem-estar econômico, capacidade de organização e de parentalidade, acomodação familiar e inclusão social e participação.	Discapacidad y Calidad de Vida (GINÉ <i>et al.</i> 2013 b).
International Family Quality of Life Survey-2006.	9 dimensões: bem-estar econômico, relações familiares, suporte de outras pessoas, apoios dos serviços que prestam cuidados à pessoa com deficiência, crenças culturais e espirituais, nível educacional e preparação para estudos, lazer e tempo livre, e envolvimento na comunidade.	Internacional (BROWN <i>et al.</i> 2006; ISAACS <i>et al.</i> 2007).
Beach Center Family Quality of Life Scale.	5 dimensões: interação familiar, parentalidade, bem-estar emocional, bem-estar físico e material e apoio relacionado à deficiência.	Beach Center on Disability (HOFFMAN <i>et al.</i> 2006).

Fonte: adaptado de Nunes (2019).

Considerações finais

O profissional que pretende prestar um serviço de apoio à criança deve considerar, primeiramente, as necessidades e a qualidade de vida da família, pois esta é a constante da vida dela, enquanto os profissionais e os serviços podem “flutuar” ao longo do tempo (Shelton; Stepanek, 1994 *apud* Carvalho *et al.*, 2018).

Necessidades de apoio e **Qualidade de Vida Familiar (QdVF)** são conceitos interligados e que apontam para o sucesso (ou insucesso) de intervenções com famílias. São grandezas inversamente proporcionais, pois o aumento de uma significa a diminuição da outra. Ao se trabalhar com o conceito de qualidade de vida familiar, deve-se levar em consideração micro e macro variáveis que acompanham o constructo, tais como cultura local, contexto socioeconômico e herança cultural e étnica (Aznar; Castañón, 2005). É preciso introjetar que a oferta de apoio resulta no aumento do bem-estar e no empoderamento das famílias, pois estas experimentam a sensação de controle de suas próprias vidas e se tornam mais confiantes e aptas a solucionar seus problemas (Carvalho *et al.*, 2018).

Para que a intervenção precoce seja efetiva deve, portanto, incluir uma gama de apoios à criança, aos pais e à família, o que se caracteriza como um princípio importante da abordagem centrada na família. Este modelo acredita que todas as famílias, com os apoios e recursos necessários, poderão promover a aprendizagem e o desenvolvimento de suas crianças. Uma família empoderada, com qualidade de vida e fortalecida em suas capacidades, será o elemento-chave de qualquer intervenção eficaz com a criança a fim de se conseguir resultados duradouros, que se mantenham a médio e a longo prazo, mesmo após o término do apoio do profissional.

Referências

- AZNAR, A.; CASTAÑÓN, D. G. **Principios centrales de la concientización en Calidad de Vida**. Fundación ITINERIS, Buenos Aires - Argentina, 2005. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnbbpcjpcglclefindmkaj/https://itineris.org.ar/web/wp-content/uploads/2024/02/Principios-centrales-de-la-concientizacion-en-Calidad-de-Vida.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2024.
- BAILEY, D.; SIMEONSSON, R. **Family assessment in early intervention**. Columbus: Merrill Publishing Company, 1988.
- BRADSHAW, J. R.. **Jonathan Bradshaw on Social Policy: Selected Writings 1972-2011**. University of York, 2013.
- Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: um Guia para Profissionais**. 2. ed. Coimbra: ANIP, 2018.
- CHIU, C. *et al.* **Family Quality of Life: the Oxford handbook of positive psychology and disability**, 2013. p. 365.

CHIU, C. Y.; TURNBULL, A. P.; SUMMERS, J. A. What Families Need: Validation of the Family Needs Assessment for Taiwanese Families of Children with Intellectual Disability and Developmental Delay. **Research and Practice for Persons with Severe Disabilities**, v. 38, n. 4, p. 247-258, 2013.

CRIFE, J. J. W; BRICKER, D. D. **AEPS family interest survey**. Paul H. Brookes: Baltimore, 1993. ISBN: 9781557660985, 1557660980.

DELLA BARBA, P. C. S. Intervenção precoce no Brasil e a prática dos terapeutas ocupacionais/Early intervention in Brazil and the practice of occupational therapists. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, v. 2, n. 4, p. 848-861, 2018.

DUNST; C. J.; LEET, H. E. **Family Resource Scale: Reliability and Validity**. Asheville, NC: Winterberry Press, 1985.

DUNST, C. J.; TRIVETTE, C. M.; DEAL, A. G. **Enabling and empowering families**. Principles and guidelines for practice. Cambridge, MA: Brookline Books, 1988.

DUNST; C. J.; JENKINS, V.; TRIVETTE, C. M. Family Support Scale: Reliability and validity. **Journal of Individual, Family and Community wellness**, v. 1, n. 4, p. 45-52, 1984.

GINÉ, C. *et al.* Las escalas de calidad de vida familiar (cdvf-e): apoyo y orientación para la intervención. **Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual**, v. 44, n. 247, p. 21-36, 2013.

GINÉ, C. Las necesidades de las familias a lo largo del ciclo vital. *In*: VERDUGO, Miguel Ángel (org.). **Familias y Discapacidad Intelectual. Colección FEAPS**, Madrid, España, p. 19-40, 2000.

MACHADO, M. A. M.; DOS SANTOS, P. A. C. H.; ESPE-SHERWINDT, M. Envolvimento participativo de famílias no processo de apoio em Intervenção Precoce na Infância/Participatory involvement in Early Childhood Intervention. **Saber & Educar**, n. 23, p. 122-137, 2017.

MCWILLIAM. P. J. Entender as preocupações, prioridades e recursos da família. *In*: MCWILLIAM, P. J. *et al.* **Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família**. Porto: Porto Editora, 2003. v. 15. p. 39-64. Coleção Educação Especial.

MCWILLIAM, R. A. **Routines-based early intervention**. Supporting Young Children and Their Families. Baltimore: Brookes, 2010.

MCWILLIAM, R. A.; SCOTT, S. A support approach to early intervention: a three-part framework. **Infants & Young Children**, v. 13, n. 4, p. 55-62, 2001.

NUNES, A. C. **Adaptação transcultural e validação da escala Evaluación de las Necesidades Familiares para uso com famílias brasileiras de crianças e adolescentes com deficiência**. 2019. Tese (Doutorado) – Curso de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.

NUNES, A. C.; LUIZ, E. A. M.; DELLA BARBA, P. C. S. Qualidade de Vida Familiar: uma revisão integrativa sobre famílias de pessoas com deficiências. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 2873-2888, 2021.

POSTON, D. *et al.* Family quality of life: A qualitative inquiry. *Ment Retard*, v. 41, n. 5, p. 313-328, 2003.

SCHALOCK, R. L.; VERDUGO, M. A. Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. *In: VERDUGO, M. A. (coord.). Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.* Instrumentos y estrategias de evaluación. 2. ed. Salamanca, España: Amarú, 2009. p. 29-42.

THOMPSON, James R. *et al.* Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities*, v. 47, n. 2, p. 135-146, 2009.

TURNBULL, A. P.; TURNBULL, H. R. From The Old to The New Paradigm of Disability and Families: Research to Enhance Family Quality of Life Outcomes. *In: PAUL, J. L.; LAVELY, C. D.; CRANSTON-GINGRAS, A.; TAYLOR, E. L. Rethinking Professional Issues in Special Education.* Westport, Connecticut, London: Ablex Publishing Corporation, 2002.

TURNBULL, A.; TURNBULL, H. Family Information Preference Inventory. *In: TURNBULL, A.; TURNBULL, H. A. (eds.). Families, professionals, and exceptionality: A special partnership.* 2. ed. Columbus, OH: Charles E. Merrill, 1990. p. 368-373.

ZUNA, N. I.; SUMMERS, J. A.; TURNBULL, A. P.; HU, X.; XU, S. Theorizing About Family Quality of Life. *In: KOBER, R. (ed.). Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disability: From theory to practice.* Dordrecht: Springer; 2010. p. 241-278.

CAPÍTULO 8

IDENTIFICAR ELEMENTOS DO CONTEXTO NATURAL DAS FAMÍLIAS

Ana Claudia Moron Betti

Carina Sousa Elias

Patrícia Carla de Souza Della Barba

Este capítulo tem por objetivo apresentar a importância da identificação de elementos dos contextos naturais das crianças e famílias e a potencialidade da visita domiciliar baseada nas rotinas, bem como aplicar e analisar escalas que possibilitem a análise do contexto natural, elementos para a construção de um **Plano Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP)**.

A avaliação em Intervenção Precoce na Infância (IPI)

Embora saibamos que a escuta e a participação da família deverão acontecer durante todo o processo terapêutico, o momento da avaliação consiste em um processo fundamental que deve identificar as preocupações e prioridades da família, os recursos que ela dispõe e as características do contexto em que está inserida, além da identificação das competências funcionais da criança, como já compreendemos ser fundamental ao traçar objetivos funcionais e específicos para a criança e sua família.

Guiando este processo, Carvalho *et al.* (2016a) descrevem que a avaliação deve ser utilizada para planejar e monitorar os progressos das intervenções, deve ser realizada de forma colaborativa e convergente entre os familiares e profissionais envolvidos, direcionada e flexibilizada para atender às necessidades funcionais da criança e da família.

