



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

LARISSA VENDRAMINI NUCCI

**CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA MONITORAMENTO DO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL: PERSPECTIVA DO MODELO DE
CONSTRUÇÃO DE CAPACIDADES CENTRADO NA FAMÍLIA**

São Carlos
2018

LARISSA VENDRAMINI NUCCI

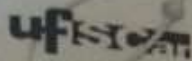
**CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA MONITORAMENTO DO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL: PERSPECTIVA DO MODELO DE
CONSTRUÇÃO DE CAPACIDADES CENTRADO NA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, na ocasião do Exame de Defesa, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional. Área de Concentração / Linha: Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional / Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos da Vida Diária

Orientadora: Profa. Dra. Profa. Dra. Patrícia Carla de Souza Della Barba.

Agência de fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

São Carlos
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

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

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa da Dissertação de Mestrado do candidato Larissa Vendramini Nucci, realizada em 28/02/2018.

Prof. Dra. Patricia Carla de Souza Della Barba
UFSCar

Prof. Dra. Gerusa Ferreira Lourenço
UFSCar

Prof. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Josquini
UFSCar

Prof. Dra. Ana Maria da Silva Pereira Henriques Serrano
UM

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter permitido que tudo isso acontecesse, não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos ao longo da minha vida, Ele está comigo e é o maior mestre que alguém pode conhecer.

Aos meus pais e avó pelos ensinamento e exemplos que, sem eles não chegaria ao meu objetivo de vida pessoal e profissional.

Ao meu noivo pelo companheirismo de todas as horas, principalmente nas mais estressantes.

A esta universidade, seu corpo docente, direção, administração e à CAPES que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

Agradeço a todos os professores, em especial a minha orientadora Patrícia, por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação, no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados, aos quais, sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

Aos amigos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu carinho, respeito e eterna gratidão!

RESUMO

Tradicionalmente, no Brasil, os cuidados prestados à criança apresentam tendências segmentadas com foco em ações corretivas e reabilitativas. Contudo, as recentes propostas políticas que abarcam a atenção integral à saúde da criança demonstra ser uma estratégia positiva para o monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento infantil no país. Apesar da relevância do tema, na literatura nacional encontram-se mencionados muitos fatores como responsáveis pelas lacunas acerca desta temática, destacando-se a falta de um sistema brasileiro para monitoramento do desenvolvimento infantil que possibilite a articulação dos setores para ações de promoção da saúde integral da criança. Alguns países têm encontrado respostas para essa temática, com um modelo baseado em práticas individualizadas de apoio às famílias, com atenção às suas necessidades e prioridades através de compartilhamento de informações, respeito pelas suas escolhas e sobretudo, estabelecem uma relação de parceria entre serviços e família de modo a contribuir para construção de competências da família para os cuidados com os seus filhos. O presente estudo tem por objetivo avaliar a proposta de um programa de capacitação profissional para monitoramento do desenvolvimento infantil com base no Modelo de construção de Capacidades Centrado na Família utilizados em programas de Intervenção Precoce em Portugal. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Os participantes selecionados são profissionais atuantes nos setores da saúde, educação e assistência social em serviços direcionados para ações de atenção à saúde da criança. O estudo foi desenvolvido em três etapas. A primeira propõe a identificação da equipe e o repertório de ações e serviços do município para acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento infantil; a segunda contempla a proposta de capacitação dos profissionais com conhecimentos teóricos e práticos acerca do Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família e a terceira etapa, a avaliação das repercussões da proposta de capacitação profissional pelos participantes. Os dados foram coletados por meio de ficha de identificação profissional, fluxograma e escalas para avaliação da proposta de capacitação – escala *likert* para avaliação da capacitação profissional e a Escala de Avaliação dos Serviços com Famílias em Contextos Naturais (*Finesse*). No programa de capacitação foram aplicados instrumentos específicos do Modelo, como Ecomapa, Entrevista Baseada nas Rotinas e Plano Individual de Intervenção Precoce. Os resultados obtidos na primeira etapa permitiram identificar os serviços e profissionais que compõem a equipe municipal para ações de monitoramento do DI com famílias de crianças em risco do desenvolvimento. A segunda etapa contou com a participação da prof. Dra. Ana Maria Serrano da Universidade Minho, Portugal e descreve detalhadamente o processo de capacitação dos profissionais para a compreensão dos instrumentos utilizados no modelo em estudo e apresenta a identificação das ações e serviços de monitoramento do desenvolvimento infantil da equipe municipal de atenção à criança. Os resultados da terceira etapa direcionam para uma avaliação satisfatória da proposta de capacitação profissional pelos participantes e apresentam uma análise comparativa das estratégias e práticas reais e ideais desenvolvidas nos serviços, com o propósito de identificar o quanto essas ações estão aproximadas da proposta das práticas centradas na família. Discute-se no presente estudo o quanto o modelo estudado responde às necessidades de um município brasileiro com estratégias de ações para monitoramento do desenvolvimento infantil.

Palavras chaves: monitoramento, desenvolvimento infantil, atenção integral, capacitação profissional, Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família

ABSTRACT

Traditionally, in Brazil, child care has segmented tendencies focused on corrective and rehabilitative actions. However, recent policy proposals that address comprehensive child health care show a positive strategy for monitoring and monitoring child development in the country. In spite of the relevance of the theme, many factors have been mentioned in the national literature as responsible for the gaps in this issue, highlighting the lack of a Brazilian system for monitoring child development that allows the articulation of the sectors for actions to promote integral health of child. Some countries have found answers to this theme, with a model based on individualized practices of support to families, with attention to their needs and priorities through sharing of information, respect for their choices and above all, establish a relationship of partnership between services and family in order to contribute to the construction of family skills to care for their children. The present study aims to evaluate the proposal of a professional training program to monitor child development based on the Family-Centered Capacity Building Model used in Early Intervention programs in Portugal. This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach. The selected participants are professionals working in the health, education and social assistance sectors in services directed to actions of attention to children's health. The study was developed in three stages. The first proposes the identification of the team and the repertoire of actions and services of the municipality to monitor and monitor child development; the second contemplates the proposal of training of professionals with theoretical and practical knowledge about the Family-Centered Capacity Building Model and the third stage, the evaluation of the repercussions of the proposal of professional training by the participants. The data were collected through a professional identification card, flowchart and scales for evaluation of the training proposal - Likert scale for the evaluation of professional qualification and the Family Service Evaluation Scale in Natural Contexts (Finesse). In the training program, specific instruments of the Model were applied, such as Ecomapa, Routine Based Interview and Individual Plan for Early Intervention. The results obtained in the first stage allowed identifying the services and professionals that compose the municipal team for actions of monitoring DI with families of children at risk of development. The second stage was attended by prof. Dr. Ana Maria Serrano from Minho University, Portugal, and describes in detail the process of training professionals to understand the instruments used in the study model and presents the identification of actions and services to monitor the child development of the municipal child care team. The results of the third stage lead to a satisfactory evaluation of the proposal of professional qualification by the participants and present a comparative analysis of the real and ideal strategies and practices developed in the services, in order to identify how these actions are close to the proposal of the practices centered in the family. It is discussed in the present study how the model studied responds to the needs of a Brazilian municipality with strategies for actions to monitor child development.

Keywords: monitoring, child development, comprehensive care, professional training, Family-Centered Capacity Building Model

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Níveis de evidência de um trabalho em intersectorialidade.....	40
Quadro 2: Síntese das políticas públicas voltadas à infância.....	41
Quadro 3: Identificação dos serviços representados na capacitação profissional.....	46
Quadro 4: Identificação dos participantes da capacitação profissional dos serviços do setor de saúde	47
Quadro 5: Identificação dos participantes da capacitação profissional dos serviços do setor de assistência e desenvolvimento social.....	49
Quadro 6: Identificação dos participantes da capacitação profissional dos serviços do setor de educação.....	50
Quadro 7: Resumo do instrumento <i>Finesse</i>	56
Quadro 8: Características associadas a planos de intervenção úteis e executáveis.....	62
Quadro 9: Proposta do programa de capacitação profissional.....	63
Quadro 10: Síntese do Primeiro Encontro da Capacitação Profissional.....	64
Quadro 11: Síntese do Segundo Encontro da Capacitação Profissional.....	65
Quadro 12: Síntese do Terceiro Encontro da Capacitação Profissional.....	66
Quadro 13: Síntese do Quarto Encontro da Capacitação Profissional	66
Quadro 14: Temas e referenciais teóricos para elucidar as práticas centradas na família....	68
Quadro 15: Descrições das temáticas de grupo sobre necessidades da família.....	69
Quadro 16: Referenciais teóricos e definições utilizados para abordagem da EBR.....	73
Quadro 17: Resumo do referencial teórico para elucidar os objetivos funcionais.....	74
Quadro 18: Características associadas ao plano de intervenção precoce.....	80
Quadro 19: Resumo caso “Luis”	81
Quadro 20: Construção dos Objetivos Funcionais caso “Luis”	82
Quadro 21: Fórmula para cálculo do ranking médio.....	86
Quadro 22: Organização da coleta de dados.	87
Quadro 23: Síntese de pontuação do <i>Finesse</i>	109
Quadro 24: Comparações mais expressivas dos resultados estatísticos entre práticas típicas e ideais pré e pós-testes para o 1º Componente do instrumento.....	111
Quadro 25: Comparações mais expressivas dos resultados estatísticos entre práticas típicas e ideais pré e pós-testes para o 2º Componente do instrumento.....	113
Quadro 26: Comparações mais expressivas dos resultados estatísticos entre práticas típicas e ideais pré e pós-testes para o 3º Componente do instrumento.....	119

Quadro 27: Comparações mais expressivas dos resultados estatísticos entre práticas típicas e ideais pré e pós-testes para o 4º Componente do instrumento.....122

Quadro 28: Comparações mais expressivas dos resultados estatísticos entre as práticas típicas pré e pós teste para os participantes que atuaram no acompanhamento das famílias.
.....127

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de Desenvolvimento Sistêmico para a Intervenção Precoce	20
Figura 2: Esquemas de serviços de estimulação precoce no Brasil.....	27
Figura 3: Linhas de cuidado na atenção básica para crescimento e desenvolvimento da criança.....	30
Figura 4: Organograma do Programa Primeira Infância Melhor (PIM).....	36
Figura 5: Ficha de identificação profissional anexada ao instrumento <i>Finesse</i>	52
Figura 6: Critérios Básicos para a Elaboração do Fluxograma	53
Figura 7: Representações gráficas do ecomapa	58
Figura 8: Ilustração das práticas centradas na Família.....	67
Figura 9: Legenda para caracterização das conexões de apoio	69
Figura 10: Modelo de Ecomapa apresentado na capacitação profissional.....	71
Figura 11: Ficha da síntese da EBR.....	75
Figura 12: Produto desenvolvido pelo setor de saúde para descrever como se dá a articulação da rede	92
Figura 13: Produto desenvolvido pelo setor de educação para descrever como se dá a articulação da rede	94
Figura 14: Produto desenvolvido pelo setor de assistência e desenvolvimento social (CRAS/CREAS) para descrever como se dá a articulação da rede	97
Figura 15: Produto desenvolvido pelo setor de assistência e desenvolvimento social (Instituição de Acolhimento/Conselho Tutelar) para descrever como se dá a articulação da rede	99
Figura 16: Síntese das ações já desenvolvidas no município.....	102

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Resultado da Avaliação dos Encontros da Capacitação Profissional.....	104
Gráfico 2: Relação do número de participantes que preencheram o pré-teste	108
Gráfico 3: Relação do número de participantes que preencheram o pós-teste.....	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS** - Agente Comunitário de Saúde.
- APAE** – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.
- CEI** – Centro de Educação Infantil.
- CIEd** – Centro de Investigação em Educação.
- CONANDA** - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.
- CRAS** – Centro de Referência em Assistência Social.
- CREAS** – Centro de Referência Especializado em Assistência Social.
- CSC** - Caderneta de Saúde da Criança.
- DI** - Desenvolvimento Infantil.
- EBBS** - Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis.
- EBR** - Entrevista Baseada nas Rotinas.
- ECA** - Estatuto da Criança e do Adolescente.
- ESF** - Estratégias da Saúde da Família.
- FAPESP** - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.
- FINESSE** - *Families in Natural Environments Scale of Service Evaluation*.
- FMCSV** - Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.
- GTM** - Grupo Técnico Municipal.
- IP** - Intervenção Precoce.
- IPPI** - Índice Paulista da Primeira Infância.
- LBD** - Lei de Diretrizes e Bases da Educação.
- NASF** – Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
- NEE** - Necessidades Educacionais Especiais.
- PDF** - *Portable Document Format*
- PIIP** - Plano Individualizado de Intervenção Precoce.
- PIM** - Primeira Infância Melhor.
- PNAISC** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.
- PSE** - Programa Saúde na Escola.
- RNPI** - Rede Nacional pela Primeira Infância.
- RS** - Rio Grande do Sul.
- SEEC** – Secretaria de Educação e Cultura.
- SMDI** - Sistema piloto de Monitoramento do Desenvolvimento Infantil.
- SUAS** - Sistema Único de Assistência Social.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCLE – Termo de consentimento Livre Esclarecido.

USF – Unidade Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1. Monitoramentos do Desenvolvimento Infantil: Contribuições Internacionais	18
2.2. Evolução das Formas de Assistência à Criança no Brasil	24
2.3. Monitoramento do Desenvolvimento Infantil: Novas Perspectiva de Cuidado	32
2.4. Atenção Integral à Saúde da Criança: Avanços nas Políticas Públicas e consolidação dos programas.	38
3. OBJETIVOS.....	43
3.1. Objetivo Geral.....	43
3.2. Objetivos Específicos.	44
4. METODOLOGIA.....	44
4.1. Caracterização do Estudo	44
4.2. Local	44
4.3. Participantes	45
4.3.1. Seleção dos Participantes.....	46
4.4. Instrumentos de coleta de dados.....	51
4.5. Procedimento de Coleta de dados.....	57
4.5.1. Considerações Éticas.	57
4.5.2 Identificação da equipe do município que atua no monitoramento do desenvolvimento infantil	57
4.5.3 Descrição do programa de capacitação profissional à luz do Modelo de Construção de Capacidades Centradona Família	58
4.5.4 Procedimento de coleta de dados da avaliação da capacitação profissional	85
4.6. Análise de dados.....	86
5. RESULTADOS	88
5.1. Composição da equipe do município que atua no monitoramento do desenvolvimento infantil.....	88
5.2 Identificação das ações e serviços de monitoramento do desenvolvimento infantil da equipe municipal deatenção à criança.....	91

5.3 Avaliação do Programa de Capacitação profissional para monitoramento do DI, na perspectiva dos profissionais participantes	104
5.3.1 Análise da avaliação dos Encontros da Capacitação Profissional, na perspectiva dos participantes	104
5.3.2 Resultado comparativo da aplicação do <i>Finesse</i> - pré e pós capacitação profissional - práticas típicas e ideais dos serviços.....	106
5.3.3 Resultados comparativos da aplicação do <i>Finesse</i> dos profissionais que atuaram diretamente com as famílias do município.....	126
6. DISCUSSÃO	132
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.	139
REFERÊNCIAS	141
APÊNDICES	150
Apêndice 1: Versão completa do caso “Lúis”.....	150
Apêndice 2: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 1 a 3 (pré-teste)	151
Apêndice 3: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 1 a 3 (pós-teste)	152
Apêndice 4: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 4 a 6 (pré-teste)	153
Apêndice 5: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 4 a 6 (pós-teste)	154
Apêndice 6: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 7 a 9 (pré-teste)	155
Apêndice 7: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 7 a 9 (pós-teste)	156
Apêndice 8: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 10 e 11 (pré-teste)	157
Apêndice 9: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 10 e 11 (pós-teste)	158
Apêndice 10: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 12 e 13 (pré-teste)	159
Apêndice 11: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 12 e 13 (pós-teste)	160

Apêndice 12: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 14 e 15 (pré-teste)	161
Apêndice 13: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 14 e 15 (pós-teste)	162
Apêndice 14: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 16 e 17 (pré-teste)	163
Apêndice 15: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 16 e 17 (pós-teste)	164
Apêndice 16: Comparações estatísticas das práticas típicas pré e pós teste para os participantes que continuaram a formação profissional na Etapa IV	165
Apêndice 17: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	166
Apêndice 18: Escala <i>Likert</i> para avaliação dos encontros da capacitação profissional	168
ANEXOS	169
Anexo 1: Parecer substancial do CEP	169

1. INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta uma trajetória positiva com relação a promoção dos cuidados na primeira infância. Seu reconhecimento se dá por avanços significativos na implementação de políticas públicas voltadas para a saúde da criança, como também através de programas que articulam parcerias do setor público com iniciativa privada e organizações não governamentais (BRASIL, 2016; BRASIL, 2015; REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2015; HECKMAN, 2010).

Nessa perspectiva se destacam os projetos desenvolvidos pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) que visam gerar impacto e disseminar o conhecimento de modo a contribuir para evidências para boas práticas promotoras do desenvolvimento infantil (DI). As iniciativas da fundação são articuladas através de três grandes eixos: União de Esforços, Geração e Disseminação de Conhecimento e Mudança de Realidades (FMCSV, 2015).

Em 2009, a FMCSV propõe a implantação de estratégias e metodologias inovadoras para promoção da saúde na primeira infância. Com destaque para a parceria firmada com o Estado de São Paulo através do Programa São Paulo Primeiríssima Infância (SPPI). A adesão consiste em desenvolver estratégias para ações de promoção do DI na primeira infância com base nas premissas da intersetorialidade, envolvendo setores da saúde, educação e assistência social, capacitação profissional e monitoramento sistematizado do DI (FMCSV, 2015).

Nesse contexto, o presente estudo aparece como um recorte de um projeto maior que se insere no campo da atenção integral ao Desenvolvimento Infantil (DI) de crianças de zero a três anos e no âmbito das políticas públicas de atenção à infância. Sua composição faz parte de um projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP e pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, intitulado *Monitoramento do Desenvolvimento Infantil à luz do Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família* cujo objetivo visa propor e analisar um Sistema piloto de Monitoramento do Desenvolvimento Infantil (SMDI) com base no Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família, adotado em Portugal. Seu desdobramento se dá através de cinco etapas descritas por Della Barba (2015^a):

- ETAPA I – resultou na configuração de indicadores de monitoramento do desenvolvimento infantil (DI) com base nos pressupostos descritos pelas recentes políticas públicas voltadas a primeira infância.
- ETAPA II – através dos indicadores elencados na etapa anterior. Elaborou-se pelas pesquisadoras um instrumento de avaliação semiestruturada do tipo entrevista, aplicado nos municípios que compõe a regional de São Carlos no interior do Estado de São Paulo. A seleção dessa regional se deu por abarcar municípios que obtiveram resultados importantes nas dimensões avaliadas pela FMCSV, como foram classificados nos Grupos 5 e 6 segundo o Índice Paulista da Primeira Infância (IPPI), o que reflete uma alta capacidade dos municípios de promover o DI por meio do acesso aos serviços de saúde e educação voltados às crianças menores de seis anos. O município que atingiu os maiores indicadores nesta etapa foi selecionado para participar do estudo a seguir.
- ETAPA III – descreve a proposta do presente estudo, a qual contempla a capacitação profissional desenvolvida com a equipe local de vigilância do desenvolvimento infantil (saúde/ educação/ assistência social) do município selecionado na etapa anterior para atuar em ações de monitoramento do DI com base no Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família (*The Capacity-building Family Centered Model*, de Dunst e Trivette, 2009).
- ETAPA IV - Acompanhamento da aplicação do Sistema de Monitoramento do Desenvolvimento Infantil (SMDI) pelo município. O monitoramento da equipe de profissionais e das famílias se dará por meio da supervisão sistemática da aplicação do modelo proposto.
- ETAPA V - Na etapa cinco será analisado o Sistema de Monitoramento do Desenvolvimento Infantil (SMDI) junto às famílias e profissionais participantes da etapa anterior, através de nova aplicação do questionário elaborado na Etapa I, com objetivo de identificar quais critérios foram incorporados pela equipe, bem como as dificuldades e desafios dessa incorporação.

Para andamento da proposta do presente estudo, alguns procedimentos preliminares foram realizados a fim de firmar acordo e compromisso com o município

selecionado na etapa II. Após a identificação do município contemplado, a pesquisadora estabeleceu contato inicial via e-mail com os gestores municipais dos setores da saúde, educação e assistência e desenvolvimento social, através do qual foi solicitado uma reunião com a pesquisadora e representantes municipais. O objetivo da reunião foi explicar detalhes sobre a proposta de estudo, bem como, esclarecer sobre os critérios de seleção dos profissionais para participar da capacitação profissional.

Por conseguinte, estabeleceu o cronograma estruturado em comum acordo entre pesquisadora e gestores. Como resultado, o estudo propõe identificar se a proposta de capacitação profissional sobre o modelo de construção de capacidades centrado na família, ao adotar protocolos e expertises utilizados em outros países, poderá trazer contribuições para uma realidade existente em um município brasileiro com alto potencial em ações de atenção à saúde da criança e monitoramento do desenvolvimento, uma vez que, *identificam-se no Brasil lacunas acerca da efetividade de monitoramento do DI e detecção de problemas de desenvolvimento da criança, de forma que atenda aos objetivos que vem sendo propostos nas políticas mais recentes de atenção integral à criança* (DELLA BARBA, 2015^a, p. 9).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Monitoramento do Desenvolvimento Infantil: Contribuições Internacionais

Internacionalmente, no âmbito científico, alguns países têm se destacado em pesquisas relacionadas a Intervenção Precoce (IP). O presente estudo faz referência a dois principais países, Estados Unidos e Portugal, os quais foram precursores em estudos destinados a essa temática. Nesse contexto, o monitoramento do desenvolvimento infantil tem sido colocado no arcabouço de um sistema de IP e reconhecido como práticas eficazes na assistência à criança em risco e/ou atraso no desenvolvimento (GURALNICK, 2012; GURALNICK, 2013).

Os interesses e preocupações com relação à educação e o DI favoreceram mudanças de atitude nesses países, criando programas para assistência do desenvolvimento de crianças com necessidades educacionais especiais (NEE) sendo em um primeiro momento, os objetivos voltados à investigação e detecção precoce de risco e ou necessidades especiais com foco principal na criança e sua condição de saúde. (PIMENTEL, 2005; GURALNICK, 2011).

A mudança do foco da atenção, com relação à prestação de serviços às crianças com NEE se consolidou nos anos 70, com a aprovação da Lei Pública 99-457, destinando a atenção dos serviços às crianças com NEE e as suas famílias, centralizando os pais como receptores, mediadores e parceiros no processo de intervenção (SERRANO & CORREIA, 2000). Somente nos anos 80, a família e a criança passaram a ser considerados alvos das intervenções, com programas de IP que passaram a reconhecer o papel ativo dos pais e sua relevância no processo (SIMEONSSON & BAILEY, 1990; SERRANO & CORREIA, 2000). Tal perspectiva contribui para a participação ativa da família nas estratégias e ações realizadas pelos profissionais com as crianças e suas famílias possibilitando aos pais maior autonomia e presença na tomada de decisões (BAILEY & MCWILLIAM, 1993).

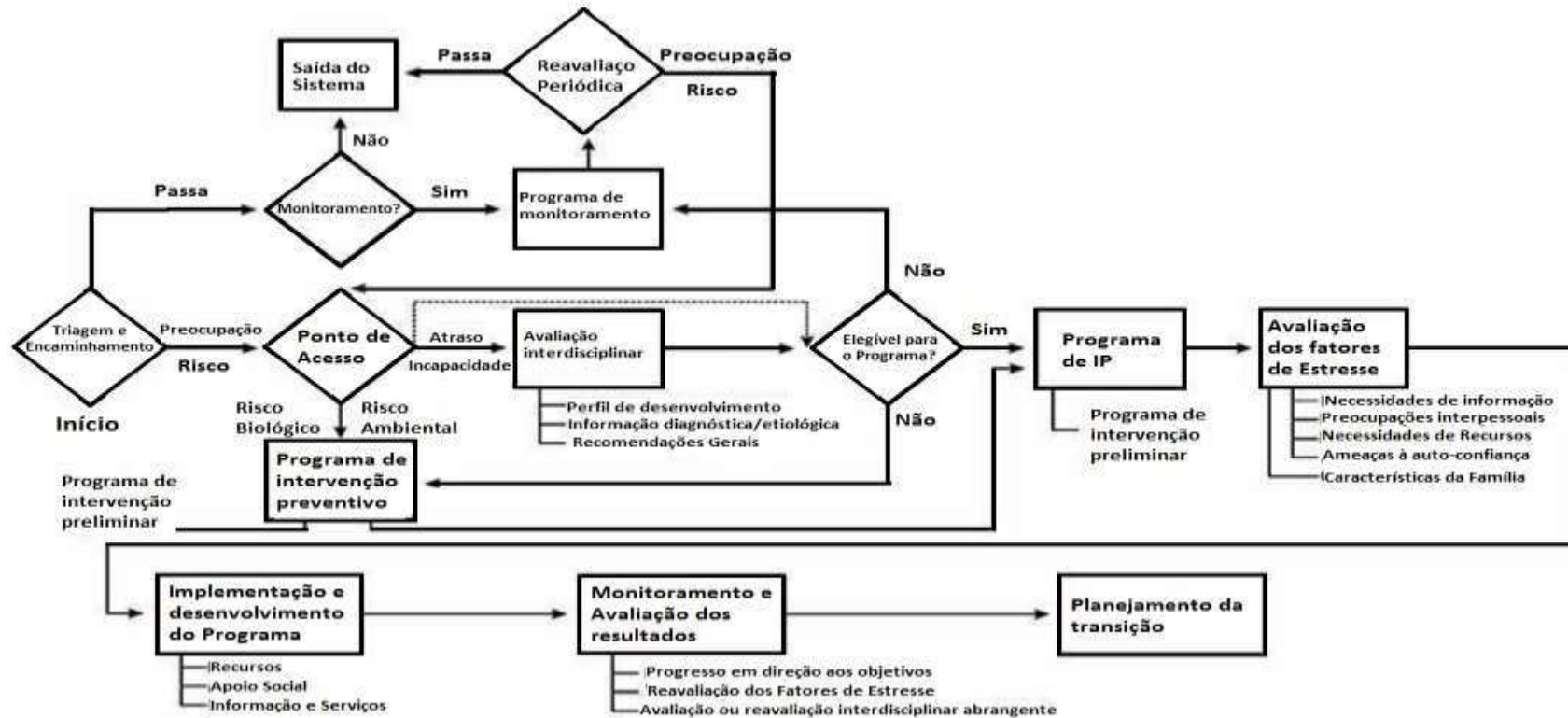
Em 1991, Portugal construiu princípios legais acerca da participação ativa das famílias na intervenção precoce através do Decreto-Lei nº 319/91, de 23 de agosto de 1991. Dentro dessa abordagem, o que se pretende é a construção de capacidades dos pais para se tornarem competentes para intervir com seu filho de forma positiva, desempenhando papéis eficazes no cuidado e apoio (SERRANO; CORREIA, 2000).

Diante das mudanças de perspectivas e incentivo do governo voltados as práticas de IP, muitas foram as contribuições teóricas que fundamentam a influência, participação e compreensão da família no cuidado. Com destaque para o Desenvolvimento Transacional de Sameroff e Chandler (1975) abordando questionamentos relacionados ao impacto da deficiência sobre o desenvolvimento da criança, influenciando na dinâmica e organização da família, pontuando o ambiente como fator promotor de experiências que resultarão sobre seu desenvolvimento (SAMEROFF, 2009; SAMEROFF, FIESE, 2000).

Da mesma forma, o Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano (BRONFENBRENNER, 1996) vem a contribuir para a construção de uma perspectiva que inclua a família, visto que fundamenta a influência do meio ambiente e suas interações no impacto para o desenvolvimento humano. Esta teoria tem por base a observação do ambiente natural e atenção voltada às interações do sujeito com as pessoas (BRONFENBRENNER, 1979; 1996).

Em 2001 foi elaborado por Michael Guralnick o Modelo de Desenvolvimento Sistêmico para IP. Essa proposta contribuiu para aproximação das teorias com as práticas o que resultou na construção de um sistema com elementos para supervisão e monitoramento do DI (GURALNICK,2001). A Figura 1 ilustra os elementos do modelo que resultou na aproximação das teorias e práticas para a IP.

Figura 1: Modelo de Desenvolvimento Sistêmico para a Intervenção Precoce:



Fonte: GURALNICK, M.J. A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, v.14, n.2, 1-18, out. 2001. Adaptado pelo autor.

O gráfico da composição do modelo de Guralnick (2001) retrata tentativas de aproximar as teorias das práticas centradas na família com ações e atividades sistêmicas voltadas às práticas. Dessa forma, o diagrama se estrutura a partir dos seguintes princípios: a) identificação dos riscos aos quais a criança é exposta e análise do seu impacto; b) articulação da rede e integração entre profissionais e famílias; c) participação das famílias nas atividades da comunidade e d) promoção das redes de apoio e serviços a serem efetuados nos contextos naturais das crianças (GURALNICK, 2001).

Nesse contexto, o Modelo de Desenvolvimento Sistêmico para IP propõe organizar estruturas e elementos que possibilitem o monitoramento das crianças com risco no desenvolvimento e/ou com qualquer deficiência já instalada, através das práticas centradas na família com intervenções em suas rotinas cotidianas (GURALNICK, 2001). Além disso, entende-se que as oportunidades de aprendizagem da criança se dão através de sua rotina diária. Com isso, a família é compreendida como alvo significativo para seu desenvolvimento, uma vez que o contexto familiar é o primeiro ambiente de convívio da criança. Nesse sentido, as práticas centradas na família propõem respostas às necessidades apontadas e priorizadas pelas famílias. Por essa razão, a família é entendida como unidade de prestação de serviços (DUNST, BRUDER, 1999; SERRANO, CORREIA, 2000; DUNST, 2000^a; 2000^b).

As práticas desenvolvidas no Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família (*The Capacity-building Family Centered Model*, de Dunst e Trivette, 2009) são individualizadas com propósito de promover capacidades nas famílias para mobilizar recursos necessários para o cuidado competente de seus filhos (DUNST, BRUDER, 1999; DUNST, 2000^a). O termo centrado na família é definido por Dunst (2002) como um conjunto de valores, crenças, cultura, princípios particulares a serem considerados para a promoção de práticas de apoio. Além disso, os princípios do modelo destacam a família como unidade de prestação de serviço sendo reconhecidos seus pontos fortes e identificadas as prioridades, de forma a responder as suas necessidades e prioridades sistêmicas, apoiando seus valores e modo de vida singular (DUNST, TRIVETTE, & DEAL, 1994; MCWILLIAN, 2003).

Diante dessa perspectiva, as boas práticas do Modelo envolvem o esforço da equipe em promover competências aos pais para proporcionarem tempo e energia física e emocional para garantir experiências aos seus filhos nos ambientes comuns do dia da criança (DUNST & BRUDER, 1999).

O desafio encontrado na proposta do modelo de construção de capacidades centrado na família está em identificar as necessidades do núcleo familiar, de modo a oferecer serviços e suporte de qualidade para as crianças e suas famílias. A efetividade nesse processo de acompanhamento familiar se dá através da responsabilidade de todos os membros da equipe em organizar um sistema colaborativo que atendam às necessidades de forma singular (GALLAGHER, LAMONTAGNE, JOHNSON, 2000). Além disso, conta com o reconhecimento das “redes de apoio”, caracterizadas pelos serviços formais da rede de atenção à criança, comunidade e familiares. A partir da análise das categorias de redes de apoio é possível identificar as relações fortalecidas e delinear uma intervenção adequada à família (MCWILLIAM, 2012; JUNG, 2012). Cabe ressaltar que os apoios aos pais dizem respeito ao oferecimento de informações e orientações no intuito de apoiar as capacidades dos pais e gerar situações de aprendizagem. A partir das práticas centradas na família, os pais são estimulados a atuar na tomada de decisões, expondo suas preferências e prioridades (DUNST, 2000^a).

Por essa razão, entende-se que a compreensão da ecologia é fundamental para as práticas do modelo, pois possibilita entender a dinâmica e organização familiar, o que resulta em intervenções mais significativas e relevantes potencializando experiências dentro do contexto natural e comum para a criança e sua família (DUNST, 2000^b; JUNG, 2012).

A utilização do termo “avaliação ecológica” está relacionado a investigação do ambiente familiar onde a criança está inserida. Propõe identificar o “enquadramento ecológico” definido como o impacto do ambiente social e físico para o desenvolvimento e aprendizagem da criança (MCWILLIAM, 2012). Além da quantidade e qualidade da estimulação oferecida; rotinas; condições de habitação, saúde e alimentação; condições socioeconômicas (MELO, TADEU, 2014).

O Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família dispõe de alguns instrumentos específicos, os quais auxiliam no processo de avaliação e elaboração do plano de intervenção, com destaque para o Ecomapa, Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR) e Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP).

A partir do Ecomapa é possível conhecer a rede de apoio familiar a partir de representações gráficas entre os membros da família e as estruturas sociais presentes (AGOSTINHO, 2007). Esse instrumento de avaliação ecológica permite identificar a rede

de apoio formal e informal da família e da comunidade em três diferentes dimensões: a) força da ligação: relacionada a intensidade da relação sendo ela forte, incerta ou fraca; b) impacto da ligação: propõe verificar a intensidade e impacto dessa relação no apoio e suporte familiar; c) qualidade da ligação: relacionado ao fator de estresse ou suporte que influencia diretamente no impacto do apoio (AGOSTINHO, 2007, p. 327).

Após o reconhecimento das relações estabelecidas entre família, comunidade e serviços assistenciais da rede, o próximo passo é conhecer o funcionamento da rotina familiar. Para tal, se utiliza a Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR). A EBR corresponde a uma entrevista semiestruturada, conduzida por um profissional a pelo menos um dos pais. Seu conteúdo aborda o funcionamento da criança e da família em rotinas diárias em casa e na escola (acordar, vestir-se, alimentação, arrumar-se para sair, lazer, banho, dormir, ir às compras e atividades fora de casa) (MCWILLIAM, 2012). A aplicação do instrumento envolve cinco etapas: preparação das famílias e da equipe, a própria entrevista, a seleção dos objetivos, o registro escrito desses, o desenvolvimento de estratégias e a avaliação do progresso (MCWILLIAM, 2012).

O resultado da aplicação da EBR é composto por uma lista de prioridades levantadas pelas famílias para intervenções pontuais em determinadas atividades que demonstram insatisfação e/ou estresse. Por fim, através de um plano singular de atendimento familiar denominado Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) se desenvolve o passo a passo para a família atingir seus objetivos e prioridades com relação às atividades que demonstram insatisfação e/ou estresse em sua rotina. Para a eficácia do PIIP faz-se necessário que as famílias vejam o plano como delas. Além disso, o plano deve contribuir para suas reais necessidades diárias e contínuas da família. (MCWILLIAM, 2012).

Vale salientar que apesar de um profissional específico mediar as relações entre família e serviços, as intervenções e coordenação das ações se dá pela própria família. Sendo assim, a função do profissional é estabelecer a comunicação entre a equipe e a família, e assim, sistemicamente acompanhar o desenvolvimento dessa criança de forma contínua (MCWILLIAM, 2005; ALMEIDA, 2009).

É conhecida a importância da família para o processo de desenvolvimento da criança (SERRANO, 2007). Além disso, outros estudos apresentam resultados

significativos relacionados a abordagem das práticas centradas na família (CORREIA & SERRANO, 1994; DUNST, 2000^a; 2000^b).

Diante do exposto, percebe-se que alguns países têm apresentado respostas positivas com relação as práticas de monitoramento do DI através da proposta do Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família. A proposta apresentada pelo modelo vem ao encontro da perspectiva das recentes políticas públicas brasileiras, que priorizam o trabalho transdisciplinar com estratégias interligadas entre os setores para ações de monitoramento do DI (BRASIL, 2016^a).

Apesar do reconhecimento da relevância das teorias ecológicas e sistêmicas que respaldam o Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família, constata-se que em termos de publicação nacional, a importância da família no processo de intervenção precoce é pouco explorada, sendo a atenção e cuidado focado especificamente nas crianças, através de uma abordagem que prioriza fundamentos neurológicos com foco na prevenção de incapacidades (BOLSSANELO, 2003).

Esses fatores destacam a necessidade de incorporar estratégias padronizadas de monitoramento do desenvolvimento infantil com fortalecimento do vínculo entre família e serviço. E, sobretudo, a necessidade de proporcionar oportunidades para que as famílias sejam capazes de construir capacidades acerca do cuidado com a sua criança (DELLA BARBA, 2015^a).

2.2 Evolução das Formas de Assistência à Criança no Brasil

As primeiras descobertas sobre a infância iniciaram no século XVI e XVII com princípios voltados a identificação dos sinais significativos relacionados ao desenvolvimento infantil (ARIÉS, 1981). Somente a partir do século XIX e XX iniciou-se o pensamento sobre a importância da criança enquanto ser humano e que, apesar da pouca idade, ocupa um lugar fundamental para a família e na sociedade, necessitando de cuidados diferenciados (ARIÉS, 1981).

Apesar do desenvolvimento desses conceitos, em meados do século XIX ainda não havia separação nítida entre cuidados de saúde, educação e assistência social, sendo a atenção destinada a necessidade que se mostrava mais evidente e urgente (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2015). De acordo com Perez, Passone (2010) no século XX se inicia o processo de instituição da infância no país tendo como objetivo a

atenção e controle por parte do Estado marcando então, os primeiros movimentos com foco nos cuidados durante a infância.

A partir daí a regulamentação de leis federais nos âmbitos da educação, saúde e assistência social foram consolidadas com propósito de garantir e assegurar as necessidades primordiais das crianças e considerar o acesso aos seus direitos fundamentais (PEREZ, PASSONE, 2010).

No âmbito da educação, por volta dos anos 70, destacam-se as primeiras instituições destinadas ao atendimento de crianças pequenas, com premissas voltadas a assistência nutricional e cuidados básicos. Entretanto, somente nos anos 80, a educação infantil foi instituída oficialmente como pré-escola e entendida como política governamental. Todavia, a Educação Infantil passa a ser reconhecida legalmente a partir da promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), lei n. 9394 de 1996. E assim, passa a ser compreendida como etapa inicial da educação básica (FERRARI, 1982; SOUZA, 2000).

Concomitantemente à evolução da educação infantil, a concepção de educação especial caminhava através de um movimento voltado aos serviços educacionais excepcionais. A partir da Declaração de Salamanca (1994) firmou-se o compromisso do Estado com as pessoas com deficiência, assegurando-lhes os direitos à educação da pessoa com deficiência (DIDONET, 2016^a). Com isso, inicia-se um movimento voltado às necessidades educacionais especiais e promoção do desenvolvimento infantil, priorizando a assistência às crianças de risco e/ou necessidades educacionais especiais.

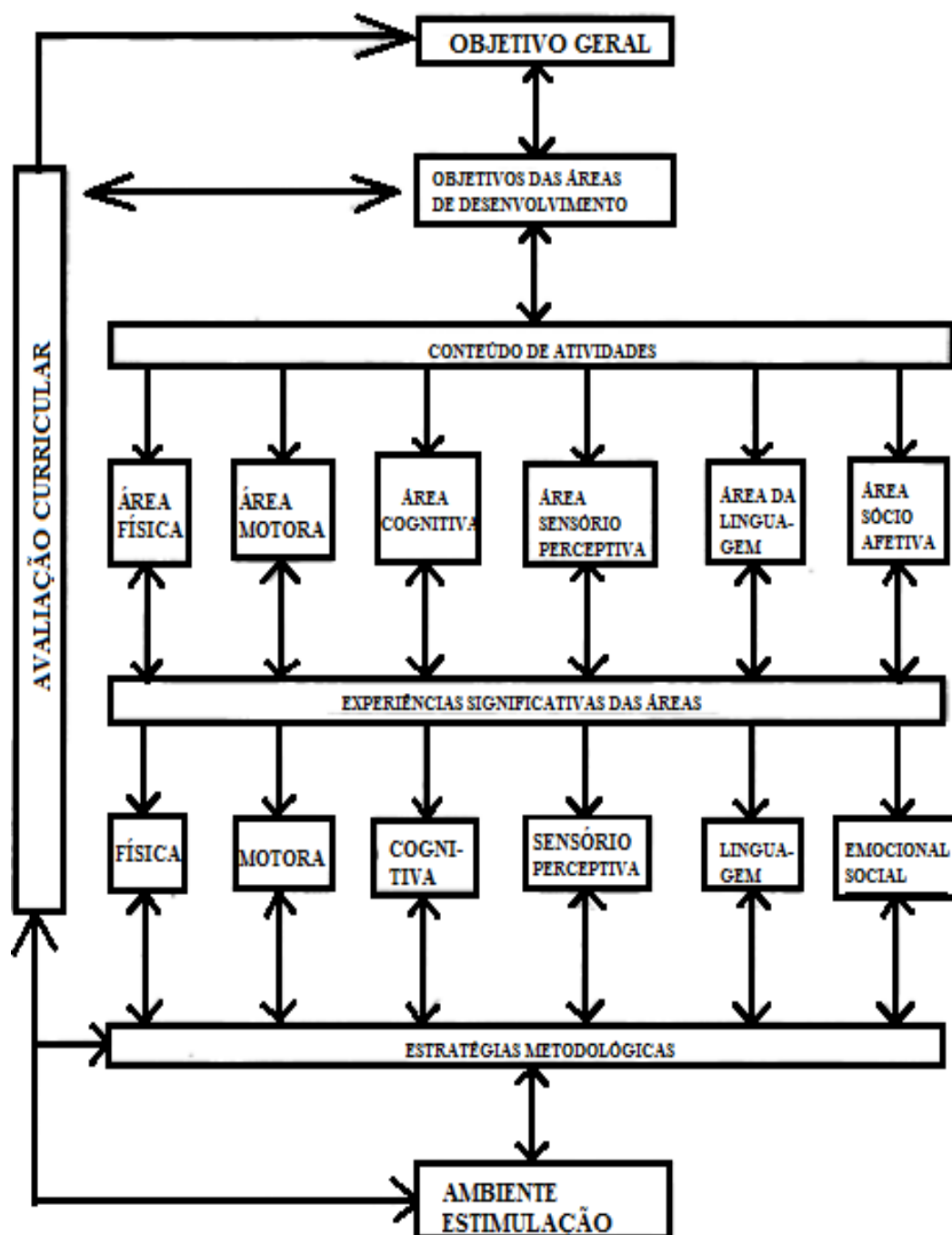
A partir desse momento, alguns setores propuseram o aperfeiçoamento profissional e especializações técnicas, de forma que os profissionais passaram a buscar o aprofundamento e tornaram-se especialistas (DIDONET, 2016^b). Diante desses avanços, foi inaugurado em meados dos anos 90, o primeiro programa brasileiro especializado com enfoque na estimulação do desenvolvimento infantil (DI), denominado Programa de Estimulação Precoce, no âmbito da Educação Especial.