Sabe-se que, quanto maior a escuta das famílias, mais eficazes serão as avaliações e intervenções, pois essas informações serão catalisadoras para “encontros congruentes com os profissionais de ajuda, os serviços e a comunidade”(Carvalho *et al.*, 2016a, p. 120). Nesta perspectiva, a postura do profissional que aproxima, escuta, acolhe e não foca apenas em avaliações padronizadas, como um perito, vai impulsionar e favorecer a participação da família durante o processo (Carvalho *et al.*, 2016a).

A avaliação em **Intervenção Precoce na Infância (IPI)** envolve duas dimensões: 1) as preocupações, prioridades e recursos da família; e 2) as características da criança (competências e necessidades), também pautadas pela percepção de suas famílias. Seu objetivo é compreender o que as famílias querem para elas e para suas crianças, o tipo de ajuda que precisam para alcançar o que querem e quais recursos identificam (formais e informais) para responder a essas necessidades (Carvalho *et al.*, 2016a).

As características da criança estão relacionadas às competências e necessidades funcionais, rotinas diárias e contextos de vida, e estes aspectos podem não ser o enfoque da avaliação no contexto clínico, a qual preconiza a comparação normativa do nível de funcionamento e desenvolvimento da criança de acordo com o esperado para a faixa etária. A avaliação de natureza ecológica não tem como foco exclusivo a criança, e sim questões mais abrangentes, tais como:

- o que poderá ajudar a criança a funcionar melhor dentro do seu contexto e rotina;
- o que é necessário que ela aprenda;
- quando e onde providenciar a intervenção;
- que adaptações ou suportes são necessários para a aquisição e prática de novas competências (Carvalho *et al.*, 2016a, p. 131).

Outro aspecto importante da avaliação está relacionado à identificação constante de pontos fortes e recursos das famílias, antes de qualquer julgamento, compreendendo que estão fazendo o melhor que podem com os recursos que possuem (Carvalho *et al.*, 2016a).

Assim, nosso papel profissional consiste em fortalecer e apoiar a identificação destes recursos, provendo as informações necessárias, vantagens e desvantagens, promovendo espaços de escuta, elencando prioridades (Carvalho *et al.*, 2016a).

Enfatiza-se que a escuta ativa requer qualidade técnica do profissional, para saber *o que e quando* perguntar.

Enquanto instrumento para coleta destas informações, Carvalho *et al.* (2016b) citam a **Entrevista Baseada em Rotinas (EBR)** proposta por Robin McWilliam (2010), a qual trabalharemos nos próximos tópicos.

McWilliam (2010) discute que a avaliação das necessidades e prioridades da família e as competências da criança requerem a identificação de objetivos funcionais, com enfoque no engajamento e participação, independência e relações sociais da criança.

Os objetivos funcionais devem vir ao encontro das prioridades da família e vão embasar o plano de intervenção, com estratégias e ações também direcionadas a essas prioridades.

Princípios do Modelo Baseado em Rotinas

McWilliam (2018) apresenta três princípios que norteiam o **Modelo Baseado em Rotinas**, sendo que o primeiro se refere ao fato de que “a intervenção ocorre entre as visitas” (p. 1) ou entre os encontros com as famílias, tendo em vista que as crianças aprendem principalmente com os pais ou com outros adultos que passam muito tempo com elas, como babás, outros membros da família e professores. Além disso, por mais horas de terapia a que a criança esteja submetida, não será necessariamente possível generalizar este aprendizado para os seus contextos naturais, nem garantido que seus familiares e cuidadores percebam a importância dos estímulos direcionados pelo profissional. Por isso, o autor defende que o tempo dos profissionais de IPI seja dedicado principalmente aos adultos, de forma a garantir (não necessariamente prover) que eles tenham apoio emocional, material e informativo.

O segundo princípio trata especificamente deste apoio aos cuidadores.

O apoio emocional se refere ao cuidado para que a família tenha o sentimento de bem-estar, confiança e competência da família, sobre o qual McWilliam (2018) apresenta cinco características:

- 1) Positividade: postura e discurso do profissional que identifica e legitima as potencialidades do contexto;
- 2) Responsividade: a troca, ler nas entrelinhas, sem fazer julgamentos ou suposições, mas validando a escuta. Também cita a continuidade, a resposta às perguntas (ter a informação de que precisava);
- 3) Orientação para toda a família: valorizando e preocupando-se com os demais adultos que convivem (ex.: perguntando sobre a avó que estava doente, ou lembrando-se de um aniversário);
- 4) Simpatia ou ser amigável: relacionar-se com a família com “informalidade respeitosa”;
- 5) Sensibilidade: semelhante à responsividade, mas com a capacidade de também ser empático (colocar-se no lugar do outro) (p. 2).

O apoio material se refere aos itens materiais que as famílias precisam para funcionar como indivíduos e como uma unidade e envolve as necessidades básicas como comer, vestir-se e a moradia. Caso a família tenha necessidades neste âmbito, devemos nos debruçar sobre elas e apoiá-la no acesso a estes recursos, por exemplo, acionando a rede de apoio identificada pelo **Ecomapa**. Outros elementos que se enquadram no apoio material são os recursos e tecnologia assistiva, os quais devemos considerar e equilibrar com as reais necessidades e possibilidades da família.

O terceiro tipo de suporte é o *informativo*, que normalmente é demandado pela família e envolve informações sobre: 1) a deficiência ou diagnóstico

da criança; 2) os marcos do desenvolvimento infantil; 3) os recursos e serviços, incluindo escolares; e 4) o que fazer com a criança, ou seja, intervenções.

Normalmente as intervenções se mantêm no suporte informativo, o que pode ser considerado negativo a partir do momento em que este seja o centro da intervenção. O conhecimento e a experiência dos profissionais são de fundamental importância, eles precisam conhecer a primeira infância e seu desenvolvimento típico, mas também precisam saber como trabalhar em conjunto com os adultos para ajudar no desenvolvimento da criança.

Outro princípio a que se refere o autor trata das habilidades funcionais, que consistem nas habilidades que a criança usa para participar de forma significativa em sua casa, na escola e nas rotinas. As *rotinas* são definidas como momentos no decorrer do dia como a hora de acordar, o café da manhã, hora de brincar, diferente das atividades em si, como comer, ir ao banheiro ou falar.

McWilliam e Casey (2008) apresentam a teoria do engajamento que considera os três fundamentos da aprendizagem: engajamento, independência e relações sociais. O autor McWilliam problematiza que as habilidades tidas como “pré-requisitos” para o desenvolvimento de habilidades funcionais muitas vezes não são de fato pré-requisitos, e que a motivação dos cuidadores para trabalhar com elas pode ser enfraquecida, pois elas não oferecem um retorno imediato. Assim, o trabalho com os cuidadores é focado em apoiá-los para que ensinem as crianças a terem interações mais complexas com o ambiente em diferentes rotinas.

Há uma preocupação crescente em compreender de que forma a criança despende seu tempo nos contextos da vida diária, a qualidade dessas interações, e as competências que a criança apresenta que facilitam a sua adaptação às exigências destes contextos.

McWilliam e Bailey (1992, 1995) definiram o engajamento como a quantidade de tempo que a criança gasta interagindo ativamente ou de forma atenta com o ambiente, de forma adequada em relação ao seu desenvolvimento e ao contexto, e em diferentes níveis de competência.

Assim, o nível de engajamento é estabelecido de acordo com o nível de desenvolvimento da criança, e com o contexto para que o comportamento seja adequado à atividade. O nível de engajamento é um indicativo da competência da criança, resultando em maior ou menor participação no contexto e, conseqüentemente, influenciando diretamente na aprendizagem e mudança desenvolvimental. Portanto, este aspecto deve ser levado em conta na avaliação e na intervenção com a criança, proporcionando oportunidades de engajamento para a criança.

É relevante saber quais são os interesses da criança, o nível de engajamento em cada uma das atividades nos vários contextos de vida, o quanto estes contextos são facilitadores (reforçando o engajamento) ou apresentam

barreiras que dificultam a participação, e quais atividades são valorizadas pela família. Em uma abordagem centrada na família, a troca interativa conduz a intervenção para as prioridades da família, considerando a qualidade técnica do profissional quanto ao conhecimento sobre o desenvolvimento típico de zero a seis anos, sobre o desenvolvimento atípico, métodos variados de avaliação, e o apoio para uma inclusão real da criança (Carvalho *et al.*, 2016a).

Nesta perspectiva, para compreender a participação de uma criança numa determinada rotina, faz-se necessário coletar informações sobre seu engajamento, independência e relações sociais (EISR – *Engagement, Independence, and Social Relationships*), compreendendo como a criança participa em cada rotina e quão sofisticada é a sua interação (não engajamento, atenção passiva, resolução de problemas, seguimento de regras da rotina). Essa sofisticação do engajamento pode ser medida e discutida com a família sobre as formas de enriquecê-la (McWilliam, 2018).

Para esta coleta, ele sugere o uso da Entrevista Baseada em Rotinas (EBR) a qual trabalharemos nesta disciplina.

Entrevista Baseada em Rotinas (EBR)

A **Entrevista Baseada em Rotinas (EBR)** consiste em um roteiro de entrevistas semiestruturada desenvolvido por McWilliam (2018) como uma forma de apoiar as famílias na identificação das preocupações e necessidades da família, e na definição delas em ordem de prioridade, a partir de uma descrição detalhada das rotinas e do funcionamento da dinâmica familiar (Carvalho *et al.*, 2018).

Existem treinamentos específicos para o uso da **EBR**, porém, profissionais que possuem conhecimento sobre desenvolvimento infantil e sobre famílias podem fazer bom uso deste protocolo.

Assim como em qualquer prática centrada na família, o uso desta ferramenta compreende o estabelecimento de relação imediatamente positiva entre a família e o profissional e, por isso, a família deve aprovar a forma como o protocolo está sendo usado.

O protocolo de utilização da EBR envolve os acordos iniciais realizados com a família, como o objetivo da entrevista, os participantes, o local e o tempo de duração. Ressaltando que estes acordos, assim como a entrevista, são estabelecidos também de forma colaborativa, por exemplo: “Além de você, há mais alguém que você gostaria de ter envolvido nesta discussão?” ou “Podemos nos encontrar em sua casa ou em outro lugar sossegado. Qual local funcionaria melhor para você?”. As informações detalhadas estão descritas no protocolo completo, contido nas referências deste texto base (McWilliam, 2008).

Embora seja ressaltado que uma boa **EBR** deve conter informações para além de uma lista de eventos diários, é verdade que não é possível cole-

tar tudo o que acontece nas rotinas. Portanto, no momento da entrevista, deve-se, primeiro, perguntar sobre as principais preocupações da família e, ao final da entrevista, perguntar se há mais alguma coisa que queiram contar.

A EBR foi descrita pela primeira vez por McWilliam em 1992 (McWilliam, 2010). Cinco etapas foram delineadas (p. 69):

1. preparação familiar e profissional para a entrevista;
2. Entrevista Baseada em Rotinas (EBR);
3. resultados selecionados pela família;
4. elaboração de objetivos e estratégias entre profissionais e familiares;
5. revisão nos meses seguintes.

A preparação para a entrevista consiste simplesmente em pedir à família e ao profissional que pensem sobre como é o funcionamento da criança no dia a dia. Outra dimensão da preparação é estabelecer onde e quando a entrevista será realizada. A família deve ter livre escolha ou uma ampla variedade de opções. A entrevista começa com as famílias fornecendo informações sobre suas rotinas e, se possível, questionando outros cuidadores, como professores (McWilliam, 2010). Todas as perguntas devem ser feitas durante as discussões das rotinas, os profissionais não perguntam sobre tópicos específicos de suas áreas porque eles não estão atuando como especialistas nesse contexto (Carvalho *et al.*, 2016c).

Para cada rotina, o entrevistador faz seis perguntas (McWilliam, 2010, 2021):

1. Quem participa das rotinas?
2. O que a criança faz?
3. Mais especificamente, como e o quanto a criança participa da rotina?
4. O que a criança pode fazer de forma independente?
5. Como a criança se comporta durante a rotina socialmente?
6. Quão satisfeito está o cuidador com a rotina? Esta é a grande questão.

O entrevistador pode obter uma pontuação dessa satisfação com cada rotina a partir da classificação dada pelos cuidadores de 1 (péssimo) a 5 (ótimo). A família deve priorizar sua lista de metas durante a entrevista, de 10 a 12, em ordem de importância. Os resultados da EBR são funcionais, pois especificam as necessidades da criança ou da família coletadas pelos cuidadores principais em um contexto identificado (McWilliam, 2008). Os exemplos abaixo (Quadros 1, 2 e 3) ilustram a descrição das rotinas, a classificação dada pelos cuidadores, as expectativas quanto ao desenvolvimento da criança, e a construção dos objetivos funcionais:

Quadro 1 - Exemplo das rotinas de uma família

Exemplo de um caso real: João tem 30 meses (2 anos e meio), e a queixa inicial da família foi de atraso motor e de linguagem. Há uma possível falta de estimulação e os impactos do confinamento pela pandemia. É o filho do meio, tem um irmão mais velho de 5 anos e uma irmã de 6 meses.		
MOMENTOS DO DIA (ROTINAS)		NOTA
Despertar	Acorda muito durante a noite, trocam a fralda, chama chorando. <i>O que gostariam:</i> em vez de chorar, dizer “bom dia” ou “mamãe”, “papai”; tirar a fralda, pedir mamadeira.	2
Vestir	Lhe dizem o que fazer, brincam com ele, ajudam em todas as peças. <i>O que gostariam:</i> fechar o sapato quando solicitado, colocar a jaqueta sozinho, dizer alguma peça de roupa que tem que pôr.	3
Café da manhã	Quando vê a mamadeira, se aproxima. <i>O que gostariam:</i> que diga “mamã”; seguir a solicitação de deixar a mamadeira na cozinha.	3
Higiene	Os pais o levam ao banheiro para escovar os dentes e se lavar. <i>O que gostariam:</i> seguir o pedido de ir ao banheiro para escovar os dentes, lavar o rosto todos os dias, dizer “xixi/cocô”.	4
Saída de casa	Os pais colocam as crianças no carro, cantam, às vezes os irmãos brigam. <i>O que gostariam:</i> que se reconheça dizendo “eu” e “você” no espelho do elevador; pedir ajuda quando necessário, identificar na rua carros, ônibus, caminhões, etc.	4
Chegada na escola	Vai com o papai. <i>O que gostariam:</i> quando lhe buscam, dizer “papai”, “olá”, “mamãe”.	4
Parque	A família fica no parque ao lado de casa, lancham no parque, o irmão mais velho se comporta mal, e João foge, corre. <i>O que gostariam:</i> que fique no parque e não fuja; que pule com os dois pés juntos.	3
Chegada em casa	Há pouco espaço no elevador, irmãos se pegam, se empurram. <i>O que gostariam:</i> conseguir uma interação entre ele e o irmão mais velho.	3
Banho	João brinca com água, livros, copos. <i>O que gostariam:</i> colocar sabão e lavar o corpo, repetir sons dos animais no banho, tomar banho em pé, pedir brinquedos e brincar no banho.	3
Jantar	Diz biscoito quando tem fome, come mal. <i>O que gostariam:</i> que diga “mais” enquanto come, que tente comer sozinho com a colher, que coma carne, frango, hambúrguer.	2
Dormir	Deita-se entre 21h00 e 21h30, às vezes acorda durante a noite, deita e lhe trazem a mamadeira. <i>O que gostariam:</i> que diga “boa noite”; dizer “mamãe, papai” quando acordar à noite.	2

Fonte: EBR aplicada com família.

Quadro 2 - Perguntas finais para os cuidadores

PERGUNTAS FINAIS:
1. Se pudessem mudar algo, o que mudariam? Pai: fazer esportes. Mãe: sair para passear sozinha, sair para tomar algo.
2. Se pudessem mudar algo em família? Pais: sair para jantar todos juntos.
3. O que lhes tira o sono? Suspeita de TEA do João, como será o desenvolvimento dele.

Fonte: EBR aplicada com família.

Quadro 3 - Construção de Objetivos Funcionais

Exemplo de Objetivos funcionais - Ordem de prioridade da família		
	Prioridade	Objetivo
1	Que diga “mamãe” e “papai” referindo-se a eles.	João participará em qualquer momento do dia que esteja com seus pais dizendo “papai” e “mamãe”; o objetivo será atingido quando conseguir fazê-lo em uma das rotinas durante um mês.
2	Responder perguntas com “sim” ou “não”.	João participará em qualquer momento do dia, respondendo a algo dizendo “sim” ou “não”, com o sentido de afirmar ou negar a ação que quer ou não fazer. O objetivo será alcançado quando fizer isso em mais de uma situação, uma vez ao dia durante 4 semanas.
3	Conseguir interagir com o irmão mais velho.	João participará de uma brincadeira com o irmão, seguindo uma brincadeira que lhe proponha durante um tempo estimado para sua idade. O objetivo será atingido quando isso acontecer por 5 dias na semana, durante 2 meses seguidos.
4	Repetir sons de animais.	João participará do momento de contação de história com animais, repetindo o som de pelo menos 5 animais de modo correto. O objetivo será alcançado quando ele fizer isso nas vezes em que houver história ou quando aparecer um animal, todos os dias da semana durante um mês.
5	Dormir mais cedo.	João participará do momento de ir para a cama, reduzindo o tempo de ir deitar-se em torno de 15-20 min., todos os dias da semana durante 1 mês.
6	Pedir mamadeira ao acordar.	João participará do momento de despertar, pedindo mamadeira com a palavra “mamã”. O objetivo será alcançado quando fizer isso todos os dias da semana durante 1 mês.

Continua

Quadro 3 - Construção de Objetivos Funcionais

Conclusão

7	Pedir ajuda quando necessário, sem o comportamento de chorar.	João participará em qualquer momento do dia pedindo ajuda de alguma maneira, mediante gestos ou a palavra “ajuda”, quando precisar de algo. O objetivo será alcançado quando pedir uma coisa por dia, durante um mês seguido.
8	Ir ao banheiro para escovar os dentes.	João participará do momento de escovar os dentes, indo ao banheiro quando for solicitado, todos os dias da semana durante 3 semanas seguidas.
9	Pular com os dois pés juntos.	João participará de brincadeira na cama elástica, conseguindo um pulo com os 2 pés juntos, mesmo que só uma vez. O objetivo será alcançado quando conseguir fazer no mesmo dia 3 pulos durante 3 dias consecutivos.
10	Soprar velas.	João participará de uma brincadeira com sopro de velas, conseguindo apagar ao menos uma vela. O objetivo será alcançado quando fizer isso nas oportunidades, 5 vezes seguidas.
11	Dizer “caca” quando fizer cocô.	João participará do momento de fazer cocô, mostrando aos pais que fez cocô mediante um gesto claro ou a palavra “caca”, 3 dias na semana, durante 3 semanas consecutivas.
12	Que se reconheça no espelho, dizendo “eu” ou o seu próprio nome.	João participará de momentos do dia em que se veja no espelho referindo-se com “eu” ou falando seu nome. O objetivo será alcançado quando falar 5 vezes seguidas em diferentes espelhos.