A partir desse programa, inicia-se o movimento de reabilitação no País, tendo sua proposta destinada ao atendimento de crianças de alto risco do desenvolvimento e com necessidades educacionais especiais, nos primeiros anos de vida, no intuito de proporcionar condições para alcançar seu pleno desenvolvimento (BRASIL, 1994; 1995).

Esses serviços foram implantados e desenvolvidos nos centros de atendimento à criança, em destaque as instituições de atendimento educacional especializado, amparadas pelos Princípios Básicos das Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce (1995).

O desenvolvimento dessas diretrizes contribuiu positivamente para elaboração de normas e procedimentos que se tornaram fundamentais para orientar os programas de estimulação precoce a estabelecer um plano de ação para gerenciamento dos recursos e serviços ofertados às crianças nos centros de atendimento especializados. Nessa perspectiva, o acompanhamento da criança, iniciava-se através de um processo avaliativo, sob responsabilidade da equipe especializada. Por conseguinte, a oferta do serviço se dava a partir dos resultados da avaliação, com atendimentos sistematizados com foco em objetivos progressivos de acordo com o desenvolvimento da criança (BRASIL, 1995). A figura 2 apresenta um esquema dos serviços de estimulação precoce ofertados no Brasil na década de 90.

Figura 2: Estrutura dos serviços de Estimulação Precoce no Brasil.



Cod.

(—) Direção vertical

(\longleftrightarrow) Direção horizontal

Fonte: BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce. Brasília, 1996. 46 p. Adaptado pelo autor.

Nesse contexto, a proposta dos atendimentos especializados para estimulação precoce destinava-se prioritariamente a minimização de risco para o desenvolvimento e

ou problemas decorrentes da deficiência, posicionando a família como receptoras de orientações (HEESE, 1986; BOLSSANELO, 1998).

Além disso, a atenção era voltada exclusivamente à criança, as responsabilidades e participação dos pais nos atendimentos ocorria no sentido de informa-los sobre a evolução da criança e ações previstas no plano de intervenção (BRASIL, 2015). Em suma, a assistência à criança se dava a partir da identificação de suas dificuldades e planejamento de intervenções para minimizar agravos no desenvolvimento.

Vale salientar, que ao longo dos anos, o país apresentou avanços e mudanças significativas relacionadas as Diretrizes da Estimulação Precoce. A citar o ano de 2015, com a proposta do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia e do Plano Nacional de Enfrentamento ao *Aedes* e suas consequências (BRASIL, 2016^a). Essas normas contribuíram para o direcionamento dos procedimentos a serem realizados com crianças e suas famílias nos serviços especializados em reabilitação. Principalmente, àquelas com alterações decorrentes da Síndrome Congênita do Vírus Zika ou outras condições clínicas semelhantes (BRASIL, 2016^a).

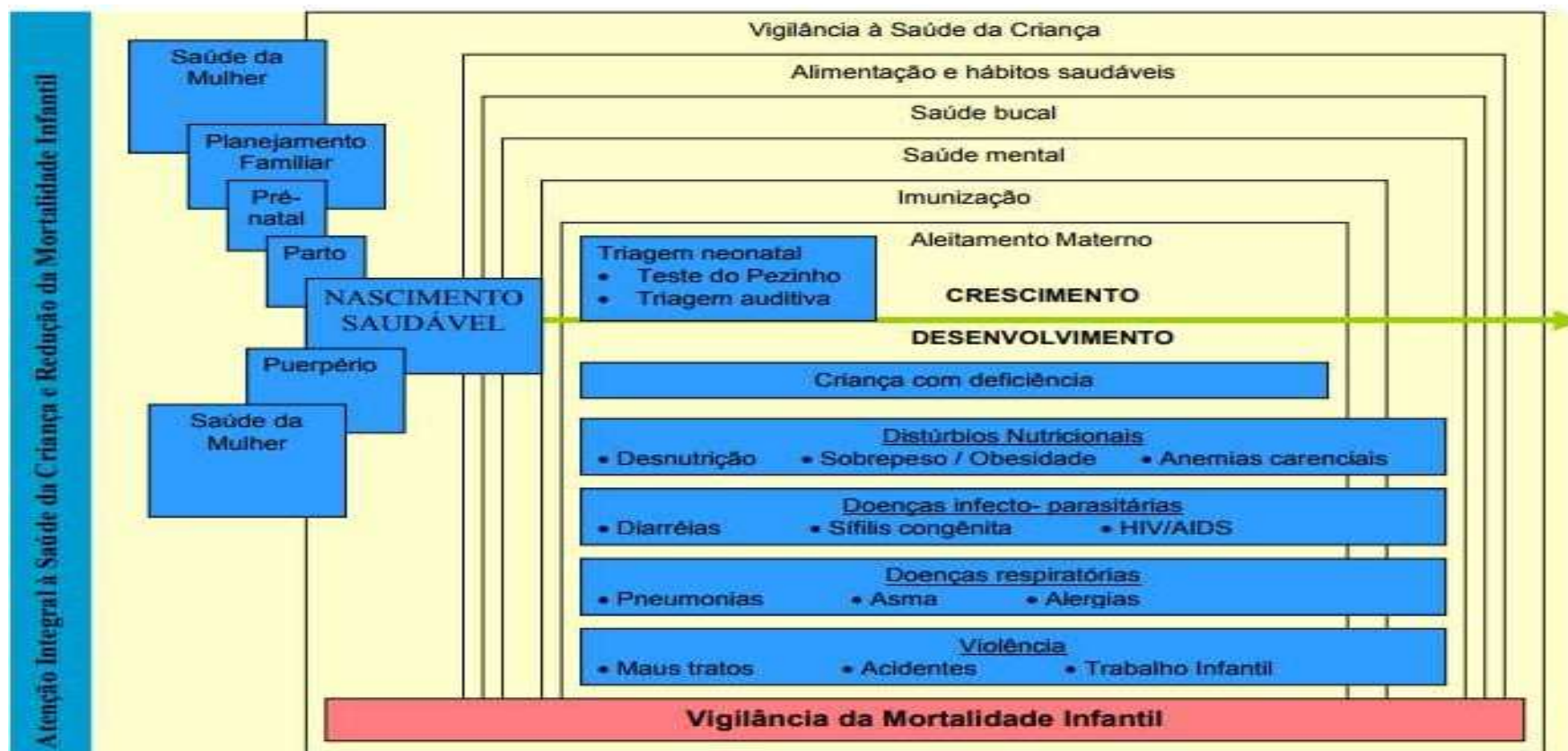
Com isso, percebe-se a existência de mudanças significativas relacionadas a prestação de serviço, os quais incluem como referência o suporte às famílias durante todo o processo de acompanhamento e prestação do cuidado em estimulação precoce (BRASIL, 2016^a).

Ainda entre as mudanças, destaca-se a construção do Projeto Terapêutico Singular desenvolvido entre o usuário, familiares e equipe multidisciplinar. O projeto preconiza a avaliação inicial por parte da equipe e discussão com os familiares acerca das necessidades para atingir capacidades funcionais (BRASIL, 2016^a). Essa proposta, se fosse aplicada adequadamente nos serviços, poderia contribuir para o envolvimento e aproximação dos profissionais e famílias e resulta em atendimentos mais abrangentes e eficazes, e conseqüentemente poderia influenciar no monitoramento do desenvolvimento infantil.

De acordo com a literatura nacional, outros indicativos demonstram avanços na atenção à saúde da criança através de estratégias positivas que contribuem para a expansão do cuidado à criança nos primeiros anos de vida. No setor da saúde, destaca-se as linhas de cuidado na atenção básica para crescimento e desenvolvimento da criança (Figura 3). A proposta objetiva qualificar o cuidado na rede de atenção básica através da

organização dos processos de trabalho da equipe para a prestação de serviço e assistência à população infantil (BRASIL, 2012)

Figura 3: Linhas de cuidado na atenção básica para crescimento e desenvolvimento da criança.



Fonte: Subsecretaria de Atenção Primária. Vigilância e promoção da saúde superintendência de atenção primária coordenação de linhas de cuidado e programas especiais gerência de programas de saúde da criança linha de cuidado da atenção integral à saúde da criança, 2010, p.6. Adaptado pelo autor.

Este modelo sistematizou o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a três anos de idade nas Estratégias da Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2012). Essas consultas são realizadas nas puericulturas que monitora o acompanhamento do DI e a prevenção de diversas doenças decorrentes dos primeiros anos de vida (SILVA, 2009; VITOLO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010). Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria de Atenção Básica lançou o “Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento”, que aborda orientações relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de forma supervisionada. Este documento enfatiza o acolhimento da família e sua criança no serviço, imunização, primeiros atendimentos médicos, alimentação saudável, prevenção de acidentes e prevenção de violências (BRASIL, 2012).

Outra estratégia potente decorrente do modelo de saúde da Atenção Básica são as visitas domiciliares mensais realizadas pelos agentes Comunitários de Saúde (ACS) em famílias com crianças desde 2009. Tais visitas também são preconizadas nas linhas de cuidado à criança e descritas detalhadamente no Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento e dispõe de um material elaborado especialmente para nortear tais práticas de trabalho (BRASIL, 2012).

O *Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde* é um documento que oferece informações para as práticas de trabalho do ACS, no que diz respeito aos procedimentos referentes às visitas domiciliares e esclarecimentos de dúvidas (BRASIL, 2009). Entre as ações preventivas contidas no Guia, destacam-se as explicações e orientações relacionadas a assistência e promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação de agravos à saúde (BRASIL, 2010). Além disso, este documento esclarece e orienta sobre os procedimentos de triagem neonatal, saúde bucal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, preenchimento e acompanhamento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), nutrição saudável e obesidade infantil, benefícios sociais, prevenção de acidentes na infância e orientações de situações emergenciais para assistência à saúde (BRASIL, 2009).

A CSC é utilizada no Brasil desde 2005 para acompanhamento do DI e contém instruções e orientações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento, amamentação, calendário vacinal e direitos das crianças (BRASIL, 2009). Entretanto, a literatura

nacional expõe que, apesar de ser um instrumento potente para o acompanhamento integral da saúde da criança, o seu preenchimento deve ser feito adequadamente pelos profissionais de saúde (BRASÍLIA, 2009). Estudos avaliaram a qualidade do preenchimento da CSC e apontam ineficiência e ineficácia na qualidade do preenchimento pelos profissionais (GOULART; ALVES; VIANA; MOULIN; CARMO; COSTA; ALMEIDA, 2008; ALVES; LASMAR; GOULART; ALVIM; MACIEL; VIANA; MENDONÇA, 2009). Outro estudo correlaciona a ausência ou incorreção de registros com um fraco vínculo dos profissionais da atenção básica na adesão da proposta da atenção integral à criança, o que resulta na dificuldade de consolidação do instrumento na vigilância do desenvolvimento infantil. Acrescenta que um bom preenchimento deste documento interfere diretamente na qualidade dos serviços prestados. Além disso, o profissional é capaz de manter um vínculo importante com a família e estabelecer parceria com a mesma (ALMEIDA et al., 2015).

O conceito de vigilância em saúde no âmbito das políticas públicas está relacionado a compreensão e definição de doença com ênfase na identificação de situações de risco, controle da causa e minimização de danos com objetivo de evitar a disseminação da doença (BRASIL, 2005). Embora destacados avanços significativos na atenção à saúde da criança, percebe-se que as ações do governo federal na primeira infância, até então, são mais voltadas para a sua sobrevivência da criança (MORAIS et al., 2015).

O próximo item abordará de maneira específica os caminhos percorridos pelas políticas públicas e programas nacionais destinados a atenção integral à saúde da criança.

2.3 Monitoramento do Desenvolvimento Infantil: Novas Perspectivas de Cuidado

As novas perspectivas de cuidado em relação ao monitoramento do DI se dão através da compreensão da Primeira Infância como período que abrange desde a gravidez até os seis anos de vida (FMCSV, 2015). A literatura aponta essa fase como a de maiores oportunidades para o desenvolvimento, além de enfatizar que o tema dos direitos da criança envolve mudanças no modo de investigar o desenvolvimento e crescimento infantil (FMCSV, 2015; DIDONET, 2016).

No País, ao longo dos anos, importantes iniciativas que priorizam a primeira infância têm sido firmadas através de parcerias envolvendo os setores públicos, privados e organizações não governamentais (DELLA BARBA, 2015^b). Com destaque para a RNPI em 2007, cujo objetivo visa defender os direitos das crianças pequenas, em especial aquelas em situação de vulnerabilidade social (CECCON, 2016). Tal estratégia, de acordo com Heckman (2010) foi desenvolvida para subsidiar as políticas públicas para a infância em diversos locais do país, colaborando com os processos de priorização da aplicação de recursos em práticas de atenção integral a criança, em tempos de orçamentos restritos do governo.

Através da Rede Nacional pela Primeira Infância (RNPI) foi apresentado o Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI), aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), em 2010 (CECCON, 2016) com o propósito de assegurar os direitos das crianças na Primeira Infância. Em sua proposta o PNPI contempla ações amplas e articuladas de promoção e realização dos direitos da criança de até seis anos de idade. Além disso, envolvem ações e serviços em conjunto com os setores da saúde, educação e assistência social, potencializando recursos e estratégias para acompanhamento do desenvolvimento infantil e confirmando avanços no país para o cuidado integral à criança (DELLA BARBA, 2015^b).

Tal iniciativa possibilitou aos municípios a opção por adotar um Plano Municipal pela Primeira Infância buscando garantir os direitos das crianças e priorizar o atendimento integral (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2015). No Estado de São Paulo destaca-se o Programa Primeiríssima Infância, iniciativa da Secretaria do Estado de Saúde em parceria com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), com objetivo de promoção do desenvolvimento de crianças de zero a três anos de idade com articulação dos serviços de saúde, educação e assistência social (DELLA BARBA, 2015^b).

A FMCSV, desde 2001 tem contribuído para a promoção da atenção integral à criança e investimento nas necessidades da sociedade buscando a articulação entre os setores públicos, privados e sociedade civil com propósito de ampliação de ações conscientes relacionadas à primeira infância (FMCSV, 2015).

Em 2015, destaca-se o projeto “Programa Primeiríssima Infância”, o qual propõe o fortalecimento de estruturas e gestões regionais e municipais; investimento na formação profissional através de oficinas de capacitação e sobretudo, potencializar as ações e

práticas intersetoriais para monitoramento do desenvolvimento infantil com articulação dos setores de saúde, educação e assistência social (INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA, 2015). Ainda em 2015, o Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância (SPPI) foi implantado em cinco regiões do Estado de São Paulo sendo elas: São Carlos, Itupeva, Votuporanga, Apiaí e Litoral Norte, implantado em 41 municípios do estado de São Paulo (FMCSV, 2015).

Através dessas iniciativas, questiona-se a importância de estratégias para avaliação da capacidade dos municípios do Estado de São Paulo em promover o desenvolvimento infantil. Nessa perspectiva foi lançado o “Índice Paulista da Primeira Infância” (IPPI) que avalia a capacidade dos municípios em promover o desenvolvimento infantil por meio do acesso aos serviços de saúde e educação para a primeira infância (FUNDAÇÃO SEADE, 2015, sn). Em concordância com o resultado do IPPI, destaca-se a região de São Carlos cuja pontuação obteve alto índice, sendo composta pelos municípios: São Carlos, Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito (FMCSV, 2015).

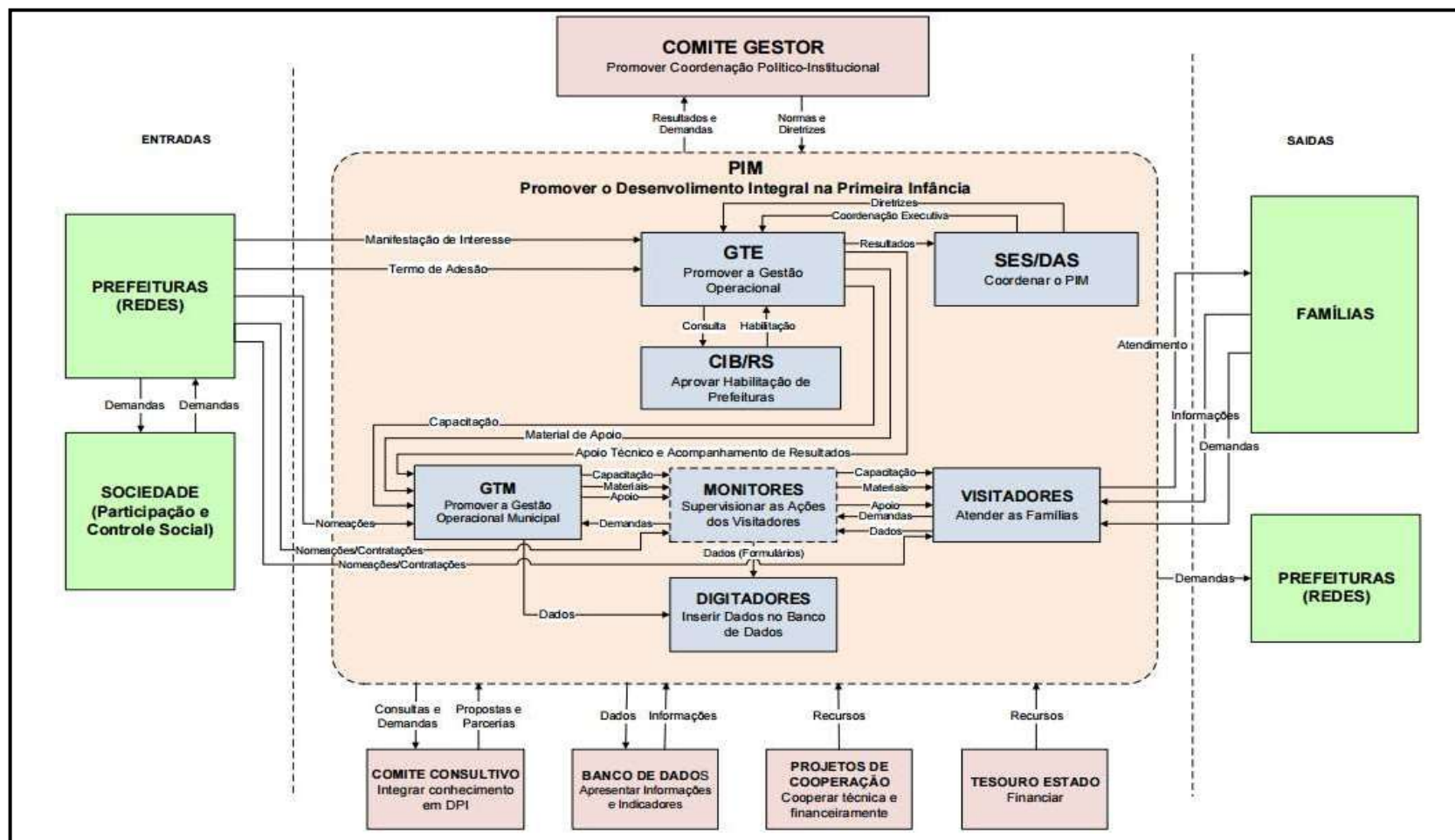
Outras iniciativas estaduais para promoção do desenvolvimento na primeira infância são desenvolvidas no País. Com destaque para o “Primeira Infância Melhor” (PIM) desenvolvido desde 2003 no Estado do Rio Grande do Sul e coordenado pela Secretaria Estadual da Saúde, com apoio das secretarias da Educação, da Cultura, do Trabalho e do Desenvolvimento Social, da Justiça e dos Direitos Humanos e do Gabinete de Políticas Sociais (UNESCO, 2007).

O PIM prioriza as práticas de visita domiciliares semanais para famílias em situação de risco e/ou vulnerabilidade social com propósito de orientações, informações e apoio às famílias, a partir de suas experiências e culturas. Com isso, incentiva favorecer a interação entre a família e criança através da mediação de profissionais denominados “visitadores” com objetivo de melhorar a qualidade do ambiente domiciliar e as competências para educação e cuidado desde a gestação até três anos de idade (UNESCO, 2007). Os planejamentos das visitas são desenvolvidos em conjunto com a presença dos “visitadores” e com profissionais especializados denominados “monitores”. No âmbito do PIM, a capacitação profissional é um processo contínuo que permite construir competências técnicas para realizar com qualidade a promoção do desenvolvimento infantil (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007)

Os “mediadores” estabelecem as ações junto as práticas de visitação, como também a interlocu o dos visitantes com as redes de apoio/serviço e com o Grupo Técnico Municipal (GTM), que coordena as a es do PIM do município para mapeamento e diagnóstico da situa o da primeira infância nas esferas da saúde, educa o e assistência social. (UNESCO, 2007). Como resultado, o programa obt m informes trimestrais das atividades desenvolvidas com dados referentes ao plano de a o e estratégias para a resolu o de problemas através da interlocu o dos serviços existentes na rede intersetorial de aten o   primeira infância do município (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007)

De acordo com os dados de 2016, o PIM está atuando em 242 municípios do Estado do Rio grande do Sul (RS) e conta com 2.585 profissionais habilitados para visita o para famílias de crianças de até 3 anos 11 meses e 29 dias, organizadas e estruturadas de acordo com as premissas do programa estadual. Além disso, o programa segue as premissas das leis estaduais e federais que fundamentam as modalidades de cuidado sendo de responsabilidade dos Municípios e prescritas no Ofício de número 01/2016 (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007). A figura 4 apresenta a representa o gráfica do PIM através do organograma que ilustra a sua organiza o e a articula o dos serviços e setores.

Figura 4: Organograma do Programa Primeira Infância Melhor (PIM)



Fonte: Programa Primeira Infância Melhor. Disponível no acervo. PRIMEIRA INFANCIA MELHOR: Uma inovação em Política Pública de Promoção e Desenvolvimento Integral da Primeira Infância. Abril, 2016, sn.

Estudos apontam a eficácia do PIM nos municípios do Estado do RS no campo da intervenção e prevenção da mortalidade infantil (BERNARDES, 2010; TIIM, PADINHA, ARAGÃO, STOBÄUS, 2016; DE SOUZA, TORRES, SILVA, 2016). Ressaltam que as famílias com crianças que receberam a atenção do PIM apresentam ganhos significativos com base nos instrumentos de medida do programa. Nesse aspecto, enfatizam atividades lúdicas para a interação da família com a criança e através desse acompanhamento já se identificou resultados positivos com relação ao desenvolvimento cognitivo. Essa afirmação se dá através do acompanhamento longitudinal das crianças inclusas no PIM e seu desempenho escolar no ensino fundamental (DE SOUZA, TORRES, SILVA, 2016).

Outros estudos evidenciam o envolvimento e comprometimento das famílias no cuidado dos seus filhos. Nesse aspecto, Tiim et al (2016) destacam o PIM como programa de apoio à comunidade, uma vez suas estratégias auxiliam as famílias na educação de seus filhos. Acrescenta De Souza, Torres, Silva (2016) que a capacitação dos familiares através do acesso a informações e conhecimentos dos direitos das crianças são aspectos fundamentais que contribuíram para a promoção da saúde e impacto positivo no cenário da primeira infância no estado do RS.

Entretanto, de acordo com Della Barba (2015^a) em meio aos avanços do Brasil, ainda são necessários esforços para se atingir o trabalho em rede e contínuo em desenvolvimento infantil na primeira infância. Além disso, acrescenta-se que a desigualdade e a falta de acesso a oportunidades são o problema central do Brasil, sendo que essa população se torna sujeita a multiplicidades de vulnerabilidades (FMCSV, 2015).

De acordo com Didonet (2015^a) iniciativas de programas que se apoiam em estratégias intersetoriais para monitoramento do desenvolvimento infantil têm demonstrado ser uma oportunidade para exercitar o diálogo entre os setores e ampliar a visão de cuidado à criança, assim como as descobertas das potencialidades das ações em conjunto.

Nessa trajetória, percebe-se no país avanços significativos no que diz respeito a atenção aos direitos das crianças e sobretudo, iniciativas fundamentadas pelas premissas das políticas públicas voltadas à primeira infância.

As políticas públicas de atenção integral à criança visam estratégias para ações de trabalho articulado entre os serviços dos setores da saúde, educação e assistência social na perspectiva do “cuidado integral” (BRASIL, 2015).

Nesse contexto, compreende-se que apesar de haver conformidade entre a importância do monitoramento e acompanhamento do desenvolvimento infantil com as premissas das políticas públicas, a forma como as práticas são concretizadas ainda são questionadas (DELLA BARBA, 2015^a).

Muitos fatores são descritos na literatura como responsáveis pela falta de efetividade no monitoramento do desenvolvimento infantil, entre eles estão: a falta de definição de temas específicos como “criança de risco” e “atraso no desenvolvimento”; a falta de protagonismo da família em mobilizar recursos para solução de problemas relacionados ao desenvolvimento da criança; a corresponsabilização da família nos cuidados (SILVA & ALBUQUERQUE, 2011; MARINI, DELLA BARBA, 2015^a; 2015^b).

Diante dessa situação, verifica-se a falta de eficácia nas práticas de monitoramento do desenvolvimento infantil no país, as quais preconizam ações intersetoriais e que respondam as necessidades das famílias. No entanto, alguns países têm estudado uma proposta de padronização e sistematização das práticas de monitoramento do desenvolvimento infantil através da articulação de uma rede transdisciplinar que atenda às necessidades das famílias (GURALNICK, 2005).

2.4 Atenção Integral à Saúde da Criança: Avanços com as Políticas Públicas e Consolidação dos Programas.

Em 2015 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) publicada através da Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015. Sua base de sustentação se respalda pela Constituição Federal (1988) a partir das seguintes leis e decretos:

- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) o qual regulamenta, reconhece e protege a criança como sujeitos de direitos;
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços;
- Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990, que promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança;

- Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação;

Entre outras publicações do Diário Oficial da União que asseguram a proposta da atenção integral a saúde da criança (BRASIL, 2015).

O conceito de “atenção integral à saúde da criança” preconiza a intersetorialidade como estratégia de ação para monitoramento do DI com propósito de visualizar as dimensões individuais 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^a).

O “Guia A Intersetorialidade nas Políticas para a Primeira Infância” (REDE NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA, 2015) elaborado pela RNPI acrescenta a proposta do modelo intersetorial como a estratégia mais eficaz na assistência à infância, pois possibilita uma visão abrangente da criança a partir do compartilhamento de informações, decisões e estratégias entre os profissionais, os quais são valorizados para além das suas especialidades, mas sobretudo, o trabalho articulado e cooperativo. Esse material é um instrumento norteador para a construção de uma rede de atenção intersetorial para a primeira infância.

Em sua composição encontram-se evidências fundamentais que direcionam a equipe na construção de uma rede de atenção à criança com estratégias para ações e práticas intersetoriais. Nesse contexto, como referência apresenta-se os níveis de evidência de um trabalho em intersetorialidade, por meio dos “Níveis de intersetorialidade – coordenação intersetorial de políticas públicas” disponível no Guia da Intersetorialidade nas Políticas Públicas para a Primeira Infância (REDE NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA, 2015, p.28). O quadro 1 apresenta a síntese dos Níveis de Evidência de um trabalho em Intersetorialidade.

Quadro 1: Níveis de Evidência de um trabalho em Intersetorialidade.

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: Disponível em: Guia Da Intersetorialidade nas Políticas Públicas para a Primeira Infância (2015, p.28). Adaptado pelo autor.

Na sequência, o Quadro 2 apresenta a síntese das duas principais políticas públicas voltas à infância instituída entre os anos de 2015 e 2016.

Quadro 2: Síntese das políticas públicas voltadas a infância.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)	Instituída em 2015	<p>Art. 2º tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.</p> <p>Art. 6º formaliza um conjunto de temas com propósito de orientar e qualificar as ações e serviços destinados a saúde da criança. Com destaque para a implantação de práticas de vigilância do desenvolvimento integral que visam a promoção da saúde e o acompanhamento do crescimento.</p> <p>Art.15º esclarece as estratégias, prioridades e especificidades regionais, estaduais e municipais para o alinhamento de ações das linhas de cuidado com metodologias específicas que assegurem o acompanhamento do desenvolvimento da criança.</p>
Política Nacional Integrada para a Primeira Infância (PNPI)	Instituída em 2016.	<p>Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância através da aprovação da Lei de 8 de março de 2016. A qual implica como dever do Estado estabelecer políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância que atendam às especificidades dessa faixa etária, visando a garantir seu desenvolvimento integral.</p> <p>Art.3º estabelece como prioridade absoluta assegurar os direitos da criança, do adolescente e do jovem, nos termos do art. 227 da Constituição Federal e do art. 4o da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Implica como dever do Estado de estabelecer políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância que atendam às especificidades dessa faixa etária, visando garantir seu desenvolvimento integral.</p> <p>Art. 6º a Política Nacional Integrada para a primeira infância será formulada e implementada mediante abordagem e coordenação intersetorial que articule as diversas políticas setoriais a partir de uma visão abrangente de todos os direitos da criança na primeira infância.</p>

Fonte: Elaborada pelo próprio autor.

A Política Nacional Integrada para a Primeira Infância (PNPI) caracterizou-se como o Marco Legal com força de lei a partir de 08 de março de 2016 (BARROS; COUTINHO; MENDONÇA, 2016). Especificamente, no Art. 11, esclarece a necessidade de obter componentes para monitoramento com recursos que garantam um acompanhamento sistemático da criança:

As políticas públicas terão, necessariamente, componentes de monitoramento e coleta sistemática de dados, avaliação periódica dos elementos que constituem a oferta dos serviços às crianças e divulgação dos seus resultados (BRASIL, 2016).

Entretanto, apesar dos investimentos no país em relação às políticas públicas e programas voltados a primeira infância, ainda não existe uma cultura de avaliação

(OLIVEIRA, 2016). De acordo com Didonet (2016^a), não cabe mais a dúvida se deve ou não haver processo avaliativo das políticas públicas, pois essa já é uma determinação legal. De acordo com esse autor, seria mais recomendado o investimento na formação dos profissionais para monitoramento do desenvolvimento infantil a fim de se tornarem aptos para identificar sinais de possíveis risco, compreendendo não somente aspectos biológicos, mas, sobretudo, considerar o ambiente social, histórico e ecológico em que a criança está inserida.

Diante desse cenário, estudos apontam a necessidade de investimento em publicações nacionais acerca da temática do monitoramento do DI, bem como salientam a importância da implantação das práticas de atenção integral à saúde da criança preconizadas pelas políticas públicas (ZEPPONE et al, 2012; SOUSA et al, 2014; DELLA BARBA, 2015^a; 2015^b; VITOLO et al, 2017; BRASIL, 2015; BRASIL, 2016^a).

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar um programa de capacitação profissional para monitoramento do desenvolvimento infantil de crianças de zero a três anos de idade, no Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família, na perspectiva de uma equipe que atua na primeira infância

3.2. Objetivos específicos

- Identificar a equipe do município que atua no monitoramento do desenvolvimento infantil.
- Identificar as ações e serviços de monitoramento do desenvolvimento infantil.
- Propor, aplicar e descrever a Capacitação aplicada aos profissionais que compõem uma equipe que atua na primeira infância do município à luz do Modelo e Construção de Capacidade Centrado na Família.
- Avaliar o programa de capacitação profissional pela perspectiva dos participantes da pesquisa.

4. METODOLOGIA

4.1. Caracterização do estudo

O presente estudo é caracterizado como descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, podendo ser identificado como estudo de caso, a ser desenvolvido com as equipes de monitoramento do desenvolvimento infantil de um dos municípios que compõe a região de São Carlos – SP, propondo ser executado em três etapas:

Etapa I: identificação da equipe e o repertório de ações e serviços do município para acompanhamento e monitoramento do DI.

Etapa II: capacitação profissional com base no Modelo de Construção de Capacidades Centrada na Família.

Etapa III: avaliação das repercussões da proposta de capacitação profissional pelos participantes.

4.2 Local

As etapas desse estudo foram desenvolvidas no Município selecionado no âmbito do projeto maior para receber a capacitação profissional. Os encontros foram desenvolvidos no salão de reuniões da Secretaria de Educação e Cultura.

O município está localizado na Região Centro-Leste do Estado de São Paulo com uma área de extensão de 753,7 km² e atualmente, de acordo com o último censo (2010) conta com 31.056 habitantes.

As principais atividades econômicas estão relacionadas a agricultura e pecuária, com destaque para o cultivo de cana-de-açúcar e produção de leite e frangos, sendo uma referência para o Estado de São Paulo (IBGE, 2010).

A rede municipal de atenção à criança é composta por serviços pertencentes às três principais secretarias que articulam ações e serviços destinados a saúde, educação e assistência à população.

A Secretaria de Saúde dispõe de seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro Médico Especializado, um Núcleo de Atendimento Especializado à criança, a Santa Casa de Misericórdia, um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial e a Central de Regulação de Vagas (destinada a agendamentos, encaminhamentos e internações médicas).

A Secretaria de Educação dispõe de seis Centros de Educação Infantil e uma Creche filantrópica.

A Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social compõe sua rede com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro Especializado de Assistência Social (CREAS), Instituição de acolhimento (Abrigo) e Conselho Tutelar.

4.3 Participantes

A composição dos participantes se deu pela indicação dos gestores municipais responsáveis pelos setores da saúde; educação e cultura e assistência social disponíveis na rede de atenção à criança de zero a três anos de idade. Os profissionais indicados foram convidados para participar da capacitação profissional.

O setor da Saúde está representado pelos seguintes serviços:

- Núcleo de Atendimento Especializado à criança,
- NASF (Núcleo de Saúde da Família),
- APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) ¹
- USF (Unidades de Saúde da Família).

Os serviços que compõem o Setor da Educação são:

- Creche Filantrópica,
- CEI (Centro de Educação Infantil),
- SEEC (Secretaria de Educação e Cultura).

Os serviços que compõem o setor de Assistência e Desenvolvimento Social são:

- Instituição de Acolhimento;
- Associação de apoio vinculada a igreja;
- Conselho Tutelar;
- CRAS (Centro de Referência de Assistência Social);
- CREAS (Centro Especializado de Assistência Social).

¹ A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais está descrita no setor da saúde pelo motivo do profissional que participou da capacitação por atuar diretamente com atendimentos especializados dentro da instituição, os quais são vinculados ao SUS.

Outros serviços e setores compõem a rede municipal de atenção à criança. Contudo, para o presente estudo a composição dos participantes atuam nos serviços mencionados acima.

4.3.1 Seleção dos participantes

A seleção dos participantes para a capacitação profissional se deu através dos seguintes critérios:

- Indicação através dos gestores para seleção de profissionais atuantes nas áreas da saúde, educação e assistência social, em exercício de atividade no município nos serviços de monitoramento DI com crianças de faixa etária de zero a três anos de idade.
- Profissionais em exercício de atividade formal no serviço que concordaram em participar, sinalizando tal opção no TCLE.

Nesse estudo, os participantes da capacitação profissional atuam nos setores da saúde, educação e assistência social da rede municipal de atenção à criança. O quadro 3 elenca os serviços representados na capacitação profissional.

Quadro 3: Identificação dos serviços representados na capacitação profissional.

Setor Saúde	Setor de Assistência e Desenvolvimento Social	Setor de Educação
4 serviços	5 serviços	3 serviços
Núcleo de Atendimento Especializado à criança	Instituição de Acolhimento	SEEC
NASF	Conselho tutelar	CEI
APAE	Associação filantrópica vinculada à igreja	Creche filantrópica
USF	CRAS	
	CREAS	

Fonte: próprio autor.

Abaixo segue a caracterização dos serviços participantes no estudo:

a) Setor da Saúde

O setor da saúde foi representado por quatro serviços com um total de 19 profissionais. O quadro 4 apresenta a síntese dos participantes de cada serviço que representaram o setor da saúde e suas respectivas atribuições profissionais.

Quadro 4: Identificação dos participantes da capacitação profissional dos serviços do setor da saúde.

Núcleo de Atendimento Especializado à criança	NASF	APAE	USF
2 psicólogas	1 psicóloga	1 fisioterapia	3 enfermeiras
2 fonoaudiólogas	1 assistente social		5 cuidadoras
2 terapeutas ocupacionais	1 nutricionista		1 escriturária

Fonte: próprio autor.

A seguir segue o detalhamento sobre as atribuições e competências de cada serviço composto pelo setor da saúde, as quais, a sua maioria forma extraídas das gravações audiovisuais realizadas durante a capacitação profissional.

- Núcleo de Atendimento Especializado à criança

O serviço é um serviço de especialidades em Saúde Mental que assiste crianças e adolescentes com transtornos mentais, decorrentes de psicopatologias de leves a grave (psicoses, transtornos de ansiedade, depressão etc). Os encaminhamentos são realizados por meio do Fórum, Conselho Tutelar, e Centro Municipal de Especialidades (CEME) sendo o serviço caracterizado como um espaço de cuidado adequado para abrigar suas angústias, dúvidas e dificuldades, além de prepara-los para um crescimento mais saudável favorecendo recursos externos e internos que lhes capacitem a lidar com suas realidades.

Contam com nove profissionais (psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatra, escriturária e técnica para oficinas de grupo). No estudo o serviço foi representado por seis profissionais sendo dois com formação em psicologia, dois com formação em fonoaudiologia e dois com formação em terapia ocupacional.

- NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (BRASIL, 2011). No estudo foi representada por três profissionais sendo um com formação em psicologia, um com formação em serviço social e um com formação em nutrição.

- APAE – Associação de Pais e amigos dos Excepcionais

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais nasceu em 1954, no Rio de Janeiro. Caracteriza-se por ser uma organização social, cujo objetivo principal é promover a atenção integral à pessoa com deficiência, prioritariamente aquela com deficiência intelectual e múltipla. A Rede APAE destaca-se por seu pioneirismo e capilaridade, estando presente, atualmente, em mais de 2 mil municípios em todo o território nacional (FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES). No estudo foi representado por um profissional com formação em fisioterapia com atuação ambulatorial na APAE.

- USF – Unidade de Saúde da Família

As Unidades Básicas de Saúde ou Estratégias de Saúde da Família estão instaladas nos territórios onde os munícipes trabalham, estudam e vivem; desempenham um papel central para garantir à população o acesso a uma atenção à saúde básica de qualidade. As equipes formadas por pelo menos um médico e um enfermeiro além de técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde realizam cuidados de baixa complexidade e observam critérios de risco, vulnerabilidades (BRASIL, 1997).

No estudo, as Unidades de Saúde foram representadas pois seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por três profissionais com formação superior em enfermagem e um profissional no cargo de escriturário.

b) Setor de Assistência e Desenvolvimento Social

O setor de assistência e desenvolvimento social foi representado por cinco serviços composto por 14 participantes. O quadro 5 apresenta a síntese dos participantes de cada

serviço que representaram o setor da assistência e desenvolvimento social e suas respectivas atribuições profissionais.

Quadro 5: Identificação dos participantes da capacitação profissional dos serviços do setor da assistência e desenvolvimento social.

Instituição de acolhimento	Conselho Tutelar	Associação filantrópica vinculada à igreja	CRAS	CREAS
1 psicóloga	1 conselheira tutelar	3 cuidadoras	1 psicóloga	1 psicóloga
1 coordenadora	1 psicóloga			
5 cuidadoras				

Fonte: próprio autor.

A seguir segue o detalhamento sobre as atribuições e competências de cada serviço composto pelo setor da assistência e desenvolvimento social.

- Entidade de Acolhimento

A Entidade de Acolhimento recebe as crianças que foram retiradas de suas famílias por razões de violência, maus tratos, uso de drogas e demais intercorrências voltadas à falta de cuidado para com as crianças, direcionadas diretamente por vias Legais (Ministério Público e Conselho Tutelar).

Dessa forma, o serviço não apresenta relações diretas com essa família, uma vez que o direcionamento ao abrigo acontece por meio Legal, através do Ministério Público. Após direcionamento da criança para o serviço se estrutura um Plano Individual de Atendimento identificando os motivos considerados para justificar o afastamento ou a não reintegração da criança no convívio familiar. No estudo o serviço foi representado por sete profissionais sendo um com formação em psicologia, um participante com formação em serviço social, a coordenadora do serviço e quatro cuidadoras.

- Conselho Tutelar

O Conselho Tutelar desempenha a função de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, como fruto de ações direcionadas do Estado e da sociedade civil organizada. No estudo o serviço foi representado por dois conselheiros tutelares, sendo um deles com formação em psicologia.

- Associação filantrópica vinculada à igreja

Reconhecida como Entidade Beneficente de Assistência Social com a finalidade de Prestação de Serviços nas áreas da Educação e da Assistência Social, baseada em seus princípios estatutários e possui a missão de difundir valores, disseminar e fomentar práticas que oportunizem a emancipação e autonomia do sujeito nas suas mais diversas fases da vida. No estudo, a associação foi representada por três cuidadores.

- CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

O CRAS é uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social, sendo responsável pela organização e oferta dos serviços sócio assistenciais da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios (BRASIL, 2004). No estudo foi representado por dois profissionais, sendo um com formação em psicologia e um com formação em serviço social.

c) Setor da Educação

O setor da educação foi representado por três serviços e 11 profissionais. A seguir segue o detalhamento sobre as atribuições e competências de cada serviço composto pelo setor da educação. O quadro 6 apresenta a identificação dos participantes da capacitação profissional dos serviços do setor da educação.

Quadro 6: Identificação dos participantes da capacitação profissional dos serviços do setor da educação.

SEEC	CEI	CRECHE
1 Coordenadora pedagógica	6 gestoras	1 Assistente Social
1 Psicopedagoga		1 Coordenadora pedagógica
1 Psicóloga		

Fonte: próprio autor.

A seguir segue o detalhamento sobre as atribuições e competências de cada serviço composto pelo setor da educação.

- SEEC – Secretaria de Educação e Cultura do Município

A secretaria foi representada pelos profissionais da rede que atualmente estão responsáveis pela coordenação pedagógica e o setor de psicologia na Educação Infantil.

- CEI – Centro de Educação Infantil

De acordo com os critérios da pesquisa os representantes da educação infantil envolveram os profissionais que atuam diretamente na educação com crianças de zero a três anos de idade sendo composto pelos gestores dos centros de educação infantil.

- Creche Filantrópica

O município dispõe de uma creche filantrópica que atua diretamente com crianças de zero a três anos de idade. No estudo foi representada por um profissional com formação em serviço social e a responsável pela coordenação pedagógica da instituição.

Para avaliação da Capacitação Profissional (etapa III) foram adotados critérios de inclusão específicos, os quais foram organizadas em dois momentos:

Momento 1 - Avaliação dos encontros da capacitação profissional:

Para avaliar o conteúdo dos encontros da capacitação profissional, o critério estabelecido foi apresentar 100% de frequência nos encontros, visto que, o instrumento propõe avaliar o processo de capacitação com relação a: a clareza das informações, relevância dos conteúdos, materiais e nível de satisfação com a proposta.

Momento 2 - Avaliação da capacitação profissional:

Para análise o programa de capacitação sobre o Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família foi aplicado um instrumento no início da capacitação profissional e após a sua finalização. Na primeira aplicação 42 participantes responderam o instrumento. Na reaplicação, 27 participantes responderam o instrumento.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados consistiram de:

a) Ficha de identificação profissional:

A fim de obter informações referentes à identificação da formação profissional dos participantes, seu setor de trabalho e sua atuação no serviço, foi elaborada pela pesquisadora uma ficha (fig. 5) que foi anexada em um outro instrumento - o *FINESSE (Families in Natural Environments Scale of Service Evaluation)*, o qual foi aplicado no início e ao final da capacitação.

Figura 5: Ficha de identificação profissional anexada ao instrumento *Finesse*.

Nome: Setor de Trabalho: Profissão: Função:
--

(Escala de Avaliação de Serviços de Famílias em Contextos Naturais)
 Robin McWilliam
 Frank Porter Graham Child Development Center
 University of North Carolina at Chapel Hill
 Novembro 2000
(Tradução por Sandra Dionísio e Leonor Carvalho, 2008, com autorização do autor, no âmbito de uma monografia realizada no PIP – Distrito Coimbra, sob orientação da Faculdade de Psicologia da Universidade do Algarve)

Fonte: próprio autor.

b) Fluxograma:

Foi utilizado com o objetivo de identificar ações e serviços de monitoramento do Desenvolvimento Infantil da equipe. 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).

Entretanto, outros autores descrevem o processo como uma estratégia para articular ferramentas e métodos com propósito de determinar uma sequência de passos a serem transformados se necessário, para uma melhor organização e ordenação das atividades específicas dentro dos espaços e tempo (BARNES, 1982; SOLIMAN, 1999).

Na literatura encontra-se uma proposta do fluxograma específica para a construção de representação gráfica do processo de articulação da rede denominada “fluxograma descritor” a qual 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 (FRANCO, 2003).

A proposta do “fluxograma descritor” se deu a partir da sugestão de analisar o percurso realizado pelo usuário quando entra em contato com os serviços de saúde, a fim de descrever como acontece o processo percorrido, quando buscam atendimento e sua inserção na USF (FRANCO; MERHY, 2003).

Para a construção da representação gráfica, faz-se necessário, conhecimento prévio dos seguintes critérios básicos apresentados na Figura 6 para elaboração do fluxograma descritor:

Figura 6: Critérios Básicos para a Elaboração do Fluxograma.



Fonte: SOUSA et al., 2014, p. 1285. Adaptado pelo autor.

Nessa perspectiva, a proposta de construção do fluxograma envolveu a apresentação dos critérios básicos e seus significados para a composição do diagrama. Como também, conceitos teóricos foram introduzidos com objetivo de elucidar a proposta de construção do fluxograma da rede municipal de atenção à criança. Para essa proposta, utilizaram-se as estruturas de dois modelos de fluxograma de serviços para monitoramento do DI, os quais estão apresentados na figura 3 e figura 4.

c) Confeção de uma escala *Likert* para avaliação da capacitação profissional:

Para avaliação dos encontros da capacitação profissional foi elaborado pela pesquisadora um questionário em formato de escala, tipo *Likert*, com propósito de avaliar o grau de satisfação dos participantes com a pesquisa. Sua estrutura é composta por cinco pontos, entende-se que as pontuações menores que três são consideradas como discordantes e, maiores que três, como concordantes (LARENTIS, et al., 2015; MALHOTRA, 2006).

A composição do instrumento de avaliação contém ao todo, oito questões a serem pontuadas de um a cinco, sendo cinco a pontuação mais alta com relação aos seguintes

tópicos: clareza de informação e conteúdo abordado, materiais disponibilizados, relevância da proposta com as práticas desenvolvidas, nível de satisfação e espaço aberto para comentários e sugestões.

O instrumento não contém a identificação do profissional, de modo a preservar sua identidade e assim, permitir segurança para responder as questões abertas sem comprometimento. A escala foi respondida pelos participantes no último encontro da capacitação profissional (APÊNDICE 18).

d) Escala de Avaliação dos Serviços com Famílias em contextos Naturais (*Finesse*)

Foi aplicada pré-teste e pós-teste da capacitação profissional. A tradução do *Finesse* para o português de Portugal permanece como *Escala de Avaliação dos Serviços com Famílias em Contextos Naturais*. Esta escala foi desenvolvida e validada nos Estados Unidos por McWilliam (2000), na Universidade da Carolina do Norte. A aplicação dessa escala é inédita no Brasil.

O objetivo da escala é investigar a qualidade dos serviços que pretendem atuar sob as práticas centradas na família. Para este estudo, a Profa. Dra. Ana Maria Serrano disponibilizou a versão traduzida em português de Portugal, por Dionísio e Carvalho (2008), com autorização do autor, no âmbito de uma monografia realizada no Distrito de Coimbra, sob orientação da Faculdade de Psicologia da Universidade do Algarve. Entretanto, anexado ao presente estudo segue a versão em inglês, uma vez que, a tradução está autorizada pelo autor somente para fins de estudo e pesquisa.

De acordo com McWilliam, Rasmussen, Snyder (2007), a estrutura da escala é composta por 17 itens divididos em quatro componentes, os quais abordam os seguintes elementos:

1. Primeiros contatos: composto pelas três primeiras questões do instrumento;
2. Seleção e planejamento: composto pelas questões 4 a 9.
3. Intervenções funcionais: composta pelas questões 10 a 13.
4. Papeis dos profissionais: composta pelas questões 14 a 17.

Ao final do instrumento, apresenta uma questão aberta com a seguinte proposta:

“Se existir geralmente uma diferença entre as suas práticas típicas e as que consideram práticas ideais, quais os fatores que contribuem para essa discrepância?”

Para responder adequadamente a escala, faz-se necessário ler atentamente as orientações descritas no cabeçalho. Com isso, já é possível compreender o passo a passo para o seu preenchimento.

A pontuação para cada questão é atribuída de 1 a 7 sendo os números ímpares âncoras de respostas. Os números pares são assinalados caso a descrição do serviço esteja entre duas descrições especificadas indicadas por números ímpares (MCWILLIAM et al., 2007).

Na escala, duas classificações são solicitadas para cada questão. Inicialmente, no cabeçalho, parte superior da questão estão identificadas as pontuações para as práticas típicas, ou seja, as práticas que melhor representam as rotinas de trabalho realizadas no seu serviço. Assim, deve-se circular o número que melhor representa a sua prática nas dimensões questionadas. Em seguida, abaixo das descrições, apresentam as pontuações para as práticas ideais. Para estas, pede-se para circular o número que melhor representa como o entrevistado gostaria que fossem desenvolvidas as práticas no seu serviço.

Para análise dos dados da escala, faz-se necessário aplicar o instrumento em dois momentos distintos. O primeiro momento, no início do processo de capacitação profissional e o segundo momento, após sua finalização. A partir daí é possível compreender a discrepância entre as práticas típicas e as práticas ideais dos serviços, e por isso a escala é considerada como um instrumento de avaliação dos serviços (MCWILLIAM, 2016).

Para melhor entendimento da proposta da escala, o quadro 7 apresenta o resumo dos objetivos de cada questão.

Quadro 7: Resumo do instrumento *Finesse*.

1. Apresentações Escritas do programa	Descrição dos materiais escritos que divulgam os serviços e os programas para monitoramento do DI.
2. Marcação dos Primeiros Contatos	Como é estabelecido o primeiro contato com as famílias.
3. Primeiro Contato	Descrição de como é realizado o primeiro contato com relação as estratégias desenvolvidas junto as famílias.
4. Avaliação para planejamento da intervenção	Como são planejadas as intervenções, quais instrumentos são utilizados com as famílias.
5. Identificação das necessidades da família	Investigar como os serviços identificam ou priorizam as necessidades apontadas pelas famílias
6. Reuniões de planejamento da intervenção	Como é desenvolvido o plano de intervenção junto às famílias.
7. Seleção dos Resultados / Objetivos	Como são traçados os objetivos para intervenção junto às famílias.
8. Os objetivos da família	Como são direcionados os objetivos traçados.
9. Finalidade Resultado/Objetivo	Os objetivos são esclarecidos junto as famílias, de modo que elas tenham compreensão da proposta de trabalho.
10. Enquadramento da Intervenção	As atividades de intervenção necessitam de espaço e equipamentos específicos para o atendimento.
11. Equipamentos	Como são os equipamentos utilizados para as intervenções.
12. Necessidade de comportamentos alvo	Como são direcionados os comportamentos a serem incorporados na rotina da família para que a criança atinja os objetivos traçados.
13. Filosofia da intervenção	Consiste em compreender qual a filosofia do serviço com relação a proposta de intervenção junto às famílias com criança em risco do desenvolvimento infantil.
14. Foco de intervenção	Como são organizados e estruturados os objetivos de intervenção junto aos serviços que atuam no monitoramento do desenvolvimento infantil
15. Consultorias em contextos formais	Quando as intervenções são realizadas nos contextos da criança, como são desenvolvidas as atividades.
16. Modelo de Prestação de Serviço de Visita	Propõe classificar a organização dos serviços e da equipe que atua em visitas domiciliares com relação ao modelo de estrutura.
17. Papel do responsável de caso	Compreender as competências do profissional responsável pela família.

4. 5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.5.1 Considerações éticas

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, sendo aprovado sobre o parecer nº 2.066.963, homologado em 16 de maio de 2017 (ANEXO 1).

Os participantes da pesquisa receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 17) no qual constaram informações referentes ao projeto: objetivo, procedimentos da coleta de dados, assim como a não obrigatoriedade de participação, a possibilidade de retirada do consentimento e desistência da participação com garantia de anonimato e utilização dos dados para fins científicos.

4.5.2 Identificação da equipe do município que atua no monitoramento do desenvolvimento infantil

As indicações dos profissionais para participação na capacitação profissional se deram através dos gestores municipais das Secretarias de Saúde, Secretaria de Educação e Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social.

A partir daí os profissionais foram convidados para um primeiro encontro em maio de 2017 com objetivo de esclarecer a proposta do estudo. E sobretudo, a confirmação de participação dos profissionais se deu com a assinatura do TCLE.

O controle de presença nos encontros da capacitação profissional se deu através de uma lista de presença com os seguintes dados: nome completo, setor de trabalho, serviço, e-mail e telefone para contato. Essa estratégia possibilitou identificar os profissionais que estiveram presentes em todos os encontros, a qual no último encontro foi possível identificar 22 participantes que se mantiveram dentro do critério estabelecido para esse primeiro momento para avaliação dos encontros da capacitação profissional. Além disso, a lista de presença facilitou o contato com os participantes para reaplicação do instrumento após a finalização do processo de capacitação, afim de avaliar a proposta da capacitação para ações dos serviços que pretendem atuar na abordagem centrada na família (aplicação do *Finesse*).

4.5.3 Descrição do Programa de Capacitação profissional à luz do modelo de construção de capacidades centrada na família

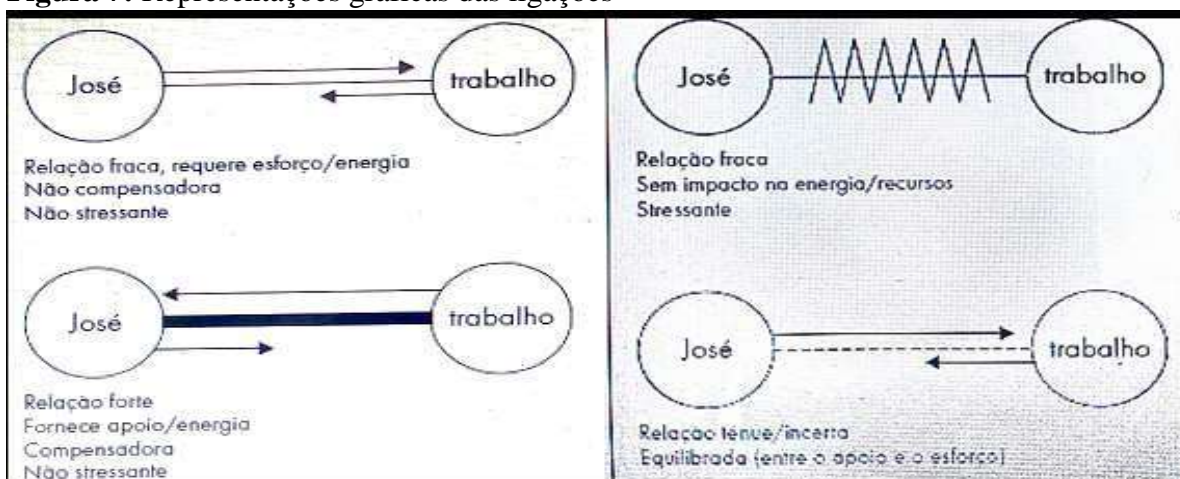
- **Instrumentos utilizados no Programa de Capacitação (Etapa II)**

Para o levantamento dos dados da Etapa II foram utilizados os instrumentos específicos do *Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família* sob orientação, instrumentalização e capacitação dos participantes pela Profa. Dra. Ana Maria Serrano.

a) Ecomapa

É uma representação gráfica que possibilita identificar as relações e ligações dentro do sistema multigeracional, propõe identificar as relações e ligações da família com as estruturas sociais do meio onde habita. Para leitura e compreensão da qualidade das relações, a Figura 7 apresenta uma legenda utilizada para a leitura e compreensão das ligações.

Figura 7: Representações gráficas das ligações



Fonte: AGOSTINHO, M. Ecomapa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23(3), 327-30, 2007, p. 327. Adaptado pelo autor.

O processo de elaboração do Ecomapa se apresenta de três formas distintas na literatura, de acordo com Hartman (1995 apud JUNG, 2012, p. 25) podendo ser:

Elaborado pelo profissional a partir de sua perspectiva sem a participação da família; a família pode construir o Ecomapa sem a ajuda do profissional; a família e os profissionais juntos realizam a construção do Ecomapa (p. 25).

A finalidade do instrumento é mapear a rede de apoio familiar composta tanto pelos serviços da rede municipal quanto pelos apoios da comunidade. A partir dessa identificação, compreender junto às famílias como é a qualidade das relações entre os serviços e apoios identificados.

Inicialmente, para a sua construção são identificadas as pessoas que vivem na residência e preenchidos os nomes dos integrantes em um círculo no centro da folha sulfite. Em seguida, para reconhecer a rede de apoio informal, na parte superior da folha sulfite são escritos os nomes das pessoas ou serviço da comunidade. Cada apoio deve estar representado dentro de seu próprio círculo. Na parte inferior são identificados os apoios formais caracterizados como os serviços da rede municipal.

Após a identificação da rede de apoio familiar, a proposta se estende a qualificar a relação estabelecida com os apoios identificados pelo familiar. Para essa classificação, entre o círculo central com as características da família e o círculo identificado com o apoio específico são traçadas linhas que representam a qualidade da relação através de suas especificadas padronizadas em uma legenda com linhas e setas, a qual permite avaliar a força e a qualidade das relações entre apoio e família. (AGOSTINHO, 2007).

As linhas contínuas com espessura grossa representam as relações fortalecidas. As linhas contínuas e com espessura finas representam as relações enfraquecidas que requerem esforço, porém não causam estresse e muitas vezes não compensatórias. As linhas pontilhadas ou com riscos em todo percurso são relações enfraquecidas relacionadas a fatores estressantes e sem impacto no apoio (AGOSTINHO, 2007).

Dessa forma, o resultado do Ecomapa é representado por um diagrama que possibilita visualizar as relações e identificar as fragilidades ou fortalecimento das mesmas (JUNG, 2012).

b) Entrevista Baseada nas Rotinas (EBR)

É um formulário proposto por McWilliam (2003) e foi utilizado pela primeira vez no Brasil no presente estudo. Optou-se pela utilização da versão traduzida em Portugal pela Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP) em 2007.

O instrumento consiste em uma entrevista semiestruturada, conduzida por um profissional com pelo menos um dos pais, norteadas por questões relativas ao funcionamento da criança e da família em rotinas diárias em casa e na escola (acordar, vestir-se, alimentação, arrumar-se para sair, lazer, banho, dormir, ir às compras e atividades fora de casa).

Tem por finalidade selecionar uma lista de objetivos, os quais devem ser funcionais. Ou seja, os objetivos devem estar direcionados as prioridades e preocupações da família. O profissional da equipe juntamente com o familiar descreve os objetivos na “Ficha Síntese da EBR” e posteriormente, a equipe irá utilizar os resultados descritos nesse instrumento para a elaboração de um plano de intervenção com base nas necessidades e prioridades destacadas e que se encaixe na rotina familiar.

O próprio formulário da EBR apresenta as instruções para sua utilização sendo dividido em duas sessões, a primeira página um questionário com questões abertas sem especificações das rotinas; e outro formulário estruturado, o qual as rotinas são debatidas através de questões específicas (MCWILLIAN, 2012).

O entrevistador pergunta sobre rotinas diárias, desde o início até o fim de um dia típico. Dentro de cada rotina, o foco se estende sobre o que faz toda a família e o nível de envolvimento e independência da criança, assim como as relações sociais entre os membros da família e quão satisfeita a família está com a rotina.

Para aplicação da EBR faz-se necessário que o entrevistador compreenda o desenvolvimento da criança e o funcionamento da família. Sendo assim, exige capacitação e formação para aprender a aplicabilidade do formulário, além da compreensão do conceito das boas práticas centradas na família, para que seja possível, contribuir para o ajuste da criança e as demandas da rotina familiar sob perspectiva do modelo estudado (MCWILLIAM, 2010; MCWILLIAM et al., 2009).

Ao conduzir adequadamente a EBR, os dados obtidos pela entrevista resultarão em uma série de objetivos, ideias para a construção de um plano de intervenção. Para a elaboração dos resultados se utiliza um anexo norteador desenvolvido por Robin McWilliam e adaptado para o português de Portugal pelo GTI (Grupo Técnico de Investigação) em junho de 2016. Através dele, se estabelecem as prioridades da família para a construção do plano de intervenção, o anexo denomina-se “*Os Sete passos para construção de um objetivo funcional para a criança*”. Esse anexo, funciona como um *check-list*, constituído por sete itens que descrevem critérios detalhados para a construção do objetivo funcional.

Após esse processo, os objetivos são estabelecidos para então, elaborar a construção do plano de intervenção denominado PIIP – (Plano Individual de Intervenção Precoce). Entretanto, deve-se refletir a real necessidade desse objetivo para as necessidades da criança e os pais, os quais derivam das prioridades da família e apresentam metas mensuráveis.

c) Plano Individual de Intervenção Precoce – PIIP

O plano propõe identificar e organizar recursos formais e informais de apoio familiar, com articulação dos serviços e descrições de possíveis soluções, a fim de apoiar as famílias para encontrar respostas diante das suas necessidades, isso facilita encontrar estratégias para que as famílias possam atingir as metas para os seus filhos e para si próprias. (MCWILLIAM, 2012, p.32).

Este plano deve nortear e acompanhar a equipe municipal de atenção à criança em todo o processo de intervenção com as famílias. Além disso, um documento escrito é desenvolvido para melhor visualização dos objetivos. Para isso, faz-se necessário que o documento tenha sentido e seja executável para a família e profissionais. Para auxiliar nesse processo, algumas características contribuem para a funcionalidade do plano. O Quadro 8 ilustra algumas características que contribuem para essa elaboração.

²**Quadro 8:** Características associadas a planos de intervenção precoce.

Características associadas a planos de intervenção úteis e executáveis

- Os pais entendem e concordam com o conteúdo.
- Os pais têm um sentimento de posse em relação ao plano que eles próprios desenvolveram.
- O plano inclui objectivos importantes para a família.
- Quer a criança quer a família divertem-se com as actividades pensadas para alcançar os objectivos.
- As actividades encaixam-se nas rotinas diárias.
- Há fortes probabilidades de alcançar os objectivos num curto período de tempo.
- Há recursos disponíveis e acessíveis para a implementação de actividades (por exemplo, tempo, dinheiro, apoio emocional, energia, espaço, materiais).
- O plano de intervenção é permeável a mudanças e actualizações constantes.
- O plano é frequentemente revisto e a planificação é um processo contínuo.
- A versão escrita do plano passa “o teste do íman em forma de porco”.

Fonte: MC WILLIAM P.J. Planos de ação em intervenção precoce. In: MCWILLIAM P.J; WINTON PJ; CRAIS, E.R *Estratégias práticas para intervenção precoce centrada na família*. Porto. Porto Editora,2003, p.129. Adaptado pelo autor.

Nesse processo de elaboração do PIIP, a participação ativa da família é fundamental, uma vez que as características associadas ao plano de intervenção devem ser úteis, executáveis e de acordo com a rotina da família. No presente estudo, a capacitação profissional teve por objetivo proporcionar experiências teóricas e práticas para exemplificar a utilização dos instrumentos específicos do modelo de construção de capacidades centrado na família.

• **Procedimentos da Capacitação profissional à luz do modelo de construção de capacidades centrada na família**

O programa de capacitação foi constituído por sete encontros presenciais, realizados no espaço da Secretaria de Educação do município, e cada encontro durou três horas, no período da manhã. São descritos a seguir os passos do desenvolvimento do Programa de Capacitação.

²“Teste do íman em forma de Porco”: relato de experiência de uma profissional de IP ao acompanhar uma família no PIIP. Durante a visita domiciliar, o profissional pergunta a mãe sobre os objetivos do plano de intervenção. Em resposta, a mãe disse que em sua casa havia inúmeros papéis que eram entregues em vários serviços e que a utilidade do PIIP “não passou no teste do porco”. Acrescentou, que “é incrível a quantidade de papeis que chega aqui em casa toda semana. Se há algo que eu preciso lembrar ou usar (lista de compras, consultas no médico, contas) coloco na porta da geladeira preso com aquele ímã em forma de porco” (MCWILLIAM, 2003, p.128).

Os primeiros quatro encontros da capacitação foram conduzidos pela pesquisadora e abordaram conteúdos teóricos relacionados a proposta do estudo e conceitos preliminares sobre o modelo de construção de capacidades centrado na família e o detalhamento encontram-se nos apêndices.

Os três últimos encontros aprofundaram os conteúdos teórico-práticos para utilização dos instrumentos específicos do modelo e foram conduzidos pela Profa. Dra. Ana Maria da Silva Pereira Henriques Serrano, professora associada e investigadora do Centro de Investigação em Educação (CIEEd) e Instituto de Educação da Universidade de Minho em Braga, Portugal.

Os encontros foram gravados e os vídeos utilizados para extrair informações necessárias para identificação e articulação dos serviços da rede de atenção à criança no município. Assim como, registrar as atividades desenvolvidas na capacitação dos profissionais para compreensão da proposta das práticas centradas na família e utilização dos instrumentos específicos do modelo.

Nessa perspectiva, o quadro 9 apresenta a síntese da proposta de cada encontro e as ações desenvolvidas. Todos os momentos foram gravados integralmente em vídeo para posterior análise dos dados.

Quadro 9: Proposta do programa de capacitação profissional.

ENCONTRO	TEMÁTICA	AÇÃO DESENVOLVIDA
PRIMEIRO ENCONTRO	1. Apresentação da Proposta do Projeto.	Assinatura do TCLE
SEGUNDO ENCONTRO	1. Introdução ao modelo de construção de capacidades centrado na família.	Aplicação do <i>Finesse</i> e ficha de identificação profissional
TERCEIRO ENCONTRO	1. Introdução à intersectorialidade / equipe transdisciplinar.	Construção do Fluxograma
QUARTO ENCONTRO	1. Introdução à definição de risco no D.I	Apresentação de um estudo de caso desenvolvido sob perspectivas das práticas centradas na família
QUINTO, SEXTO E SÉTIMO ENCONTRO	Capacitação Profissional com Profa. Dra. Ana Maria Serrano	Oficinas para instrumentalização da equipe para utilização dos protocolos específicos do modelo

Fonte: próprio autor.

a) Descrição das atividades desenvolvidas nos encontros teóricos:

- **Encontro 1:** Apresentação da proposta do projeto

Nesse primeiro momento, a proposta do encontro teve como objetivo principal introduzir alguns conteúdos preliminares relacionados às políticas públicas voltadas à criança, bem como apresentar explicações detalhadas sobre a proposta da pesquisa e das etapas do projeto maior, com ênfase nos resultados que contemplaram o município para receber a capacitação profissional sobre o Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família. Acrescenta-se que nesse dia, firmou-se o compromisso entre os profissionais e pesquisadora para participação no estudo, através da assinatura do TCLE. Para conhecimento dos temas e assuntos abordados nesse encontro, de forma resumida, o quadro 10 apresenta o cronograma de atividades desenvolvida para o primeiro encontro da capacitação profissional.

Quadro 10: Síntese do Primeiro Encontro da Capacitação Profissional.

<u>CRONOGRAMA DO ENCONTRO 1:</u>
<p>1 Introdução</p> <p>1.1 Monitoramento do Desenvolvimento Infantil no Brasil</p> <p>1.2 Avanços das Políticas Públicas da Primeira Infância no Brasil.</p>
<p>2 Apresentação da Proposta do Projeto</p> <p>2.1 Descrição das etapas, objetivos e produtos</p> <p>2.2.1 Etapa 1</p> <p>2.2.2 Etapa 2</p> <p>2.2.3 Etapa 3</p> <p>2.2.4 Etapa 4</p> <p>2.2.5 Etapa 5</p> <p>2.4 Resultados esperados</p> <p>2.5 Contribuições do estudo</p>
<p>Anexos</p> <p>Avanços das Políticas Públicas da Primeira Infância no Brasil</p>

Fonte: próprio autor.

- **Encontro 2:** Introdução aos aspectos teóricos do Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família.

O segundo encontro teve como objetivo abordar os conteúdos teóricos sobre o modelo de construção de capacidades centrado na família, com ênfase na descrição teórica e conceitos. Além disso, propôs a incorporação de conhecimentos teóricos prévios sobre os instrumentos pertinentes do modelo.

Nesse sentido, o quadro 11 apresenta a síntese do cronograma de atividades desenvolvida para o segundo encontro.

Quadro 11: Síntese do Segundo Encontro da Capacitação Profissional.

<u>CRONOGRAMA DO ENCONTRO 2:</u>	
2	INTRODUÇÃO AO MODELO DE CONSTRUÇÃO DE CAPACIDADES CENTRADO NA FAMÍLIA
	2.1 Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família.
	2.1.1 O que é Abordagem Centrada na Família.
	<ul style="list-style-type: none"> • Por quê? • Pra quê? • Estratégias para monitoramento do D.I. • Lista de Verificação do Ecomapa • Formulário EBR – Entrevista Baseada na Rotina • PIAF – Plano Individualizado de atendimento familiar
	2.2 Exemplo do Modelo de sistema monitoramento do Programa de I.P (Guralnick)
	2.3 Identificar o repertório do município para ações e serviços de monitoramento do desenvolvimento infantil – Como é o Fluxo?

Fonte: próprio autor.

- **Encontro 3:** Compreensão e descrição de Equipe Transdisciplinar

O conteúdo programático do terceiro encontro teve por objetivo descrever e caracterizar os componentes para o trabalho em equipe transdisciplinar. O quadro 12 apresenta a síntese do cronograma de atividades desenvolvida para o terceiro encontro.

Quadro 12: Síntese do Terceiro Encontro da Capacitação Profissional.

<u>CRONOGRAMA DO ENCONTRO 3:</u>
<p>3 EQUIPE TRANSDICCIPLINAR</p> <p>3.1 Descrição, proposta e Práticas desenvolvidas pelo Município.</p> <p style="padding-left: 40px;">3.1.1 Descrição de Equipe Transdisciplinar e Intersetorialidade</p> <p style="padding-left: 40px;">3.1.2 Práticas já desenvolvidas no Município</p> <p style="padding-left: 40px;">3.1.3 Práticas Eficazes baseadas na Família: Como implementar?</p> <p style="padding-left: 80px;">a) A equipe Transdisciplinar: o papel do mediador</p> <p style="padding-left: 80px;">b) Resumo – orientações para as práticas</p>

Fonte: próprio autor.

- **Encontro 4:** Compreensão da Identificação de Risco do Desenvolvimento segundo referencial de Franco (2015).

Esse encontro buscou compreender como o município identifica risco do DI. Nessa perspectiva, utilizou-se como referencial teórico a caracterização de risco do DI descrita por Vitor Franco (2015), o qual descreve três principais eixos para determinação de risco do DI (fatores biológicos, fatores familiares e fatores ambientais). Para complemento das atividades do dia, um estudo de caso escrito por Melo & Tadeu (2014) foi utilizado para elucidar como se dá a construção de um plano individual de intervenção precoce. O quadro 13 apresenta a síntese do cronograma de atividades desenvolvidas para o quarto encontro.

Quadro 13: Síntese do Quarto Encontro da Capacitação Profissional.

<u>CRONOGRAMA DO ENCONTRO 4:</u>
<p>4 RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL</p> <p>4.1 Caracterização de Risco do Desenvolvimento Infantil com base no referencial envolvendo risco biológico, ambiental e familiar.</p> <p style="padding-left: 40px;">4.1.1 Eixo: fatores biológicos de risco</p> <p style="padding-left: 40px;">4.1.2 Eixo: fatores familiares de risco</p> <p style="padding-left: 40px;">4.1.3 Eixo: ambientes de risco e fatores ambientais de risco</p> <p>4.2 Identificação de risco para o desenvolvimento infantil em um olhar intersetorial sobre a família.</p> <p>4.3 Apresentação de um artigo - Estudo de Caso com base no Modelo.</p>

Fonte: próprio autor.

b) Descrição dos encontros práticos para a capacitação profissional sobre o modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família.

- **Encontro 5:** Atividades desenvolvidas para esclarecimento e aplicabilidade do Ecomapa.

Com o propósito de elucidar a abordagem teórica do Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família foram introduzidos conceitos iniciais para compreensão da proposta. Além disso, os pressupostos teóricos contribuíram para o entendimento de conceitos específicos relacionados as “boas práticas centradas na família”.

A palestra teve por objetivo esclarecer os conceitos específicos acerca do Ecomapa. Para essa atividade, a Profa. Ana Serrano utilizou uma imagem ilustrativa (figura 8) e introduziu exemplos práticos para melhor compreensão do instrumento. A interação entre a professora e participação contribuiu para retirada de dúvidas, questionamentos e discussões relacionadas às temáticas.

Figura 8: Ilustração das práticas centradas na família



Fonte: Imagem extraída do Guia Prático de Intervenção Precoce, 2016, p. 76. Utilizada pela Profa. Ana Serrano na Capacitação Profissional, 2017. Adaptada pelo autor.

Para complementar a ilustração, os referenciais utilizados para essa palestra estão descritos no Quadro 14 e organizados de acordo com os temas e conceitos discutidos.

Quadro 14: Temas e referenciais teóricos para elucidar as práticas centradas na família.

Tema	Referencial
Práticas centrada na família	ALLEN, R. I., & Petr, C. G. (1996). Toward developing standards and measurements for family-centered practices in family support programs. In L. E. P. G.H. Singer, & A. L. Olson (Ed.), <i>Redifing support: Innovations in public private partnership</i> . (pp. 57-85). Baltimore: Paul Brookes.
Aprendizagem em contexto natural	DUNST, C. J. (2001). Participation of young children with disabilities in community learning activities. In M. Guralnick (Ed.), <i>Early childhood inclusion: Focus on change</i> (pp. 307-333). Baltimore: Paul H. Brookes. DUNST, C. J., & Bruder, M. B. (2002). Valued outcomes of service coordination, early intervention, and natural environments. <i>Exceptional Children</i> , 3, 361-375. MCWILLIAM, P. J. (2003d). Prestação de serviços numa base diária. In P. J. McWilliam, P. J. Winton & E. R. Crais (Eds.), <i>Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família</i> (pp. 139-169). Porto: Porto Editora.
Apoio aos pais	MCWILLIAM, P. J., Winton, P. J., & Crais, E. R. (2003). <i>Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família</i> . Porto: Porto Editora. MCWILLIAM, R. (2002). <i>Os cinco elementos chave da prestação de serviços em contextos naturais</i> . Paper presented at the I Congresso Nacional de Intervenção Precoce, Coimbra.
Recursos da família e da comunidade	MCWILLIAM, P. J., Winton, P. J., & Crais, E. R. (2003). <i>Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família</i> . Porto: Porto Editora. MCWILLIAM, R.A <i>Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais</i> , Porto. Porto Editora, 2012.

Fonte: próprio autor.

Como atividade prática, com objetivo de complementar a proposta, a Profa. Dra. Ana Serrano organizou uma sequência de temas para discussões em grupo, com a finalidade de refletir sobre a temática “necessidades da família”.

Nessa proposta, a discussão tem por base duas ideias. Primeiro, compreender quais são as necessidades apontadas pela rede de atenção à criança. Segundo, discutir quais as necessidades apresentadas como prioridades pelas famílias. Com isso, o objetivo é identificar se existe diferenças entre as duas ideias. O Quadro 15 apresenta a distribuição dos temas para a discussão das “necessidades da família”.

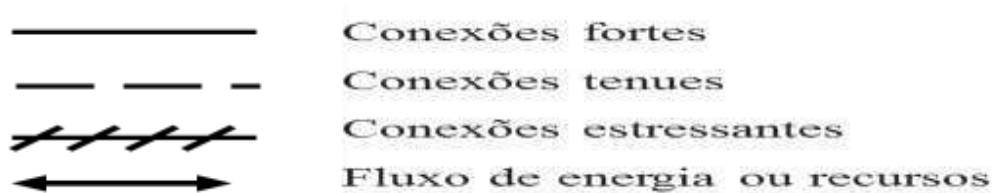
Quadro 15: Descrições das temáticas de grupo sobre necessidades da família.

Tema	Visão dos profissionais	Visão da Família
Transparência com os pais com relação as condições clínicas da criança	Informações/orientações dos profissionais junto às famílias.	Posição privilegiada dos membros da família sobre o desenvolvimento da criança para o estabelecimento dos objetivos, justificado pela realidade do dia-a-dia da criança e sua família.
Informações/orientações dos profissionais junto às famílias	Discussão sobre as informações e indicações realizadas pelos profissionais são compreendidas pelas famílias.	As orientações se não compreendidas ou priorizadas pelas famílias provavelmente ela não irá executá-las, por isso faz-se necessário explicar sua importância e fazer sugestões.
Preocupações Reais	Considerar preocupações das famílias em suas práticas. Como o serviço considera como prioridades as preocupações das famílias	Propõe a compreender as rotinas da família e criança em seus contextos naturais, possibilitam conhecer as famílias e suas necessidades e estabelecer prioridades e traçar objetivos reais.

Fonte: Próprio autor.

Após a atividade de discussão em grupo, a professora deu continuidade com a apresentação do Ecomapa, um instrumento que possibilita a identificação dos recursos formais e informais da família e comunidade. Para melhores explicações acerca do instrumento, utilizou-se como exemplo, um caso fictício, ilustrado com o passo a passo para aplicação. A imagem foi ampliada com projetor multimídia o que possibilitou ao grupo melhor visualização e acompanhamento de todo processo.

Com objetivos de esclarecer e orientar sobre os significados das diferentes linhas que compõem o instrumento e seus significados, uma imagem ampliada foi utilizada para as explicações direcionadas a legenda das linhas. A figura 9 apresenta a caracterização das linhas com relação a qualidade das relações estabelecidas entre família e o apoio.

Figura 9: Legenda para caracterização das conexões de apoio.

Fonte: Figura cedida pela Profa. Dra. Ana Serrano, extraída dos conteúdos da Capacitação Profissional, 2017, sn. Adaptada pelo autor.

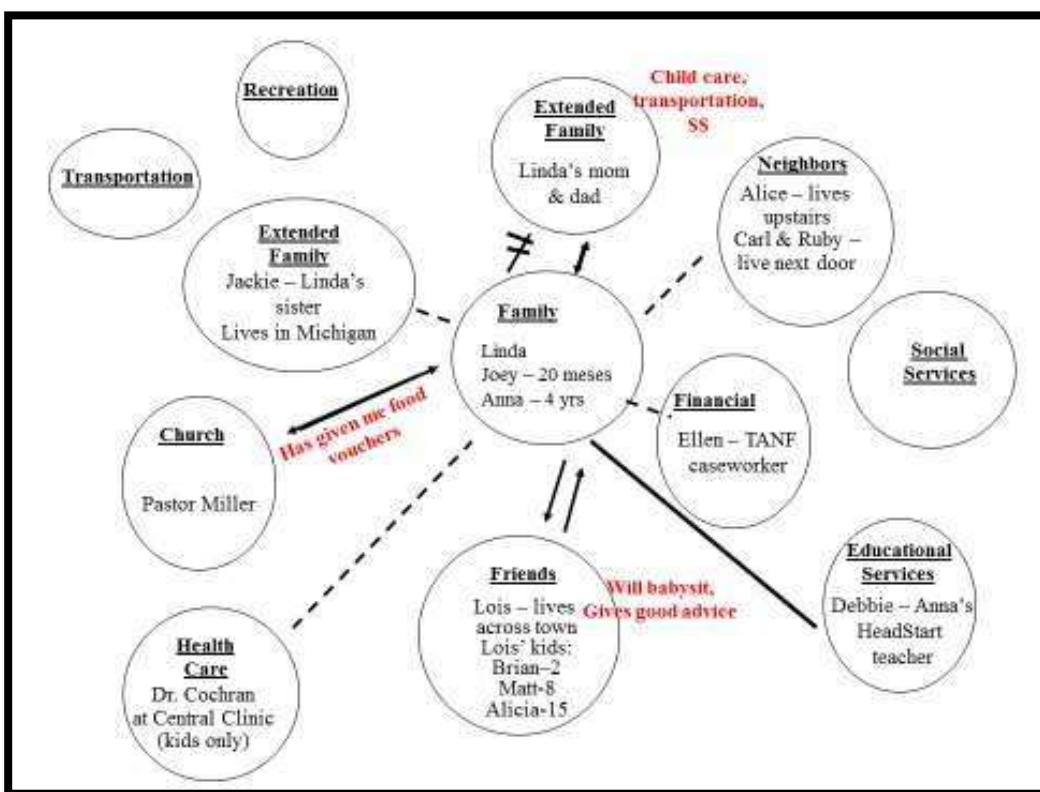
Para aprofundamento teórico sobre o processo de elaboração do Ecomapa, a professora Ana Serrano apresentou a seguinte classificação:

- Linha grossa e contínua: representa uma ligação forte entre família e apoio.
- Linhas tênues: caracterizadas por tracejado, representa uma ligação enfraquecida entre família e o apoio.
- Linha estressante: caracterizada com uma linha contínua com riscos na vertical, representa uma ligação estressante entre a família e o apoio identificado.