Fonte: EBR aplicada com família.

Objetivos funcionais

Os *objetivos funcionais* focam-se nas necessidades verdadeiras das famílias e precisam ser levantados a partir de necessidades identificadas nas rotinas e não a partir de testes aplicados. Os profissionais de IPI deverão ser capazes de apoiar as famílias na identificação dessas necessidades e elaboração dos objetivos de forma a serem mensuráveis e alcançáveis, terem significado relevante nos contextos vivenciados pelas famílias e que possam favorecer oportunidades de aprendizagem nos contextos naturais da criança, garantindo sua funcionalidade e participação (Carvalho *et al.*, 2016b).

Assim, Carvalho *et al.* (2006 p. 156) enfatizam que os *objetivos funcionais* devem ser estabelecidos a fim de que se tenha maior participação da criança em atividades com significado, em contextos naturais, fortalecendo as rotinas/momentos do dia que já acontecem e que, dessa forma, a família

passa a considerar as estratégias possíveis de serem realizadas e passa a observar as mudanças práticas na vida da criança e de toda a família.

Enquanto critérios para definição destes objetivos, fica estabelecido que eles devem: refletir as prioridades das famílias; ser úteis e possuir significado; refletir situações de vida real; não usar jargões profissionais e ser mensuráveis (Carvalho *et al.*, 2016b).

Como exemplo, cita-se um objetivo NÃO FUNCIONAL: “Maria vai trabalhar pinça fina durante três vezes na semana”. Este objetivo não é funcional, pois baseia-se em um domínio específico e isolado do desenvolvimento motor, pode não ser compreendido pelos cuidadores, não detalha o porquê, nem como será realizado (Carvalho *et al.*, 2016b).

Assim, para que seja considerado funcional, o objetivo deve partir de uma queixa funcional, uma necessidade da família, como “desafios na independência na alimentação” e, a partir desta necessidade, construir a forma que a criança vai participar, em que momentos da rotina, os critérios de generalização e os critérios para sabermos quando ela tiver adquirido esta competência, alcançando: “A Maria participará no momento do lanche, colocando o canudo na caixinha de suco, cinco vezes por semana, sem ajuda do adulto”.

Visitas domiciliares

Retomando os princípios do **Modelo Baseado em Rotinas** e das práticas centradas na família, as visitas domiciliares são intervenções que possibilitam o enfoque nos contextos naturais e no apoio aos cuidadores. Dessa forma, os três tipos de suporte citados (emocional, material e informativo) configuram-se como base para as visitas domiciliares (Carvalho *et al.*, 2016c).

As ações do profissional deverão estar pautadas nos componentes de ajuda eficaz do triângulo proposto por Dunst, em 1998: competências técnicas, práticas relacionais e práticas participativas, adequadas às necessidades da criança e da família. As competências relacionais devem ser usadas para o estabelecimento de relações significativas e de confiança, chave para atingir bons resultados (Carvalho *et al.*, 2016c).

As visitas também se configuram em oportunidades para que os profissionais compreendam e retomem com as famílias, baseados no plano de intervenção e nos objetivos funcionais, quais os recursos disponíveis para elas que respondem às necessidades apontadas, buscando sempre a autonomia e o envolvimento ativo (Carvalho *et al.*, 2016c).

Para isto, ao invés de “dizer como fazer”, os profissionais partem do que a família já sabe e apoiam-na na construção de soluções. Eles podem ainda lançar mão de estratégias como modelagem, demonstrando ações após as reflexões com a família, incentivo e suporte verbal enquanto a fa-

mília está envolvida com a criança, observação e reflexão posterior, a escuta ativa, a resolução de problemas e o aconselhamento (Carvalho *et al.*, 2016c).

Independentemente da estratégia utilizada, é fundamental que a família compreenda as diversas possibilidades existentes e decida qual responde melhor à sua necessidade. A aprendizagem acontece dentro do contexto das relações, com um grande impacto relacionado à qualidade das relações. O profissional poderá perguntar se a família precisa de algum tipo de demonstração sobre como interagir com a criança em momentos específicos, ou pedir para a família mostrar como costuma fazer (Carvalho *et al.*, 2016c).

O profissional deve estar atento às interações que ocorrem entre si e os cuidadores, e entre os cuidadores e a criança, e estar alerta aos próprios sentimentos e reações. A prática e a reflexão sobre as próprias ações serão fundamentais para o aprendizado do profissional e sua experiência, haja vista que por mais simples que pareça, estamos falando de uma mudança de perspectiva, de modelo de intervenção. Daí a importância de reflexão individual, em equipe e supervisão, além da devolutiva das próprias famílias que irão colaborar com o desenvolvimento de práticas eficazes pelo profissional (Carvalho *et al.*, 2016c).

Assim, cada profissional pode desenvolver de forma orientada o seu “estilo próprio”, flexível e diversificado, que se adaptará às famílias buscando fortalecê-las e, assim, favorecer a aprendizagem das crianças (Carvalho *et al.*, 2016c).

Visitas aos contextos educacionais

O profissional que realiza visitas domiciliares também pode visitar os contextos formais de educação, implementando a IPI nos mesmos princípios anteriores e em um modelo transdisciplinar (Carvalho *et al.*, 2016c).

A colaboração com o educador e o auxiliar de sala é fundamental, e deve ter como objetivo a criação de um ambiente de confiança assim como com a família, partindo do fato de que os educadores passam muitas horas diárias com a criança e podem oferecer apoio através de sua experiência (Carvalho *et al.*, 2016c).

É importante haver uma partilha entre a equipe de IPI sobre como apoiar crianças com necessidades mais específicas ou em risco, e os educadores sobre as potencialidades e necessidades da criança neste contexto, contribuindo mutuamente para a intervenção.

Os propósitos da visita no contexto escolar incluem identificar as prioridades, forças, necessidades e oportunidades de aprendizagem para a criança; conhecer o funcionamento da dinâmica escolar e as expectativas do educador; e promover competências e a autonomia do educador frente às necessidades da criança, buscando a sua máxima participação.

A intervenção deve se adequar às rotinas do contexto da escola, desde a entrada, as atividades em sala de aula e no parque, a alimentação no refeitório, a higiene, as rodas de música e de história, a hora da saída, entre outras rotinas, e levar em conta as diversas responsabilidades do educador e a dinâmica deste contexto. Quanto mais o educador for incentivado em suas competências e na autoconfiança, mais se tornará independente para implementar novas estratégias com objetivos funcionais, e mais a criança poderá generalizar habilidades mesmo quando o educador não estiver junto. Pretende-se que haja uma decisão conjunta com o educador sobre quais são os problemas, quais as soluções e o que pode funcionar (Carvalho *et al.*, 2016c).

Desta forma, com este enfoque de consultoria colaborativa, o educador pode ser apoiado em suas competências para que ele possa favorecer a criança em suas necessidades e aumentar o seu engajamento nas propostas dentro das rotinas.

Considerações finais

Para concluir, observa-se, assim, então que as boas práticas em IPI são complexas e desafiadoras, não sendo alcançadas de forma linear, além de demandar compromisso e esforço de todas as partes envolvidas no intuito de garantir que as crianças e suas famílias sejam apoiadas, dentro de suas características e singularidades. Os resultados positivos das intervenções dependem da qualidade técnica, das práticas relacionais e das práticas participativas colocadas em campo pelos profissionais (Carvalho *et al.*, 2016d).

Referências

- CARVALHO, L.; ALMEIDA, I. C.; FELGUEIRAS, I.; LEITÃO, S.; BOAVIDA, J.; SANTOS, P. C.; SERRANO, A. Capítulo 4.4: Avaliação em IPI. In: CARVALHO *et al.* **Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: um guia para profissionais**. 2. ed. Coimbra: ANIP, 2016a. p. 118-148.
- CARVALHO, L.; ALMEIDA, I. C.; FELGUEIRAS, I.; LEITÃO, S.; BOAVIDA, J.; SANTOS, P. C.; SERRANO, A. Considerações Finais. In: CARVALHO *et al.* **Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: um guia para profissionais**. 2. ed. Coimbra: ANIP, 2016d. p. 299-302.
- CARVALHO *et al.* Capítulo 4.5: Desenvolvimento do plano individual de intervenção precoce (PIIP). In: CARVALHO *et al.* **Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: um guia para profissionais**. 2. ed. Coimbra: ANIP, 2016b. p. 149-168.
- CARVALHO *et al.* Capítulo 4.6: Implementação e monitorização da intervenção nos contextos naturais da criança. In: CARVALHO *et al.* **Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: um guia para profissionais**. 2. ed. Coimbra: ANIP, 2016c. p. 169-195.

MCWILLIAM, R. A.; BAILEY, D. B. Effects of Classroom Social Structure and Disability on Engagement. **Topics in Early Childhood Special Education**, v. 15, n. 2, 1995.

MCWILLIAM, R. A.; BAILEY, D. B. Promoting engagement and mastery. *In*: BAILEY, D. B.; WOLERY, M. (eds.). **Teaching infants and preschoolers with disabilities**. Columbus, OH: Merrill, 1992. p. 229-255.

MCWILLIAM, R. A. **Principles of the Routines-Based Model**. 2018. Disponível em: https://eieio.ua.edu/uploads/1/1/0/1/110192129/principles_of_the_rbm_english.pdf

MCWILLIAM, R. A. **Routines-Based Early Intervention: supporting young children and their families**. Bookes Publishing: Baltimore, 2010.