Outro ponto relevante é o direcionamento da linha que caracteriza o fluxo de energia e o impacto que que essa relação apresenta. Utiliza-se flechas entre o apoio e família para identificar se estabelecem, por exemplo, proximidade e equilíbrio nessa relação.

Nesse contexto, como complemento, outros conceitos foram incorporados para entender como é feita a construção do Ecomapa. A figura 10 descreve os posicionamentos dos círculos, na parte superior são destinados para o preenchimento dos apoios informais, os círculos da parte inferior são utilizados para os apoios formais.

Figura 10: Modelo de Ecomapa apresentado na capacitação profissional.



Fonte: Figura utilizada pela Profa. Dra. Ana Serrano em eventos para elucidar o Ecomapa. Foi utilizada na Capacitação Profissional, 2017. Cedida para divulgação nesse estudo.

A ilustração utilizada pela professora Ana Serrano faz parte do seu material didático utilizado em seus trabalhos, palestras e demais eventos relacionados com a proposta, o que justifica sua escrita em língua inglesa. Nesse caso, o exemplo apresentado faz referência a uma família específica e descreve como foi construído o Ecomapa familiar.

Descrição do caso (Fig.10):

O núcleo familiar é formado pela mãe (Linda) e dois filhos, Joey com 20 meses de idade e Anna com quatro anos de idade. Com relação aos apoios informais, caracterizados como apoiadores familiares e da comunidade, identificou-se os pais de Linda como fluxo de energia e recursos, uma vez que, contribuem com auxílio financeiro no cuidado com as crianças. Entretanto, em outras ocasiões essas relações são causadoras de estresse na família.

Outros três recursos informais representados com relações tênues são identificados: a irmã de Linda, que vive longe de sua cidade; os vizinhos e a Ellen indicada como apoio da comunidade, no auxílio financeiro através de um projeto social.

A relação destacada como fonte de energia e recurso é estabelecida com a igreja e justificada por ajuda com alimentação e financeira. A relação de apoio informal destacada com conexões fortalecidas é representada por sua amiga *Lois* e seus filhos, muitas vezes, a amiga ajuda no cuidado com seus filhos e dá bons conselhos.

Com relação aos apoios formais, destaca-se a saúde, através de uma conexão tênue com o médico das crianças. Além disso, uma relação com conexão forte é estabelecida com a professora do jardim de infância de sua filha Anna.

Após a apresentação do caso, a professora argumentou sobre a importância de observar e perceber se o representante familiar compreendeu e visualizou sua estrutura de apoio. Acrescenta que o profissional, mediador do caso é norteado por duas questões que auxiliam nessa identificação. Tais como:

- *Quando você vê essa imagem, o que acha que falta?*
- *O que pensa sobre a imagem dos seus apoios?*

Além disso, os profissionais necessitam compreender alguns conceitos importantes acerca dos apoios. Entre eles, destaca-se a diferença entre a qualidade e quantidade de apoios, uma vez que, uma variedade de apoios não significa que contribua para a qualidade das conexões, em algumas situações, pode desencadear fatores de estresse e desorganização familiar.

- **Encontro 6:** atividades desenvolvidas para esclarecimento e aplicabilidade da Entrevista Baseada nas Rotinas

a) Descrição da abordagem teórica sobre o instrumento

Para a compreensão e aplicabilidade da EBR foram abordados os princípios teóricos básicos norteadores da entrevista. O Quadro 16 apresenta os referenciais teóricos utilizados para abordagem da EBR, bem como as definições de cada componente e seus respectivos referenciais teóricos.

Quadro 16: Referenciais teóricos e definições utilizados para abordagem da EBR.

O que são rotinas?	As rotinas são atividades cotidianas que acontecem em contextos naturais. Não são aulas ou atividades impostas, mas sim aquelas atividades do dia a dia que acontecem sem qualquer tipo de interferência desde que ocorra com alguma regularidade na vida da família, estando relacionadas à prestação do cuidado, durante o tempo que estão juntos.	MCWILLIAM, R.A. Avaliar as Necessidades das Famílias através de uma entrevista baseada na rotina. In. MCWILLIAM, R.A. <i>Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais</i> , Porto. Porto Editora, 2012.
Prioridades, Preocupações e Recursos das famílias	Identificar as prioridades imediatas da família e o que elas esperam conseguir com apoio dos serviços. Determinar o modo como as famílias as questões relacionadas a suas crianças no âmbito dos valores familiares, estruturas e adaptações da rotina. A partir daí, elaborar estratégias para identificar os recursos que a família possui relativamente às suas prioridades.	MCWILLIAM, P.J; Entender as preocupações, prioridades e recursos das famílias. In. MCWILLIAM, P.J., WINTON, P. J., & CRAIS, E. R. <i>Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família</i> . Porto: Porto Editora, 2003. MCWILLIAM, R.A. Avaliar as Necessidades das Famílias através de uma entrevista baseada na rotina. In. MCWILLIAM, R.A. <i>Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais</i> , Porto. Porto Editora, 2012.
Necessidade da Avaliação Baseada na Rotina	Propõe objetivos funcionais para as famílias, que se referem a: necessidades de participação e envolvimento, necessidades de independência, necessidades de interações sociais. Enfatiza as prioridades da família. Estratégias que visam diretamente o problema funcional.	MCWILLIAM, P.J; Entender as preocupações, prioridades e recursos das famílias. In. MCWILLIAM, P.J., WINTON, P. J., & CRAIS, E. R. <i>Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família</i> . Porto: Porto Editora, 2003. MCWILLIAM, R.A. Avaliar as necessidades das famílias através de uma entrevista baseada na rotina. In. MCWILLIAM, R.A. <i>Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais</i> , Porto. Porto Editora, 2012.
Estrutura da Entrevista Baseada na Rotina (EBR)	A EBR segue uma estrutura específica, com alguns componentes. Sua estrutura é composta por atividades realizadas no cotidiano, sendo elas: acordar, uso de fraldas/vestir, alimentação/refeição, preparar-se para sair/viajar, lazer, ver televisão, hora do banho, hora de dormir, supermercado.	MCWILLIAM, R.A. Avaliar as Necessidades das Famílias através de uma entrevista baseada na rotina. In. MCWILLIAM, R.A. <i>Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais</i> , Porto. Porto Editora, 2012.

Fonte: próprio autor.

Após abordagem teórica, apresentou-se a entrevista cuja explicação foi desenvolvida por intermédio de um exemplo prático de um caso descrito por McWilliam (2012, p. 50). Nesse exemplo, retrata-se as prioridades destacadas por um membro da família (mãe). Como resultado, ao final da apresentação do caso são obtidos os objetivos funcionais formulados

de modo mensurável para a família. O quadro 17 apresenta um exemplo de prioridades destacadas pela família e objetivos funcionais que resultaram da aplicação da EBR.

Quadro 17: Resumo do referencial teórico para elucidar os objetivos funcionais.

<p>Exemplo de objetivos informais resultados da aplicação da EBR</p>	<p>A lista segue numerada de acordo com as prioridades destacadas pelos pais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Prioridades da família (mãe):</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. A criança comunicar suas necessidades (beber, não se sentir bem, comer, brincar, TV, pedir o que quer). 2. Comer uma variedade de texturas, legumes e frutas. 3. Identificar objetos (no livro, no corpo) para verificar em que nível a criança está do ponto de vista cognitivo. 4. Transições (por exemplo, sair do parquinho) quando a criança tem que parar de fazer alguma coisa que o diverte. 5. As terapias ficaram mais sob controle da mãe. 6. Creches, quando a mãe precisa de cuidados durante longos períodos de tempo (por exemplo, durante os seus tratamentos médicos). • <u>Objetivos Funcionais</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. Produzir sons (brincar com criança, ler, comer). 2. Reagir à criança durante a leitura, brincadeira, refeições. 3. Alcançar (quando brinca no chão, no banho, na aula, na refeição). 4. Pedir os brinquedos (brincadeiras, banho) 5. Agarrar nas coisas que estão à frente dele (banho, refeições). 6. Rolar em ambos os sentidos. 7. Sentar-se sem ajuda (banho, refeição) 8. Informação sobre a investigação, aquilo que outras mães fazem, rituais da hora de ir para a cama. 9. Tempo para a criança passar com os pais.
<p>MCWILLIAM, R.A. Avaliar as Necessidades das Famílias através de uma entrevista baseada na rotina. In. MCWILLIAM, R.A. <i>Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais</i>, Porto. Porto Editora, 2012.</p>	

Fonte: Próprio autor

Nesse contexto, entende-se que a entrevista quando conduzida adequadamente, resulta na identificação dos objetivos relacionados as preocupações e necessidades da família. A relevância dos objetivos identificados da EBR está associada ao próximo passo do modelo, que resulta na elaboração de um plano para acompanhamento da família. Contudo, para o sucesso desse plano, os objetivos devem ser de fato, funcionais. Para tal, utiliza-se um instrumento desenvolvido por McWilliam (2012) que auxilia nesse processo de construção “*Passo a Passo para construção dos objetivos funcionais*”.

Por fim, após apresentação e detalhamento do caso, a continuidade do processo de construção dos objetivos funcionais se deu pela apresentação da “*Folha síntese da EBR*”

(Figura 11) proposta por McWilliam (2003) com objetivo de resumir os objetivos em uma única folha, e assim favorecer melhor visualização dos resultados.

Figura 11: ficha da síntese da EBR.

GTI – Grupo Técnico de Investigação		
Doc. Ex: 3		
Folha Síntese da EBR ³		
McWilliam, 2003		
Nome da criança:	Luís-Filipe	
Data de Nascimento:		
Data de preenchimento:		
Rotina (Depois iniciado: Semelhante anteriormente)	Preocupações	Seria melhor se... (qualquer objetivo funcional, regular prioridades da família com "I")
Refeições 1 2 3 4 5	Irregular na colher e no garfo	
Refeições 1 2 3 4 5	Comer devagar, mastigar os alimentos e engulir	
Acordar 1 2 3 4 5	Ir sozinho buscar o cartão para ir para o WC e fazer ele na sanita	
Acordar 1 2 3 4 5	Calçar os sapatos sozinho	

Fonte: Figura cedida pela Profa. Dra. Ana Serrano, extraída dos conteúdos da Capacitação Profissional, 2017. Adaptada pelo autor.

Dessa forma, a proposta contribuiu para introdução de conceitos essenciais para o desenvolvimento da atividade prática do dia.

b) Desenvolvimento da atividade prática – caso “Luís”

A atividade prática em grupo, inicia-se pela leitura do resumo de caso do “Luís³” (APÊNDICE 4). Após 30 minutos para a leitura e discussão do caso, a ficha síntese da EBR do caso (Figura 11) foi disponibilizada para os participantes. Esse material foi trazido pela Prof. Dra. Ana Maria Serrano disponibilizado pelo Grupo Técnico de Investigação (GTI) para Oficina de Formação: “Práticas de Intervenção Precoce Baseadas nas Rotinas – Como promover a participação familiar”.

Como proposta de exercício, os participantes se dividiram em grupos para a leitura e análise dos resultados da ficha síntese da EBR do caso Luís. O objetivo do exercício buscou

³ Nome Fictício

problematizar e discutir entre os participantes o significado de objetivo funcional baseado nos referenciais das práticas centradas na família.

As contribuições do exercício resultaram em reflexões que apontaram diferenças significativas entre as prioridades dos profissionais e dos familiares. Além disso, resultou em reflexões acerca da importância em conhecer as rotinas da família e sua criança para compreensão e identificação das suas necessidades.

c) Relatos dos participantes sobre a atividade prática

Alguns participantes, após o exercício, relataram suas experiências e reflexões com a proposta da atividade. Nesse contexto, por meio dos relatos, pode-se perceber dificuldades evidentes para incorporar conceitos relativos as práticas centradas na família. Uma vez que, para atuar na proposta das práticas centradas na família é exigido mudanças nas concepções das práticas de trabalho cotidianas, as quais incluem encarar a família como unidade de prestação de serviço⁴. Além disso, o objetivo das práticas centradas na família é melhorar o bem-estar familiar, incluindo minimizar o estresse e melhorar o relacionamento entre as pessoas do núcleo familiar.

Por fim, as práticas centradas na família reconhecem que preocupações familiares atingem a todos do núcleo familiar, sendo assim, é provável afetar a qualidade de interação que os pais têm para com seus filhos, o que por sua vez, pode vir a afetar o desenvolvimento da criança. Por outro lado, as abordagens tradicionais diferem-se das práticas centradas na família por determinar o êxito de acordo com o desenvolvimento da criança, não consideram os aspectos individuais da família, como por exemplo, questões de valores, religião, entre outros aspectos particulares (MCWILLIAM, 2003).

“Eu acredito assim que através desse exercício foi possível a gente verificar o quanto as preocupações dos pais são diferentes das nossas, porque quando nós vemos as preocupações apontadas pelos pais, eu acho que as preocupações que eu teria seriam mais importantes do que as preocupações que os pais levantaram,

⁴ Família como unidade de prestação de serviço: a abordagem das práticas centrada na família reconhece as preocupações do núcleo familiar como fator que influencia diretamente no desenvolvimento da criança. Sendo assim, não se pode dividir as intervenções pelo entendimento de que as qualidades das relações familiares influenciam diretamente no desenvolvimento da criança (MCWILLIAM, 2003).

inclusive no início a gente achou que era para levantar as outras preocupações para os próximos tópicos” (Representante do CEI).

Mediante os relatos, percebe-se as tendências que os participantes apresentam em identificar objetivos e necessidades do ponto de vista da sua formação profissional. Outras contribuições, permitiram visualizar as dificuldades em considerar como prioridade as necessidades da família como estratégia para se identificar os objetivos a serem trabalhados.

Por conseguinte, identifica-se possíveis dificuldades para compreender os princípios básicos das práticas centradas na família, uma vez que, os relatos direcionam para não aceitação das condições individuais da família, principalmente, com relação a organização e estrutura do ambiente doméstico. Com isso, entende-se que as contribuições apontam por práticas corretivas e reabilitadoras, através de orientações e se necessário for, modificações das rotinas da criança.

“Nesse caso que a gente estudou, não sei se os outros grupos observaram, mas algo que incomodou a gente um pouco foi que esse pai trabalha a noite toda e chega em casa durante a manhã, ele tem que ir dormir no sofá e porque ele não pode ir dormir na sua cama. Mas aí é uma coisa que percebemos que a gente não poderia interferir em um primeiro momento, vamos deixar isso aí para uma próxima fase, porque não é prioridade para eles, mas em um primeiro momento chamou muito atenção, porque a mãe dorme com a criança na cama e o pai chega do trabalho e ao invés de ir para a cama vai dormir no sofá. E observando que a casa é muito pequena ele fica exposto aos outros ambientes da casa, como a cozinha e não descansa bem como se estivesse dormindo na cama” (Representante da Assistência Social).

“...Percebo com o caso que o sofá é a cama dele” (Representante do CEI).

Outras contribuições complementam a discussão com base na problemática da estrutura familiar e organização da rotina familiar.

“...diante do meu entendimento da minha formação profissional, percebe-se que há toda uma desconstrução [...] e em nossa formação somos treinados para ter uma empatia e um entendimento de qual o sofrimento dessa família, e começa a se questionar se esse pai está bem, se essa mãe está bem, porque ele está dormindo no sofá? E começamos a patinar em um monte de situações de angústia, que é o que gera o sintoma dessa família, e chegamos a questionar que essa criança tem seis anos e ainda não conseguiu alcançar alguns objetivos da idade em atividades que são tão simples” (Representante da Saúde).

Em resposta a essa colocação a Prof. Dra. Ana Serrano discute sobre a importância das boas relações a serem estabelecidas entre equipe e família. A partir daí, amplia-se as possibilidades de comunicação e trocas de informações, o que favorece a confiança e o fortalecimento do vínculo entre família e serviço.

“ É muito importante em uma primeira fase que nós identifiquemos as verdadeiras preocupações apontadas por eles, porque isso é o primeiro caminho para captar a confiança da família, e depois nós podemos aos poucos, colocar as preocupações que são nossas, mas primeiramente devemos responder às prioridades apontadas pela família porque são coisas que interferem na rotina, tornando mais difícil o dia-a-dia da família” (Ana Serrano).

Acrescenta a Profa. Dra. Ana Serrano que possivelmente quando identificamos alguns aspectos que, embora seja importante diante da nossa visão profissional, por exemplo a organização da dinâmica familiar, a forma como se interfere nessas condições pode apresentar efeitos negativos com relação ao fortalecimento de vínculo entre família e serviço.

“... os motivos para que o pai está no sofá nós não sabemos [...] mas é a forma como essa família se organizou, portanto é complicado intervir nessa condição porque vamos lhe dar com caso que não foi priorizado pela família, podendo assim, perder a família, no sentido de não estar mais aberta ao serviço [...] E quando se identifica a necessidade de algumas orientações, colocar para a família de forma que ela decida qual melhor horário ou a melhor forma de se fazer determinada atividade, ao invés de impor condições de como deverá ser feito” (Ana Serrano).

Para fechamento da atividade de reflexão a professora acrescenta:

“...nas nossas próprias vidas, também nos deparamos com pessoas que estão a ditar regras e formas de fazermos as coisas, e muitas vezes concordamos ou dizemos que concordamos com elas para evitar conflitos, e isto tem a ver com a nossa própria forma individual de gerir a vida, portanto devemos pensar que não há uma família igual a outra” (Ana Serrano).

Através do exposto, por meio dos relatos, foi possível identificar as dificuldades dos participantes em compreender a abordagem das práticas centradas na família, principalmente, no que diz respeito a construção dos objetivos funcionais. Entretanto, a atividade prática contribuiu para a aplicabilidade da EBR e entendimento do passo a passo para a construção dos objetivos funcionais.

- **Encontro 7:** atividades desenvolvidas para esclarecimento e elaboração do PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

Em um primeiro momento, os conceitos teóricos foram introduzidos com informações prévias sobre o PIIP. Para essa proposta, a professora utilizou recurso de multimídia para exposição de slides com características específicas do plano. Principalmente, com ênfase em sua estrutura e planejamento para que seja útil e executável pela família. Além disso, entende-se que a melhor maneira de verificar a sua eficácia é através da própria família.

Os critérios que ditam a eficácia do PIIP são avaliados no dia a dia por meio de sua funcionalidade diante dos objetivos funcionais, os quais são elaborados através das prioridades das famílias. A versão escrita do PIP precisa, prioritariamente, ser eficaz para a família. Caso seja necessário, os profissionais explicarem o seu significado, entende-se que o plano não está estruturado adequadamente às compreensões da família, por conseguinte, os pais não estarão no comando do plano (MCWILLIAM, 2003). O quadro 18 descreve algumas características que devem estar associadas ao plano de intervenção para que seja eficaz e mensurável sua proposta.

Quadro 18: Características associadas ao plano de intervenção precoce.

- Os pais entendem e concordam com o conteúdo.
- Os pais têm um sentimento de posse em relação ao plano que eles próprios desenvolveram.
- O plano inclui objetivos importantes para a família.
- A criança e a família se divertem com as atividades pensadas para alcançar os objetivos.
- As atividades encaixam-se nas rotinas diárias.
- Há forte probabilidade de alcançar os objetivos num curto período de tempo.
- Há recursos disponíveis e acessíveis para a implantação de atividades (por exemplo, tempo, dinheiro, apoio emocional, energia, espaço, materiais).
- O plano de intervenção é permeável a mudanças e atualizações constantes.
- O plano é frequentemente revisto e a planificação é um processo contínuo.
- A versão escrita do plano passa “no teste do íman em formato de porco”

Fonte: adaptada pelo autor. Disponível em: MCWILLIAM, P.J. Planos de intervenção centrados na família. In. MCWILLIAM, P.J., WINTON, P. J., & CRAIS, E. R. Estratégias práticas para a intervenção precoce centrada na família. Porto: Porto Editora, 2003, p. 129.

Nesse contexto, através do quadro 18, especificamente no último item do quadro, exemplifica a experiência de um profissional ao acompanhar uma família no PIIP. No caso, durante a visita domiciliar, o profissional pergunta para a mãe sobre os objetivos do plano de intervenção. Em resposta, a mãe disse que em sua casa havia inúmeros papéis que eram entregues por vários serviços. E Acrescentou, que a utilidade do PIIP “não passa no teste do íman em forma de porco”. Nesse momento, o profissional perguntou o significado da fala da mãe, em resposta disse: “ é incrível a quantidade de papéis que chega aqui em casa toda a semana. Se há algo que eu preciso lembrar ou usar – lista de compras, consulta no médico, conta – coloco na porta da geladeira preso com aquele íman em forma de porco” (MCWILLIAM, 2003, p.128).

a) Apresentação da atividade prática

Para essa atividade foi utilizado o protocolo norteador que auxilia no seu desenvolvimento, denominado “*Os Sete passos para construção de um objetivo funcional para a criança*” (Grupo Técnico de Investigação – GTI, para cursos da ANIP – “Práticas de Intervenção Precoce baseada na rotina: Como promover a capacitação familiar”. Adaptado por Robin McWilliam, (2006) e a folha Síntese da EBR do caso Luís (Fig. 11).

Os participantes dividiram-se em grupos menores para discussão do caso e desenvolver a atividade de construção dos objetivos funcionais para a rotina de alimentação e acordar, registradas com nível de satisfação número 2, ou seja, pouca satisfação para estas atividades de rotina.

Após o período de trabalho em grupo, o resultado apresentado foi a construção coletiva dos objetivos funcionais intermediada pela professora Ana Serrano. Diante do relato percebe-se que o plano deve estar associado às necessidades reais das famílias, uma vez que sua eficácia se dá através da relevância nas rotinas para a resolução dos problemas relatados pelas famílias. Dessa forma, com base na introdução sobre o PIIP, a atividade prática se deu primeiramente por meio da construção dos objetivos funcionais do caso “Luís”. O quadro 19 segue a versão resumida do exemplo estudado.

Quadro 19: Resumo caso “Luís”

RESUMO DO CASO “LUÍS”
<ul style="list-style-type: none"> • Luís Felipe é uma criança com Perturbação do Espectro Autista. • Têm seis anos de idade; • Se comunica através de vocalização (choro, grito, riso); • Mora em sua casa com seus pais; • A residência possui somente um quarto, uma sala/cozinha e um banheiro; • A criança e a mãe dormem na cama e o pai no sofá; • A mãe é bastante interessada e participativa na vida do filho. Porém, o pai embora presente nos encontros não tem atividade ativa na vida do filho; • A mãe está desempregada e o pai trabalha como segurança no turno da noite; • Os avós paternos são identificados como fortes apoios em rotinas diárias como por exemplo, alimentação; • A família já é acompanhada a dois anos por uma equipe; • A criança frequenta a pré-escola diariamente e três vezes por semana dispõe de apoio especializado.

Fonte: Materiais disponibilizados pela Profa. Dra. Ana Maria Serrano para a Capacitação Profissional, maio, 2017. Adaptado pelo autor.

b) Resultado da prática – construção coletiva dos objetivos funcionais para o PIIP.

A atividade prática foi desenvolvida de forma coletiva e propôs discutir cada objetivo a ser reformulado para atividades funcionais. Nesse contexto, os participantes elaboraram os objetivos funcionais a serem desenvolvidos em domicílio, de acordo com as necessidades apontados pela mãe da criança do caso fictício. Em seguida, com a intenção também de aplicar as estratégias ao seu próprio contexto, foi proposto que elaborassem objetivos de um PIIP para um caso real que a equipe atendesse no município, chamado de “Família Desafio”.

O quadro 20 apresenta os resultados dispostos da atividade de construção dos objetivos funcionais do caso fictício “Luis”.

Quadro 20: Construção dos Objetivos Funcionais caso “Luis”

CONSTRUÇÃO DOS OBJETIVOS FUNCIONAIS - CASO “LUÍS”

1. Com relação a rotina de alimentação – pegar melhor na colher e no garfo:

“O Luís em suas refeições vai pegar na colher, para alimentos líquidos e no garfo para alimentos sólidos, levando até a boca dez colheres ou garfos por refeições durante um mês, repetidos em todas as refeições”.

2. Com relação a rotina de alimentação – Comer devagar, mastigar os alimentos e engolir:

“O Luís em suas refeições vai sentar na mesa da cozinha, colocar a quantidade de dez colheres de comida no prato, vai pegar o alimento, levar até a boca e mastigar bem antes de engolir a comida, repetir isso em todas as refeições durante duas semanas”.

3. Com relação a rotina de acordar – Ir sozinho buscar o cartão do banheiro e fazer o xixi no vaso sanitário:

“ Todos os dias ao acordar, mostrar o cartão do banheiro para o Luís, acompanha-lo até o vaso sanitário para que ele faça xixi, repetir isso por uma semana”.

4. Com relação a rotina de acordar – Calçar os sapatos sozinhos:

“O Luís para calçar os sapatos sozinho, todos os dias, ao acordar deverá ser dado o sapato para ele, repetindo isso por uma semana”.

Fonte: Resumo dos resultados extraídos através da aplicação da “Folha da Síntese da EBR” durante a capacitação profissional, 2017. Adaptado pelo autor.

Diante do exposto, percebe-se que as descrições dos objetivos funcionais são elaboradas com palavras simples, isso proporciona clareza nas informações e conseqüentemente, melhor compreensão do que deve ser realizado pela família nas determinadas rotinas. Entretanto, durante a capacitação profissional, principalmente ao abordar termos como “necessidades da família” ou “objetivos funcionais” os participantes demonstraram dificuldades em pensar em suas atribuições profissionais na perspectiva da abordagem das práticas centradas na família. Essa afirmação justifica-se pela dificuldade na

mudança de abordagem de intervenção, uma vez que as práticas centradas na família têm por objetivo priorizar as demandas trazidas pela família como objetivo para o plano de intervenção.

“ [...] a sensação que eu tenho que esses objetivos simples a gente até faz no nosso cotidiano de trabalho e até com uma certa clareza [...]mas a experiência que a gente têm que no acesso a essa família para ela se implicar na responsabilidade do cuidado é muito difícil e a gente acaba analisando que ela tem um sofrimento muito grande que impede nesse cuidado (Representante da Saúde).

“[...] a gente até dá umas ordens simples, umas conversas simples, mas a gente vê que é tão difícil para a família fazer, e é frustrante nesse sentido, de como é difícil acessar essa família sem tocar no sofrimento dessa casa e dessa família” (Representante da Saúde).

“[...]Depois que a gente trabalhar os objetivos destacados pela família a gente pode colocar nossos objetivos enquanto equipe, porque a gente vê a necessidade e isso incomoda enquanto profissional” (Representante do CEI)

O sétimo encontro proporcionou uma experiência singular para os profissionais participantes. Para fechamento da capacitação profissional, a profa. Ana Serrano sugeriu que a equipe pensasse em um caso que representasse a realidade do município para discussão com base na abordagem das práticas centradas na família – chamado na capacitação de “Família Desafio”. Nesse contexto, os participantes decidiram por selecionar uma família específica acompanhada pela rede municipal de atenção à criança.

No caso apresentado, o núcleo familiar é composto pelos membros: genitora com 38 anos, filha com 13 anos, filho com 10 anos e o bebê com um ano e cinco meses de idade e o marido da genitora de 41 anos de idade e padrasto das crianças maiores e pai do bebê. A seleção da família se deu por vários fatores, entre eles a equipe identificou violação dos direitos das crianças e adolescente e exposição ao risco de desenvolvimento por questões associadas às condições insatisfatórias de higiene ambiental e com a criança. Outros fatores como dependência alcoólica e desemprego do patriarca, além de conflitos com o filho de 10 anos e suspeita de uso de drogas.

Diante do caso, após exposição e relato da realidade da situação familiar, a profa. Ana Serrano sugeriu que a equipe pensasse de forma coletiva e colocasse em discussão os aspectos e estratégias trabalhados nos encontros com base nas práticas centradas na família.

Como resultado da atividade, a equipe sugeriu algumas alternativas, entre elas: o encaminhamento dos filhos maiores para projetos no serviço do setor da saúde especializado em atendimento à criança e adolescente priorizando atendimentos em grupo com ênfase em prevenção de uso de drogas, além de acompanhamento da genitora para orientações sobre como lidar com a situação em questão. O serviço especializado de atendimento à criança e adolescente juntamente com o CRAS estarão em constante comunicação para intercâmbio de informações sobre o andamento do caso. Com relação ao patriarca, as equipes do CRAS e NASF direcionaram a atenção e cuidados para sensibilização e acolhimento para iniciar atendimento em um serviço especializado, o centro de atenção psicossocial (CAPS). Com relação ao bebê, a estratégia adotada foi a retomada da matrícula e frequência regular no CEI.

Embora a equipe tenha abordado e descrito as estratégias a serem desenvolvidas junto à família, observa-se que as ações são dirigidas sob o ponto de vista da equipe.

Através do exposto, a profa. Ana Serrano encerrou a sua fala com direcionamento para que a equipe possa utilizar os instrumentos e estratégias das práticas centradas na família no caso apresentado através do uso dos instrumentos para identificar primeiramente qual seria a prioridade/necessidade imediata da família. Após essa identificação, os instrumentos irão nortear para a elaboração de objetivos que de fato sejam eficazes para a família.

Com isso, entende-se que suas práticas profissionais estão atreladas aos modelos tradicionais de intervenções com a criança, os quais visam objetivos e finalidades centrados na criança, o que por sua vez, difere da proposta das práticas centradas na família. Além disso, a abordagem das práticas centradas na família inclui referenciais, práticas e estratégias específicas de um modelo que exige tempo para a incorporação de conceitos, organização e estruturação das práticas. Entretanto, de um modo geral, os participantes, durante a capacitação profissional demonstraram interesse e participação, essa afirmação, justifica-se pelo número de participantes presentes nos encontros.

4.5.4 Procedimentos de coleta de dados da avaliação da Capacitação profissional

A coleta de dados referente a Etapa III ocorreu em dois momentos distintos:

1º Momento: Avaliação dos Encontros da Capacitação Profissional:

A coleta de dados ocorreu no último encontro da capacitação profissional, através da lista de chamadas atualizadas a qual possibilitou controle e identificação dos participantes a cada encontro. Com isso, se identificou os participantes que atingiram 100% de presença na capacitação profissional para avaliação dos encontros.

2º Momento: Aplicação do *Finesse* antes da capacitação profissional e após sua finalização:

Por meio da ficha de identificação descrita na Etapa I e anexada a esse instrumento, obteve-se as informações profissionais dos participantes.

Em um primeiro momento, para aplicação do pré-teste, etapa que antecede a capacitação profissional, as orientações foram realizadas pessoalmente pela pesquisadora e a escala respondida durante o encontro da capacitação profissional.

Para a reaplicação da escala (pós-teste), o contato foi estabelecido através da entrega e devolutiva agendada no município:

Os participantes que optaram por essa proposta estavam cientes do dia e período que a pesquisadora estaria no município para entrega e recebimento da escala.

No dia 30 de outubro de 2017, data combinada, a pesquisadora pessoalmente foi em todos os serviços entregar os instrumentos. Para entrega da escala, diante da possibilidade de não encontrar o profissional no local de trabalho, uma carta com informações foi anexada a escala. Além disso, manteve-se contato via celular e e-mail para registro de confirmação de recebimento para prazo de retorno até dia 22 de dezembro de 2017.

4.6. ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados para a Etapa I e Etapa II foram estudados sob perspectiva da análise de conteúdo. Essa técnica, de acordo com Bardin (2011) é organizada em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Para tanto, o material da capacitação profissional passou por transcrição e posteriormente, realizadas a organização e leitura dos conteúdos, o levantamento e a classificação dos discursos com base na estrutura da capacitação profissional, com vistas a descrever o processo de capacitação profissional na perspectiva das práticas centrada na família.

Os dados coletados na Etapa III - avaliação da capacitação profissional foram analisados por meio da técnica de estatística descritiva que visa “descrever e avaliar um certo grupo, sem tirar quaisquer conclusões ou inferências sobre um grupo maior” (PETERNELLI, 2015, p.13). Nesse segmento, a análise contou com o auxílio de um profissional com expertise na área de estatística. Especificamente para análise dos dados referente a avaliação dos encontros da capacitação profissional foi utilizado os referenciais de Larentis; Giacomello; Camargo (2015) o qual descreve a média das respostas através do *Ranking* Médio. O quadro 21 apresenta a fórmula descrita pelos autores.

Quadro 21: Fórmula para cálculo do Ranking Médio (RM)

$\text{Média Ponderada} = (_x1) + (_x2) + (_x3) + (_x4) + (_x5) = y$ $\text{Logo RM} = y \div (_) = \mathbf{RM}$
--

Fonte: LARENTIS, F., GIACOMELLO, C. P., CAMARGO, M. E, 2015. Adaptado pelo autor.

Para melhor compreensão dos procedimentos de análise de dados foi elaborado o quadro 22, que expõe as etapas, seus objetivos, instrumentos utilizados na coleta de dados e o tipo de análise de dados realizada.

Quadro 22: Organização da coleta de dados

ETAPA	OBJETIVO	COLETA DE DADOS	ANÁLISE DE DADOS
ETAPA I	-Identificar a equipe de monitoramento do DI. -Identificar o repertório municipal para ações e serviços de monitoramento do DI.	-Ficha de identificação profissional; -Fluxograma	- Análise de Conteúdo
ETAPA II	Capacitar os profissionais que compõem uma equipe que atua na primeira infância do município à luz do Modelo e Construção de Capacidade Centrado na Família.	-Ecomapa; -Entrevista baseada na rotina; Sete passos para a construção dos objetivos funcionais; -Plano individual de Intervenção precoce (PIIP).	- Análise de conteúdo
ETAPA III	Avaliar a capacitação profissional pela perspectiva dos participantes da pesquisa.	- Confecção de uma escala <i>Likert</i> para avaliação da capacitação profissional. - Aplicação da Escala de Avaliação de Serviços de Família em contextos Naturais (<i>Finesse</i>) (pré e pós capacitação profissional).	- <i>Ranking</i> Médio (RM) -Estatística Descritiva

Fonte: próprio autor.

5 RESULTADOS

A seguir estão apresentados os resultados do estudo, os quais estão divididos em sessões:

5.1 Composição da equipe do município que atua no monitoramento do DI.

5.2 Identificação das ações e serviços de monitoramento do desenvolvimento infantil da equipe municipal de atenção à criança.

5.3 Avaliação do Programa de Capacitação profissional para monitoramento do DI, na perspectiva dos profissionais participantes.

5.1 Composição da equipe do município que atua no monitoramento do desenvolvimento infantil.

a) Setor da Saúde

Participaram da capacitação os profissionais que atuam nos setores da saúde, educação e assistência social da rede municipal em serviços que desenvolvem estratégias para ações do monitoramento do DI. Durante a capacitação profissional, o número de participantes sofreu uma variação durante os encontros justificada pela demanda de trabalho, responsabilidades e cumprimento de funções profissionais. Entretanto, apesar da variação do número de participantes, houve representatividade dos serviços nos encontros da capacitação profissional.

Abaixo segue a caracterização dos serviços participantes no estudo:

- Núcleo de Atendimento Especializado à criança

O Núcleo é um serviço de especialidades em Saúde Mental que assiste crianças e adolescentes com transtornos mentais, decorrentes de psicopatologias de leves a graves (psicoses, transtornos de ansiedade, depressão, etc). Os encaminhamentos são realizados por meio do Fórum, Conselho Tutelar, e Centro Municipal de Especialidades (CEME) sendo o Núcleo de Atendimento Especializado à Criança caracterizado como um espaço de cuidado adequado para abrigar suas angústias, dúvidas e dificuldades, além de prepara-los para um crescimento mais saudável favorecendo recursos externos e internos que lhes capacitem a lidar com suas realidades, contando com nove profissionais (psicólogos, fonoaudiólogos,

terapeutas ocupacionais, psiquiatra, escriturária e oficinaira) (PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NÚCLEO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO À CRIANÇA, 2017).

- NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA N. 2488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011).

- APAE – Associação de Pais e amigos dos Excepcionais

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais nasceu em 1954, no Rio de Janeiro. Caracteriza-se por ser uma organização social, cujo objetivo principal é promover a atenção integral à pessoa com deficiência, prioritariamente aquela com deficiência intelectual e múltipla. A Rede APAE destaca-se por seu pioneirismo e capilaridade, estando presente, atualmente, em mais de 2 mil municípios em todo o território nacional (FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES).

- USF – Unidade de Saúde da Família

As Unidades Básicas de Saúde ou Estratégias de Saúde da Família estão instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenhando um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde básica de qualidade. As equipes formadas por pelo menos um médico e um enfermeiro além de técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde realizam cuidados de baixa complexidade e observam critérios de risco, vulnerabilidades (SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA PARA REORGANIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL, 1997). No estudo, as Unidades de Saúde foram representadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e profissionais com formação superior em enfermagem.

b) Setor da Assistência e Desenvolvimento Social

- Entidade de Acolhimento

A Entidade de Acolhimento recebe as crianças que foram retiradas de suas famílias por razões de violência, maus tratos, uso de drogas e demais intercorrências voltadas à falta de cuidado para com as crianças, direcionadas diretamente por vias Legais (Ministério Público e Conselho Tutelar). Dessa forma, não apresenta relações diretas com essa família, uma vez que o direcionamento ao abrigo acontece por meio Legal, através do Ministério Público. Após direcionamento da criança para a Entidade de Acolhimento se estrutura um Plano Individual de Atendimento identificando os motivos considerados para justificar o afastamento ou a não reintegração da criança no convívio familiar, como também, quais instituições e serviços prestam assistência e atendimento para a família e criança e demais informações referentes ao acompanhamento e monitoramento do DI incluindo as atividades já desenvolvidas na rede e estruturação de um plano individual de atendimento com a criança durante o tempo de permanência na Entidade de Acolhimento. Os profissionais participantes foram representados por dois cuidadores e um profissional com formação e atuação em psicologia.

- CONSELHO TUTELAR

O Conselho Tutelar desempenha uma função estratégica: a de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, como fruto de ações direcionadas do Estado e da sociedade civil organizada. No estudo foi representado por profissionais da rede, conselheiros tutelares, que atuam diretamente com as famílias com crianças de zero a três anos de idade.

- Associação Filantrópica vinculada á igreja

Reconhecida como Entidade Beneficente de Assistência Social com a finalidade de Prestação de Serviços nas áreas da Educação e da Assistência Social, baseada em seus princípios estatutários e possui a missão de difundir valores, disseminar e fomentar práticas que oportunizem a emancipação e autonomia do sujeito nas suas mais diversas fases da vida. Os participantes que representaram a associação foram técnicos e cuidadores.

- CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

O CRAS é uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social sendo responsável pela organização e oferta dos serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios (POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA

SOCIAL, 2004). No estudo foi representado pelos profissionais com formação em psicologia e assistência social.

c) Setor de Educação

- SEEC – Secretaria de Educação e Cultura do Município

A SEEC foi representada pelos profissionais da rede que atualmente estão responsáveis pela coordenação pedagógica e o setor de psicologia na Educação Infantil.

- CEI – Centro de Educação Infantil

De acordo com os critérios da pesquisa os representantes da educação infantil envolveram os profissionais que atuam diretamente na educação com crianças de zero a três anos de idade sendo composto por coordenadores e diretoras dos centros de educação infantil.

- Creche Filantrópica

O município dispõe dos serviços de profissionais que atuam em uma creche filantrópica sendo representados no estudo por técnicos e cuidadores.

5.2 Identificação das ações e serviços de monitoramento do desenvolvimento infantil da equipe municipal de atenção à criança.

Para a identificação das estratégias desenvolvidas no município para ações de monitoramento do DI se propôs utilizar o instrumento de construção denominado fluxograma. Ao propor a identificação das ações da equipe buscou-se em um primeiro momento, conhecer o conjunto de serviços composto na rede municipal de atenção à criança.

Embora tendo sido abordado previamente os conhecimentos básicos sobre a proposta, objetivos e estrutura para a elaboração do fluxograma, os participantes adotaram métodos já conhecidos por eles para construir uma representação gráfica, que possibilitou identificar como se dão as articulações dos serviços e setores para o alinhamento das ações de monitoramento do DI pela equipe municipal.

Na ocasião, os profissionais não utilizaram os símbolos básicos para a descrição do processo de trabalho. Após a atividade prática, observou-se que os setores se organizaram

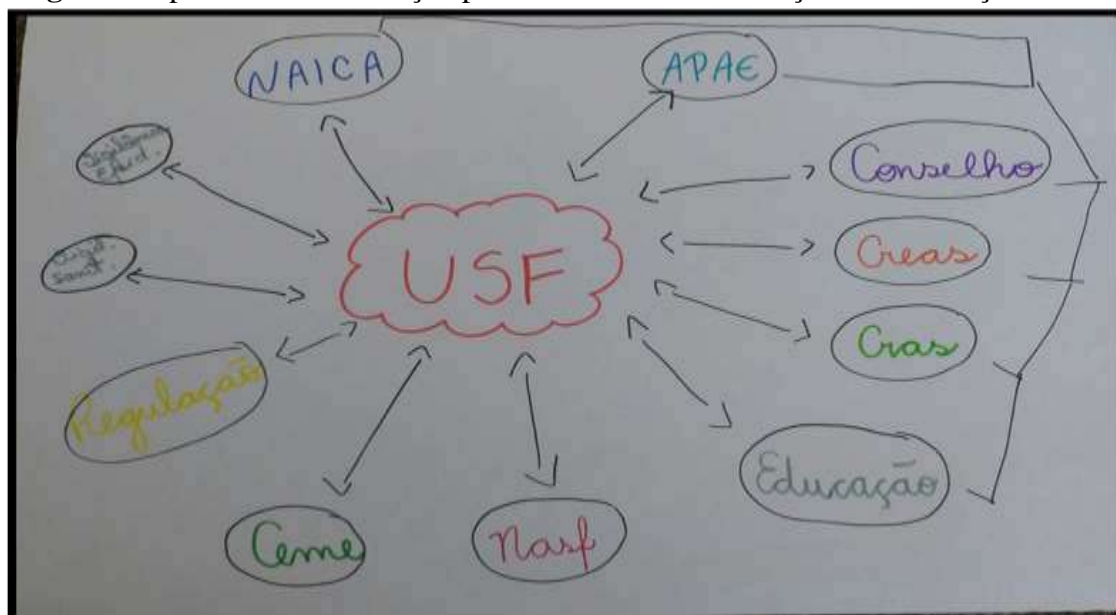
separadamente e cada setor representado por um participante realizou as explicações sobre cada representação gráfica.