MCWILLIAM, R. A. Routines-Based Interview (RBI) Report Form. *In*: MCWILLIAM, R. A.; CASEY, A. M. **Engagement for every child in the preschool classroom**. Bookes Publishing: Baltimore, 2008. [Protocolo para a Entrevista Baseada em Rotinas com Ecomapa] [Tradução e Revisão Técnica pelo Instituto Inclusão Eficiente - 2021]. Disponível em: https://eieio.ua.edu/uploads/1/1/0/1/110192129/xprotocol_for_the_routine_based_interview%E2%84%A2_with_ecomap.pdf

MCWILLIAM, R. A. **The family-centered intervention plan: a routines-based approach**. Tucson, AZ: Communication Skill Builders, 1992.

CAPÍTULO 9

IDENTIFICAR AS CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA - COMO IMPLEMENTAR UMA AVALIAÇÃO DA CRIANÇA NA PERSPECTIVA CENTRADA NA FAMÍLIA

Maria Izabel Alves Felix da Silva
Patrícia Carla de Souza Della Barba

Este capítulo tem como objetivo compreender o papel da família na condução da avaliação da criança; conhecer e aplicar protocolos de avaliação para facilitar a participação da família na avaliação da criança; conhecer o processo de construção de um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) a partir da avaliação da criança na perspectiva centrada na família.

Avaliação em Intervenção precoce

A intervenção precoce geralmente começa com uma avaliação abrangente do desempenho acadêmico, desenvolvimento ou comportamento da criança, visando identificar tanto seus pontos fortes quanto fracos. Essa avaliação inicial pode revelar habilidades específicas que requerem atenção imediata antes que a criança possa progredir. Com base nos dados obtidos, os serviços de intervenção precoce podem estabelecer metas individualizadas e apropriadas, planejando a instrução de acordo com as necessidades da criança (Paiva, 2023).

Segundo Bailey e Wolery (1992), a avaliação tem múltiplos propósitos:

- a) Determinar a elegibilidade da criança para programas de intervenção precoce ou encaminhamento para abordagens específicas;
- b) Identificar objetivos de intervenção apropriados em termos de desenvolvimento e funcionalidade;
- c) Avaliar os estilos de interação e competências da criança;
- d) Considerar os objetivos e necessidades dos pais para a criança;
- e) Fortalecer o senso de competência dos pais;

f) Desenvolver uma perspectiva integrada das necessidades e recursos da criança e da família.

Boavida, Aguiar e McWilliam (2018) destacam que são os cuidadores próximos da criança que desempenham um papel fundamental na intervenção, sendo essencial a colaboração entre técnicos/profissionais, família e educadores para alcançar os objetivos. No entanto, surgem desafios na prática, como a tendência para uma cultura de trabalho independente por parte dos profissionais.

A avaliação autêntica, conforme descrita por Grishan-Brown e Pretti-Frontczac (2011) e Bagnato e Neisworth (1991), citados por Hemmeter *et al.* (2001), captura o comportamento real da criança em ambientes cotidianos, adaptando-se às suas necessidades específicas e permitindo que demonstrem suas habilidades de forma autêntica. Este processo colaborativo de tomada de decisões entre família e profissionais é essencial para determinar estratégias e medidas adequadas às necessidades educacionais e de saúde da criança e sua família.

Além disso, a avaliação deve documentar a elegibilidade da criança para serviços de intervenção precoce, valorizando as contribuições dos pais e fornecendo informações para o desenvolvimento de planos de ação individualizados. Isso capacita os pais/cuidadores a tomar decisões informadas sobre questões que afetam suas famílias e crianças.

Os contextos naturais, conforme definidos por Almeida *et al.* (2011), englobam situações e atividades cotidianas que permitem à criança desenvolver habilidades significativas e se adaptar ao seu ambiente de vida, ocorrendo dentro de suas rotinas diárias.

A avaliação autêntica

Para melhor explicar os pressupostos sobre a avaliação autêntica em IPI o *Early Childhood Personnel Center* (ECPC) lançou em 2018 um guia prático em inglês intitulado *Authentic child assessment practices*, tradução nossa para português como **Práticas autênticas de avaliação infantil**, apresentada a seguir neste texto (ECPC, 2018).

Métodos e procedimentos autênticos de avaliação infantil compreendem:

- Observar crianças participando de atividades e rotinas diárias em suas famílias, comunidades ou salas de aula;
- Identificar os comportamentos exibidos pelas crianças durante essas atividades e rotinas;
- Analisar como o comportamento dos adultos e os materiais utilizados influenciam as ações das crianças.
- As informações obtidas a partir dessas práticas são utilizadas para determinar quais atividades, rotinas, comportamentos

adultos e materiais podem ser aproveitados como oportunidades de aprendizado infantil que ocorrem de forma natural no cotidiano (ECPC, 2018, tradução nossa).

As principais características das práticas autênticas de avaliação e intervenção na primeira infância incluem:

- Observar a criança em uma variedade de atividades e rotinas diárias;
- Solicitar informações aos pais e outros cuidadores sobre as atividades e rotinas que a criança vivencia regularmente;
- Identificar o comportamento específico da criança que está associado a cada atividade e rotina;
- Prestar atenção especial ao comportamento da criança, como pontos fortes, interesses e preferências, que são utilizados para interagir com pessoas e materiais;
- Reconhecer o papel do comportamento adulto e dos materiais nas atividades e rotinas, estimulando a participação da criança em diferentes contextos;
- Utilizar todas as informações mencionadas acima para promover a participação da criança em atividades e rotinas que ofereçam o maior número possível de oportunidades de aprendizado diário (ECPC, 2018, tradução nossa).

Práticas autênticas de avaliação infantil têm maior probabilidade de resultar em uma melhor compreensão de:

- Comportamento infantil usado para iniciar interações com outras pessoas e materiais;
- Identificar os pontos fortes específicos da atividade e da rotina da criança e comportamento funcional;
- O comportamento infantil da vida real e as habilidades usadas para afetar as respostas de pessoas e materiais ;
- Identificar quais atividades e rotinas fornecem as fontes mais ricas de oportunidades de aprendizagem infantil (ECPC, 2018, tradução nossa).

Lista de verificação de práticas autênticas de avaliação infantil

1. Use como uma lista de lembretes para “ter em mente” as principais características das práticas;
2. Use a lista de verificação para observar duas ou três crianças em quatro ou cinco atividades e rotinas diferentes para identificar quais atividades para as quais as crianças estão associadas a comportamentos e ações infantis semelhantes e diferentes;

3. Juntamente com um colega, observe a mesma criança em quatro ou cinco atividades diferentes. Compare suas observações com as de seu parceiro de aprendizagem para identificar semelhanças e diferenças em quais comportamentos infantis foram observados em quais atividades;
4. Entreviste um pai ou professor da pré-escola para melhorar sua capacidade de obter descrições de quais atividades cotidianas estão associadas a qual comportamento infantil (ECPC, 2018, tradução nossa).

O Plano Individual de Intervenção Precoce na Infância (PIIP)

O PIIP desempenha um papel central em toda a intervenção. Seu principal objetivo é promover a colaboração entre profissionais e famílias, trabalhando em equipe para identificar objetivos de intervenção e mobilizar recursos que auxiliem as famílias a alcançar os objetivos que escolheram (SNIP, 2023).

O PIIP é um documento abrangente que contém informações coletadas sobre a situação familiar e da criança, registrando todos os passos da intervenção. Esse documento é elaborado em conjunto com as famílias, levando em consideração a avaliação realizada nos contextos naturais da criança e da família. Além de abordar as "preocupações", também são destacados os "pontos fortes" da criança e da família (SNIP, 2023).

Na Intervenção Precoce na Infância, emprega-se um instrumento de registro que pode ser encontrado pelos nomes:

- PIIP: Plano Individual de Intervenção Precoce, comumente nomeado em Portugal, termo utilizado pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), da Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP) e das Equipes Locais de Intervenção (ELI).
- PIAF: Plano Individual de Apoio à Família, foi substituído pelo Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP).

Com a promulgação do Decreto-Lei n.º 281/2009, em 6 de outubro de 2009, em Portugal, o Plano Individual de Apoio à Família (PIAF) passou a ser denominado como Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP). Ele tem a finalidade de avaliar a criança no contexto familiar e estabelecer medidas e ações a serem implementadas, garantindo assim uma transição adequada ou complementaridade entre serviços e instituições.

Este plano, elaborado em conjunto pela família e profissionais, revisa a informação coletada e compartilhada anteriormente, sendo então sintetizado em um plano de intervenção individual. Esse plano propõe estratégias, objetivos, recursos e atividades para apoiar o desenvolvimento e a participação da criança, tendo como foco principal o auxílio à família (Esteves, 2018).

O PIIP desempenha um papel fundamental ao fornecer um plano claro para garantir que a intervenção seja eficaz e permita que a criança faça o máximo de progresso possível. É essencial realizar avaliações anuais dos resultados da Intervenção Precoce, levando em consideração as opiniões da família e dos profissionais que apoiam a criança. Essas avaliações ajudam a determinar se as metas estabelecidas foram alcançadas, identificar avanços realizados e propor novas metas (Gronita *et al.*, 2008 *apud* Esteves, 2018).