A seguir são apresentados os produtos dos participantes com as descrições das estratégias para articulação dos serviços e setores da rede municipal de atenção à criança.

a) Setor da saúde

Nesse contexto, através da atividade prática se obteve o seguinte resultado para o Setor da Saúde (Fig.12).

Figura 12: produto da elaboração pelo setor da saúde descrição da articulação da rede.



Fonte: Material desenvolvido pelos participantes de um município da região de São Carlos que receberam a Capacitação Profissional sobre o modelo de construção de capacidades centrado na família.

Através do exposto, diante dos resultados da atividade prática e demais explicações extraídas das gravações, percebe-se que o setor de saúde identifica as USF como referência sendo considerada a “porta de entrada” em ações do setor da saúde.

As relações foram estabelecidas por meio de flechas, às quais caracterizam o percurso/caminho e articulação com os demais serviços.

Mediante explicações da representante do NASF, a USF está desenhada no centro da folha pois apresenta ligações com os demais serviços e setores posicionados nas extremidades.

A explicação também aponta que a partir da USF se dá a articulação com os demais serviços e setores, o qual se estabelece a partir das necessidades específicas dos casos sendo então, através de encaminhamentos direcionadas aos serviços especializado.

“O CEME conta com atendimento médico especializado sendo encaminhado através das USF, ainda que a solicitação da consulta venha encaminhada de outros setores e/ou serviços, por exemplo, o Núcleo de atendimento à criança⁵, Educação Infantil, CRAS etc.” (Representante NASF).

“O Núcleo de atendimento especializado à criança e APAE realizam atendimentos especializados nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional apresentando comunicação direta entre si” (Representante NASF).

“Os serviços da saúde que apresentam comunicação direta com a USF são vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, NASF, CEME (Centro de especialidades médicas), Núcleo de atendimento especializado à criança e Central de Regulação de vagas e APAE” (Representante NASF).

“A Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica ambos atuam diretamente com ações e estratégias em conjunto com as equipes das USF” (Representante NASF).

“A educação infantil e os serviços do setor da Assistência e Desenvolvimento Social (Conselho Tutelar, CREAS, CRAS) também apresentam relação direta em “via de mão dupla” com as USF sendo essas relações fortalecidas entre si” (Representante NASF).

Nesse contexto, observa-se, através dos relatos, a identificação dos serviços que articulam estratégias para ações de monitoramento do DI com o setor de saúde. Sendo eles, Conselho Tutelar, CRAS, CREAS, Núcleo de Atendimento Especializado à Criança, APAE, Central de Regulação de Vagas, Centro de Especialidades Médicas, NASF, Secretaria de Educação, Vigilância Sanitária e Vigilância Epistemológica. Entretanto, percebe-se que as estratégias para articulação de ações entre os setores se dão mediante as necessidades específicas de cada caso.

⁵ Núcleo de atendimento à criança é um serviço especializado específico do município para atendimento às crianças. No estudo foi alterado o nome do serviço por motivos éticos.

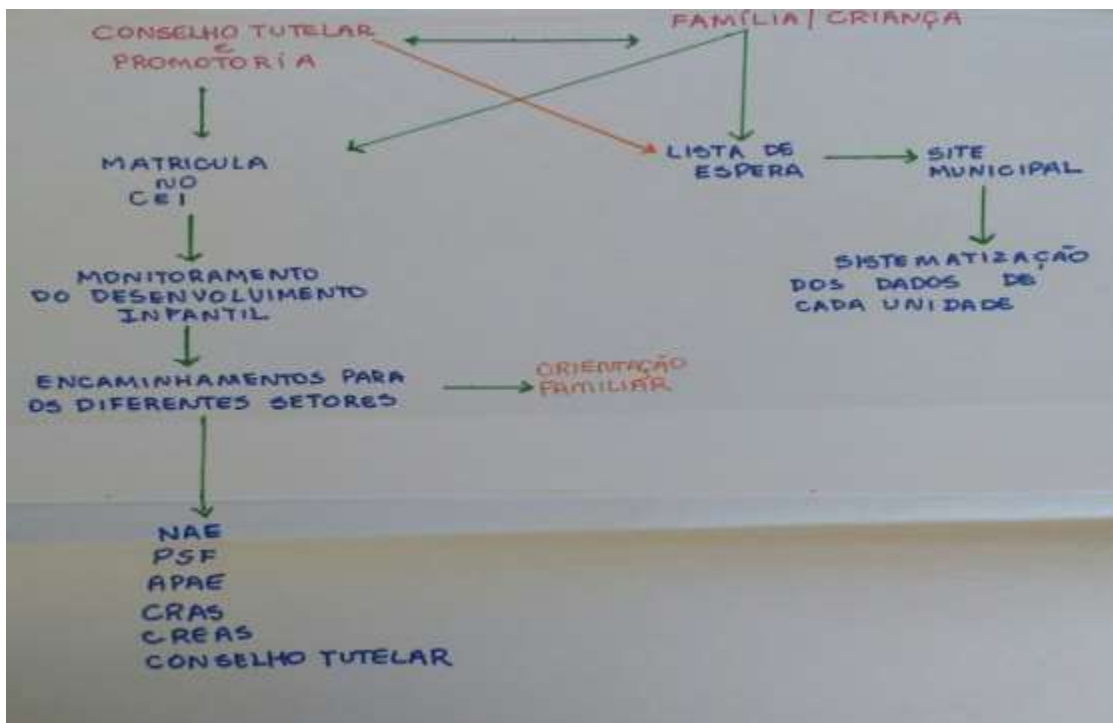
Em geral, os procedimentos e intervenções são apontados como estratégias de ações para monitoramento do DI, os quais são direcionados a outros serviços e setores através de encaminhamento para serviços especializados, conforme a necessidade observada pelos profissionais. Ou seja, os órgãos setoriais apresentam estratégias que possibilitam uma comunicação direta para articulação de ações com diferentes setores e serviços. Contudo, percebe-se que apesar da identificação dos serviços que atuam na rede de atenção a criança, não foi possível identificar como as ações de monitoramento do DI são articuladas e sistematizadas no município pelo setor da saúde.

Dessa forma, percebe-se que as ações podem estar associadas às necessidades pontuais encontradas nas crianças e suas famílias, com foco nas intervenções especializadas.

b) Setor de Educação

Através da atividade prática, o produto do Setor da Educação é exposto na Fig.13.

Figura 13: produto desenvolvido pelo setor de educação para descrever como se dá a articulação da rede.



Fonte: material desenvolvido pelos participantes de um município da região de São Carlos que receberam a Capacitação Profissional sobre o modelo de construção de capacidades centrado na família.

De acordo com as explicações e resultado do produto o setor de educação aponta a matrícula escolar como “portas de entrada” para os serviços do setor de educação. Acrescentam que são efetuadas por duas vias, destacando primeiramente a família com o acesso direto à escola; em seguida por intermédio do conselho tutelar e vias judiciais.

Conforme já mencionado, apenas com a construção da representação gráfica não é possível identificar a sistematização da articulação da rede para monitoramento do DI. Entretanto, são descritas algumas explicações detalhadas sobre o repertório de ações desenvolvidas pelo setor de educação e suas interligações entre os demais serviços.

Por meio do material coletado das gravações, identificam-se as estratégias para articulação dos serviços e setores. Como também, ressalta o monitoramento das ofertas de vagas por meio de uma estratégia alinhada entre a educação e a prefeitura municipal para supervisionar as demandas e ofertas de vagas na educação infantil.

“Os CEI e Creche Filantrópica apresentam duas portas de entrada para efetivação das matrículas escolares sendo a primeira realizada pelas famílias e a segunda, através do conselho tutelar e promotoria, são solicitados e exigidas vagas para determinada criança. Algumas famílias procuram o conselho tutelar ou a promotoria para tentar uma vaga. Outras vezes, os próprios órgãos é que procuram a educação infantil solicitando a vaga da creche por detectar necessidades das famílias e das crianças. Quando a promotoria entra em contato direto com a educação infantil a matrícula é efetuada imediatamente, entretanto, quando é via conselho tutelar nem sempre é possível atender a demanda, realizando então, uma análise dos casos” (Representante CEI).

Uma estratégia de monitoramento do DI é a lista de espera alimentada semanalmente pela prefeitura e disponibilizada ao público pelo site Municipal onde consta os dados sistematizados de cada CEI assim como, dados de cada criança que aguarda vaga; a partir desses dados são identificados casos em exposição de risco de DI e assim, priorizados tais casos (Representante CEI).

Por meio dos relatos observa-se nesse contexto que os participantes elegem a lista de espera e oferta de vagas como uma estratégia de monitoramento do DI. Enfatizam tal estratégia como um alinhamento de ação dos serviços do setor de educação com a prefeitura municipal para acompanhamento e monitoramento das ofertas de vagas nos CEI e na creche filantrópica.

Os relatos também apontam que mediante a necessidade do caso, identificadas pelos profissionais atuantes nos serviços do setor de educação, se dão as articulações com outros órgãos.

Dessa forma, percebe-se que as estratégias de ações para monitoramento do DI podem estar associadas às especificidades e intercorrências que afetam diretamente a criança, sendo estruturadas mediante necessidades específicas da população.

“ No dia a dia tem as atividades pedagógicas como também as atividades desenvolvidas com monitores acontecem esse monitoramento do DI, quando detectado através de observações algum tipo de problema no desenvolvimento, a gente já faz o encaminhamento para os diferentes setores. Primeiro a gente chama a família para fazer as orientações, depois a gente vai entrar em contato com os diferentes setores dependendo do caso. Ou as vezes, a gente pede para a própria família procurar o serviço. Os CEI realizam encaminhamentos para os serviços e setores USF, APAE, CRAS, CREAS, NASF e Conselho Tutelar” (Representante CEI).

Contudo, por meio dos relatos apresentados são destacadas estratégias específicas desenvolvidas diariamente no serviço para acompanhamento do DI. Diante desse cenário, observa-se a identificação dos serviços intersetoriais que compõem a rede do setor da educação. Entretanto, não é possível verificar um alinhamento de ações sistematizado, através do qual seria possível acompanhar continuamente a população-alvo.

Destaca-se aqui também que estratégias para articulação de ações mediante necessidades pontuais identificadas na criança são efetuadas por meio de encaminhamentos para atendimentos em serviços especializados.

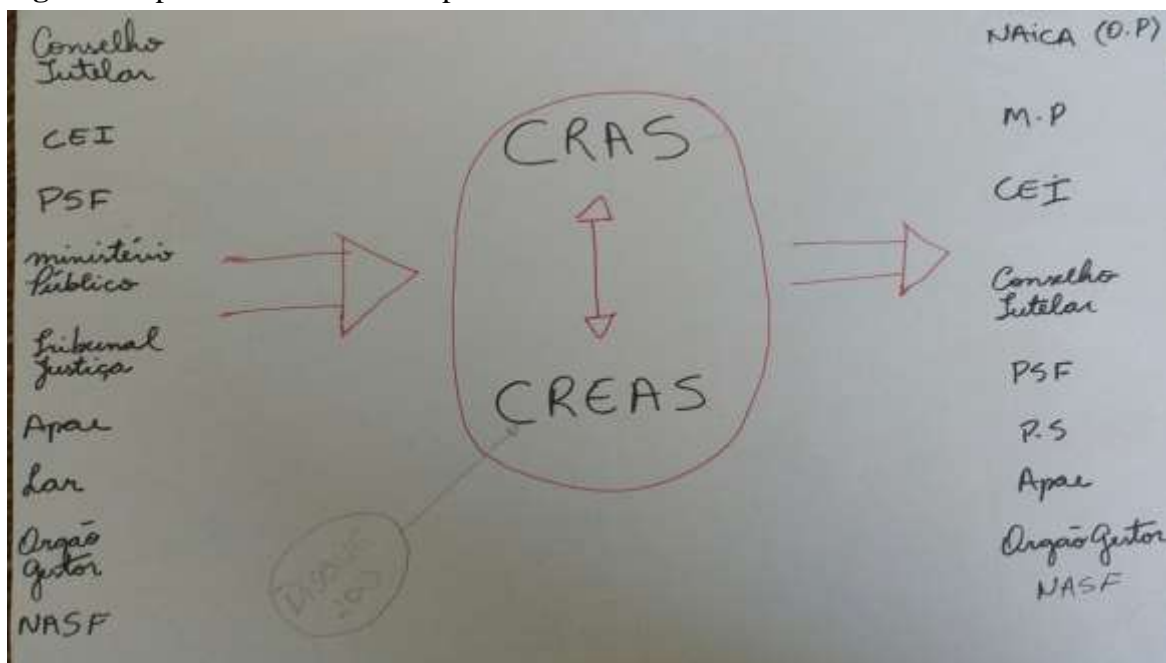
c) Setor de Assistência social

Os representantes do Setor da Assistência e Desenvolvimento Social dividiram-se em duas turmas para descrever a rede do setor, sendo elas:

- CRAS e CREAS
- Conselho Tutelar e Instituição de Acolhimento

Nesse contexto, o produto desenvolvido pelos serviços do CRAS e do CREAS, está apresentado na Figura 14.

Figura 14: produto desenvolvido pelo CRAS/CREAS.



Fonte: produto desenvolvido na capacitação profissional pelo setor de assistência social (CRAS /CREAS) para descrever como se dá a articulação da rede, 2017.

As estratégias do CRAS e do CREAS para ações de monitoramento do DI são articuladas com vários serviços da rede municipal, a depender da necessidade pontual do caso, se dá o alinhamento entre os serviços.

Como complemento para a ilustração, por meio das explicações do representante do CREAS, o Setor de Assistência e Desenvolvimento Social entende como livre demanda os dois serviços, os quais, funcionam como portas abertas para a população para acesso aos serviços específicos do setor.

Tendo em vista a representação gráfica, como também os relatos dos participantes atuantes nos serviços do CRAS e do CREAS, percebe-se que, as estratégias para ações de monitoramento do DI se dão através dos encaminhamentos para o setor.

Os serviços recebem encaminhamentos de vários órgãos setoriais, como também realizam o processo de encaminhamentos para demais serviços da rede municipal.

Os procedimentos realizados, a partir da entrada de um caso, inicia-se com a análise do caso, e assim, após os profissionais compreenderem as demandas são criadas estratégias de ações.

A depender das necessidades do caso são acionados os demais serviços da rede municipal. Tal procedimento é concretizado por meio de encaminhamentos.

“ [...]Esses dois serviços recebem de várias portas de entradas sendo elas, Conselho Tutelar, CEI, USF, Ministério Público, Tribunal de Justiça, APAE, Lar, Órgão Gestor, NASF” (Representante CREAS).

“ [...] Esses dois serviços apresentam ligação direta com o Núcleo de atendimento especializado à criança, Ministério Público, Conselho Tutelar, USF, Pronto Socorro, APAE, NASF e Órgão Gestor, composto pelos representantes das Secretarias envolvidas” (Representante CREAS).

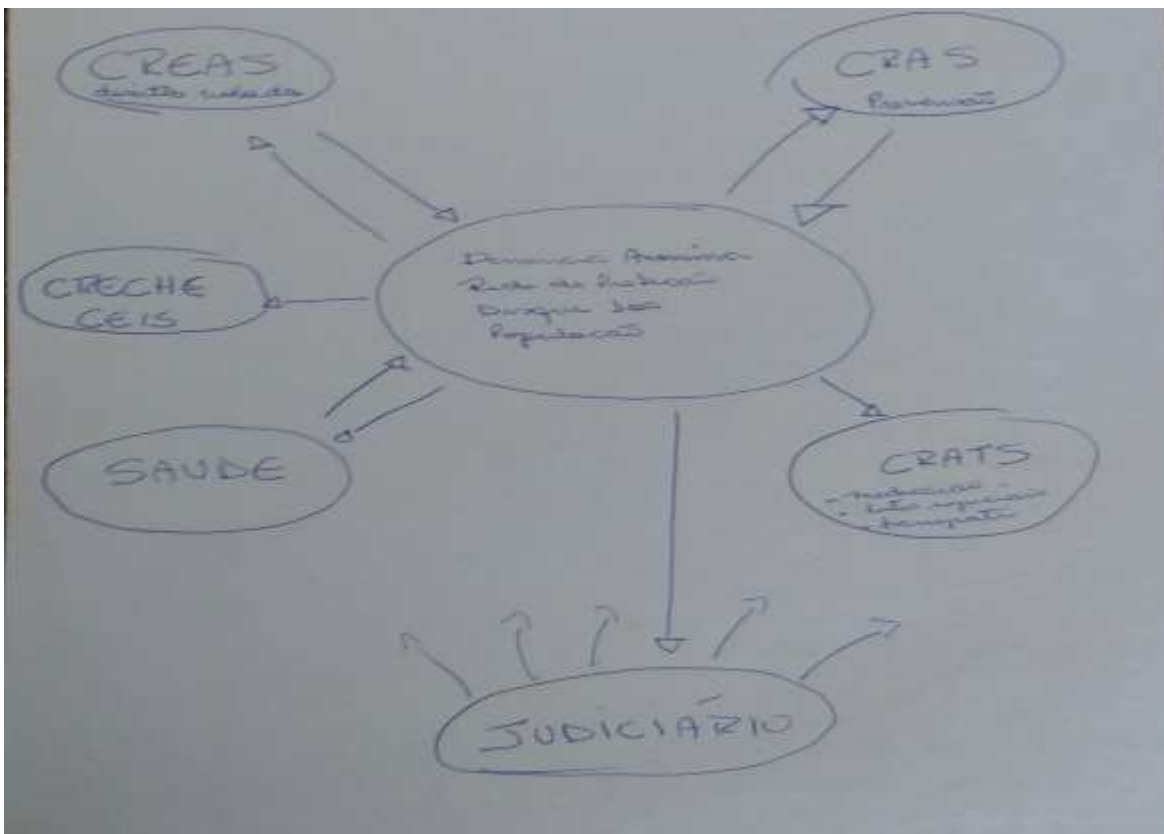
Contudo, percebe-se que o alinhamento das ações é realizado mediante as necessidades específicas de cada caso. Sendo assim, as estratégias para ações de monitoramento do DI se dão de acordo com a demanda.

“ [...] De acordo com a demanda, são direcionados para o CRAS os casos relacionados a prevenção ou intervenções assistenciais de baixa complexidade e, para o CREAS, intervenções de média e grave complexidade que exige acompanhamento assistencial especializado por tempo indeterminado, geralmente são casos relacionados a vulnerabilidade social, abuso sexual etc” (Representante CREAS).

Entretanto, nesse contexto, percebe-se que o setor de Assistência e Desenvolvimento Social já identificam os serviços que compõe a rede de apoio para a demanda do setor, ainda que as estratégias para monitoramento do DI sejam alinhadas mediante as necessidades apresentadas em cada caso.

O segundo grupo do Setor de Assistência e Desenvolvimento Social é composto por profissionais atuantes nos serviços do Conselho Tutelar e no serviço de Acolhimento. A Figura 15 ilustra o produto desses serviços.

Figura 15: produto desenvolvido pela Instituição de Acolhimento e Conselho tutelar.



Fonte: produto desenvolvido na capacitação profissional pelo setor de assistência social (Instituição de Acolhimento e Conselho Tutelar) para descrever como se dá a articulação da rede.

Nesse contexto, através da ilustração (Figura 15) bem como pelas explicações do representante atuante no Conselho Tutelar, entende-se que este serviço é apontado como referência para denúncias de violação dos direitos das crianças. Quando formalizadas as denúncias, ao se identificar a violação do direito, acionam-se as medidas protetivas específicas, e mediante as necessidades do caso são alinhadas as estratégias para ações entre os serviços.

Com relação ao processo de entrada no serviço, através da ilustração e sobretudo pelas explicações do representante do Conselho Tutelar, entende-se que as “portas de entrada” para o serviço são efetuadas por denúncias anônimas ou encaminhamentos dos serviços da rede municipal. A Figura 15 apresenta o produto desenvolvido pelo setor de assistência social (Instituição de Acolhimento e Conselho Tutelar) para descrever como se dá a articulação dos serviços com a rede municipal de atenção à criança.

“ [...] As “portas de entrada” para o serviço variam desde denúncia anônima, encaminhamento da rede, familiares e vizinhos, assim como via contato telefônico pelo Disque 100” (Representante Conselho Tutelar).

“ [...] A partir da identificação da ameaça e qual é o direito ameaçado ou já violado, sendo de suma importância para o procedimento do caso, acionando as medidas de proteção a ser aplicadas para o caso específico, sendo ou para a criança ou para os pais” (Representante Conselho Tutelar).

“ [...] Em casos que a criança necessita de atendimento médico urgente, é encaminhado para o Pronto Socorro, caso necessitar de alguma especialidade médica, o processo de agendamento é realizado através da USF pela Central de Regulação de Vagas (CRATS) e ou encaminhado para o CEME caso haja a especialidade necessária” (Representante Conselho Tutelar).

“ [...] Outros casos onde a família necessita de apoio como por exemplo, fortalecimento de vínculo familiar são encaminhadas para o CRAS. Os casos de média e grave complexidade, ou seja, com violação dos direitos são encaminhados para o CREAS, por conseguinte realiza uma avaliação do caso, e se necessário for, realiza os encaminhamentos necessários para acompanhamento da criança com propósito de reestabelecer o seu direito violado. Outros casos encaminhados para o CREAS são detecção de risco relacionados ao uso de drogas, vulnerabilidade social e negligência familiar” (Representante Conselho Tutelar).

Acrescentam que, caso não haja resolutividade através das estratégias adotadas pela rede municipal, o procedimento adotado é o encaminhamento para o Poder Judiciário. A partir desse momento, através do parecer jurídico se dá a decisão a ser tomada. Com isso, existe a possibilidade do acolhimento temporário da criança ou o processo de destituição do poder familiar. Os cuidados destinados a essas crianças passam a ser responsabilidade da instituição de acolhimento do município.

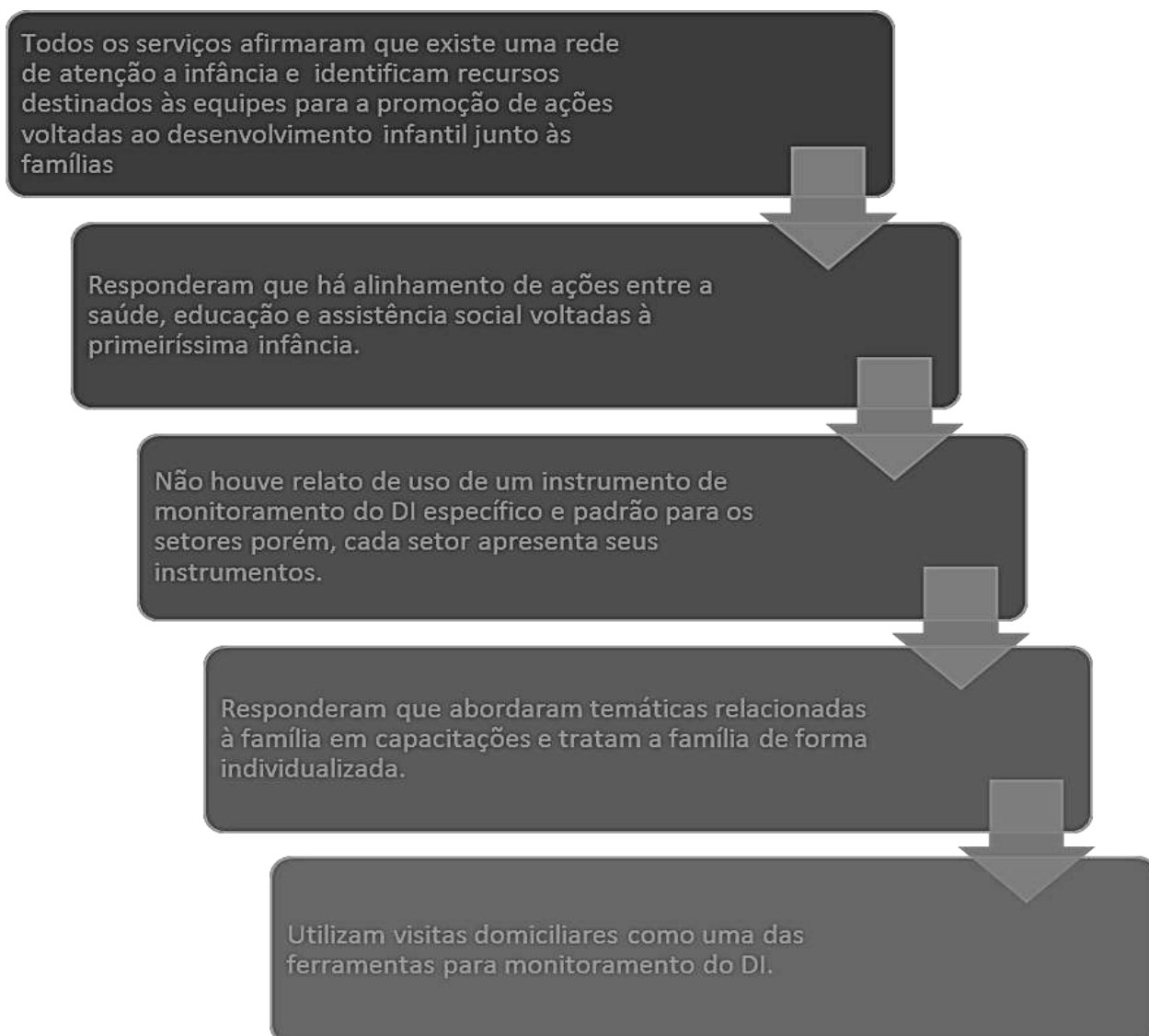
“ [...] Normalmente, os serviços da rede esgotam os recursos antes de encaminhar para o Conselho Tutelar, uma vez que, ao adentrar e persistir a queixa o caso é encaminhado diretamente ao Poder Judiciário e Ministério Público, se necessário for, a criança retirada dos cuidados da família é

encaminhada para a Instituição de Acolhimento com determinações do Poder Judiciário” (Representante da Instituição de Acolhimento).

Nesse contexto, observa-se por meio dos relatos, a identificação dos serviços da rede municipal de atenção à criança; contudo, sua sistematização não é evidente, visto que as estratégias para alinhamento de ações se dão através das necessidades pontuais de cada caso. Além disso, os dados obtidos através da construção do fluxograma da rede não permitiram identificar estratégias estruturadas e sistematizadas para ações articuladas entre os setores, de modo a contribuir para o acompanhamento contínuo do desenvolvimento da criança.

Todavia, o município apresenta características positivas no que diz respeito ao caminho percorrido para a estruturação da sistematização da rede municipal de atenção à criança. Para maior entendimento dessa afirmação, considerou-se necessário lançar mão dos dados descritos na etapa anterior do estudo maior cujos resultados apontam estratégias e ações já desenvolvidas no município para monitoramento do DI. Nesse contexto, a Figura 16 apresenta uma síntese dos principais resultados que elegeram o município para receber a capacitação profissional sobre o Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família.

Figura 16: Síntese das ações já desenvolvidas no Município.



Fonte: Dados extraídos do relatório parcial para FAPESP. Della Barba, PCS. *Monitoramento do Desenvolvimento Infantil à luz do modelo de construção de capacidades centrado na família*. Maio, 2017.

Através do exposto, identifica-se possibilidades de visualizar elementos positivos pautados em ações e serviços para uma proposta intersetorial e de cuidado integral à criança, os quais justificam a seleção do município para receber a capacitação profissional. Além disso, torna-se possível identificar avanços no alinhamento da rede municipal de atenção à criança. Em destaque, o reconhecimento dos serviços e setores que articulam estratégias e ações voltadas a primeira infância. Além disso, identifica-se alinhamento entre os setores da saúde, educação e assistência e desenvolvimento social para ações voltadas à primeira infância. Dessa forma, reconhece o envolvimento, a comunicação e trabalho articulado entre setores.

Embora a rede municipal de atenção à criança não utilize um instrumento específico em comum para medir e acompanhar o desenvolvimento infantil, reconhece a importância do uso de instrumento de monitoramento do DI e todos os serviços dispõem de seus próprios instrumentos para o acompanhamento das crianças. Outro ponto positivo é o envolvimento, interesse e participação da equipe em capacitações com temáticas voltadas à infância, bem como, a utilização de visitas domiciliares como estratégias de apoio para o monitoramento do DI.

Dessa forma, através do exposto, e sobretudo, com apresentação dos resultados da capacitação profissional, percebe-se que o município já dispõe de alguns componentes que caracterizam avanços para estruturar a rede de atenção à criança dentro de uma proposta de trabalho intersetorial. Ou seja, percebe-se um percurso importante no que diz respeito a reorganização e estruturação de práticas de trabalho para ampliar as possibilidades de atuação intersetorial na rede de atenção à criança.

Apesar do município já identificar os serviços e desenvolver iniciativas para a construção e articulação da rede municipal, ainda assim, faz-se necessário investimentos para se atuar no modelo intersetorial. A intersetorialidade tem por base as possibilidades de estabelecer um diálogo entre a rede municipal de atenção à criança, o que amplia a cooperação e expectativas de construção de novos comportamentos diante das ações a serem programadas e desenvolvidas (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2016).

Entretanto, o modelo intersetorial, até então, não é uma realidade para o município, uma vez que, identifica-se nos serviços estratégias de ação segmentadas, as quais, priorizam as necessidades imediatas e com intervenções pontuais. Nesse caso, o serviço é acionado mediante a demanda específica do caso e se necessário for são encaminhados para atendimento especializado, de acordo com as problemáticas levantadas pelo serviço.

Ao se adotar esse modelo de intervenção, percebe-se um distanciamento dos princípios e propostas das práticas interssetoriais, e identifica-se práticas com características acerca da proposta do modelo multisetorial. Dessa forma, a articulação dos serviços se dá mediante as necessidades específicas de cada caso. Além disso, os serviços são acionados e as estratégias direcionadas mediante as observações e avaliações dos profissionais dos setores envolvidos.

5.3 Avaliação do Programa de Capacitação profissional para monitoramento do DI na perspectiva dos profissionais participantes

São apresentados os resultados da avaliação dos encontros da capacitação profissional e da avaliação da capacitação profissional através do resultado comparativo da aplicação do *Finesse* antes de depois da capacitação profissional.

5.3.1 Análise da avaliação dos Encontros da Capacitação Profissional, na perspectiva dos participantes

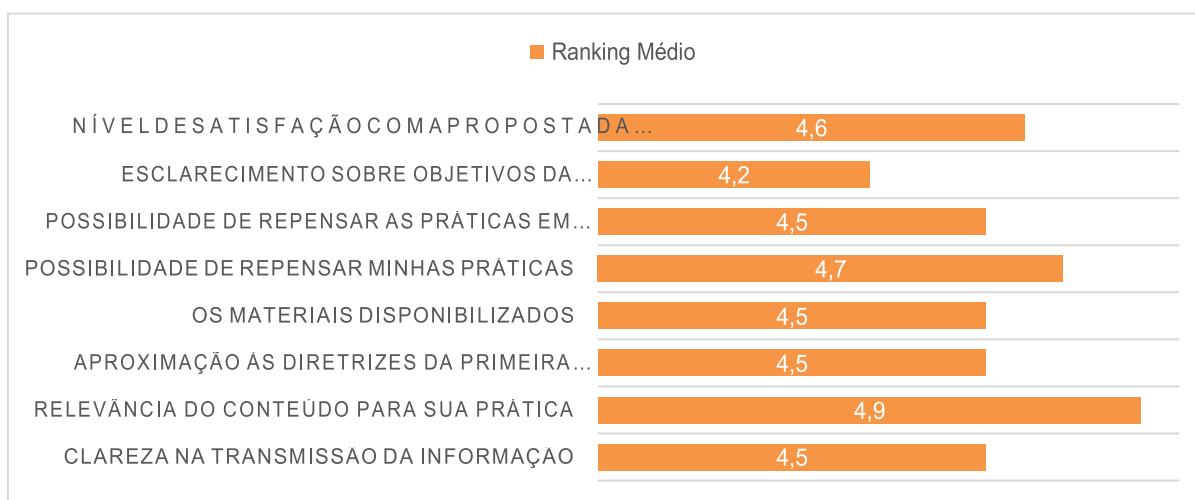
5.3.2 Resultado comparativo da aplicação do *Finesse* - pré e pós capacitação profissional - práticas típicas e ideais dos serviços.

5.3.3 Resultados comparativos da aplicação do *Finesse* dos profissionais que atuaram diretamente com as famílias do município.

5.3.1 Análise da avaliação dos Encontros da Capacitação Profissional, na perspectiva dos participantes

No último encontro da capacitação profissional foi aplicado um instrumento para avaliação da proposta desenvolvida. O gráfico 1 apresenta o detalhamento dos resultados. Em seguida, se faz a descrição dos apontamentos das duas questões referentes a comentários e sugestões.

Gráfico 1: Resultado da Avaliação dos Encontros da Capacitação Profissional.



Fonte: próprio autor.

Mediante o exposto, através dos dados, observa-se que a melhor avaliação apresentada envolve o item sobre a relevância do conteúdo para as suas práticas de trabalho. Na sequência, aparece as possibilidades de repensar suas práticas profissionais. Em contrapartida, o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa teve o menor indicativo de avaliação.

Para complementação dos dados, abaixo estão descritos os apontamentos de nove participantes que relataram suas opiniões nas questões, que contemplam sugestões e comentários sobre a proposta da capacitação profissional. Por meio dos relatos, percebe-se que a proposta contribuiu para ampliar conhecimentos e aperfeiçoamento das suas práticas profissionais, o que permite deduzir como positiva a proposta da capacitação.

“O curso foi muito proveitoso, pude perceber a infinidade de possibilidades para o desenvolvimento de melhoria para a minha atuação no dia a dia do meu local de trabalho” (p1).

“Foram momentos bons que ampliaram a nossa visão diante da nossa rotina, principalmente aperfeiçoando a nossa prática, oferecendo novos subsídios” (p2).

“A capacitação foi muito produtiva em relação a repensarmos a nossa relação com a família buscando respeitar sua cultura e maneira de organização” (p3).

“Novas percepções de trabalho/ novos olhares dentro da nossa prática, tendo a família como participante ativo no processo” (p4).

Outras contribuições descrevem a satisfação com a estrutura e organização da capacitação.

“A equipe está de parabéns pela clareza das informações e pela qualidade do material” (p3).

“No meu ponto de vista, o conteúdo do curso é muito bom, não precisa de melhorias, tudo é muito claro” (p5).

“Gostaria de ter mais cursos como esses para passar para a gente” (p7).

Um participante descreve a satisfação de ter participado e assim, conhecer mais sobre outros profissionais e setores de trabalho, o que ampliou sua visão com relação a estrutura e serviços que compõem a rede de atenção a primeira infância.

“Gostei muito pois fiquei sabendo um pouco de todas as áreas e com relação a como fazer em cada situação” (p9).

Nesse contexto, através dos resultados obtidos, percebe-se que de um modo geral a composição da capacitação profissional manteve-se com avaliação positiva. Além disso, entende-se a sua importância tanto para conhecimento específico para compor suas ações e práticas dos serviços, como também, para interação dos profissionais atuantes na rede de atenção à criança do município (p1, p2, p3).

5.3.2 Resultado comparativo da aplicação do *Finesse* (Escala de Avaliação de Serviços de Famílias em Contextos Naturais) - pré e pós capacitação profissional.

Com os resultados da aplicação do instrumento *Finesse* antes e depois de seis meses da capacitação profissional se propõe avaliar se os profissionais perceberam mudanças nas práticas de trabalho relacionadas à qualidade dos serviços.

O pré-teste foi aplicado no segundo encontro da capacitação profissional e para tal foi disponibilizada uma cópia do instrumento para cada participante. Inicialmente, discutiram-se os pressupostos do instrumento, que derivam de uma análise de comparação dos componentes principais para as práticas centradas na família, e sobretudo, com desenvolvimento de práticas em contextos naturais.

Além disso, foram incluídas informações relacionadas à importância da aplicação do instrumento para avaliação das equipes que desejam trabalhar com a proposta do modelo de construção de capacidades centrado na família e aos componentes do instrumento, os quais são distribuídos para avaliação de quatro elementos distintos: primeiros encontros, seleção

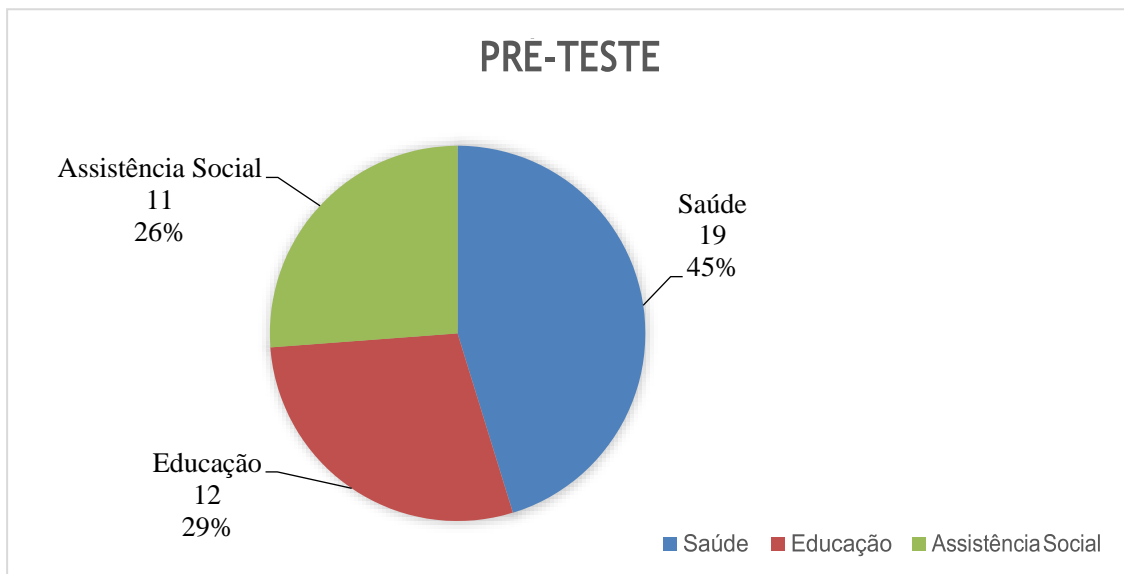
e planejamento de intervenção, funcionalidade das intervenções e papel do profissional mediador de caso (MCWILLIAM et al., 2007).

Em caso de possíveis práticas não estarem associadas às demandas de trabalho do profissional, os participantes foram orientados e convidados a responder de acordo com a melhor forma que compreender a prática (RANTALA; UOTINEN; MCWILLIAM, 2009). Ao final da explicação, a última questão do instrumento é descritiva com objetivo de propor ao entrevistado descrever os possíveis fatores que identificam a discrepância de suas práticas típicas e ideais (MCWILLIAM et al., 2007). Para preenchimento do instrumento, a pesquisadora disponibilizou 35 minutos e manteve-se no local para retirada de dúvidas.

Para a aplicação do pós-teste, a justificativa do período de seis meses para a reaplicação do instrumento se deu pela participação de uma parte da equipe municipal de atenção à criança estar envolvida com a etapa subsequente do projeto maior, que consiste no acompanhamento de famílias com crianças de risco para o DI na perspectiva do Modelo de construção de capacidades centrado na família.

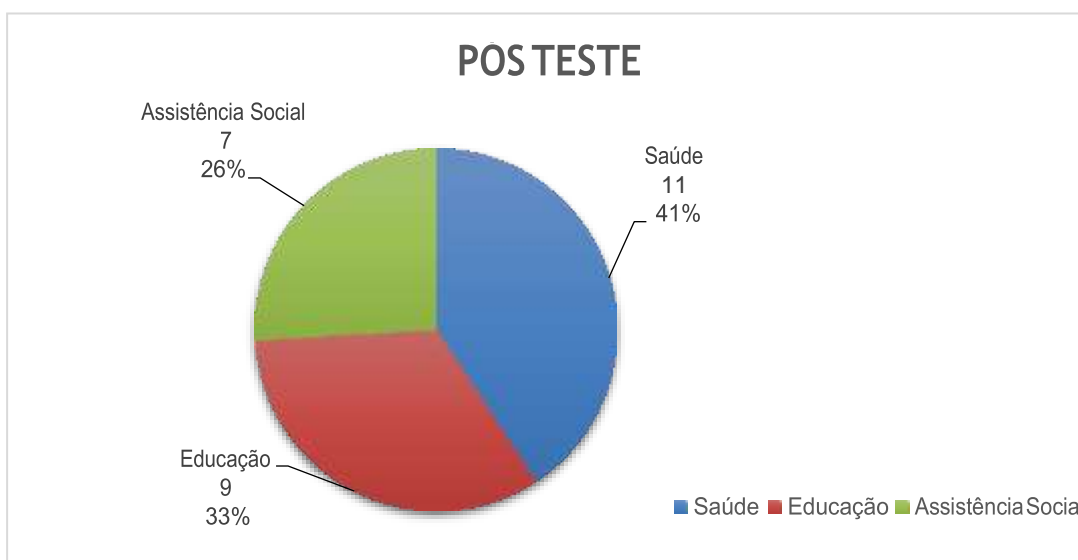
Nesse contexto, os dados pré e pós capacitação profissional foram analisados com auxílio de um estatístico. Como resultado se obtém a discrepância entre as aplicações para se obter os resultados da capacitação profissional nas práticas de trabalho dos participantes da capacitação profissional.