O PIIP deve ser um instrumento organizador tanto para as famílias quanto para os profissionais envolvidos. Levando em consideração não apenas os problemas, mas também o potencial de desenvolvimento da criança. Além disso, o plano considera as alterações necessárias no ambiente para que esse potencial possa ser plenamente realizado (Esteves, 2018).

Participação da família na elaboração do Plano Individual de Intervenção Precoce na Infância

A participação da família na elaboração do Plano Individual de Intervenção Precoce na Infância (PIIP) é essencial por várias razões. Primeiramente, as famílias conhecem melhor a criança e possuem uma relação privilegiada de afeto com ela, o que é fundamental para o seu desenvolvimento. Além disso, é nas rotinas do dia a dia, com a família, que existem muitas oportunidades de aprendizagem. As famílias, com os apoios e recursos necessários, têm condições para promover o desenvolvimento da criança. O sucesso da intervenção depende do envolvimento da família, e é importante conhecer e promover, desde cedo, a inclusão e os direitos das crianças e suas famílias. A elaboração e implementação do PIIP tem por base a relação e colaboração da família (SNIP, 2023).

Objetivos da Intervenção Precoce na Infância (IPI)

Os objetivos da Intervenção Precoce na Infância (IPI) incluem apoiar as famílias para atingirem seus próprios objetivos, promover o envolvimento e a autonomia da criança nos contextos naturais, construir e apoiar as competências sociais da criança, proporcionar e preparar experiências de vida normalizadas para as crianças e famílias e prevenir a emergência de futuros problemas ou incapacidades. A IPI pode criar oportunidades para que todos os membros da família demonstrem e adquiram competências que consolidam o funcionamento familiar (Bailey; Wolery, 1992 p. 35; Carvalho *et al.*, 2016).

Empowerment¹

Capacitar as famílias é uma parte fundamental do PIIP, pois isso promove um sentido claro de controle e domínio sobre os aspectos importantes do funcionamento familiar. O Plano Individual de Intervenção Precoce serve essencialmente para transpor a prática de todos os princípios de uma abordagem centrada na família, orientando a intervenção. Define uma relação de colaboração entre a família e os profissionais, no âmbito da qual a família conduz a intervenção, considerando que suas preocupações e prioridades são reconhecidas e respeitadas. O PIIP corresponde a todo o processo que se inicia com os primeiros contatos entre a família e os profissionais e que conduz à sua elaboração e implementação.

Para que serve o Plano Individual de Intervenção Precoce?

Serve essencialmente para transpor a prática de todos os princípios de uma abordagem centrada na família, orientando a intervenção.

O PIIP é definido enquanto processo, pois define uma relação de colaboração entre a família e os profissionais, no âmbito da qual a família é quem conduz a intervenção tendo em conta que as suas preocupações e prioridades são reconhecidas e respeitadas. Corresponde a todo o processo que se inicia com os primeiros contatos entre a família e os profissionais e que vai conduzir à sua elaboração e implementação.

O PIIP é também definido como um documento, um guia de intervenção. É o suporte à implementação das práticas centradas na família e surge como instrumento privilegiado e como expoente máximo no objetivo base de empowerment da família. É um instrumento dinâmico elaborado em conjunto, pela família e profissionais.

O PIIP deve ser claro e perceptível para as famílias e os profissionais, utilizando um equilíbrio entre a linguagem técnica e as características socioculturais e linguísticas da família. Deve sintetizar toda a informação recolhida pelos profissionais em colaboração com a família, sistematizando a definição da intervenção de forma positiva, flexível e aberta, permitindo a sua (re)adequação e (re)formulação sistemática (Direção, 2020).

Definição dos Objetivos e Estratégias para o IPI

De acordo com a definição de estratégias do PIIP, apresentada pelo Direção (2020), o profissional de Intervenção Precoce na Infância (IPI) deve:

¹ Autoridade, dar poder.

- Colaborar com a Família: trabalhar com a família para determinar formas de alcançar os objetivos previamente definidos; revisar as capacidades, recursos e suporte identificados e partilhados pela família.
- Desenvolver Estratégias Adequadas: refletir sobre as estratégias mais adequadas para atender às necessidades da criança e da família; ser tão detalhado quanto necessário, conforme as demandas da família; identificar apoios técnicos que complementem as necessidades identificadas; apresentar oportunidades imediatas de sucesso; estabelecer prioridades claras e bem definidas.

Na definição dos objetivos do PIIP, eles devem ser:

- Baseados em Comportamentos Observáveis: focados em ações mensuráveis e visíveis.
- Claros e Compreensíveis: todos os envolvidos devem entender os objetivos claramente.
- Completos: precisamente delimitados para definir exatamente o que se pretende alcançar.
- Sucintos: descritos em poucas palavras para facilitar a compreensão e a memorização.

Quem pode participar na elaboração deste Plano?

A participação de diversos membros da família e de profissionais relevantes é fundamental para a elaboração eficaz do PIIP, garantindo que todas as informações são compreendidas e que há uma colaboração contínua e produtiva (Carvalho *et al.*, 2016). Dessa forma, podem participar da elaboração:

- A família da criança;
- Outros elementos da família ou das suas relações que considerem importantes para a concretização do PIIP;
- O mediador de caso (profissional);
- Profissionais ou pessoas que se considerem relevantes para a implementação do PIIP;
- Creche/ Escola;
- Profissionais de outros serviços.

Após a escolha dos participantes na reunião de PIIP, o profissional (mediador de caso) deverá tomar a iniciativa de mediar a ligação entre todos os presentes, clarificar os diversos papéis e sublinhar a importância do envolvimento de cada um dos participantes, encorajando a participação e partilha, facilitando a comunicação entre todos e assegurando-se que todos compreendem as informações que são partilhadas. O papel do mediador de caso fundamental e a sua atenção a estes aspetos pode, nesse momento, fazer toda a diferença (Carvalho *et al.*, 2016).

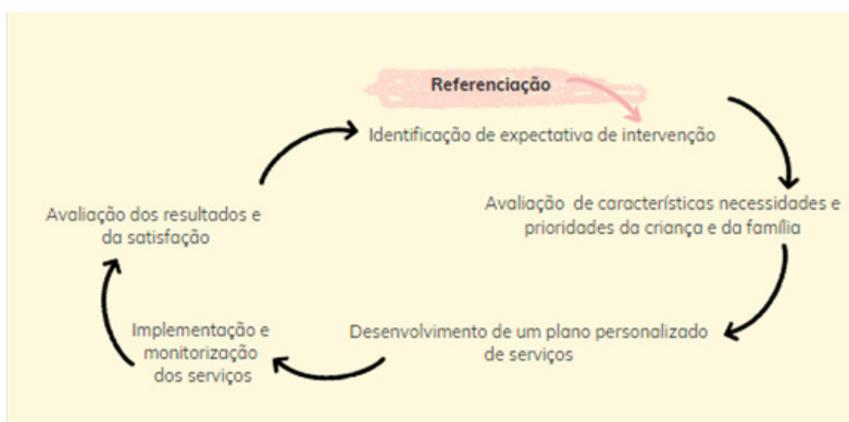
No PIIP devem constar, no mínimo, os seguintes elementos:

- a) Identificação dos recursos e necessidades da criança e da família;
- b) Identificação dos apoios a prestar;

- c) Indicação da data do início da execução do plano e do período provável da sua duração;
- d) Definição da periodicidade da realização das avaliações, realizadas junto das crianças e das famílias, bem como do desenvolvimento das respectivas capacidades de adaptação;
- e) Procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o contexto educativo formal, nomeadamente o escolar (Brasil, 2009).

O ciclo de intervenção e as práticas de ajuda eficaz

Figura 1 - Ciclo de intervenção

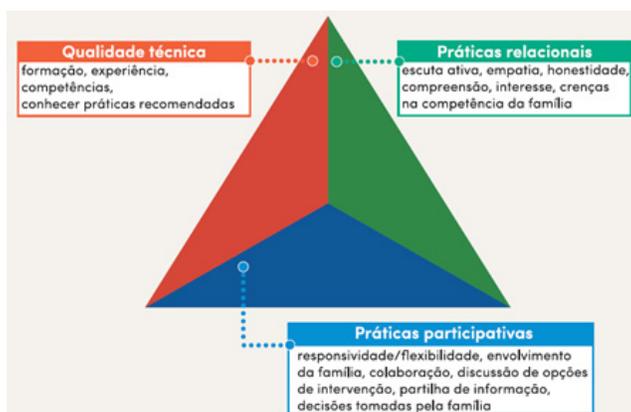


Fonte: imagem elaborada pelas autoras com informações retiradas de Lança (2021).

- Referenciação: comunicação e formalização aos serviços de IPI a situação de crianças e suas famílias no sentido de se encontrarem respostas adequadas.
- Primeiros contatos: identificação das expectativas da família em relação à intervenção.
- Avaliação em IPI: identificar preocupações, prioridades e recursos da família, conhecer as competências funcionais das crianças e as características dos contextos.
- Desenvolvimento do PIIP: estabelecer um compromisso e definir objetivos, atividades e recursos que apoiem as expectativas e as necessidades da família e da criança.

O que é prática de ajuda eficaz?

Figura 2 - Componentes de ajuda eficaz



Fonte: Carvalho *et al.* (2016).

As práticas de ajuda eficazes dentro do campo da da IPI podem levar às famílias condições de empoderamento, capacitando-as para lidar com as situações enfrentadas no processo vivenciado. São três os componentes dessas práticas referenciados pela literatura.

Componentes de qualidade técnica: Saberes especializados do profissional (formação, experiência, competência) utilizados em benefício das crianças e famílias (Carvalho *et al.*, 2016).