Deve-se ressaltar que a análise dos dados envolveu os profissionais que responderam aos instrumentos nos dois momentos. No primeiro momento, a aplicação do pré-teste foi realizada no segundo encontro da capacitação profissional, contou com a participação de 42 profissionais. O gráfico 2 apresenta a relação dos participantes que preencheram o instrumento no pré-teste e seus respectivos setores.

Gráfico 2: Relação do número de participantes que preencheram o pré-teste.

Fonte: próprio autor.

Entretanto, após finalização da capacitação profissional até a data prevista para aplicação do pós-teste, cinco participantes encerraram suas atividades na rede municipal. Com isso, a lista atualizada para aplicação do pós-teste é composta por 27 participantes. O gráfico 3 apresenta a distribuição dos participantes com relação aos setores de trabalho.

Gráfico 3: Relação de serviços que preencheram o pós-teste.

Fonte: próprio autor.

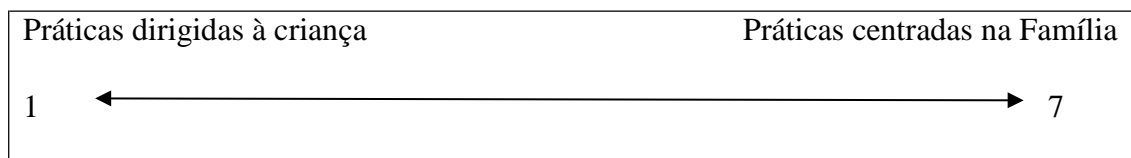
a) Descrições gerais da análise do *Finesse*

O instrumento é constituído por 17 questões que avaliam os seguintes elementos: primeiros encontros (1ª a 3ª questão); planejamento de intervenção (4ª a 9ª questão); funcionalidade e serviço (10ª e a 13ª questão) e papel do profissional (14ª a 17ª questão). Dessa forma, a análise de dados está organizada por blocos que correspondem aos componentes do instrumento (MCWILLIAM et al., 2007).

Nesse contexto, a apresentação dos dados está organizada por questão com descrição dos resultados das práticas típicas e práticas ideais referentes à aplicação do instrumento nos dois momentos. Nesse sentido foram comparados os resultados mais expressivos, ou seja, aqueles com maior porcentagem de seleção pelos entrevistados. Além disso, também serão apresentados a média de pontuação entre as práticas típicas (pré e pós-testes) e as práticas ideais (pré e pós-testes).

Faz-se necessário ressaltar que a seleção de cada item se dá através das descrições que melhor respondem as práticas dos serviços. Contudo, as descrições são ancoradas pelos números ímpares. Nessa proposta, os números pares são assinalados caso o serviço se situe entre duas definições específicas indicadas por números ímpares. O quadro 23 apresenta a síntese para a pontuação das práticas típicas e práticas ideais do *Finesse*, sendo que quanto mais a pontuação se aproximar do (1) as práticas correspondem a ações direcionadas à criança, e quanto mais a pontuação dos itens se aproximar do (7) as práticas profissionais se aproximam da abordagem centrada na família.

Quadro 23: Síntese de pontuação do *Finesse*.



Fonte: próprio autor.

1º Componente: Primeiros contatos:

Composto pelas três primeiras questões que contemplam elementos para conhecimento de como se dão as interações iniciais entre pais e os profissionais dos serviços.

Tais questões descrevem a forma de divulgação escrita dos materiais dos serviços; agendamento (contato inicial com o serviço) e realização do primeiro contato com as famílias (RANTALA; UOTINEN; MCWILLIAM, 2009).

Os gráficos com as estatísticas comparativas descrevem as questões de 1 a 3 e estão disponíveis nos apêndices.

- Apêndice 2: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 1 a 3 (pré-teste).
- Apêndice 3: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 1 a 3 (pós-teste).

Para melhor visualização dos principais resultados, o Quadro 24 apresenta a síntese dos resultados entre o pré e pós-testes.

Quadro 24: comparações mais expressivas dos resultados estatísticos entre práticas típicas e ideais pré e pós-testes para o 1º Componente do instrumento.

COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS ESTATÍSTICOS ENTRE PRÁTICAS TÍPICAS E IDEAIS	
QUESTÃO 1 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 1 – PÓS-TESTE
Práticas típicas - Item 5 – 41%	Práticas típicas - Item 6 – 44%
Práticas ideais - Item 7 – 93%	Práticas ideais - Item 7 – 63 %
QUESTÃO 2 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 2 – PÓS-TESTE
Práticas típicas - Item 5 – 74%	Práticas típicas - Item 4 – 44%
Práticas ideais - Item 7 – 63%	Práticas ideais - Item 6 – 48%
QUESTÃO 3 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 3 – PÓS-TESTE
Práticas típicas - Item 5 – 63%	Práticas típicas - Item 4 – 37%
Práticas ideais - Item 7 – 56%	Item 6 – 37%
	Práticas ideais - Item 7 – 56%

Fonte: próprio autor.

QUESTÃO 1

Na questão 1 que trata da descrição dos programas/serviços, 41% dos profissionais no pré-teste selecionam o item 5 em suas práticas típicas referentes ao componente “Primeiros contatos”. Significa que a apresentação escrita do programa **apenas menciona o apoio emocional** para as famílias. Com relação às suas práticas ideais, 93% dos entrevistados apontam para intenção de **ênfatar o apoio emocional** em seu material escrito sobre o programa/serviço (item 7).

Ao comparar aos resultados do pós-teste, a questão 1, para a maioria dos entrevistados indicou em sua prática típica o item 6 com 44% como melhor definição para essa prática. Ao serem assinalados os itens pares no *Finesse*, esses remetem a uma pontuação de transição, ou seja, no pós-teste os profissionais avaliam que suas práticas são direcionadas entre “mencionar o apoio emocional, material e de informações para a família” e “ênfatar o apoio emocional” no seu material de divulgação do programa. Com relação às suas práticas ideais, os entrevistados mantem a intenção de ênfatar o apoio emocional em seu material escrito sobre o programa (item 7), mas agora em uma proporção de 63%.

QUESTÃO 2

A questão 2 está relacionada aos contatos iniciais entre família e serviço. No pré-teste os entrevistados apontam, em sua maioria, o item 5 com seleção de 74%, o que significa que “a pessoa que marca o primeiro contato descreve o serviço essencialmente em termos de **intervenção para a criança** e mencionam o apoio às famílias”. Os resultados para as práticas ideais apresentam maior seleção do item 7 com 63%. Nesse caso, percebe-se que os entrevistados gostariam que seu serviço nos primeiros contatos, descrevesse o serviço essencialmente em **termos de apoio às famílias**.

Ao serem comparados com os resultados após a capacitação (pós-teste), os resultados apontam para 44% de seleção do item 4 nas práticas típicas. Ao tratar da descrição do item 4, suas bases de respostas então ancoradas entre as propostas do item 3 e item 5. No item 3, “a pessoa que marca os primeiros contatos descreve o serviço **essencialmente** em termos de intervenção para a criança”. Na descrição do item 5, “a pessoa que agenda os primeiros contatos descreve o programa, como também, **menciona** o apoio às famílias”. Com relação as práticas ideais, 48% dos entrevistados selecionaram o item 6 como definição do que gostariam de realizar em seus serviços. Nesse caso, a proposta está ancorada entre as descrições do item 5 e item 7.

QUESTÃO 3

Para completar os dados do 1º componente do instrumento, a questão 3, abordam os primeiros contatos entre serviço e família. Nessa proposta, as práticas típicas do pré-teste direcionam para 63% de seleção do item 5 e descreve que o “primeiro contato consiste essencialmente em uma descrição da intervenção dirigida para as crianças e incluem **algumas** perguntas direcionadas à família”. Ao tratar das práticas ideais, 56% dos entrevistados apontem o item 7 como melhor proposta de prática para seu serviço, nesse caso, “os primeiros contatos consistem **essencialmente** em perguntas dirigidas à família para perceber quais as questões indicam suas preocupações e precisam de respostas e perguntas para conhecer melhor a família”.

Os dados do pós-teste, as práticas típicas direcionam em sua maioria para o item 4 e item 6 ambos com 37% de seleção. Com isso, entende-se que as práticas dos serviços se situam entre o item 3, item 5 e item 7. A descrição do item 3 direciona “os primeiros contatos essencialmente numa descrição dos serviços, especialmente de terapias e ensino dirigidos para a criança”. Com relação as práticas ideais do pós-teste, a maioria dos entrevistados apontam o item 7 com 56% de seleção como melhor descrição para práticas que gostariam de fazer em seus serviços.

2º Componente: Seleção e planejamento de metas

O 2º Componente do instrumento é composto pelas questões de 4 a 9. Sua proposta visa a seleção e planejamento de metas. Os gráficos com as estatísticas comparativas descrevem as questões 4 a 6 e 7 a 9 estão disponíveis nos apêndices.

- Apêndice 4: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 4 a 6 (pré-teste).
- Apêndice 5: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 4 a 6 (pós-teste).
- Apêndice 6: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 7 a 9 (pré-teste).
- Apêndice 7: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 7 a 9 (pós-teste)

Para melhor visualização dos principais resultados, o Quadro 25 apresenta a síntese dos resultados entre o pré e pós-testes.

Quadro 25: Comparações mais expressivas dos resultados estatísticos entre práticas típicas e ideais pré e pós-testes para o 2º Componente do instrumento.

COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS ESTATÍSTICOS ENTRE PRÁTICAS TÍPICAS E IDEAIS	
QUESTÃO 4 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 4 – PÓS-TESTE
Prática típica: Item 5 – 56%	Prática Típica: Item 4 – 34%
Prática Ideal: Item 7 – 52%	Prática Ideal: Item 6 – 67%
QUESTÃO 5 – PÓS-TESTE	QUESTÃO 5 – PÓS-TESTE
Prática Típica: Item 7 – 59%	Prática Típica: Item 6 – 26%
Prática Ideal: Item 7 – 93%	Prática Ideal: Item 7 – 70%
QUESTÃO 6 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 6 – PÓS-TESTE
Prática Típica: Item 5 – 41%	Prática Típica: Item 4 – 44%
Prática Ideal: Item 5 – 44%	Prática Ideal: Item 7 – 74%
QUESTÃO 7 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 7 – PÓS-TESTE
Prática Típica: Item 3 – 33%	Prática Típica: Item 4 – 37%
Prática Ideal: Item 7 – 48%	Prática Ideal: Item 7 – 41%
QUESTÃO 8 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 8 – PÓS-TESTE
Prática Típica: Item 5 – 56%	Prática Típica: Item 4 – 33%
Prática Ideal: Item 7 – 41%	Prática Ideal: Item 6 – 41%
QUESTÃO 9 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 9 – PÓS-TESTE
Prática Típica: Item 7 – 48%	Prática Típica: Item 6 – 44%
Prática Ideal: Item 7 – 74%	Prática Ideal: Item 7 – 56%

Fonte: próprio autor.

QUESTÃO 4

A proposta da questão 4 descreve como se dá no serviço a avaliação e o planejamento da intervenção. Os resultados no pré-teste para as práticas típicas apontam o item 5 como estratégia desenvolvida por 56% dos entrevistados. Tal item, descreve que “para avaliação e planejamento de intervenção no serviço são utilizados **instrumentos baseados em currículos e com base nas rotinas** que se focam tanto nos domínios tradicionais do desenvolvimento, como no funcionamento da família e envolvimento, relações sociais e independência da criança”. Com relação as práticas ideais, os resultados apontam em sua

maioria, para a descrição do item 7 com seleção de 52% dos entrevistados. Nesse caso, o ideal de respostas para a maioria dos entrevistados direciona para o “planejamento de intervenções com utilização de **entrevistas baseadas nas rotinas** que se **focam no funcionamento da família** e no envolvimento, relações sociais e independência da criança”.

Os dados do pós-teste para as práticas típicas 67% dos entrevistados indicam o item 6. Nesse contexto, entende-se que as práticas típicas dos serviços avançaram e situam-se entre as descrições do item 5 e item 7, ou seja, realizam a avaliação e planejamento mais perto do ideal de respostas para se trabalhar com a proposta das práticas centradas na família. Os resultados das práticas ideais no pós-teste indicam que 52% dos entrevistados apontam o item 7 como melhor estratégia para desenvolver no seu serviço.

QUESTÃO 5

A abordagem da questão 5 está na identificação das necessidades da família. Nessa proposta, 59% dos entrevistados apontam para práticas típicas descritas no item 7 cuja proposta visa “realizar conversas **ocasionais** entre os profissionais e as famílias acerca das suas aspirações”. Os resultados das práticas ideais apontam que 93% dos entrevistados selecionaram o item 7 que indicam “conversas **regulares** entre profissionais e família como melhor estratégia de ação para identificação das necessidades da família”.

Através da aplicação do pós-teste, os dados obtidos apontam para a seleção 6 com 26% de preferência entre os entrevistados. O item 6 está ancorado nos itens ímpares. Sendo assim, a descrição da prática típica dos serviços situa-se entre as descrições do item 5 e item 7. Dentro dessa realidade, ao trazer os dados obtidos das práticas ideais no pós-teste, indicam a descrição do item 6 como ideal de prática para do ponto de vista da maioria dos entrevistados, com seleção de 30%.

QUESTÃO 6

A questão 6 refere-se ao entendimento de como são realizadas as reuniões de planejamento de intervenção. Nessa dimensão, os resultados apontam para 41% de seleção

do item 5 e descreve que “durante as reuniões para planejamento de intervenção para **discutirem as necessidades da criança e da família e estratégias de intervenções funcionais**, os pais estão ativamente envolvidos na conversa, entretanto apresenta pressupostos das práticas baseadas em rotinas”. Com relação aos resultados das práticas ideais, a maioria dos entrevistados direciona como melhor estratégia prática a descrição do item 5 com 44% de seleção.

Na aplicação do pós-teste, para as práticas típicas o item 4 aparece com 44% de seleção e sua definição situa-se entre as descrições do item 3 e item 5. Nessa perspectiva, entende-se que as práticas típicas relativas ao planejamento de intervenção por vezes, oscila em sua estratégia de ação, discutem **ocasionalmente** resultados dos testes de avaliação (item 3); como também, em outros momentos, **discutem as necessidades da criança e família assim como estratégias para intervenções funcionais** (item 5). Ao analisar os dados das práticas ideais, a maioria dos entrevistados apontam a descrição do item 6 com 56% de seleção como ideal de prática em seu serviço.

QUESTÃO 7

No que se refere a questão 7 cuja proposta visa definir as práticas realizadas para a seleção dos resultados/objetivos. Os dados extraídos das práticas típicas no pré-teste apontam o item 3 com de 33% de seleção como melhor opção para descrição da prática no serviço. Nessa perspectiva, “os objetivos são definidos partir das **recomendações dos profissionais**”. Aos que se refere as práticas ideais, de acordo com o gráfico, o item 7 atingiu 48% de seleção, neste item a “seleção dos objetivos acontece a partir de uma **entrevista baseada na rotina**”.

Com relação a análise do pós-teste para as práticas típicas, destaca-se para seleção do item 6 com 22%. As definições das práticas do item 6 estão ancoradas pelas descrições apresentadas no item 5 que descreve “a seleção dos objetivos a partir das **preocupações da família**”, contudo, não se utiliza um instrumento específico de avaliação de rotina, o item 7 que destaca “a seleção dos objetivos **a partir de uma entrevista baseada na rotina**”.

Ao que se refere as práticas ideais, através dos dados percebe-se um caminho positivo em direção das práticas centradas na família. Essa afirmação se dá por comparar os

resultados da prática típica e prática ideal no pós-teste, uma vez que se observa um aumento na seleção do item 6 com 30% dos entrevistados.

QUESTÃO 8

No que se refere a questão 8 cuja proposta visa definir os objetivos da família, os dados extraídos das práticas típicas no pré-teste apontam o item 5 com preferência de 56% dos entrevistados. Nessa perspectiva, “incluem-se no plano de intervenção **objetivos de envolvimento da família e objetivos relacionados com a criança**”.

Ao que se refere as práticas ideais, o item 7 atingiu 48% de seleção e descreve “a inclusão no plano de intervenção de objetivos da família **não relacionados** com a criança”. Nessa ótica, estima-se que os entrevistados em suas ações de trabalho gostariam de realizar estratégias mais próxima da proposta das práticas centradas na família.

Os resultados da aplicação do pós-teste, as práticas típicas indicam maior distribuição das respostas no item 4 com 30% de seleção. O item 4 situa-se entre as descrições do item 3 e item 5. Os quais no item 3 são incluídos no plano de intervenção somente objetivos **da família relacionados com a criança**. O item 5 incluem objetivos de envolvimento da família e objetivos relacionados com a criança. Com relação as práticas ideais, os resultados do gráfico apontam a maioria do ideal de práticas descritas pelo item 6 com 41%. Sendo assim sua prática situa-se entre as descrições do item 5 e item 7.

QUESTÃO 9

A questão 9 visa identificar quais são as finalidades dos resultados/objetivos. No pré-teste, as práticas típicas mais expressivas direcionam para a seleção do item 7 com 48% de preferência dos entrevistados. Nesse contexto, a descrição do item 7 aponta para “**clareza de apresentação dos objetivos**, ou seja, sabe-se exatamente o que se deseja trabalhar”. Com relação as práticas ideais, os entrevistados apontam o item 7 como 74% de seleção do que seria o ideal para se trabalhar.

Os dados do pós-teste para as práticas típicas direcionam em sua maioria para a seleção do item 6 com 44%. A descrição do item 6 está situado entre duas definições específicas, o item 7, e o item 5 que descreve “a finalidade de cada objetivo **implicitamente**, ou seja, podemos

supor o porquê estamos trabalhando nesse objetivo”. Para as práticas ideais, a maioria dos entrevistados apontam o item 7 com 56% de seleção.

3º Componente: Seleção e Planejamento

Esses componentes contemplam quatro questões com propósito de abordar conteúdos acerca das práticas de intervenções. Nessa perspectiva, a questão 10 aborda o enquadramento das intervenções. A questão 11, busca identificar os equipamentos utilizados para as intervenções. A questão 12 relacionadas a identificação dos comportamentos alvos, ou seja, qual direcionamento das estratégias de intervenção. Por fim, a questão 13, propõe identificar a filosofia da intervenção.

Para complementar os resultados do 3º Componente do instrumento, os gráficos referentes aos resultados estão disponíveis nos apêndices, os quais apresentam a distribuição das respostas dos entrevistados com relação aos itens selecionados e a porcentagem de seleção para as práticas típicas e práticas ideais no pré e pós-teste. Além disso, o Quadro 26 apresenta a síntese da comparação dos resultados mais expressivos entre as práticas típicas e as práticas ideais pré e pós-teste para o 3º Componente do instrumento.

- Apêndice 7: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 10 e 11 (pré-teste).
- Apêndice 8: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 10 e 11 (pós-teste).
- Apêndice 9: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 12 e 13 (pré-teste).
- Apêndice 10: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 12 e 13 (pós-teste)

Quadro 26: Comparações mais expressivas dos resultados estatísticos entre práticas típicas e ideais pré e pós-testes para o 3º Componente do instrumento.

COMPARAÇÃO ESTATÍSTICAS ENTRE PRÁTICAS TÍPICAS E PRÁTICAS IDEAIS	
QUESTÃO 10 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 10 – PÓS-TESTE
Práticas típicas - Item 5 – 33%	Práticas típicas - Item 5 e Item 6 – 37%
Práticas ideais - Item 7 – 52	Práticas ideais - Item 7 – 56 %
QUESTÃO 11 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 11 – PÓS-TESTE
Práticas típicas - Item 5 – 44%	Práticas típicas - Item 6 – 37%
Práticas ideais - Item 7 – 59%	Práticas ideais - Item 7 – 59%
QUESTÃO 12 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 12 – PÓS-TESTE
Práticas típicas - Item 5 – 44%	Práticas típicas - Item 5 – 26%
Práticas ideais - Item 7 – 89%	Práticas ideais - Item 6 – 52%
QUESTÃO 13 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 13 – PÓS-TESTE
Práticas típicas - Item 5 – 44%	Práticas típicas - Item 6 e Item 7 – 26%
Práticas ideais - Item 7 – 59%	Práticas ideais - Item 7 – 52%

Fonte: próprio autor.

QUESTÃO 10

A questão 10 aborda conteúdos referentes ao enquadramento das intervenções, ou seja, propõe identificar como são realizadas as intervenções e se, envolvem atividades com práticas baseadas na rotina.

Os resultados da aplicação do instrumento no pré-teste direcionam, em sua maioria para práticas descritas no item 5 com 33% de seleção. Sua proposta aborda “intervenções com atividades que envolva mudanças **significativas** nas rotinas existentes”. Os resultados da aplicação do pós-teste, direcionam para ideias de práticas descritas pelo item 7 com 52% de seleção e descreve “atividades que envolva **pouca** alteração na rotina existente”.

Os resultados do pós-teste para as práticas típicas apontam, em sua maioria, para intervenções descritas de acordo com o os itens 5 e item 6 ambos com 37% de seleção. Com isso, para descrição do item 6, entende-se que se situa entre os itens 5 e o item 7. Os

resultados das práticas ideais do pós-teste, identificam a proposta descrita no item 7 como ideal para se trabalhar no serviço com seleção de 56%. Com isso, percebe-se o interesse da maioria dos entrevistados em conhecer estratégias para intervir com práticas baseadas na rotina.

QUESTÃO 11

A questão 11 aborda os tipos de equipamentos, ou seja, os que são necessários para melhor desempenho nas intervenções. Com isso, os resultados apontam em sua maioria para descrições dos itens 5 com 44% de seleção. O item 5 descreve “a utilização de equipamentos que possa **facilitar** o desenvolvimento da criança e/ou prevenir futuros problemas”. Com relação aos resultados das práticas ideais, 56% dos entrevistados apontam para as intervenções descritas no item 7 como a melhor opção quando existe a necessidade de se utilizar equipamentos. O item 7 esclarece que “apenas utilizam equipamentos especializados quando **necessário** para um bom funcionamento das rotinas diárias”.

Os resultados do pós-teste para as práticas típicas direcionam, em sua maioria, para seleção do item 6 com 37%. Sua descrição está ancorada pelas especificidades dos itens 5 e 7. Com relação as práticas ideais, em sua maioria apontam o item 7 com 59% de seleção para melhor descrevem o que gostariam de realizar no serviço.

QUESTÃO 12

O objetivo da questão 12 visa entender como são direcionados os comportamentos a serem incorporados na rotina da família para que a criança atinja os objetivos traçados. Nessa proposta, os resultados apresentados nas práticas típicas direcionam, em sua maioria para práticas típicas descritas no item 5 com 44% de seleção. As práticas descritas no item 5 mencionam “comportamentos alvos **úteis** para o funcionamento nas rotinas diárias, e acrescenta que sem estes, a criança consegue desempenhar a rotina, porém, sem qualidade no desempenho”. Ao que se refere as práticas ideais, os resultados do pré-teste apontam em sua maioria para práticas descritas no item 7 com 89% de seleção. A descrição do item 7

recomenda “comportamentos alvos **necessários** para o funcionamento nas rotinas diárias, a criança só consegue um desempenho de qualidade nas rotinas quando atinge esse comportamento alvo”.

Os resultados do pós-teste para as práticas típicas direcionam em sua maioria, para o item 5 com 26% de seleção. Com relação as práticas ideais, a maior concentração de seleção encontra-se no item 4 com 44%. Sua definição de prática situa-se entre as descrições do item 5 e item 3, que direciona “para recomendações de comportamentos alvos com **algum benefício desenvolvimental**”.

QUESTÃO 13

A questão 13 tem por objetivo compreender qual a filosofia do serviço com relação a proposta de intervenção junto às famílias com criança em risco do desenvolvimento infantil. Os resultados da aplicação do pré-teste apontam em sua maioria, para seleção do item 5 com 44%. A descrição do item 5 descreve “a filosofia da intervenção em treinamentos aos pais para educarem seus filhos e para desempenhar papéis para solucionar problemas”. As práticas ideais nessa proposta, os resultados direcionam, em sua maioria para o item 7 com 59%. O item 7 consiste em “filosofia de intervenção de apoiar as famílias”.

Os resultados obtidos com a aplicação do pós-teste para as práticas típicas, percebe-se maior pontuação entre os itens 7 e 6 ambos com 26%. Os resultados das práticas ideais, apontam para descrição das práticas no item 6 com 48% de seleção dos entrevistados. Entende-se que a descrição das práticas do item 6 situa-se entre as especificações dos itens 5 e item 7. Ao que se refere as práticas ideais 52% dos entrevistados direcionam para a descrição do item 7 a melhor opção para descrevem o que desejavam fazer no serviço.

4° Componente: Papeis dos profissionais

O 4° Componente identifica elementos que descrevem e caracterizam as intervenções funcionais e é composta pelas quatro últimas questões do instrumento (14 a 17). Para complementar os resultados do 4°Componente do instrumento, os gráficos referentes aos

resultados das questões 10 a 13 estão nos apêndices e apresentam a distribuição das respostas dos entrevistados com relação aos itens selecionados e a porcentagem de seleção para as práticas típicas e práticas ideais no pré e pós-teste.

- Apêndice 11: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 14 e 15 (pré-teste).
- Apêndice 12: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 14 e 15 (pós-teste).
- Apêndice 13: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 16 e 17 (pré-teste).
- Apêndice 14: Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 16 e 17 (pós-teste)

Para melhor visualização dos principais resultados, o Quadro 27 apresenta a síntese dos resultados mais expressivos da comparação entre o pré e pós-testes para as práticas típicas e práticas ideais relacionadas ao 4º Componente do instrumento.

Quadro 27: comparações mais expressivas dos resultados estatísticos entre práticas típicas e ideais pré e pós-testes para o 4º Componente do instrumento.

COMPARAÇÃO ESTATÍSTICAS ENTRE PRÁTICAS TÍPICAS E PRÁTICAS IDEAIS	
QUESTÃO 14 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 14 – PÓS-TESTE
Práticas típicas - Item 7 – 37%	Práticas típicas - Item 3 e Item 4 – 30%
Práticas ideais - Item 7 – 74%	Práticas ideais - Item 6 e Item 7 – 44 %
QUESTÃO 15 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 15 – PÓS-TESTE
Práticas típicas – Item 1 e Item 5 – 22%	Práticas típicas - Item 4 – 44%
Práticas ideais - Item 7 – 59%	Práticas ideais - Item 7 – 63%
QUESTÃO 16 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 16 – PÓS-TESTE
Práticas típicas - Item 6 e Item 7– 26%	Práticas típicas - Item 6 – 33%
Práticas ideais - Item 7 – 74%	Práticas ideais - Item 7 – 67%
QUESTÃO 17 – PRÉ-TESTE	QUESTÃO 17 – PÓS-TESTE
Práticas típicas - Item 4 e Item 6 – 26%	Práticas típicas - Item 3 e Item 5 – 30%
Práticas ideais - Item 7 – 52%	Práticas ideais - Item 7 – 70%

Fonte: próprio autor.

QUESTÃO 14

Os dados extraídos da questão 14 visa investigar o foco das intervenções. As práticas típicas do pré-teste apontam, em sua maioria, para a seleção do item 7 com 37%. Sua descrição aborda intervenções e objetivos com base nas rotinas. As práticas ideais, direcionam para intenção em atuar com práticas descritas, em sua maioria, pelo item 7 com 74% de seleção.

Os resultados da aplicação do pós-teste, direcionam as práticas típicas, em sua maioria para a descrição dos itens 3 e 4 ambos com 30% de seleção. O item 3 descreve “as intervenções e os objetivos sendo **específicos de um determinado domínio**”. O item 4 sua descrição está ancorada entre as propostas do item 3, e item 5 cujo o “foco das intervenções e dos objetivos são específicos do contexto, mas **não** são baseados nas rotinas”. Os resultados obtidos nas práticas ideais, demonstram interesse na maioria dos entrevistados, em atuar estratégias descritas pelos itens 6 e item 7 ambos com 44% de seleção. Com isso, entende-se que as práticas ideais estão, em sua maioria entre os itens 5 a 7.

QUESTÃO 15

Em sequência, a questão 15 aborda as consultorias destinadas às famílias nos serviços. Os resultados da aplicação do pré-teste retratam práticas que condizem com as descrições do item 1 com 22% de seleção, as quais “as intervenções são realizadas nas creches ou centros de educação infantil com a criança de **maneira individual ou em pequenos grupos**”. Em igual proporção, aparece o item 5 com 22% de seleção e descreve que “as intervenções, quando realizadas, acontecem na sala da creche/educação infantil com **atividades em grupo**”. Os resultados das práticas ideais, direcionam para estratégias descritas em sua maioria no item 7 com 59% de seleção dos entrevistados. As práticas do item 7 descreve que “quando realizadas intervenções nas salas de creches/ educação infantil, usam **atividades individualizadas dentro das rotinas**”.

Ao analisar os dados do pós-teste, destaca-se com 44% a descrição do item 4 como melhor representação das práticas de consultorias nos serviços de educação. Ou seja, nessa

perspectiva, as práticas estão ancoradas entre as descrições dos itens 3 que direcionam para consultorias com **intervenções individualizadas** na sala da creche/educação infantil; e o item 5 que descreve que as intervenções, quando realizadas, acontecem na sala da creche/educação infantil com **atividades em grupo**. Os resultados das práticas ideais na aplicação do pós-teste, direcionam para estratégias descritas em sua maioria no item 7 com 63% de seleção dos entrevistados que descrevem intervenções que utilizam **atividades individualizadas dentro das rotinas**.

QUESTÃO 16

Ao abordar os resultados da questão 16, cujo objetivo pretende identificar o modelo de prestação de serviço de visitas domiciliares. Os resultados para as práticas típicas no pré-teste, a maior concentração de seleção está entre os itens 6 e item 7 cada um com 26%. O item 6, caracterizam práticas que estão ancorados pelas características descritas no item 5 e item 7. Sendo assim, o item 5 descreve o modelo **transdisciplinar modificado**, ou seja, um educador e outro profissional providenciam as visitas de forma regular e recebem consultorias de apoio especializado. O item 7, descreve o modelo **transdisciplinar puro**, ou seja, qualquer profissional membro da equipe pode providenciar visitas domiciliares de forma regular e receber apoio de outros profissionais.

Com relação aos resultados do pós-teste, as práticas típicas direcionam para a seleção do item 6 com 33%. Com isso, entende-se que as práticas típicas estão mais próximas do modelo transdisciplinar. As práticas ideais, para a maioria dos entrevistados direcionam como melhor forma de atuação no serviço a descrição do item 7 com 76% de seleção.

QUESTÃO 17

A última questão do 4º componente, refere-se ao papel do profissional nas práticas de intervenção. Os resultados das práticas típicas no pré-teste direcionam para estratégias descritas nos itens 4, 6 ambos com 26%. O item 4 refere-se as práticas ancoradas entre as propostas do item 3 que retrata “o papel do responsável do caso e providenciar intervenções diretas à criança, enquanto os **pais estão presentes e assistem**”; e item 5 que descreve

práticas que “o profissional ouve as preocupações dos pais e **modelam e ensinam estratégias para eles**”. Os resultados das práticas ideais, direcionam em sua maioria para as propostas descritas no item 7 com 52% de seleção. Sua descrição aponta que o papel do responsável do caso é de **providenciar apoio material, emocional e trocas de informações com a família**.

Ao analisar os dados do pós-teste, as práticas típicas apontam em sua maioria para os itens: 3 e 5 ambos com 30% de seleção. Nesse caso, a descrição do item 3 indica que o papel do profissional é de providenciar intervenção direta à criança, enquanto os **pais estão presentes e assistem**. O item 5 descreve responsabilidades do responsável do caso em **ouvir** as preocupações dos pais e **modelam e ensinam estratégias para eles**. No entanto, os resultados para as práticas ideais no pós-teste, a maioria dos entrevistados apontam a intenção de atuar com práticas descritas no item 7 com 70% que descreve o papel do responsável do caso é de **providenciar apoio material, emocional e de informações** falando com as famílias.

Nesse contexto, mediante os resultados, percebe-se diferentes atribuições dos serviços no que se refere papel do responsável de caso. Além disso, as atribuições do 4º Componente contemplam elementos específicos para a estrutura e organização de programas que pretendem atuar na proposta das práticas centradas na família. Com isso, já se identifica no município, serviços que atuam no monitoramento do DI, embora sejam necessários investimentos estrutural e organizacional para sistematização dos serviços.

Em muitas questões, se comparados aos resultados do pré-teste e pós-teste para as práticas típicas, percebe-se discrepância significativa que distanciam das propostas das práticas centradas na família. Esse fator, como já antes mencionado, pode estar associado a compreensão de conceitos específicas do modelo durante o processo de capacitação. Além disso, algumas respostas dos entrevistados para a última questão do instrumento, relativa a descrição a “ *diferença entre as suas práticas típicas e as quais você considera ser ideal, quais os fatores que contribuem para essa discrepância?* ”. Para essa questão, dois entrevistados responderam que o fator principal para a discrepância entre as práticas está relacionado com:

“Fator principal processo de aprendizagem” (Representante da Educação).

“Fator principal de discrepância é estarmos em processo de aprendizagem” (Representante da Saúde).

Nesse sentido, através dos relatos, pode-se confirmar a hipótese de que o processo de capacitação profissional contribuiu para aquisição de conhecimentos específicos acerca do modelo de construção de capacidades centrado na família. Com isso, a aplicação do pós-teste resultou em uma análise criteriosa das alternativas do instrumento, com a seleção mais consciente das descrições de itens que mais se aproximam da realidade das suas práticas dos serviços.

De um modo geral, através da análise dos gráficos e detalhamento dos resultados, pode-se concluir, que o processo de capacitação contribuiu para ampliar conhecimentos acerca de temáticas específicas relacionadas as práticas centradas na família, abordagem em contextos naturais e práticas baseadas na rotina preconizadas por McWilliam (2000) através da elaboração do instrumento *Finesse* que propõe avaliar:

- Primeiros encontros (1^a. a 3^a. questão);
- Planejamento de intervenção (4^a. a 9^a. questão);
- Funcionalidade e serviço (10^a. a 13^a. questão)
- Papel do profissional (14^a. a 17^a. questão).

5.3.3 Resultados comparativos da aplicação do *Finesse* - profissionais que atuaram diretamente com as famílias do município.

Conforme apresentado na Introdução deste trabalho, o presente estudo faz parte de um estudo maior. Neste contexto, após o período da capacitação profissional descrita nesta dissertação, deu-se seguimento a uma outra etapa (Etapa IV do projeto maior) que consistiu no acompanhamento dos profissionais que participaram da capacitação profissional e na supervisão dos mesmos da aplicação do programa (Sistema de Monitoramento do Desenvolvimento Infantil) junto a famílias do município.

Nesse sentido, esta seção tem o objetivo de analisar os resultados apresentados pelos profissionais que deram continuidade ao estudo, acompanhando as famílias. Portanto, fez-se um recorte dos dados da seção 5.3.2 e apresenta-se, dentre os resultados do *Finesse* no pré e pós teste, os resultados mais expressivos e próximos da proposta das práticas centradas

na família dos sete profissionais. Dessa forma, para leitura dos gráficos disponíveis no apêndice 17, faz-se necessário alguns conhecimentos prévios.

Nos gráficos, os profissionais estão representados pela legenda situada na parte inferior denominada “séries”. Cada questão do pré-teste do *Finesse* é composta pelas respostas dos sete participantes, as quais são variáveis, de acordo com o ponto de vista de cada participante. O quadro 28 apresenta a análise de dados comparativas entre pré e pós-teste das práticas típicas para os sete profissionais que deram continuidade ao processo de formação através do acompanhamento das famílias do município.

Quadro 28: Comparações mais expressivas dos resultados estatísticos entre as práticas típicas pré e pós teste para os participantes que atuaram no acompanhamento das famílias.

**COMPARAÇÕES DOS RESULTADOS DAS PRÁTICAS TÍPICAS
E PRÁTICAS IDEAIS**

1ºCOMPONENTE DO INSTRUMENTO	
PRÉ- TESTE	PÓS-TESTE
Questão 1: Prática Típica: item 6 – 57% Prática Ideal: item 7 – 100%	Questão 1: Prática Típica: item 6 – 43 % Prática Ideal: item 7 – 57%
Questão 2: Prática Típica: item 5 – 71% Prática ideal: item 5 – 57%	Questão 2: Prática Típica: item 5 – 43% item 6 – 43% Prática Ideal: item 6 – 43% item 7 – 43%
Questão 3: Prática Típica: item 5 – 57% Prática Ideal: item 7 – 57%	Questão 3: Prática Típica: item 6 – 54% Prática Ideal: item 7 – 71%
2ºCOMPONENTE DO INSTRUMENTO	
Questão 4: Prática Típica: item 5 – 71% Prática Ideal: item 7 – 71%	Questão 4: Prática Típica: item 7 – 28% item 5 – 28% item 4 – 28% Prática Ideal: item 6 – 71%
Questão 5: Prática Típica: item 7 – 57%	Questão 5: Prática Típica: item 7 – 43%

Prática Ideal: item 7 – 100%	item 6 – 43%
	Prática Ideal: item 7 – 71%
Questão 6:	Questão 6:
Prática Típica: item 5 – 57%	Prática Típica: item 6 – 43%
Prática Ideal: item 5 – 57%	Prática Ideal: item 6 – 57%
Questão 7:	Questão 7:
Prática Típica: item 4 – 42%	Prática Típica: item 6 – 43%
Prática Ideal: item 7 – 48	Prática Ideal: item 7 – 43%
Questão 8:	Questão 8:
Prática Típica: item 5 – 57%	Prática Típica: item 5 – 57%
Prática Ideal: item 5 – 57%	Prática Ideal: item 6 – 57%
Questão 9:	Questão 9:
Prática Típica: item 7 – 43%	Prática Típica: item 6 – 57%
Prática Ideal: item 7 – 85%	Prática Ideal: item 7 – 71%
3ºCOMPONENTE DO INSTRUMENTO	
Questão 10:	Questão 10:
Prática Típica: item 7 – 57%	Prática Típica: item 5 – 71%
Prática Ideal: item 5 – 57%	Prática Ideal: item 2 – 28%
	item 5 – 28%
	item 7 – 28%
Questão 11:	Questão 11:
Prática Típica: item 3 – 28,5%	Prática Típica: item 6 – 71%
item 4 – 28,5%	Prática Ideal: item 7 – 71%
item 5 – 28,5%	
Prática Ideal: item 7 – 71%	
Questão 12:	Questão 12:
Prática Típica: item 5 – 57%	Prática Típica: item 6 – 43%
Prática Ideal: item 7 – 100%	Prática Ideal: item 6 – 57%
Questão 13:	Questão 13:
Prática Típica: item 7 – 57%	Prática Típica: item 6 – 43%
Prática Ideal: item 7 – 71%	item 7 – 43%
	Prática Ideal: item 7 – 71%
4ºCOMPONENTE DO INSTRUMENTO	
Questão 14:	Questão 14:
Prática Típica: item 5 – 28%	Prática Típica: item 6 – 71%

item 6 – 28%	Prática Ideal: item 7 – 57%
item 7 – 28%	
Prática Ideal: item 7 – 100%	
Questão 15:	Questão 15:
Prática Típica: item 7 – 57%	Prática Típica: item 4 – 43%
Prática Ideal: item 7 – 57%	item 7 – 43%
	Prática Ideal: item 5 – 43%
Questão 16:	Questão 16:
Prática Típica: item 5 – 28%	Prática Típica: item 6 – 57%
item 6 – 28%	Prática Ideal: item 7 – 57%
item 7 – 28%	
Prática Ideal: item 7 – 71%	
Questão 17:	Questão 17:
Prática Típica: item 5 – 28%	Prática Típica: item 6 – 86%
item 6 – 28%	Prática Ideal: item 7 – 57%
item 7 – 28%	
Prática Ideal: item 7 – 71%	

Fonte: próprio autor.

Por meio dos resultados obtidos exclusivamente pelos sete profissionais que continuaram o processo de formação com o acompanhamento das famílias, percebe-se uma prevalência para as respostas com direcionamento mais próximo às propostas das práticas centradas na família.

Especificamente, para as questões referentes ao Primeiro Componente do instrumento, que se refere aos primeiros contatos da equipe com a família, as respostas dos participantes direcionam sua prática típica no pré-teste para as descrições do item 5 e item 6. Entretanto, através da reaplicação do instrumento, no pós-teste, obteve-se maior prevalência de respostas apontadas pelo item 6, no qual sua prática está ancorada entre as descrições do item 5 e item 7. No que diz respeito às práticas ideais, os dados do pré-teste direcionam em sua maioria como ideal de prática no serviço as atribuições e descrições apontadas entre os itens 5, 6 e 7. Contudo, se comparado ao pós-teste para as práticas ideais, o primeiro componente do instrumento indica maior aproximação da proposta das práticas centradas na família como ideal de prática a ser desenvolvida em seu setor.