Componentes de práticas relacionais: Práticas ligadas aos aspectos relacionais da ajuda, que constroem e fortalecem as relações – escuta ativa e reflexiva, empatia, autenticidade, credibilidade, compreensão, mostrar-se amigável e interessado. Inclui as representações do profissional, ou seja, as suas crenças acerca das competências da família e da sua capacidade para se tornar capaz de lidar de forma eficaz com situações, preocupações e desejos do dia a dia (Carvalho *et al.*, 2016).

Componentes de práticas participativas: Práticas que apoiam a escolha informada e a participação da família. Fortalecem a competência da família para promoverem novas capacidades e influenciam positivamente o grau de controle que a família experimenta no seu desenvolvimento familiar. São as que distinguem uma abordagem centrada na família de outro tipo de abordagens. Tornam as práticas centradas na família únicas, realçando a família como participante ativa no processo de alcançar os seus objetivos. Essencialmente potenciam as competências da família ao invés de criar dependências (Carvalho *et al.*, 2016).

Revisão da informação

A revisão de toda informação compartilhada corresponde à primeira parte da reunião de elaboração do PIIP e será registrada na primeira parte do documento do plano PIIP (Carvalho *et al.*; Lança, 2021). Envolve os seguintes elementos:

- Família: preocupações, prioridades, e recursos
- Criança: características, capacidades e necessidades funcionais dos seus contextos e rotinas diárias.

Figura 3 - Passos da elaboração do PIIP



Fonte: Carvalho *et al.* (2016).

Em cada encontro entre a família e o profissional, partilham-se informações e discutem-se opções de intervenção.

O PIIP será o reflexo de uma intervenção centrada na família, que começa a ganhar forma logo nos primeiros contactos e se vai consolidando ao longo da avaliação. Tudo parece fácil, mas exige essencialmente uma mudança de atitudes e de práticas do profissional de intervenção precoce (Carvalho, 2004 *apud* Carvalho *et al.*, 2016).

Construindo o PIIP

Carvalho *et al.* (2016) descrevem que os objetivos no PIIP vão ser úteis a múltiplas pessoas, em diversos momentos do dia, ao longo das rotinas e atividades normais. Dessa forma também é importante que sejam definidos de forma rigorosa, ou seja:

- Objetivo - baseando -se em comportamentos observáveis;
- Claro - sendo entendidos por todos da mesma forma;
- Completo - delimitando exatamente o que está incluído nesse objetivo;
- Conciso - descritos em poucas palavras.

Como o PIIP é um documento, deve conter o registro de toda a informação e o registro do plano ou programa detalhado.

Primeira parte - Informação geral: relativa ao registro obtido através da revisão e resumo da informação obtida em todos os momentos anteriores (primeiros encontros e avaliação), reunindo informações sobre a criança e a família:

- Lista dos apoios naturais, recursos e pontos fortes/ forças da família;
- Capacidades e necessidades funcionais da criança;
- Preocupações e prioridades da família.

Segunda parte - O plano de trabalho: definição dos objetivos funcionais para a criança e a família, respectivas estratégias e recursos para alcançar, incluindo critérios, procedimentos e datas previstas.

Deverá referir:

- A família: preocupações, prioridades e recursos;
- A criança: características, capacidades, necessidades funcionais, dos seus contextos e rotinas diárias.

Carvalho *et al.* (2016) nos dizem que os objetivos de intervenção constantes no PIIP devem partir daquilo que a família deseja como mudança e baseia se no resumo de toda informação partilhada. Devem transformar as necessidades e preocupações em objetivos de intervenção. Devem identificar preferências de apoio e estratégias de intervenção.

Questões chave para a identificação de estratégias de intervenção:

- **Quem vai fazer o quê?** (pessoas envolvidas)

Quem serão as pessoas mais apropriadas para apoiar cada resultado pretendido? Pessoas chave (pais, babá, mediador de caso, amigos, vizinhos, irmãos, serviços), eventuais barreiras, que tipo de apoio, papel de cada um.

- **Onde e como** será feito? (procedimentos, apoio e contextos)
- **Como?**

Como vamos avaliar? (critérios)

Quais atividades podem dar mais suporte para cada objetivo? Quais rotinas, oportunidades e aprendizagem e generalização, atividades, etc.

- **Onde?**

Quais locais são mais apropriados para cada mudança? Conhecer a prática habitual desse contexto e de que forma esta poderá contribuir para essa mudança, considerar possíveis adaptações para alcançar os objetivos, etc.

- **Quando?** (duração/frequência)

Objetivo funcional

Visam uma maior participação das crianças nas rotinas e clarificam a razão pela qual é importante que sejam trabalhados.

Os objetivos devem ser específicos, holísticos, mensuráveis, alcançáveis e, sobre-tudo, ter significado relevante para a vida diária, promovendo oportunidades de aprendizagem nos contextos naturais da criança, assegurando a sua funcionalidade e participação (Carvalho *et al.*, 2016).

Objetivos que assegurem a funcionalidade e a participação da criança:

- Inseridos nos contextos e rotinas;
- Que especificam o que a criança e a família vão fazer;
- Que vão ao encontro das preocupações da família e/ou de outros cuidadores (Carvalho *et al.*, 2016).

McWilliam (2010) aponta cinco critérios para definir os objetivos funcionais:

1. Refletem as prioridades da família;
2. São úteis e têm significado;
3. Refletem situações de vida real;
4. Não usam jargão profissional;
5. São mensuráveis.

Algumas perguntas possíveis para ajudar no entendimento:

O que desejaria ver mudado como resultado da intervenção?” ou *“O que gostaria que mudasse ou que acontecesse de forma diferente?*

Transformar as preocupações e necessidades em objetivos de intervenção é importante para:

- Facilitar a comunicação e concordância;
- Monitorizar os progressos;
- Avaliar a eficácia da intervenção;
- Melhorar a participação da criança em atividades com significado (e não descon-textualizados);
- Aumentar as oportunidades naturais de aprendizagem e desenvolvimento;
- Fortalecer as rotinas que já ocorrem naturalmente como parte da vida diária da criança e família;
- Que a família perceba e compreenda que as estratégias usadas para alcançar os objetivos valem a pena, pois levam a mudanças práticas na vida da criança e da família (Carvalho *et al.*, 2016).

O PIIP deve ser centrado na individualidade da família.

Segundo Carvalho *et al.* (2016, p. 172), o documento do PIIP:

Define o “contrato” celebrado entre a família e o profissional para dar corpo ao que a família quer como intervenção para si e para seu filho devendo constituir se como um documento funcional com utilidade para a família e profissionais.

A construção e desenvolvimento do Plano Individual de Intervenção Precoce desempenha um papel crucial na implementação de práticas centradas na família.

Considerações finais

Este capítulo destaca a importância da avaliação da criança numa perspectiva centrada na família, fundamental para a Intervenção Precoce na Infância (IPI). A avaliação inicial e contínua, realizada com a participação ativa dos familiares, permite identificar pontos fortes e áreas que necessitam de apoio, garantindo intervenções individualizadas. A abordagem autêntica, que observa o comportamento da criança em contextos naturais, facilita a elaboração de um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) que responde às particularidades da criança e de sua família. O PIIP é um documento dinâmico, claro e acessível, que define estratégias de intervenção baseadas nas prioridades das famílias.

A participação ativa das famílias é crucial para o sucesso da IPI, pois elas oferecem *insights* valiosos que moldam a intervenção de forma mais eficaz e relevante. A colaboração contínua entre famílias e profissionais fomenta uma relação de confiança e apoio mútuo, essencial para o progresso da criança. A abordagem flexível e adaptável na elaboração e implementação do PIIP permite ajustes conforme as necessidades evoluem, assegurando intervenções relevantes e eficazes que promovem o desenvolvimento ótimo da criança em seus contextos naturais.

Referências

- BAILEY, D. B.; WOLERY, M., **Teaching infants and preschoolers with disabilities**. 2nd ed.. New York: Merrill Publishing Company, 1992.
- BRASIL. DECRETO-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro, **Diário da República**, 1.ª série - N.º 193 - 6 de Outubro de 2009. Disponível em: https://www.seg-social.pt/documents/10152/13169/DL_281_2009/3c896a8c-7662-46f8-83a7-7a9d90dce4bd/3c896a8c-7662-46f8-83a7-7a9d90dce4bd. Acesso em: 20 jun. 2023.
- CARVALHO, L. *et al.* **Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na infância**. Um guia para profissionais. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016.
- DIREÇÃO-GERAL DA EDUCAÇÃO. Ministério da Educação. **Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP)**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=QOJI-gTtNKA>. Acesso em: 20 jun. 2023.

EARLY CHILDHOOD PERSONNEL CENTER - ECPC. **Authentic child assessment practices**. Disponível em: <https://ecpcprofessionaldevelopment.decspe.org/authentic-child-assessment-practice-guide/> Acesso em: 22 jul. 2024.

ESTEVES, V. L. L. **Intervenção Precoce na Infância: da abordagem centrada na família às práticas**. Dissertação (Mestrado em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor) – Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Educação de Viseu, Viseu, novembro, 2018.

GRONITA, J.; PIMENTEL, J. S.; MATOS, C.; BERNARDO, A. C.; MARQUES, J. D. **Boas Práticas na Intervenção Precoce**. Os nossos filhos são... diferentes. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian., 2008.