Com relação ao Segundo Componente do instrumento, com questões relacionadas a seleção dos objetivos e planejamento, os dados mostram que a maioria das questões direcionadas às práticas típicas no pré-teste, apresentam maior prevalência de seleção das descrições dos itens 5, 6 e 7. Exceto, para a questão 7 cujo o resultado mais expressivo direciona para a prática apontada no item 4, o qual sua descrição está ancorada entre as propostas do item 3 e item 5. Ainda nesse contexto das práticas típicas, no pós-teste, os dados permitem visualizar uma aproximação significativa da proposta das práticas centradas na família, visto que, a maioria das questões houve prevalência de seleção do item 6 e item 7 como descrições de suas práticas típicas. Contudo, em uma única questão (questão 4) o item 4 apareceu com mesmo percentil de seleção do item 5 e item 7. Ao que se refere as práticas ideais, o pré-teste do segundo componente do instrumento, direciona para dois itens com prevalência na seleção de descrição de ideal de práticas sendo eles, o item 5 e item 7. Contudo, ao comparar os resultados do pós-teste, percebe-se direcionamento mais próximo do ideal das práticas centradas na família com maior prevalência de seleção do item 6 e item 7.

Ao abordar os resultados do Terceiro Componente do instrumento, onde as questões enfocam as intervenções funcionais, a maioria das questões direcionam como melhor descrição de sua prática de trabalho os itens 5 e item 7. Contudo especificamente na questão 11, observa-se uma variação maior na seleção de respostas, as quais com o mesmo percentual de seleção aparece a descrição do item 3,4 e 5. Nesse sentido, ao comparar os resultados das práticas típicas do pós-teste, percebe-se que houve maior prevalência de seleção do item 6. No que se refere às práticas ideais, o pré-teste indica uma prevalência maior de seleção do item 7, somente na questão 10 que a seleção do item 5 apresentou maior porcentagem. Contudo, se comparado aos dados do pós-teste, as práticas ideais, percebe-se uma variável na seleção do item que corresponda ao seu ideal de prática. Nesse sentido, apesar do item 7 estar presente na maioria das questões, outras descrições que se distanciam da proposta das práticas centrada na família, apareceram como descrição ideal para sua prática de trabalho, especificamente a questão 10 cujo conteúdo está relacionado ao “enquadramento de intervenção”, mantiveram-se com os mesmos percentuais o item 2, 5 e 7. Como também, a questão 12 cujo conteúdo abordam as “necessidades de comportamento alvo”, no pós-teste, seu ideal de prática, para a maioria está melhor representado pelo item 6 cuja descrição está ancorada entre as respostas do item 5 e item 7. Nesse contexto, pode-se perceber que para

O último componente do instrumento avaliou os papéis dos profissionais, através dos dados percebe-se que as práticas típicas no pré-teste direcionam para a descrições das práticas ancoradas pelos itens 5, 6 e 7. Embora perceba-se uma variação nas respostas, entende-se que as mesmas estão mais próximas à proposta das práticas centrada na família. Contudo, ao comparar os dados das práticas típicas obtidas no pós-teste, percebe-se que a prevalência de seleção do item 6, exceto, na questão 15 que obteve duas respostas com 43% de seleção, sendo eles, o item 4 e item 7. Com relação as práticas ideais, os dados do pré-teste, os dados mais expressivos direcionam para a descrição do item 7 como ideal de prática de trabalho. Por conseguinte, o pós-teste manteve a prevalência de seleção do item 7 como ideal de prática, exceto na questão 15 que houve a prevalência de seleção do item 5 como a melhor descrição de prática ideal.

Diante do exposto, através dos dados obtidos, ao comparar os dados do pré e pós-teste para as práticas típicas dos sete profissionais, de um modo geral, verifica-se uma aproximação com as propostas das práticas centradas na família. Além disso, observa-se interesse em desenvolver ações mais próximas dessa abordagem. Tal afirmativa se dá, pela comparação entre as práticas ideais de pré e pós-teste.

6. DISCUSSÃO

No Brasil, historicamente as práticas de assistência à criança são reconhecidas através dos serviços em centros de reabilitação ou instituições prestadoras de serviço especializados (BRASIL, 1995; DIDONET, 2015) onde geralmente são priorizadas as estimulações necessárias para minimizar os déficits no desenvolvimento das crianças (HEESE, 1986; BOLSSANELO, 1998; BRASIL, 1995). Embora, ao longo do tempo, iniciativas importantes buscaram assegurar os cuidados na infância, todo o serviço prestado se destinava a práticas curativas relacionadas às necessidades básicas a serem supridas e a prevenção de doenças decorrentes na infância (SILVA, 2009; VITOLO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010).

Em tempos atuais, o Brasil tem ampliado a atenção para políticas voltadas à primeira infância. O DI tem sido alvo de pesquisas e investimentos a fim de assegurar os direitos das crianças com consolidação de políticas públicas e diretrizes que norteiam os cuidados para a primeira infância sob o olhar das práticas preventivas e contínuas, através de monitoramento do DI com articulação dos setores que atuam diretamente com a população alvo (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007; DELLA BARBA, 2015^b; REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2015; FMCSV, 2015; TIIM, PADINHA, ARAGÃO, STOBÄUS, 2016; DE SOUZA, TORRES, SILVA, 2016) . Estudos apontam a eficácia das práticas intersetoriais para monitoramento do DI (MCWILLIAM, 2005; ALMEIDA, 2009) e acrescentam a mudança de paradigma com relação a prestação do serviço à criança, o qual propõe uma visão holística das condições da criança incluindo os aspectos ambientais, ecológicos, sociais e demais influências que possa interferir no seu desenvolvimento (JUNG, 2012; MCWILLIAM, 2012; MELO; TADEU, 2014).

O presente estudo trabalhou em um contexto de certa forma favorável, onde foi selecionado um município do Estado de São Paulo que se destaca em sua região por realizar ações relativamente integradas de atenção à criança e famílias (FUNDAÇÃO SEADE, 2015). Os profissionais participantes esboçam uma estrutura de serviços em rede, identificam atores para lidar com as questões trazidas pelas famílias, realizam capacitações dentro da temática do monitoramento do DI e fazem tentativas de trabalhar em intersetorialidade. Uma confirmação dessa afirmação foi o alto número de participantes que esteve presente na capacitação em todas as etapas.

Em conjunto com os relatos dos participantes, entende-se que a articulação dos serviços se dá através das necessidades identificadas pelos profissionais ou apontadas pelos familiares. Todavia, com propósito de atender as especificidades mediadas por articulação dos serviços especializados, os quais destinam o acompanhamento da criança e orientações para a família.

Sob essa perspectiva é possível verificar que a equipe reconhece os serviços dos setores da saúde, educação e assistência social para a articulação de estratégias. Contudo, tal articulação se dá de acordo com a necessidade apresentada pela criança em receber determinada intervenção ou favorecer o ambiente para estimular o seu desenvolvimento. Além disso, tais seguimentos se dão de acordo com as avaliações dos profissionais e mediante acompanhamentos das famílias com orientações pontuais e centradas nas necessidades das crianças, sendo os critérios determinados de acordo com as competências e responsabilidades específicas de cada serviço especializado (BRASIL, 2012; MORAIS et al., 2015). Identifica-se assim, um fluxograma, semelhantes às características do modelo multisetorial de monitoramento do DI (INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA, 2015).

Embora a construção do fluxograma não tenha atingido os critérios esperados e apontados na literatura por Franco; Merhy (2003) e exemplificado através dos modelos de sistemas de monitoramento (GURALNICK, 2001; SCHNEIDER; RAMIRES, 2007), a equipe de profissionais identifica o fluxo de cada setor, apontando as portas de entrada e as articulações entre os serviços, mas as ações parecem ser pontuais. Se tivéssemos os resultados de um fluxograma conforme apontam os autores, talvez fosse possível identificar com clareza os nós críticos do sistema e da equipe e a possibilidade de apontar estratégias de ações.

No processo de capacitação profissional foram trabalhadas em profundidade as ferramentas do Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família, 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. Mas a equipe trouxe também a disposição e a necessidade da desconstrução de conceitos, um conteúdo que pode ser aproveitado na execução da etapa futura do projeto maior, onde ao serem colocados em prática os

conhecimentos adquiridos durante a capacitação profissional e os instrumentos pertinentes ao modelo, podem resultar em contribuições para a execução dos planos de intervenção na proposta do modelo estudado junto às famílias sob a perspectiva dos profissionais.

Nesse contexto, a abordagem teórica e a atividade prática para elucidar a aplicação da Entrevista Baseada nas Rotinas proporcionou momentos de discussões em grupo sobre temáticas relacionadas ao funcionamento da criança e da família em rotinas diárias em casa. Além disso, propôs evidenciar a importância de entender o funcionamento familiar para a seleção de objetivos para o desenvolvimento de estratégias de ação com base nas prioridades e necessidades destacados pela família (MCWILLIAM, 2012). Entretanto, de acordo com a literatura, são necessárias mudanças com base nas possibilidades da família em gerir cuidados para com a sua criança (DUNST, 2000; DUNST & TRIVETTE, 2009).

No Brasil, as práticas de monitoramento do DI estão diretamente associadas a condutas reabilitativas e curativas com ênfase na minimização dos déficits do desenvolvimento, os quais são mensurados por avaliações centradas na recuperação dos atrasos do desenvolvimento (BRASIL, 2010; MORAIS et al., 2015; REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2015).

Consequentemente, encontra-se um déficit no contexto brasileiro com relação a abordagem da família e sua participação ativa no processo de monitoramento do DI. Nessa perspectiva, visualiza-se a necessidade de incorporação de conceitos e estratégias práticas para monitoramento do DI sistêmico focados na abordagem das práticas centradas na família, as quais compreendem a influência do ambiente como fator determinante no desenvolvimento da criança em uma relação estabelecida com respeito às características particulares das famílias para as práticas de apoio, a fim de reforçar suas capacidades e responsabilidades para o cuidado com a criança (DUNST; TRIVETTE, 1988; DUNST, 2000; ALMEIDA, 2004; PEREIRA, 2009; OLIVEIRA, 2011).

Os participantes do presente estudo avaliaram positivamente os encontros de capacitação, ressaltando que a mesma contribuiu significativamente para sua prática e o conteúdo foi claro e relevante. Nesse sentido, as contribuições da capacitação profissional, inicialmente, buscaram entender quais serviços e ações estão interligadas para ações de monitoramento do DI. Com essa finalidade, após identificação dos participantes, o instrumento utilizado foi o *Finesse* que direciona para avaliação dos serviços que pretendem

providenciar ações de qualidade centrados na família de crianças de risco do desenvolvimento (MCWILLIAM, 2000).

Muitos países têm utilizado o *Finesse* como instrumento para avaliar as práticas de Intervenção Precoce. Nessa perspectiva, a utilização desse instrumento possibilitou situar as práticas do município para a promoção e monitoramento do DI com base nas práticas centradas na família. As dimensões avaliadas abarcam práticas relacionadas aos primeiros contatos entre serviços e familiares, seleção e planejamento dos objetivos, intervenções funcionais e o papel do profissional mediador de caso (RANTALA; UOTINEN; MCWILLIAM, 2009).

Ao seguir essa proposta, os resultados da aplicação do instrumento, por vezes, apontam uma discrepância entre os dados do pré-teste e pós-teste com redução na seleção dos itens mais próximos aos ideais de práticas para serviços que pretendem atuar com base nas práticas centradas na família (item 7). Contudo, pode-se justificar essa situação, por estar sendo inédita a aplicação do *Finesse* no contexto brasileiro. Além disso, alguns termos específicos escritos no instrumento, por exemplo, “aprendizagem em contexto natural”, “práticas centradas na família”, “apoio aos pais” podem ter dificultado a compreensão e interpretação das descrições no pré-teste (SINGER, OLSON, 1996; MCWILLIAM, WINTON, CRAIS, 2003). Por consequência, interferido na seleção de descritores que melhor respondem às práticas típicas desenvolvidas nos serviços.

Ao discutir separadamente os componentes do instrumento, em uma análise comparativa entre o pré e pós-testes para as práticas típicas, é possível identificar as fragilidades e potencialidades do município nos contextos para promoção de práticas centradas na família.

No que diz respeito ao 1º componente do instrumento, percebe-se que as práticas típicas direcionam para estratégias que priorizam descrever e promover ações com intervenções focadas essencialmente na criança sendo o apoio emocional às famílias somente mencionados e disponibilizados através de informativos do serviço. Contudo, na literatura, estudos apontam resultados significativos relacionados as práticas de IP as quais, priorizam estratégias de ação com participação ativa das famílias no processo de intervenção (SIMEONSSON & BAILEY, 1990; SERRANO & CORREIA, 2000). Entretanto, as práticas ideais, de um modo geral, demonstram interesse em promover ações mais próximas à proposta do modelo de construção de capacidades centrado na família, contudo, que estejam

em consonância com as possibilidades reais dos serviços envolvidos. Nesse contexto, na literatura brasileira encontram-se estudos com temáticas acerca da influência e a importância da participação da família no DI (BERNARDES, 2010; TIIM, PADINHA, ARAGÃO, STOBÄUS, 2016; DE SOUZA, TORRES, SILVA, 2016). Esses estudos estão diretamente associados às políticas públicas de atenção à infância estruturados por meio de práticas sistematizadas e programas com estratégias de ações intersetoriais de atenção integral à saúde da criança na primeira infância, os quais reconhecem a importância da família para o pleno DI (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007; DIDONET, 2015^a; FMCSV, 2015).

O 2º componente do instrumento direciona para questões que objetivam responder como se dá a seleção dos objetivos para planejamento de intervenções. Nesse sentido, de um modo geral, as repercussões da proposta desse componente direcionam para intervenções com base em avaliações com a criança e utilizam entrevistas de rotina com ênfase em domínios da criança. Além disso, a construção do plano de intervenção é discutida entre os profissionais envolvidos com o caso e enfatizam estratégias para potencializar aquisições de habilidades desenvolvimentistas. A justificativa para esse resultado pode estar associada às bases que sustentam a proposta do IP adotadas no Brasil, as quais caracterizam o modelo médico/reabilitativo atrelados a práticas com base em diagnósticos e condutas (MARINI, 2017; PALÁCIOS, MAIA, FIAMENGHI JÚNIOR, 2003).

Com relação às intervenções funcionais, no 3º componente, as questões descrevem os elementos e as características atribuídas à estrutura das intervenções para identificar o funcionamento da criança e da família baseados nas rotinas (MCWILLIAM, 2005). Nesse sentido, através das comparações das práticas típicas e ideais, percebe-se o interesse dos participantes em práticas que envolvam a família em atividades nos contextos naturais. Vale salientar a importância da família para o processo de desenvolvimento da criança (SERRANO, 2007). Além disso, encontram-se na literatura internacional justificativas relevantes com resultados positivos relacionados às práticas baseadas em rotina e em contextos naturais (JUNG, 2012; DUNST, 2000; ALMEIDA et al, 2011). No Brasil, as práticas de atenção e monitoramento do DI se estruturam nas premissas dos Princípios Básicos das Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce (1995) os quais, os atendimentos priorizam a minimização de riscos biológicos e comportamentais do DI, através de avaliação especializada realizada por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 1995). Nesse contexto, a família é posicionada como receptora de informações e demais orientações pertinentes ao desenvolvimento da criança (BOLSSANELO, 1998). Contudo,

em meio aos avanços nas polícias públicas voltadas a infância, espera-se uma mudança no cenário da promoção e cuidados na primeira infância (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007; FMCSV, 2015; REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2015; DIDONET, 2016; BRASIL, 2016^a).

Os comparativos trazidos pelo 4º Componente, apresentam discrepância entre as práticas típicas e ideais tanto no pré-teste, como no pós-teste, em questões relacionadas aos papéis dos profissionais e equipes. Entende-se que o fato dos participantes não conhecerem o instrumento no primeiro momento, pode estar associado a esse resultado. Além disso, os dados obtidos após a capacitação indicam que os serviços compreenderam melhor a proposta do instrumento e assim, situaram de forma mais precisa as suas práticas. Contudo, os comparativos entre práticas típicas e ideais, no pós-teste, apresentam diferenças nítidas entre o que se faz e se pretende fazer. Nesse contexto, a realidade está atrelada aos modelos utilizados no país para monitoramento e acompanhamento da saúde da criança, que passa pela constituição das equipes, que em sua maioria são multidisciplinares, enquanto que os modelos trazidos dos Estados Unidos e Portugal são transdisciplinares (MARINI, 2017; PALÁCIOS, MAIA, FIAMENGGHI JÚNIOR, 2003). E as mudanças nas concepções de cuidado exigem tempo, reorganização estrutural e funcional dos serviços para atuar na perspectiva das práticas centradas na família.

Ainda sobre o *Finesse*, ao analisar os dados separadamente dos sete profissionais que avançaram para a próxima etapa do estudo maior, ao utilizar como base os dados mais expressivos, percebe-se uma trajetória favorável que caminha em direção à proposta do modelo. Essa afirmação se justifica pela prevalência nas respostas mais próximas do item sete, caracterizado como as descrições ideais para os serviços que desejam atuar na perspectiva das práticas centradas na família. Nesse contexto, tais resultados podem estar associados às próprias vivências que possibilitaram maior domínio, compreensão e conhecimento sobre a aplicação dos instrumentos, como também apropriação dos conceitos práticos e teóricos da abordagem centrada na família.

De forma geral, os resultados do presente estudo apontaram que a capacitação profissional para uma equipe que atua na atenção ao monitoramento do DI foi eficaz no sentido de trazer elementos para sustentar uma prática que já existe, mas de forma não sistematizada, e sim, multisetorial e baseada em intervenções especializadas (DIDONET, 2016^a; REDE PRIMEIRA INFÂNCIA, 2015). Pode-se dizer em relação a avaliação da capacitação (mais especificamente por meio do *Finesse*) que a equipe de profissionais se

tornou mais realista em relação a cada elemento de sua prática, dado que os resultados apontaram para uma pontuação mais baixa em muitos indicadores, o que leva a pensar que a formação proporcionou aos profissionais se tornarem mais críticos quanto à forma de oferta de seus serviços, ou o quanto em alguns pontos a prestação de serviços está distanciada das necessidades das famílias e das rotinas (MCWILIAM, 2003^a; 2003^b; 2015).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados do estudo verifica-se forte tendência de práticas de monitoramento do DI no Brasil atreladas às premissas do modelo médico e reabilitativo. Nesse contexto, as práticas envolvem intervenções pontuais direcionadas a resolução de problemas momentâneos. Contudo, por meio da capacitação profissional identifica-se interesse dos participantes em atuar com estratégias de ações sistematizadas e intersetoriais. Essa afirmação se dá pelo processo de identificação da rede de ação à saúde da criança no município.

Nesse sentido, o município demonstra avanços significativos que direcionam para estratégias preventivas em uma proposta sistematizada de acompanhamento integral da saúde da criança. Além disso, os resultados do *Finesse* confirmam o interesse dos serviços em promover práticas que reafirmam o protagonismo familiar para os cuidados com seus filhos e fortaleça as relações entre a rede de serviços e as famílias. Apesar disso, percebe-se a necessidade de investimento estrutural e organizacional com alinhamento de estratégias para ações integradas entre os setores, de modo a favorecer o desenvolvimento de intervenções cada vez mais próximas das dimensões das práticas centradas na família.

Observa-se também a necessidade de modificar a formação inicial desses profissionais, uma vez que, investigações sobre o DI tem sido alvo de pesquisas e práticas voltadas ao cuidado na primeira infância. Além disso, o cenário direciona para a necessidade de investimentos em formações continuadas que de fato contribuam para modificar a atuação dos profissionais no campo da atenção integral à saúde da criança, os quais atendam a premissas das políticas públicas com ênfase em estratégias para articulação de serviços em uma abordagem intersetorial, que respondam tanto aos cuidados de saúde da criança como também atenda às necessidades das famílias (NUCCI et al, 2017).

Nesse sentido, embora a temática seja recente no campo da terapia ocupacional, este estudo permitiu perceber a necessidade de investimentos na formação de profissionais e incentivo a novas pesquisas que tenham como objetivo investigar as práticas profissionais através de formações estruturadas com base nos preceitos da intersetorialidade.

Dessa forma, espera-se que este estudo possa colaborar para discussões relativas às práticas de monitoramento do DI no Brasil e que suas contribuições possam elucidar as lacunas acerca da temática. Aponta-se aqui a necessidade de novos estudos que incidam a temática das práticas centradas na família em contexto brasileiro de maneira ampliada, bem

como outros estudos, que cooperem para a formação de um possível sistema de monitoramento do DI no cenário brasileiro.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. **Ecomapa**. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Lisboa, v.23, n1, 2007, p.327-30.

ALMEIDA, A. C.; MENDES, L. C.; SAD, I. R.; RAMOS, E. G.; FONSECA, V. M.; PEIXOTO, M. V. M. **Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil**– Revisão sistemática de literatura. Rev. Paul. Pediatr., São Paulo, n. 34, v. 1, 2016, p. 122-131. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n1/pt_0103-0582-rpp-34-01-0122.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2015

ALMEIDA, I. C. D.; CARVALHO, L.; FERREIRA, V.; GRANDE, C.; LOPES, S.; PINTO, A. I.; SERRANO, A. M. **Práticas de intervenção precoce baseadas nas rotinas: Um projecto de formação e investigação**. Análise Psicológica, Lisboa, v. 29, n. 1, 2011, p.83-98.

ALMEIDA, I. C. **Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade?** Análise Psicológica, Lisboa, v. 22, n. 1, 2012, p. 65-72. Disponível em: <<http://publicacoes.ispa.pt/publicacoes/index.php/ap/article/view/130>>. Acesso em: 10 de fev 2017.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE. **Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais**. Portugal: ANIP, 2016. BAILEY, D. B.; MCWILLIAM, P. J. **The search for quality indicators**. In: MCWILLIAM, P. J.; BAILEY, D. B. (Org.). Working together with children and families: Case studies in early intervention. Baltimore: Paul H. Brooks, 1993. p. 3-20.

BARBETTA, P. A.; REIS, M. M.; BORNIA, A. C. **Estatística para cursos de engenharia e informática**. São Paulo: Ed ATLAS S.A. 2004. 410p.

BARTALOTTI, C. C. Deficiência Mental. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Fundamentos da Terapia ocupacional**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2007, p. 295-298.

BERNARDES, K. I. **Avaliação do Primeira Infância Melhor através de estudos de casos: o encontro entre a educação formal e não-formal**. Biblioteca digital de Tese e Dissertação PUCRS, 2010. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/3650>. Acesso em 10 março de 2018.

BOAVIDA, T. **Promoting the quality of individualized education plan (IEP) and individualized 141odelo 141odelo f plans (IFSP) goals and objectives**. 2013. 126p. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida - ISPA, Lisboa, 2013.

BOLSANELLO, M. A. **Interação mãe-filho portador de deficiência: Concepções e modo de atuação dos profissionais em estimulação precoce**. 1998. 146 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BRASIL. Centro de Estudos e Debates da Câmara dos Deputados. **Avanços no Marco Legal para a Primeira Infância**. Cadernos e Debates 11. Brasília: SEGRAF. 2016. Disponível em: <<http://agendaprimeirainfancia.org.br/arquivos/Avancos-do-Marco-Legal-da-Primeira-Infancia-1.pdf>>. Acesso em: 15 mar 2016.

BRASIL. **Constituição Federal**. Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas. 1º vol. *Textos*. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais**. Brasília: UNESCO, 1994. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>>. Acesso em: 10 out 2016.

BRASIL. Lei n. 9394/96 de 20 de dezembro de 1996. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n. 248, 23 dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Especial. **Diretrizes Educacionais sobre estimulação precoce: O portador de necessidades educativas especiais**. Brasília: UNESCO. 1995. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001344/134413porb.pdf>>. Acesso em: 15 mai 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Enfrentamento a Microcefalia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016^a. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/Irma%20Neves%20-%20SUCEN.pdf> . Acesso em: 23 out 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015. Dispõe sobre a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do SUS - PNAISC**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html> . Acesso em: 23 mai 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasil: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> . Acesso em: 12 jun 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf>. Acesso em: 12 jun 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Política Nacional de Assistência Social - PNAS. Brasília: **Norma Operacional Básica NOB/SUAS**, 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf> . Acesso em: 13 jun 2016.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.257, de 8 de Março de 2016^b**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília: 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/lei/L13257.htm>. Acesso em: 01 dez 2016.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **O futuro hoje: Estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis - Primeiros passos para o desenvolvimento nacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/futuro_hoje_estrategia_brasileirinhas_brasileirinhos.pdf>. Acesso em: 11 jun 2016.

BRONFENBRENNER, U. **Ecological System Theory**. Annals of Child Development, v.6, p. 187-249, 1989.

BRONFENBRENNER, U. **A Ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 267 p.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Ed.1 Porto Alegre: Artmed, 2011, 299p.

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

BROWN, J.; ISAACS, D. **The World Cafe: Shaping our futures through conversations that matter**. California: Berrett-Koehler. 2005, 230p.

CECCON, C. **As Crianças são o Brasil de Hoje: Elas não podem esperar**. In: Avanços no Marco Legal para a primeira infância, Centro de Estudos e Debates Estratégicos, Câmara dos Deputados, Brasília. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-domarco-legal-da-primeira-infancia>. Acesso em: 20 mai 2016.

CORREIA, L. M.; SERRANO, A. M. **Envolvimento parental em intervenção precoce das práticas centradas na criança a práticas centradas na família**. Porto: Porto Editora, 1998. 11-32p.

DE SOUZA, G. P., TORRES, J. P., & DA SILVA, L. H. M. **A importância do programa primeira infância melhor-pim na cidade de bagé, interior do rio grande do sul, como instrumento na efetivação de direitos sociais fundamentais**. 13ª Mostra de Iniciação Científica, v. 1, 2016. Disponível em: <http://trabalhos.congrega.urcamp.edu.br/index.php/mic/article/view/215/0> Acesso em: 10 de março de 2018.

DELLA BARBA, P. C. S. **Monitoramento do Desenvolvimento Infantil à luz do modelo de construção de capacidades centrado na família**. Projeto de pesquisa financiado pela FAPESP e Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, no período de 2016-2018, processo número 2015/50508-6, 2015^a. (*mimeo*)

DELLA BARBA, P. C. S. **Rede de atenção à criança e adolescente com deficiência no município de São Carlos: acesso aos serviços e capacitação de profissionais.** Projeto Proext/SIGPROJ, MEC, 2015^b. (*mimeo*)

DIDONET, V. **Avaliação das Políticas Públicas para a Primeira Infância.** In: Programa Espaço Cultura. Utilização de métodos e instrumentos padronizados de avaliação na primeira infância: Convergências e divergências, Fortaleza: SESC, 2016^b, p. 47-63.

DIDONET, V. **Trajetória dos direitos da criança no Brasil – De menor e desvalido a criança cidadã, sujeito de direitos** In: Avanços do Marco Legal para a Primeira Infância. Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Frente Parlamentar Mista da *Primeira Infância*, Brasília. 2016^a, p.60-75. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/acamara/estruturaadm/altosestudos/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeirainfancia>>. Acesso em: 20 mai 2016^a.

DUNST, C. J. **Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias.** In: CORREIA, L. M.; SERRANO, A. M. (Eds.). Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família. Porto: Porto Editora, 2000^a, p. 123-141.

DUNST, C. J. **Corresponsabilização e práticas de ajuda que se revelam eficazes no trabalho com famílias.** In: CORREIA, L. M.; SERRANO, A. M. (Eds.). Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família. Porto: Porto Editora, 2000, p. 123-141.

DUNST, C. J., TRIVETTE, C. M., & HAMBY, D. W. **Family Support Program Quality and Parent, Family and Child Benefits.** Winterberry Press Monograph Series. Asheville: Winterberry Press, 2006, 129p.

DUNST, C. J.; BRUDER, M. B. **Values outcomes of model of coordination, early intervention and natural environments.** Council for Exceptional Children, v. 68, n. 3, 2002, p. 361-375.

DUNST, C. J.; BRUDER, M. B. **Family and community activity settings, natural learning environments, and childrens learning opportunities.** Children's Learning Opportunities Report, v. 1, n. 2, p.1-2, 1999.

DUNST, C. J.; BRUDER, M. B. **Family and Community Activity Settings, Natural Learning Environments, and Children's Learning Opportunities.** Children's Learning Opportunities Report, v.1, n.2, 1999. Disponível em:< <http://www.uconnuidd.org/pdfs/EverydayActSett-2006.PDF>>. Acesso em: mai. 2016.

DUNST, C.J. Family-Centred practices: Birth through high school. **The Journal of Special Education**, v.30, n.3, 139-147 p., 2002. Disponível em: < <http://cehs01.unl.edu/ECSE/960/DunstHS.pdf>>. Acesso em: mai. 2017.

DUNST, C.J. **Revisiting “Rethinking Early Intervention.** Topics in Early Childhood Special Education, v.20, n.2, 95-104 p., 2000^b. Disponível em: < <http://tec.sagepub.com/content/20/2/95.abstract>>. Acesso em: mai. 2016.

DUNST, C.J. **Revisiting “Rethinking Early Intervention.** Topics in Early Childhood Special Education, v.20, n.2, 95-104 p., 2000. Disponível em: <<http://tec.sagepub.com/content/20/2/95.abstract>>. Acesso em: mai. 2016.

FMCSV. FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL, 2015. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/noticias-e-eventos/Paginas/Programa-S%C3%A3oPaulo-pela-Primeir%C3%ADssima-Inf%C3%A2ncia>. Acesso em: 05 mar 2016.

FONSECA, C. **Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica.** Saúde e Sociedade, Universidade de São Paulo, v.14, n. 2, p. 50-59, 2005.

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, 161-98 2003, p. 98-161.

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

FUNDAÇÃO SEADE, **Índice Paulista da Primeira Infância.** 2015 <http://www.seade.gov.br/seade-elabora-o-indice-paulista-da-primeirainfancia-ippi/> acessado em 05 nov 2015.

GALLAGHER, R. J; LAMONTAGNE, M. L; JOHNSON, L. J. **Intervenção precoce: um desafio à colaboração.** In: CORREIA, L. M.; SERRANO, A. M. (Eds.), Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família. Ed.7, Porto: Porto Editora, 2000, p. 192.

GURALNICK, M. J. **Developmental Science and preventive interventions for children at environmental risk.** Infants & Young Children, New York, v. 26, n. 4, p. 270-285, 2013.

GURALNICK, M. J. **Preventive interventions for preterm children: effectiveness and developmental mechanisms.** Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, v. 33, n. 4, 352-364, 2012.

GURALNICK, M. J. **Why Early Intervention Works, A Systems Perspective.** Infants & Young Children, New York v. 24, n. 1, p. 6–28, 2011.

GURALNICK, M.J **A developmental systems model for early intervention.** Infants and Young Children, New York. v. 14, n. 2, p.1-18, 2001.

HECKMAN, J. J. **Investir nos mais jovens.** In: TREMBLAY R. E., BARR, R.G, PETERS, R. D. E. V., BOIVIN. M. (Orgs). Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]. Montreal: Centre of Excellence for Early Childhood Development, v. 1, n. 2, 2010, 310p. Disponível em: <<http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/HeckmanPRTxp.pdf>>. Acesso em: 29 nov 2014.

HEESE, G. **La estimulación temprana en el niño discapacitado.** 1ed.. Buenos Aires: Panamericana, 1986, 121p.

IBGE. **Censo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 jun 2017.

JUNG, L. A. **Identificar os apoios às famílias e outros recurso**. In: MCWILLIAM, R. A. (Org.). *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais*. Porto: Porto Editora, 2012, 19-36p.

LARENTIS, F., GIACOMELLO, C. P.; CAMARGO, M. E. **Análise da importância em pesquisas de satisfação através da regressão múltipla: Estudo do efeito de diferentes pontos de escala. Análise**. Revista de Administração da PUCRS, Porto Alegre. v. 23, n. 3, p. 258-269, 2015.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2006, 768p.

MARINI, B. P. R. **As práticas de intervenção precoce no Estado de São Paulo**. 2017. 115p. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

MARINI, B. P. R.; NUNES, A. C; FOLHA, D. R. S. C.; NUCCI, L. V.; RAMOS, M. M. A.; DELLA BARBA, P. C. S. **Intervenção da terapia ocupacional na atenção integral à criança: relatos de um grupo de pesquisa**. Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional e IV Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional – UFES. Vitória – ES, v.24, p.43, 2016. Disponível em: <http://www.hostcentral.com.br/xv-endto/files/pdf/036.pdf>

MCWILLIAM, P. J. **Planos de ação em intervenção precoce**. In: MCWILLIAM, P. J; WINTON, P. J.; CRAIS, E. R. *Estratégias práticas para intervenção precoce centrada na família*. 1.Ed.. Porto: Porto Editora, 2003, p.129.

MCWILLIAM, P. J. **Práticas de Intervenção Precoce Centrada na Família**. In: MCWILLIAM, P. J.; WINTON, P. J.; CRAIS, E. R. *Estratégias práticas para intervenção precoce centrada na família*. 2.Ed. Porto. Porto Editora, 2003, p16-28.

MCWILLIAM, R. A. Goal Functionality Scale III. Chattanooga: TEIDS-Plus Study. Siskin Children's Institute, 2009.

MCWILLIAM, R. A. **Metanoia in Early Intervention: Transformation to a Family-Centered Approach**. Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva, New York. v. 10, n. 1, p. 155-173, 2016.

MCWILLIAM, R. A. **Routines-based early intervention: Strategies for supporting model children with disabilities**. Baltimore: Brookes Publishing, 2010, 288p.

MCWILLIAM, R. A. **Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais**. Porto: Porto Editora, 2012, 96p.

MCWILLIAM, R. A., RASMUSSEN, J. L., & SNYDER, P. **Measuring services to families in natural environments**. Unpublished manuscript. Vanderbilt University, Nashville, TN, 2007.

MELO, A.; TADEU, B. **Construção De Um Plano Individual De Intervenção Precoce: Um Caso Que Justifica A Intervenção Centrada Na Família.** Revista Interações. Lisboa v.10, n. 30, p. 176-193. 2014. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/interaccoes>. Acesso em: 15 de outubro de 2016.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida.** 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, p. 117-60. 2008.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **Trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** Saúde em debate, Rio de Janeiro. Hucitec, 2006, 296p.

NUCCI, L. V.; NUNES, A. C.; FOLHA, D.; MARINI, B.; RAMOS, M.; DELLA BARBA, P. **A produção do conhecimento em terapia ocupacional na perspectiva da atenção integral à criança.** Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO, v. 1, n. 5, p. 693-703, 2017.

OLIVEIRA, A. N. R. **Identificação e Análise dos Projetos de Intervenção Precoce na NUT III Norte Ave.** 2011. 134p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Instituto de Educação. Universidade do Minho, Braga, 2011.

OLIVEIRA, J. B. A. **Avaliação na Educação Infantil: Cui bono?.** In: PEOJETO ESPAÇO CULTURA. Utilização de métodos e instrumentos padronizados de avaliação na primeira infância: Convergências e divergências. Fortaleza: SESC, 2016,23-32 p.

PALACIOS, A. C.; MAIA, S. R.; FIAMENGHI JÚNIOR, G. A. **Condições para a mudança de paradigma no atendimento e serviços na intervenção precoce: uma reflexão em torno de conflitos sobre valores e prioridades na intervenção precoce.** Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Federal de são Carlos, v.3, n.1, p.19-28, 2003.

PEREIRA, A. P. **Práticas centradas na família em intervenção precoce: Um estudo nacional sobre práticas profissionais.** 2009. 140p. Tese (Doutorado em Educação) Instituto de Estudos da Criança. Universidade do Minho, Braga, 2009.

PETERNELLI, L. A. Estatística descritiva. Disponível em: http://www.each.usp.br/rvicente/Paternelli_Cap2.pdf . Acesso em: agosto 2017.

PINHO, A. F.; LEAL, F.; MONTEVECHI, J. A. B.; DE ALMEIDA, D. A. **Combinação entre as técnicas de fluxograma e mapa de processo no mapeamento de um processo produtivo.** 2007.

PINHO, A. F.; LEAL, F.; MONTEVECHI, J. A. B.; ALMEIDA, D. A. **Combinação entre as Técnicas de Fluxograma e Mapa de Processos no Mapeamento de um Processo Produtivo.** XXVII ENEGEP – Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Foz do Iguaçu-PR, Out/ 2007. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2007_TR570434_9458.pdf. Acesso em: 13 fev 2018.

QUEIROZ, J. **Uma grande oportunidade.** In AVANÇOS DO MARCO LEGAL na primeira infância. In: Avanços do Marco Legal para a Primeira Infância, 2016. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/acamara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeirainfancia> acesso em: 20 mai 2016.

RANTALA, A., UOTINEN, S., & MCWILLIAM, R. A. **Providing Early Intervention Within Natural Environments: A Cross-cultural Comparison.** *Infants & Young Children*, 22(2), 119-131, 2009.

REDE NACIONAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA. **Plano Nacional pela Primeira Infância.** Brasília, 2016. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf> Acesso em 10 de nov 2016.

SAMEROFF, A. J. **The transactional model of development: How children and contexts shape each other.** Washington: American Psychological Association, 2009, 268 p.

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

SAMEROFF, A. J.; FIESE, B. H. **Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention.** In: SHONKOFF, J. P.; MEISELS, S. J. *Handbook of Early Childhood Intervention*. New York: Cambridge University Press, 2000. p. 135-159.

SAMPIERI, R.; COLLADO, C.; LUCIO, P. **Metodologia de pesquisa.** 2. Ed. São Paulo: McGraw- Hill, 2003, 310p.

SCHNEIDER, A.; RAMIRES, V. R. **Primeira Infância Melhor: Uma inovação em política pública.** Brasília: UNESCO, 2007, 128p. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001552/155250por.pdf>. Acesso em: 17 jul 2017.

SERRANO, A. M.; CORREIA, L. M. **Intervenção precoce centrada na família: Uma perspectiva ecológica de atendimento.** In: CORREIA, L. M.; SERRANO, A. M. (Org.). *Envolvimento parental em intervenção precoce: Das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. 1.Ed.. Porto: Porto Editora, 2000.

SERRANO, A. **Redes Sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce.** Porto: Porto Editora, 2007.

SHONKOFF, J. P.; MEISELS, S. J. **Early childhood intervention: The evolution of a concept.** In: SHONKOFF, J. P.; MEISELS, S. J. (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: University Press, 1990, p.3-31.

SIMEONSON, R. J.; BAILEY, D. B. **Family dimensions in early intervention.** Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

SOUSA, F. D. O. S.; MEDEIROS, K. R. D.; GURGEL JÚNIOR, G. D.; ALBUQUERQUE, P. C. D. **Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: Revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais.** *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro. v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014.

TIMM, J. W., PADILHA, D. C., ARAGÃO, M. C., & STOBÄUS, C. D. **Educação, saúde e trabalho: o Programa Primeira Infância Melhor-PIM em São Lourenço do Sul/RS. Política & Trabalho**, n. 44, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/politicaetrabalho/article/view/25435/16478>.
Acessos em: 10 março de 2018.

UNESCO. Primeira infância melhor. **Uma inovação em política pública**. Governo do Estado do Rio Grande do Sul, Brasília – DF, 2007. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001552/155250por.pdf>. Acesso em: 10 jun 2016.


VITOLO, M. R.; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO, P. D. B. **Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados**. *Jornal de Pediatria*, v. 86, n.1, p.54, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3997/399738174014/> Acesso em: 25 de jan 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION & UNICEF. **Early childhood development and disability: A discussion paper**. Malta: World Health Organization, 2012.

ZEPPONE, S. C.; VOLPON, L. C.; CIAMPO, L. A. D. **Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil**. *Rev. Paul. Pediatr. São Paulo*, v. 30, n. 4, p. 594-599, 2012.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Versão completa do caso “Luis”

GTI - Grupo Técnico de Investigação 

Doc. EX. 1

Resumo do caso

O Luís Filipe é uma criança com uma Perturbação do Espectro do Autismo, com seis anos de idade que não apresenta linguagem verbal oral, comunica utilizando vocalizações (choro, riso, grito) e cartões de comunicação. Revela pouca autonomia no que diz respeito às rotinas das refeições e higiene, ainda não adquiriu o controlo dos esfíncteres diurno e nocturno.

A criança vive com os pais numa casa com condições mínimas de habitabilidade ainda que limitadas: existe apenas um quarto, uma sala/cozinha e uma casa de banho. O Luís Filipe partilha o quarto e a cama com a mãe, dormindo o pai no sofá na sala.

A mãe está desempregada e justifica esta opção pela necessidade sentida de ter mais tempo para cuidar da criança. O pai trabalha como segurança, sempre no horário nocturno.

A mãe é interessada, bastante atenta e com vontade de participar e se envolver ao máximo na promoção do desenvolvimento e da adaptação do Luís Filipe. Por seu lado, o pai ainda que estando presente em todos os encontros realizados com a família, não colabora activamente nas actividades propostas nem nos cuidados básicos da criança.

Os avós paternos constituem-se como uma fonte de apoio essencial para a família. O Luís Filipe passa muito tempo em casa dos avós paternos, que assumem algumas rotinas, nomeadamente as refeições.