LANÇA, C. Formação "Desenvolvimento do PIIP" realizado pela Associação Nacional de Intervenção Precoce - ANIP, PIIP - Plano Individual de Intervenção Precoce implementação das práticas centradas na família, realizado em junho de 2021.

MCWILLIAM, R. A. **Routines based early intervention: Supporting young children and their families**. Baltimore, MD: Paul H. Brookes, 2010.

PAIVA, C. S. C. S. **Contributos da EBR e do Ecomapa na construção do PIIP e na avaliação autêntica centrada na família: perspetivas dos profissionais das ELI´S**. Dissertação (Mestrado em Educação Especial, Área de especialização em Intervenção Precoce) – Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2023.

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção precoce. Disponível em: <https://snipi.gov.pt/familias#no-back>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BIOGRAFIA

ORGANIZADORAS E AUTORAS

PATRÍCIA CARLA DE SOUZA DELLA BARBA



Terapeuta Ocupacional, Mestre e Doutora em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Pós-Doutorado em Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga, Portugal (2014); Pós-Doutorado na Universidad Católica de Valencia, Espanha (2022-2023). Docente Associado do departamento de Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Líder do Grupo de Pesquisa do CNPq: Terapia Ocupacional e Atenção Integral à Infância. Membro da Red Iberoamericana de Atención Temprana e da Academia Latinoamericana de Desarrollo Infantil y Discapacidad - Atención Temprana. Coordenadora do curso de especialização pela UFSCar, Intervenção Precoce na Infância: Práticas Centradas nas Famílias e nos Contextos Naturais.

E-mail: patriciabarba@ufscar.br

LUCIANA BOLZAN AGNELLI MARTINEZ



Terapeuta Ocupacional graduada pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com Aperfeiçoamento Profissional pela Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD-SP) e Formação no Conceito Neuroevolutivo Bobath. Especialista em Tecnologia Assistiva pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG). Especialista em Terapia da Mão pela UFSCar. Mestre em Terapia Ocupacional, pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional (PPGTO) da UFSCar. Doutora em Ciências, com ênfase em Inovação, Tecnologia Assistiva e Recursos Terapêuticos, pelo Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia da Universidade de São Paulo (EESC/FMRP/IQSC – USP). Professora Adjunta do departamento de Terapia Ocupacional e pesquisadora credenciada ao PPGTO (UFSCar).

E-mail: luagnelli@ufscar.br

AUTORAS

ANA CELIA NUNES-CECCON



Terapeuta Ocupacional, Mestre e Doutora em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com Certificação Internacional em Integração Sensorial de Ayres pela CLASI (The Collaborative for Leadership in Ayres Sensory Integration). Fez estágio em Intervenção Precoce Centrada na Família no Centro de Atención Temprana y Educación Infantil L'Alqueria, da Universidade Católica de Valência, em Valência, Espanha, e atualmente atua como docente do curso de Pós-Graduação Intervenção Precoce na Infância: Práticas Centradas na Família e em Contextos Naturais do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar; como pesquisadora CNPq no Grupo de pesquisa Terapia Ocupacional e Atenção Integral à Infância e como Diretora Executiva e Responsável Técnica na Clínica Eficiência Saúde, Ensino e Pesquisa.

E-mail: profa.anacelianunes@gmail.com

ANA CLAUDIA MORON BETTI



Terapeuta Ocupacional pela Universidade de Sorocaba. Aprimoramento Profissional em Terapia Ocupacional na Atenção Psicossocial pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Faculdade de Medicina de Botucatu. Mestre e Doutoranda em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Membro do grupo de pesquisa do CNPq: Terapia Ocupacional e Atenção Integral à Infância. Certificado Internacional em Integração Sensorial de Ayres pela University of Southern California (USC), Formação no Conceito Neuroevolutivo pela Aconbopath. Formação técnica em Música e formação (em andamento) em Musicoterapia. Atua como terapeuta ocupacional na Secretaria Municipal de Educação de Sorocaba e na clínica com atendimento a crianças e famílias.

E-mail: anaclaudia.betti@gmail.com

ANDRÉA PEROSA SAIGH JURDI



Terapeuta Ocupacional, Mestre e Doutora em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Pós-Doutorado em Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga, Portugal (2018-2019). Líder do Grupo de Pesquisa do CNPq: Infância, Educação e Saúde. Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professora credenciada nos Programas de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, modalidade profissional e Interdisciplinar em Ciências da Saúde, da Unifesp. Desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão nas áreas da infância, intervenção precoce e educação inclusiva.

E-mail: a.jurdi@unifesp.br

BRUNA PEREIRA RICCI



Terapeuta Ocupacional, Mestre e Doutora em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Membro do grupo de pesquisa do CNPq: Terapia Ocupacional e Atenção Integral à Infância, Membro da International Society on Early Intervention e da Associação Brasileira de Integração Sensorial (ABIS). Certificado Internacional em Integração Sensorial de Ayres pela University of Southern California (USC). Experiência em atuação clínica de terapia ocupacional com abordagem de Integração Sensorial de Ayres (ISA) e no atendimento de crianças e adolescentes em Serviços de Acolhimento Institucional (SAICA). Desenvolve atividades de ensino e pesquisa nas áreas da saúde da criança e intervenção precoce na infância.

E-mail: brunamarini_to@yahoo.com.br

CARINA SOUSA ELIAS



Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) em 2008. Habilitação no Programa Son-Rise para crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (2011). Especialização em Terapia Ocupacional em Saúde Mental pela Faculdade de Ciências da Saúde (FACIS) em 2012. Habilitação no Conceito Neuroevolutivo Bobath para o tratamento de pessoas com condições neurológicas (2012). Mestrado pelo PPGTO - UFSCar (Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional) de 2020 a 2022, e Doutorado em andamento com início em 2022. Atuação como Terapeuta Ocupacional na Fundação Municipal Anne Sullivan (São Caetano do Sul/SP) por 13 anos em atendimento clínico (em solo e Terapia Ocupacional Aquática) (2010 a 2023), e atendimento educacional no Núcleo de Apoio à Educação Inclusiva.

E-mail: carinasousaelias@yahoo.com.br

CARLA CILENE BAPTISTA DA SILVA



Terapeuta Ocupacional, Mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Doutora em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP). Pós-Doutorado em Educação, Universidade de Aveiro, Portugal (2015-2016). Tutora do Programa de Educação Tutorial (PET - MEC) em Saúde da Criança. Professora Associada do Curso de Terapia Ocupacional, Departamento Saúde, Educação e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professora credenciada nos Programas de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, modalidade profissional e Interdisciplinar em Ciências da Saúde, da Unifesp. Desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão nas áreas da saúde da criança, intervenção precoce na infância, educação inclusiva e educação interprofissional em saúde.

E-mail: carla.silva@unifesp.br

CINDY PASSETI DA COSTA VIDA



Terapeuta Ocupacional, Doutoranda e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Campus Baixada Santista. Formação em Intervenção Precoce - ANIP - Associação Nacional de Intervenção Precoce, Coimbra, Portugal. Pós-graduação em Terapia Ocupacional - Uma visão dinâmica em neurologia. Aperfeiçoamento Prático de Terapia Ocupacional em Neuropediatria Ambulatorial e Enfermaria de Neonatologia no Centro de Reabilitação Lucy Montoro do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (USP). Atividades de ensino e pesquisa na área da intervenção precoce na infância - Práticas centradas na família e nos contextos naturais. Atuação como Terapeuta Ocupacional na área da Intervenção Precoce na Infância.

E-mail: cindy.vida@unifesp.br

MARIA IZABEL ALVES FELIX DA SILVA



Terapeuta Ocupacional pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Formação em Intervenção Precoce - ANIP - Associação Nacional de Intervenção Precoce, Coimbra, Portugal. Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Estágio Científico Avançado de Doutorado em Estudos da Criança, na especialidade de Educação Especial, Universidade do Minho, Braga, Portugal. Atuação nas áreas de terapia ocupacional, desenvolvimento infantil, intervenção precoce na infância, formação profissional (desenvolvimento profissional, perfil de competência), práticas recomendadas em intervenção precoce, práticas centradas na família e nos contextos naturais.

E-mail: mariaizabel.afelix@gmail.com

Nas últimas décadas, presenciamos, internacionalmente, importantes processos de transformação em políticas e sistemas voltados à **Intervenção Precoce**, direcionando esforços para melhorar a qualidade de vida das famílias, novas formas de entender suas necessidades e transformar as práticas dos profissionais para acessar evidências científicas que sustentem tais mudanças.

A partir de nossos estudos, disparamos um questionamento sobre as práticas de **Intervenção Precoce** no Brasil focadas, tradicionalmente, na reabilitação, em especialidades profissionais e nos déficits das crianças. Temos compartilhado, então, evidências científicas que apontam que, para haver melhor responsividade e progressão no desenvolvimento da criança, é necessária uma intervenção que priorize as competências das famílias para com suas crianças. Nessa perspectiva, existem as **Práticas Centradas na Família na Intervenção Precoce na Infância** definidas como uma forma sistemática de criar uma parceria com as famílias, que as tratam com dignidade e respeito, honram seus valores e escolhas e fornecem estratégias para promover sua capacidade de apoiar a aprendizagem da criança e o desenvolvimento em contextos naturais.

Diante disso, trazemos este livro e esperamos que ele seja de amplo acesso aos profissionais, famílias e pesquisadores, que encontrem aqui um suporte científico e profissional para ampliar o olhar para outras formas de investigar e atuar no campo da **Intervenção Precoce** no Brasil.

Profa. Dra. Patricia Carla de Souza Della Barba