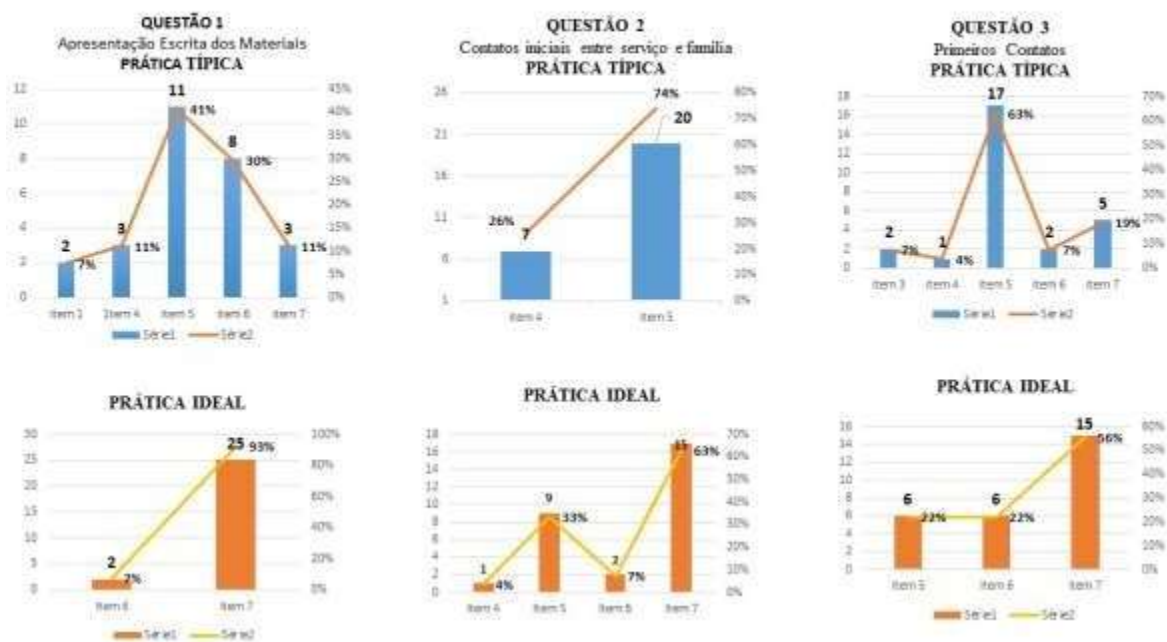
A família é acompanhada pela equipa do GADIF, 2 vezes por semana, desde Novembro de 2009 e o mediador de caso é a Terapeuta da Fala. A maioria das sessões desenrola-se no GADIF (devido à dificuldades económicas da família e por ainda não se ter conseguido resolver a situação com a Segurança Social), mas conta sempre com a presença activa dos pais e, quando possível, são realizadas sessões no domicílio. O Luís Filipe frequenta o ensino pré-escolar, e tem apoio da educadora de ensino especial 3 vezes por semana. A articulação com a escola é feita através de reuniões periódicas com os diferentes técnicos que acompanham a família e criança e também com a própria família, com o intuito de monitorizar os objectivos traçados.

Oficina de Formação: “Práticas de Intervenção Precoce Baseadas nas Rotinas:
como promover a participação da família?”

Apêndice 2 - Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 1 a 3 (pré-teste).

Pré-teste

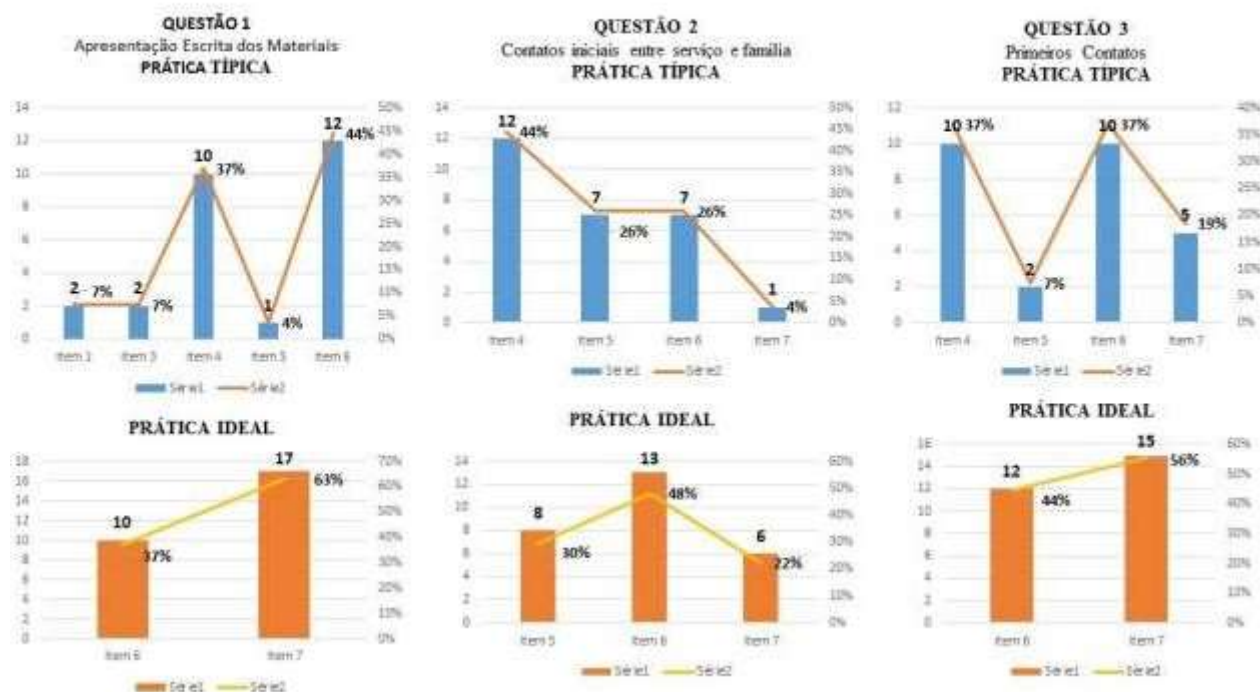
1º Componente – Primeiros contatos



Apêndice 3 - Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 1 a 3 (pós-teste)

Pós-teste

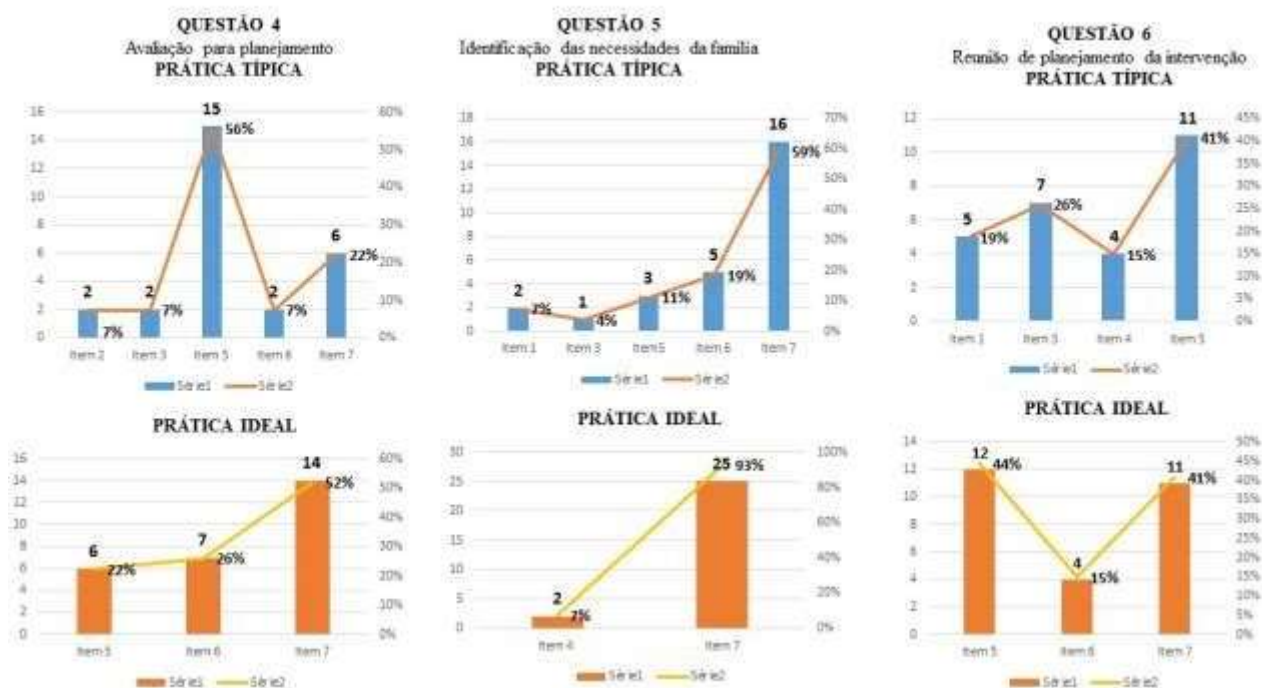
1º Componente – Primeiros contatos



Apêndice 4 - Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 4 a 6 (pré-teste).

Pré-teste

2º Componente: Seleção e Planejamento



Apêndice 5 - Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 4 a 6 (pós-teste).

Pós-teste

2º Componente: Seleção e Planejamento



Apêndice 6 - Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 7 a 9 (pré-teste)

Pré-teste

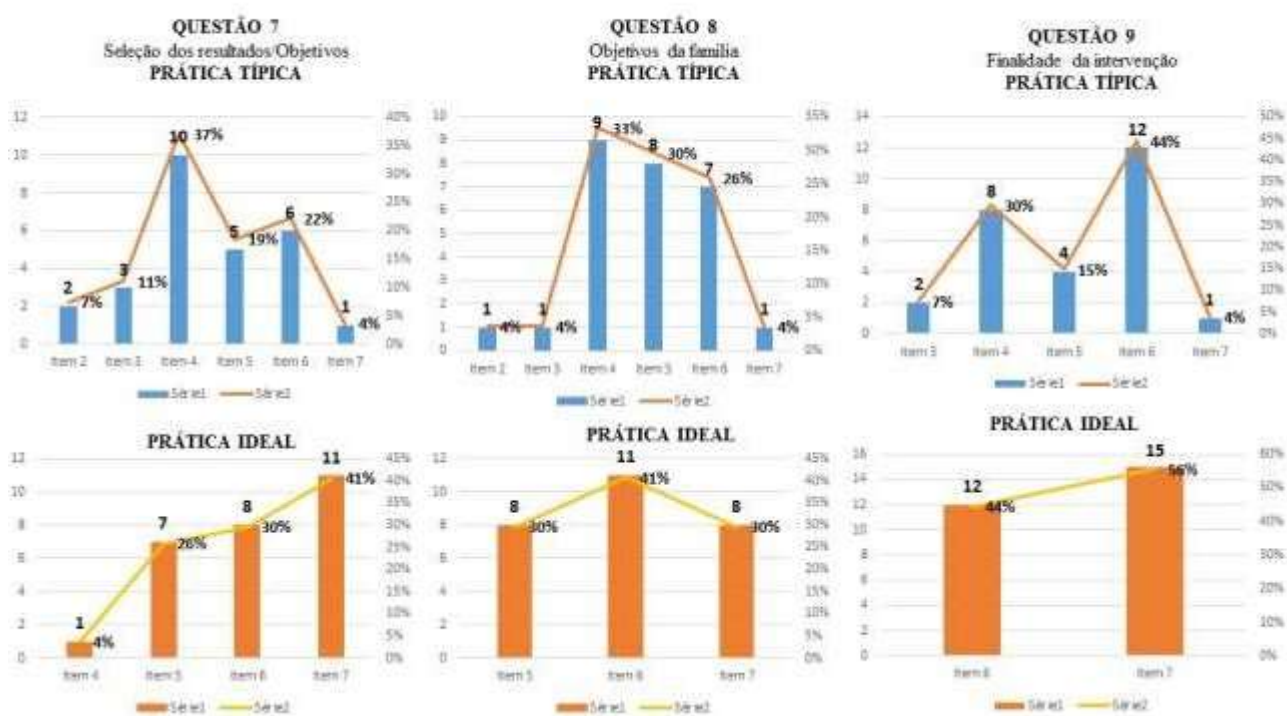
2º Componente: Seleção e Planejamento



Apêndice 7 - Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 7 a 9 (pós-teste)

Pós-teste

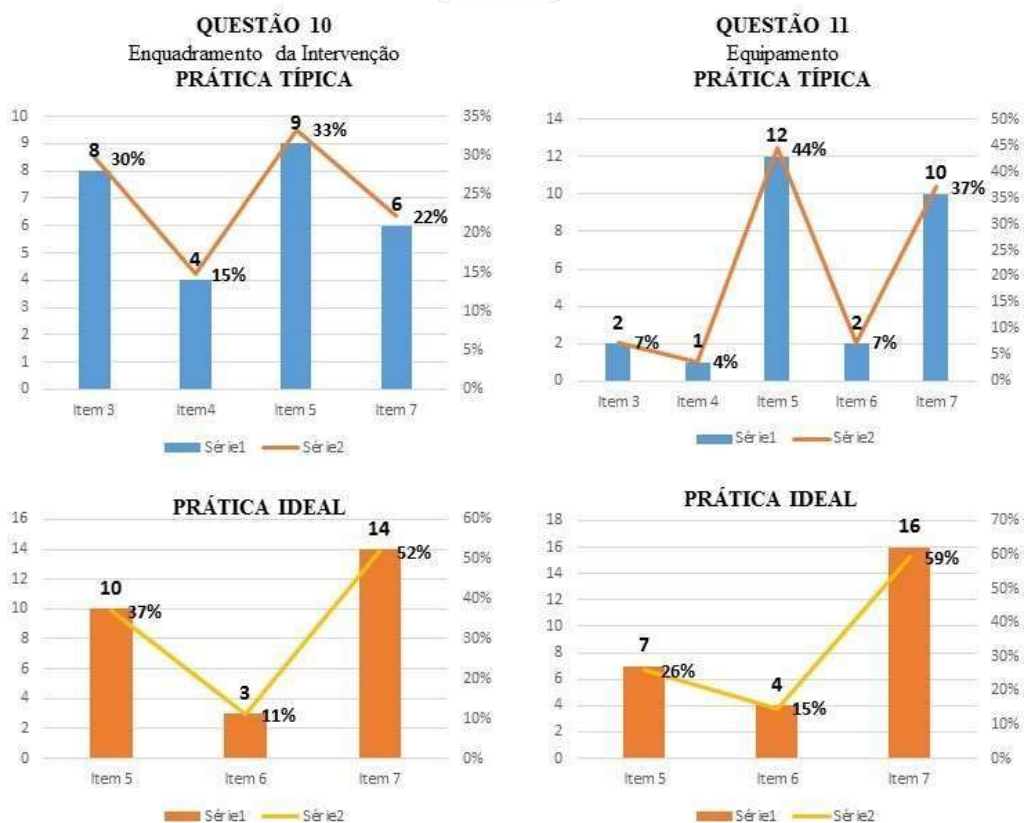
2º Componente: Seleção e Planejamento



Apêndice 8 - Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 10 e 11 (pré-teste).

3º Componente: Intervenções Funcionais

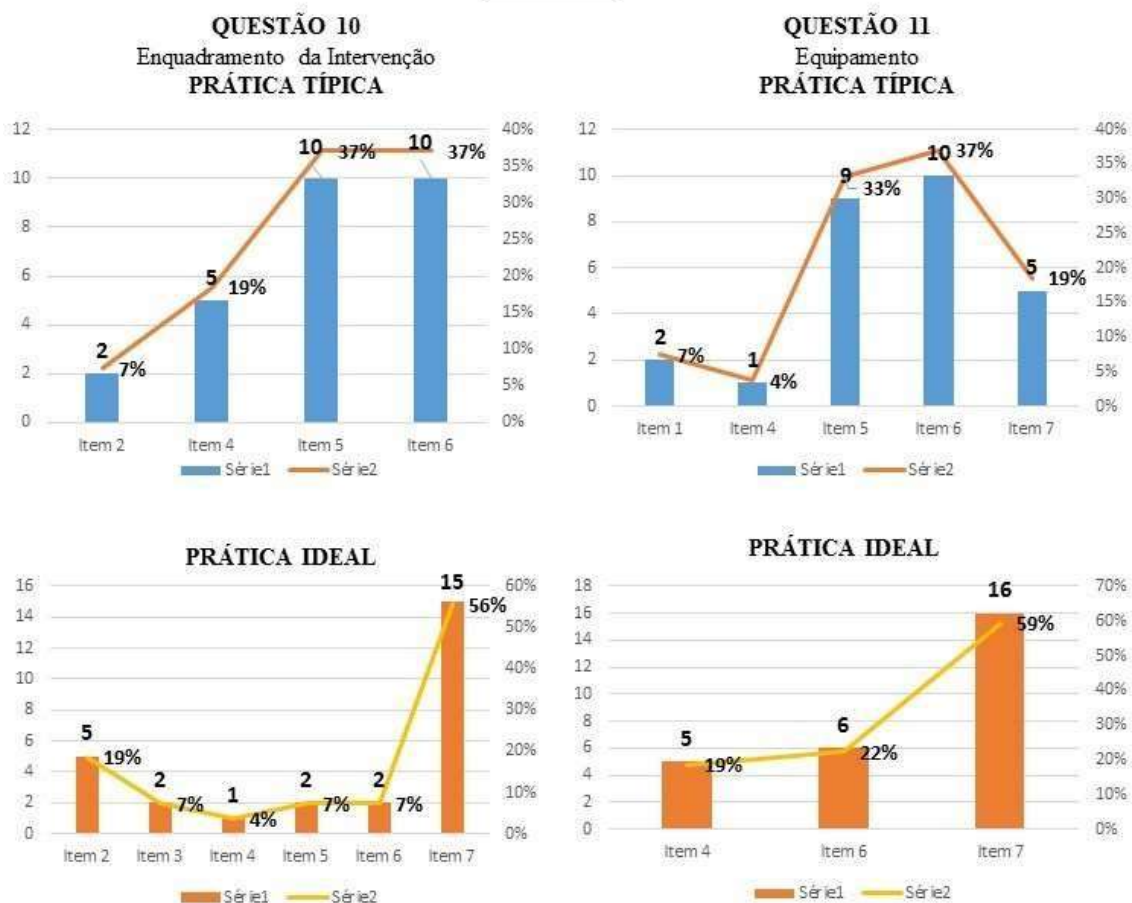
Pré-teste



Apêndice 9 - Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 10 e 11 (pós-teste).

3º Componente: Intervenções Funcionais

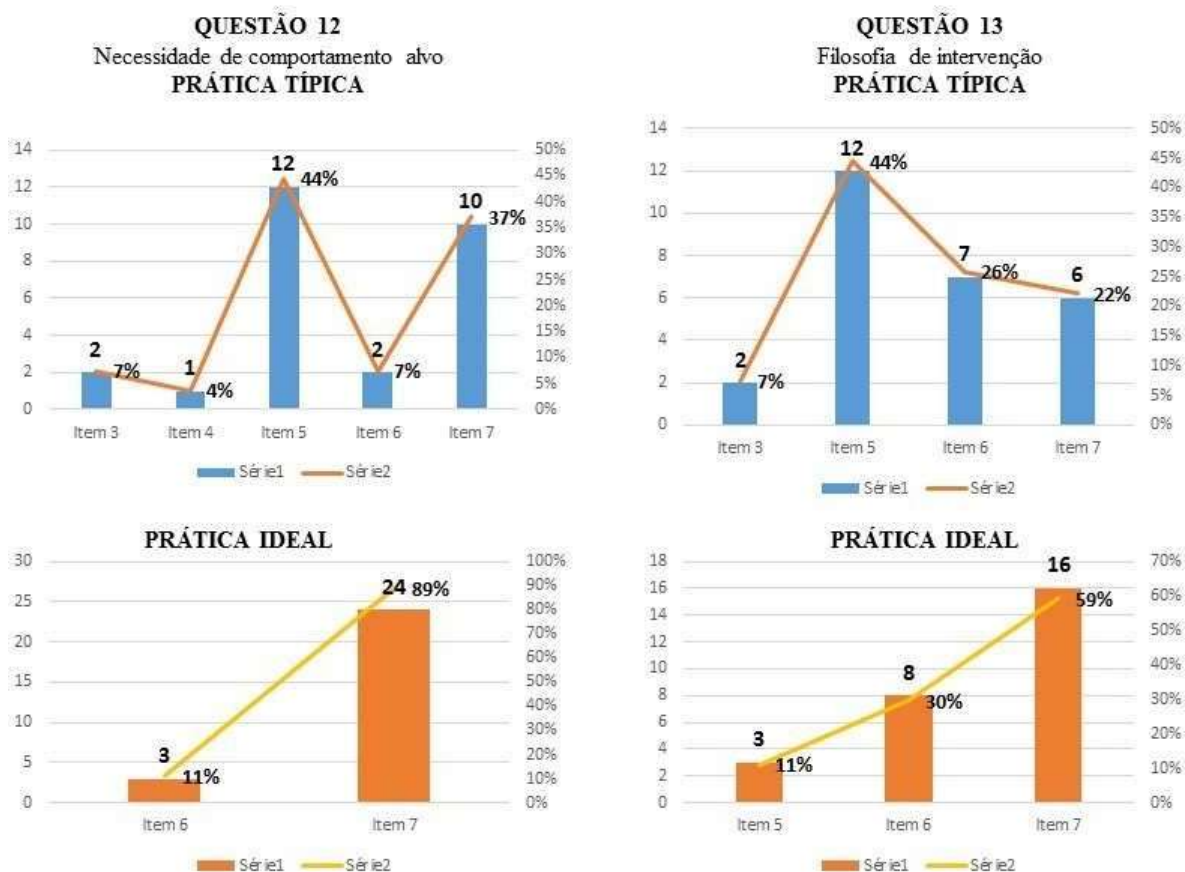
Pós-teste



Apêndice 10 - Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 12 e 13 (pré-teste).

3º Componente: Intervenções Funcionais

Pré-teste



Apêndice 11 - Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 12 e 13 (pós-teste)

3º Componente: Intervenções Funcionais

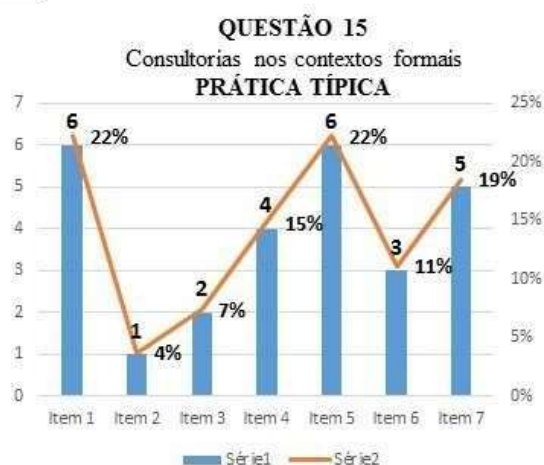
Pós-teste



Apêndice 12 - Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 14 e 15 (pré-teste)

4º Componente: Papel dos Profissionais

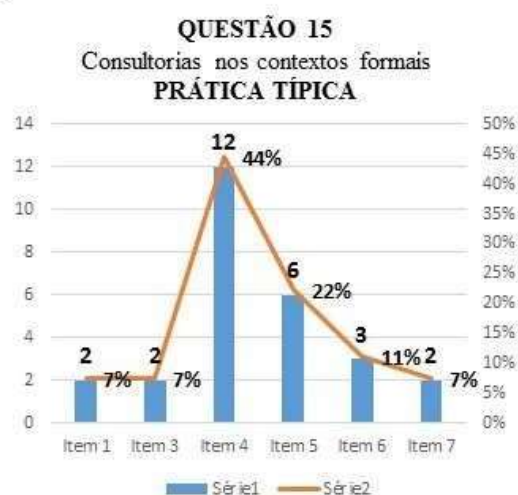
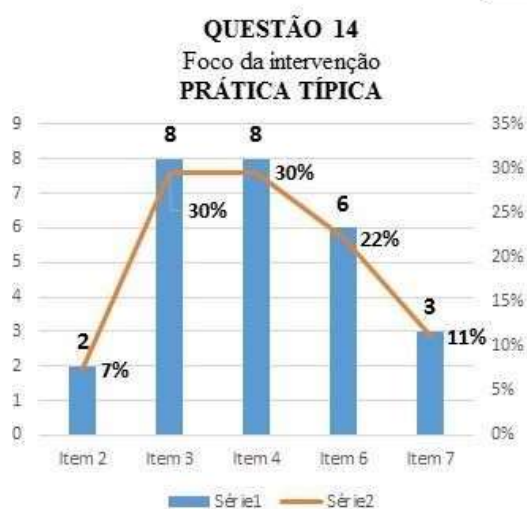
Pré-teste



Apêndice 13 - Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 14 e 15 (pós-teste)

4º Componente: Papel dos Profissionais

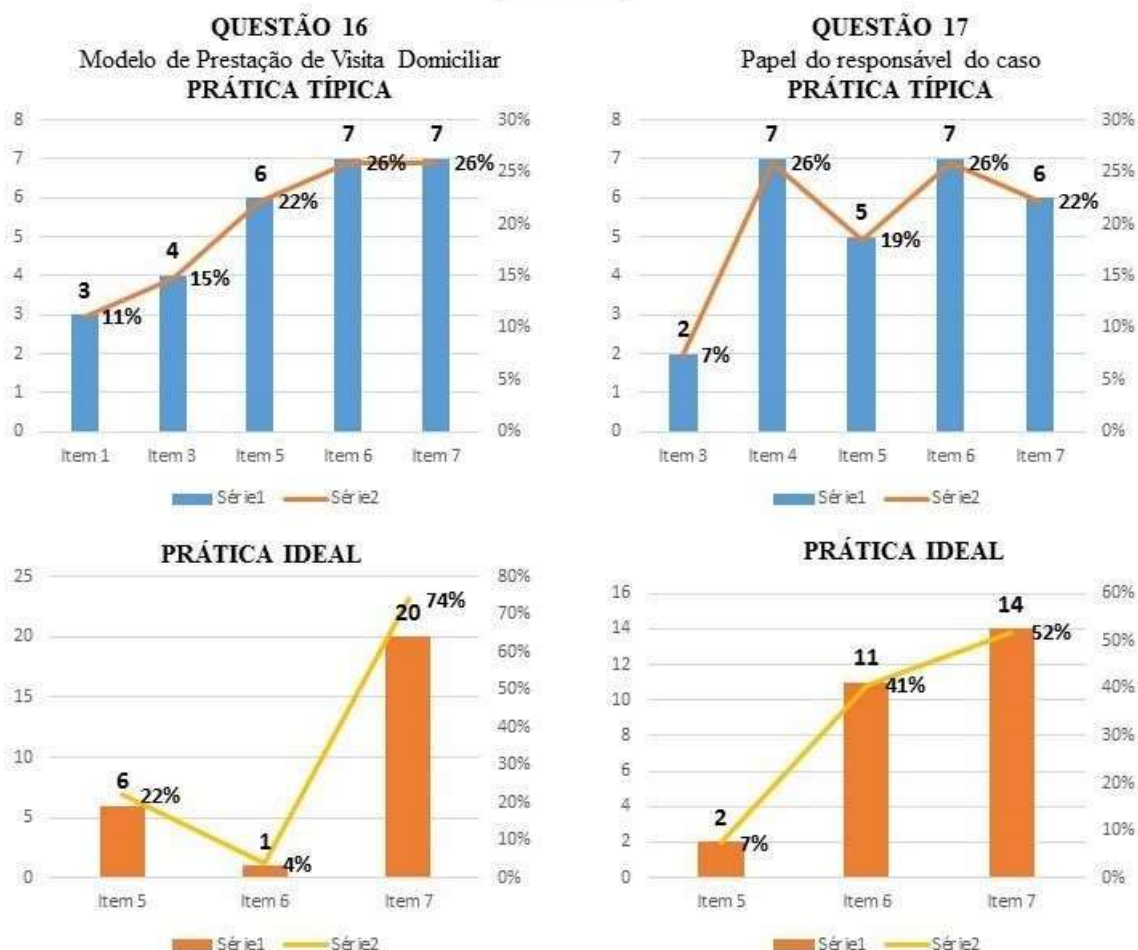
Pós-teste



Apêndice 14 - Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 16 e 17 (pré-teste)

4º Componente: Papel dos Profissionais

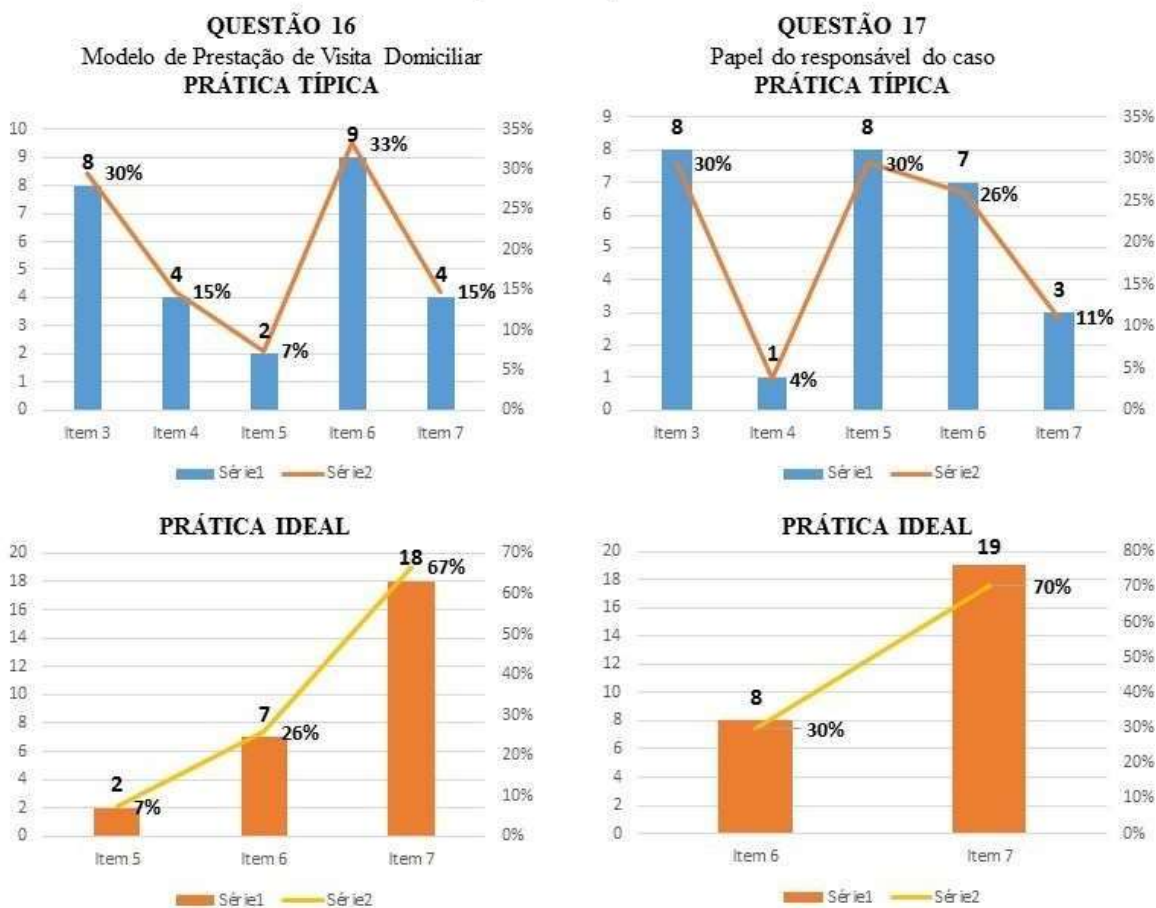
Pré-teste



Apêndice 15 - Comparação estatística entre práticas típicas e práticas ideais para as questões de 16 e 17 (pós-teste)

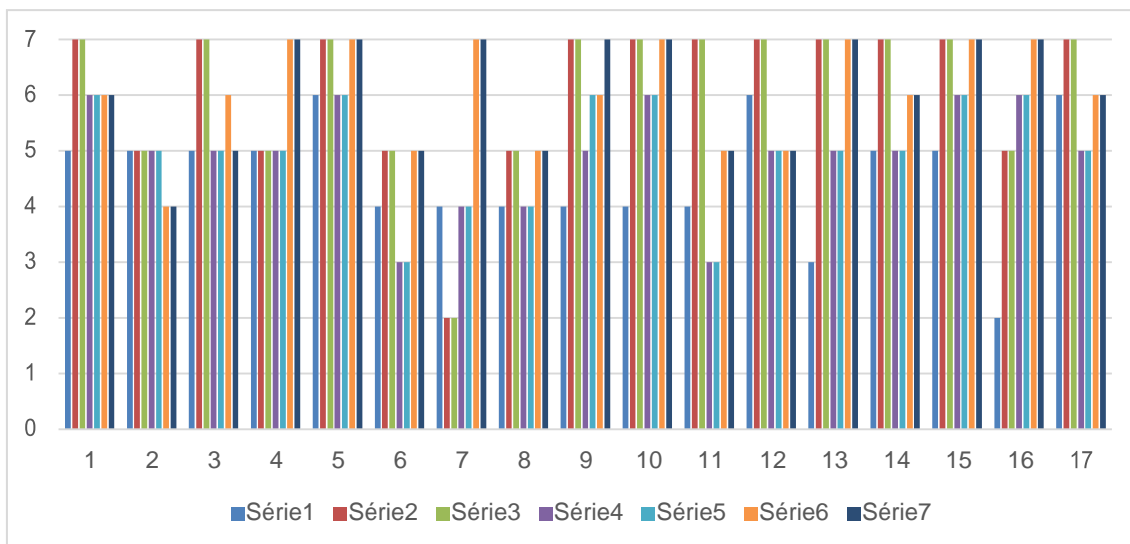
4º Componente: Papel dos Profissionais

Pós-teste

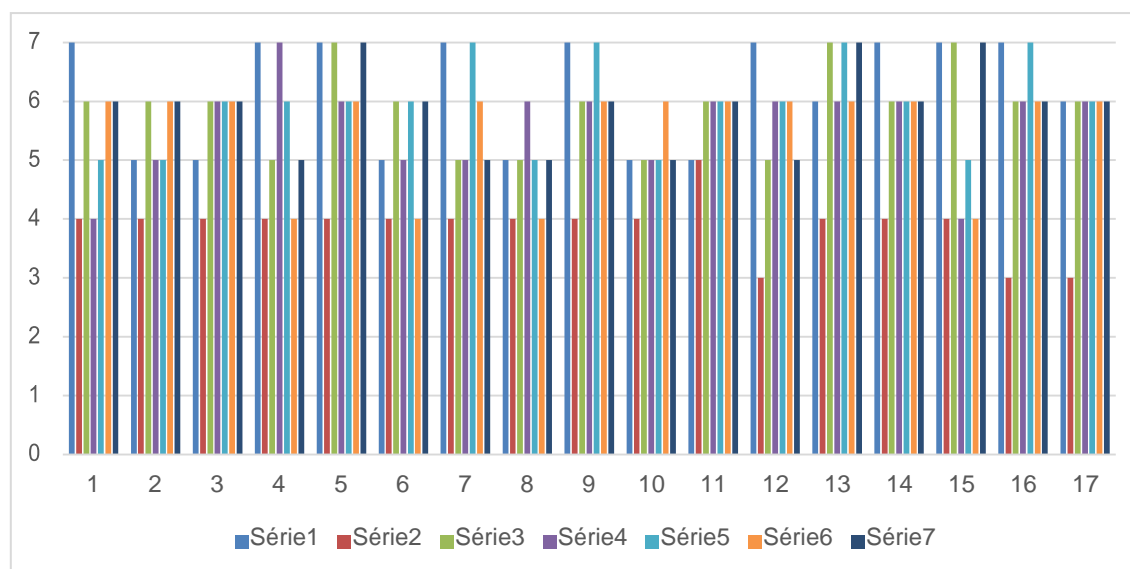


Apêndice 16: Comparações estatísticas das práticas típicas pré e pós teste para os participantes que continuaram a formação profissional na Etapa IV.

Pré-teste das práticas típicas



Pós-teste das práticas típicas



Apêndice 17: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCLE – Termo Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: *"Monitoramento do Desenvolvimento Infantil à luz do modelo de construção de capacidades centrado na família"*

Seu Município foi selecionado para participar de nossa pesquisa devido à sua participação no Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância (SPPI) pertencente à região de São Carlos – SP, sendo importante esclarecer que sua participação NÃO é obrigatória.

Os objetivos deste estudo visam propor e analisar um sistema piloto de monitoramento do Desenvolvimento Infantil, baseado no Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família, direcionado às famílias em seu próprio contexto e envolvendo profissionais de saúde, educação e assistência social que atuam na equipe de vigilância do desenvolvimento infantil

Espera-se que os resultados desse projeto de pesquisa apontem estratégias para implantação de um modelo integrado de vigilância do desenvolvimento com foco nas necessidades das famílias de crianças, desde o nascimento até os três anos de idade, resgatando os recursos da comunidade, envolvendo equipes locais de saúde, da educação e serviço social, o que consiste em novo paradigma na realidade brasileira.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma capacitação profissional e implantação de um sistema de monitoramento do desenvolvimento infantil que será acompanhado por um tempo delimitado pela pesquisa junto a equipe de vigilância do desenvolvimento infantil e responder a instrumentos que envolvem: entrevistas e registros periódicos das ações desenvolvidas pela equipe durante todo o processo. Serão realizados registros em áudio e vídeo durante o processo.

Podem ocorrer riscos de constrangimento durante a aplicação dos instrumentos, da capacitação e acompanhamento, receio da exposição da identidade e das informações declaradas. Pretende-se minimizar tais riscos prestando esclarecimentos por meio deste termo de consentimento livre e esclarecido e garantindo o sigilo da identidade dos participantes.

A responsabilidade do projeto está a cargo da professora doutora Patrícia Carla de Souza Della Barba, do Programa de pós-graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar e a elaboração, aplicação dos instrumentos e da formação será de responsabilidade da aluna de mestrado, bolsista do Programa de Pós-Graduação de Terapia Ocupacional da UFSCar.

Agradecemos sua participação e empenho e esclarecemos que não haverá remuneração nem despesas para participação no projeto.

Estou ciente de que minha participação é voluntária e que tenho total liberdade para retirada desse consentimento em qualquer etapa do estudo sem prejuízo ou constrangimento à minha pessoa.

Estou ciente de que será garantido o anonimato e sigilo, e de que as informações obtidas serão analisadas e utilizadas para esta pesquisa e apresentadas em congressos.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Patrícia Carla de Souza Della Barba – pesquisadora Responsável.
Rodovia Washington Luis Km 235. São Carlos. SP. Fone: 16 33519792

Larissa Vendramini Nucci
Discente do Programa de Pós Graduação Stricto Senso em Terapia Ocupacional
Rua Doutor Olímpio de Macedo, 4-09. Apto.33. Bauru.SP.Vila Universitária.Fone:(18)997282158

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, _____ de _____ de 2016

Assinatura do sujeito da pesquisa (*)

Apêndice18: Escala *Likert* para avaliação dos encontros da capacitação profissional**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO**

Atribua uma nota de 0 a 5 (sendo 5 a mais alta) quanto à capacitação:

- a. à clareza na transmissão das informações
- b. relevância dos conteúdos para a sua prática profissional
- c. à aproximação às diretrizes recentes para a primeira infância
- d. os materiais
- e. possibilidade de repensar minhas práticas
- f. possibilidade de repensar as práticas em minha equipe
- g. a proposta da capacitação em si

Comentários:

Sugestões:

ANEXOS

Anexo 1 - Parecer Consubstanciado do CEP

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Monitoramento do Desenvolvimento Infantil à luz do modelo de construção de capacidades centrado na família

Pesquisador: Patrícia Carla de Souza Della Barba

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 60568116.5.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.066.963

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, nos moldes da pesquisa ação, a ser desenvolvido em cinco etapas.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal é de propor e analisar um sistema piloto de monitoramento do Desenvolvimento Infantil, baseado no Modelo de Construção de Capacidades Centrado na Família, direcionado às famílias em seu próprio contexto e envolvendo profissionais de saúde, educação e assistência social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em termos de riscos apontam o constrangimento dos participantes durante as etapas de levantamento dos dados e, para minimizá-los garantem a interrupção do estudo diante da solicitação, assim como adotar uma abordagem não impositiva, proporcionando um espaço de reflexão e vivências que seja interativo e receptivo. Quanto aos benefícios, contribuições com ações de vigilância do desenvolvimento infantil, inclusive em termos de conhecimentos para empoderar famílias e equipês para o monitoramento do desenvolvimento.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 2.066.963

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados todos os termos.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Recomendo aprovação do estudo neste Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_795845.pdf	17/04/2017 10:54:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOS_CIENCIA_GESTORES.pdf	17/04/2017 10:52:10	Larissa Vendramini Nucci	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AS_FAMILIAS.docx	17/04/2017 10:37:17	Larissa Vendramini Nucci	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	27/09/2016 15:34:27	Patricia Carla de Souza Della Barba	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_APROVADO.pdf	23/09/2016 11:54:32	Patricia Carla de Souza Della Barba	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_AS_EQUIPES_DOS_MUNICIPIO S.docx	23/09/2016 11:51:07	Patricia Carla de Souza Della Barba	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_A_EQUIPE_MUNICIPIO_SELECIONADO.docx	23/09/2016 11:50:18	Patricia Carla de Souza Della Barba	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 2.066.963

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 16 de Maio de 2017

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: csphumanos@ufscar.br